

Dr Pascal Menecier*, Pr Lydia Fernandez**, M. Michael Pichat***, Mme Delphine Lefranc****, Pr Louis Ploton****

* Praticien hospitalier, Unité d'addictologie, Consultation mémoire, Hôpital des Chanaux, F-71018 Mâcon Cedex. Laboratoire SIS – EAM 4128, Institut de psychologie, Université Lyon 2, France. Courriel : pamenecier@ch-macon.fr

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

*** Maître de conférences en psychologie, Université Paris 8, Saint-Denis, France

**** Infirmière, Unité d'addictologie, Hôpital de Mâcon, France

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

Reçu mars 2015, accepté août 2015

Connaissances soignantes à propos d'usage ou de mésusage d'alcool de sujets âgés

Résumé

Contexte : les particularités des troubles liés à l'usage d'alcool commencent à être considérés chez les personnes âgées. Mais les connaissances spécifiques à ce propos restent sporadiques et peu diffusées, alors que les soignants disent souvent en manquer pour aborder de telles situations cliniques. **Méthode** : une enquête d'évaluation des connaissances spécifiques a été menée auprès de 698 soignants (116 médecins et 582 infirmiers) de huit établissements hospitaliers d'un bassin de santé, grâce à un questionnaire élaboré pour l'étude, en 20 items aboutissant à un score sur 20 points. **Résultats** : 315 questionnaires ont pu être exploités (taux de réponse : 45 %), issus pour 81 % d'infirmiers (pour 19 % de médecins) et pour 84 % de femmes. Les niveaux de connaissances apparaissent bons (score moyen = 12,3), supérieurs chez les médecins, les hommes, les consommateurs d'alcool, et ne diffèrent pas selon l'existence d'une formation initiale ou continue en alcoologie, ni l'ancienneté professionnelle. **Discussion** : la considération des connaissances autour du mésusage d'alcool de sujets âgés n'est pas envisagée comme une fin en soi. Elle constitue un moyen pour aborder les compétences, les ressentis de compétence, la confiance en soi, puis les attitudes diagnostiques et thérapeutiques de soignants hospitaliers envers ces aînés. Prenant en compte les distinctions nécessaires entre connaissances théoriques ou pratiques, formation et compétences (hétéro- ou auto-évaluées), l'objectif de cette approche est de participer à la promotion de la prise en considération de sujets âgés présentant des troubles liés à l'usage d'alcool.

Mots-clés

Alcool – Mésusage – Sujet âgé – Connaissance – Soignant – Hôpital.

Summary

Caregivers' knowledge about elders' alcohol use or misuse

Background: the characteristics of alcohol use disorders are beginning to be considered in old age. But specific knowledge about this topic are sporadic or little widespread, whereas caregivers often say missing them to address such clinical situations. **Method**: survey evaluation of specific knowledge through questionnaires with 698 caregivers (116 doctors and 582 nurses) from eight hospital establishments of a health pool, with a questionnaire developed for the study of 20 questions leading to a 20 points score. **Results**: 315 questionnaires were evaluated (45% response rate), 81% from nurses (19% physicians) and 84% women. Knowledge levels appears to be good (mean score 12.3), higher among physicians, men, alcohol consumers, without differences according to the availability of initial or continuing training in alcoology nor the length of professional practice. **Discussion**: the consideration of knowledge about elders misusing of alcohol is not seen as an end in itself. It's a way to address skills, feelings of competence, self-confidence, then diagnostic and therapeutic attitudes towards these elders. Taking into account the necessary distinctions between theoretical and practical knowledge, training and skills (hetero- or self-assessed), this approach aims at helping to consider elderly people with alcohol related disorders.

Key words

Alcohol – Misuse – Elderly – Knowledge – Caregiver – Hospital.

Les considérations autour de l'usage ou du mésusage d'alcool dans la vieillesse se développent parmi les préoccupations soignantes, les publications et les travaux de sociétés savantes (1, 2). Cependant, force est de constater la rareté des études et recherches spécifiques au grand âge au détriment des seules transpositions de données de l'adulte d'âge moyen. Un manque de connaissances spécifiques au carrefour de l'alcoologie et de la gériatrie est souvent souligné par des soignants qui semblent désemparés devant des situations dont la prévalence n'est pas faible, même si l'âge peut en compliquer le repérage et la reconnaissance (1, 3-5). Le défaut de savoir pour expliquer une faible prise en considération de ces questions apparaît comme l'un des premiers freins à l'abord du mésusage d'alcool de sujets âgés selon les professionnels de santé (6-9).

S'agit-il d'un réel défaut de formation initiale ou continue qui s'exprime alors ? Cet argument ne recouvre-t-il pas pour partie une forme de rationalisation convaincante et évitante (10-12) devant des situations de mésusage d'alcool de sujets vieillissants et s'approchant du terme de leur vie (13) ?

Afin de tenter d'apporter des éléments de réponse, une approche quantitative possible est de considérer les niveaux de connaissances d'une population de soignants à propos du mésusage d'alcool chez les sujets âgés et d'observer leurs éventuelles modulations selon les niveaux de formation, ainsi que d'autres variables socioprofessionnelles ou personnelles.

