

**Mme Vanessa Bouvet-Leprince\***, **M. Romain Baert\*\***, **Mme Christine de Saint Aubert\*\***, **Mme Daniëla Éraldi-Gackière\*\*\*\***,  
**Dr Bernard Gibour\*\*\*\***

\* Docteur en psychologie, Unité fonctionnelle d'addictologie, Pôle "Santé publique", CH d'Arras, France

\*\* Psychologue, Intersecteur d'alcoologie du Hainaut, CH Saint-Amand-les-Eaux, 19, rue des Anciens d'AFN, F-59230 Saint-Amand-les-Eaux  
Courriel : cdesaintaubert@ch-saint-amand-les-eaux.fr

\*\*\* Psychologue, Maître de conférences, Laboratoire EA4440, Université Louis Pasteur, Strasbourg, France

\*\*\*\* Psychiatre, Chef de service, Intersecteur d'alcoologie du Hainaut, CH de Saint-Amand-les-Eaux, France

Reçu mai 2010, accepté janvier 2011

# Sensibilisation en alcoologie : impact sur les personnels soignants

## Évaluation d'une initiative locale de formation

### Résumé

Différentes enquêtes réalisées en médecine de ville et en milieu hospitalier révèlent la réticence des soignants à aborder la question de l'alcool lorsqu'ils se trouvent confrontés à un patient en difficulté avec ce produit. Même s'il a été montré que c'est un motif fréquent, directement ou indirectement, de consultation ou d'hospitalisation, la méconnaissance des professionnels et leurs croyances erronées relatives à cette problématique semblent faire obstacle à une prise en charge adaptée, alors même que le patient se trouve dans un milieu de soins. Forts de ce constat, nous proposons, depuis bientôt dix ans, une formation destinée aux soignants de la Communauté d'établissements du valenciennois. Nous avons évalué l'impact de cette formation à partir d'un questionnaire élaboré dans le service, auquel ont répondu 152 soignants. Nous observons qu'après la formation, les soignants se sentent plus en droit d'aborder la question de l'alcool, même lorsque ce n'est pas directement le motif d'entrée à l'hôpital, et souvent plus compétents pour le faire (avec, toutefois, des différences interdisciplines). Ils adhèrent moins à des croyances erronées relatives à l'alcoolisme. Par ailleurs, l'augmentation globale du niveau de connaissances objectives témoigne de l'intérêt d'apports théoriques de base durant la formation.

### Mots-clés

Alcoologie – Formation – Soignant – Évaluation.

En 1998, le rapport des Professeurs Parquet et Reynaud (1) sur les personnes en difficulté avec l'alcool faisait le constat qu'il existait un pourcentage important de personnes hospitalisées suite à des pathologies directe-

### Summary

**Impact of addiction medicine training on health care professionals. Evaluation of a local training initiative**

Various surveys conducted in office medicine and in hospital reveal the reticence of health care professionals to discuss the issue of alcohol when faced with a patient with alcohol-related problems. Although alcohol has been shown to be directly or indirectly a frequent presenting complaint or reason for admission, the ignorance of health care professionals and their erroneous beliefs concerning this problem appear to be an obstacle to appropriate management, despite the presence of the patient in a health care setting. In the light of this finding, the authors have proposed, for almost the last ten years, specific training for health care professionals of Valenciennes health care establishments. The impact of this training was evaluated by a questionnaire developed in the department, which was completed by 152 health care professionals. After training, health care professionals felt more justified to discuss alcohol problems, even when they were not the immediate reason for admission to hospital, and often felt more capable of dealing with these issues (but with differences according to the discipline). They tended to abandon their erroneous beliefs concerning alcoholism. Furthermore, the overall increase in the level of objective knowledge reflects the valuable contribution of basic theoretical training.

