



HAL
open science

Alcoolisme et fin de vie : une éthique de “ l’acte ” à l’épreuve d’une éthique du “ regard ”

Lionel Dany, Patrice Cannone, E. Dudoit, Romain Favre

► **To cite this version:**

Lionel Dany, Patrice Cannone, E. Dudoit, Romain Favre. Alcoolisme et fin de vie : une éthique de “ l’acte ” à l’épreuve d’une éthique du “ regard ”. *Éthique & Santé*, 2005. <hal-04910197>

HAL Id: hal-04910197

<https://amu.hal.science/hal-04910197v1>

Submitted on 8 Mar 2025

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

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



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

Alcoolisme et fin de vie : une éthique de « l'acte » à l'épreuve d'une éthique du « regard »

L. Dany^{1,2}, P. Cannone^{1,3}, E. Dudoit^{1,4}, R. Favre¹

1 Service d'Oncologie Médicale, CHU de la Timone, Marseille.

2 Laboratoire de Psychologie Sociale, Université de Provence, Aix en Provence.

3 Unité Mobile Intra Hospitalière de Soutien et de Soins Palliatifs (UMIHSSP), CHU de la Timone, Marseille.

4 Laboratoire PsyCLE, Université de Provence, Aix-en-Provence.

Résumé

L'expérience de la maladie n'est pas neutre d'un point de vue bio-psychosocial. Les malades, en fonction de leurs pathologies, font l'objet de jugements sociaux, voire de stigmatisation. L'espace du soin n'est pas imperméable à ces processus d'évaluation et de représentation. La présence des patients alcooliques dans les unités de soins palliatifs représente un terrain d'analyse des enjeux psychosociaux qui s'immiscent au sein des interactions thérapeutiques. Ces enjeux questionnent la dimension éthique du regard porté sur « l'autre ». Les soignants doivent être à même d'identifier et de réguler ces processus dans et par leurs pratiques.

Mots-clés : alcoolisme - soins palliatifs - éthique - maladie - contexte social

Summary

Alcoholism and end-of-life: the ethics of care and the regards of others

Dany L, Cannone P, Dudoit E, Favre R. *Ethique & Sante* 2005; 2: 180-185

The biological, psychological, and social context has an impact on a patient's experience. Depending on their disease, patients are subjected to social judgments or even stigmatization. These processes of evaluation and representation also penetrate the health care setting. The presence of alcoholic patients in a palliative care unit offers ground for analysis of the psycho-social factors intervening in therapeutic interactions. This raises ethical issues concerning one's perception of the "other". Health care workers should be able to identify and control these processes in their daily practice.

Key words: alcoholism - palliative care - ethic - illness - social context

Introduction

Nous avons initié, au sein du service d'oncologie médicale de l'Hôpital de la Timone (Marseille) une série de recherches centrées sur l'étude des régulations psychosociales et symboliques qui interviennent dans la relation thérapeutique [1-3]. Cette contribution s'inscrit dans cette démarche et prend pour origine une réflexion sur l'espace que peut occuper l'alcool au sein d'une unité de soins palliatifs et plus largement dans l'espace du soin. En effet, comment gérer une consommation d'alcool excessive ou non au sein de l'hôpital ? Peut-on accepter une consommation qui interfère avec les traitements ? Comment entendre une demande d'alcool au seuil de la mort ? Autant de questions et de situations qui interrogent notre pratique professionnelle et notre regard sur autrui. Il ne s'agit pas ici, de tenter de répondre à ces questions en se centrant sur les conséquences biologiques ou effets psychoactifs de cette substance, mais de la questionner comme objet social et objet de la relation thérapeutique. Autrement dit, l'alcool nous intéresse à travers l'exploration des dimensions psychosociales (représentations, croyances, idéologies) qui lui sont liées et qui déterminent pour partie les pratiques de soin au quotidien.