Méthode

Population

L'étude a été systématiquement proposée à tous les médecins ou infirmiers susceptibles de rencontrer cliniquement des sujets de plus de 65 ans (excluant de ce fait les services d'obstétrique, de pédiatrie, de pédopsychiatrie et les personnels d'encadrement) de huit établissements de santé (centres hospitaliers et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) autour de Mâcon. Tous les 698 professionnels ainsi ciblés (116 médecins et 582 infirmiers) ont été systématiquement questionnés.

Questionnaire

En l'absence d'outil spécifique d'évaluation des connaissances, francophone et validé, retrouvé dans la

littérature (14), et par choix de ne pas recourir à une traduction personnelle d'un questionnaire anglo-saxon sans validation transculturelle, une trame spécifique de 20 questions à choix unique parmi deux à cinq propositions a été élaborée. Cet outil permet d'obtenir un score de connaissance en 20 points, traité ensuite comme une variable numérique (tableau I). Ce questionnaire a été utilisé en auto-questionnaire par les agents eux-mêmes, infirmiers ou médecins. Un quart des questions concernait des notions générales en alcoologie et trois quarts des points spécifiques à l'usage ou au mésusage d'alcool après 65 ans.

Déroulement de l'enquête

Les questionnaires infirmiers ont été remis puis recueillis par les cadres de santé des services de soins (38 cadres ciblant 55 services ou activités). Pour les médecins, ils ont été adressés nominativement par courrier, avec une enveloppe pré-remplie pour la réponse (12).

Analyse des données

Les tests statistiques utilisés ont permis la comparaison de facteurs qualitatifs (test du χ^2 ou test exact de Fisher en cas d'effectif calculé inférieur à 5), de facteurs qualitatifs et quantitatifs par comparaison de moyennes (test de Student). Les conditions de validité de ces tests ont été vérifiées et le seuil de significativité fixé à 5 % avant l'analyse.

Résultats

Taux de réponses et d'exploitation des questionnaires

320 questionnaires ont été colligés sur 698 distribués (46 %). Parmi eux, tous les questionnaires médecins étaient exploitables, cinq questionnaires infirmiers ont été exclus car renseignés pour moins de la moitié des items. Ainsi 315 questionnaires ont pu être exploités (pour 256 infirmiers et 59 médecins), soit un taux de retour de 45 % (51 % médecins 44 % infirmiers, NS), variable selon le type de service (tableau II), mais sans différence significative selon le métier et le type de service, sauf pour la médecine (87 % des médecins ont répondu vs 51 % des infirmiers, $p < 0,001$).

Tableau I : Liste des 20 questions, proportion de bonnes réponses pour chacune, comparaison du taux de bonnes réponses selon le métier

