

ATTITUDES ET CROYANCES SOIGNANTES ENVERS DES ÂÎNÉS MÉSUSANT D'ALCOOL : ENQUÊTE HOSPITALIÈRE PAR QUESTIONNAIRE AUPRÈS DE 315 AGENTS

Pascal Menecier, Lydia Fernandez, Michael Pichat, Louis Ploton

De Boeck Supérieur | « Psychotropes »

2018/1 Vol. 24 | pages 55 à 76

ISSN 1245-2092

ISBN 9782807392397

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2018-1-page-55.htm>

Pour citer cet article :

Pascal Menecier *et al.*, « Attitudes et croyances soignantes envers des aînés
mésusant d'alcool : enquête hospitalière par questionnaire auprès de 315 agents »,
Psychotropes 2018/1 (Vol. 24), p. 55-76.

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Attitudes et croyances soignantes envers des aînés mésusant d'alcool : enquête hospitalière par questionnaire auprès de 315 agents

Caregivers' attitudes and beliefs about
older people's misuse of alcohol:
A hospital questionnaire survey
among 315 health workers

Dr P. Menecier

Praticien hospitalier, Unité d'addictologie – Consultation mémoire,
Hôpital des Chanaux, 71018 Mâcon – Docteur en psychologie,
Université Lumière Lyon 2. Équipe émergente universitaire DIPHE :
5 avenue Pierre Mendès France, 69676 Bron Cedex

Pr L. Fernandez

Professeur en psychologie de la santé et du vieillissement,
Institut de psychologie, Université Lyon 2

M. M. Pichat

Maître de conférences en psychologie, Université Paris 8

Pr L. Ploton

Professeur émérite de gérontologie, Institut de psychologie,
Université Lyon 2

Correspondance à adresser à :

Dr P. MENEcier, Praticien hospitalier, Unité d'addictologie –
Consultation mémoire, Hôpital des Chanaux, 71018 Mâcon Cedex.
Tél. : 03 85 27 63 69. E-mail : pamenecier@ch-macon.fr

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

Résumé : *Le mésusage d'alcool de sujets âgés est peu considéré, bien que sa prévalence ne décroisse que peu avec l'âge. Ce décalage peut autant relever de difficultés de repérage que de difficultés de prise en considération, possiblement reliées à des attitudes soignantes peu favorables. Afin d'évaluer les croyances et attitudes de soignants hospitaliers envers des sujets âgés mésusant d'alcool et préciser les variables qui les modulent, une enquête par questionnaire a été menée auprès de 698 médecins et infirmiers de 8 établissements de santé, à propos de leurs représentations, attitudes et connaissances autour du mésusage d'alcool après 65 ans. Les 315 questionnaires exploités (taux de réponse : 45 %), retrouvent que plus de 90 % des agents déclarent soigner des aînés mésusant d'alcool. Les soignants se disent alors majoritairement (75 %) à l'écoute ou disponible, 39 % aidants ou compétant, 32 % mal à l'aise, évitant ou fuyant, et 7 % agressifs, répressifs ou moralisateurs. Les déclarations d'abord positives sont ensuite remises en cause au fil des réponses et recoupements. Les attitudes les plus positives sont associées aux meilleurs niveaux de connaissance, aux expériences d'avoir côtoyé un proche mésusant d'alcool ou d'être soi-même consommateur d'alcool.*

Abstract: *Alcohol misuse is less considered among the elderly, even though it remains prevalent in the ageing population. The apparent neglect of this problem might be due not only to difficulties in screening for it but also due to possible unfavourable carer attitudes. In order to assess the beliefs and attitudes of hospital caregivers towards older people's' misusing alcohol and to specify the variables modulating them, a cross-sectional survey, by means of questionnaires, was conducted among 698 nurses and physicians working in eight health facilities around Macon. This questionnaire survey observed their representations, attitudes and knowledge about older people's' misuse of alcohol. There were 315 completed questionnaires (response rate: 45%). The feelings declared by the caregivers were categorized as follows: over 75% to listening or availability, 39% to aid or demonstration of skill, 32% to malaise, weakness or avoidance and 7% to aggression, repression or moralizing. The lack of training or lack of time were the only reasons given as possible barriers to the development of appropriate care. Correlations were objectified between positive attitudes and a high level of knowledge, having had a life experience of a familiar person misusing alcohol, or the respondent being an alcohol consumer themselves.*

Mots clés : *attitudes, croyances, connaissances, soignants, alcool, sujets âgés, hôpital, ehpad*

Keywords: *attitudes, beliefs, knowledge, caregivers, alcohol, elderly, hospital, nursing home*

Introduction

Des troubles liés à l'usage d'alcool apparaissent toujours dans la vieillesse, faisant que des aînés mésusant d'alcool sont régulièrement rencontrés par des professionnels du soin, à domicile comme en établissements. Alors que l'addiction alcoolique ne disparaît pas avec l'âge, sa prise en considération est rarement priorisée parmi les orientations de santé publique, pas plus en addictologie qu'en gériatrie. Quand la demande de soin et la parole des sujets âgés relevant de tels troubles sont faibles, la parole des soignants peut éclairer sur leurs situations, par l'intermédiaire des émotions naissant lors de leur rencontre. Cette approche indirecte peut permettre d'aborder les comportements soignants à l'égard de vieux alcooliques.

Plutôt que méconnu, le mésusage d'alcool de sujets âgés ne serait-il pas surtout difficile à considérer du fait de freins et de barrières psychologiques, de la part de professionnels de santé, déroutés par une question envisagée comme intime, semblant remettre en cause certaines de leurs aptitudes à exercer leurs compétences générales dans les soins ? Les attitudes soignantes peuvent alors apparaître comme un des principaux déterminants de la qualité des soins. Comment aborder et évaluer ces attitudes afin de les préciser et tenter de les améliorer en soutenant les plus positives, dans l'intérêt des soignés ?

