

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
<b>1. PROBLEMATIQUE.....</b>	<b>8</b>
1.1 Les conséquences d'une consommation abusive chez la personne âgée .....	9
1.2 Un sujet tabou .....	9
1.3 Défaut en matière d'outils de dépistage.....	10
<b>2. QUESTION DE RECHERCHE .....</b>	<b>11</b>
<b>3. BUT DE LA REVUE DE LITTERATURE.....</b>	<b>11</b>
<b>4. CONCEPTS .....</b>	<b>11</b>
4.1 Le lieu de vie .....	12
4.2 La personne âgée.....	13
4.3 La consommation abusive d'alcool .....	13
4.3.1 La consommation d'alcool problématique .....	13
4.3.2 Ivresse ponctuelle.....	13
4.3.3 Consommation chronique.....	14
4.3.4 Consommation inadaptée à la situation .....	14
4.3.5 Conduite addictive (alcooldépendance) .....	14
4.3.6 La consommation abusive chez la personne âgée.....	14
4.4 Le rôle infirmier en milieu de vie .....	15
4.4.1 Le service rendu au système culturel numéro 1 (SC1).....	15
4.4.2 Le service rendu au système culturel numéro 2 (SC2).....	15
4.4.3 Le service rendu au système culturel numéro 3 (SC3).....	16
<b>5. CADRE DE REFERENCES .....</b>	<b>17</b>
5.1 L'approche centrée sur la personne (C.Rogers) .....	19
5.1.1 La congruence.....	19
5.1.2 La considération positive inconditionnelle .....	19
5.1.3 L'empathie.....	20
5.1.4 L'entretien clinique.....	20
5.1.4.1a reformulation reflet.....	20
5.1.4.2 La reformulation comme renversement du rapport figure-fond.....	20
5.1.4.3 La reformulation-clarification.....	21
5.2 Le seuil bas .....	21
5.2.1 Définition .....	21
5.2.2 Les intentions thérapeutiques .....	22
5.2.3 Attitudes thérapeutiques .....	23
5.2.4 Rôle professionnel de l'infirmier.....	23

5.2.5 Attitude professionnel .....	24
5.2.6 Choix du cadre de référence.....	24
<b>6. METHODE .....</b>	<b>24</b>
6.1 Intérêt et étape de la revue de littérature étoffée.....	25
6.2 Critères d'inclusion et d'exclusion .....	25
6.3 Extraction des données .....	26
6.4 Résultats des stratégies de recherche.....	26
<b>7. RESULTAT .....</b>	<b>30</b>
7.1 Politique institutionnelle .....	31
7.2 Considération professionnelle .....	31
7.3 Caractéristiques sociaux, démographiques et cliniques.....	32
7.4 Méthodes de dépistage .....	32
7.4.1 Le CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener) .....	32
7.4.2 Le questionnaire Audit .....	33
7.5 Les interventions infirmières .....	33
7.5.1 Les interventions brèves (the brief interventions).....	33
7.5.2 L'entretien motivationnel.....	34
<b>8. DISCUSSION .....</b>	<b>35</b>
8.1 Critique de notre revue de littérature.....	35
8.2 Discussion des résultats .....	37
8.2.1 L'approche humaniste de Carl Rogers.....	37
8.2.2 Le seuil bas .....	39
<b>9. PERSPECTIVE PROFESSIONNELLE.....</b>	<b>44</b>
<b>10. LIMITE DE LA REVUE DE LITTERATURE .....</b>	<b>46</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>47</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>48</b>
ANNEXE 1 : Déclaration d'authenticité.....	54
ANNEXE 2 : Questionnaire CAGE.....	55
ANNEXE 3 : Questionnaire Audit .....	56
ANNEXE 4 : Grilles de lecture des articles scientifiques.....	57

