

**h e d s**

Haute école de santé  
Genève

Filière soins infirmiers

*Comment l'infirmier / ère peut-il / elle construire une relation  
interpersonnelle de qualité avec des personnes vivant un  
sentiment de dépendance ?*

## Travail de Bachelor



**Laura Xhymshiti**  
N° de matricule : 10644813

**Virginie Jordan**  
N° de matricule : 10645091

Directeur de Bachelor : Mr F. Fournier, chargé d'enseignement à l'HEDS

Membre du jury : Mme N. Traore, infirmière spécialisée en psychiatrie

Genève, juillet 2014

## Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Ce travail a été réalisé à Genève le 21 juillet 2014

Laura XHYMSHITI & Virginie JORDAN

## Résumé

Ce travail a été réalisé par deux étudiantes en soins infirmiers dans le cadre de leur travail de Bachelor. Cette thématique a pour but de relever différentes stratégies utiles à la construction d'une relation interpersonnelle de qualité soignant-soigné et plus particulièrement avec les personnes souffrant d'addictions. Les deux étudiantes ont pour cela recensé plusieurs articles de recherches sur le sujet en les mettant en lien avec la théorie infirmière de la relation interpersonnelle de Hildegard Peplau et la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan, mais également beaucoup d'éléments afin d'étayer leur recherche sur les lois, sur l'historique, et la politique cantonal et fédéral en rapport avec les addictions. Grâce aux différents articles qui décrivent ce que vivent les professionnels sur le terrain et aux appuis théoriques, elles ont pu démontrer que plusieurs éléments se rejoignent aussi bien pour les professionnels sur le terrain que pour les théoriciens. Les résultats relatifs à la question de recherche sont les différentes attitudes infirmières<sup>1</sup> et modèles de soins à suivre afin d'avoir une relation de qualité avec les personnes vivant un sentiment de dépendance.

*Mots clefs : Relation interpersonnelle, Hildegard Peplau, autodétermination, soins infirmiers, dépendance, addiction.*

---

<sup>1</sup> Pour des raisons de clarté, nous tenons à préciser que le mot « infirmière » a été employé au féminin tout le long de ce travail, mais il est également à lire au masculin.

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier diverses personnes qui se sont investies et qui nous ont soutenues dans notre travail de bachelor. C'est grâce à cet appui que nous avons pu le réaliser. Ainsi nous souhaitons remercier :

Notre directeur de travail de bachelor, Monsieur Frédéric Fournier, chargé d'enseignement à la Haute école de santé de Genève, qui nous a aiguillées tout au long de la rédaction de ce travail en nous donnant des pistes afin de pousser et d'affiner nos réflexions.

Madame Naouha Traoré, infirmière spécialisée en psychiatrie à l'unité hospitalière adulte psychiatrique aux HUG, qui s'est intéressée à la lecture de notre problématique et qui a accepté d'être membre du jury.

Madame Yvonne Duchosal et Madame Véronique Jordan qui se sont investies dans l'orthographe et la syntaxe de notre travail.

Pour finir, nos familles ainsi que nos amis qui nous ont soutenues tout au long de la rédaction de ce travail.

## Table des matières

<b>1. Introduction</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Nos motivations</b> .....	<b>9</b>
2.1.Laura Xhymshiti .....	9
2.2.Virginie Jordan .....	10
<b>3. Question de recherche</b> .....	<b>11</b>
<b>4. Sciences infirmières</b> .....	<b>13</b>
4.1.Paradigme infirmier .....	13
4.2.La théorie interpersonnelle de Hildegard Peplau .....	13
4.2.1.Vision des soins infirmiers.....	13
4.2.2. Continuum des changements dans la relation infirmier-patient .....	14
4.2.3.Les étapes de la relation .....	15
4.2.4.Les différents rôles infirmiers .....	16
4.2.5.Les obstacles et les buts de la relation interpersonnelle.....	17
4.2.6.Le travail psychologique.....	18
4.2.7.Les différentes méthodes pour étudier les soins infirmiers .....	19
<b>5. L'autodétermination</b> .....	<b>21</b>
<b>6. Données liées à la thématique</b> .....	<b>24</b>
6.1.Définition .....	24
6.2.Les faits observés .....	25
6.3.Données épidémiologiques.....	26
6.4.Historique .....	27
6.5.Politique de santé publique concernant l'addictologie .....	28
6.5.1.Politique des 4 piliers .....	28
6.5.2.Plan d'action fédéral .....	28
6.6.Les lois.....	29
6.7.Réseau addictologie Genève .....	29
<b>7. Méthodologie</b> .....	<b>32</b>
7.1.Sélection sur pubmed .....	33
7.2.Sélection sur google scholar .....	34
<b>8. Résultats</b> .....	<b>35</b>
<b>9. Discussion</b> .....	<b>43</b>
9.1.Eléments favorisant la relation .....	43
9.2.Les risques à la relation et éléments qui la complexifient .....	44
9.3.Comment faire lorsque la relation se complexifie .....	46

<b>10. Conclusion .....</b>	<b>48</b>
<b>11. Liste Bibliographique .....</b>	<b>50</b>
11.1.Document électronique (web) .....	50
11.2.Document électronique en PDF .....	51
11.3.Articles de revue : .....	51
11.4.Article de revue Version électronique .....	52
11.5.Livre .....	52
<b>12. Annexes .....</b>	<b>53</b>
12.1.Diagramme de flux.....	53
12.2.Les lois.....	54
12.2.1.Les lois sur la santé établies par le Grand Conseil de la République et canton de Genève.....	54
12.2.2.Lois fédérales de la Constitution.....	55

# 1. Introduction

Nous tournant l'une et l'autre vers la psychiatrie pour notre futur professionnel, nous avons choisi d'approfondir ce thème. De plus, l'évolution des courants de pensées médicales, infirmières, de la population et de la politique cantonale autour des personnes souffrant de dépendance nous ont poussées à nous y intéresser. Lors de nos différentes expériences professionnelles dans le milieu psychiatrique, nous avons pu rencontrer et prendre en soins des personnes souffrant de dépendance sans être dans des services spécifiques à ces troubles. Cela nous a conforté dans notre choix car nous avons pu remarquer que nous pourrions nous retrouver à soigner ces personnes dans divers services alors que la manière de les prendre en soins est spécifique.

La relation d'aide est quelque chose d'extrêmement délicat. Elle peut être propre à chacun mais en parcourant notre littérature professionnelle telle que Peplau (1995) et Chalifour (2000), nous nous rendons compte qu'il y a des modèles de soins établis par des théoriciens de champs infirmiers, pour faciliter cette entrée en matière dans la relation et pour pouvoir la poursuivre en continuité. La relation est importante dans les différents domaines de l'activité de l'infirmière, elle est au cœur de notre profession.

Cependant, il est d'autant plus important de construire une relation dite interpersonnelle lorsque l'on parle de santé mentale, et plus particulièrement dans notre cas des troubles addictifs. Il est vrai que ces personnes doivent tout d'abord prendre conscience de leurs troubles et décider de se faire aider par les professionnels. C'est pourquoi la relation avec un ou plusieurs soignants de confiance les aidera à avoir un suivi continu.

Au-delà des différentes actions entreprises, nos expériences en milieu psychiatrique nous montrent que ces personnes souffrant de dépendance sont encore parfois soumises aux préjugés et aux jugements sociaux. C'est pourquoi ils expriment souvent être mis à l'écart et rejetés par la société, ce qui engendre d'autres problèmes, notamment en ce qui concerne la compliance aux traitements, car en se mettant à l'écart ils ne permettent pas aux professionnels de pouvoir les aider.

Nous avons pu remarquer ces éléments lors de notre stage en psychiatrie. En effet après avoir discuté de nos différentes expériences avec des patients souffrant de dépendance, une situation nous a paru plus pertinente pour exposer la problématique de notre sujet. Comme Virginie le raconte :

J'étais stagiaire à l'Alizé (unité psychiatrique hospitalière pour les jeunes adultes). Dans ce stage j'ai dû prendre en soins un patient toxicomane. Lors de cette première journée, j'ai tout de suite remarqué qu'il ne me faisait pas confiance, il restait à l'écart, ne voulait pas m'adresser la parole et je me sentais mal à l'aise face à lui. C'était un patient qui était déjà venu plusieurs fois dans cette unité, et lorsqu'il a reconnu d'autres soignants avec qui il avait déjà créé un lien, il s'est senti plus à l'aise et s'est découvert petit à petit. Il a été difficile pour moi de construire une relation interpersonnelle qui permette d'avancer avec le patient dans sa dépendance et de l'accompagner. Il m'aurait donc été fort utile d'avoir des pistes et de m'appuyer sur un modèle de soins pour pouvoir m'aider à créer ce lien avec mon patient.

D'un point de vue historique, comme nous l'indique le texte Dépendance aux drogues illicites : La prise en charge dans le réseau de soins à Genève (2002, p. 3), il faudra attendre les années 70 avant que l'alcoolodépendance et la toxicomanie soient considérées comme des maladies et que les personnes vivant un sentiment de dépendance soient prises en soins. Alors la question se pose : est-ce que l'alcoolodépendance ou la toxicomanie sont considérées comme des troubles psychiques, et donc les patients comme non responsables de leurs actes ?

Le texte Fondements historiques et cliniques d'un rapprochement (2002, p. 12), explique que ces personnes conservent leur part de responsabilité, et c'est donc avec une relation bien établie avec l'infirmière, et en travaillant sur l'autodétermination du patient que le soignant pourra lui être utile.

L'approche pour traiter les patients souffrant d'alcoolisme ou de toxicomanie est relativement proche, comme nous le décrivent Fouquet et Olievenstein, deux psychiatres (2002) :

Leur approche est similaire en ce qu'elle est fondamentalement humaniste et qu'elle utilise le même tryptique : l'écosystème entre l'individu, l'alcool et l'environnement pour Fouquet, la rencontre entre une personne, un produit et un moment socioculturel chez Olievenstein. C'est sur ce tryptique que va se développer un modèle trivarié commun, dit bio-psycho-social. (p.13s)

Pourtant, les problèmes survenant suite à ces deux types de consommation ne sont pas les mêmes. Avec l'alcool les professionnels de santé sont souvent confrontés à une banalisation de l'excès de consommation. C'est pourquoi le travail de prévention est extrêmement important (A.Morel,2002, p.13s).

Puis, concernant la consommation de drogues, c'est beaucoup la société et les jugements qui ont influencé la prise en soins. Au premier abord la consommation de substance psychoactive était désignée chez les jeunes en souffrance, qui veulent braver des interdits, et était signe de marginalisation. C'est avec l'apparition du sida que la prise en soins va évoluer, et que l'on verra l'importance de la réduction des risques dans la consommation avant de se focaliser sur l'abstinence. Par exemple, en créant des centres où chacun peut venir se piquer sans danger, comme au quai 9 à Genève (A. Morel, 2002, p.13s ).

Les deux approches ne sont pas identiques mais peuvent être décrites comme étant parallèles, et donc nous pourrions faire des liens par la suite dans ce travail, en tout cas en ce qui concerne la relation d'aide. La personne vivant un sentiment de dépendance va avoir un rapport particulier à sa dépendance, une lutte avec soi-même, qui va influencer sa relation aux autres.



## 2. Nos motivations

Avant d'exposer plus précisément notre sujet il est important pour nous de décrire nos différentes motivations, qu'elles soient professionnelles ou personnelles. Ces dernières nous ont poussées à choisir cette thématique. Nous allons donc les décrire chacune à notre tour.

### 2.1. Laura Xhymshiti

Mon intérêt et ma motivation pour le milieu de soins dits « psychiatriques » s'est forgée et amplifiée au cours de mes études au travers des différents cours reçus en lien avec la psychiatrie, mais également par le biais de quelques stages.

En effet, j'ai rapidement été fascinée par ce domaine où le rôle infirmier est spécifiquement centré sur la construction d'une bonne relation d'aide, qui est d'ailleurs essentiellement basée sur la confiance, l'écoute et l'empathie. J'ai toujours porté énormément d'intérêt aux interactions et aux échanges entre êtres humains, ce qui je pense n'est pas anodin avec le choix de vouloir traiter cette thématique basée sur la relation interpersonnelle.

Dès le début, Virginie et moi-même savions que nous voulions effectuer une thématique de bachelor sur la relation soignant-soigné dans un milieu de soins psychiatriques.

En effet nous avons toutes les deux un intérêt commun pour la santé mentale, spécialement ce qui touche le soin dit « relationnel ». C'est lors de notre dernière année bachelor que nous avons décidé de choisir la population des personnes vivant un sentiment de dépendance.

Ce choix était étroitement lié au fait que nous nous sommes aperçues, lors de nos cours, de la difficulté qu'il y avait de les prendre en soins et de créer une relation interpersonnelle. De plus, il m'a semblé pertinent d'étudier cette approche car nous avons eu très peu de cours portés sur la relation soignant-soigné.

D'un point de vue professionnel, le fait d'aborder cette thématique est pour moi l'occasion de développer et de découvrir les multiples facettes du rôle infirmier dans l'interaction avec des patients souffrant de dépendance.

Par ce travail j'espère acquérir les différents ingrédients afin de construire une relation interpersonnelle de qualité. En effet, mon objectif premier en lien avec cette recherche est d'enrichir mes connaissances et d'en apprendre davantage sur l'importance de créer une bonne relation soignant-soigné, et comment cette dernière peut se construire.

J'ai bien compris au travers de mes différentes expériences professionnelles, qu'elles soient en milieu psychiatrique ou pas, l'importance et l'enjeu qu'il y a lorsque nous sommes amenés à échanger avec les patients. Cet échange permet au patient de se sentir écouté et valorisé.

Finalement je pense que ce travail va m'être utile dans un futur plus ou moins proche, vu que je souhaiterais travailler en psychiatrie. En élaborant ce travail j'espère pouvoir remplir mon bagage sur les relations soignants-soignés, et ainsi me construire une identité professionnelle avec mes valeurs, ma personnalité et mes principes.

## **2.2. Virginia Jordan**

Mes motivations concernant le travail de Bachelor ont d'abord été professionnelles. En effet j'ai toujours été intéressée par la dimension relationnelle du travail d'infirmière. C'est pourquoi le relationnel est un point clef du métier pour moi : le fait d'entrer en relation afin de pouvoir accompagner une personne dans sa maladie et d'apprendre à la connaître pour pouvoir la prendre en soins au mieux.

Tout au long de ma formation, j'ai pu suivre les différents cours à la Haute école de santé, et ceux qui m'ont le plus intéressée ont été les cours concernant la santé mentale. Il est donc normal pour moi, dans mes futurs projets professionnels, de me tourner vers le domaine de la psychiatrie.

Nous avons donc décidé avec Laura de choisir un sujet en lien avec les personnes vivant un sentiment de dépendance. Le fait d'apprendre et de connaître les différentes stratégies afin de créer une relation soignant-soigné nous semblait être un bon point de départ, et un sujet qui nous correspondait totalement. Pour moi cela semble être un outil indispensable à ma future carrière et sur lequel je pourrai m'appuyer.

Suite à notre choix, nous avons constaté que la population visée était très large, et nous avons donc ciblé nos recherches sur les personnes vivant des situations de dépendance. C'est grâce au cours que nous avons eu en dernière année que j'ai pu me rendre compte de la difficulté de prendre en soins cette population. J'ai pu aussi lire que le lien existant entre les soignants et les patients était indispensable pour la continuité du traitement. C'est pourquoi j'ai trouvé intéressant de me consacrer à la relation avec ce type de population.

Je pense que les liens que nous pourrons établir lors de ce travail de recherche et ce que nous allons découvrir va pouvoir me servir tout au long de ma carrière d'infirmière, et que je développerai encore mes connaissances avec l'expérience que je pourrai acquérir.

Pour moi il était essentiel, avec ce travail, de trouver un intérêt professionnel et personnel, et c'est ce que j'ai réussi à faire en me consacrant à ce sujet. J'ai pu tout au long de ma formation me forger une identité professionnelle, et les valeurs qui me correspondent sont principalement l'écoute, l'empathie et le respect de l'autre ; ce sont des qualités, pour moi, essentielles à une infirmière.

### 3. Question de recherche

Afin d'expliquer comment nous sommes arrivées à notre question de recherche nous allons, ci-dessous, décrire le cheminement utilisé durant toute la première partie de ce travail.

Dès le commencement de notre travail, nous voulions cibler notre thématique sur la relation soignant-soigné. Nous avons choisi comme thème le déni en psychiatrie et nous n'avions pas d'idée sur le modèle de soins que nous allions utiliser ; le thème restait donc un peu flou et vague.