Généralités

Mésusage d'alcool et addictions du sujet âgé

Au moment où les addictions du sujet âgé commencent à être considérées en France (Menecier, 2012a), les conduites addictives autour de l'alcool en représentent une des formes majeures (Paille, 2014). Alors que les populations vieillissent, les raisons de prendre en considération les addictions du sujet âgé ne font que s'accumuler : entre augmentation de l'espérance de vie, accroissement de prévalence des conduites

addictives à tous les âges (Menecier, 2010a) et prise en considération de la vieillesse. Malgré tout, il existe un manque de considération porté au mésusage d'alcool de sujets âgés (Paille, 2014). Plus encore, son apparente négligence ne semble pas pouvoir simplement être expliquée par sa rareté ou des difficultés de repérage (Menecier, 2010b). D'autres écueils semblent exister quand seule une faible minorité d'aînés mésumant d'alcool, identifiés comme tels, se voit proposer des soins en addictologie, surtout en Europe (Kohn, 2004 ; Menecier, 2010a). En dépassant le tabou qui semble exister à parler d'alcool avec des aînés, il convient d'envisager les barrières qui existent au repérage, à l'identification puis à la prise en compte de ces situations (Knauer, 2003 ; Sattar, 2007). Parmi différents obstacles au diagnostic puis au traitement de troubles liés à l'usage d'alcool, certains concernent les soignants eux-mêmes, par négligence passive, évitement ou désintérêt pour ce type de soin et ces malades spécifiques, entre autres contre-attitudes négatives (Descombey, 2004), qui interfèrent négativement sur la qualité des soins (George, 1988).

Attitudes et comportements soignants

La notion de contre-attitude désigne une attitude soignante, envisagée comme une disposition interne à la personne, déterminant ses comportements (Menecier, 2010b). La notion de contre-attitude, plus générale que celle de contre-transfert, permet d'associer des réactions conscientes, dépassant le concept psychanalytique initial (Descombey, 2004).

Au quotidien, chaque soignant exerce son activité sur la base de ses connaissances issues de formations initiales ou continues et de ses croyances, dites profanes (Menecier, 2015). Lors de la rencontre avec le soigné, toute une série d'éprouvés et d'émotions vont naître chez ces agents, auxquels ils ne peuvent échapper. Ils conditionnent le plaisir ou la souffrance au travail (Gleichgerricht, 2014) et vont varier au fil des expériences personnelles ou professionnelles d'avoir croisé des sujets mésumant d'alcool ou des sujets âgés (Gleichgerricht, 2014 ; Menecier, 2009).

L'intériorisation de ces éléments (connaissances, croyances et émotions), participe à la construction de représentations (mentales), comme des images internes de notions immatérielles (tel le trouble de l'usage d'alcool). Ainsi se développent les attitudes (en regard) ou plus spécifiquement les contre-attitudes soignantes dont la tonalité s'étale du positif au négatif et dont la traduction dans les comportements soignants peut prendre le même panel de tonalités favorables ou non, qui vont eux-mêmes conditionner la relation de soin (Descombey, 2004).

Sujets et méthodes

Participants : Une enquête par questionnaire a été proposée aux 116 médecins et 585 infirmiers de 8 Centres hospitaliers du bassin de santé de Mâcon. L'étude, conduite sans échantillonnage de population, n'a ciblé que des agents susceptibles de rencontrer des plus de 65 ans, sur un parc de plus de 2 000 lits (565 lits de court séjour, 186 de soins de suite et de réadaptation et 1 309 d'ehpad ou de soins de longue durée). L'enquête a obtenu 320 réponses, dont 315 étaient exploitables (256 infirmiers et 59 médecins), soit un taux de retour de 45 % (tableau 1).

Procédure : Il s'agit d'une enquête transversale, d'observation, descriptive puis analytique (recherche de marqueurs de risques d'attitudes négatives), pour une part écologique (auprès d'infirmiers après une première étude exploratoire en 2008 (Menecier, 2009, 2010b), et pour une part comparative (entre infirmiers et médecins). Le protocole de recherche a été soumis au Comité de Protection des Personnes Sud-Est II qui l'a considéré hors champ d'application de la loi du 9 août 2004.

Outils : En l'absence de questionnaire spécifique aux aînés, un document d'enquête standardisé a été créé, à partir de questionnaires polyvalents (Allen, 1993 ; Pillon, 2005) et d'études menées chez les sujets âgés (Parette, 1990 ; Happell, 2002 ; Vadlamudi, 2008), ainsi que du questionnaire utilisé lors d'une étude exploratoire (Menecier, 2009, 2010b). Le questionnaire composé de propositions à choix fermés (tableau 2) a été auto-appliqué. L'évaluation de l'accord ou non à une proposition a été quantifiée par échelle visuelle analogique (et numérique), sur un segment de 100 millimètres, aboutissant un score de 0 à 100, traité ensuite comme une valeur numérique. Deux scores agrégés d'attitudes positives ou négatives ont été proposés, rassemblant toutes les réponses associées à ces deux principales modalités d'attitudes, ramenées proportionnellement à une valeur sur 20. Le score d'attitudes positives a été composé de questions auxquelles une réponse évaluée comme favorable au soigné (dans un choix multiple ou selon un score type Likert au-dessus ou au-dessous de 50) : cela concerne les questions : 2-3 (2 items), 3-1 (4 items), 5-1 (2 items), 3-2, 3-3, 5-2, 3-4, 3-5, 8-4, 8-5, 8-6, 8-8, 8-9, 8-10, 8-13 (tableau 2), soit 18 items ensuite rapportés sur 20 points. Le score d'attitudes négatives a été composé de questions auxquelles une réponse évaluée comme défavorable au soigné (dans un choix multiple ou selon un score type Likert au-dessus ou au-dessous de 50) : cela concerne les questions : 2-3 (1 item), 2-4 (1 item), 3-1 (4 items), 3-4, 3-5, 4 (1 item), 5-1, 3-2, 3-3, 5-2, 8-4, 8-5, 8-6, 8-8, 8-9, 8-10, 8-13 (tableau 2), soit 20 items ensuite rapportés sur 20 points. Un questionnaire sur les connaissances

été adjoint, fait de 20 propositions à réponse simple (vrai/faux) aboutissant à un score en 20 points (Menecier, 2015).

Analyse : L'analyse statistique a eu recours aux logiciels Microsoft Excel et Access 2010®, Epi Info 3.5.1™. Traités de manière autonome, les tests statistiques ont permis la comparaison de facteurs qualitatifs (test de χ^2 ou test exact de Fisher en cas d'effectif calculé inférieur à 5) ; de facteurs qualitatif et quantitatif par comparaison de moyenne (test de Student) ou de facteurs quantitatifs par régression linéaire. Les conditions de validité des tests ont été vérifiées et le seuil de significativité fixé à 5 %.

Résultats

Population de l'étude

La population de l'étude est féminine à 84 %, avec une ancienneté hospitalière moyenne de 12 ans. La répartition entre services se fait entre médecine 30 %, gériatrie 24 %, psychiatrie 13 %, urgences 7 %, chirurgie 6 % et 20 % d'autres types de services. Soixante-douze pour cent des agents déclarent avoir bénéficié d'enseignements en alcoologie lors de formation diplômante, et 24 % des agents en formation continue (tableau 1).