### Key words

Addiction medicine – Training – Nursing – Evaluation.

ment ou indirectement liées à l'alcool. Cet état des lieux montrait également que le diagnostic d'usage nocif ou de dépendance n'était posé qu'une fois sur trois et que le patient quittait bien souvent l'hôpital sans que le pro-

blème alcool n'ait été abordé. Parallèlement à ce rapport, de nombreuses demandes de formation du personnel soignant émergeaient afin d'améliorer la prise en charge de ce type de problématique. En 2002, une enquête (2) réalisée auprès des soignants et médecins des hôpitaux de Vendée laissait supposer l'existence d'un sentiment d'impuissance largement répandu face aux personnes en difficulté avec l'alcool. Si la majorité des soignants se sentaient capables d'aborder le sujet souffrant de dépendance à l'alcool, la crainte d'une attitude agressive de la part de ces patients semblait être également un obstacle à la relation d'aide, notamment chez les médecins. En 2006, l'étude de Naudet et Miche (3) auprès de 113 médecins, partenaires de l'Observatoire de la médecine générale, mettait en évidence que les praticiens non formés en alcoologie montraient une certaine réticence à aborder cette question avec leur patient, par manque de temps ou parce que la démarche leur semblait inutile. La formation, ainsi que les représentations de l'alcool et des personnes en difficulté avec ce produit semblaient être directement à l'origine de ces observations. De la même façon, les patients évoquaient peu spontanément leurs problèmes de consommation d'alcool avec leur médecin.

Forte de ces constats, depuis bientôt dix ans l'équipe de l'Intersecteur d'alcoologie du Hainaut organise quatre sessions de formation proposées chaque année aux personnels soignants de la Communauté d'établissements du valenciennois qui regroupe les différents centres. Elles ont pour objectif global d'aider le personnel à mieux comprendre les comportements de consommation afin d'être plus aidant vis-à-vis des personnes en difficulté avec l'alcool rencontrées dans les services. Depuis cinq ans, nous avons mis en place une évaluation de cette formation pour appréhender plus précisément les croyances alcoologiques et le savoir théorique des soignants sur notre bassin d'activité, mesurer l'évolution de ces indicateurs après la formation et en réajuster éventuellement le contenu. Nous présentons ici les résultats d'une étude qui a évalué l'impact d'une formation d'une durée de 24 heures sur les attitudes et connaissances en alcoologie des participants.

## Méthodologie

### *Construction des outils d'évaluation*

Nous avons construit deux questionnaires (annexes 1 et 2) dont l'un est destiné à évaluer les croyances des soignants avant et après la formation, et l'autre, leur niveau de connaissances théoriques sur l'alcool et la dépendance. Le

premier questionnaire a été construit à partir des propos spontanés des soignants recueillis lors des premières sessions de formation, pendant le tour de table de présentation. Ils étaient encouragés à évoquer des expériences de prise en charge de personnes en difficulté avec l'alcool dans leurs services respectifs. Nous avons identifié les principales croyances qui amenaient des représentations et des attitudes inadaptées et établi 17 items à partir de ce recueil. Nous avons demandé aux soignants de cocher sur une échelle de type Likert en dix points leur degré d'adhésion à chacune des croyances relatives aux personnes en difficulté avec l'alcool. Leur réponse correspond à une note qui va de zéro à dix pour les items 2, 3, 5, 9, 11, 13 et 17, et de dix à zéro pour les items 1, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 15 et 16. Plus le soignant adhère à une croyance amenant à une attitude négative, plus son score à cet item est élevé. Nous avons utilisé le t de Student pour comparer les moyennes des scores au questionnaire : score moyen total avant et après la formation, pour l'ensemble des sujets et par catégorie de professionnels ; score moyen d'adhésion à chaque croyance avant et après la formation, pour l'ensemble des sujets et par catégorie de professionnels. La partie portant sur les connaissances objectives évalue les pré-requis de base pour comprendre la dépendance à l'alcool et son traitement médical. Chaque item est coté zéro (ne sait pas ou réponse fausse) ou un (réponse exacte), correspondant à la réponse du sujet, et toutes les notes sont additionnées pour obtenir une note globale sur l'échelle des connaissances.