Après plusieurs discussions avec les enseignants référents pour ce travail, nous avons pu aiguiller notre thème et notre problématique. En insistant sur le fait que nous voulions rester sur le thème de la psychiatrie, on nous a conseillé plusieurs théories de soins que nous pourrions utiliser pour ce travail et auxquelles nous pourrions nous référer. Nous avons donc choisi, en accord avec nos référents, de nous baser premièrement sur le modèle de soins de Peplau. Nous avons pu apprendre lors de nos différents stages que cette théorie était encore beaucoup utilisée en psychiatrie bien qu'elle ait été établie il y a maintenant plusieurs années. Nous souhaitons aussi comprendre comment ce modèle de soins est appliqué dans la pratique infirmière.

Après avoir cherché plusieurs articles sur le déni en psychiatrie en utilisant des mots-clés tels que : déni, psychiatrie, relation soignant-soigné et en anglais pour certaines bases de recherche (psychiatry, denial, nurse-patient relation), nous nous sommes aperçues que le déni était un mécanisme de défense et que cela réduisait notre champ de recherche.

Nous avons donc repris notre problématique de départ afin de recentrer notre thématique. En sachant que nous voulions travailler sur une prise en soins en psychiatrie et sur le modèle de soins de Peplau, nous avons donc choisi de prendre un thème plus large : la relation soignant-soigné en psychiatrie, en s'appuyant spécifiquement sur la théorie interpersonnelle de Peplau (1995).

Après avoir discuté avec les professeurs qui nous suivaient et ceux qui sont chargés de cours en santé mentale, nous nous sommes rendu compte que nous devrions cibler notre travail sur un type de pathologie pour que le sujet ne soit pas trop large. C'est avec différents cours que nous avons eus que nous sommes tombées d'accord pour nous focaliser sur les personnes souffrant de dépendance et étant dans une relation d'aide avec une infirmière en Suisse.

Lors de nos différentes recherches sur pubmed, cihnal et google scholar, nous nous sommes aperçues qu'il était difficile de trouver des articles et des données ciblées exclusivement sur Genève ou sur la Suisse. Cependant grâce à nos expériences rencontrées, nous pensons pouvoir faire un parallèle entre ce que nous avons lu et la réalité du terrain.

Nous avons aussi voulu cibler plus particulièrement le travail effectué par les infirmières dans les centres ambulatoires. Après avoir parlé avec plusieurs personnes travaillant en addictologie et en ayant eu conscience des réseaux de soins, nous avons compris que le travail de relation d'aide se fait principalement dans ces centres. Lorsque les patients sont stabilisés et ont des objectifs de prise en soins, ils se rendent en consultation ambulatoire afin d'être suivis s'ils le désirent par des spécialistes en addictologie, et n'ont plus de raison de rester hospitalisés, car ces unités sont principalement des unités pour les patients en crise. C'est pourquoi nous avons décidé de faire un parallèle avec la théorie de l'autodétermination et en démontrer son importance. Car les soins pourraient ne pas aboutir sans cela.

Nous voulions aussi faire ressortir les meilleures stratégies pour avoir une relation soignant-soigné adéquate, et quels en sont les enjeux.

Nous nous appuyons sur l'ancrage disciplinaire qui est celui de Peplau ; comme nous allons l'expliquer par la suite, elle s'est fortement intéressée à la relation interpersonnelle, qui est beaucoup utilisée dans le domaine de la psychiatrie.

Nous verrons également comment établir une relation de confiance et les différentes stratégies pour y arriver. Puis nous ferons un parallèle entre la théorie et la pratique pour mieux comprendre la réalité du terrain.

Nous pensons que ce sujet est pertinent pour les soins infirmiers car étudier cette problématique pourra à la fois servir aux professionnels de la santé travaillant avec les personnes atteintes d'addiction, mais aussi à ceux qui veulent savoir comment établir une relation d'aide adéquate. Nous pensons également que cela est pertinent pour les personnes travaillant dans n'importe quel domaine de la santé, car elles pourront se rendre compte qu'il est important de créer des liens avec les patients, ce qui est un élément clef au bon rétablissement de ceux-ci. Cette recherche pourra donc profiter au personnel soignant, aux patients soignés pour addiction, qui eux sont de plus en plus nombreux (cf données épidémiologiques), mais également à leur entourage.

Le phénomène que nous avons choisi d'étudier est pertinent pour les soins infirmiers, car il montre les différentes stratégies pour construire une relation d'aide, ainsi que l'importance de celle-ci lorsqu'elle est bien construite.

C'est donc finalement, suite à nos différentes recherches d'articles et nos diverses réorientations durant la première partie de ce travail que nous sommes arrivées à une question de recherche qui est pertinente et nous intéresse. Notre question finale de recherche est donc :

***Comment l'infirmier/ère peut-il / elle construire une relation interpersonnelle de qualité avec des patients vivant un sentiment de dépendance ?***

## **4. Sciences infirmières**

### **4.1. Paradigme infirmier**

Un paradigme infirmier est un courant de pensée qui est une manière de voir ou de comprendre le monde. Ce courant de pensée est axé sur un positionnement philosophique qui lui est propre. Nerwan et ses collègues (1991, 2008) ont identifié 3 paradigmes infirmiers : la catégorisation, l'intégration et le paradigme de la transformation.

Dans ce travail ainsi que dans notre pratique infirmière, nous nous rapprochons et nous nous identifions au paradigme de l'intégration. En effet, dans ce paradigme la personne est décrite comme un être bio-psycho-socio-culturo-spirituel, c'est-à-dire que l'infirmière prend en compte les dimensions physiques, psychiques et sociales de la personne qui est prise en soins.

L'infirmière interagit également avec le patient, pour l'aider à effectuer des choix par rapport à sa santé ; c'est à travers cet outil qu'évolue la relation soignant-soigné. L'infirmière s'appuie sur la relation d'aide afin d'aider le patient à choisir un comportement adapté pour qu'il accepte mieux sa situation, la notion de « faire avec » le patient est alors mise en avant, ainsi le patient garde une part d'autonomie. La relation patient-infirmière est donc dans ce paradigme vu comme un « partenariat ».

Dans ce paradigme, on retrouve les 4 métaconcepts que Fawcett (1984) a identifiés et qui constituent un métaparadigme: la santé (processus qui s'occupe de la vie et de la mort), la personne (c'est ce qui touche l'être humain, sa famille et sa communauté), l'environnement (social, culturel, géographique, économique et politique, mais également son tour du lit) et les soins (la prise en soins infirmière, action infirmière, soin dans sa complexité).

Pour notre travail nous avons choisi de nous pencher sur la théorie de Peplau qui se situe dans le paradigme de l'intégration. Cependant, Peplau a développé ses propres théories intermédiaires, elle est reconnue comme pré-paradigmatique car les paradigmes sont encore des notions nouvelles et jeunes.

Dans sa théorie, Peplau développe d'avantage deux métaconcepts ; la personne et le soin. En effet, elle parle de la relation d'aide comme un soin et de la personne comme un être à part entière, toute sa théorie est écrite sur les comportements de la personne qui est un tout. L'infirmière, elle, est considérée comme un agent thérapeutique.

### **4.2. La théorie interpersonnelle de Hildegard Peplau**

#### **4.2.1. Vision des soins infirmiers**

Nous allons donc présenter la théorie de Peplau au point de vue théorique afin de mieux comprendre pourquoi elle peut être intéressante lorsque l'on parle de créer une relation. Les différents éléments développés ci-dessous sont tirés du livre de Peplau Relations interpersonnelles en soins infirmiers (1995)

Pour commencer Peplau (1995) voit les soins infirmiers comme une interaction : il y a le point de vue du patient (la personne ayant besoin de soins), et la démarche soignante, ce qu'elle implique et le bénéfice pour le patient. Les interactions entre le soignant et le soigné sont donc essentielles et c'est ce qui va aider le patient à améliorer sa qualité de vie plus que le soin technique en lui-même.

L'infirmière va avoir pour objectif la santé du patient, mais elle va aussi avoir un rôle éducatif en l'aidant à intégrer des comportements qui l'aideront à garder cet état de santé et améliorer sa qualité de vie.

La relation interpersonnelle va viser à développer les compétences du patient et du soignant, tout cela en travaillant avec le patient et non en faisant « pour lui ». Les deux personnes vont apprendre à se connaître suffisamment bien afin de pouvoir coopérer. Le patient et l'infirmière ont certainement une vision différente de la maladie et de la manière de prendre en soins afin d'arriver à la santé. C'est pourquoi tout au long du processus de soins, leurs interactions vont évoluer, leurs points de vue vont changer, mais c'est la relation qu'ils auront créée qui va leur permettre d'assurer un équilibre au sein de leurs interactions.

Les conditions qui se rejoignent et qui assurent la santé d'une personne sont les besoins physiologiques d'une personne et sa condition sociale et interpersonnelle, qui lui permettront l'utilisation adéquate de ses ressources. Les soins infirmiers vont donc aider le patient à reconnaître ses ressources et permettre le développement et l'épanouissement du patient.

#### 4.2.2. Continuum des changements dans la relation infirmier-patient

Afin d'illustrer la relation d'aide entre une infirmière et son patient, Peplau (1995) la représente sous forme de continuum. Nous pouvons remarquer que le patient et l'infirmière ont tous deux des buts différents et qu'ils vont apprendre à travailler ensemble.

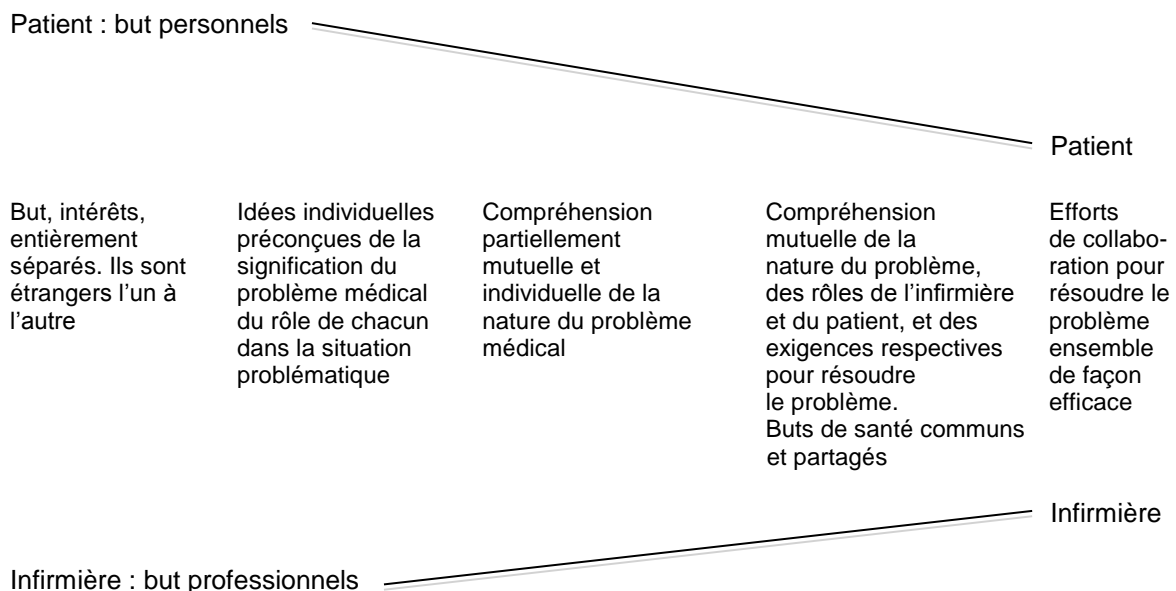


Image tirée : Relations interpersonnelles en soins infirmiers p. 11

### 4.2.3. Les étapes de la relation

La relation soignant-soigné va donc selon Peplau (1995) se construire en 4 étapes : l'orientation, l'identification, l'exploitation et la résolution.

Premièrement **la phase d'orientation**, qui consiste à accueillir le patient et donc à l'orienter au sein de l'unité: chaque patient recherche de l'aide et notre accueil va influencer sa future prise en soins. Comme Peplau (1995) l'a écrit dans son livre:

La recherche d'aide motivée par un besoin ressenti mais suffisamment compris constitue souvent la première étape d'une expérience d'apprentissage dynamique qui pourra donner lieu à une prochaine étape constructive de l'évolution personnelle et sociale du patient. (p.19)

Cette phase permet aussi de comprendre comment le patient voit sa maladie et comment celui-ci va l'intégrer. C'est donc notre rôle infirmier de l'aider à clarifier ces différentes étapes, afin qu'il puisse faire face à sa maladie. C'est aussi durant cette phase que les quatre grands rôles vont être définis.

Puis **la phase d'identification** : cette phase permet au patient d'identifier les personnes qui peuvent l'aider, de pouvoir parler de ses craintes sans être jugé et d'installer une relation de confiance. C'est lorsqu'un patient est capable d'exprimer ses craintes et ses sentiments que l'on sait qu'une relation de confiance est née. Le patient va aussi s'identifier au soignant afin de mieux gérer sa maladie. C'est ainsi que Peplau (1995) écrit :

Lorsqu'une infirmière permet au patient de manifester ce qu'il ressent, en ne négligeant pas de lui prodiguer les soins infirmiers dont il a besoin, il peut vivre sa maladie comme une expérience qui réoriente ses sentiments et renforce les aspects positifs de sa personnalité. (p.30)

La relation soignant-soigné est là pour encourager le patient à développer sa personnalité et remplacer son sentiment d'impuissance par celui de la créativité ou de la productivité. Il s'agit aussi d'être capable d'offrir « un maternage », car le patient peut régresser et nous devons lui offrir un endroit où il peut le faire. Cependant, il faut faire attention, car le patient peut réagir de 3 façons différentes : soit il participe à la relation d'interdépendance avec l'infirmière, soit il s'isole de l'infirmière, ou alors il va être impuissant et dépendant de l'infirmière. Le patient va donc devoir apprendre, durant cette phase, à utiliser la relation qu'il aura créée avec l'infirmière au fur et à mesure qu'ils se connaîtront.

Après suit **la phase d'exploitation**, c'est là que le patient va pouvoir utiliser tous les services qui lui sont offerts, et utiliser dans son intérêt sa relation avec l'infirmière, afin qu'il puisse se sentir à l'aise. Le patient pourra donc envisager son retour à domicile et d'autres objectifs de vie, il est censé avoir intégré des comportements bons pour sa santé, inculqués par l'infirmière. Il va y avoir dans cette phase un conflit entre être dépendant et indépendant, et entre la progression et la régression, car celui-ci sait qu'il va rentrer à domicile, mais il a cependant encore des besoins, il est donc du rôle de l'infirmière de les satisfaire.

Puis enfin **la phase de la résolution** : le patient va se concentrer sur ses nouveaux objectifs qui ont pris forme durant la phase d'exploitation. Il va peu à peu laisser ses liens de dépendance à l'infirmière. Cependant, il est important de préparer le retour à domicile du patient afin qu'il ne ressente pas de crainte ou un sentiment d'impuissance lorsqu'il sera à domicile. Cette étape va donc viser à l'autonomie du patient, c'est un processus de libération qui dépend beaucoup des événements qui ont eu lieu dans les phases précédentes.

#### 4.2.4. Les différents rôles infirmiers

Peplau (1995) décrit que l'infirmière pratique différents rôles. **Le rôle de l'étrangère** tout d'abord. Lors de la rencontre entre le soignant et le soigné, ces deux personnes ne se connaissent pas et ont certainement des attentes différentes. L'infirmière doit donc être capable d'accepter le patient tel qu'il est. Elle doit s'intéresser aux aspects bio-psycho-sociaux et culturels de la personne afin de comprendre et de pouvoir répondre à ses attentes.

Ensuite **le rôle de personne ressource**. L'infirmière va ainsi transmettre ses connaissances. L'infirmière est donc là pour répondre aux questions du patient, mais elle doit aussi faire attention à ne pas prendre une trop grande place. Si c'est le cas cela pourrait diminuer l'envie du patient de devenir autonome et de mobiliser ses capacités.

L'infirmière joue aussi **un rôle éducatif**. Elle va partir des connaissances du patient et de son désir d'apprendre. Elle va ensuite évaluer la compréhension de celui-ci, afin de développer, par la suite, avec l'expérience des patients, le fait de pouvoir s'adapter aux différentes situations.

L'infirmière aura également **un rôle de leader**. Plusieurs types de leadership peuvent être mis en place dans la relation soignant-soigné, et vont créer une atmosphère différente au sein de l'unité.

Le leader démocratique va prendre en compte les décisions et les désirs de chacun afin d'encourager la participation et d'avoir en quelque sorte une cohésion de groupe. Il y a le leader autocratique, dans ce cas c'est le leader qui va décider des objectifs sans se référer aux autres. Il va donc y avoir une surestimation de l'infirmière et cela va entraver les objectifs d'autonomie et d'indépendance du patient, et cela ne sera plus un travail de coopération de la part de l'infirmière et du patient. Le troisième mode de fonctionnement est le leadership « laisser-faire ». L'infirmière ne va pas jouer un rôle de leader, elle ne va pas s'imposer ni exprimer ses idées, mais laisser le patient les déterminer. Cependant cela peut être perçu par celui-ci comme un manque d'intérêt.