Parmi les agents, 74 % se déclarent consommateurs d'alcool, répartis entre 71 % d'utilisateurs « simples », 3 % d'utilisateurs abusifs et moins de 1 % d'alcoolodépendants (selon le DSM-IV TR en vigueur au moment de l'étude) ; 37 % ont été ou sont dépendants du tabac et 2 % de substances illicites. Enfin, 54 % déclarent avoir déjà été impliqués dans l'accompagnement d'un parent ou proche en difficulté avec l'alcool.

Rencontres d'aînés en difficultés avec l'alcool

Quatre-vingt-dix pour cent des agents déclarent rencontrer des aînés mésusant d'alcool, dans une proportion estimée moyenne de 12 %, identique selon le métier. Lors d'un tel repérage, les modes de confirmation se répartissent entre plusieurs modalités décrites dans le tableau 3.

Lors de ces rencontres, les agents se disent être pour 75 % disponibles, à l'écoute ; 39 % aidants, compétents ; 32 % mal à l'aise, impuissant, fuyant ; et 7 % agressif, répressif ou moralisateur (sans différence entre médecins et infirmiers). La rencontre des entourages ne se fait que pour 29 % en présence du patient ou pour 60 % uniquement en présence des tiers (et 11 % variablement).

Conséquences de la rencontre

Après repérage, les actions soignantes sont variables : 89 % font une transmission orale en équipe ; 58 % une transmission écrite dans le dossier du patient ; 68 % un signalement au médecin du service ou au médecin traitant ; 39 % une discussion pluridisciplinaire en équipe ; 38 % une proposition de consultation en addictologie et 2 % déclarent ne rien faire.

Parmi les seuls infirmiers, 66 % considèrent avoir un rôle clinique lors d'entretiens d'évaluation de la relation à l'alcool de sujets âgés (94 % en psychiatrie, 66 % en gériatrie, 63 % en médecine, 50 % en chirurgie, 33 % aux urgences – $p < 0,005$). Ce rôle est plus souvent reconnu chez les agents qui déclarent une formation initiale en alcoologie (71 % vs 51 % ; $\chi^2 = 4,43$; $p < 0,05$).

Raisons pouvant s'opposer au développement de soins adaptés

Parmi les raisons pouvant s'opposer à l'exercice du rôle soignant (figure 1), les infirmiers, en comparaison des médecins déclarent plus manquer de repère pour évaluer la relation à l'alcool ($\chi^2 = 2,81$; $p < 0,05$), plus de difficultés à parler d'alcool avec des sujets âgés ($\chi^2 = 2,10$; $p = 0,05$), plus de réticences à développer des soins relationnels ($\chi^2 = 2,49$; $p < 0,05$). Parmi 8 variables parmi 15 explorées, recoupant les notions de difficultés à parler d'alcool avec des aînés (items 4,6,7,8,10,11,13,15, figure 1), retrouvés isolément de 7 à 36 % des fois, le cumul de présence d'un de ces items concerne 59 % des agents, sans différence selon le métier.

Approche selon des scores agrégés

Le score d'attitude positive est en moyenne de 13,1/20, tendant à être supérieur chez les médecins (13,8 vs 12,9 pour les infirmiers ; $t = 1,89$; $p = 0,05$), et les hommes (14,0 vs 12,9 pour les femmes ; $t = 2,19$; $p < 0,05$). Le score d'attitudes négatives est en moyenne de 2,8/20, ne différant pas selon le métier ni le genre. Le score de connaissances est en moyenne de 12,3/20. Une forte corrélation existe entre score d'attitude positive et de connaissance ($p < 0,001$). Une corrélation inverse entre score d'attitude négative et score de connaissance ($p < 0,01$).

Selon les caractéristiques des soignants

Les consommateurs d'alcool ont un score de connaissance plus élevé que ceux qui s'en abstiennent ($t = 8,91$; $p < 0,005$), mais sans variation des scores d'attitudes positives ou négatives. Lors de la rencontre avec des sujets âgés en difficultés avec l'alcool, les soignants qui ne consomment pas d'alcool déclarent moins de ressenti de disponibilité, d'écoute ($t = 2,39$; $p < 0,05$), plus de ressenti de malaise, d'impuissance, de fuite ($t = 2,16$; $p < 0,05$), plus de ressenti d'agressivité ($t = 2,23$; $p < 0,05$). Ces soignants déclarent aussi plus de ressentis d'inutilité dans les soins ($t = 1,94$; $p = 0,05$), plus de difficultés à parler d'alcool avec des aînés ($t = 2,44$; $p < 0,05$), plus de mauvais souvenirs de tels soins ($t = 2,30$; $p < 0,05$).

Parmi la moitié d'agents qui dit avoir côtoyé un proche mésusant d'alcool (49 %), les ressentis comportent plus de perception d'être aidant, compétent ($t = 3,10$; $p < 0,005$), moins de manque de connaissance ou de formation en alcoologie ($t = 2,49$; $p < 0,01$), moins de ressentis d'inutilité à aborder ces aînés ($t = 1,99$; $p < 0,05$), moins de crainte à retirer un dernier plaisir en abordant la question ($t = 2,24$; $p < 0,05$), moins de difficultés à parler d'alcool avec des aînés ($t = 1,89$; $p < 0,05$), moins de crainte d'altérer la relation de soin en parlant d'alcool ($t = 1,97$; $p < 0,05$).

Discussion

Résultats généraux

L'étude, avec un taux de réponse de 45 %, proche ou supérieur à ceux de la plupart des études similaires (Allen, 1993 ; Indig, 2009 ; Kelleher, 2009), permet une analyse sur un panel conséquent de soignants. La population observée est d'abord féminine, surtout pour les infirmiers. Ce constat est conforme à la plupart des études hospitalières (Happell, 2002 ; Pillon, 2005 ; Vadlamudi, 2008 ; Indig, 2009 ; Kelleher, 2009 ; Orset, 2011), utile à prendre en compte au moment d'envisager le regard qu'une majorité de soignantes portera sur une population surtout masculine en alcoologie, même si le sex-ratio des aînés mésusant d'alcool tend à s'équilibrer avec l'avancée en âge (Menecier, 2010c).

