

Dr Pascal Menecier*, Mme Audrey Poillot, Dr Laure Menecier-Ossia***, Mme Delphine Lefranc*, Mme Sandrine Plattier*, M. Louis Ploton****

* Unité d'alcoologie et d'addictologie, Centre hospitalier des Chanaux, Boulevard Louis Escande, F-71018 Mâcon Cedex

Courriel : pamenecier@ch-macon.fr

** Laboratoire "Santé, individus, société" EA 4129, Institut de Psychologie, Université Lyon 2, Bron, France

*** Service de gériatrie, Hôpital local, Pont-de-Vaux, France

Reçu mai 2010, accepté septembre 2010

Attitudes et croyances infirmières

envers le mésusage d'alcool du sujet âgé : étude exploratoire auprès de 301 infirmiers hospitaliers

Résumé

Accompagner des sujets âgés en difficulté avec l'alcool est complexe pour les soignants, et plus particulièrement les infirmiers. Dans l'abord de ces malades, les croyances et les attitudes sont déterminantes de la future relation de soin et du travail institutionnel en équipe. Méthodes : une étude transversale a interrogé 555 infirmiers hospitaliers sur leurs ressentis, attitudes et propositions de soin aux sujets de plus de 65 ans qu'ils rencontrent et chez qui un mésusage d'alcool est suspecté. Résultats : le taux de réponse a été de 54 % (301 questionnaires exploitables). Les ressentis font référence à la disponibilité ou à l'écoute (81 %), mais aussi au malaise, la fuite ou l'impuissance (45 %). Aide ou compétence ne sont citées que par 16 % des sujets, et 8 % évoquent des contre-attitudes. Les conséquences cliniques du repérage sont moins favorables : échange avec le malade pour 78 % des agents (avec l'entourage : 61 % ; en équipe : 89 %) ; transcription dans le dossier de soin pour seulement 71 % d'entre eux ; 49 % sollicitent un avis médical dans le service (avis spécialisé en addictologie : 24 %). Ces données varient selon le mode d'usage d'alcool des infirmiers (attitudes moins favorables des non-consommateurs) ou leurs expériences dans l'accompagnement d'un proche malade de l'alcool, ce qui semble faciliter ces soins. Discussion : les infirmiers interrogés ne reconnaissent que très peu de contre-attitudes envers des malades de l'alcool âgés. Cependant, la discordance avec la faiblesse des réponses dans les soins amène à relativiser ce constat positif. Ces résultats sont comparés à ceux de la littérature, et différentes hypothèses sont passées en revue pour tenter d'expliquer ceci. Perspectives : l'offre de temps de discussion et d'élaboration lors de groupes de soignants peut faciliter leur travail et permettre de progresser dans les soins afin d'améliorer la qualité de vie des malades âgés rencontrés. Pour évaluer les attitudes, une enquête par interview apparaît préférable au seul recours à des questionnaires écrits.

Mots-clés

Alcool – Abus – Dépendance – Sujet âgé – Soins infirmiers.

Summary

The attitudes and beliefs of nurses in relation to alcohol abuse in the elderly: exploratory study in 301 hospital nurses

Medical care of elderly subjects with alcohol problems is complex, especially for nurses. The nursing staff's beliefs and attitudes are decisive factors in the future health care relationship and institutional team work in the approach to these patients. Methods: a cross-sectional study interviewed 555 hospital nurses about their feelings, attitudes and nursing care proposals for their patients 65 years and older in whom alcohol abuse is suspected. Results: the response rate was 54% (301 interpretable questionnaires). The nurses' feelings referred to availability and listening (81%), but also to discomfort, avoidance or impotence (45%). The terms "help" or "skills" were cited by only 16% of subjects, and 8% reported negative attitudes. The clinical consequences of detection of alcohol abuse were less favourable: exchange with the patient for 78% of nurses (with the family: 61%; as a team: 89%); a note in the nursing records for only 71% of nurses; 49% of nurses asked for a medical opinion in the ward (addiction medicine specialist opinion: 24%). These data varied according to the nurse's mode of alcohol use (less favourable attitudes of non-drinkers) or their experience in the care of an alcohol-dependent relative, which appears to facilitate this type of care. Discussion: the nurses interviewed only rarely recognized their negative attitudes in relation to elderly alcohol-dependent patients. However, this positive finding must be interpreted in the light of the discordance with the poor responses in terms of nursing care. These results are compared to those published in the literature and various hypotheses are reviewed to try to explain these results. Prospects: time devoted to discussion and elaboration during nursing staff meetings may facilitate their work and allow progress in nursing care in order to improve the quality of life of these elderly patients. An interview-based survey appears to be preferable to the use of written questionnaires alone to evaluate the attitudes of nurses.

Key words

Alcohol – Abuse – Dependence – Elderly – Nursing care.

Le mésusage d'alcool ne disparaît pas avec l'âge. Par ordre de fréquence, il est considéré aux États-Unis comme la troisième affection psychiatrique des sujets âgés (1). Sa prévalence reste cependant controversée (2), et sa classique raréfaction avec l'âge a été maintes fois remise en question (3). Certains auteurs le considèrent même comme une épidémie nationale (4), mais silencieuse (5). À l'origine d'une telle méconnaissance, plusieurs hypothèses ont été émises : des difficultés de repérage, ou des difficultés des soignants pour aborder les problèmes d'alcool chez les aînés (6, 7). Dans la seconde hypothèse, la notion d'attitude de soin et de contre-attitude envers les "alcooliques âgés" fait partie des principaux déterminants de la relation de soin (8). Ces attitudes découlent des connaissances mais aussi des croyances que peuvent avoir les soignants à ce propos.