## INTRODUCTION

Dans le cadre de la réalisation de notre travail de Bachelor, nous allons exposer les raisons qui nous ont amené à choisir le thème, de ce travail. Lors d'un stage en milieu gériatrique, nous avons été confrontés à de nombreuses personnes âgées consommant de l'alcool. Ceci ne fût pas un problème en soi. Néanmoins, nombreux ont été les sujets, ayant développé des comportements problématiques, à la suite d'une consommation abusive. Agressivité verbale, labilité émotionnelle, trouble de la vigilance, propos incohérents, sont des exemples de comportements observés et sujets à questionnement. Nous avons pu remarquer, que la prise en charge et la considération des soignants à l'égard de la consommation d'alcool étaient superficielles. Aucune restriction, ni surveillance ne furent mis en place à l'égard de ces résidents. En effet, lors d'un stage en milieu gériatrique, nous avons été confrontés à un résident, qui était sujet à des épisodes de violence verbale à l'égard de certains membres du personnel soignants. Une labilité émotionnelle a également pu être constatée. Cependant, à aucun moment, l'équipe infirmière ne s'est souciée de savoir, si cet individu consommait de l'alcool et quel était son niveau de consommation. Aucune question, ne lui a été directement posée et aucune suggestion n'a été soulevée, durant les différents colloques d'équipe. Il s'est avéré par la suite, que ce monsieur consommait de l'alcool. De plus, nous avons également remarqué, une difficulté de communication et de sensibilisation à propos de la consommation d'alcool, entre les soignants et à l'égard des résidents. Afin de soutenir nos observations, nous avons également consulté la littérature, traitant de ce sujet.

En effet, selon Pro Senectute (2011) qui s'intéresse dans sa brochure, au tabou en lien avec les différentes addictions, dont peuvent souffrir les personnes âgées, nous nous sommes rendu compte que l'alcoolisme chez les personnes âgées, demeure un sujet tabou et par conséquent très peu abordé en milieux hospitaliers. Nous avons également appris par le biais de Collomp & Rabatel (2007/2008), que les soignants étaient peu sensibilisés à ce type de situation et que les conséquences de l'alcoolisme ou autres consommations problématiques, chez le sujet âgé, étaient telles, que celles-ci sont considérés comme un problème de santé publique. Toujours selon les mêmes auteurs, le corps soignant reconnaissait des lacunes, en ce qui concerne le diagnostic et la prise en charge médicale et infirmière, vis-à-vis de ces personnes. C'est pourquoi, nous nous sommes alors posé la question de la place qu'occupe la notion de communication, vis-à-vis de la consommation d'alcool, ainsi que celle de la prise en charge infirmière, au sein des établissements accueillant des personnes âgées. De ce fait, il nous est donc paru intéressant de nous pencher sur ce sujet.

Par le biais de cette revue de littérature, nous avons l'intention, de mettre en lumière les interventions infirmières utilisées par le corps infirmier servant à l'approche et au dépistage d'une consommation abusive. Nous aimerions également, identifier les moyens d'aborder le sujet de la consommation, avec le résident concerné en milieu de vie. Pour ce faire, nous allons définir les divers concepts, ainsi que les cadres de références se rapportant au sujet. Par la suite, nous étayerons la méthode utilisée, pour réaliser ce travail. Enfin, nous mettrons en évidence les résultats obtenus, suite à l'analyse de neuf articles scientifiques et discuterons de ceux-ci, en les mettant en rapport avec nos cadres de référence.

## 1. PROBLEMATIQUE

À l'aube du 21ème siècle, la situation démographique au sein de notre pays est la suivante:

« - La proportion des jeunes (de moins de 20 ans) a régressé de 40,7% en 1900 à 21,7% en 2006, celle des personnes âgées (plus de 64 ans) a progressé de 5,8% à 16,2%. L'augmentation est particulièrement marquée (de 0,5% à 4,6%) pour les personnes du quatrième âge (80 ans ou plus).» (Rosado Walker, 2010, p.5).

Nous vivons donc aujourd'hui, une phase démographique qui a pour conséquence, un vieillissement de la population. Selon l'office fédéral de la statistique (2013), ceci est en partie la conséquence de la baisse de la fécondité et l'accroissement de l'espérance de vie, au sein de la population helvétique. De ce fait, les soignants seront de plus en plus confrontés à ce type de population et la structure sanitaire devra par conséquent s'adapter à cette réalité. La société ainsi que le système sanitaire, devront répondre aux attentes de cette population et prendre en considération, les problématiques qui découlent du vieillissement et les conséquences de celles-ci. Hormis les infrastructures, l'ensemble du corps soignant devra s'adapter et donc se sensibiliser aux nouveaux défis, auxquels notre société sera confrontée.

Notre travail de recherche, s'intéresse donc, à une population qui est aujourd'hui et le sera encore plus demain, au centre de l'attention.

«Avec l'âge, la sensibilité aux effets de l'alcool augmente. Déjà à partir de la cinquantaine, la quantité d'eau présente dans l'organisme diminue. Les effets de l'alcool sont ainsi plus importants. Le risque de souffrir de problèmes de santé liés à l'alcool augmente avec l'âge, et la dépendance peut s'installer plus rapidement. Environ un tiers des aînés développent un problème d'alcool une fois à la retraite, la plupart du temps suite à des difficultés d'adaptation ou à des événements difficiles, (perte du conjoint, maladie)». (Addiction suisse, 2014).