Maladie et stigmaté

Les processus de stigmatisation associés à la maladie dépendent d'une part des incapacités, du « marquage corporel », de la perte de contrôle ou de la rupture des interactions sociales que peut entraîner la maladie, et, d'autre part, de l'estimation qui peut être faite sur la part de responsabilité que le malade a dans l'apparition de sa maladie [4]. Cette évaluation s'opère à travers des filtres cognitifs ou des stéréotypes qui influencent la confrontation aux pathologies et interviennent dans l'explication des conduites ou de ce qui arrive à soi et à autrui. Les individus ont tendance à considérer que les personnes sont responsables de leur sort et de ce qu'elles font. La présomption d'un comportement irresponsable s'accompagne de l'attribution d'une personnalité irresponsable [5]. Ainsi, la maladie peut être source de catégorisation sociale, d'attribution causale et de stigmatisation. Toutefois, toutes les maladies ne génèrent pas le même niveau d'activation de ces processus. Ces derniers s'expriment préférentiellement autour et sur des pathologies marquées socialement, qui interrogent la question des normes, de la responsabilité

individuelle et de la déviance [6, 7]. Ces modalités de jugement social sont particulièrement prégnantes dans nos sociétés et, force est de constater, que les médecins et soignants n'échappent pas à ces mécanismes. Ainsi, de nombreuses recherches, notamment dans le domaine de la prise en charge des patients atteints du VIH [8, 9], des usagers de drogues [10, 11], des personnes obèses [12-14], des personnes handicapées [15] ou encore des femmes demandant une interruption volontaire de grossesse [16] ont montré à quel point ces pré-construits sociocognitifs guident et justifient les actes ou intentions comportementales des médecins et s'inscrivent plus largement dans la pensée sociale. Quelques recherches font d'ailleurs état d'une réflexion autour de la prise en charge de patients victimes de préjugés sociaux dans le cadre des soins palliatifs, qu'il s'agisse de patients atteints du VIH, de toxicomanes ou encore de détenus [17, 18].

Alcoolisme, contexte social et discours de la responsabilité

Lorsque l'alcoolisme s'associe à une maladie somatique (comme le cancer) qui engage le pronostic vital, il interroge les soignants sur leurs modalités de perception et d'intervention vis-à-vis des malades. Si les positionnements et capacités d'action des soignants face aux malades sont liés à leurs trajectoires personnelles, ils le sont de manière massive par le contexte social. Ce dernier correspond au système dans lequel sont enracinés les comportements ainsi que les relations entretenues par les individus avec autrui [19]. Une relation est toujours inscrite psychiquement et socialement dans un cadre en fonction duquel elle se déroule [20]. Ce cadre influence nos perceptions de l'autre et contribue à déterminer nos comportements à son égard et nos représentations de la situation. La relation de soins n'échappe pas à ce type de mécanisme et ne peut donc être réduite à une suite d'actes neutres, purement techniques et détachés de l'influence des croyances, images et représentations qui parcourent la collectivité. Porter notre attention sur le contexte social nous oblige donc à interroger les croyances et représentations associées à l'alcoolisme dans la société. Autrement dit, les liens que la société (et l'institution soignante elle-même) entretient avec l'alcoolisme.

La stigmatisation sociale et médicale de l'alcool s'est principalement mise en place en Europe à partir de la seconde moitié du XVIII^e siècle [21]. Le souci croissant pour l'hygiène et l'intégrité physique a renforcé le rejet des consommations les plus nocives pour la santé [22]. Les démesures et la dépendance sont ainsi jugées négativement et l'attribution de traits de personnalité accompagne le « trop boire » de l'individu en stigmatisant sa faiblesse [21]. Cette stigmatisation s'accompagne généralement d'une référence à une morale de la responsabilité et de la faute [7] que l'on retrouve à la fois dans la population générale et chez les soignants [23,24]. Pour les soignants hospitaliers, les problèmes de dépendance (alcoolisme compris) sont généralement considérés comme des éléments périphériques ou absents de la pratique médicale [25].