Le rôle infirmier dans le repérage des difficultés avec l'alcool a été souligné chez les sujets âgés (9). Cette mission de soin concerne l'éducation et la prévention pour la santé des aînés face à l'alcool, l'aide pour se situer entre bénéfices et risques à consommer de l'alcool, sans se restreindre au seul mésusage ni à son repérage par des outils spécifiques (10). Quelques études ont interrogé les soignants sur leurs difficultés à considérer les aînés ayant un problème avec l'alcool (7,11), mais aucune à notre connaissance en France, ni spécifique à des sujets âgés. Dans ce contexte, une enquête a été menée auprès des infirmiers hospitaliers d'un bassin de santé afin d'évaluer leurs habitudes de repérage et de rencontre de sujets âgés en difficulté avec l'alcool, leur ressenti et attitudes, et les réponses générées dans le cadre de leur rôle propre.

Matériel et méthodes

Une enquête a été conduite auprès des infirmiers de huit hôpitaux dans leurs secteurs sanitaires et médico-sociaux : un hôpital général (Mâcon) et sept hôpitaux locaux environnants (Cluny, Pont-de-Vaux, Pont-de-Veyle, Saint-Laurent-sur-Saône, Thoissey, Tramayes, Tournus), regroupés dans le groupement d'intérêt public – réseau de santé pour personnes âgées Val-de-Saône. L'étude a concerné l'ensemble des services de soins recevant notamment des sujets de plus de 65 ans, excluant de principe les services de pédiatrie, pédopsychiatrie ou d'obstétrique. Elle a couvert 566 lits de court séjour, 186 de soins de suite et de réadaptation, 332 de soins de longue durée et 1 048 d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

La notion d'attitude est considérée selon une définition de Georges comme "un système d'évaluation des réactions affectives fondées sur les connaissances ou les croyances acquises à propos d'objets sociaux" (8). Sur ce modèle, les connaissances acquises (par la formation) et les croyances conditionnent les attitudes ou les contre-attitudes, qui se traduisent dans la relation de soin par une variété de comportements allant du positif au négatif (8). En l'absence de questionnaires spécifiques aux sujets âgés à ce propos, un formulaire standardisé a été constitué. Le document s'est inspiré d'enquêtes polyvalentes (12-14) et de certaines études conduites auprès de sujets âgés (7, 11, 15).

Les documents d'enquête ont été remis puis recueillis par les cadres de santé de chaque service. La forme de l'enquête a privilégié les questions à choix fermés, et l'évaluation de l'approbation à une proposition selon une échelle type Likert, en situant sa position sur un segment de droite de dix centimètres, entre 0 : pas d'accord et 10 : parfaitement d'accord. La longueur entre le point 0 et la croix positionnée a été mesurée en millimètres et donne un score de 0 à 100, traité ensuite comme une valeur numérique, la valeur 50 étant le milieu – avis partagé –, un score inférieur signifiant un désaccord et un score supérieur indiquant un accord.

Après avoir recueilli les caractéristiques d'âge, de sexe, d'ancienneté depuis le diplôme ou d'année d'étude en cours, de secteur d'activité actuel, de formation initiale ou continue en addictologie, les questions ont été ensuite formulées (tableau I).

Résultats

555 questionnaires ont été distribués dans les huit hôpitaux et 58 services. Le taux de retour a été de 54,2 % (52,8 % pour l'hôpital général, 60,8 % pour les sept hôpitaux locaux : NS). Les 301 questionnaires analysés concernent tous des infirmiers en activité, dont 91 % de femmes et 9 % d'hommes. L'ancienneté depuis le diplôme d'État est inférieure à dix ans pour 55 % des agents, entre dix et 19 ans pour 23 %, et supérieure à 20 ans pour 22 %. Parmi eux, 22 % se déclarent non consommateurs d'alcool, 77 % usagers simples, 1 % usagers à problème et aucun alcoolodépendant. 46 % reconnaissent avoir été impliqués dans la prise en charge d'un parent ou d'un proche en difficulté avec l'alcool. Les lieux d'exercice se répartissent entre médecine (23 %), chirurgie (7 %), psychiatrie (17 %), service d'urgence (8 %), gériatrie (30 %), ou autres services (15 %). 77 % des agents disent avoir eu

Tableau 1 : Raisons pouvant s'opposer au rôle propre infirmier selon le type de service. Score moyen à l'échelle type Likert sur 100 : moyenne (écart-type)