Selon Collomp & Rabatel (2007/2008), l'image d'une personne âgée alcoolique, consommant sans modération des quantités pouvant aller jusqu'à l'intoxication reste peu répandue et peu imaginable. Néanmoins, les conséquences engendrées par l'abus de consommation d'alcool chez la personne âgée, sont dans les faits un problème de santé publique.

### **1.1 Les conséquences d'une consommation abusive chez la personne âgée**

« En général, les aînés sont plus sensibles aux effets de l'alcool, phénomène qui s'explique par le fait que leur circulation sanguine est moins rapide, leurs reins et leur foie travaillent plus lentement pour éliminer l'alcool, sans compter que leur organisme contient moins d'eau pour diluer l'alcool. Comme les femmes sont plus petites que les hommes et que leur organisme contient, toutes proportions gardées, moins d'eau pour diluer l'alcool, les femmes plus âgées sont encore plus sensibles à ses effets » (Roh & Terretaz, 2012, p.25).

On dénombre également, un certain nombre d'effets indésirables, résultant d'une consommation abusive d'alcool. En effet, selon Graziani (2010), une consommation excessive, augmente chez la personne âgée le risque de chute, la consommation de tabac, altère le système immunitaire, engendre des troubles cardiaques, de l'hypertension, de l'incontinence, une perte d'appétit, des accidents vasculaires cérébraux ainsi que toutes sortes de complications suite à une interaction avec les médicaments.

### **1.2 Un sujet tabou**

Selon la brochure de Pro Senectute (2011), la consommation excessive d'alcool ou autres substances chez les personnes âgées, reste une problématique peu prise en considération et par conséquent très peu prise en charge, on parle même d'un sujet tabou. De plus, « un rapport de l'institut de recherche sur la santé publique et les addictions ISGF (basé à Zurich) paru en 2006 conclut à l'existence d'un « nihilisme thérapeutique » en ce qui concerne les problèmes d'addiction chez les personnes âgées : il estime qu'on se permet d'avoir des idées préconçues sur leur situation de vie, mais qu'on ne sait que peu de chose sur les solutions thérapeutiques existantes» (Pro Senectute, 2011, p. 2).

### 1.3 Défaut en matière d'outils de dépistage

S'ajoute à cela, une autre problématique en lien avec la difficulté du diagnostic. Selon Collomp & Rabatel (2007/2008), le métabolisme de la personne âgée ayant subi des modifications suite au vieillissement, aura comme conséquence de biaiser les observations des soignants, vis-à-vis de la consommation de la personne en question. Un verre de vin bu à l'âge de 20 ou 30 ans ne provoque pas le même effet que le même verre bu à l'âge de 80 ans. Les signes d'abus vont donc la plupart du temps être confondus avec des symptômes caractéristiques d'une autre pathologie psychiatrique ou somatique.

« Dans les structures gériatriques, la consommation de la personne âgée pose souvent des problèmes aux équipes soignantes, surtout qu'elle est aussi plus importante que dans la population de personnes âgées non hospitalisées » (Pierluigi Graziani, 2010, p. 58).

Afin de déterminer le fait qu'une personne âgée consomme de manière excessive, il est important que les soignants puissent évaluer celle-ci, afin d'être en capacité de déceler les signes de la présence ou non d'une consommation abusive.

Collomp & Rabatel (2007/2008) nous ont appris, que l'évaluation de la consommation abusive d'alcool chez les personnes âgées ne serait pas adéquate. En effet, selon l'article consulté, les outils utilisés afin de mesurer la consommation chez les personnes âgées, seraient les mêmes que chez les adultes, or ceux-ci ne seraient pas adaptés aux personnes âgées. « Les outils d'évaluation de l'alcoolodépendance chez l'adulte ne sont pas adéquats pour les personnes âgées (Atkinson, 1990) » (Pierluigi Graziani, 2010, p. 63-64). « Il est nécessaire de construire des connaissances spécifiques pour les plus de 65 ans. Certaines études ont essayé de répondre à cette absence de données, mais l'évaluation de l'usage et du mésusage de l'alcool par la personne âgée souffre de l'absence de mesures fiables et valides de l'abus d'alcool (Maheut-Bosser, 2007; St. John et coll., 2009) » (Pierluigi Graziani, 2010, p.64). Nous nous rendons compte que la problématique de la consommation d'alcool chez les personnes âgées demeure un sujet d'importance auquel il est fort intéressant de se pencher. Nous sommes donc face à une population, qui dans les années à venir, sera grandissantes et donc fortement concernées en matière de prise en charge sanitaire. La consommation problématique, elle, est peu abordée, peu connue ou reconnue chez ces personnes. Difficile à diagnostiquer, la consommation abusive, peut avoir un impact considérable sur la qualité de vie des personnes âgées. De ce fait, il est dans le rôle des soignants de préserver un minimum de qualité de vie chez ces personnes. Il est donc primordial de s'intéresser à ce phénomène qui altère, discrètement à l'abri des soupçons, la vie d'une partie de la population. C'est pourquoi, à la vue de nos différentes constatations,