Plus largement, les campagnes de prévention, en se centrant sur la responsabilité individuelle vis-à-vis de la santé et en occultant la persistance des inégalités sociales [26], contribuent à cette représentation. En France, les discours préventifs vis-à-vis des consommations de substances psycho-actives ont tendance à se centrer sur la nature de la relation entre la substance et l'individu et à dénoncer les comportements à risques de ce dernier [27]. Ainsi, avoir un passé d'alcoolique pose la question de la « faute » et élabore une ambivalence dans le rapport aux autres [28]. En poussant les portes de l'hôpital le « patient-alcoolique » se présente donc sous cette double étiquette : une personne présentant conjointement une maladie grave suscitant l'investissement des soignants et une maladie stigmatisée socialement, engageant pour partie sa responsabilité ainsi que sa personnalité.

Observations

Nous allons étayer, à l'aide d'observations et de deux exemples de trajectoires² de malade, ce qui nous semble refléter la particularité et les enjeux de la prise en charge de patients présentant des troubles alcooliques en soins palliatifs.

De l'enjeu de la dénomination...

Le premier élément d'analyse qui nous semble incontournable est la place que prend la dénomination de certains patients dans les services de soins. Il est en effet fréquent d'entendre parler de patients « alcooliques » ou « alcoololo-

¹ Il ne faut pas entendre le terme « déviance » à travers la connotation péjorative que le sens commun lui attribue. Nous nous référons ici aux travaux d'Howard Becker [6] qui la définit non pas comme un acte commis, mais plutôt comme la conséquence de l'application par autrui de règles et de sanctions à l'encontre d'un « contrevenant ». Dans ce cadre, le déviant est un individu auquel cette désignation a été appliquée ; la conduite déviante étant une conduite qu'autrui désigne de cette manière.

² Le concept de trajectoire fait référence non seulement au développement physiologique de la maladie du patient mais également à toute l'organisation du travail déployé à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués. À travers ce concept, la gestion de la maladie est perçue comme un phénomène davantage social que biologique [29]. Toutefois chaque trajectoire de la maladie n'est pas identique. On peut distinguer les trajectoires de routines des trajectoires problématiques. Ces dernières se caractérisent par l'intervention de contingences qui viennent complexifier le travail de trajectoire.

tabagiques ». De prime abord, cette catégorisation des patients pourrait s'avérer anodine. Il en est autrement tant se met en œuvre à travers cette dénomination un processus d'attribution de la responsabilité.

Une distinction semble opérer ainsi entre le patient « victime » et le patient « responsable » de sa maladie. Comme le souligne Cassirer [30] : « l'acte de nommer implique le sens commun et impose une représentation partagée par une communauté ». Dénommer un groupe revient à le distinguer sur la base de différences qui ont pour caractéristiques d'être à la fois descriptives et évaluatives [31]. Ainsi, des obstacles d'ordre psychosocial peuvent se mettre en œuvre et remettre en cause une acceptation de principe du patient et de sa (ou ses) pathologie(s) ou des bénéfices secondaires qu'il pourrait tirer de sa maladie [32], tel le fait de ne pas être reconnu comme malade à part entière.

Cette catégorisation des patients repose sur l'interrogatoire clinique du médecin (la recherche de consommation d'alcool et de tabac est systématique), confortée ou non par des marqueurs biologiques, qui permettront d'adapter la thérapeutique. Ainsi, dans les premiers moments de la rencontre thérapeutique le patient doit déjà « avouer » (dans le sens de révéler ce qui est le plus souvent dissimulé) ses conduites déviantes au risque d'être démenti par les analyses effectuées dans le cadre des soins. Cette situation peut avoir pour conséquence une dégradation de l'image de soi³ et renforcer l'asymétrie entre le patient et le médecin.