Questions	Taux de réponses correctes (%)			χ^2
	Total	Médecins	Infirmiers	
1 - En France, un verre standard (unité standard) de boisson alcoolisée servi dans un bar contient : 5 à 7 g d'alcool pur ; 10 à 12 g d'alcool pur ; 15 à 17 g d'alcool pur ; 20 g d'alcool pur ?	45	59	41	6,02*
2 - Quelle boisson contient le plus d'alcool pur : un verre de 25 cl de bière à 5° (demi), un verre de vin 10 cl ; un verre de whisky ou cognac 3 cl ; un verre de porto 7 cl ; <i>aucun, pareil pour tous</i> ?	80	90	78	4,07**
3 - En comparaison à des adultes d'âge moyen, les sujets de plus de 65 ans sont : insensibles ; moins sensibles ; aussi sensibles ; <i>plus sensibles aux effets de l'alcool (ébrété, sédation-somnolence)</i> ?	67	76	65	2,65 NS
4 - À votre connaissance, le mésusage d'alcool (usage à risque, usage abusif ou dépendance DSM-IV) concerne quelle proportion des 65 ans ou plus : 0 à 6 % ; 7 à 12 % ; 13 à 20 % ; > 20 % ?	40	37	40	0,18 NS
5 - Le mésusage d'alcool (cf. supra) en EHPAD (maison de retraite) en comparaison à la population générale des plus de 65 ans est : absent ; moins fréquent ; aussi fréquent ; <i>plus fréquent</i> ?	3	2	4	0,72 NS
6 - La consommation d'alcool sans risque pour un adulte d'âge moyen correspond à une prise quotidienne moyenne jusqu'à : 0 à 1 ; 1 à 2 ; 2 à 3 ; 3 à 4 ; 4 à 5 verres standard par jour ?	12	27	9	15,3***
7 - La consommation d'alcool à risque pour un sujet de plus 65 ans correspond à une prise quotidienne moyenne au-delà de : 0 à 1 ; 1 à 2 ; 2 à 3 ; 3 à 4 ; 4 à 5 verres standard par jour ?	38	34	39	0,44 NS
8 - Quel niveau maximal de consommation d'alcool sans risque peut-on conseiller à une femme de 90 ans, avec séquelles d'accident vasculaire cérébral, prenant un traitement antidépresseur, des antalgiques et un somnifère chaque soir : 0 à 1 ; 1 à 2 ; 2 à 3 ; 3 à 4 ; 4 à 5 verres standard par jour ?	95	97	94	0,58 NS
9 - Quel niveau de consommation sans risque recommander à un homme de 85 ans, malade d'Alzheimer : 0 à 1 ; 1 à 2 ; 2 à 3 ; 3 à 4 ; 4 à 5 verres standard par jour ?	83	88	82	1,35 NS
10 - Le risque de développer une dépendance à l'alcool diminue : > 65 ans ; > 80 ans ; > 90 ans ; <i>jamais</i> ?	90	86	90	0,70 NS
11 - Les symptômes de sevrage physique en alcool (pré-délirium, délirium tremens) sont moins fréquents et moins intenses (en comparaison aux adultes d'âge moyen) : > 65 ans ; > 80 ans ; > 90 ans ; <i>jamais</i> ?	83	81	84	0,20 NS
12 - Après 65 ans, la meilleure boisson alcoolisée est le vin de porto : vrai ; faux ?	90	88	91	0,31 NS
13 - Proposer un sevrage alcoolique après 65 ans : n'a pas d'intérêt ; est inadapté ; est traumatisant ; <i>est utile</i> ; est dangereux ?	83	95	81	7,02 *
14 - Une consommation modérée d'alcool est associée à une moindre mortalité cardiovasculaire : vrai ; faux ?	52	68	48	7,34 *
15 - Il est recommandé de boire de l'alcool après 65 ans pour le cœur (prévention cardiovasculaire) : vrai ; faux ?	83	81	83	0,10 NS
16 - Consommer modérément d'alcool est associée à une moindre fréquence de la maladie d'Alzheimer : vrai ; faux ?	18	41	12	26,8 ***
17 - Il est recommandé de boire de l'alcool après 65 ans pour prévenir la maladie d'Alzheimer : vrai ; faux ?	91	95	90	1,51 NS
18 - Parler d'alcool avec une personne âgée qui n'en fait pas la demande : n'a pas d'intérêt ; est inadapté ; est traumatisant ; <i>est utile</i> ; est dangereux ?	68	92	62	18,8***
19 - L'ivresse alcoolique de sujets âgés (> 65 ans) se manifeste surtout par : <i>des chutes</i> ; des confusions ; des comas ; des vertiges ?	63	88	56	20,7***
20 - Après 65 ans, le taux d'alcoolémie dans l'organisme lors de l'ingestion de deux verres de vin est : égal à zéro ; inférieur ; identique ; <i>supérieur à celui chez d'un adulte d'âge moyen</i> ?	44	64	39	12,4***

En italique : les réponses considérées comme justes. Degré de liberté pour test de $\chi^2 = 1$. * $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$.

Tableau II : Répartition des réponses selon le type de service

	Types de service						χ^2 ou t
	Médecine	Chirurgie	Psychiatrie	Urgences	Gériatrie	Autres	
Part de l'échantillon (%)	30 %	6 %	13 %	7 %	27 %	20 %	-
Taux de réponse par service (%)	48 %	18 %	37 %	42 %	39 %	63 %	38,1*
Score moyen de connaissances (ET)	12,6 (2,7)	11,0 (1,9)	12,4 (1,7)	12,1 (2,4)	12,2 (2,1)	12,1 (2,0)	1,72 (NS)

Degré de liberté pour le test de $\chi^2 = 5$. * $p < 0,001$ (variation du taux de réponse selon les services).

Population étudiée

Les répondeurs se répartissent entre un cinquième de médecins et quatre cinquièmes d'infirmiers (19 % et 81 %). Cette population est féminine à 84 %, surtout parmi les infirmiers (94 % vs 41 % pour les médecins, $p < 0,001$), majoritairement constituée de jeunes diplômés : 57 % des infirmiers ont moins de dix ans d'ancienneté alors que

69 % des médecins ont plus de dix ans ($p < 0,001$). 72 % des agents déclarent avoir bénéficié d'un enseignement initial en alcoologie lors de leur formation diplômante, surtout les infirmiers à 83 % (vs 25 % des médecins, $p < 0,001$). 24 % des professionnels disent avoir bénéficié de formations continues en alcoologie depuis le diplôme initial (14 % des médecins vs 27 % des infirmiers, $p < 0,05$).