### *Description du programme de la formation*

À l'aide de ces questionnaires, nous avons donc cherché à évaluer l'impact de notre action de sensibilisation. Les objectifs de cette formation sont d'aider les acteurs de santé à adopter des attitudes adaptées avec les personnes en difficulté avec l'alcool et d'augmenter leurs connaissances du dispositif alcoologique local afin d'optimiser l'orientation de ces patients. Par ailleurs, le contenu de la formation a été élaboré à partir des modèles théoriques auxquels nous nous référons, à savoir l'approche cognitive et comportementale et l'approche motivationnelle. Animée par des médecins alcoologues et des psychologues, elle se déroule sur quatre jours, dont trois consécutifs et une journée à distance d'un mois. Le premier jour est consacré à l'état des lieux des représentations des uns et des autres sur la place de l'alcool dans les rapports sociaux, puis sur la personne en difficulté avec l'alcool en général et en situation d'hospitalisation (en service d'urgence, en gastroentérologie, en maison de retraite...). Durant cette première

### Annexe 1. – Questionnaire des croyances relatives à la dépendance

Voici un certain nombre d'idées que l'on peut avoir concernant l'alcool et l'alcoolisme. Indiquez votre opinion actuelle par une croix dans une case entre deux idées opposées. Plus la croix est proche d'une idée, plus vous adhérez à cette idée.

1	La consommation d'alcool fait partie de la vie privée. Les soignants n'ont pas à l'aborder	<input type="checkbox"/>	Aborder la question de la consommation d'alcool fait partie de mon rôle de soignant
2	On ne choisit pas de devenir dépendant	<input type="checkbox"/>	Si on se met à boire, c'est qu'on le veut bien
3	On peut aider une personne alcoolique qui n'est pas motivée à changer	<input type="checkbox"/>	On ne peut pas aider une personne alcoolique qui n'est pas motivée à changer
4	Les alcooliques sont des patients vraiment décourageants	<input type="checkbox"/>	Il n'y a jamais lieu de se décourager face à un patient dépendant de l'alcool
5	L'alcoolisme n'est pas une question de faiblesse de la personne	<input type="checkbox"/>	Les alcooliques sont des gens faibles
6	Il faut qu'un alcoolique touche le fond pour avoir envie de s'en sortir, on ne peut rien faire avant	<input type="checkbox"/>	On peut agir avant qu'un alcoolique touche le fond, pour l'aider à s'en sortir
7	Ce sont les problèmes rencontrés qui font que certains se mettent à boire	<input type="checkbox"/>	C'est un manque de capacités personnelles à gérer les difficultés qui fait que les personnes alcooliques se mettent à boire
8	Il faut avoir une personnalité particulière pour devenir alcoolique	<input type="checkbox"/>	Toutes sortes de personnalité se retrouvent dans le groupe des personnes alcooliques
9	La motivation n'est pas un phénomène figé	<input type="checkbox"/>	Il y a ceux qui sont motivés et ceux qui ne le sont pas
10	Normalement après une cure, la personne motivée devrait être guérie définitivement	<input type="checkbox"/>	Une réalcoolisation après une cure ne signifie pas qu'elle a échoué
11	Pour arrêter de boire, le vouloir ne suffit pas	<input type="checkbox"/>	La volonté devrait suffire à s'en sortir
12	Faire une cure est le meilleur moyen de s'en sortir	<input type="checkbox"/>	La cure n'est pas toujours le meilleur moyen pour s'en sortir
13	En buvant, l'alcoolique cherche à s'en sortir	<input type="checkbox"/>	En buvant, l'alcoolique cherche à se détruire
14	La rechute est inévitable	<input type="checkbox"/>	On peut se sortir définitivement d'une dépendance à l'alcool
15	Pour l'aider, il faut faire admettre au patient alcoolo-dépendant qu'il a un problème avec l'alcool	<input type="checkbox"/>	Chercher à faire admettre au patient alcoolo-dépendant qu'il a un problème avec l'alcool n'est pas aidant
16	Il y a quand même des gens qui boivent par vice	<input type="checkbox"/>	La dépendance à l'alcool n'a rien à voir avec le vice
17	Il m'est très facile d'aborder la question de l'alcool avec un dépendant qui n'en parle pas	<input type="checkbox"/>	Il m'est très difficile d'aborder la question de l'alcool avec un dépendant qui n'en parle pas