C'est pourquoi lorsque Peplau (1995) décrit la relation interpersonnelle, elle parle d'interactions entre deux personnes et il faut trouver un mode de fonctionnement commun qui convienne à chacun. Nous allons donc privilégier le modèle de leader démocratique.

L'infirmière peut aussi jouer **un rôle de substitut**. C'est lorsque le patient va voir inconsciemment l'infirmière dans un rôle qui n'est pas le sien, pour remplacer un membre important de sa famille ou proche tel que la mère par exemple. C'est la manière dont se comporte l'infirmière qui va rappeler des souvenirs anciens aux patients. L'infirmière devra donc rester elle-même, reconnaître les comportements qui peuvent être un frein ou pas à l'entrée en relation, afin que le patient prenne conscience des différences qui existent entre elle et la personne dont elle a pris la place.

Elle aura également **le rôle de conseillère ou d'assistante psychosociale**. L'infirmière va encourager le patient à retrouver une conscience du soi et savoir ce dont il a besoin pour retrouver un état de santé. Elle va l'aider à l'obtenir en utilisant la relation interpersonnelle qui aura été créée, en connaissant par exemple sa vision de la maladie. Le rôle d'assistante va aussi se créer grâce à une observation minutieuse et à une écoute compétente.

L'infirmière, lorsqu'elle va créer une relation interpersonnelle va exercer ces différents rôles. Avec la théorie de Peplau (1995), le soignant peut prendre conscience de son comportement dans la relation et comment celui-ci peut l'influencer. C'est pourquoi rester



authentique, mais tout en prêtant attention à comment l'on se comporte en sachant les conséquences que cela peut entraîner, est primordial.

#### **4.2.5. Les obstacles et les buts de la relation interpersonnelle**

Peplau (1995) développe ensuite les facteurs influençant la relation. Pour commencer, les besoins de l'être humain.

Il y a 2 pôles dans les relations interpersonnelles, qui sont la satisfaction ou l'extension du moi, et la sécurité ou l'auto préservation. Comme Peplau (1995) nous l'explique dans son livre en reprenant une citation de Symonds :

Lorsque des besoins immédiats sont satisfaits, apparaissent des besoins plus matures. Les besoins créent une tension ; ils peuvent entraîner de l'anxiété, mais pas toujours. Tout comportement cherche à réduire ces tensions. Lorsqu'un besoin est impérieux, tous les comportements se concentrent sur lui et d'autres besoins peuvent rester ignorés. La majorité des actes entraîne la fusion de plusieurs besoins ou pulsions. (p.78)

Lorsque les besoins fondamentaux sont comblés, cela permet à la personne de se consacrer à d'autres besoins, en vue de se réaliser ; c'est pourquoi l'infirmière doit tout d'abord pallier à ses besoins fondamentaux afin que des besoins plus matures puissent émerger ; elle va aussi apaiser les tensions qui viennent des besoins insatisfaits.

Cependant certains obstacles à la réalisation de ces objectifs peuvent survenir. Ces obstacles peuvent être perçus par le patient comme une frustration, et la frustration est vue par le patient comme une menace et une agression. Il est donc impératif pour l'infirmière d'observer et d'identifier ces comportements, puis de former des hypothèses sur les objectifs, les moyens pour les réaliser, et les obstacles à cela afin de les envisager de manière différente ou de les reconsidérer.

Les obstacles peuvent venir des valeurs ou des habitudes qui pourraient faire survenir un sentiment de culpabilité ou d'incompétence. Par exemple, si les objectifs qui sont fixés par le patient sont trop hauts, celui-ci va voir survenir des obstacles à son rétablissement, il sera frustré et pourra se sentir incompétent. Tout cela peut faire naître chez lui de l'agressivité en réponse à un « échec ». Lorsque c'est répétitif, de l'anxiété peut survenir. Il faudra donc faire un travail en partenariat infirmière-patient afin de modifier les objectifs, et que ceux-ci soient réalisables. Il faut aussi observer la tolérance à la frustration, qui ne sera pas la même pour les uns ou les autres.

Chaque personne va tenter d'évoluer tout au long de la vie par des phases d'apprentissage. Mais parfois, dans le parcours de vie des personnes, survient un état de crise, ce que l'on peut appeler « la régression », et qui correspond à des tâches de développement inachevées, qui semblaient l'être chez le patient. Parfois, les différentes idées du patient vont donc créer un conflit entre 2 idées ou décisions qu'il voudra prendre. Nous pouvons le remarquer lorsque celui-ci hésite, est tendu, indécis ou fait un blocage complet. Il y a donc conflit lorsqu'il y a tendance à l'évitement. L'infirmière a là un rôle d'écoute, pour que le patient puisse prendre conscience de ses ressentis, et afin d'aider le patient à prendre une décision.

Cependant, de ces conflits peuvent naître des malaises entre l'infirmière et le patient, qui peuvent entacher la relation. Les malaises naissant des conflits, des besoins et de la frustration sont souvent exprimés par de l'anxiété, qui peut être ressentie par le patient ou l'infirmière. C'est une anxiété qui est inexplicite, et que le soignant a au premier abord du mal à comprendre. L'infirmière a pour rôle d'aider le patient à exprimer ses sentiments, à identifier le malaise, et de ne pas être dans le jugement. L'anxiété va être le premier signal

d'alarme et pourra aider le patient à prendre conscience de sa situation. Cela va être aussi un moyen pour le patient de faire appel à ses ressources afin de faire face à cette anxiété. Mais attention, lorsque l'anxiété devient trop accentuée, il est alors trop difficile pour le patient de faire appel à ses ressources, et l'anxiété ne sera alors d'aucune aide dans le processus de soins. Car le patient pourra ressentir la relation interpersonnelle comme menaçante pour son estime de soi et sa dignité.

Lorsque l'anxiété est trop difficile à gérer pour le patient, celui-ci va parfois réagir par compulsions, qui vont généralement l'aider à gérer ses angoisses ou ses pensées obsessionnelles. Le but est donc d'aider le patient à reconnaître d'où viennent ces pulsions, mais ceci est le travail du thérapeute. Peplau (1995) écrit ainsi :

Si les infirmières ne peuvent pas entreprendre ce genre de thérapie avec les patients, elles peuvent étudier le fonctionnement des mécanismes d'adaptation tels que les phobies, les obsessions et les compulsions. Elles peuvent élaborer des manières d'aider les patients à se sentir en sécurité auprès d'elles. Sans pour autant s'impliquer dans leur pathologie. Elles peuvent accepter les patients tels qu'ils sont. Plus important encore est de reconnaître que les obsessions, les compulsions et les phobies sont des moyens de maîtriser l'anxiété, et que si les défenses sont attaquées, l'anxiété augmente graduellement et insidieusement. L'infirmière permet au patient d'agir selon les règles strictes qu'il a établies de façon à augmenter son sentiment de sécurité, si possible jusqu'au point où il se sentira suffisamment en sécurité pour douter de ce qu'il fait. (p 150)

#### **4.2.6. Le travail psychologique**

Il y a tout un travail psychologique à élaborer avec le patient pour que cette relation puisse lui être utile. Pour cela, le patient devra apprendre à compter sur les autres et sera confronté au sentiment de dépendance. Les patients réagissent plus ou moins bien à cette forme de retour en arrière. Cela peut varier en fonction de ce qu'ils ont vécu dans leur enfance ou de leur culture par exemple.

Mais le patient pourra être capable de reconnaître lorsqu'il a besoin d'aide et de la demander. Les infirmières pourront trouver le moyen, en créant un lien avec le patient, d'installer avec lui une relation de confiance. Cependant chaque partie, infirmière ou patient, doit tenir compte des désirs de l'autre et les respecter. C'est en créant une relation basée sur le respect que le patient pourra évoluer et retrouver son indépendance.

Les besoins des patients ne peuvent pas toujours être satisfaits tout de suite et ils apprendront à les différer. Ceci demande un apprentissage et va dépendre en partie de la faculté du patient à savoir compter sur les autres, sur son infirmière. Il pourra ainsi avoir confiance en son infirmière.

Pour certains patients, il est difficile d'accepter la frustration et de différer ses désirs. Ils vont donc parfois exprimer de l'agressivité ou de l'hostilité envers l'équipe soignante en réponse au fait d'attendre. Ceci va créer un conflit dans la relation soignant-soigné, et souvent l'infirmière aura de la peine à maintenir une relation d'aide. L'infirmière doit l'accepter afin de pouvoir permettre au patient de se sentir en sécurité, pour qu'il puisse entrer dans la relation et pour qu'il puisse par la suite, accepter l'aide proposée. Peplau (1995) écrit donc dans son livre : « En présence d'une relation d'acceptation, ils peuvent ensemble élaborer des plans en commun dans l'intérêt de l'épanouissement du patient et de la résolution de son problème » (p 199).

Enfin le patient doit pouvoir identifier ses ressentis. Comme nous le dit Peplau (1995), chaque individu a une vision de soi plus ou moins bonne qui interfère dans les relations à l'autre, que ce soit le patient ou l'infirmière. L'estime de soi ou l'image de soi se construit

en fonction des relations que l'on a aux autres (parents, amis...). C'est en fonction de cela qu'un individu va savoir s'il peut exprimer ses désirs, être satisfait et se sentir entendu et respecté, et donc avoir confiance en l'autre.

Le rôle de l'infirmière est donc de comprendre comment le patient voit la maladie et comment il pourra vivre avec, afin de pouvoir l'accompagner au mieux, et ne pas laisser ses propres interprétations ou images, fausser les désirs de celui-ci. Ainsi Peplau (1995) écrit : « En psychiatrie la procédure thérapeutique est simplement un véhicule permettant au patient de reconstruire et de comprendre des sentiments, des pensées et idéaux déjà présents. » (p. 218).

L'infirmière doit donc être là pour soutenir et non juger, et pour cela elle doit être consciente de ses propres sentiments et ce que telle ou telle situation lui renvoie, afin de pouvoir travailler avec le patient et ne pas imposer ses propres ressentis.

Une des choses importantes qui est souvent reprise dans le domaine des soins et qui aide le patient à recouvrer une estime de lui-même est la validation. Lorsque le soignant reconnaît la souffrance et ressent de l'empathie, cela permet au patient d'avoir plus confiance en son soignant. Le patient pourra alors plus facilement se confier et créer une relation. Il est aussi important de travailler sur les ressources et de ne pas se focaliser que sur la maladie, afin de permettre au patient de reconnaître ses capacités et de les exploiter.

L'infirmière a pour quatrième rôle psychologique, comme nous le décrit Peplau (1995), d'aider le patient à participer à la résolution de son problème de santé. Peplau (1995) dit que l'infirmière a pour rôle d'aider le patient à affronter ses problèmes de santé plutôt que de lui inculquer des solutions. Il s'agit donc tout d'abord d'identifier le problème ou les difficultés, puis de faire appel aux ressources de chacun pour y répondre. Cela favorise l'estime de soi et montre au patient que l'on s'intéresse réellement à ses problèmes en voulant trouver des solutions avec lui. C'est d'abord en prenant part au problème et en s'engageant dans sa résolution que le patient pourra comprendre les difficultés qu'il rencontre. L'infirmière va permettre au patient d'envisager le problème sous un angle différent, et il pourra alors réfléchir à d'autres stratégies pour qu'il puisse se préparer à sa résolution.

#### **4.2.7. Les différentes méthodes pour étudier les soins infirmiers**

Peplau (1995) approfondit trois méthodes étudiées dans les soins infirmiers afin d'aider l'infirmière à interpréter les comportements observés et à trouver des pistes pour aider à établir la relation d'aide.

En premier lieu **l'observation**. C'est tout d'abord une hypothèse que l'infirmière émet à propos du patient, qu'elle construit en fonction de ses différentes expériences vécues, et qu'elle devra par la suite vérifier. L'infirmière a ensuite pour rôle de recueillir des données pour pouvoir vérifier ses hypothèses, et c'est bien sûr en fonction de son hypothèse qu'elle va recueillir ces données.

Peplau (1995) décrit qu'il est donc plus intéressant pour l'infirmière de retirer des données concrètes en fonction des observations, de la culture, de la personnalité, de la relation à l'autre, de l'environnement et du niveau de la maladie, qu'en suivant une liste qui n'aura pas grand intérêt.

Afin de mieux observer la relation interpersonnelle, l'infirmière peut faire un jeu de rôle ou une activité en groupe où elle sera participative. Elle pourra alors observer le patient, dans ses relations à l'autre et dans son mode de fonctionnement. Ce sera finalement grâce à

cela qu'une infirmière pourra aider son patient à trouver des stratégies afin de « résoudre ses problèmes ».

Puis **la communication**. Il y a plusieurs façons de communiquer : le verbal, le non verbal, les besoins, les désirs. La façon dont on va s'exprimer peut modifier la relation que l'on aura à l'autre, suivant le ton ou les expressions par exemple. C'est pourquoi il est important que l'infirmière fasse preuve de clarté dans les termes qu'elle utilise, et de continuité dans sa communication avec le patient, en faisant des entretiens organisés par exemple. Par la communication non verbale ou dite indirecte, l'infirmière pourra aussi émettre des hypothèses qu'elle devra ensuite vérifier. C'est pourquoi la clarté est tellement importante, elle est la clef de la communication, car le fait de savoir comment le patient perçoit sa propre maladie aidera au développement de la relation interpersonnelle. C'est à ce moment-là que le soignant sera capable d'aider son patient à élargir sa vision de la maladie et pourra l'aider dans la résolution de son ou ses problèmes.

Enfin, **le recueil de données**. Il est très important de faire attention dans la retranscription des données et l'interprétation que l'on en fait. Il faut noter des faits pour ses collègues et non des hypothèses infondées sur lesquelles un autre collègue soignant pourrait s'appuyer et se tromper. C'est seulement après vérification et analyse de ces hypothèses, qu'elles deviennent des faits concrets. Les relations interpersonnelles sont donc des relations changeantes en fonction des comportements du patient ainsi que du soignant.

## 5. L'autodétermination

La philosophie et le droit humain font tout deux ressortir l'autodétermination. L'autodétermination dans les soins est le fait d'être maître de son corps et donc libre de ses choix concernant sa maladie, ses traitements, et toute la prise en soins. De ce fait, cela nous renvoie à certains principes éthiques dans les soins qui sont la justice et l'autonomie du patient. Cela nous renvoie aussi aux lois faisant référence aux droits des patients, décrites également ci-dessous.

Nous pouvons donc faire un parallèle entre l'autodétermination et la prise en soins des patients vivant un sentiment de dépendance. Comme nous l'avons lu à plusieurs reprises dans les différentes théories de soins comme celle de Peplau (1995), ou dans d'autres articles scientifiques traitant des dépendances, la décision du patient est primordiale. C'est-à-dire que l'on ne peut pas commencer un suivi si le patient ne l'accepte pas.

La prise en soins s'effectue la plus grande majorité du temps en ambulatoire, le suivi est donc régulier mais pas constant. Le patient devra donc faire preuve de volonté et d'autodétermination pour la continuité de son suivi, comme il est relaté dans l'article relation thérapeutique et « soins obligés » en toxicomanie écrit par Anne Biadi-Imhof <sup>2</sup>(2005). Elle recueille des histoires vécues par des patients étant en situation de dépendance ; l'un d'eux explique « C'est une question de volonté. Si un toxicomane n'a pas décidé d'arrêter, centre ou pas centre, il n'arrêtera pas » (p.166).

D'autre part, certains psychologues, comme par exemple Deci et Ryan (1985, 2002), relient l'autodétermination à la motivation qu'une personne a à se prendre en charge et à se faire aider, nous développerons leur théorie ci-dessous. L'autodétermination est donc quelque chose de personnel et de propre à chacun.

La théorie de l'autodétermination décrite par Deci et Ryan (1985,) est une théorie qui peut être utilisée dans divers milieux, notamment celui de la santé. Elle est entre autre utilisée pour le traitement de l'abus de substances psychoactives et donc pour les personnes souffrant de dépendance. En effet, elle est essentiellement basée sur la motivation d'une personne afin qu'elle modifie un comportement. Cette motivation va dépendre et être influencée par les situations qu'une personne vit, et les interactions qu'elle a avec les gens ( Miller et rollnick, 2002).

La théorie de l'autodétermination n'envisage pas la motivation comme un phénomène unitaire, car les individus peuvent avoir des motivations quantitatives (quelle quantité de motivation) et qualitatives (quel type de motivation). « Chaque type de motivation entraîne des conséquences différentes » ( Ryan et Deci , 2000).