La population étudiée comprend une majorité d'agents déclarant une formation initiale et une part notable de près d'un quart ayant bénéficié de formation continue en alcoologie. Trois quarts de consommateurs d'alcool est une proportion proche de celle observée en population

générale de même âge. La part de non-consommateurs est voisine de celle retrouvée dans la littérature (Orset, 2011). Le mésusage d'alcool déclaré par 3 % des agents est en deçà des prévalences en population générale, et bien inférieure aux données de la littérature à propos des professionnels de santé (Laqueille, 2010). L'expérience d'avoir côtoyé un proche mésusant d'alcool est élevée : plus d'un agent sur deux, d'ailleurs chez les infirmiers, mais conforme aux données en population générale, où le chiffre de 5 millions de Français avec consommation nocive d'alcool est retenu et où pour un sujet en souffrance directe avec l'alcool, cinq le sont indirectement dans leurs entourages : près d'un adulte sur deux (Menecier, 2010c).

La rencontre de sujets âgés mésusant d'alcool

Parmi des populations âgées hospitalières, la prévalence du mésusage d'alcool estimée autour de 12 %, est proche des mesures actuelles (Paille, 2014). Plus qu'une coïncidence, ce constat peut refléter un repérage effectif des personnes âgées mésusant d'alcool, avant que surviennent des barrières dans l'accès aux soins. Cette prévalence estimée est déclarée supérieure par les agents ayant l'expérience d'avoir côtoyé un proche en difficulté avec l'alcool, qui sont aussi ceux présentant des attitudes les plus positives dans ce travail comme dans la précédente étude (Menecier, 2009, 2010b).

Après repérage, c'est d'abord en parlant avec l'intéressé que les soignants disent confirmer le mésusage d'alcool, même si près d'un tiers déclarent ne pas le faire. On ne peut que s'étonner de cette éventualité exprimée, de repérer une problématique de santé chez une personne (âgée) puis de vouloir la confirmer sans lui en parler. Puis c'est autant en parlant en équipe qu'en parlant avec l'entourage familial, lors de rencontres qui ne se font en présence de l'intéressé que moins d'une fois sur trois : alors que dire de la place accordée au sujet âgé dans l'échange et le soin quand il en est le plus souvent exclu ?

Les ressentis soignants après rencontre sont majoritairement favorables (disponibles ou à l'écoute), moins souvent aidants ou compétents et presque aussi souvent mal à l'aise, impuissants ou fuyant. Des contre-attitudes négatives hostiles (agressives, répressives ou moralisatrices) sont minoritairement énoncées, confirmant cette première impression positive.

Les conséquences du repérage font surtout référence au signalement à un collègue ou référent et à la transmission d'informations.

Mais le recoupement entre questions successives révèle des discordances : lorsque 62 % d'agents déclarent en parler en équipe ou 89 % transmettre oralement aux collègues, mais seuls 39 % évoquent une discussion pluridisciplinaire d'équipe. La transmission écrite est l'apanage des médecins mais apparaît moins d'une fois sur deux pour les infirmiers. La proposition de recours spécialisé en addictologie reste modeste et associée à une prescription médicale. Autant de points soutenant l'hypothèse de barrières dans l'accès aux soins en alcoologie pour des aînés.

L'aspect favorable des premières attitudes déclarées semble devoir être relativisé, avec des propos qui peuvent paraître convenus, fragiles dans leurs recoupements. Le caractère positif des attitudes déclarées peut autant refléter une réalité d'organisation et des réponses adaptées aux besoins d'une population, qu'un accord tacite, complice, pas forcément conscient, autour du non-dit, de la protection de l'équipe et de la dénegation des troubles (Menecier, 2016).

Approches des connaissances et attitudes par des scores

Les scores de connaissances élevés reflètent un niveau de connaissance global plutôt bon, comme noté dans la littérature (Happell, 2002 ; Menecier, 2015), alors que les soignants disent dans les mêmes questionnaires majoritairement en manquer. Les liens observés entre connaissances et attitudes favorables font s'interroger sur la manière avec laquelle l'ignorance ou la méconnaissance d'une question de santé peuvent sous-tendre des réactions de rejet de l'inconnu. Dans la littérature, une étude envisageait l'auto-évaluation qualitative du niveau de connaissances en alcoologie plutôt que son hétéro-évaluation quantitative, comme associée à des attitudes positives envers les alcoolodépendants (Willaing, 2003). Modestie ou réticences des soignants à se déclarer compétents dans les soins auprès d'aînés en difficulté avec l'alcool prédominant : cette incompétence (indirectement) reconnue, n'est-elle pas un bon alibi pour éviter ces situations, par des soignants réputés majoritairement mis en détresse par le mésusage d'alcool (Sattar, 2006). Plutôt que se confronter à un exercice complexe, l'excuse du défaut de compétence, du manque de formation peut être considérée comme une possible *rationalisation convaincante* (Talpin, 1999), un moyen d'évitement de ces situations afin de ne pas s'y mesurer.

Selon les caractéristiques des agents

Les hommes déclarent des attitudes plus positives que les femmes, tout en ayant aussi des niveaux de connaissance plus élevés. L'image des aînés en difficulté avec l'alcool, parmi lesquels il y a une majorité d'hommes, peut induire des attitudes moins actives chez des soignants qui sont majoritairement des femmes. Le renvoi à une image paternelle sous-tendant des réserves envers des hommes âgés, en référence à une éventuelle déresponsabilisation des aînés alcoolisés aux yeux de plus jeunes femmes, est une possible référence œdipienne (Menecier, 2010c). Dans le même temps, l'alcoolisation de femmes âgées, de par les images maternelles qu'elles véhiculent, peut aussi induire divers refoulements et se traduire par leur oubli en clinique.

Les médecins répondent, qui sont plus souvent des hommes, déclarent des attitudes plus favorables, dans une relation de soin aisée, intégrée aux pratiques quotidiennes. Ce constat presque idyllique s'oppose aux dires de sujets âgés rencontrés lors d'un travail exploratoire (Menecier, 2012b). Les médecins n'auraient-ils pas une parole encore plus enjolivée que d'autres soignants, étant en position de responsabilité dans le repérage des problèmes de santé puis dans l'initiation et le développement des soins.

Peu de soignants déclarent présenter ou avoir présenté un trouble de l'usage d'alcool, très en deçà de ce qui aurait pu être attendu (Laqueille, 2010), reflétant un tabou persistant à parler de ses consommations de psychotropes passées ou présentes dans le contexte français. Les soignants qui s'abstiennent d'alcool, se disent moins disponibles, plus impuissants ou mal à l'aise et plus souvent agressifs ou hostiles envers des aînés en mésusant. La consommation d'alcool (usage ou mésusage vs abstention de consommation), apparaît associée à des attitudes plus favorables, sans que l'on puisse envisager aucune hypothèse de causalité, qui n'ont pas été étudiées. Consommer de l'alcool permet-il de partager une connaissance des effets de la substance (ou de l'ivresse). Cet usage est-il associé à une réassurance dans l'abord de ceux qui en présentent un mésusage, même âgés ?