À la remise en cause de la temporalité de l'hôpital

Une autre dimension, liée à la temporalité, nous semble importante pour appréhender les enjeux liés à la prise en charge des patients alcoolo-dépendants. La maladie grave et l'éventualité létale qu'elle impose, confronte le sujet à sa mort et réorganise sa perception du temps [34]. La maladie et le temps créent ainsi une situation de « double contrainte » [35]. Cette dernière va être négociée différemment par le patient alcoolique.

En effet, le sujet alcoolique colle à l'événementiel, à l'insignifiant. Il a tendance à se situer dans le présent, ce qui le décale du temps des autres et le prive de projets [36]. Sa consommation d'alcool altère également sa conduite et sa gestion du temps présent. Dans ce recours permanent à l'alcool, le temps est donc supprimé. Le sujet alcoolique va chercher dans le produit l'empire éphémère et puissant de la minute, de l'instant, accompagné d'un désir itératif de coller à la sensation présente afin d'y puiser ce qui est manquant et en refuser la séparation. Dans ce contexte, c'est le lieu même de la rencontre entre le soignant et le patient qui fait question, ainsi que l'effectivité de l'alliance thérapeutique et le partage de l'expérience.

Comment concevoir un « dialogue » au cœur du colloque singulier que propose l'interaction thérapeutique, lorsque chacun des participants se situe dans une temporalité différente ? La prise en compte de cette perception différenciée du temps et de son déroulement représente un enjeu majeur pour comprendre d'éventuelles difficultés de communication et certains comportements « néfastes » : défaut d'observance voire d'adhésion [37].

Exemples de trajectoires

À travers deux exemples de trajectoires⁴, issus de notre pratique de terrain, nous tenterons d'illustrer la singularité de ces trajectoires mais aussi de les replacer dans leur dimension sociale en soulignant au final en quoi le « problème alcool », pour ne pas dire « dépendance », peut nous éclairer sur la nature des interactions qui prennent place et sens au sein du cadre thérapeutique.

Daniel⁵ : de l'éloignement à la ré-union

Dans un premier temps nous nous intéresserons à la trajectoire de Daniel. Ce dernier est hospitalisé au sein du service d'oncologie médicale pour le traitement par chimiothérapie d'une tumeur ORL. Daniel refusait le sevrage alcoolique, d'ailleurs il avait pour ses repas sa petite bouteille de vin. Pour lui, il était hors de question d'arrêter l'alcool, entre autres parce qu'il n'avait pas peur de la mort. Sa maladie lui permettait d'avoir un toit même s'il ne pouvait jamais rester dans une même maison de repos, ses différents séjours étant marqués par des conflits avec les personnels.

Au cours de son hospitalisation, après une période de mutuel « apprivoisement », Daniel nous confia qu'il avait une famille avec laquelle il avait rompu tout contact depuis près de 20 ans. Après quelques mois de traitements et une fois mises de côté certaines manifestations d'orgueil, Daniel manifesta le souhait de revoir les membres de

³ Cette observation rappelle les processus décrits par le sociologue Erving Goffman [33] sur la condition sociale des malades mentaux dans les institutions psychiatriques. Notons toutefois que dans le cas de l'hôpital, il n'y a pas « intention » première de la part de l'institution et de son représentant (le médecin) de favoriser la « dégradation de statut » qui s'opère dans l'interaction que nous venons de décrire. Ce sont davantage les conséquences sous-jacentes à l'acte, qui prennent corps dans le sens qui peut être attribué aux réponses dans ce contexte (validation ou non du statut d'alcoolique, donc de « déviant »), qui permettent ce processus de dégradation.

⁴ Le choix de ces exemples s'est fait en fonction de leur typicité et de leur valeur d'exemplarité vis-à-vis de notre propos.

⁵ Par souci de confidentialité les prénoms des patients ont été modifiés.

cette famille. L'équipe se chargea des démarches auprès de ces derniers, qui n'acceptèrent de le rencontrer qu'à la seule condition de son abstinence. Cette condition étant non-négociable. Daniel accepta le sevrage alcoolique. À la suite d'échanges téléphoniques et face à l'évolution rapide de la maladie de Daniel, des retrouvailles ont été « organisées ».