Si nous nous intéressons aux motivations décrites par Deci et Ryan (1985) nous retrouvons la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque et l'amotivation.

Prenons tout d'abord une personne qui est intrinsèquement motivée, cela signifie que l'action de l'individu est guidée par ses choix et par le plaisir que celui-ci trouve à cette action. En quelque sorte l'individu doit trouver intéressante la tâche qu'il fait, sans qu'il y ait une récompense nécessaire dans son action.

En revanche une personne qui est motivée extrinsèquement va guider son action de manière à obtenir un résultat extérieur telle une récompense, c'est également considéré comme motivation instrumentale. Dans cette motivation, Deci et Ryan (1985) ont mis en avant 4 phases qu'on peut placer sur un continuum. Ainsi nous retrouvons des types de régulation tels que : la régulation externe, la régulation introjectée, la régulation identifiée et la régulation intégrée.

---

<sup>2</sup> Sociologue

La régulation externe : le comportement d'un individu va dépendre et être influencé par les contraintes ou les récompenses extérieures à lui-même. Ces récompenses peuvent être matérielles et les contraintes imposées par d'autres personnes. Si nous prenons un exemple lors d'une thérapie, ça serait un patient qui suit cette dernière pour ne pas contrarier ses proches, qui veulent qu'il soit en thérapie.

La régulation introjectée : l'action que l'individu entreprend n'est pas encore réellement choisie de manière libre. En effet, l'individu agit afin de ne pas avoir une conséquence désagréable. Le patient va par exemple culpabiliser s'il ne suit pas la thérapie.

La régulation identifiée : l'individu choisit son comportement, il arrive à s'identifier à l'action et/ou l'activité qu'il entreprend, il la valorise et la trouve importante. Dans la régulation identifiée, l'individu est autodéterminé. Le patient va vouloir amener des changements à sa situation actuelle.

La régulation intégrée : l'individu est autodéterminé, il s'approprie ses actions et son comportement. Il sait où sont ses ressources. Il agit en fonction de ses croyances et ses valeurs. Le patient sent qu'il peut prendre la responsabilité de faire des changements dans sa vie.

Pour finir, une personne amotivée est une personne qui n'a aucune motivation à entreprendre un changement dans sa vie. « Une personne est amotivée lorsqu'elle ne perçoit plus de relation entre les gestes qu'elle pose et les résultats obtenus » ( Deci et Ryan, 1985). L'individu ne comprend pas ce qu'il peut retirer d'une thérapie par exemple.

Pour des personnes souffrant de dépendance, Deci et Ryan (1985) décrivent un deuxième type d'amotivation. Dans ce cas-là, la personne va continuer son activité et son comportement, et ce même si elle voudrait les arrêter, car ils ne sont pas intentionnels (ex : prise d'héroïne). Ses motivations ne sont alors pas définies.

Si nous représentons ces motivations sous forme d'échelle, nous retrouvons l'échelle continue de régulation, qui comprend les motivations intrinsèques et extrinsèques

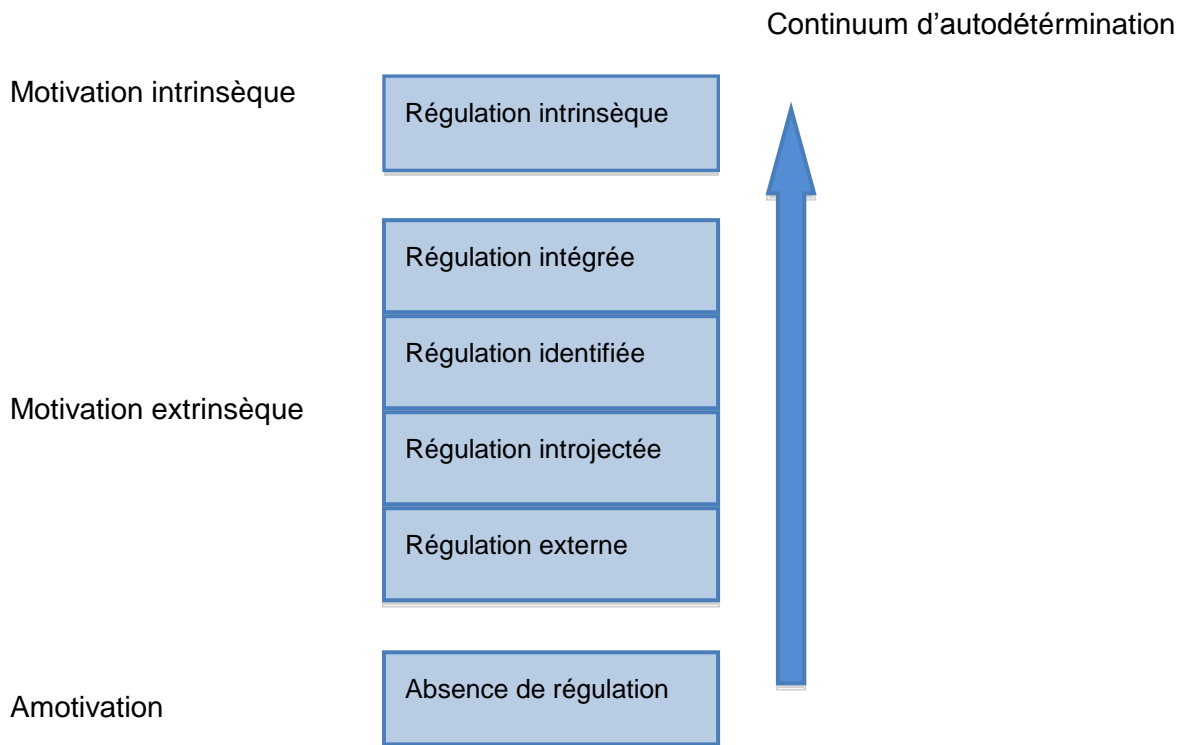


Image tirée, (2009) Motivation intrinsèque et extrinsèque Deci & Ryan

Suite à cela, nous pouvons donc faire un parallèle entre ce que Peplau nous décrit de la relation interpersonnelle et la théorie de l'autodétermination. Peplau (1995) voit la relation comme un accompagnement et non un changement de la personne. Cependant elle décrit comme un des rôles infirmiers le fait de trouver avec le patient ses ressources et ses propres motivations pour aider à la résolution de son problème de santé.

Dans le cas des dépendances, nous recherchons davantage un suivi sur le long terme, et donc nous essayons de créer une relation d'aide, afin d'avoir une personne ressource dans le domaine de la santé qui s'occupe de ce suivi thérapeutique. De plus il est essentiel chez les personnes souffrant de dépendance qu'elles se sentent respectées dans leurs choix.

## 6. Données liées à la thématique

Avant d'analyser notre thème en rapport avec notre ancrage théorique et nos articles scientifiques, il est essentiel de présenter les données liées à notre sujet afin de prendre en compte les différents éléments qui influencent et jouent un rôle sur notre thématique.

### 6.1. Définition

Pour pouvoir prendre en soins une personne souffrant de dépendance et afin de construire une relation interpersonnelle avec elle, il est important de connaître la définition de ce trouble. Ceci regroupe de multiples addictions telles que : la drogue, l'alcool, le sexe, les jeux et d'autres encore. Lors de notre travail et au vu des situations rencontrées lors de notre pratique professionnelle, nous nous focaliserons essentiellement sur les drogues et l'alcool.

Le syndrome de dépendance est défini selon le site officiel de l'organisation mondiale de la santé (OMS 2014) et d'après la 10<sup>ème</sup> révision de la classification statistique internationale (CIM 10) des maladies et des problèmes de santé comme :

Un ensemble de phénomènes comportementaux cognitifs et physiologiques, dans lequel l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit).

Si nous nous intéressons également au DSM4 (manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux) où sont inclus tous les troubles reconnus de santé mentale, la dépendance est définie comme :

Un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de 3 (ou +) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

- Besoin de quantités notablement plus fortes pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
- Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité.

2. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- Syndrome de sevrage caractéristique de la substance.
- La même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter des symptômes de sevrage.

3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.



4. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
5. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (ex : déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit, ou à récupérer de ses effets.
6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
7. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (ex : poursuite de la prise de cannabis bien que le sujet reconnaisse que ses performances professionnelles, ou ses résultats scolaires sont diminués).

## **6.2. Les faits observés**

Tout d'abord la relation d'une infirmière à un patient est le point clef d'une prise en soins dans tout champ clinique, il est au cœur de notre profession. Lors de nos différents stages nous avons pu observer plusieurs faits en psychiatrie. Les infirmières vont travailler avec le patient afin de pouvoir comprendre son mode de fonctionnement et d'ainsi pouvoir l'aider dans les obstacles qu'il peut rencontrer durant cette prise en soins. C'est donc avec différentes méthodes de pratiques qu'elles vont petit à petit prendre une place importante dans la vie des patients.

Plusieurs difficultés sont rencontrées lors de la mise en place de cette relation. En effet nous avons pu lire dans plusieurs textes que les infirmières sortant de l'école n'étaient pas assez formées en psychiatrie, et se retrouvaient trop souvent à devoir apprendre sur le tas. Anna Rivoirard, une sociologue, écrit dans son article sur les soins et dépendances (2012) que : « Un des enjeux majeurs du passage à l'addictologie dans les centres de postcure est la nécessité de former le personnel afin de prendre plus aisément ce public en charge » (p.3).

De plus avec chaque patient, la relation doit être aussi individuelle, et donc adaptée à chacun, afin de considérer leur trajectoire de vie et leur position dans la société, même si un partage au sein d'un groupe thérapeutique n'est pas exclu car cela va aider le patient à se « resocialiser » (Anna Rivoirard , 2012, p.4.).

En effet il n'y a pas de population type souffrant d'addictologie, cela peut toucher tout un chacun. Selon France Lert, épidémiologiste, (1989) :

La représentation du toxicomane comme un jeune marginalisé, délinquant et vivant dans la rue ne peut pas rendre compte de la grande diversité de situations qu'il importe de prendre en compte pour répondre à leurs besoins : Il y a parmi les usagers de drogues illicites, des adolescents et des parents, des salariés et des délinquants, des jeunes vivant dans leur famille et des gens vivant dans la rue, des consommateurs occasionnels et des personnes qui s'injectent des drogues plusieurs fois par jour, des consommateurs encore récents qui ont su longtemps éviter la prison ou sont restés à l'écart des institutions et des toxicomanes auxquels les séjours en prison, les sevrages répétés, les postcures n'ont apporté aucune issue durable. (p.50)

Cette citation nous rappelle la théorie de Peplau (1995) qui elle aussi nous explique la singularité de la relation à chacun et le travail qui doit être différent avec chaque patient.

Ce n'est qu'ainsi que nous pourrions arriver à la phase que Peplau (1995) appelle la phase de résolution et qui consiste en la réinsertion sociale et professionnelle.

Pour finir, les horaires des infirmières peuvent être un autre frein pour la relation soignant-soigné. Souvent un patient a deux ou trois infirmières référentes afin de pouvoir parler en cas de besoin avec un soignant qui connaît son parcours, mais il n'est pas rare qu'un patient doive s'adresser à un soignant qu'il ne connaît pas ; il sera donc plus difficile pour lui de se confier lors d'entretiens.

Il est aussi compliqué dans des unités de soins ou dans un cadre ambulatoire d'avoir le temps nécessaire à la construction de cette relation. Les infirmières ont souvent plusieurs patients à charge et elles n'ont pas assez de temps pour voir chacun de leurs patients une fois par jour.

### **6.3. Données épidémiologiques**

Afin de trouver des données socio-politiques fiables et sûres, nous nous sommes appuyées sur le site du monitoring Suisse des addictions. Nous voulions tout d'abord trouver des données épidémiologiques spécifiquement ciblées sur la population des personnes dites dépendantes à une substance psychoactive en Suisse, mais cela s'est avéré difficile, c'est ainsi que nous nous sommes intéressées alors à certaines substances, qui créent une dépendance et qui sont dans les plus consommées en Suisse.

Prenons tout d'abord la consommation d'alcool : d'après le monitoring Suisse des addictions, les résultats de l'enquête COROLAR<sup>3</sup> de 2012 démontrent qu'environ 0.9% de la population suisse présente une consommation à haut risque. Cependant, différents indicateurs estiment que 250'000 personnes suisses seraient alcoolo-dépendantes (estimation approximative Kuendig<sup>4</sup> 2010).

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée en Suisse, en effet 220'000 personnes consomment actuellement du cannabis d'après l'enquête COROLAR 2012. Parmi ces personnes 36,5% soit 75'000 personnes auraient une consommation dite problématique, c'est-à-dire un usage d'au moins 10 jours par mois (indicateur fixé selon l'enquête COROLAR).

En ce qui concerne l'usage d'opioïdes, qui regroupe spécifiquement la consommation d'héroïne, l'enquête COROLAR trouve des estimations peu fiables car certains participants peuvent ne pas avoir été sincères dans leur réponse, ce qui par conséquent influence les résultats. Dès lors, d'après ces estimations, environ 4000 personnes auraient consommé de l'héroïne au cours des 12 derniers mois. La tranche d'âge la plus touchée est celle des 35 à 54 ans. Ce qui est problématique dans la consommation d'héroïne, ce sont les problèmes de dépendance que crée cette substance, mais également les problèmes de santé qui y sont associés, tels que la contamination du HIV ou de l'hépatite C par partage de seringue contaminée et un risque d'overdose.

Pour finir, la cocaïne est également une substance qui crée une forte dépendance : toujours d'après l'enquête COROLAR, il est estimé que 28'000 personnes auraient consommé de la cocaïne au cours des 12 derniers mois. Cependant, pour les mêmes raisons que l'héroïne, ces données ne sont pas totalement fiables. Il faut noter qu'une

---

<sup>3</sup> Corolar est une enquête téléphonique permanente auprès de la population Suisse. Elle a débuté en 2011, son but est de combler le manque de données sur l'évolution des comportements addictifs. Ainsi environ 11'000 personnes âgées de 15 ans et plus domiciliées en Suisse sont interviewées par année.

<sup>4</sup> Kuendig est un auteur qui a fait une étude publiée sur addiction info suisse. Il s'est intéressé au nombre de personnes alcoolo-dépendantes en Suisse.

personne sur 12 dit en prendre régulièrement (10 jours par mois, indicateur fixé selon l'enquête COROLAR).

Grâce à ces données épidémiologiques, nous avons pu nous faire une idée de la fréquence d'utilisation des substances dites illicites en Suisse. Cela nous a permis d'avoir une vue globale sur cette problématique et d'ainsi avoir une estimation de personnes dites dépendantes. Ce qui peut également être un indicateur sur le nombre de personnes qui sont prises en soins pour des raisons d'addiction et de dépendance en Suisse.

## **6.4. Historique**

Il est important de reprendre l'historique de l'approche clinique en toxicomanie. Les personnes souffrant d'addiction ont longtemps été considérées comme des marginaux et étant responsables de leur propre situation, avant que l'on classe ceci comme un trouble psychique et que l'on décide d'intervenir pour les aider.

Historiquement la naissance des soins en addictologie s'est faite par étapes, comme le décrit le texte : Dépendances aux drogues illicites : prise en charge dans le réseau de soins à Genève écrit par des étudiants en faculté de médecine à Genève (2002).

Tout d'abord lorsque la médecine reconnaît l'existence de problèmes d'alcoolisme ou de drogue vers la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, puis après une longue période de « latence » vers les années 1970, on voit enfin naître des champs cliniques spécialisés en addiction et l'apparition des traitements de substitution. Cependant très peu de médecins avaient recours à ces traitements et ils n'étaient pas très bien vus par leurs confrères. A cette époque où la politique face aux dépendances est en pleine évolution, les médecins se demandaient d'où venait cette dépendance. La réponse à cette question divisait les idéologies en trois : des origines psychologiques, neurobiologiques, et environnementales et familiales. Ce ne sera que par la suite que les trois approches seront regroupées afin de permettre un travail médico-psycho-social.

Dans les années 1980, avec l'apparition du SIDA, la politique va de nouveau évoluer. En effet on remarque que 50% des toxicomanes sont HIV positifs. C'est à partir de ce moment-là que les mentalités évoluent et que l'on parle de matériel propre et de mise à disposition de seringues.

De plus, en Suisse dans la fin des années 80 on voit apparaître la plus grande scène ouverte à la drogue d'Europe à Zurich, à la gare désaffectée du Letten. Des toxicomanes venaient tous les jours pour se piquer en toute liberté et plusieurs personnes par jour mouraient d'overdose dans des conditions affreuses. Plus personne ne voulant voir cela les autorités ferment les portes de la gare en 1995 et commencent à penser à une politique de santé davantage répressive (Temps présent : Le letten un an après, 1996).