Plus simplement, autorise-t-il une identification au soigné ? Ce partage d'expérience ou de consommation semble pouvoir rapprocher dans une certaine forme de complicité, de *similarité d'expérience* ou *communauté de culture* décrite par Decety (2002), comme facilitant le développement du processus d'empathie, notamment dans les soins. À l'inverse les abstinentes de consommation sont-ils déroutés par la méconnaissance (et l'anticipation négative) des effets de l'alcool, chez ceux qui en usent

ou en abusent, pour au final sembler rejeter les aînés en difficulté avec l'alcool. Une telle attitude de rejet, dans un équivalent presque phobique de l'alcool et de ses consommateurs, notamment pour ceux qui ont pu en avoir mésusé dans leur passé, peut être rapprochée de certaines formes de lutte antialcoolique amenant des consommateurs repentis à développer ensuite des attitudes prohibitionnistes, pour le moins négatives (Maisondieu, 2009).

L'expérience d'avoir côtoyé un proche mésusant d'alcool délimite une population remarquable parmi les soignants, avec les particularités qui ont déjà été notées (Menecier, 2009, 2010b). Cette moitié des effectifs soignants, a plus souvent bénéficié de formation continue en alcoologie, sans que l'on puisse préciser la chronologie respective entre l'un et l'autre : l'expérience personnelle incite-t-elle à accéder à une formation complémentaire, ou inversement la formation permet-elle d'être aidant dans son entourage ou d'identifier ces situations ? Plusieurs éléments concordants font envisager cette expérience comme un marqueur d'attitudes positives envers des aînés mésusant d'alcool. Cette expérience extra-professionnelle peut avoir une fonction dédramatisante avant une rencontre clinique et permettre au soignant d'oser aborder des aînés mésusant d'alcool. Les expériences de soins (positives ou négatives) participent à l'évolution des attitudes et pratiques soignantes, pas forcément dans le même sens (positif ou négatif) que les souvenirs et expériences. Dans la littérature revue, une seule étude notait l'effet favorable sur les attitudes d'être familier avec des sujets présentant des troubles liés à l'usage de substances (Van Boeckel, 2014).

Des attitudes favorables lors de situations non exceptionnelles

Dans une première approche, l'abord d'aînés mésusant d'alcool ne semblerait pas poser de réels problèmes aux professionnels de terrain, si ce n'est à certains chercheurs redoutant des contre-attitudes négatives de soignants. Mais, le premier niveau très positif des déclarations est rapidement fragilisé par des réponses discordantes entre variables se recoupant et par fluctuation des déclarations. Si les éventuelles raisons pouvant s'opposer au développement de soins sont peu retenues individuellement, la présence d'au moins l'une d'entre elles, concerne une majorité des soignants, qui énoncent ainsi indirectement percevoir des freins au développement de soins alcoologiques aux aînés. Comment justifier qu'un tiers des agents qui repèrent une situation de mésusage d'alcool chez un sujet âgé n'en parle pas avec l'intéressé ? Plus encore,

lorsqu'un échange est initié avec l'entourage familial ou amical, pourquoi se déroule-t-il près de deux fois sur trois en l'absence de la personne âgée concernée ? Comment justifier de telles attitudes apparemment diffuses, alors qu'une proposition de sevrage en alcool est requise pour tout sujet alcoolodépendant, sans limites d'âge jamais énoncées, même si la seule place du sevrage (mais pas des soins) a pu être pondérée dans le grand âge (Paille, 2014).

Le besoin de formation, mis en avant dans l'étude, recoupe la littérature à propos de l'abord de malades de l'alcool de tous âges (George, 1988 ; Pillon, 2005 ; Vadlamudi, 2008) ou spécifiquement âgés (Parette, 1990 ; Oslin, 2005). Cette demande prévaut bien que les niveaux de connaissances sont bons, élevés voire même optimaux dans l'étude comme dans la littérature, quand les attentes de formation concernent moins des apports théoriques, que des stratégies d'interventions (Kelleher, 2009). D'autres sources de littératures ont souligné que les agents souhaitent plutôt obtenir une compréhension qu'une seule connaissance des questions (Cleary, 2009), attendant d'avoir un rôle participatif et un rôle de soutien plutôt que de seulement bénéficier de formation théorique (Ford, 2009).

Soignants-soignés une rencontre manquée ?

Une impression de malaise partagé émerge au fil de cette étude et de l'analyse de ses résultats, rejetant sur l'autre part du domaine d'exercice de soin (entre addictologie et gériatrie), les raisons de leurs moindres implications. Ainsi les soignants en addictologie se disent mal à l'aise avec les plus âgés (n'en rencontrant que peu dans un dispositif réputé ne pas leur être toujours adapté) et les intervenants en gériatrie se disent mal à l'aise avec les troubles de l'usage d'alcool (ni formés pour les aborder) (Menecier, 2018).

Les sujets mésusant d'alcool ne nous sont pas dissemblables, dans la plupart des cas. La minimale communauté entre soignant et soigné, peut d'abord être envisagée du côté du professionnel. Cependant des difficultés d'identification avec des patients âgés mésusant d'alcool demeurent. Elles peuvent être envisagées sur le modèle du défaut d'empathie ou d'empathie souffrante, voire même d'un attachement insécure de la part des professionnels (Decety, 2002). Une telle identification difficile peut aussi être considérée sous le prisme d'une négation de la souffrance alcoolique par les agents, surtout les infirmiers (Gangner, 2003). Ce qui peut être rapproché d'une nécessité de devoir renoncer à une toute-puissance thérapeutique, à un idéal soignant et de guérison (Gangner,

2003), laisse place à un vécu de mise en échec des professionnels. Il est possible de s'interroger sur l'origine des contre-attitudes négatives à leur égard, qui peuvent aussi être associées à des aspects de personnalité des soignés (ou des soignants), comme si certaines personnalités pouvaient induire une réduction de la motivation aux soins (Indig, 2009).