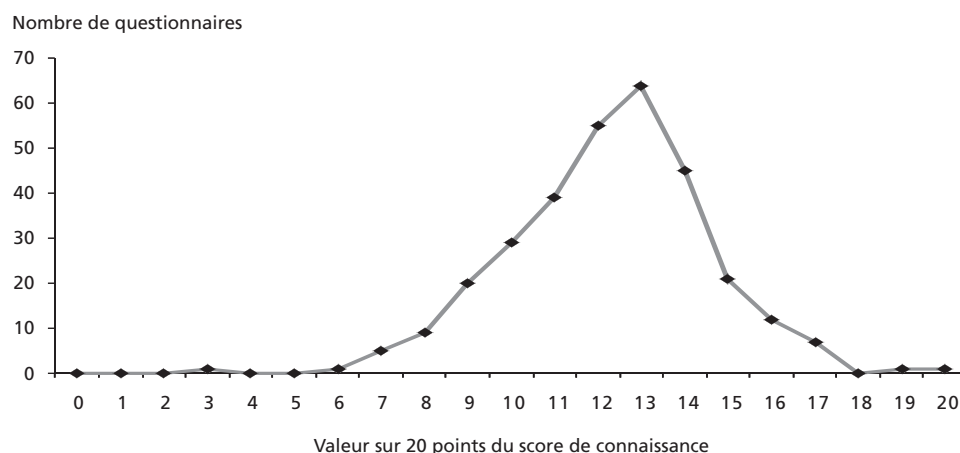


Figure 1. – Répartition des scores de connaissance, distribués entre 0 et 20 (en abscisse), avec pour chaque valeur le nombre de questionnaires ayant obtenu ce score (en ordonnée).

Tableau III : Variations des scores de connaissances selon des critères personnels ou socioprofessionnels

Variables		Scores de connaissance		
		Moyenne	Écart type	t
Profession	Médecin	13,9	2,3	6,45 ***
	Infirmier	11,9	2,1	
Genre	Femmes	11,9	2,2	5,74 ***
	Hommes	13,9	2,1	
Rôle clinique dans l'abord du mésusage d'alcool	Oui	12,1	2,0	2,27 *
	Non	11,5	2,3	
Relation à l'alcool (1)	Non-consommateur	11,6	1,9	8,91 **
	Consommateur	12,5	2,4	
Relation à l'alcool (2)	Non-consommateur	11,6	1,9	4,59 *
	Usager simple	12,5	2,3	
	Mésusage	12,9	3,8	
Antécédent de dépendance au tabac	Oui	12,4	2,2	0,85 NS
	Non	12,2	2,3	
Antécédent de dépendance à la drogue	Oui	11,8	3,0	0,63 NS
	Non	12,3	2,3	
Enseignement initial en alcoologie	Oui	12,2	2,2	1,03 NS
	Non	12,5	2,7	
Formation continue en alcoologie	Oui	12,4	2,1	0,30 NS
	Non	12,2	2,4	
Ancienneté du diplôme	1-10 ans	12,2	2,1	1,37 NS
	11-19 ans	12,0	2,2	
	≥ 20 ans	12,6	2,7	
Expérience d'avoir côtoyé un proche mésusant d'alcool	Oui	12,2	2,3	0,37 NS
	Non	12,3	2,2	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,005$; *** $p < 0,001$.

Les agents déclarent à 74 % consommer de l'alcool (85 % des médecins vs 72 % des infirmiers, $p < 0,05$), dont 71 % sont usagers "simples", 3 % usagers abusifs et moins de 1 % dépendants. À propos d'autres substances psychoactives, 37 % ont été ou sont fumeurs de tabac (27 % des médecins vs 40 % des infirmiers, NS) et 2 % ont été ou sont usagers de drogues.

Évaluation des connaissances entre alcoologie et gérontologie

Les scores de connaissance sont en moyenne de 12,3 sur 20 (ET = 2,3 ; figure 1). Ce score moyen est significativement supérieur chez les hommes, les médecins (qui sont aussi essentiellement des hommes), les soignants considérant avoir un rôle clinique, et parmi les agents eux-mêmes consommateurs d'alcool (tableau III). Aucune différence n'apparaît selon les expériences de consommation de tabac ou de produits illicites. Ce score de connaissance ne varie pas non plus selon le fait d'avoir bénéficié d'une formation initiale ou continue en alcoologie, ni l'ancienneté depuis le diplôme initial (expérience professionnelle).

En précisant les réponses au sujet des spécificités alcoologiques des personnes âgées, 67 % des agents considèrent les aînés comme plus sensibles aux effets de l'alcool (80 % des médecins vs 59 % des infirmiers, $p < 0,005$), alors que 59 % des professionnels retiennent paradoxalement des seuils de consommation à risque plus élevés après 65 ans (questions 6 et 7).

Discussion

Aborder quantitativement les connaissances des professionnels du soin (14) est rare de façon spécifique et isolée, hormis pour les rapprocher des représentations ou des attitudes en addictologie (6, 7, 15-19) et souvent en alcoologie (6, 20-22), mais a priori jamais spécifiquement pour des personnes âgées. Ce travail approche les connaissances soignantes à propos du mésusage d'alcool du sujet âgé. Il est spécifique au contexte culturel français, alors que les quelques autres études de la littérature ont concerné des soignants brésiliens (6), australiens (7), canadiens (22) ou britanniques (21, 23). De même, cette recherche ne mélange pas étudiants et professionnels en activité clinique, évitant ainsi une difficulté déjà constatée à propos d'infirmiers (8). L'étude a ciblé la totalité des principaux soignants (en qualité et en nombre) d'un hôpital et ne s'est

pas limitée aux seuls services des urgences (21), ni à la seule catégorie des travailleurs sociaux (22).