C'est au début des années 1990 que la politique cantonale genevoise change, et met donc à disposition des institutions pour aider les personnes dépendantes. C'est là que l'on commence à parler de la politique des 4 piliers qui font partie du plan d'organisation et de santé publique et qui sont toujours d'actualité.

## 6.5. Politique de santé publique concernant l'addictologie

### 6.5.1. Politique des 4 piliers

Comme expliqué ci-dessus, en Suisse la politique des 4 piliers est utilisée en addictologie. L'OFSP a mis en place cette politique afin d'améliorer la santé des personnes souffrant d'addiction et plus précisément de toxicodépendance.

Il y a donc **la prévention** pour que les gens consomment le moins possible et évitent de tomber dans la dépendance.

**La réduction des risques** qui vise à éviter les différents risques liés à la consommation en offrant par exemple des lieux sûrs où les personnes toxicodépendantes peuvent consommer leur drogue.

**La thérapie** qui permet aux personnes de pouvoir se sortir de cette dépendance ou d'être accompagnées.

Et enfin **la répression** qui signifie que la drogue reste illégale et que nous devons continuer à l'interdire afin de réduire les effets négatifs de la consommation de drogue. Le défi de cette politique est de la garder restrictive tout en évitant de pousser les consommateurs à être en marge de la société et constituer un danger pour leur santé.

### 6.5.2. Plan d'action fédéral

En ce qui concerne le plan d'action de l'OFSP concernant les addictions, il est appelé « Défi addictions » et a été mis en place en 2010. Ce plan vise à avoir une approche durable des addictions en Suisse, comme nous l'explique le document : Défi addictions – Fondements d'une approche durable de la politique des addictions en Suisse, écrit par les commissions fédérales pour les problèmes liés à l'alcool (CFAL), celle pour les questions liées aux drogues (CFLD) et celle pour la prévention du tabagisme (CFPT). C'est donc ces trois commissions qui regroupent la politique des addictions en Suisse. Elles ont travaillé ensemble afin de mettre en place une stratégie de santé publique.

Ce rapport vise à limiter les dommages pour la personne dépendante, ses proches et pour la société, en proposant des réorientations de la politique des addictions. D'après le Défi addictions – Fondements d'une approche durable de la politique des addictions en Suisse, (2010) :

La politique suisse des addictions : ne doit pas prendre en considération que la dépendance, mais inclure également la consommation problématique et les modes de consommation en constante évolution, doit évaluer toutes les substances en fonction de la charge de dommages qu'elles engendrent et sans tenir compte du fait qu'elles soient légales ou interdites, doit inclure les comportements à potentiel addictif. (p. 10)

C'est donc avec ce nouveau rapport que la politique suisse tend à évoluer et à avoir une action durable. Comme nous le dit Pascal Strupler (2010), directeur de l'OFSP, la politique suisse de ces dernières années en matière d'addiction se montre positive. Le rapport cité ci-dessus va servir d'aide et d'appui pour le futur.

## **6.6. Les lois**

Au delà des plans d'action politique fédérale et cantonale sur les addictions, plusieurs lois ont été mises en place au fil des années pour permettre de réguler, de sécuriser et d'aider les personnes souffrant d'addiction.

En psychiatrie comme dans tout autre domaine de la santé, chaque personne a le droit ou non d'accepter les soins qui vont lui être prodigués. Nous avons trouvé quelques articles dans les lois sur la santé, établies par le Grand Conseil de la République et Canton de Genève concernant le discernement.

Art 46 Choix libre et éclairé - Personne capable de discernement (Annexe)

Art. 49 Choix libre et éclairé – Personne incapable de discernement (Annexe)

Nous avons aussi trouvé pertinent dans ces mêmes lois de relever un article plus précis sur les dépendances :

Art. 27 La prévention des dépendances (Annexe)

Cette loi est spécialement intéressante par rapport à notre thématique. Cela nous fait comprendre l'importance de la prévention des addictions, ainsi que les moyens qui sont mis en place afin de diminuer et minimaliser les addictions.

Nous nous sommes par la suite intéressées aux lois fédérales de la Constitution qui concernent les stupéfiants et les substances psychotropes. Afin de ne pas réécrire toutes les lois, nous en avons seulement sélectionné quelques unes qui sont pertinentes pour notre travail.

Section 2 Thérapie et réinsertion :

Art. 3d21 Prise en charge et traitement ( Annexe)

Art. 3e22 Traitement au moyen de stupéfiants (Annexe)

Section 3 Réduction des risques et aide à la survie :

Art. 3g Tâches des cantons ( Annexe)

Pour finir, nous nous sommes également penchées sur la problématique de l'alcoolodépendance. Cependant les lois concernant l'alcool sont plus en lien avec le commerce de l'alcool et la prévention, qu'avec la dépendance qu'entraîne l'alcool, vu que ce n'est pas un produit dit « illégal ».

## **6.7. Réseau addictologie Genève**

Après plusieurs entretiens avec les professionnels dans le domaine de l'addictologie, nous nous sommes rendu compte que le travail en continuité était fait avec ces patients en ambulatoire, et non lorsqu'ils sont en phase de crise et donc hospitalisés. Ainsi, nous avons choisi de nous focaliser davantage sur le travail effectué par les infirmières en ambulatoire. Nous pourrions aussi nous rendre compte de la difficulté de la prise en soins, ainsi que de l'importance de créer une relation soignant-soigné de confiance lorsque les patients ne sont pas hospitalisés. Il est donc de leur ressort de se rendre aux consultations pour pouvoir se faire aider.

Avant de décrire les différents réseaux de soins existant à Genève pour l'addictologie, nous allons expliciter leur mission dans le système de santé. D'après le site des hôpitaux universitaires de Genève (2013) la mission en addictologie, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière, consiste à :

- Assurer le diagnostic et la prise en charge thérapeutique des patients souffrant de problèmes d'addictions (avec et/ou sans substances) en s'inscrivant dans la politique de la Confédération et du canton dans le domaine des addictions, dite des « 4 piliers » (prévention, réduction de risques, traitement et prise en charge des individus).
- Mettre en œuvre le traitement intégré psychiatrique et psychothérapeutique au long cours pour des co-morbidités psychiatriques associées aux addictions en y intégrant le travail de soins intensifs de la crise psychiatrique ainsi que les programmes spécialisés notamment (addictions sans substances et addictions & familles)
- Soutenir la prévention secondaire et tertiaire des addictions chez les patients présentant des co-morbidités psychiatriques.

Afin de développer les différentes unités de soins que l'on retrouve à Genève, au sein des HUG, nous retrouvons deux unités d'hospitalisation sur le site de Belle-Idée qui prennent en soins les patients souffrant d'addictologie. Ces unités assurent l'accueil, l'évaluation, l'orientation et l'intervention de crise. Ces unités sont appelées :

- Le Sirocco qui est une unité de court séjour pour les personnes souffrant d'une seule addiction et de co-morbidité psychiatrique.
- Le Zéphyr qui est une unité de court à moyen séjour pour les personnes souffrant d'addictions multiples et de co-morbidité psychiatrique.

En ce qui concerne la prise en soins ambulatoires, à Genève il y a la Consultation Ambulatoire d'Addictologie Psychiatrique Arve (CAAP Arve) qui est une consultation s'adressant à toute personne souffrant d'addictologie aux opiacés ainsi qu'à leurs proches. Ils effectuent là-bas un travail en interdisciplinarité avec des médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux...

Nous disposons également d'une autre consultation ambulatoire : Consultation ambulatoire d'Addictologie Psychiatrique Grand-Pré (CAAP Grand-Pré). Dans ce centre les spécialistes en addictologie accueillent, orientent, évaluent et proposent un suivi psychologique aux personnes souffrant de dépendance avec ou sans produit tels que : le cannabis, l'alcool, la cocaïne, les médicaments, internet ou les jeux.

Les HUG proposent aussi plusieurs types de programmes spécialisés en addictologie dont le PEPS, EMA et le NANT

- Le Programme Expérimental de Prescription de Stupéfiant (PEPS) est une consultation ambulatoire pour les personnes souffrant principalement de dépendance à l'héroïne. Elle a pour objectifs d'attirer les personnes dépendantes dans un réseau sanitaire, de ne pas consommer illégalement, de diminuer les conduites à risque et d'améliorer la qualité de vie de ses patients.
- L'équipe mobile en addictologie (EMA) qui se déplace au sein de la communauté et à domicile. Elle est spécifique pour les personnes qui ont de

la difficulté à tenir le rythme des programmes et donc à se rendre aux rendez-vous. Cette équipe intervient aussi auprès des proches.

- La consultation Nouvelles addictions – Nouvelles thérapies (NANT) est un centre qui prend en soins les personnes souffrant d'addiction mais qui sont intégrées dans la société. L'équipe s'occupe de personnes ayant différents comportements addictifs et offre de l'aide aux personnes qui reconnaissent leurs addictions et veulent entamer un processus de changement.

Toujours relié aux HUG, l'Hôpital de jour Les Crêts s'adresse aux personnes désirant faire un sevrage à une ou plusieurs substances. Cependant cette consultation s'adresse uniquement aux personnes entrant volontairement. L'équipe travaille sur les objectifs de chaque patient, avec une durée pour un programme de sevrage d'environ 2 à 3 semaines, et une période de stabilisation d'environ 3 à 10 jours.

Finalement nous retrouvons plusieurs établissements privés qui ne sont pas reliés aux HUG. La fondation Phenix et la fondation Argos, qui s'occupent de traiter des personnes toxico-dépendantes. De plus ces établissements aident à la réinsertion sociale et prennent en charge également les programmes de sevrage.

## 7. Méthodologie

Afin de pouvoir traiter notre thématique et répondre à notre question de recherche de manière fiable et scientifique nous avons utilisé une méthodologie de recherche qui est développée ci-dessous. Cela nous a permis de trouver des articles pertinents et qui sont le reflet de ce qui peut se passer lors de notre pratique.

Pour notre méthodologie, nous avons utilisé la méthode PICO (population, intervention, contexte, outcome). Cela nous a aidé à trouver des mots-clefs pertinents et d'ainsi affiner nos recherches. Nous avons également fait des recherches séparément sur la relation soignant-soigné en psychiatrie et les dépendances avant d'essayer de regrouper les deux sujets.

Suite à cela nous avons utilisé les bases de données dont nous disposons à l'école afin de rechercher des articles scientifiques.

<b>Grille PICO</b>				
	<b>Mots-clés</b>	<b>Mesh HON</b>	<b>Pubmed</b>	<b>Google scholar</b>
<b>Population</b>	Psychiatrie Infirmière Patient	Psychiatric nursing	Nurse,nursing psychiatric	Infirmière
<b>Intervention</b>	Relation soignant-soigné, relation interpersonnelle Peplau, relation thérapeutique, prise en soins	Relationships, Interpersonal relation, Peplau, Care	Therapeutic nurse-client Relationship, Peplau	Lien thérapeutique, Relation thérapeutique. Alliance thérapeutique
<b>Contexte</b>	Dépendance Addiction Comportement addictif	Addictiv behavior, dependency	Addictiv behavior, dependency	Addiction, toxicomanie
<b>Outcome (issue clinique)</b>	Autonomie du patient, continuité du traitement et des soins	Personal, autonomy, self determination,	Self determination	Autodétermination

Après avoir effectué PICO, nous avons tout d'abord essayé chaque mesh term séparément sur pubmed. Il s'est avéré qu'à chaque fois nos recherches n'étaient pas assez ciblées, et nous nous retrouvions avec des résultats qui n'étaient pas pertinents pour notre thématique, ou du moins trop éloignés. C'est pourquoi nous avons combiné plusieurs mesh terms et nous avons utilisé des mots-clefs qui n'étaient pas des mesh terms afin de compléter et affiner nos recherches. De plus, afin de mieux cibler nos recherches sur pubmed, nous avons mis des filtres tels que : humans, clinical trial et years.



Dans le tableau ci-dessous, nous avons résumé notre méthodologie en y mettant les mots-clefs, les résultats, le filtre et les résultats obtenus après le filtre.

## 7.1. Sélection sur pubmed

Mots-clefs	Résultat	Filtre	Résultat après le filtre
Peplau's theory of interpersonal relation	57 articles	5 years	7
Drug addiction interpersonal relation	5060	Clinical trial	275
Nurse patient relations Peplau theory	34		
Relations interpersonal patient dépendant	260	Clinical trial	19
Nurse patient interaction mental health nursing	99		
Nurse patient relations Peplau	54	10 years	12
Nursing Relationships with patient dependency	64		
Therapeutic nurse client relationships mental health	96	10 years	50
Relations interpersonal patient dépendant	260	Clinical trial	19
Peplau theory of interpersonal relations	57		
Nurse patient relations psychiatric nursing	2770	10 years	886

Après avoir mis les filtres nous avons trié nos articles en lisant les résumés, afin de trouver des articles qui se rapprochent le plus de notre thématique, et qui sont significatifs comme étant des articles de recherche. Suite à cette sélection, nous avons retenu 11 articles, dont 5 qui sont des articles des recherches et en lien avec notre problématique. En ce qui concerne les autres articles, ils nous seront utiles pour notre discussion finale, ainsi que pour notre travail de bachelor.

Nous avons également fait plusieurs recherches sur google scholar pour nous aider à compléter notre revue de littérature. Nous avons donc utilisé plusieurs des mesh terms et d'autres mots-clés.

## 7.2. Sélection sur google scholar

Mots-clés	Résultat	Filtre	Résultat après le filtre
Addiction lien thérapeutique	8660	Depuis 2010	3550
Relation thérapeutique addiction toxicomanie	4170	Année 2000-2013	3540
Alliance thérapeutique dépendance relation	11600	Depuis 2010	3450
Motivation toxicomanie	10900	Année 2000-2013	8460

Nous avons dû effectuer beaucoup de recherches sur google scholar afin de pouvoir sélectionner des articles pertinents et scientifiques. Après avoir lu les titres et résumés de nos résultats, nous avons retenu 4 articles, dont 1 qui sera utile pour nos fiches de lecture.

Pour finaliser notre méthodologie, nous avons résumé notre processus à l'aide d'un diagramme de flux mis en annexe.

## 8. Résultats

Titre de l'article	<b>Shared Decision-Making : Increases Autonomy in substance-Dependant Patients</b>
Référence bibliographique	Auteurs : Evelien A. G. Joosten, Cor A. J. De Jong, Gerdien H. de Weert-van Oene, Tom Sensky and Cees P. F. van der Staak
Lieu et année de l'étude	Hollande, à l'Université de Radboud à Nijmegen, en 2011
But	Le but de cette étude est de démontrer l'importance et l'influence de la prise de décision partagée sur les comportements interpersonnels entre un patient et son soignant.
Question de recherche	Comment la prise de décision partagée d'un patient souffrant de toxicodépendance et de son soignant va influencer la prise en soins ?
Méthode d'analyse	Les participants à cette étude sont des patients déjà suivis en ambulatoire pour toxicodépendance et leurs soignants durant le programme. Ces patients accepteront de suivre un programme de soins de 3 mois. Ils devront alors définir chacun quels sont les principaux problèmes rencontrés et ceux qui leur sembleront nécessaires de prioriser à travailler autant du point de vue social, environnemental ou relationnel. C'est après avec leurs soignants qu'ils prendront la décision ensemble des différents points à améliorer pour avoir un suivi adapté aux besoins de chacun des patients. A la fin de ces trois mois un dernier rendez-vous sera pris 3 mois plus tard pour évaluer le suivi. Afin de comparer, les cliniciens étudieront un groupe de patients et soignants ayant suivi cette méthode et un groupe ayant suivi le programme habituel.
Résultat	Les résultats de cette étude démontrent que les patients ayant bénéficié du programme de prise de décision partagé sont plus autonomes dans leur gestion de la dépendance et qu'ils sont plus proches et plus attentifs à leur suivi de traitement. L'étude montre également que ces patients ont un sentiment de contrôle par rapport à leur dépendance plus fort et que socialement ils se montrent plus ouverts.
Stratégie pour améliorer la relation interpersonnelle	La stratégie que l'on découvre dans cet article consiste à faire participer plus le patient. De ce fait il sera sollicité afin de connaître ses besoins et si ceux-ci sont en adéquation avec ce que pense le soignant ils pourront avancer dans le même sens.
Limite de l'étude	Cette étude se base sur l'auto-évaluation des comportements interpersonnels par le patient et son soignant et non sur une observation clinique. Le jugement de chacun peut donc être influencé par l'étude.