Améliorer les attitudes soignantes

Autant les attitudes peuvent être apprises, autant elles peuvent être désappries ou modifiées (George, 1988 ; Cleary, 2009 ; Ford, 2009), y compris pour les plus négatives. Même difficile, ce changement est possible (Vadlamudi, 2008). Il ne peut pas être envisagé en influant sur des critères sociodémographiques associés aux attitudes les plus positives : c'est-à-dire au fait d'être un homme, médecin, en service médical ou psychiatrique, ayant bénéficié de formation ou d'expérience clinique en addictologie, consommateur d'alcool, ayant côtoyé des parents ou proches mésusant d'alcool... Inversement, cette liste ne dresse pas le portrait-robot du soignant idéal, mais constitue une base, ni exhaustive ni exclusive, de critères envisageables pour cibler des offres de formation et de soutien auprès des soignants qui pourraient le plus en tirer bénéfice : ceux qui n'ont pas ces caractéristiques. Ce profil n'est pas définitivement précisé, alors qu'il apparaît varier selon les études : être infirmier plus âgé, avec un degré de formation plus élevé et avoir côtoyé un proche mésusant d'alcool (Vadlamudi, 2008), ou encore être médecin, confiant pour questionner les patients à propos des consommations d'alcool et penser que parler d'alcool fait partie de ses responsabilités (Indig, 2009).

Limites de l'étude

L'étude présentée n'a interrogé que des médecins et infirmiers parmi les métiers de l'hôpital, deux catégories importantes de soignants, non exclusives des professionnels des équipes de soins. Malgré un taux de retour favorable, on ne peut écarter une sélection des agents les plus favorablement disposés, améliorant possiblement la qualité des réponses.

Le choix d'avoir créé un questionnaire à partir de la littérature, d'hypothèses théoriques et d'expériences cliniques, non validé (au sens strict du terme) est une limite, même s'il a déjà été testé lors de 2 études (Menecier, 2009, 2010b ; Rica-Henry, 2013).

Un complément à ce travail a été ensuite conduit par une étude avec entretiens individuels de recherche, enrichissant les résultats de ce premier temps d'étude par questionnaires (Menecier, 2018). Plus encore un

développement de recueil de données en focus groups, en équipe soignante complète, pluriprofessionnelle pourrait prolonger cette recherche.

Conclusions

Les attitudes et croyances de soignants hospitaliers envers aînés méusant d'alcool, apparaissent plus complexes qu'une partie de la littérature ou que certains *a priori* à la recherche auraient pu le laisser supposer. Elles ne semblent ni simplement bonnes ni mauvaises, mais essentiellement complexes et conditionnées par de multiples variables. Leur approche, par les déclarations de soignants, est une modalité indirecte pour aider à considérer les aînés eux-mêmes.

Plutôt qu'un problème de faible prévalence ou de difficulté de repérage, le méusage d'alcool parmi les aînés apparaît surtout négligé par les acteurs de soin. À ce point de développement de la recherche, la partie d'enquête par questionnaires mérite d'être complétée par un travail par entretiens avec les soignants et/ou avec les soignés, premiers intéressés dans ce contexte. Au-delà de la description des attitudes soignantes, leur considération en focus group dans le cadre de recherche-action pourrait cumuler les perspectives d'évaluation, puis de soutien des pratiques cliniques dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins aux aînés méusant d'alcool.

Bibliographie

- Allen, K. (1993). « Attitudes of registered nurses toward alcoholic patients in a general hospital population », *Int J Addict*, 28, 923-930.
- Cleary, M., Hunt, G. E., Malins, G., Matheson, S., Escott, P. (2009). « Drug and alcohol education for consumer workers and caregivers: a pilot project assessing attitudes toward persons with mental illness and problematic substance use », *Arch Psychiatr Nurs*, 23(2), 104-110.
- Decety, J. (2002). « Naturaliser l'empathie [Naturalizing empathy] », *Encéphale*, 28(1), 9-20.
- Descombey, J.-P. (2004). « La répétition des contre-attitudes », *Psychotropes*, 10(2), 83-101.
- Ford, R., Bammer, G., Becker, N. (2009). « Improving nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: workplace drug & alcohol education is not enough », *Int J Nurs Pract*, 15, 112-118.
- Gangner, E., Rocher, I. (2003). « Relation soins-alcool : enquête auprès des soignants en milieu institutionnel », *Alcoologie et addictologie*, 25(4), 295-303.
- George, V. D. (1988). « Nurses' attitude toward alcohol abuse and alcoholism », *J Natl Black Nurses Assoc*, 3(1), 12-22.

- Gleichgerricht, E., Decety, J. (2014). « The costs of empathy among health professionals », in J. Decety (ed.), *Empathy from bench to the bedside* (pp. 245-262). Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Happell, B., Carta, B., Pinikahana, B. A. (2002). « Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use: A questionnaire survey », *Nurs Health Sci*, 4, 193-200.
- Indig, D., Copeland, J., Konigrave, K. M., Rotenko, I. (2009). « Attitudes and beliefs of emergency department staff regarding alcohol-related presentations », *Int emerg Nurs*, 17, 23-30.
- Kelleher, S., Cotter, P. (2009). « A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users », *Int Emerg Nurs*, 17, 3-14.
- Knauer, C. (2003). « Geriatric alcohol abuse: a national epidemic », *Geriatr Nurs*, 24(3), 152-154.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., Saraceno, B. (2004). « The treatment gap in mental health care », *Bull World Health Organ*, 82(11), 858-866.
- Laquaille, X. (2010). « Les addictions chez les professionnels de santé », *Soins Cadres*, 19(75S), S10-11.
- Maisondieu, J. (2009). « Les addictions sont des drogues », *Annales médico-psychologiques*, 167, 529-533.
- Menecier, P., Poillot, A., Menecier-Ossia, L., Bernard, B., Constant, N., Ploton L. (2009). « Étudiants infirmiers, infirmiers et mésusage d'alcool du sujet âgé. Étude sur les attitudes et les croyances », *Annales de gériatriologie*, 2(3), 183-189.
- Menecier, P. (2010a). *Boire et vieillir, comprendre et aider les aînés en difficultés avec l'alcool*. Toulouse : Erès, 200 p.
- Menecier, P., Poillot, A., Menecier-Ossia, L., Lefranc, D., Ploton, L. (2010b). « Attitudes et croyances infirmières envers le mésusage d'alcool chez le sujet âgé », *Alcoologie et addictologie*, 32(4), 191-198.
- Menecier, P. (2010c). *Les aînés et l'alcool*. Toulouse : Erès, coll. « Pratiques gériatologiques », 226 p.
- Menecier, P., Fernandez, L. (2012a). « Pratiques addictives dans la vieillesse : particularités diagnostiques et cliniques », *Presse Med*, 41, 1226-1232.
- Menecier, P., Sagne, A., Menecier-Ossia, L., Plattier, S., Ploton, L. (2012b). « Perception des attitudes soignantes par des sujets âgés en difficulté avec l'alcool : étude exploratoire en milieu hospitalier », *Psychotropes*, 19(1), 61-76.
- Menecier, P., Fernandez, L., Pichat, M., Lefranc, D., Ploton, L. (2015). « Connaissances soignantes à propos d'usage ou mésusage d'alcool de sujets âgés », *Alcoologie Addictologie*, 37(4), 301-308.
- Menecier, P., Rotheval, L., Fernandez, L., Ploton, L. (2016). « Le déni en alcoologie : à travers ce qu'il n'est pas », *Drogue, Santé, Société*, 15(2).
- Menecier, P., Fernandez, L., Galiano, A. R., Ploton, L. (2018). « Attitudes et croyances de soignants hospitaliers à propos de sujets âgés en difficulté avec l'alcool : enquête par entretiens de recherche », *Annales médico-psychologiques*. À paraître. doi :10.1016/j.amp.2017.11.013
- Oslin, D. W., Slaymaker, V. J., Blow, F. C., Owen, P. L., Collieran, C. (2005). « Treatment outcomes for alcohol dependence among middle-aged and older adults », *Addict Behav*, 30(7), 1431-1436.