journee nous présentons le modèle de la motivation au changement de Prochaska et DiClemente (4) et commençons à travailler, via des jeux de rôle, sur l'importance de l'attitude du soignant avec le patient hospitalisé.

Le contenu du deuxième jour s'articule plus spécifiquement autour des connaissances sur le produit alcool et ses conséquences physiopathologiques, sur les comportements de consommation (usage, usage à risque, usage nocif et dépendance) et sur les implications biologiques, physiologiques, sociales des usages problématiques de l'alcool.

La troisième journée s'organise en deux temps. Nous proposons une matinée de travail consacrée à l'écoute empathique et à la relation d'aide (décodage de la demande, l'accompagnement, le passage de relais, l'orientation...). L'après-midi est dédié à une table ronde présentant le dispositif d'alcoologie à l'échelon local, les groupes d'entraide et les différentes modalités d'accompagnement thérapeutique. Une quatrième journée réalisée à distance, environ un mois après, permet de compléter la formation avec l'analyse de situations professionnelles concrètes rencontrées par les participants.

La passation des questionnaires se fait avant et après la formation. Notre échantillon est constitué de 152 soignants (17 hommes et 135 femmes), issus des différents hôpitaux de notre Communauté d'établissement. La formation est proposée en interne à tous les personnels paramédicaux sur la base du volontariat. La population étudiée comprend 79 aides-soignants, 62 infirmiers et 11 personnels d'autres catégories.

## Résultats

Globalement, tous personnels confondus, l'adhésion à des croyances qui risquent de faire obstacle, dans les services, à la prise en charge adaptée des personnes en difficulté avec l'alcool a régressé après la formation (annexe 1, tableau I : moy<sub>pré</sub> = 76, écart type = 14 ; moy<sub>post</sub> = 57, écart type = 15 ; t = 13,24 et p < 0,0001). Les personnels soignants de toutes catégories se sentent une légitimité accrue pour aborder cette question (croy<sub>1</sub>, t = 6,787), même si ce n'est pas directement le motif d'entrée, et leur sentiment de découragement à l'égard de ces patients,

déjà peu élevé au début, est encore moins fort en fin de formation (croy<sub>4</sub>, t = 8,65). L'idée d'une rechute inévitable reçoit peu d'adhésion dès le départ.

La question des comportements de consommation d'alcool reste toutefois perçue comme étant difficile à aborder par les aides-soignants (croy<sub>17</sub>, t = 2,29) qui, paradoxalement, croient davantage en l'efficacité d'une attitude coercitive à l'issue de la formation (croy<sub>15</sub>, t = - 2,98). À l'inverse, les infirmiers se sentent plus à l'aise pour aborder cette question (croy<sub>17</sub>, t = 3,05) et pensent moins qu'essayer de convaincre le patient de changer puisse être une attitude pertinente (croy<sub>15</sub>, t = 2,89). Ils envisagent davantage la possibilité d'aider un patient quel que soit son niveau de motivation (croy<sub>3</sub>, t = 2,74). Les aides-soignants à ce sujet restent indécis, mais adhèrent globalement moins, dès le départ, à cette croyance (croy<sub>3</sub>, t = 0,86).