À la mort de Daniel, son fils nous révéla qu'en dépit de toutes les souffrances endurées par ce père alcoolique, il pouvait enfin dire qu'il était abstinent, fier de cette victoire sur l'alcool et ainsi pardonner pour continuer à vivre. Au seuil de la mort, certains patients alcooliques se trouvent « condamnés » à racheter leurs fautes, à faire amende honorable de leur déviance et des conséquences qu'elle a eues sur leurs biographies. Cet ultime acte de retrouvailles avec soi et les autres (proches et soignants) a favorisé, dans le cas de Daniel, la mise en œuvre d'un acte de communication et l'accès à une forme de pardon. Il aura fallu que celui-ci mette à distance ce que représente son appétence à l'alcool et les significations qui y sont associées (souffrances, perte de contrôle, honte...) pour que cette ré-union ait lieu. Retrouvant ainsi « figure humaine » (socialement et psychiquement acceptable), Daniel pouvait prétendre au statut de « bon malade » et de père enfin « acceptable ».

Stéphane : boire envers et contre soi jusqu'à l'oubli de soi

Avec la trajectoire de Stéphane nous nous intéresserons plus particulièrement au sens que peut prendre l'alcool en soins palliatifs. Stéphane est un homme de 32 ans, hospitalisé pour un fibrosarcome de la gencive qui déforme son visage. À l'âge de 12 ans, Stéphane a déjà été traité pour un premier cancer.

Déscolarisé très jeune, il réussit à décrocher un emploi de jardinier. À la suite du décès de sa mère, il se coupe de toute sa famille et ne renouera jamais de contact avec elle. Sa « descente aux enfers » commence à cette période. Stéphane se retrouve sans emploi et se désocialise progressivement. Il finit par vivre dans la rue et « tombe » petit à petit dans l'engrenage de l'alcool. La maladie, qui réapparaît 20 ans plus tard, le replonge dans cette période d'adolescence entachée par le cancer.

Au cours de sa prise en charge, l'équipe a dû apprendre à gérer son agressivité, à négocier ses cures de chimiothérapie, à supporter ses alcoolisations et à travailler le lien qui l'unissait aux soignants (médecins, psychologue, infirmiers...). Par ses attaques répétées sur son environnement, Stéphane tentait de garder un certain contrôle sur ce qui lui arrivait. Dans ce cadre, le recours à l'alcool venait éviter l'irruption d'affects, de sentiments, d'émotions sur la scène psychique, tout en modifiant, et c'est là un point important, l'organe récepteur. Cette modification des perceptions corporelles permettait à Stéphane de se défendre contre ce qui pourrait être ressenti comme une douleur psychique.

Le rôle de l'alcool étant autant de faire taire quelque chose en soi, que de jouer le rôle d'une soupape de sécurité pour purger les affects et les représentations indésirables⁶ [36]. Il ne s'agit que d'un objectif à court terme dont Stéphane avait conscience : « Je n'arrête pas de penser, à ma vie, à la chimio, à tout ça... alors l'autre soir, je suis entré dans un bar et j'ai picolé toute la nuit... et le matin quand j'ai repris mes esprits, j'ai compris que j'étais toujours vivant, avec ma maladie, mes problèmes... ». Dans cette fuite spatio-temporelle, ni la mort, ni l'éthique n'avaient leur place. Stéphane tentait sans cesse de se réapproprier un corps qui lui échappait, si ce n'était dans ces moments fragiles où l'alcool faisait son œuvre : « Lorsque je m'alcoolise, je suis bien, j'ai la sensation que mon corps n'existe plus, je ne sens plus la douleur, alors j'oublie, je ne souffre plus... ». Durant la dernière semaine de sa vie, défiguré par sa tumeur, Stéphane devint tout à coup très doux, fragile, comme pacifié. Ces nouveaux comportements venaient achopper avec les représentations et attentes des soignants, habitués à l'image Bien qu'elle soit souvent tue ou « anesthésiée », la souffrance psychique est toujours présente. Il s'agit à la fois de la douleur d'être, du sentiment de vide intérieur, d'une perte du sens de l'identité et de l'existence. La difficulté qu'il rencontre le sujet pour verbaliser ou même simplement se représenter cette souffrance ne la rend que plus insupportable et s'oppose à un jugement social « sans appel » sur la manière dont cette gestion s'opère. Précisons que la trajectoire de Stéphane, avec son haut degré de contingences, est celle qui pose le plus de difficultés aux soignants.