Après discussion du choix de questionnaire et de la méthode retenue, les résultats seront discutés à la lumière de facteurs pouvant les moduler. Les scores apparemment bons ne feront pas pour autant négliger certains défauts ponctuels des savoirs. Puis, la considération de nuances entre formation, connaissances et compétences (perçues ou mesurées) permettront d'envisager de possibles stratégies d'enseignement, de pédagogie. Finalement, de potentielles voies d'amélioration des attitudes soignantes, dans ce secteur particulier du soin, seront envisagées.

Intérêt du questionnaire d'évaluation des connaissances

Malgré l'apparence scolaire de la construction du questionnaire en 20 items pour un score maximum de 20 points, la forme des questions à choix multiples et le contexte d'évaluation des connaissances, l'objectif principal de l'étude n'était pas seulement métrique, mais surtout méthodologique. En effet, associé à une plus large enquête à propos des croyances, représentations et attitudes soignantes (12), l'élaboration d'un score de connaissance avait pour objectif d'explorer les liens entre attitudes et connaissances à travers des modèles mathématiques (12). Considérant ici plus particulièrement l'évaluation des connaissances associant alcoologie et gérontologie, il s'agit de développer une partie de l'analyse des résultats (et de revue de littérature) jusqu'alors peu exploitée spécifiquement.

Des connaissances apparemment acquises

Les scores de connaissance observés sont plutôt élevés, favorables, témoignant de savoirs non négligeables sur une question de santé rarement mise en avant dans les parcours de formation (6) ou les orientations de santé publique. La répartition des valeurs du score, de manière presque gaussienne autour d'une médiane de 12 sur 20, peut renforcer la pertinence du mode d'évaluation, même si le questionnaire n'a pas été validé au sens strict du terme (sur des critères de validité et de fidélité) (24). De telles valeurs du score reflètent d'abord un niveau global de connaissance plutôt bon, comme cela a déjà été noté dans la littérature (7, 23).

Dans le même temps, ce constat s'oppose aux déclarations de soignants ou de travailleurs sociaux disant majoritairement en manquer, dans les mêmes questionnaires (12) et dans la littérature (6-9, 22, 23). Dans cette étude, seuls

2 % des soignants se sont déclarés compétents dans les soins auprès d'ânés en difficulté avec l'alcool (12), renforçant une impression de modestie des agents ou d'extrême réticence à se qualifier de compétents. Cela même si deux études retrouvaient en partie l'inverse, avec plus de la moitié d'agents estimant suffisantes leurs connaissances pour exercer leur activité (7, 21). L'une de ces études retrouvait notamment que deux tiers d'infirmiers se disaient compétents et un quart très compétents (7) en dehors du contexte particulier de la vieillesse, qui semble ici ajouter un frein supplémentaire à l'abord soignant et à l'énonciation de ses propres compétences.

Variables influant sur les scores de connaissance

Le constat de scores supérieurs chez les hommes, les médecins, les agents se reconnaissant comme ayant un rôle clinique dans les soins aux ânés mésusant d'alcool, peut ouvrir vers certaines pistes explicatives. Ainsi les hommes, culturellement plus souvent consommateurs, peuvent aussi mieux connaître les effets et les dommages de l'alcool, et plus particulièrement s'intéresser aux éléments de clinique alcoologique que les femmes. Les médecins, avec des scores de connaissance supérieurs aux infirmiers, ont aussi un cursus d'étude plus prolongé et, de ce fait, des occasions renforcées d'acquérir des connaissances en alcoologie, même si elles ne sont pas toujours regroupées dans un module spécifique.

Selon le type de service, si le score ne semble pas varier, les taux de réponses aux questionnaires parfois différents soulignent aussi les choix d'activité des agents et la rencontre plus ou moins importante de patients mésusant d'alcool, dont la prévalence varie selon les secteurs d'activité (15). Selon les expériences cliniques en cours sur la rencontre ou non des sujets en difficulté avec l'alcool, ainsi que la propension de chacun à développer ce type de soin (indirectement exprimée par le fait de choisir de travailler dans un service accueillant plus ou moins ce profil de patients), les niveaux de connaissance ne semblent pas varier, témoignant peut-être d'un socle commun de connaissances, assez robuste, entre professionnels.

Quant aux consommateurs d'alcool (usage ou mésusage), il est possible de rapprocher leur meilleur niveau de connaissances avec des données issues de leurs propres expériences de consommation (et de psychodyslepsie) ou de meilleurs dispositions pour cette question. De ce fait, l'abord théorique facilité du mésusage d'alcool de sujets

âgés peut s'exprimer par de meilleures connaissances à ce propos. Plus que la seule quantification du temps de formation, le rôle clinique réel ou ressenti auprès de sujets mésusant de substances rendrait efficace l'éducation et l'apport de connaissances afin d'améliorer les attitudes de soin (25, 26). Dans le même registre, l'absence d'effet de la formation initiale ou continue spécifique (déclarée) sur les niveaux de score peut renvoyer à la nécessaire distinction entre formation (parfois simplement subie) et connaissances (activement acquises), même si une étude a pu défendre l'inverse (23).