Quelle que soit la catégorie de personnel, la formation a ébranlé les représentations inadaptées sur l'alcoolisme comme conséquence d'une caractéristique personnelle stable, d'un vice (croy<sub>16</sub>, t = 8,147), d'une faiblesse (croy<sub>5</sub>, t =

### Annexe 2. – Questionnaire sur les connaissances de base en alcoologie

Voici un certain nombre d'affirmations. Si vous êtes d'accord avec une affirmation, si vous pensez que cela est vrai, cochez la case "Vrai". Si vous n'êtes pas d'accord, si vous pensez que cela est faux, cochez la case "Faux". Si vous ne savez pas, cochez la case "Je ne sais pas".

	Je ne sais pas	Vrai	Faux
1 Le travailleur de force élimine l'alcool plus rapidement que le sédentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 L'alcool consommé par la femme enceinte traverse la barrière placentaire et fait donc courir un risque au fœtus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Une femme de 60 kg, qui boit deux coupes de champagne à jeun, dépasse le seuil d'alcoolémie toléré au volant d'une voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Un verre de whisky servi dans un bar contient plus d'alcool pur qu'un ballon de vin rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 La consommation excessive d'alcool est l'un des grands facteurs responsables de l'hypertension artérielle chez l'homme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Avec une alcoolémie de 1,50 g/l, il faut près de dix heures pour que l'alcool disparaisse complètement de l'organisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Le dosage sanguin de la $\gamma$ GT permet d'établir le diagnostic d'alcoololo-dépendance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Chez l'alcoololo-dépendant, il est inutile d'attendre que l'alcoolémie soit nulle pour entreprendre le traitement de sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Il existe des "trucs" pour éliminer l'alcool plus vite (boire de l'huile, prendre une douche froide, prendre un grand café noir...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Les benzodiazépines, et en particulier le Valium®, sont les médicaments de première intention dans le traitement du sevrage chez l'alcoololo-dépendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Le delirium tremens est l'accident de sevrage le plus fréquent chez l'alcoololo-dépendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Selon les experts de l'OMS, les hommes qui consomment régulièrement quatre à six verres d'alcool par jour ne courent pas de risque particulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5,59), d'une personnalité pré-alcoolique (croy<sub>8</sub>, t = 5,57) ou d'une démarche volontaire ("se mettre dans l'alcool") (croy<sub>2</sub>, t = 8,44). L'alcool est davantage perçu comme une stratégie d'adaptation (croy<sub>13</sub>, t = 3,36). Le changement est moins considéré comme relevant de la simple volonté (croy<sub>11</sub>, t = 3,32). La motivation est plus perçue en termes de processus évolutif qu'en termes d'état binaire (motivé vs non motivé) (croy<sub>9</sub>, t = 5,33). La croyance en la nécessité de toucher le fond pour pouvoir changer était peu présente dès le départ quel que soit le professionnel. Bien que faible, elle a encore été remise en question par les infirmiers (croy<sub>6</sub>, t = 2,80), alors qu'elle n'a pas évolué de façon significative chez les aides-soignants (croy<sub>6</sub>, t = 1,77). Le développement de la dépendance est attribué à des facteurs aussi bien internes qu'externes, quel que soit le professionnel, et cela ne semble pas être modifié par la formation.

La croyance en une "cure miracle" n'a jamais été très forte (croy<sub>10</sub>, t = 7,36), la cure n'étant pas perçue comme le seul moyen de s'en sortir, et ces croyances sont encore remises en question après la formation (croy<sub>12</sub>, t = 2,37).

En outre, tous personnels confondus, nous observons une augmentation globale du niveau de connaissance sur l'alcool et la dépendance après la formation (moy<sub>pré</sub> = 6,6, écart type = 1,7 ; moy<sub>post</sub> = 9,6, écart type = 1,5 ;

t = -18,82 et p < 0,001). Leurs réponses aux 12 items montrent que les infirmiers passent significativement d'un niveau de connaissance moyen à un niveau de connaissance élevé sur sept des items (1, 4, 5, 6, 8, 9, 10). Deux items explorent manifestement des connaissances déjà acquises avant la formation (2 et 12), et deux items (7 et 11) révèlent des connaissances non maîtrisées, même après la formation. Nous observons globalement la même évolution chez les aides-soignants, même si le niveau de départ est souvent inférieur.