- Orset, C., Sarazin, M., Grateloup, S., Fontana, L. (2011). « Les conduites addictives parmi le personnel hospitalier: enquête de prévalence par questionnaire chez 366 agents du centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne », *Arch Mal Prof Environ*, 72, 173-180.
- Paille, F. (2014). « Personnes âgées et consommation d'alcool : groupe de travail de la SFA et de la SFGG : texte court », *Alcoologie et addictologie*, 36(1), 61-72.
- Parette, H. P., Hourcade, J. J., Parette, C. C. (1990). « Nursing attitudes toward geriatric alcoholism », *J Gerontol Nurs*, 16, 26-31.
- Pillon, S. C., Laranjeira, R. R. (2005). « Formal education and nurses' attitudes towards alcohol and alcoholism in a Brazilian sample », *São Paulo Med J*, 123(4), 175-180.
- Rica-Henry, M. (2013). Attitudes soignantes aux urgences de Morlaix envers les patients ayant des conduites addictives : impact de la mise en place d'un service d'addictologie de liaison. Thèse de doctorat de médecine, inédite. Université de Brest, Bretagne occidentale, 79 p.
- Sattar, S. P., Padala, P. R., McArthur-Miller, D., Roccaforte, W. H., Wengel, S. P., Burke, W. J. (2007). « Impact of problem alcohol use on patient behavior and caregiver burden in a geriatric assessment clinic », *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 20(2), 120-127.
- Talpin, J.-M., Gaucher, J., Israel, L., Ploton, L. (1999). « Le cadre institutionnel : les institutions psychiatriques et le psychologue », *Gerontol Soc*, 88, 141-145.
- Vadlamudi, R. S., Adams, S., Hogan, B., Wu, T., Wahid, Z. (2008). « Nurses' attitudes, beliefs and confidence levels regarding care of those who abuse alcohol: Impact of educational intervention », *Nurse Educ Pract*, 8(4), 290-298.
- Van Boeckel, L. C., Brouwers, E. P. M., Van Weeghel, J., Garretsen, H. F. L. (2014). « Healthcare professionals' regards towards working with patients with substance use disorders: Comparison of primary care, general psychiatry and special addiction services », *Drug Alcohol Dep*, 134, 92-98.
- Willaing, I., Ladelung, S. (2005). « Nurse counseling of patients with an overconsumption alcohol », *J Nurs Scholarsh*, 37, 30-35.

Tableau 1. Résultats généraux : taux de réponse et profil socioprofessionnel des répondants

	Total n = 315	Médecins n = 59	Infirmiers n = 256	Test	p
Taux de réponse	45 %	51 %	44 %	$\chi^2 = 1,85$	NS
Proportion de femmes	84 %	94 %	41 %	$\chi^2 = 99,1$	p < 0,001
Ancienneté dans l'activité hospitalière	12 ans	17 ans	11 ans	t = 3,8	p < 0,001
Enseignement initial en alcoologie	72 %	25 %	83 %	$\chi^2 = 65,4$	p < 0,001
Formation continue en alcoologie	24 %	14 %	27 %	$\chi^2 = 4,62$	p < 0,05
Consommation d'alcool	74 %	85 %	72 %	$\chi^2 = 4,22$	p < 0,05
Dépendance tabagique passée ou présente	37 %	27 %	40 %	$\chi^2 = 0,93$	NS
Implication dans l'accompagnement de proche en difficulté avec l'alcool	54 %	41 %	57 %	$\chi^2 = 5,29$	p < 0,05

Tableau 2. Questionnaire soignant

- 1-1 Vous êtes ☐ infirmier(e) : Année DE : |_|_|_|_| ☐ médecin:
Année de thèse : |_|_|_|_|
- 1-2 Pour les infirmiers, aviez-vous participé à la première enquête de
2008 ? : ☐ Oui ☐ Non
- 1-3 Vous êtes : ☐ une femme, ☐ un homme
- 1-4 Secteur d'activité : ☐ médecine ☐ chirurgie ☐ psychiatrie ☐ urgence
☐ gériatrie ☐ autre
- 1-5 Durant vos études, avez-vous bénéficié d'enseignement en alcoolo-
gie : ☐ Oui ☐ Non
- 1-6 Avez-vous bénéficié de formation continue en alcoologie : ☐ Oui
☐ Non
- 2-1 Rencontrez-vous dans le travail des plus de 65 ans en difficulté avec
l'alcool ? ☐ Oui ☐ Non
- 2-2 Si oui et à votre avis dans quelle proportion des plus de 65 ans soi-
gnés ?
☐ 0 à 4 % ☐ 5 à 9 % ☐ 10 à 19 % ☐ 20 à 29 % ☐ 30 à 39 % ☐ > 40 %
/ merci de le chiffrer |_|_|
- 2-3 Comment confirmez-vous cette supposition clinique :
☐ en parlant avec le patient/résident, q en parlant avec la famille
☐ en parlant en équipe q en sollicitant un avis médical dans le service
☐ en sollicitant un avis de l'équipe d'addictologie q vous ne cherchez
pas à en parler
- 2-4 Lorsque vous parlez avec une famille (entourage), est-ce toujours en
présence du malade ☐ ou avec l'entourage seulement ☐
- 3-1 Lorsque vous repérez des difficultés avec l'alcool chez un patient/
résident de plus de 65 ans, vous sentez-vous :
☐ disponible ☐ fuyant ☐ agressif ☐ aidant ☐ mal à l'aise ☐ impuissant
☐ à l'écoute ☐ répressif ☐ compétent ☐ moralisateur
- Alors, comment situez-vous votre opinion par rapport aux propositions
suivantes : Mettez une croix sur la ligne entre 0 et 10, au point qui vous
correspond entre 0 = pas d'accord, 10 = d'accord

3-2 Je me sens disponible, à l'écoute dans l'abord de plus de 65 ans en difficultés avec l'alcool.