Des manques de connaissances ponctuels

Malgré une impression globalement satisfaisante du niveau de connaissance (plus de la moitié des soignants donne des réponses justes à plus de deux tiers des questions), certaines réponses sont individuellement peu connues. Ainsi, les questions 5, 6 et 16 ont des taux de bonnes réponses inférieures à 20 % et pour trois autres, les taux sont inférieurs à la moitié (questions 1, 7 et 20).

La première méconnaissance est celle du niveau moyen de consommation d'alcool sans risque (ou à moindre risque) pour un adulte : les recommandations de la Société française d'alcoologie (16) ne sont identifiées que par un quart des médecins et moins de 10 % des infirmiers (12 % globalement). Ce faible taux apparaissait déjà dans deux autres études étrangères à propos des seuils de l'Organisation mondiale de la santé (7, 21). Ce point fondamental de l'évaluation de situations à risque autour de l'alcool, avant ou indépendamment de l'existence de dommages induits, remet en cause une trop rapide satisfaction du niveau des résultats observés, y compris pour des personnes âgées.

Les autres questions majoritairement échouées peuvent sembler moins réhabilitaires à une pratique clinique de qualité, au sujet de la prévalence plus élevées du mésusage d'alcool en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD), avec cependant peu d'étayage épidémiologique solide (17, 18), ou de l'association statistique entre consommation modérée d'alcool et effet protecteur sur la cognition plutôt que neurotoxicité (19).

Les trois autres questions moins réussies concernent le niveau plus élevé d'alcoolémie après un ingestat d'alcool après 65 ans, la recommandation de seuils de consommation à risque abaissés chez les personnes âgées (1) et le contenu en éthanol d'un verre standard. À ce propos, si dans cette enquête à peine la moitié des interrogés peuvent préciser la teneur en alcool d'un verre standard, des

réponses symétriquement différentes apparaissent dans deux études, avec soit 13 % (7) ou à l'inverse 62 % (23) de réponses exactes, dans des contextes professionnels et culturels différents. Sachant la grande variabilité de cette teneur d'un pays à l'autre (de 8 à 20 g) (27), il est possible de lui accorder moins d'importance au profit d'une meilleure connaissance des seuils de consommation à risque en verres standard.

Nuances entre formation, connaissances et compétences

En approchant les connaissances par évaluation de leur niveau, il convient de distinguer formation (et degré de formation, initiale ou continue), connaissances (mesurées ou ressenties dans leur niveau) et compétence (essentiellement par la notion de ressenti de compétence) (7, 12, 21). Cette enquête aborde en premier lieu les connaissances. Dans une autre partie du travail (12), les plus hauts scores de connaissance ne sont pas associés à de meilleures auto-évaluations des niveaux de connaissance (selon les dires des agents), ni avec un plus grand ressenti de compétence. Willaing (28) privilégiait déjà la place d'une auto-évaluation qualitative du niveau de connaissance plutôt qu'une hétéro-évaluation quantitative, comme modalité de promotion du rôle infirmier dans l'approche du mésusage d'alcool.

Connaissances et formations ne vont pas forcément de pair, même si les médecins avec des durées d'études supérieures à celles des infirmiers ont aussi des niveaux de connaissance qui apparaissent ici supérieurs. Pillon (6) avait objectivé une relation entre quantité d'informations reçues (par des infirmiers dans un parcours licence, master, doctorat) et compréhension des procédures de soins, soulignant le lien entre connaissances autour du mésusage d'alcool et compréhension des situations, puis compétence dans les soins (notamment à propos de populations à risque comme des sujets âgés) (6).

Stratégies d'enseignement, pédagogie et amélioration des attitudes soignantes

La distinction entre apport de données théoriques (magistrales) et enseignement pratique ou expérimentation de situations (jeux de rôles) est soulignée par une part de la littérature (29), comme dans certaines conceptions de pédagogie (notamment les derniers changements de programme en institut de formation en soins infirmiers), soulignant comment la pratique permet de sortir des contradictions de la théorie (30). Dans une autre partie de

notre étude (12), les besoins de formations formulés par les agents eux-mêmes ont pu être précisés dans les mêmes termes à partir d'entretiens individuels : à savoir des attentes centrées sur les pratiques et l'expérimentation de la relation plutôt que des apprentissages théoriques.

“Parce que les connaissances ne sont pas des choses que l'on accumule”, dans une approche linéaire et simpliste d'un chemin allant de l'ignorance au savoir (30) ou *“parce que le savoir ne se transmet pas mais s'élabore”* et qu'il n'est pas un objet (31), l'apport de connaissances ne peut pas être une fin en soi (32, 33). Elle n'est qu'un moyen, sans être un but, pour accompagner l'amélioration des savoirs (et des croyances) (20), la compréhension des situations (6) et surtout l'amélioration de la confiance en soi (20). Il peut en découler une amélioration des compétences ou ressentis de compétence dans les soins (6), ainsi que des attitudes cliniques et thérapeutiques (20, 29).