Une éthique de « l'acte » associée à une éthique du « regard »

Le plus souvent les interrogations « éthiques » associées aux soins palliatifs, véhiculés par les médias ou non, portent sur les dimensions de l'action : la nature de l'acte, la nécessité ou non du passage à l'acte, les conséquences de l'acte, la dimension éthique de l'acte...

Autrement dit, face à un « cas éthique » se pose fréquemment la question de la méthode à utiliser ou des actes à mettre en œuvre pour l'aborder. Dans cette centration sur l'acte semble s'immiscer la prévalence d'un « ethos de l'action » [38] fortement ancré dans la pratique médicale. Si l'éthique de l'acte semble aujourd'hui avoir trouvé

⁶ Notons que ce processus n'est pas spécifique à la gestion psychique de la maladie mais qu'il se retrouve dans le parcours d'alcoolisation de l'individu.

sa place dans le questionnement de la pratique en soins palliatifs et plus largement dans les discours et représentations qui alimentent les débats sociaux, force est de constater que la réalité du terrain demande d'autres aménagements. Ainsi, l'éthique de l'acte interroge la décision quand celle du regard questionne la perception de « l'autre », c'est-à-dire les actes déjà posés par le sujet et qui font sens dans la situation de soin. Ces deux dimensions ne sont pas isolées l'une de l'autre, mais l'une (l'éthique de l'acte) semble en tout cas invisibiliser l'autre (l'éthique du regard) dans le débat médiatique mais aussi dans le cadre du soin. Nous ne soutenons pas que l'acte serait mis en œuvre en absence d'une réflexion préalable qui s'abstiendrait de prendre en compte la spécificité des situations des patients, mais qu'on peut, à notre avis, observer une tendance à se centrer sur la finalité en terme d'action et à ne pas assez se centrer sur les conditions intrinsèques de cet acte et sur les mécanismes « inconscients » en œuvre. L'absence de questionnement autour de cette question semble ainsi signifier que le « regard » des soignants serait univoque et qu'il intégrerait une « éthique de principe ».

Face à l'atteinte somatique grave, le sujet alcoolique va se questionner sur les chemins à suivre : vivre contre sa maladie (rejet), vivre pour sa maladie (aliénation), vivre avec sa maladie (assomption) ou faire le « choix » de la/s maladie [39]. Ces divers questionnements, non exclusifs les uns des autres, vont marquer la trajectoire du patient. Il s'agit donc de substituer à la perception de trajectoires « socialement » communes, celle d'histoire(s) personnelle(s) qui permet d'alimenter « l'éthique du regard » et d'affronter nos pré-jugements et ainsi d'être attentif aux processus de catégorisation sociale et aux théories implicites de la personnalité (psychologisation, personnalisation) qui les accompagnent. L'acte ne doit jamais faire l'économie de la pensée, au risque de favoriser un sentiment de perte et de non-contrôle, un peu comme nos sujets alcooliques qui se perdent dans l'alcool afin de contrôler le monde externe et interne.