Titre de l'article	Pivotal moments in the therapeutic Relationship
Référence bibliographique	Auteurs : Mark Welch Publié : International Journal of Mental Health Nursing (2005)
Lieu et année de l'étude	Université d'Alberta, Edmonton au Canada, en 2005
But	Cette étude tente d'expliquer ce qui fait la différence dans la relation d'aide et si l'on peut la définir.
Question de recherche	Quels sont les moments clefs qui permettent à la relation entre un patient et son soignant d'évoluer et de devenir thérapeutique.
Méthode d'analyse	Dans cet article ils ont effectué une première interview individuelle et semi-formelle en leur posant des questions sur leur expérience. A la suite de celle-ci les participants repartent avec l'enregistrement de l'interview afin qu'ils puissent réfléchir et repenser à leurs pratiques. Puis, une semaine après, une deuxième interview permettait d'aller plus loin dans les détails, de clarifier et de réfléchir sur ce qui avait été dit précédemment.
Résultat	Les points centraux relevés par les infirmiers comme aide à la relation sont : la véracité, le pouvoir, la mutualité, la révélation de soi, la congruence et l'authenticité.
Stratégie pour améliorer la relation interpersonnelle	Les stratégies que nous pourrions retenir afin d'améliorer la relation d'aide sont donc les différents points relevés par les infirmiers. Ce sont la véracité, le pouvoir, la mutualité, la révélation de soi, la congruence et l'authenticité, Ce qui reprend les différents points abordés également dans la théorie de Peplau.
Limite de l'étude	Les participants à cette étude sont seulement 6 infirmiers ce qui est donc peu représentatif c'est pourquoi à la fin de l'étude on nous parle de nouvelle recherche à ce sujet dans les prochaines années.

<b>Titre de l'article</b>	<b>The orientation phase of the nurse-client Relationship: testing Peplau's theory</b>
Référence bibliographique	Auteurs : Cheryl Forchuk Publié : Journal of Advanced Nursing (1994)
Lieu et année de l'étude	A l'Hôpital psychiatrique d'Hamilton à Ontario au Canada en 1994.
But	Cette étude vise à tester la théorie de Peplau et particulièrement la phase d'orientation de la relation patient-infirmière.
Question de recherche	<p>L'hypothèse de cette recherche se base sur plusieurs variables au début de la relation qui seront en lien avec le développement de la relation thérapeutique telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si le patient a une perception plus positive de l'infirmière cela favorisera le meilleur développement de la relation thérapeutique</li> <li>- Si l'infirmière a une perception plus positive du patient cela favorisera le meilleur développement de la relation thérapeutique</li> <li>- Si le patient est plus positif à entretenir la relation interpersonnelle cela favorisera le développement de la relation thérapeutique</li> <li>- Si l'infirmière est plus positive à entretenir la relation interpersonnelle cela favorisera le développement de la relation thérapeutique</li> <li>- Si le patient a un niveau d'anxiété élevé cela diminuera la progression du développement de la relation thérapeutique</li> <li>- Si l'infirmière a un niveau d'anxiété élevé cela diminuera la progression du développement de la relation thérapeutique</li> <li>- Si les perceptions du patient sur l'infirmière sont discutées ensemble, le niveau d'anxiété et la relation interpersonnelle seront des meilleurs moyens d'améliorer le développement de la relation thérapeutique qu'un patient seul.</li> <li>- Si les perceptions de l'infirmière sur le patient sont discutées ensemble, le niveau d'anxiété et la relation interpersonnelle seront des meilleurs moyens d'améliorer le développement de la relation thérapeutique qu'une infirmière seule.</li> </ul>
Méthode d'analyse	Cette étude utilise les résultats des variables indépendantes tels que (les perceptions, la relation interpersonnelle, l'anxiété) pour prédire les résultats des variables dépendantes (le développement de la relation thérapeutique). Elles sont étudiées au mois 0, au mois 3 et au 6 <sup>ème</sup> mois de la relation infirmier-patient. Cette étude est quantitative car elle se base sur des scores donnés sur chaque différente hypothèse par les infirmières et les patients.

Résultat	<p>Cette étude a permis de découvrir que les perceptions de l'infirmière et du patient étaient liées au développement de la relation thérapeutique. Pour les relations interpersonnelles les ressentis des patients étaient significatifs mais pas ceux de l'infirmière. On nous dit dans cette recherche que cela pourrait vouloir dire que seules les relations interpersonnelles du patient sont importantes pour le progrès de la relation thérapeutique, cela pourrait impliquer un changement ou un ajustement de la théorie de Peplau pour avoir une meilleure égalité entre le patient et l'infirmière. Pour ce qui est de l'anxiété des patients et des infirmières, elle n'était pas significative dans le développement de la relation d'aide.</p> <p>Pour les hypothèses 7 et 8 qui concernent le travail en équipe des infirmières et des patients, seules les perceptions des patients sur les infirmières étaient significatives, c'est donc lorsque les variables concernaient l'infirmière et le client qu'elles étaient plus facilement significatives que lorsqu'elles ne concernaient qu'un des deux participants.</p>
Stratégie pour améliorer la relation interpersonnelle	<p>Dans cet article les points relevés utiles à la relation d'aide qui sont avancés par Peplau sont : prendre en compte les ressentis du patient lors des relations interpersonnelles et que celui-ci ait une perception positive de son soignant, le travail en équipe et donc la participation des patients et infirmières lors de la prise en soins.</p>
Limite de l'étude	<p>Dans cette étude, l'appréhension de l'évaluation de la relation d'aide par le patient et l'infirmière pourrait les inciter à « mentir ».</p>

<b>Titre de l'article</b>	<b>Nurse's perspectives on care provided for patients with gamma-hydroxybutyric acid and gamma-butyrolactone abuse.</b>
Référence bibliographique	Auteur : Maja-Klara Lundahl, Karl Johan Olovsson, Ylva Ronngren and Karl-Gustaf Norbergh Publié : Journal of clinical nursing
Lieu et année de l'étude	L'étude s'est déroulée en Suède en 2011 dans trois unités psychiatriques
But	Le but de cette étude est de décrire et connaître les points de vue et les expériences d'infirmiers/ères diplômés/ées avec des patients souffrant de dépendance aux substances GHB et GBL .
Question de recherche	Dans cette étude il n y a pas de question de recherche, cependant les auteurs cherchent à obtenir une compréhension plus profonde des expériences d'infirmier/ère. Cette étude s'est révélée une excellente source pour ce type de recherche.
Méthode d'analyse	Cette étude présente une méthode qualitative, qui va permettre de relier les différentes descriptions d'approche infirmières, afin d'obtenir une compréhension plus profonde des expériences des infirmières avec ce milieu de soin et avec les personnes dépendantes. Afin de mener cette étude les auteurs voulaient des infirmiers qui avaient au moins plus de deux ans d'expérience dans un milieu de soins pour les personnes dépendantes et en psychiatrie. 18 infirmiers ont été sollicités, seuls 15 d'entre eux ont accepté d'y participer. Ces 15 infirmiers ont été interviewés séparément dans une salle de l'unité. L'interview commençait avec une question de départ telle que pouvez-vous nous décrire vos expériences de soins avec ce type de patient ? L'interview s'est déroulée sous forme de question ouverte.
Résultat	Les résultats de cette étude ont démontré qu'il y a quatre principaux domaines qui sont ressortis : sentiment d'anxiété et de désespoir, préparation de situation précaire et instable, bonne relation et pour finir optimiser et développer les soins infirmiers. Les deux premiers items n'étaient spécifiques que pour les patients souffrant de dépendance aux substances GHB /GBL. Cependant les deux autres items sont applicables pour d'autres groupes de patients comme les personnes ayant une maladie psychiatrique ou vivant un sentiment de dépendance. L'outil principal que les soignants ont souligné afin d'avoir de meilleurs résultats de soins sont la capacité et la volonté de créer une alliance/relation avec le patient. Pour créer une bonne relation de soins il est important de respecter l'éthique de chacun qui inclut l'humilité, la flexibilité, la promotion du dialogue et la réciprocité. En conclusion les infirmiers travaillent beaucoup sur l'approche et l'attitude à avoir envers ces patients, ils sont eux-même des outils thérapeutiques.
Stratégie pour améliorer la relation interpersonnelle	Il est important d'être droit et honnête dans notre approche avec le patient. L'infirmier/ère doit également présenter un comportement calme et doux. Les principaux ingrédients à la relation incluent le fait d'être présent, d'écouter, de prendre soin et de démontrer qu'on comprend la situation du patient. Il ne faut pas avoir une attitude qui démontre de l'abandon, du rejet et ne pas être indigne. Pour finir, il est important de créer un environnement sain et calme surtout pour les patients qui ne sont plus dans la réalité.
Limite de l'étude	Dans cette étude ce sont les infirmières qui parlent de leur ressenti, ce qui renforce la crédibilité de cet article. En revanche cet article n'est pas significatif pour toutes les dépendances, il est exclusivement ciblé pour les substances GHB et GBL.

Titre de l'article	<b>Nurse-client process in mental health : recipients' perspectives</b>
Référence bibliographique	Auteurs : R. Coatsworth-Puspoky, C. Forchuk, C. Ward-Griffin Publié : Journal of psychiatric and mental health nursing
Lieu et année de l'étude	L'étude a été faite en Ontario au Canada en 2004
But	Le but de cette étude est de connaître la perception des patients dans le processus de la relation soignant-soigné
Question de recherche	Dans l'article deux questions de recherche sont mises en avant ; la première : comment les clients décrivent le développement et/ou processus de la relation patient-infirmière ? et la deuxième : quel facteur culturel et contextuel influence le développement de la relation soignant-soigné ?
Méthode d'analyse	Une méthode d'ethnonursing a été sélectionnée pour découvrir les points de vue des clients et leur expérience dans la relation avec l'infirmière. L'échantillon de l'étude comprend huit filles et six garçons qui se sont portés volontaires pour partager leurs expériences. Dix de ces 14 participants ont été hospitalisés pour une maladie psychiatrique, tandis que les quatre autres ont eu des expériences avec des infirmières dans des milieux communautaires et n'ont jamais été hospitalisés. Les récoltes de données ont été faites grâce à des enregistrements audio effectués lors d'interviews afin de pouvoir les analyser et les comparer avec la théorie interpersonnelle de Peplau. Les participants ont été questionnés sur leur point de vue et expériences au début, au milieu et à la fin de leur relation avec l'infirmière. Les résultats de l'étude ont été analysés et évalués à l'aide de la thématique des patterns et de micro-patterns développés par Leininger. Cette analyse s'est faite en six étapes. Ces étapes regroupent les observations et expériences qui ont été identifiées et écoutées.
Résultat	Les participants de cette étude décrivent deux types de relation: « A few good nurse » et « A dark side » . L'une est décrite comme bonne expérience, tandis que l'autre, comme mauvaise. Chaque type de relation contient 3 phases : le commencement, le milieu et la fin. Chaque phase est unique et se construit sur la précédente.
Stratégie pour améliorer la relation interpersonnelle	Il est important d'être véritable, amicale, disponible, de prendre le temps, d'être à l'écoute et souriante. Il faut créer un lien de confiance qui est primordial lors de la relation pour que celle-ci évolue. Valider ou clarifier ce que dit le patient. Il ne faut pas infantiliser les patients. La relation soignant-soigné est également influencée par la personnalité de l'infirmière. L'anxiété joue également un grand rôle dans la relation soignant-soigné et le développement de celle-ci, qui peut présenter une barrière dans la relation. Pour finir, dans le texte on compare cette relation avec la théorie interpersonnelle de Peplau qui est essentiellement basée sur la relation soignant-soigné.
Limite de l'étude	Pour déterminer la vérité et la crédibilité des résultats, les chercheurs ont examiné les recueils de données. Toutes les données qui ont été retranscrites à partir de notes ont été validées par les participants, ce qui rend l'article crédible.



<b>Titre de l'article</b>	<b>Relation entre l'alliance thérapeutique infirmière-patient, et les contrôles perçus par le patient en traitement de dépendances : une étude corrélacionnelle descriptive</b>
Référence bibliographique	Auteurs : Stefanie Senn, Dr.Prof. Ian Needham, Stéphane Antille Publié : Recherche en soins infirmiers
Lieu et année de l'étude	L'étude se déroule en Suisse de septembre 2010 à février 2011. Elle a été publiée en mars 2012.
But	Le but de cette étude est d'interpréter comment le patient hospitalisé pour dépendance vit les contrôles de prise de substance par l'infirmière, ainsi que l'association entre ces contrôles et l'alliance thérapeutique infirmière-patient
Question de recherche	La question de recherche serait de savoir si le fait de contrôler par urine la substance prise par les patients influence la relation thérapeutique, mais également de savoir si le patient entre de son plein gré ou pas, si cela a une influence sur la relation soignant-soigné ainsi que sur le vécu avec les contrôles effectués par l'infirmière.
Méthode d'analyse	L'échantillon de cette étude est composé de 28 personnes, 8 femmes et 20 hommes qui sont répartis principalement dans les tranches d'âge de 18 à 40 ans (21 d'entre eux ont été admis à l'hôpital de leur plein gré, 7 d'entre eux contre leur gré). Afin de mener à bien cette étude, des questionnaires qui ont été remplis de manière anonyme, ont été distribués aux patients de l'hôpital psychiatrique. Ces questionnaires ont été par la suite déposés par le patient dans une boîte aux lettres fermée à clef dans l'unité. Le premier questionnaire conviait les personnes à nommer la ou les substances consommées. Le deuxième questionnaire quant à lui se basait sur la perception des patients de leur alliance thérapeutique avec l'infirmière (question supplémentaire sur la perception des contrôles de prise d'alcool et/ou drogue faits par l'infirmière, comme un élément pesant). Les résultats de cette étude ont été par la suite analysés et retranscrits dans divers tableaux. Ce qui nous fait penser que cette étude présente une approche de type quantitative longitudinale (septembre 2010 à février 2011), qui utilise des questionnaires à questions fermées et où les réponses sont généralement mesurables. En effet, les analyses des résultats de cette recherche sont faites sous forme de statistiques
Résultat	La ou les substances les plus consommées par les participants de l'étude, sont l'alcool (22 patients), suivi du cannabis (11 patients). Les fréquences de consommation les plus faibles ont été observées pour l'héroïne (6 patients) et la cocaïne (5 patients). Concernant l'alliance thérapeutique (tableau 2), elle a été jugée en moyenne plutôt bonne par les participants de cette étude. Dans le tableau numéro 3, qui concernait la question supplémentaire rapportant le vécu du patient par rapport aux contrôles de substances effectués par l'infirmière, le score démontre que les contrôles ne semblent pas avoir été vécus comme pesants. Lors de la recherche d'association entre l'alliance thérapeutique et le vécu des contrôles (tableau 4), les résultats démontrent qu'il y a une corrélation négative entre ces deux variables. Concernant les admissions sous pression ou de leur propre gré, nous pouvons dire que la forme d'admission a une influence sur la perception des contrôles effectués par l'infirmière. Ainsi nous confirmons que les patients admis sous pression et contre leur gré perçoivent ces contrôles comme plus pesants et établissent de moins bonnes relations thérapeutiques. De manière générale, nous pouvons également dire que les patients pour qui les contrôles sont pesants, démontrent de moins bonnes relations thérapeutiques, ce qui est prévisible. Ce qui répond à la question de recherche en confirmant l'association entre les deux variables investiguées (les contrôles de prise de substances et l'alliance thérapeutique infirmière-patient.)

Stratégie pour améliorer la relation interpersonnelle	Le fait de contrôler les substances se révèle être une barrière dans la relation infirmière-patient. En effet ces contrôles ne sont pas compatibles avec la relation de confiance qui est la base d'une alliance thérapeutique. Il est très important que le patient se sente en confiance dans sa relation avec l'infirmière. Il faut également que le patient veuille être pris en soins car si ce n'est pas le cas la relation est donc difficile à construire.
Limite de l'étude	Les faiblesses de cette étude sont premièrement qu'il y a un trop petit échantillon. De plus, les questionnaires ont été distribués par un membre de l'équipe soignante, ce qui peut influencer les réponses des patients par peur d'être sanctionnés, et ainsi jouer un rôle dans la crédibilité de l'étude. En revanche, malgré ses faiblesses, l'étude a permis de soulever qu'il existe une forte association négative entre l'alliance thérapeutique et la perception des contrôles.

## 9. Discussion

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons fait une synthèse de nos différents articles et pris connaissance des théories de soins choisies telles que celles la relation interpersonnelle de Peplau (1995) et la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (1985, 2000). Ce qui nous a permis d'étayer nos dires. Nous pouvons maintenant mettre en évidence plusieurs éléments qui ressortent comme essentiels pour avoir une prise en soins de qualité avec les personnes vivant un sentiment de dépendance.

Pour commencer, nous retenons le comportement de l'infirmière, car elle est considérée dans ce champ clinique comme outil de soins. Elle a un rôle de personne ressource comme nous le décrit Peplau (1995) dans sa théorie de soin. Il y a donc des éléments qui vont favoriser la construction de cette relation d'aide et d'autres qui vont la complexifier. Nous allons les développer en les mettant en lien avec les articles scientifiques choisis et les théories de soins.