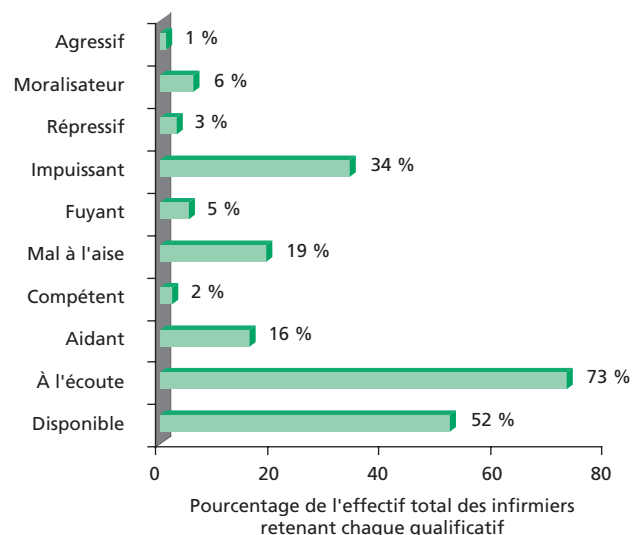
Raison	Score moyen à l'échelle type Likert sur 100 : moyenne (écart-type)						Total
	Médecine	Chirurgie	Urgences	Gériatrie	Psychiatrie	p	
Manque de temps	54 (29)	63 (24)	69 (26)	51 (33)	19 (26)	< 0,001 (t = 41,2)	49 (32)
Manque de formation, de connaissances	60 (30)	62 (29)	65 (28)	64 (27)	52 (32)	NS (t = 3,7)	61 (29)
Manque de repères pour évaluer la relation à l'alcool	53 (31)	57 (29)	46 (27)	51 (28)	40 (29)	NS (t = 8,8)	51 (30)
Inutilité pour les patients, résidents	16 (21)	22 (29)	16 (21)	21 (23)	18 (25)	< 0,05 (t = 11,1)	17 (22)
Ne pas retirer la source de plaisir qu'est l'alcool	27 (26)	12 (18)	10 (15)	25 (24)	13 (21)	< 0,001 (t = 31,9)	19 (23)
Difficultés à parler d'alcool avec des personnes âgées	42 (30)	30 (27)	21 (21)	36 (28)	26 (30)	< 0,05 (t = 14,1)	34 (29)
Ressenti d'agressivité ou d'hostilité envers un aîné en difficulté avec l'alcool	26 (26)	17 (18)	26 (26)	21 (24)	14 (20)	< 0,05 (t = 11,7)	20 (24)
Mauvais souvenir de soins avec des alcooliques âgés	18 (23)	18 (26)	16 (22)	17 (25)	12 (19)	NS (t = 8,0)	15 (22)
Crainte d'altérer la relation de soin en parlant d'alcool	26 (25)	34 (28)	14 (19)	23 (24)	14 (17)	< 0,05 (t = 14,1)	22 (23)
Crainte de blesser ce patient/résident en difficulté avec l'alcool	36 (26)	32 (28)	24 (28)	31 (26)	14 (17)	< 0,001 (t = 24,1)	29 (26)
Impression d'incurabilité de l'alcoolisme chez les sujets âgés	31 (28)	27 (28)	28 (30)	41 (30)	26 (31)	< 0,05 (t = 11,1)	32 (30)

une formation initiale en alcoologie durant leurs études, et 19 % avoir pu bénéficier d'une formation continue en alcoologie.

88 % des agents interrogés déclarent rencontrer des sujets de plus de 65 ans en difficulté avec l'alcool, avec une prévalence estimée à environ 10 %. Devant une situation de mésusage d'alcool suspectée chez un aîné, les infirmiers confirment leur présomption en parlant avec le patient pour 78 % d'entre eux, avec la famille pour 61 %, en sollicitant un avis médical soit dans le service pour 49 %, soit auprès de l'équipe d'addictologie pour 24 % ; 3 % ne cherchent pas à en parler. Plus précisément, les conséquences engendrées par un tel repérage aboutissent pour 89 % des agents à une transmission orale aux collègues, mais seulement 71 % le notifient dans le dossier de soin infirmier, 81 % le signalent au médecin du service, et 39 % le discutent en équipe ; moins de 1 % disent ne rien proposer. Quoi qu'il en soit, 96 % des infirmiers considèrent qu'il existe une place pour le rôle propre infirmier dans le repérage et la prise en soin du mésusage d'alcool chez le sujet âgé. Mais pour cela, seuls 37 % disposent dans leur service d'un lieu pour conduire des entretiens infirmiers.

En ce qui concerne les attitudes et ressentis évalués entre quatre axes, si 81 % des soignants se déclarent disponibles et/ou à l'écoute, seuls 16 % se disent aidants et/ou compétents, 45 % se ressentent mal à l'aise et/ou fuyants et/ou impuissants, et 8 % répressifs et/ou moralisateurs ou agressifs (figure 1). Parmi les raisons explorées pou-

vant s'opposer à l'exercice du rôle propre infirmier, les seules apparaissant recevoir un accord sont le manque soit de temps, soit de formation ou de connaissances, soit de repères pour évaluer la relation à l'alcool. Toutes les autres hypothèses reçoivent à l'inverse un désaccord prépondérant (tableau 1). Parmi les six termes qualifiant les problèmes d'alcool des sujets âgés, 82 % retiennent la notion de souffrance, 69 % de maladie, 24 % de symptôme psychique, 14 % de trouble du comportement, 8 % de déviance et 3 % de vice.

**Figure 1.** – Attitudes et ressentis infirmiers face à un sujet âgé en difficulté avec l'alcool.

La part d'agents ayant bénéficié d'une formation continue en alcoologie prédomine en psychiatrie (37 % des infirmiers) et décroît ensuite à 23 % en médecine ou en chirurgie, à 13 % en service d'urgence et à 9 % en gériatrie ($\chi^2 = 19,8$; $p < 0,005$). Les scores moyens aux échelles type Likert pour le ressenti varient entre les services : plus favorables en psychiatrie et en médecine – en étant plus disponible ou à l'écoute ($t = 15,4$, $p < 0,01$), aidant ou compétent ($t = 10,7$, $p < 0,05$) – et, à l'inverse moins positifs en chirurgie et gériatrie ! Les obstacles suggérés comme limitant le rôle propre infirmier diffèrent pour huit des 11 items considérés (figure 2).