Pas d'accord 0 10 D'accord

3-3 Je me sens aidant, compétent dans l'abord de plus de 65 ans en difficultés avec l'alcool.

Pas d'accord 0 10 D'accord

3-4 Je me sens mal à l'aise, impuissant, fuyant dans l'abord de plus de 65 ans en difficultés avec l'alcool.

Pas d'accord 0 10 D'accord

3-5 Je me sens agressif, répressif, moralisateur dans l'abord de plus de 65 ans en difficultés avec l'alcool.

Pas d'accord 0 10 D'accord

4 Dans votre service, le repérage d'une situation de difficulté avec l'alcool engendre-t-il :

- ☐ une transmission orale aux collègues de l'équipe
- ☐ une transmission écrite dans le dossier de soin/ l'observation clinique
- ☐ une transmission écrite au médecin traitant
- ☐ un signalement auprès du médecin du service
- ☐ une discussion d'équipe pluridisciplinaire
- ☐ une proposition de consultation auprès d'un des membres de l'équipe d'addictologie.
- ☐ une proposition de consultation médicale en gériatrie
- ☐ une proposition de consultation médicale en psychiatrie
- ☐ une proposition de consultation médicale en géro-psycho-geriatrie
- ☐ rien

5-1 Considérez-vous les problèmes d'alcool chez des sujets âgés comme : ☐ un symptôme psychique ☐ un trouble du comportement ☐ souffrance ☐ déviance ☐ vice ☐ maladie

5-2 Comment situeriez-vous l'alcoolisme du sujet âgé, entre un vice et une maladie ?

un vice 0 10 une maladie

une déviance une souffrance

6 Pour les infirmiers, pensez-vous avoir un rôle clinique pour des entretiens d'évaluation dans ces circonstances ? ☐ Oui ☐ Non

7 Pour les infirmiers, existe-t-il dans le service un lieu pour les entretiens cliniques avec ces patients/résidents sans voisins, familles, autres soignants ?... ☐ Oui ☐ Non

8 Si votre rôle soignant ne peut complètement s'exercer auprès de ces malades, comment situez-vous votre opinion quant à chacune des propositions suivantes, en mettant une croix sur la ligne entre 0 et 10, au point voulu :

Pas d'accord 0 10 *D'accord*

8-1 ⇒ c'est par manque de temps

Pas d'accord 0 10 *D'accord*

8-2 ⇒ c'est par manque de formation, manque de connaissances en alcoologie

Pas d'accord 0 10 *D'accord*

8-3 ⇒ c'est par manque de repères pour distinguer usage simple, à risque, nocif ou dépendance à l'alcool

Pas d'accord 0 10 *D'accord*

8-4 ⇒ c'est par manque de motivation pour soigner des sujets âgés en difficulté avec l'alcool.

Pas d'accord 0 10 *D'accord*

8-5 ⇒ c'est par inutilité pour le patient/résident

Pas d'accord 0 10 *D'accord*

8-6 ⇒ c'est pour ne pas lui retirer cette source de plaisir

Pas d'accord 0 10 *D'accord*

8-7 ⇒ c'est par difficultés à parler d'alcool avec un patient/résident âgé

Pas d'accord 0 10 *D'accord*

8-8 ⇒ c'est par intolérance des personnes alcoolisées ou ivres

Pas d'accord 0 10 *D'accord*

8-9 ⇒ c'est par ressenti d'agressivité/hostilité envers un aîné en difficulté avec l'alcool

Pas d'accord 0 10 *D'accord*

8-10 ⇒ c'est par mauvais souvenir de précédentes expériences de soins avec des alcooliques âgés

Pas d'accord 0 10 *D'accord*

8-11 ⇒ c'est par crainte d'altérer la qualité de la relation de soin en cours en parlant d'alcool

Pas d'accord 0 10 *D'accord*

8-12 ⇒ c'est par crainte de blesser ce patient/résident âgé en difficulté avec l'alcool

Pas d'accord 0 10 *D'accord*

8-13 ⇒ c'est par impression d'incurabilité de l'alcoolisme chez les sujets âgés

Pas d'accord 0 10 *D'accord*

8-14 ⇒ c'est par frein, limitation de l'encadrement/des médecins quant aux soins relationnels

Pas d'accord 0 10 *D'accord*

8-15 ⇒ c'est pour éviter qu'un autre soignant, soit plus intrusif voire maltraitant avec le patient

Pas d'accord 0 10 *D'accord*

9-1 Avez-vous déjà été impliqué dans la prise en charge d'un parent / ami en difficulté avec l'alcool ? ☐ Oui ☐ Non

9-2 Pour vous-même, vous considérez-vous par rapport à l'alcool comme :

☐ non consommateur (abstinent)

☐ consommateur sans difficulté : usager simple

☐ consommateur avec difficultés : usage à risque ou usage nocif pour la santé

☐ dépendant de l'alcool

9-3 Avez-vous été ou êtes-vous dépendant du tabac ?

☐ Oui ☐ Non

9-4 Avez-vous été ou êtes-vous dépendant de drogues (produits illicites) ?

☐ Oui ☐ Non

Tableau 3. Modalités de confirmation lors du repérage de mébusage d'alcool chez un aîné

	Total n = 315	Médecins n = 59	Infirmiers n = 256	Test	p
En parlant avec le patient/ résident	70 %	88 %	66 %	$\chi^2 = 11,6$	p < 0,001
En parlant avec la famille	58 %	81 %	52 %	$\chi^2 = 16,5$	p < 0,001
En parlant en équipe	58 %	41 %	62 %	$\chi^2 = 8,70$	p < 0,005
En sollicitant un avis médical dans le service	22 %	2 %	27 %	$\chi^2 = 17,3$	p < 0,001
En sollicitant avis de l'équipe d'addictologie	18 %	30 %	16 %	$\chi^2 = 7,07$	p < 0,005
Rien	1 %	0 %	1 %	$\chi^2 = 0,46$	NS

Figure 1. Part d'agents retenant ou pas les propositions de freins à l'exercice de leur rôle soignant