### 9.1. Éléments favorisant la relation

Premièrement, l'un des éléments essentiels à la relation va être la confiance qui va s'installer tout au long de la relation entre une infirmière et son patient. Cette confiance va dépendre de l'attitude des deux participants à la relation. En effet, plusieurs de nos textes démontrent l'importance que l'infirmière a dans la prise en soins. Celle-ci devra se montrer à l'écoute, c'est un des ingrédients indispensables à une relation de qualité. Lorsque le patient se sent écouté et compris il pourra alors développer un lien de confiance avec l'infirmière. C'est grâce à cela que la relation interpersonnelle entre eux pourra évoluer et que le suivi de la prise en soins sera plus constant. Comme le dit le texte : Relation entre l'alliance thérapeutique infirmière-patient, et les contrôles perçus par le patient en traitement de dépendances : une étude corrélative descriptive (2012) :

La confiance forme la base d'une relation thérapeutique et en est l'un des attributs les plus importants (Cutcliffe, Mackenna, 2005 cités par Senn, Needham, Antille p.32) Avant de prendre la décision de se confier, un individu doit avoir un besoin ne pouvant être satisfait sans l'assistance d'un autre individu. Celui qui doit faire confiance choisit un individu particulier, car faire confiance le transfère dans une situation vulnérable (Hupcey, Penrod, Morse, Mitcham, 2001 cités par Senn, Needham, Antille p.32)

De plus, d'autres attitudes infirmières sont essentielles et ressortent dans différents textes telles que : l'authenticité, la véracité et l'empathie des soignants. Lorsque les patients sentent que ceux-ci sont sincères dans leurs démarches, ils peuvent établir ce lien de confiance. Lorsqu'il y a un moment de gêne ou une inadéquation entre les désirs de chacun, il est important de pouvoir mettre les choses à plat et que chacun puisse exprimer ses ressentis. Comme Peplau (1995) nous l'affirme également dans sa théorie, le fait de partager et d'échanger sans peur de ce que l'autre va répondre et sans jugement, permettra à la relation d'évoluer dans un cadre de confiance et d'authenticité.

Nous pouvons aussi parler de l'écoute qui peut être mise en parallèle avec la disponibilité de l'infirmière et l'intérêt qu'elle va montrer à l'égard de son patient. C'est donc en partageant que le patient et l'infirmière vont petit à petit construire cette relation interpersonnelle. Un de nos textes Sharing Decision-Making : Increases Autonomy in Substance. Dependant Patients (2011), démontre l'importance de ce partage. En effet, cette recherche prouve à quel point le fait de faire part à deux de cette relation et de

prendre des décisions sur les traitements et la prise en soins est important. Cela nous prouve que travailler ensemble sur les différents objectifs visés va aider le patient à être plus autonome et avoir un meilleur sentiment de contrôle sur sa prise en soins. Le travail de partage va également permettre à l'infirmière d'avoir des objectifs communs avec le patient et de comprendre ce qu'il souhaite. Ceci leur permettra d'évoluer vers une relation de qualité car chacun aura pu dire ce qu'il attend de cette prise en soins.

Tout ceci nous démontre l'importance du recueil de données comme Peplau (1995) l'affirme dans sa théorie. C'est à ce moment que l'infirmière va pouvoir découvrir le patient, son histoire de vie et s'intéresser à son parcours et ses objectifs, ce qui sera essentiel à la suite de la prise en soins.

Cela nous rappelle également la théorie de l'autodétermination décrite par Deci et Ryan (1985) qui dit que lorsqu'un patient est poussé au traitement, sa compliance ne sera pas totale car il ne l'aura pas décidée.

Il est donc primordial pour une prise en soins des patients souffrant de dépendance qu'ils soient eux-mêmes motivés et déterminés à être aidés par des infirmiers. Sans cela la relation entre l'infirmière et le patient ne pourra pas être construite car il n'y aura pas d'échange, de partage et de prise de décision commune. La personne vivant un sentiment de dépendance pourrait alors ne pas suivre son programme de soins car elle n'en comprendrait pas l'intérêt. Cette relation interpersonnelle qu'ils vont créer ensemble sera un appui et un soutien indispensable aux personnes dépendantes et pour la continuité de la prise en soins.

C'est donc au début de la relation dans la phase d'orientation décrite par Peplau (1995) que la relation va se construire. En effet lorsqu'une bonne atmosphère est créée et que le patient est à l'aise et en sécurité, son anxiété va diminuer et son confort augmenter. C'est lorsque le lien entre l'infirmière et son patient est créé que la prise en soins va être bénéfique au patient. En effet il se sentira plus en sécurité, confiant et au même niveau que l'infirmière. Dans le texte *Shared Decision-Making : Increases Autonomy in substance-Dependant Patients* (2011), les patients révèlent qu'ils sont plus à l'aise dans leur programme de soins lorsque l'infirmière n'est pas supérieure et qu'il y a une meilleure collaboration entre les deux parties. Les patients déclarent également que le sentiment de contrôle sur leur dépendance est plus fort lorsque le lien avec le soignant est bien construit.

## **9.2. Les risques à la relation et éléments qui la complexifient**

Dans plusieurs de nos textes, les infirmières racontent que les personnes vivant un sentiment de dépendance peuvent se retrouver en phase de crise et avoir un comportement agressif, violent ou être dans le déni. A ce moment l'infirmière ne pourra donc pas être dans le partage avec le patient, elle devra se recentrer sur les éléments importants pour le patient afin d'assurer sa sécurité et celle des autres. Dans le texte : *Nurse's perspectives on care provided for patients with gamma-hydroxybutyric acid and gamma-butyrolactone abuse*, une infirmière responsable des soins (Holwshaw, 2010) décrit qu'il est plus difficile de créer un environnement sain avec les patients agressifs.

De plus, les patients vivant un sentiment de dépendance et présentant un état de crise ont parfois des symptômes psychotiques associés, ce qui ne leur permet pas d'entrer en relation avec l'infirmière. Ils peuvent aussi avoir des trous de mémoire et ne pas se rappeler avoir reçu un traitement, ce qui peut entraîner des situations conflictuelles.

Ensuite, il y a aussi toutes les contre-attitudes relevées par les patients et les infirmières qui vont nuire à la relation. Tout d'abord, nous retenons que lorsqu'un patient est hospitalisé de force, et donc pas encore en programme ambulatoire, il est plus difficile de

construire une relation interpersonnelle. C'est dans le texte : Relation entre l'alliance thérapeutique infirmière-patient, et les contrôles perçus par le patient en traitement de dépendance : une étude corrélationnelle descriptive (2012), que l'on apprend que le fait de ne pas vouloir être hospitalisé, et donc être dans une phase de déni par rapport à leur dépendance, ne leur permet pas d'accepter les soins. De plus, lorsque les patients sont hospitalisés, ils sont souvent soumis à des contrôles pour vérifier s'ils ont ou non abusé de substances. Ces contrôles sont la plupart du temps très mal perçus par les patients, qui les voient comme un manque de confiance ou de respect. C'est pourquoi lorsque les contrôles et la prise en soins sont faits pour le même patient par la même infirmière, cela empêche la construction d'une relation interpersonnelle qui permet l'évolution du programme de soins. De plus, dans ce texte, on nous parle aussi du fait que les patients sont souvent hospitalisés de force au début, c'est pourquoi il est plus difficile pour eux de s'investir dans le programme de soins et de le suivre, car ils ne comprennent pas encore les buts de ce traitement.

Tout ceci nous ramène une fois de plus à la théorie de l'autodétermination qui explique que lorsqu'un patient n'a pas décidé d'être pris en soins, il est difficile d'établir avec lui un programme de soins qu'il sera d'accord de suivre. Encore plus particulièrement dans le cas des dépendances, car ce sont des personnes qui restent le plus souvent plusieurs années en suivi, et qui doivent donc faire preuve de beaucoup de volonté afin de se sevrer ou de pallier à cette dépendance par des traitements de substitution.

Il est également important de souligner certains facteurs externes qui peuvent influencer cette relation, comme le manque de temps et de disponibilité des infirmières. En effet dans certains textes tels que : Nurse's –client processes in mental health : recipient's perspectives (2004) et comme nous avons pu le remarquer sur le terrain, parfois les unités de soins sont remplies et les soignants disposent donc de moins de temps pour construire cette relation interpersonnelle.

Pour revenir aux comportements du soignant au sein de la relation interpersonnelle, plusieurs attitudes sont décrites par les patients comme étant nuisibles à celle-ci. Comme expliqué ci-dessus, il est difficile de prendre en soins les personnes souffrant de dépendance, car la prise en soins est longue et le programme de soins lourd, il n'est donc pas rare que les patients rechutent ou ne suivent pas correctement leur programme.

Lors de rechute, si le patient ne se sent pas soutenu, il pourra ressentir un malaise, et donc avoir un mécanisme de défense appelé l'évitement envers le soignant. Lorsque le patient ne se sent donc pas en confiance avec son soignant, cela créera chez lui des attitudes d'évitement. Il pourra percevoir l'infirmière comme étant supérieure à lui et aura une impression que celle-ci est condescendante. Le patient ne se sentira pas compris ni écouté, et aura de la peine à poursuivre son programme de soins car il n'aura pas pu avoir d'échange avec l'infirmière. Pour finir, les seuls contacts qui resteront entre l'infirmière et son patient seront les moments de distribution des traitements.

Un des derniers points relevés par les patients est le ton employé par certaines infirmières qui ont tendance à les infantiliser. Ceci va avoir pour conséquences que le patient se sentira inférieur, et donc il n'y aura pas une relation de partage. Le patient aura un sentiment d'incompétence renforcé, ce qui ne lui permettra pas d'atteindre une autonomie dans sa prise en soins.

Si l'infirmière n'est pas capable d'identifier les mécanismes de défense ainsi que la détresse du patient et qu'elle ne lui permet pas d'exprimer ses sentiments, la relation d'aide ne pourra pas aboutir.

### 9.3. Comment faire lorsque la relation se complexifie

Afin de faire un lien avec le début de ce travail, nous allons revenir sur l'anecdote racontée p. 7. Nous avons remarqué ici la complexité de prise en soins avec les personnes vivant un sentiment de dépendance, spécifiquement lorsque celles-ci ne le souhaitent pas. Nous allons expliquer plusieurs stratégies ou modèles de soins que nous avons pu découvrir lors des différentes lectures effectuées pour ce travail, qui auraient pu nous être utiles dans des situations comme celle-ci.

Il est vrai que nous avons parlé de l'autodétermination des patients et en avons explicité l'importance. Mais, devons-nous pour autant laisser tomber ceux qui font le choix de ne pas être aidés car il serait trop difficile de commencer un programme de soins avec eux ?

Dans plusieurs de nos articles scientifiques, les infirmières relèvent des difficultés lors du travail avec les personnes vivant un sentiment de dépendance et disent avoir des aprioris ou encore d'être découragées, et donc de ne pas vouloir commencer ou continuer leurs soins. Car l'arrêt du programme de soins ou les rechutes sont fréquentes. C'est pourquoi garder de l'optimisme et ne pas mettre d'étiquette démontre une forme de respect, et le patient pourra se sentir à l'aise et mieux compris dans ce type de relation. Et si l'infirmière n'est pas engagée dans la relation d'aide, elle ne pourra pas comprendre le sens de la maladie ou de la dépendance.

Cependant il est très important que le soignant ne montre pas une attitude d'abandon. Ceci est développé dans le texte *Nurse's –client processes in mental health : recipient's perspectives* (2004). En effet dans ce texte les auteurs séparent la relation d'aide en plusieurs phases comme le fait Peplau. Lorsque la relation se passe mal, ils le décrivent par étapes, par un enchaînement de mauvaises attitudes. C'est au début de la relation que l'affinité entre un patient et son soignant va se développer. Si l'infirmière est passive ou qu'elle voit le patient comme une personne malade ayant des besoins, celui-ci va se sentir plus anxieux et frustré, car lui ne voit pas la dépendance comme une maladie à traiter. Le patient ressentira donc un manque de confiance en l'infirmière et cela créera une barrière entre eux deux.

Nous notons aussi que dans le texte : *Nurse's perspectives on care provided for patients with gamma-hydroxybutyric acid and gamma-butyrolactone abuse* (2013) il est décrit à nouveau que l'abandon et l'indifférence sont à proscrire.

Ceci nous rappelle la théorie de Peplau (1995) qui parle elle aussi de barrière ou frein à la relation d'aide. En effet, elle reprend ce qui est dit dans cet article car elle explique que lorsque le patient est malade ou souffre d'un trouble psychique, il aura plus de peine à accomplir les activités qu'il avait l'habitude de faire, et de là pourrait naître un sentiment de culpabilité, de frustration ou d'incompétence. Cela pourrait amener à de l'anxiété, et donc le patient ne serait pas capable de mobiliser ses propres ressources afin de participer à son processus de résolution d'un problème.

Nous savons donc que certaines situations peuvent être complexes lors de la prise en soins des personnes vivant un sentiment de dépendance, dans le texte *Nurse's perspectives on care provided for patients with gamma-hydroxybutyric acid and gamma-butyrolactone abuse* (2013), l'importance d'être capable d'adapter son comportement et de savoir anticiper est mise en avant. Les infirmières doivent être prêtes à recevoir des patients qui peuvent être agressifs ou imprévisibles. Dans ce cas, la connaissance des symptômes ainsi que l'attitude que les patients peuvent présenter suivant la prise de

drogues sont essentielles. Certains patients seront capables dans ces moments de demander de l'aide tandis que d'autres non, c'est pourquoi l'observation clinique et l'anticipation jouent un rôle important dans la prise en soins infirmière.

Nous comprenons donc à la fin de ce travail l'importance du partage et du travail de collaboration entre le patient et l'infirmière. Une attitude empathique, authentique et respectueuse est particulièrement recommandée.

De plus, lorsqu'un patient refuse le traitement, notre rôle n'est pas de le forcer ou de l'abandonner, mais de l'accompagner dans ses choix, ce qui fait aussi partie de son processus de soins. Le rôle de l'infirmière est dans ce cas de comprendre pourquoi le patient refuse son traitement ou arrête sa prise en soins et de travailler avec lui afin de fixer de nouveaux objectifs réalisables.

## 10. Conclusion

Pour conclure, nous avons donc relevé plusieurs points qui amélioreraient ou au contraire détérioreraient les relations interpersonnelles entre une infirmière et son patient. Ce que nous retenons premièrement, c'est que les différents points relevés par les professionnels de la santé et les patients peuvent être retrouvés dans les théories de soins que nous avons choisi de développer pour ce travail, qui sont celles de Peplau et de l'autodétermination de Deci et Ryan. Nous pouvons donc affirmer qu'elles étaient adéquates au sujet développé.

Cependant, il a été plus difficile de faire un parallèle avec les personnes qui souffrent de dépendance, car il y a encore très peu d'articles qui parlent de la relation soignant-soigné avec ces personnes. Nous avons donc dû trouver séparément de la documentation et des articles scientifiques sur la relation interpersonnelle et sur les personnes vivant un sentiment de dépendance, afin de pouvoir les rassembler en nous appuyant sur nos connaissances et les théories de soins.

Il est vrai que l'une de nos difficultés lors de ce travail était le manque d'informations et d'articles scientifiques en relation avec ce sujet. En effet, lors de nos différents stages et en lisant nos différents articles, nous avons pu nous rendre compte que la relation était encore considérée comme vague et libre à chacun. C'est-à-dire que certains soignants pensent que la relation se construit au feeling et dépend des aptitudes et caractères de chacun. Mais nous avons pu constater que la relation dite interpersonnelle est un élément clef du soin et particulièrement en psychiatrie. C'est pourquoi il ne peut pas être laissé au hasard.

Il est important que la relation soit étudiée et que les soignants prennent conscience de l'importance qu'a chacune de leurs attitudes et comment elles vont améliorer ou non la relation d'aide.

Il est essentiel de rappeler que la relation d'aide en psychiatrie est l'élément qui permet au patient de se sentir en sécurité et soutenu. Il pourra alors identifier avec son soignant ses besoins, ses ressources et ses difficultés. Ce qui lui permettra d'avancer vers la guérison ou, dans le cas des personnes dépendantes, vers un traitement de substitution ou vers une abstinence.

Nous pensons que les différentes recherches faites sur ce sujet manquent encore de crédibilité à cause des limites à ces recherches et qu'elles devraient être plus approfondies et mises en relation avec la réalité du terrain.