Considérant les agents qui ont été impliqués dans les soins d'un ami ou d'un proche malade de l'alcool, les attitudes apparaissent aussi différer. D'abord, leur part s'accroît avec l'ancienneté (de 42 % pour les agents en poste depuis moins de dix ans à 51 % entre dix et 19 ans et 73 % après 20 ans ; $\chi^2 = 10,3$; $p < 0,05$). Cette proportion varie aussi selon le type de service : de 25 % en service d'urgence à 30 % en chirurgie, 43 % en médecine, 52 % en gériatrie et 55 % en psychiatrie ($\chi^2 = 9,6$; $p < 0,005$). Ces agents sont aussi plus enclins à avoir effectué une formation continue en alcoologie (26 % vs 13 %, $\chi^2 = 7,2$; $p < 0,01$). Le ressenti de ces deux sous-groupes face à un sujet âgé en difficulté avec l'alcool ne varie pas significativement sauf pour la variable "être à l'écoute",

plus fréquemment exprimée par les infirmiers ayant cette expérience (58 % vs 44 %, $\chi^2 = 5,8$; $p < 0,05$). Les obstacles avancés comme hypothèses à la limitation du rôle infirmier dans ces circonstances varient positivement pour six des 11 items considérés (figure 3). Parmi les termes proposés pour qualifier le mésusage d'alcool des aînés, les agents ayant une expérience d'accompagnement d'un malade de l'alcool considèrent davantage cela comme une maladie (75 % vs 57 % ; $\chi^2 = 9,7$; $p < 0,005$) ou un symptôme psychique (28 % vs 19 % ; $\chi^2 = 3,3$; $p = 0,05$).

Enfin, les données varient selon le mode d'usage d'alcool de l'agent lui-même, en comparant non-consommateurs d'alcool et usagers simples – les effectifs bas des autres classes ne permettant pas une analyse statistique. Les abstinentes se déclarent moins disponibles ou à l'écoute que les usagers simples (Likert moyen : 60 ± 24 vs 67 ± 23 ; $t = 6,4$; $p < 0,05$) et plus moralisateurs, répressifs ou agressifs (Likert moyen : 20 ± 24 vs 13 ± 19 ; $t = 8,0$; $p < 0,05$). De la même manière, ces infirmiers ressentent plus d'hostilité que les usagers simples envers les sujets âgés en difficulté avec l'alcool (Likert moyen : 28 ± 25 vs 18 ± 22 ; $t = 9,1$; $p < 0,05$) et ont plus souvent de mauvais souvenirs d'expérience de soins avec des alcooliques âgés (Likert moyen : 23 ± 26 vs 13 ± 20 ; $t = 11,5$; $p < 0,005$).

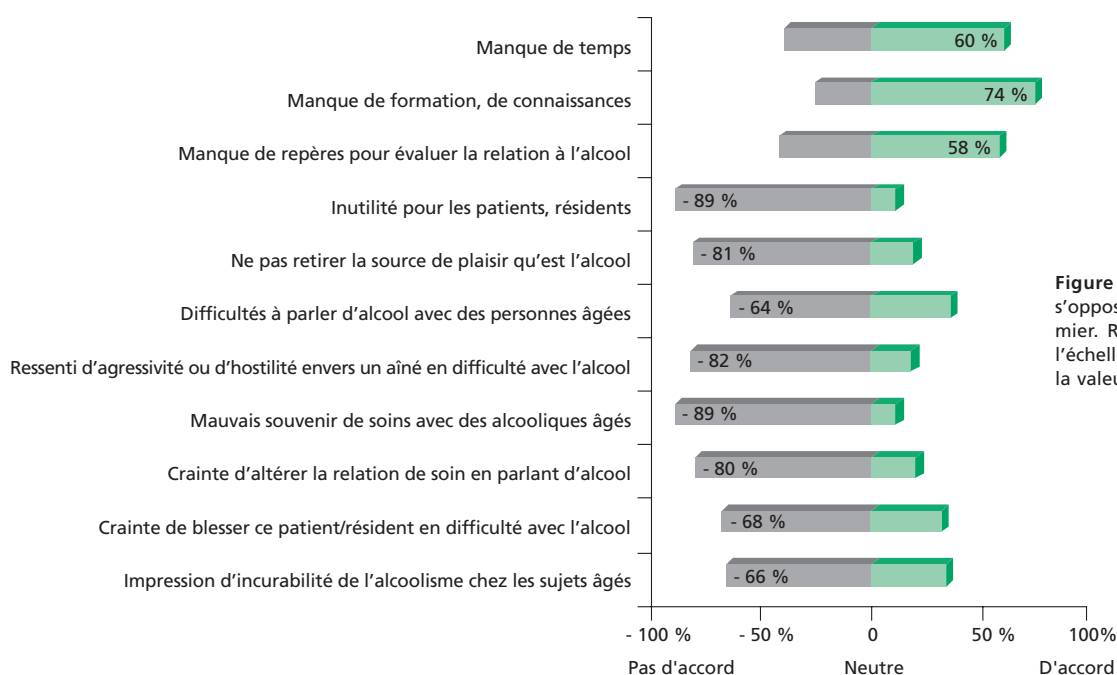


Figure 2. – Raisons pouvant s'opposer au rôle propre infirmier. Répartition des scores à l'échelle type Likert autour de la valeur 50 = avis neutre.

Discussion

Données présentées

Le taux de retour des questionnaires est satisfaisant, proches des taux retrouvés lors d'études similaires (10, 14, 16). Les infirmiers sont essentiellement des femmes, jeunes diplômées, comme souvent à l'hôpital (15, 17). La presque totalité des agents déclare rencontrer des aînés en difficulté avec l'alcool, avec une prévalence estimée à 10 %, concordante avec la littérature (2, 18, 19). Le fait que plus de deux tiers des agents déclarent avoir bénéficié d'une formation initiale en addictologie – ce qui représente une part élevée – peut être en lien avec la grande proportion de jeunes diplômés depuis la réforme de 1992 des études d'infirmiers en France.