Du point de vue de la notion de pédagogie du problème selon Meirieu (30), l'apprentissage ne se fait que lors de la confrontation entre un problème à résoudre et l'impossibilité de le résoudre sans apprendre. Les difficultés de la rencontre avec des aînés mésusant d'alcool (34) peuvent être source d'attitudes défensives de professionnels déroutés ou mal à l'aise, pouvant alors brandir leur défaut de compétence comme des rationalisations soignantes (10) et convaincantes pour ceux-ci (11), pouvant donner l'impression d'autoriser une éventuelle légitimation du désinvestissement de ce secteur des soins.

Autour des addictions du sujet âgé (35), et plus particulièrement des troubles liés à l'usage d'alcool dans la vieillesse (34), l'évaluation des connaissances permet d'entrevoir les besoins de formation afin de favoriser l'abord de ces situations. Cette démarche a pour objectif d'identifier d'éventuelles difficultés professionnelles et de rechercher des réponses à travers la formation et le soutien, puis d'optimiser les soins auprès de sujets âgés en souffrance avec l'alcool.

Conclusion

Au-delà des bonnes notes, et surtout de l'écart entre auto-évaluation des niveaux de connaissances et hétéro-évaluation objectivée des savoirs de soignants hospitaliers autour du mésusage d'alcool de sujets âgés, cette enquête par questionnaire auto-administré permet de renforcer une impression de disponibilité de savoirs et de réalité d'un repérage effectif des situations de souffrance alcoolique dans la vieillesse. Si ces questions n'apparaissent encore que peu

considérées, elles semblent moins l'être par méconnaissance, défaut de savoirs, que par malaise issu de la rencontre, puis contre-attitudes évitantes et difficultés soignantes.

Alors, l'objectif de formation initiale ou continue en alcoologie et addictologie peut intégrer, à côté d'autres populations particulières traditionnellement ciblées, la situation spécifique des plus âgés. Puis, en considérant le soutien des agents, l'aide au développement d'attitudes favorables, l'expérimentation relationnelle en situation clinique, il est possible de proposer le développement d'offres alternatives à la seule accumulation de savoirs théoriques. Leurs modalités resteront ensuite à promouvoir puis leur efficience à vérifier.

Ensuite, des compléments au sein même de l'étude ont déjà été envisagés à propos de l'évaluation des attitudes soignantes par questionnaires puis par entretiens de recherche. Plus encore, le développement de modalités de soutien des agents, par des actions de groupes dans le cadre d'une recherche-action en "focus groupes", pourra être envisagé afin d'améliorer l'accès au soin de sujets âgés relevant de troubles liés à l'usage d'alcool et, surtout, la qualité des soins qui leurs seront proposés. ■

Conflits d'intérêt. – Les auteurs déclarent l'absence de tout conflit d'intérêt.

P. Menecier, L. Fernandez, M. Pichat, D. Lefranc, L. Ploton
Connaissances soignantes à propos d'usage ou de mésusage
d'alcool de sujets âgés

Alcoologie et Addictologie. 2015 ; 37 (4) : 301-308

Références bibliographiques

- 1 - Paille F. Personnes âgées et consommation d'alcool. Groupe de travail de la SFA et de la SFGG : texte court. *Alcoologie et Addictologie*. 2014 ; 36 (1) : 61-72.
- 2 - Royal College of Psychiatrists. Our invisible addicts: first report of the older person's substance misuse working group of the royal college of psychiatrists. Londres : RCP ; 2011 (<http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/CR165.pdf> – consulté le 03/09/2014).
- 3 - Hoeck S, Van Hal G. Unhealthy drinking in the belgian elderly population: prevalence and associated characteristics. *The European Journal of Public Health*. 2013 ; 23 (6) : 1069-75 (<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/eurpub/early/2012/10/31/eurpub.cks152.full.pdf> – consulté le 31/08/2014).
- 4 - Kuerbis A, Hagman BT, Sacco P. Functioning of alcohol use disorder criteria among middle-aged and older adults: implication for DSM-5. *Subst Use Misuse*. 2013 ; 48 (4) : 309-22.
- 5 - Kuerbis A, Sacco P, Blazer DG, Moore AA. Substance abuse among older adults. *Clin Geriatr Med*. 2014 ; 30 (3) : 629-54.
- 6 - Pillon SC, Laranjeira RR. Formal education and nurses' attitudes towards alcohol and alcoholism in a Brazilian sample. *Sao Paulo Med J*. 2005 ; 123 (4) : 175-80.
- 7 - Happell B, Carta B, Pinikahana BA. Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use: a questionnaire survey. *Nurs Health Sci*. 2002 ; 4 : 193-200.