## Discussion

L'objectif de notre formation était de créer une culture alcoologique de base commune chez les soignants paramédicaux de la Communauté d'établissement, volontaires pour se former. Cette initiative loco-régionale existant depuis une dizaine d'années, et l'évaluation étant systématiquement proposée depuis cinq ans, nous pouvons considérer qu'environ la moitié des soignants formés ont été testés. Même si nous observons un impact réel de notre action, certaines réserves à apporter à ces résultats semblent toutefois nécessaires. D'une part, l'inscription sur la base du volontariat constitue certainement un biais de recrutement important. Nous pouvons supposer que

Tableau I : Scores moyens et écarts types obtenus à chaque item du questionnaire des croyances, avant et après la formation

Croyance	Score moyen (écart type)								
	Toutes catégories confondues (n = 152)			Infirmiers (n = 62)			Aides-soignants (n = 79)		
	Pré-formation	Post-formation	p	Pré-formation	Post-formation	p	Pré-formation	Post-formation	p
1	2,73 (2,16)	1,36 (0,89)	< 0,0001	2,31 (1,71)	1,24 (0,54)	< 0,0001	2,93 (2,35)	1,46 (1,11)	< 0,0001
2	3,46 (2,61)	1,52 (1,56)	< 0,0001	2,91 (2,18)	1,36 (1,27)	< 0,0001	3,89 (2,82)	1,71 (1,85)	< 0,0001
3	6,15 (3,17)	5,24 (3,74)	0,0187	6,48 (3,06)	5,03 (3,78)	0,0080	6,01 (3,24)	5,47 (3,73)	ns
4	3,58 (2,31)	1,52 (1,56)	< 0,0001	4,15 (2,44)	1,93 (1,33)	< 0,0001	3,23 (2,15)	1,89 (1,46)	< 0,0001
5	3,92 (2,60)	2,39 (2,49)	< 0,0001	3,54 (1,98)	1,87 (1,82)	< 0,0001	4,29 (2,99)	2,95 (2,96)	0,0050
6	2,43 (1,88)	1,86 (1,85)	0,0057	2,38 (1,87)	1,61 (1,47)	0,0060	2,57 (1,99)	2,01 (2,01)	0,0800
7	5,59 (3,09)	5,27 (3,56)	0,1864	5,20 (2,91)	4,49 (3,37)	0,1150	5,75 (3,16)	5,54 (3,62)	ns
8	1,98 (1,63)	1,33 (1,25)	< 0,0001	2,11 (1,70)	1,14 (0,48)	< 0,0001	1,78 (1,35)	1,78 (1,35)	< 0,0001
9	5,87 (3,33)	4,61 (3,67)	< 0,0001	4,65 (3,38)	2,69 (2,88)	0,0001	6,72 (2,99)	6,72 (2,99)	0,0042
10	3,42 (2,33)	1,81 (2,06)	< 0,0001	2,88 (1,99)	1,49 (1,50)	< 0,0001	3,81 (2,47)	3,81 (2,47)	< 0,0001
11	3,33 (2,47)	2,38 (2,52)	0,0011	2,86 (2,06)	2,00 (1,95)	0,0158	3,71 (2,67)	3,71 (2,66)	0,0063
12	5,77 (2,97)	4,98 (3,60)	0,0019	5,56 (2,75)	4,68 (3,44)	0,0302	5,83 (3,07)	5,83 (3,07)	ns
13	6,32 (2,56)	5,19 (3,21)	< 0,0010	5,88 (2,52)	4,80 (2,88)	0,0010	6,57 (2,53)	6,57 (2,53)	0,0460
14	2,43 (1,78)	2,37 (2,33)	ns	2,46 (1,86)	2,24 (2,07)	ns	2,35 (1,53)	2,35 (1,53)	ns
15	8,61 (1,99)	8,65 (2,60)	ns	8,98 (1,42)	7,96 (3,09)	0,0054	8,35 (2,25)	9,26 (1,82)	0,0039
16	4,05 (2,79)	1,87 (1,61)	< 0,0001	3,72 (2,31)	1,59 (0,92)	< 0,0001	4,45 (3,07)	4,45 (3,07)	< 0,0001
17	7,16 (2,78)	6,16 (3,06)	0,0013	6,96 (2,62)	5,63 (2,80)	0,0034	7,57 (2,70)	6,55 (3,21)	0,0240
Score global moyen	76 (14)	57 (15)	< 0,0001						