Selon la discipline des services, la part des agents ayant bénéficié d'une formation continue en alcoologie, la part des infirmiers impliqués dans l'accompagnement d'un proche, la proportion d'agents se percevant comme aidants ou compétents et la part des attitudes positives varient de manière concordante, s'accroissant depuis les urgences et la chirurgie à la médecine, puis la gériatrie et la psychiatrie. La proportion des contre-attitudes diminue à l'inverse entre les mêmes services, ce qui avait déjà été observé (17). Cette variation suit aussi la diminution de

prépondérance des soins techniques au profit de soins relationnels.

Après repérage infirmier, au moins un agent sur cinq déclare ne pas en parler avec l'intéressé : comment faire une évaluation clinique sans échanger avec le malade ? Près de deux tiers d'entre eux en parlent avec la famille, mais que devient alors la place du patient, rarement associé lors d'échanges à trois (20) ? De même, un sur deux ne demande pas d'avis médical dans le service, mais quatre sur cinq déclarent solliciter ce même médecin. Cette incohérence rend circonspect sur les modalités de confirmation diagnostique. Tant de situations tues, non abordées avec l'intéressé, ni avec un autre soignant de recours interrogent sur ce repli infirmier. Proviennent-il de difficultés à parler d'alcool avec les aînés ? D'un souhait délibéré de taire le constat fait afin de préserver le patient (6) ? D'un éventuel respect d'un espace privé supposé, d'un défaut de demande explicite pour adopter un pacte relationnel implicite, essentiellement fait de non-dits ? De difficultés à travailler en équipe (21) ? Malgré tout, très peu d'infirmiers osent signifier clairement le choix de ne rien faire.

Dans le même temps, les attitudes déclarées sont positives, avec pourtant une situation sur cinq pour laquelle les infirmiers ne se disent ni disponibles ni à l'écoute. Un sur deux affirme son malaise, mais tous les agents se

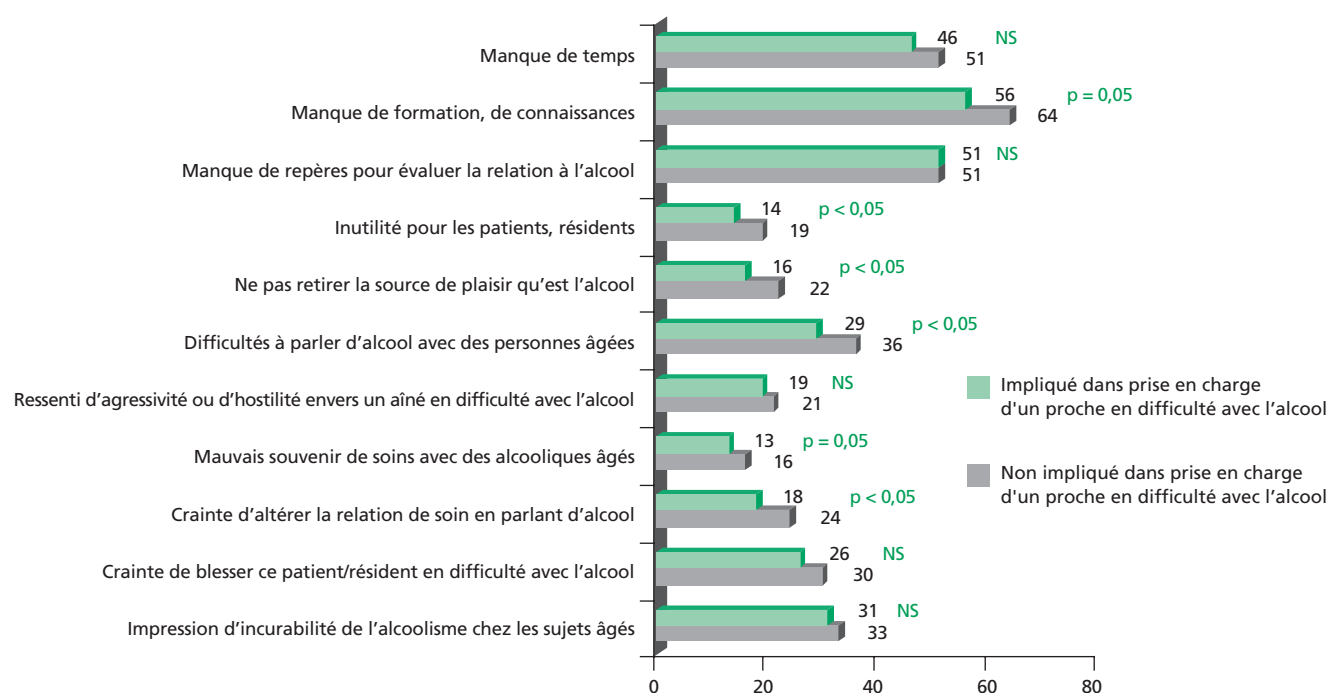


Figure 3. – Raisons pouvant s'opposer au rôle propre infirmier, selon l'expérience ou non d'avoir accompagné un proche en difficulté avec l'alcool. Scores moyens à l'échelle type Likert.

reconnaissent une place dans des soins autonomes. Les contre-attitudes actives (moralisme, répression, agressivité) apparaissent rares, peut-être parce qu'il est difficile pour un soignant de se déclarer non compétent dans les soins ?