- 8 - 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) : 183-9.
- 9 - Menecier P, Poillot A, Menecier-Ossia L, Lefranc D, Ploton L. Attitudes et croyances infirmières envers le mésusage d'alcool chez le sujet âgé. *Alcoologie et Addictologie*. 2010 ; 32 (4) : 191-8.
- 10 - Talpin JM, Gaucher J, Israel L, Ploton L. Le cadre institutionnel : les institutions psychiatriques et le psychologue. *Gérontol Soc*. 1999 ; 88 : 141-55.
- 11 - Descombey JP. La répétition des contre-attitudes. *Psychotropes*. 2004 ; 10 (2) : 83-101.
- 12 - Menecier P. Attitudes et croyances de soignants hospitaliers envers des sujets âgés en difficulté avec l'alcool [Thèse de doctorat de psychologie]. Lyon : Université Lyon 2 ; 2015.
- 13 - Nahoum-Grappe V. Vertige de l'ivresse, alcool et lien social. Paris : Descartes et Cie Éd. ; 2010.
- 14 - Jausse S, Labarere J, Boyer JP, François P. Propriétés méthodologiques des questionnaires de connaissances et pratiques des professionnels de santé concernant les patients ayant des conduites d'alcoolisation pathologique. *L'Encéphale*. 2004 ; 30 : 437-46.
- 15 - Acquaviva E, Beaujon L, Nuss P, Chaput JP, Chieze F. Prévalence de l'abus d'alcool dans un hôpital de l'APHP. *Alcoologie et Addictologie*. 2003 ; 25 (3) : 201-7.
- 16 - Société Française d'Alcoologie. Recommandations de la SFA. Le mésusage d'alcool en dehors de la dépendance : usage à risque – usage nocif. *Alcoologie et Addictologie*. 2003 ; 25 (4 Suppl.) : 15-92S.
- 17 - Menecier P. L'alcool en EHPAD : un plaisir un risque ou un problème ? *Revue de la Fédération Hospitalière de France*. 2012 ; 54 : 65-9.
- 18 - Menecier-Ossia L, Kholler M, Moscato A, Menecier P. L'alcool en EHPAD. *Soins Gériatologie*. 2014 : 106 : 34-6.
- 19 - Menecier P, Afifi A, Menecier-Ossia L, Arezes C, Dury M, Monterrat N, Ploton L. Alcool et démences : des relations complexes. *Revue de Gériatrie*. 2006 ; 31 : 11-8.
- 20 - 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 (4) : 290-8.
- 21 - Owens L, Gilmore IT, Pirmohamed M. General practice nurses' knowledge of alcohol use and misuse: a questionnaire survey. *Alcohol Alcohol*. 2000 ; 35 (3) : 259-62.
- 22 - Gianetti VJ, Sieppert JD, Holosko MJ. Attitudes and knowledge concerning alcohol abuse: curriculum implications. *Journal of Health & Social Policy*. 2002 ; 15 (1) : 45-58.
- 23 - Kelleher S, Cotter A. A descriptive study on emergency department doctor's and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *Int Emerg Nurs* 2009 ; 17 : 3-14.
- 24 - Kovess V, Facy F. Épidémiologie et santé mentale. Paris : Flammarion ; 1996.
- 25 - Ford R, Bammer G, Becker N. Improving nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: workplace drug and alcohol education is not enough. *Int J Nurs Pract*. 2009 ; 15 : 112-8.
- 26 - Gerbaud L. Éducation thérapeutique et santé publique : questions croisées. *Ann Méd Psychol*. 2015 ; 173 (1) : 106-12.
- 27 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance. Expertise collective. Paris : INSERM ; 2003 (http://www.inserm.fr/content/download/7820/59389/file/alcool_dommages_sociaux_2003.pdf – consulté le 04/02/2015).
- 28 - Willaing I, Ladelung S. Nurse counseling of patients with an overconsumption alcohol. *J Nurs Scholarsh*. 2005 ; 37 : 30-5.
- 29 - Saunders KEA, Hawton K, Fortune S, Farrell S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *J Aff Disord*. 2012 ; 139 : 205-16.
- 30 - Meirieux P. Apprendre... oui mais comment. Paris : ESF ; 1987.
- 31 - Sandrin-Berthon B. Patient ou soignant : qui éduque l'autre ? *Médecine et Maladies Métaboliques*. 2008 ; 2 (5) : 520-3.
- 32 - Birmelé B, Lemoine M. Éducation thérapeutique : transmission de connaissances ou de croyances ? *Éthique et Santé*. 2009 ; 6 : 66-72.
- 33 - Mercader P. La formation à partir de la pratique : une expérience pour penser la formation en psychologie. *Le Journal des Psychologues*. 2010 ; 280 (7) : 22-7.
- 34 - Menecier P. Les aînés et l'alcool. Toulouse : Érès, Pratiques gérontologiques ; 2010.
- 35 - Menecier P, Fernandez L. Particularité des pratiques addictives dans la vieillesse. *Presse Méd*. 2012 ; 41 : 1226-32.