Conclusion

Si l'alcoolisme nous interroge dans la trajectoire de la maladie ce n'est pas uniquement parce qu'il interfère avec les traitements et les prescriptions, mais bien parce qu'il pose la question du sens de ce qui est vécu au sein de l'hôpital et au cœur des interactions. En effet, l'enclave alcoolique met en tension les conceptions que les soignants se font du style convenable de la mort [40] inspiré et dicté par un cortège de recommandations (affronter la mort avec dignité, ne pas se couper du monde, ne pas tourner le dos à la vie).

Dans la perspective que nous proposons ce n'est pas la vérité de l'affection qui doit être questionnée (le patient est bel est bien alcoolique) mais le statut d'évidence auquel accèdent certaines caractéristiques de ce patient.

Les soignants doivent être en mesure, à l'aide de divers professionnels (psychologues voire sociologues), d'identifier, de déchiffrer et d'agir sur les mécanismes interprétatifs de la réalité sociale en leur donnant une certaine visibilité. Autrement dit, le questionnement éthique en soins palliatifs doit se nourrir de la réalité sociale telle qu'elle est recomposée par les individus (avec ses avantages et inconvénients). Mais cela passe également par une reconnaissance de ce qu'on éprouve au contact de celui qui souffre. Nos conceptions de la fin de vie nous permettent, en tant que soignant, de mettre à notre tour du sens. S'il est difficile de faire changer les représentations, tant celles-ci résistent au changement, il est toutefois possible d'éclairer leurs dimensions évaluatives et ainsi de participer à contrôler les effets potentiellement négatifs de ces dernières.

En soins palliatifs, les questions qui concernent l'éthique posent des cas de conscience lorsqu'il n'existe pas un cadre type d'intervention. Ainsi, pour certains patients alcooliques, les équipes soignantes pourront suggérer l'abstinence et favoriser un travail d'élaboration, mais il leur sera aussi nécessaire d'avoir à supporter l'alcoolisme d'autres patients, contraire à une certaine éthique du soin, et cela sans poser de jugement. C'est à ce prix que pourront cohabiter logique médicale et logique du sujet.

Références

1. Cannone P, Dany L, Dudoit E, Duffaud F, Salas S, Favre R. Étude des représentations sociales de la chimiothérapie : une voie d'analyse des relations entre patients et médecins oncologues. *Bull Cancer* 2004; 91: 279-84.
2. Dany L, Cannone P, Dudoit E, Favre R. Patients et médecins face à la chimiothérapie. *Le Journal International sur les Représentations Sociales* 2005; 2.
3. Dany L, Dormieux A, Futo F, Favre R. La souffrance : représentations et enjeux. *Rech Soins Infirm* (sous presse).
4. Albrecht G, Walker V, Levy J. Social distance from the stigmatised: a test of two theories. *Soc Sci Med* 1982; 16: 1319-27.
5. Deschamps JC, Comby L, Devos T. Responsabilité et dévalorisation des personnes séropositives. In: Petrillo G, éd. *Santé et société*. Lausanne, Delachaux et Niestlé 2000 : 87-116.
6. Becker HS. *Outsiders*, Paris, Métailié, 1985, 248 p.
7. Goffman E. *Stigmate*. Paris, Les Éditions de Minuit, 1975, 175 p.
8. Moatti J, Souville M, Obadia Y, Morin M, Sebbah R, Gamby et al. Ethical dilemmas in care for HIV infection among french general practitioners. *Health Policy* 1995; 31: 197-210.
9. Morin M, Obadia Y, Moatti JP. *La médecine générale face au sida*, Paris, Inserm, 1997, 162 p.
10. Abed R, Neira-Munoz E. A survey on General practitioners' opinion and attitude to drug addicts and addiction. *Br J Addiction* 1995; 85: 131-6.