Si le rôle infirmier dans l'abord d'âinés en difficulté avec l'alcool est très majoritairement reconnu dans cette étude comme dans la littérature (16), les agents expriment aussi des freins à son expression. Ils acceptent l'hypothèse d'un manque de temps et de connaissances, mais ne s'accordent pas sur l'existence d'autres freins que l'on pourrait associer à de possibles contre-attitudes, ni sur des qualifications négatives du mésusage d'alcool chez les âinés, comme la déviance ou le vice (6, 12, 13, 17).

La quasi-moitié des agents qui expriment l'expérience d'avoir accompagné un proche en difficulté avec l'alcool est élevée. Cette part s'accroît avec l'ancienneté, et l'âge, des infirmiers et augmente selon les disciplines des services, parallèlement à l'accroissement de la part des soins relationnels. Ces infirmiers ont plus souvent bénéficié d'une formation continue en alcoologie, pour eux-mêmes dans leur vie extra-professionnelle, ou pour améliorer leur rôle soignant ? L'expérience d'avoir accompagné un proche en difficulté avec l'alcool n'est pas simplement une formation autodidacte de terrain, mais peut constituer une expérience dédramatisante, rassurante sur l'humanité de "l'alcoolique", comme sujet redevable de soins.

Les relations à l'alcool déclarées par les agents eux-mêmes ne sont pas conformes aux données attendues : aucun alcoolo-dépendant et 1 % d'usagers à problème, ce qui diffère largement des chiffres de prévalence en population générale française (22) et parmi des professionnels de santé, où le mésusage d'alcool serait plus fréquent (23, 24). Cet écart peut relever de la réticence à signifier ses propres difficultés avec l'alcool sur son lieu de travail, comme d'un moindre taux de réponse des sujets en difficulté avec l'alcool, ou encore du manque de confidentialité issu du mode de retour des documents qui a pu limiter l'expression des agents.

Attitudes et contre-attitudes

L'alcool "*excite les passions du soignant*" disait Klein, l'amenant à osciller entre diverses tentations : alliance avec l'entourage, ou identification au malade, ainsi "*nié comme sujet adulte de sa propre vie*" (20). L'accompagnement est délicat, entre protection et répression (7), la juste distance dans les soins est complexe à trouver (25). Le soignant qui

peut être en difficulté dans la rencontre entre la vieillesse, la dépendance dans les actes de la vie quotidienne et la psychopathologie, se trouve exposé au "*piège des contre-attitudes*" (26). Il l'est encore plus si un mésusage d'alcool se surajoute (7). Il existe enfin un pessimisme pronostique infondé face aux problèmes d'alcool de sujets âgés (2, 27) qui génère des réactions conscientes et inconscientes de rejet (7). Les excuses telles que "à leur âge pourquoi interdire" (9), ou "ils n'ont rien d'autre" (9), ou "c'est leur plaisir" (28) ne sont pas acceptables, confinant à l'âgisme et aux contre-attitudes (6, 9).

Les résultats de cette étude gériatrique, comme ceux d'Allen tous âges confondus (14), notent de solides attitudes positives chez beaucoup d'infirmiers. Ce même auteur a cependant objectivé de nombreuses attitudes négatives en recourant à des entretiens individuels : manque de patience, dégoût, agressivité, colère et fatigue ressentie dans les soins aux malades de l'alcool. Plus encore, les infirmiers ne semblent pas identifier simplement leurs propres attitudes négatives face aux problèmes d'alcool (8). Ainsi, les discordances soulignées dans les réponses relèveraient du mode écrit de recueil des données, aboutissant à des réponses consensuelles qui ne tiennent plus à l'épreuve des faits ou lors d'entretiens.

Barrières psychologiques dans les soins

Les infirmiers sont en bonne place pour développer des soins avec les malades de l'alcool : des soins curatifs ou toutes les formes de prévention (8), d'éducation pour la santé (16). En première ligne chaque jour aux cotés des malades hospitalisés (13), ils se disent d'accord pour intégrer ces soins dans leur quotidien, mais ce rôle est décrit comme d'autant plus difficile que le patient est âgé ou en difficulté avec l'alcool (16). Ils sous-estiment souvent les effets de l'alcool chez les âinés (9) et n'initient que rarement une démarche de soin du fait de possibles "barrières psychologiques" (7, 8, 10).

Cette ambivalence peut relever d'un malaise chez ces agents en manque de connaissances et de formation (7, 10, 29), qui sont en difficulté pour comprendre les particularités du vieillissement, identifier les symptômes rencontrés et les différencier des seuls effets de l'alcool (8, 29). Les infirmiers peuvent aussi manquer d'outils diagnostiques appropriés (29), d'information sur les procédures cliniques spécifiques (13), ou d'entraînement et d'expérience de soins avec des âinés malades de l'alcool (7), voire plus simplement dans la conduite d'entretiens (8). Chacun de

ces faits peut constituer une barrière supplémentaire et induire le rejet des malades (7). Il en découle une mise en échec du rôle infirmier (9, 30), un sous-emploi de ces soignants et surtout une méconnaissance des situations (4, 30). Au final, un écart entre connaissances et compétences apparaît (30), ne permettant, parmi les malades de l'alcool, qu'à un homme sur trois ou une femme sur deux, tous âges confondus, d'être reconnus et abordés, proportions encore moindres parmi les sujets âgés (31).

Intérêt de l'auto-évaluation de ses ressentis et du soutien en équipe

Les soignants en gériatrie comme en santé mentale ont intérêt à développer le repérage puis les interventions auprès de sujets âgés en difficulté avec l'alcool (32). Pour cela, ils ont besoin de connaissances théoriques (10), de soutien pour les appliquer (16, 33) et surtout d'entraînement (16). Des programmes éducatifs ont été valorisés (8, 17), puis validés en termes d'amélioration de confiance en soi (15, 31). Les infirmiers ayant un niveau d'étude supérieur développaient plus d'attitudes positives, car la formation, outre les apports théoriques, aide à développer les stratégies positives (7).