Grâce à ce travail nous avons déjà pu rassembler des pistes et différentes stratégies pour la construction d'une relation d'aide spécifique avec les personnes souffrant de dépendance. Elles nous seront indispensables dans notre future vie professionnelle. Nous avons aussi pu nous rendre compte de l'importance de notre position d'infirmière, de nos attitudes, nos mots et autres qui influencent le regard du patient sur ses soins.

Nous pensons également, qu'il serait intéressant de développer la relation interpersonnelle et ses impacts au sein de la formation HEDS. Car la relation n'est pas importante seulement en psychiatrie mais dans chaque champ clinique qui touche les soins infirmiers. Nous pensons que cela n'a peut-être pas été assez abordé au cours de la formation et que les infirmières qui ne se retrouvent pas dans des unités spécifiques à ces soins comme la psychiatrie ne saisissent pas forcément l'impact que cela peut avoir pour la suite de leurs prises en soins.



Pour finir, nous nous sommes rendu compte, avec nos différentes recherches au sujet des dépendances, que cela touche une population de plus en plus large et que nous serons amenées à rencontrer ce type de population tout au long de notre carrière. C'est pourquoi nous avons trouvé cette thématique passionnante et au cœur de notre formation infirmière.

## 11. Liste Bibliographique

### 11.1 Document électronique (web)

Educh.ch .(2013) *Association Argos*. Accès <http://www.educh.ch/institution/association-argos-i521.html>

Fondation Phénix. (2013) *Fondation phénix dépasser l'addiction*. Accès <http://www.phenix.ch/>

Hôpital de jour les Crêts. (2013) *hôpital de jour les crêts hôpital de jour*. Accès [http://suchtindex.infodrog.ch/cf/db/report/pdf/e658baf8-c1ec-421b-a3f3-12da6a93abbd\\_1\\_20130829042220.pdf](http://suchtindex.infodrog.ch/cf/db/report/pdf/e658baf8-c1ec-421b-a3f3-12da6a93abbd_1_20130829042220.pdf)

Hôpitaux universitaires de Genève. (2013) *Addictologie activités médicales*. Accès <http://www.hug-ge.ch/addictologie/activites-medicales>

Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (2013) *Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes*  
Accès <http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/812.121.fr.pdf>

Loi sur la santé. (2006) *Le grand conseil de la république et canton de Genève : Loi sur la santé*. Accès [http://www.ge.ch/legislation/rsq/fr/rsq\\_k1\\_03.html](http://www.ge.ch/legislation/rsq/fr/rsq_k1_03.html)

Management.(2009). *Motivation intrinsèque et extrinsèque Deci*. Accès <http://alain.battandier.free.fr/spip.php?article19>

Monitoring suisse des addictions.(2014) *Autre substances* Accès <http://www.suchtmonitoring.ch/fr/11.html?autres-substances>

Mustapha Benslimane. (1997) *Le programme expérimental de prescription de stupéfiants*. Accès [http://www.pistes.fr/swaps/8\\_86.htm](http://www.pistes.fr/swaps/8_86.htm)

Office fédéral de la santé publique.(2012).*Donnée 2012*. Accès <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/03290/03294/index.html?lang=fr>

Office fédéral de la santé publique (2014) *Système de régulation des substances psychoactives*. Accès [http://www.bag.admin.ch/herausforderung\\_sucht/index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/herausforderung_sucht/index.html?lang=fr)

Organisation mondiale de la santé. (2014) *Prise en charge de l'abus de substances psychoactives*.Accès [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/fr/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/index.html)

RTS.ch (1996) *Temps présents : Le letten un an après*. Accès <http://www.rts.ch/emissions/temps-present/societe-moeurs/1283711-le-letten-un-an-apres.html>

Stop-cannabis.ch. (2014) *Définition*. Accès <http://www.stop-cannabis.ch/fr/types-de-consommation/definitions-cim10-dsmiv>

## 11.2 Document électronique en PDF

CFAL,CFLD,CFPT, ( 2010) *Défi addictions fondement d'une approche durable de la politique des addictions en Suisse*. Accès <http://www.bag.admin.ch/shop/00010/00506/index.html?lang=fr>

Dubois-Ferrière, V. Giobellina, C. & Gonzales, F. ( 2012). *Dépendance aux drogues illicites : la prise en charge dans le réseau de soins à Genève*. Accès [http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2001\\_2002/travaux/02\\_r\\_drogues\\_illicites.pdf](http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2001_2002/travaux/02_r_drogues_illicites.pdf)

## 11.3 Articles de revue :

Bandin de Montjoye, B. (2013). Etablissement d'un lien thérapeutique en addictologie. *Elsevier*, 10(2), 70-74.

Barker, P. (1998). The future of the theory of interpersonal relations ? A personal reflection on Peplau's legacy. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 5, 213-220.

Biadi- imhof, A. (2005). Relation thérapeutique et « soins obligés » en toxicomanie. *Psychotropes*, 11(3), 159-178.

Cleary, M. & Edwards, C. (1999). Something always comes up ' : Nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 6, 469-477.

Coatsworth-Puspoky, R. Forchuk, F. Ward-Griffin, C. (2006). Nurse-client processes in mental health : Recipients' perspectives. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13, 347-355

Evelien, A.G. Joosten, cor A. J. De Jong, Gerdien H. de weert-van oene, Tom Sensky & Cees P.F. Van der staak. (2011) Shared decision- Making : Increases Autonomy in substance- dependent patients. *Substance Use & Misuse*, 46, 1037-1048.

Forchuk, M-L. Martin, E. Jensen, S. Ouseley, P. Sealy, G. Beal, W. Reynolds, S. Sharkey. (2012) Integrating the Transitional Relationship Model into Clinical Practice. *Archives of Psychiatric nursing*, 26(5), 374-381.

Forchuk, C. (1994). The orientation phase of the nurse-client Relationship : testing peplau's theory. *Journal of Advanced nursing* 20. 532-537.

Laguardia, J. & Ryan, R. ( 2000) . Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : théorie de l'autodétermination et applications. *Revue québécoise de psychologie*, 21(2), 281-300.

Lundahl, M. Olovsson, K. Ronngren, Y. & Norbergh, K. (2013). Nurse's perspectives on care provided for patients with gamma-hydroxybutyric acid and gamma-butyrolactone abuse. *Journal of clinical nursing*, 1-10

Merritt, M. & Pocter, N. ( 2010) . Conceptualising the functional role of mental health consultation-liaison nurse in multi-morbidity, using Peplau's nursing theory. *Contemporary Nurse*, 34 (2), 158-166

Morel, A. (2002). Fondements historiques et cliniques d'un rapprochement. *Alcoologie et addictologie*.24 (4suppl.),10s-19s

Rivoirard, A. (2012). Soins et dépendance. *Le sociographe*( n°39),37-45

Senn, S. Needham, I. Antille, A. (2012) Relation entre l'alliance thérapeutique infirmière-patient, et les contrôles perçus par le patient en traitement de dépendances : une étude corrélationnelle descriptive. *Recherche en soins infirmiers*, N°108, 30-42.

Simoneau, H. Bergeron, J. Brochu, S. & Landry ,M. (2004). Validation d'un questionnaire de motivation au traitement des toxicomanies. *Erudit drogues, santé et société*,3(1),38-56.

Stockmann, C. (2005). A literature review of the progress of the psychiatric nurse-patient relationship as described by Peplau.*Issues in mental health Nursing*.26, 911-919

Timothy J. O'Farrell., Murphy ,M. Alte, j. & Fals-Stewart, M. ( 2009) . Behavioral family counseling for substance abuse : A treatment development pilot study. *Addictive behaviors* 35,1-6

Tremblay, J. & Simoneau, H. (2010). Trois modèles motivationnels et le traitement de la dépendance aux substances psychoactives. *Erudit drogues, santé et société*. 9(1), 165-210

Welch, M. (2005) pivotal moments in the therapeutic Relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*.14 ,161–165.

## **11.4 Article de revue Version électronique**

Rossier, V. Zimmermann, G. & Besson, J. (2009). La place de la psychothérapie dans les soins aux personnes toxicodépendantes. *Psychothérapies*,29, 91-99. Doi :10.3917/psys.092.0091.

## **11.5 Livre**

Alligood, M.R.,& Tomey, A. M (Eds.). (2010). *Nursing Theorists and their work* (7ed.). USA : Mosby Elsevier.

Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers une perspective holistique-humaniste*. Paris : Edition Lamarre

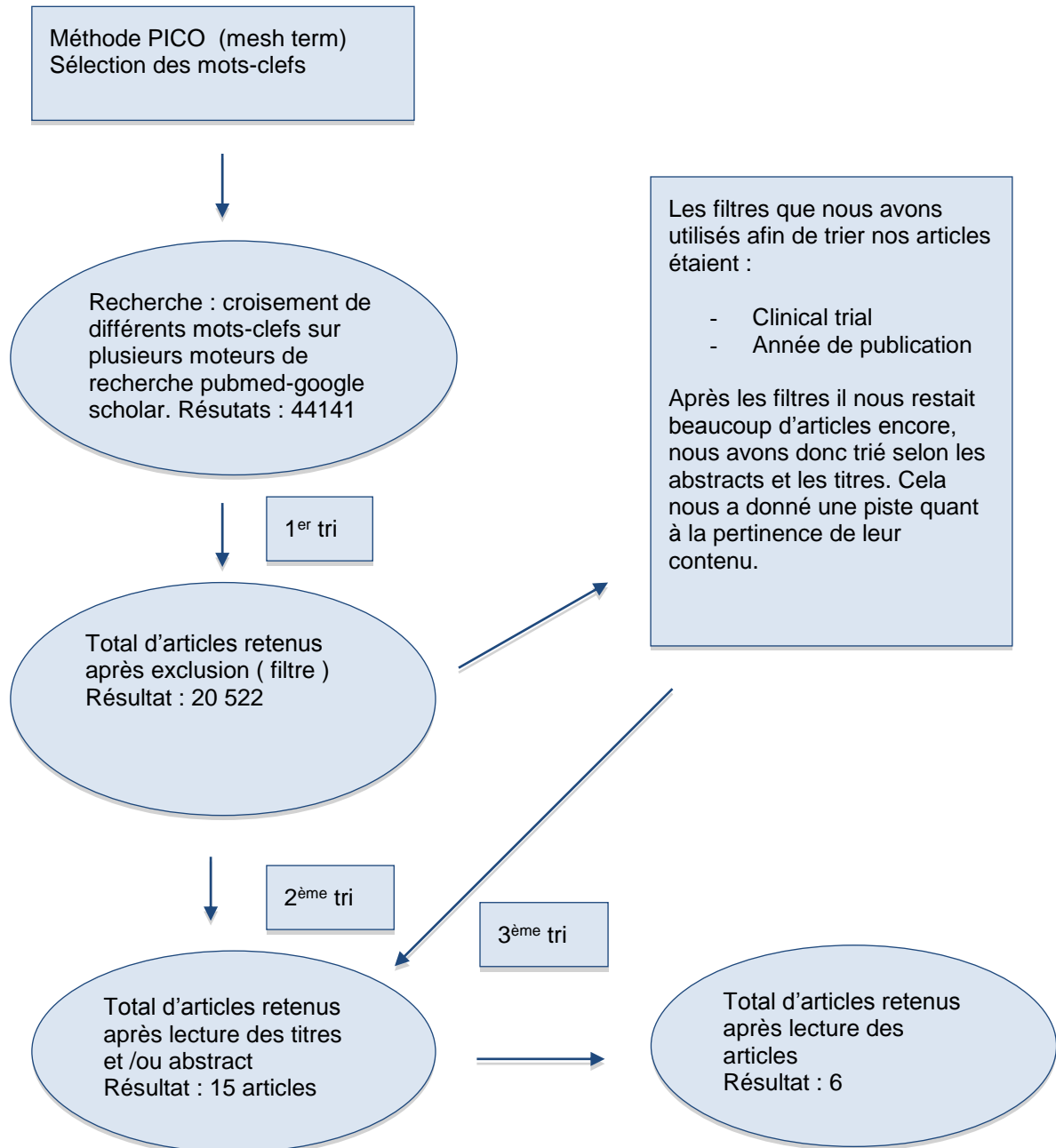
Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge : analysis and évaluation of nursing models and théories* ( 3rd ed.). Philadelphia : F.A. Davis.

Pépin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3 e éd.ed.). Montréal : Chenelière éducation.

Peplau, H (1995). *Les Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Paris : InterEdition.

## 12. Annexes

### 12.1. Diagramme de flux



## **12.2. Les lois**

### **12.2.1. Les lois sur la santé établies par le Grand Conseil de la République et canton de Genève**

Art 46 Choix libre et éclairé - Personne capable de discernement :

1. Aucun soin ne peut être fourni sans le consentement libre et éclairé du patient capable de discernement, qu'il soit majeur ou mineur.
2. Le patient peut retirer son consentement en tout temps.

Cependant le problème devient tout autre lorsque la personne est considérée comme n'ayant pas sa capacité de discernement. Comme c'est souvent le cas en psychiatrie lors de crise ou de décompensation, ou lorsque le patient dépendant est sous l'effet de substances, il peut perdre sa capacité de discernement. Celle-ci est évaluée par un médecin à l'aide d'un test, le Mini Mental State. Pour les patients qui sont souvent dans ce cas, le personnel soignant a établi avec eux des directives anticipées à suivre lorsque leur comportement est irrationnel. Pour ces personnes qui sont dites incapables de discernement, une loi existe :

Art. 49 Choix libre et éclairé – Personne incapable de discernement :

1. Si le patient est incapable de discernement, le professionnel de la santé doit rechercher s'il a rédigé des directives anticipées ou désigné un représentant. A défaut, le professionnel de la santé doit obtenir l'accord du représentant légal après lui avoir fourni les informations nécessaires conformément à l'article 45 et lui avoir permis d'accéder au dossier médical. En l'absence de représentant légal, le professionnel de la santé s'adresse aux proches afin de déterminer la volonté présumée du patient.
2. Lorsque la décision du représentant choisi par le patient ou du représentant légal met en danger la santé du patient, le professionnel de la santé peut saisir l'autorité tutélaire.
3. A titre exceptionnel, soit en cas d'urgence ou dans l'attente de la désignation d'un représentant légal, le professionnel de la santé doit agir conformément aux intérêts objectifs du patient, en tenant compte de la volonté présumée de celui-ci.

Art. 27 La prévention des dépendances:

1. L'état soutient les actions de prévention des addictions ainsi que les mesures de réduction des risques dans ce domaine, en particulier auprès des mineurs.
2. La publicité pour boissons alcoolisées, les produits du tabac, les médicaments et les autres substances nuisibles à la santé est interdite dans les limites des dispositions fédérales et cantonales.

## **12.2.2. Lois fédérales de la Constitution**

### Section 2 Thérapie et réinsertion

#### Art. 3d21 Prise en charge et traitement

1. Les cantons pourvoient à la prise en charge des personnes dont l'état requiert un traitement médical ou psychosocial ou des mesures d'assistance en raison de troubles liés à l'addiction.
2. Ces traitements ont pour objectif la prise en charge thérapeutique et l'intégration sociale des personnes présentant des troubles liés à l'addiction, l'amélioration de leur santé physique et psychique ainsi que la création des conditions permettant l'abstinence.
3. Les cantons favorisent la réinsertion professionnelle et sociale des personnes présentant des troubles liés à l'addiction.
4. Ils créent les institutions nécessaires au traitement et à la réinsertion ou soutiennent des institutions privées répondant aux critères de qualité requis.
5. Le Conseil fédéral édicte des recommandations concernant les principes relatifs au financement du traitement de l'addiction et des mesures de réinsertion.

#### Art. 3e22 Traitement au moyen de stupéfiants

1. La prescription, la remise et l'administration des stupéfiants destinés au traitement des personnes dépendantes sont soumises au régime de l'autorisation. Celle-ci est octroyée par les cantons.
2. Le Conseil fédéral peut fixer des conditions générales.
3. Les traitements avec prescription d'héroïne doivent faire l'objet d'une autorisation fédérale. Le Conseil fédéral édicte des dispositions particulières; il veille notamment:
  - a) à ce que l'héroïne ne soit prescrite qu'à des personnes toxicodépendantes pour lesquelles les autres types de traitement ont échoué ou dont l'état de santé ne permet pas d'autre traitement;
  - b) à ce que l'héroïne soit prescrite uniquement par un médecin spécialisé et dans une institution appropriée;
  - c) à ce que le déroulement des traitements avec prescription d'héroïne soit contrôlé à intervalles réguliers.

### Section 3 Réduction des risques et aide à la survie

#### Art. 3g Tâches des cantons

Les cantons prennent des mesures de réduction des risques et d'aide à la survie en faveur des personnes ayant des troubles liés à l'addiction afin de prévenir ou d'atténuer la dégradation de leurs conditions médicales et sociales. Ils créent les institutions nécessaires à cet effet ou soutiennent des institutions privées répondant aux critères de qualité requis.