les personnes qui ont choisi de s'y inscrire sont peut-être plus ouvertes que les autres à ce sujet et donc plus susceptibles de se remettre en question. On peut également faire l'hypothèse que d'autres participants, au contraire, s'y sont inscrits parce qu'étant en grande difficulté avec ces patients. On peut supposer qu'ils avaient davantage de représentations négatives et probablement une résistance plus importante au changement. Cela pourrait expliquer les écarts types souvent importants que nous avons observés dans nos résultats (tableau I). Nous n'avons pas non plus pris en compte le service hospitalier d'origine de nos participants. Nous faisons l'hypothèse que le contexte hospitalier dans lequel le patient est rencontré (urgences, psychiatrie, gastroentérologie...) intervient sans doute sur les représentations et attitudes du soignant à son égard.

Les résultats obtenus ont amené néanmoins certaines réflexions quant au contenu de notre formation. Il semble important d'insister davantage sur certains points, comme les marqueurs biologiques de la dépendance et les complications du sevrage. Par ailleurs, notre étude montre que les soignants croient dès le départ en la capacité des personnes en difficulté avec l'alcool à changer, mais se sentent peu compétents et parfois peu légitimes pour les accompagner. La formation doit davantage permettre d'augmenter leur sentiment d'efficacité et ce sentiment de légitimité à intervenir sur les questions de consommation d'alcool en tant que soignants. Il serait certainement intéressant à l'avenir d'accorder un temps plus important aux jeux de rôle et de travailler encore davantage sur les attitudes aidantes, la croyance dans l'efficacité d'une attitude coercitive restant très prégnante chez tous les personnels.

## Conclusion

Les résultats de cette étude montrent que les différents professionnels qui y ont participé semblent tirer partie de la formation. Leur niveau de connaissance s'est significativement amélioré, et les croyances pouvant amener des attitudes négatives ont globalement régressé. Cette expérience de formation se poursuit actuellement et prendra en compte les résultats de cette étude dans les sessions futures. ■

V. Bouvet-Leprince, R. Baert, C. de Saint Aubert, D. Éraldi-Gackière<sup>1</sup>, B. Gibour

Sensibilisation en alcoologie : impact sur les personnels soignants. Évaluation d'une initiative locale de formation

*Alcoologie et Addictologie* 2011 ; 33 (1) : 49-54

## Références bibliographiques

- 1 - Reynaud M, Parquet J. Les personnes en difficulté avec l'alcool. Usage, usage nocif, dépendance : propositions. Rapport de missions 1998. Paris : Odile Jacob, 2000.
- 2 - Gangner E, Rocher I. Relation soins-alcool. Enquête auprès des soignants en milieu institutionnel. *Alcoologie et Addictologie* 2003 ; 25 (4) : 295-303.
- 3 - Naudet M, Miche JN. Prise en charge du problème alcool par le médecin généraliste : impact de sa formation et de ses représentations. *Alcoologie et Addictologie* 2006 ; 28 (1) : 41-50.
- 4 - Prochaska J, DiClemente C. Toward a comprehensive model of change. In : Miller W, Heaster N. Treating addictive behaviour. New York : Plenum Press, 1986 : 3-28.