Mais le seul niveau de connaissance ne suffit pas (34). Un écart entre repérage et prise en soin des aînés en difficulté avec l'alcool a aussi été objectivé parmi des professionnels avec de bons niveaux de connaissances (11). Même s'il existe plus d'attitudes positives parmi les agents qui considèrent avoir un haut niveau de qualification, il semble que ce soit l'auto-évaluation du niveau de connaissance qui est associée aux attitudes positives (17). Cependant, la limitation d'efficacité des professionnels dans les soins a surtout été reliée à des refus conscients ou inconscients de travailler en équipe (21), plutôt qu'à des insuffisances de compétences. Une auto-évaluation de ses attitudes envers les sujets âgés en souffrance avec l'alcool est recommandée (7, 25), et cette exploration doit être menée à la lumière de sa propre relation à l'alcool (7), sachant qu'une majorité des problèmes émane de non-consommateurs ou de faibles consommateurs d'alcool, et qu'une minimisation des troubles émane d'agents eux-mêmes en difficulté avec l'alcool (7, 14). Il convient aussi d'intégrer à cette évaluation ses propres expériences de soin en alcoologie (14), comme ses expériences non professionnelles à côtoyer la maladie alcoolique d'un proche.

Le soutien des équipes apparaît ensuite essentiel (16, 33), d'abord entre professionnels, notamment de la part des

médecins et de l'encadrement (30), puis lors de groupes de soutien conduits avec l'aide d'un tiers externe qui facilitent le développement d'attitudes positives (7, 21). En rompant ainsi leur isolement, les infirmiers peuvent conduire une analyse, une élaboration des situations professionnelles ou des urgences émotionnelles ressenties, en s'appuyant sur les groupes. Une réflexion d'équipe paramédicale et médicale peut émerger (33), pour élaborer des hypothèses à propos de ce qui se passe matériellement, ou qui se joue relationnellement, et déboucher sur des stratégies cliniques améliorées. Ces groupes concernent nécessairement tous les soignants d'un service, dont les médecins, et bénéficie de la participation d'un psychologue clinicien (35), sous réserve qu'il ait déjà mené pour lui-même une réflexion sur ses représentations autour de l'alcool et la vieillesse.

Malgré toutes ces propositions, il faut aussi envisager le fait que la situation des infirmiers auprès de sujets âgés en difficulté avec l'alcool ne s'améliore pas simplement, du fait de l'augmentation de la population âgée, des aînés présentant des troubles cognitifs qui peuvent interférer avec les modes d'usage de l'alcool (36), mais aussi en lien avec la stagnation ou la diminution du nombre des infirmiers en poste, et de leurs concentrations sur des soins techniques au détriment des soins relationnels.

Conclusions

De cette étude et de la revue de la littérature, quelques pistes d'approche pour faire progresser le rôle infirmier dans l'abord des sujets âgés en difficulté avec l'alcool peuvent être suggérées (37). En premier lieu, l'apport de connaissances demeure incontournable. Ensuite l'auto-évaluation du niveau de connaissance et de compétence des agents est une deuxième étape. Puis, il convient de permettre aux infirmiers de s'interroger sur leurs ressentis et attitudes spontanés face à des sujets âgés en difficulté avec l'alcool, tout en tenant compte de leurs propres relations à l'alcool, mais aussi des expériences de contact personnel ou professionnel avec des malades de l'alcool, notamment âgés. Ces interrogations peuvent être exprimées dans le cadre de groupes de soignants, et idéalement de groupes institutionnels bien identifiés et valorisés. Alors, il pourra devenir possible d'aider et d'accompagner les agents dans une démarche de modification des attitudes et de prévention des contre-attitudes, pour favoriser la cohérence entre tous les acteurs de soins autour de la personne âgée. ■

P. Menecier, A. Poillot, L. Menecier-Ossia, D. Lefranc, S. Plattier, L. Ploton
Attitudes et croyances infirmières envers le mésusage d'alcool du sujet âgé : étude exploratoire auprès de 301 infirmiers hospitaliers
Alcoologie et Addictologie 2010 ; 32 (4) : 291-298