11. Vader J, Aufseesser M. Physicians and intravenous drug users: attitudes and opinions in the canton de Vaud, Switzerland. *Int J Addictions* 1993; 28: 1587-99.
12. Poulain JP. Manger aujourd'hui : attitudes, normes et pratiques, Toulouse, Privat, 2001, 236 p.
13. Price J, Desmond SM, Krol RA, Snyder FF, O'Connell JK. Family practice physicians' beliefs, attitudes, and practices regarding obesity. *Am J Prev Med* 1987; 3: 339-45.
14. Cahnman WJ. The stigma of obesity. *Sociological Q* 1968; 9: 283-99.
15. Serino C. Les sains et les autres : processus de comparaison et représentations du handicap. In: Petrillo G, éd. *Santé et société*. Lausanne, Delachaux et Niestlé, 2002 : 67-85.
16. Bajos N, Ferrand M. De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues, Paris, Inserm, 2002, 364 pages.
17. Coughlan M. Pain and palliative care for people with HIV/AIDS in Asia. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2003; 17: 91-104.
18. Lum KL. Palliative care behind bars: the New Zealand prison hospice experience. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2003; 17: 131-8.
19. Morin M, Apostolidis T. Contexte social et santé. In: Fischer GN, éd. *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod, 2002 : 463-90.
20. Fischer GN. Le concept de relation en psychologie sociale. *Rech Soins Infirm* 1999; 56: 4-11.
21. Nahoum-Grappe V. Le rire du buveur, le rictus du toxicomane. In: Ehrenberg A, éd. *Individus sous influence*, Paris, Esprit, 1991 : 171-90.
22. Retailaud-Bajac E. Les drogues : une passion maudite, Paris, Gallimard, 2002, 127 p.
23. Ritson EB. Alcohol, drugs and stigma. *Int J of Clin Pract* 1999; 53: 549-51.
24. Caetano R. Public opinions about alcoholism and its treatment. *J Stud Alcohol* 1987; 48: 153-60.
25. Miller NS, Sheppard LM, Colenda CC, Magen J. Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol and drug-related disorders. *Acad Med* 2001; 76: 410-18.
26. Chapple A, Ziebland S, McPherson A. Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. *BMJ* 2004; 328: 1470.
27. Dany L. L'effet « génération » dans les représentations de la drogue. *Priorités Santé* 2003; 6: 14-5.
28. Aubry R. Douleurs et souffrances du patient porteur d'un cancer ORL
29. Strauss A, Fagerhaugh S, Suczek B, Wiener B. *Social organization of medical work*, Chicago, University of Chicago Press, 1985, 313 p.
30. Cassirer E. *La philosophie des formes symboliques*, Paris, Éditions de Minuit, 1972.
31. Moscovici S. Noms propres, noms communs et représentations sociales. *Psychologie et Société* 1999; 1: 81-104.
32. Jeammet P, Reynaud M, Consoli SM. *Psychologie médicale*, Paris, Masson, 1996, 416 p.
33. Goffman E. *Asiles*, Paris, Éditions de Minuit, 1968, 447 p.
34. Abelhauser A. La mort et l'inconscient. *Esquisses psychanalytiques* 1990; 13: 63-73.
35. Abelhauser A, Lévy A, Laska F, Weill-Philippe S. Le temps de l'adhésion. In: Inserm, éd. *L'observance aux traitements contre le VIH/sida*, Paris, Inserm, 2001 : 79-86.
36. Pardinielli JL, Rouan G, Bertagne P. *Psychopathologie des addictions*, Paris, PUF, 1997, 128 p.
37. Cook RL, Sereika SM, Hunt SC, Woodward WC, Erlen JA, Conigliaro J. Problem drinking and medication adherence among persons with HIV infection. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 83-8.
38. Baszanger I. La fin de vie : de nouvelles frontières entre curatif et palliatif. In: Baszanger I, Bungener M, Paillet A, éd. *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris, La Dispute, 2002 : 211-33.
39. Cannone P. Éthique et alcoolisme en oncologie médicale. *Forum* 2004; 8: 8.
40. Glaser B, Strauss A. *Awareness of dying*, Chicago, Aldine, 1965, 305 p.