Références bibliographiques

- 1 - Luggen AS. Alcohol and the older adults: the good, the bad and the risky. *Adv Nurs Pract* 2006 ; 14 : 47-52.
- 2 - Menecier P, Badila P, Menecier-Ossia L. Sujets âgés et alcool. *Rev Gériatr* 2008 ; 33 (10) : 857-868.
- 3 - Pierucci-Lagha A. Alcool et vieillissement. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2003 ; 1 : 197-205.
- 4 - Knauer C. Geriatric alcohol abuse: a national epidemic. *Geriatr Nurs* 2003 ; 24 : 152-154.
- 5 - Sorocco KH, Ferrell SW. Alcohol use among older adults. *J Gen Psychol* 2006 ; 133 : 453-467.
- 6 - Menecier P, Menecier-Ossia L, Collovrav C. Les difficultés à parler d'alcool avec des personnes âgées. *Soins Gériatol* 2006 ; 60 : 40-42.
- 7 - Parette HP, Hourcade JJ, Parette CC. Nursing attitudes toward geriatric alcoholism. *J Gerontol Nurs* 1990 ; 16 : 26-31.
- 8 - Georges VD. Nurses' attitude toward alcohol abuse and alcoholism. *J Natl Black Nurses Assoc* 1988 ; 3 : 12-22.
- 9 - Brown J, McColm K. Raising nurses' awareness of alcohol use in older people. *Nurs Times* 2007 ; 103 : 30-31.
- 10 - Schofield I, Tolson D. The nurse's role in assessing alcohol use by older people. *Br J Nurs* 2001 ; 10 : 1260-1268.
- 11 - Happell B, Carta B, Pinikahana BA. Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use: a questionnaire survey. *Nurs Health Sci* 2002 ; 4 : 193-200.
- 12 - Pillon SC, Laranjeira RR. Nurses' attitude towards alcoholism: factor analysis of three commonly used scales. *Sao Paulo Med J* 1998 ; 116 : 1661-1666.
- 13 - Pillon SC, Laranjeira RR. Formal education and nurses' attitudes towards alcohol and alcoholism in a Brazilian sample. *Sao Paulo Med J* 2005 ; 123 : 175-180.
- 14 - Allen K. Attitudes of registered nurses toward alcoholics patients in a general hospital population. *Int J Addict* 1993 ; 28 : 923-930.
- 15 - Vadlamudi RS, Adams S, Hogan B, Wu T, Wahid Z. Nurses' attitudes, beliefs and confidence levels regarding care of those who abuse alcohol: impact of educational intervention. *Nurse Educ Pract* 2008 ; 8 : 290-298.
- 16 - Kelley K, Abraham C. Health promotion for people aged over 65 years in hospitals: nurses perceptions about their role. *J Clin Nurs* 2007 ; 16 : 569-519.
- 17 - Willaing I, Ladelung S. Nurse counseling of patients with an overconsumption alcohol. *J Nurs Scholarsh* 2005 ; 37 : 30-35.
- 18 - Menecier P. Aspect institutionnel du mésusage d'alcool chez le sujet âgé, à l'hôpital ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées. In : Fernandez L. Addictions et sujets âgés. Paris : In Press Éditions, 2009 : 61-80.
- 19 - Pierucci-Lagha A. Alcool et vieillissement. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2003 ; 1 : 197-205.
- 20 - Klein JP. L'alcoolique et les tentations du soignant. *Inf Psychiatr* 1983 ; 59 : 1171-1183.
- 21 - Sirota A. Le renoncement narcissique auquel le travail en équipe oblige est-il possible ? In : Manière M, Aubert F, Mourey F, Ouata S. Interprofessionnalité en gériatologie. Travailler ensemble : des théories aux pratiques. Ramonville-Saint-Agne : Érès, 2005 : 81-96.
- 22 - Perney P, Rigole H, Blanc F. Alcoolodépendance : diagnostic et traitement. *Rev Méd Interne* 2008 ; 29 : 297-304.
- 23 - Kenna GA, Wood MD. Alcohol use by healthcare professionals. *Drug Alcohol Depend* 2004 ; 75 : 107-116.
- 24 - Kenna GA, Lewis DC. Risk factors for alcohol and other drug use by healthcare professionals. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2008 ; 3 : 3.
- 25 - Antoni M. Le soignant et le malade alcoolique : réflexions éthiques. *Courrier des Addictions* 2008 ; 10 : 29-30.
- 26 - Dibie-Racoupeau F, Estingoy P, Chavane V. Difficultés d'intervention à domicile chez les vieux alcooliques. *Gérontol Soc* 2003 ; 105 : 119-131.
- 27 - Menecier P, Menecier-Ossia L, Collovrav C. L'alcoolisme qui commence avec la vieillesse. *Soins Gériatol* 2006 ; 61 : 14-16.
- 28 - Klein WC, Jess C. One last pleasure? Alcohol use among elderly people in nursing homes. *Health Soc Work* 2002 ; 27 : 193-203.
- 29 - Marcus MT. Alcohol and other drug abuse in elders. *J ET Nurs* 1993 ; 20 : 106-110.
- 30 - Owens L, Gilmore IT, Pirmohamed M. General practice nurses' knowledge of alcohol use and misuse: a questionnaire survey. *Alcohol Alcohol* 2000 ; 35 : 259-262.
- 31 - Menecier P, Simonin C, Menecier-Ossia L, Debatty D. Ivresse et alcoolopathies à l'hôpital après 75 ans : étude rétrospective sur trois ans dans un centre hospitalier général. *Alcoologie* 1997 ; 19 : 199-205.
- 32 - Oslin DW. Late life alcoholism: issues relevant to the geriatric psychiatrist. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004 ; 12 : 571-583.
- 33 - Pellerin J, Pinquier C, Boiffin A. Alcoolisation des résidents en institution gériatrique. *Courrier des Addictions* 1999 ; 1 : 193-199.
- 34 - Menecier P. Les aînés et l'alcool. Toulouse : Érès, 2010.
- 35 - Hazif-Thomas C, Bouché C, Thomas P. L'apport de la transdisciplinarité pour les maladies difficiles en psychiatrie du sujet âgé. *Neurol Psychiatr Geriatr* 2008 ; 8 : 43-49.
- 36 - Menecier P, Afifi A, Menecier-Ossia L, Arezes C, Dury M, Monterrat N, Ploton L. Alcool et démences : des relations complexes. *Rev Gériatr* 2006 ; 31 : 11-18.
- 37 - Menecier P, Poillot A, Menecier-Ossia L, Bernard B, Constant N, Ploton L. Étudiants infirmiers, infirmiers et mésusage d'alcool du sujet âgé. Étude sur les attitudes et les croyances. *Annales de Gériatologie* 2009 ; 2 (3) : 183-189.