acquises suite à nos lectures, il est nécessaire que l'infirmier soit en mesure de mettre en lumière la problématique, d'en parler au sein de son équipe et à l'égard des résidents. De plus, nous percevons également la nécessité de mettre en place des interventions, permettant le dépistage des personnes à risques, ainsi que des outils permettant d'aborder le sujet et briser le tabou existant.

## **2. QUESTION DE RECHERCHE**

Au regard des diverses notions développées dans le chapitre problématique, notre question de recherche qui sera traitée dans le Bachelor Thesis est la suivante :

**Quelles sont les interventions infirmières, auprès des personnes âgées résidentes au sein d'un lieu de vie, concernant leurs consommations abusives d'alcool ?**

## **3. BUT DE LA REVUE DE LITTERATURE**

Cette revue de littérature a pour objectif, de diriger et mobiliser l'attention ainsi que le regard des professionnels infirmiers envers les personnes âgées sujettes à une consommation abusive d'alcool, en milieu de vie. Le but est de mettre en évidence, les interventions infirmières adéquates, permettant aux professionnels de mener à bien ce dessein.

## **4. CONCEPTS**

Nous allons définir dans ce chapitre, les trois concepts présents dans notre travail et que nous avons choisi afin de construire notre question de recherche.

- Le lieu de vie: Nous avons décidé de définir le lieu de vie, car il s'agit de l'espace et le lieu qui concerne notre étude.

- La personne âgée: Nous avons choisi de définir la personne âgée, car il s'agit de notre population cible.

- La consommation abusive d'alcool: Nous avons choisi de définir la consommation abusive d'alcool, car il s'agit de la problématique que nous ciblons et à laquelle nous nous intéressons.

- Le rôle infirmier en milieu de vie : Nous allons également éclaircir le rôle infirmier en milieu de vie en nous basant sur le modèle d'intermédiaire culturel de Michel Nadot.

#### 4.1 Le lieu de vie

« Un lieu de vie et d'accueil (L.V.A.) est une structure sociale ou médico-sociale de petite taille assurant un accueil et un accompagnement personnalisé en petit effectif, d'enfants, d'adolescents et d'adultes, en situation familiale, sociale ou psychologique problématique. Les lieux de vie et d'accueil (L.V.A) occupent une position à la limite des établissements médico-sociaux et des accueils familiaux. Ils sont une alternative pour des personnes pour lesquelles un accompagnement professionnel et fortement personnalisé est préconisé. Les LVA sont particulièrement sollicités pour des enfants, adolescents ou adultes pour lesquels les caractéristiques institutionnelles des établissements sociaux et médico-sociaux ne sont pas indiquées. » (Action Sociale, 2009-2014).

Selon Catherine G. (2012), un lieu de vie se définit ainsi :

Il s'agit d'un établissement institutionnel comportant en général trois sphères d'influence qui le compose.

Il s'agit dans ce cas (1) du service administratif, qui est composé par l'administration, le conseil de fondation ainsi que la direction. Puis nous avons ce qu'on appelle (2) le personnel, caractérisé par les différents corps professionnels qui le compose : les soignants, les médecins, le service d'animation, le service hôtelier et le service technique. Pour finir la troisième sphère est celle composée par (3) les résidents, leurs familles et éventuellement des bénévoles qui peuvent dans certains cas, se substituer à la famille.

La première sphère met en place des projets institutionnels, oriente la politique de l'établissement, s'occupe de l'aménagement architectural, développe et instaure les valeurs propres à l'établissement.

La deuxième sphère elle, met en place en ce qui concerne les soignants et les médecins les projets de soins. L'animation elle, s'occupe de tout ce qui tourne autour des projets socioculturels. L'hôtellerie ainsi que le service technique, gèrent les projets hôteliers et sécuritaires. Tout ceci, est alors inclus dans ce qu'on appelle le projet interdisciplinaire.

Le troisième pôle a pour rôle de faire part des attentes ainsi que les souhaits des résidents. Découle de cette sphère, le projet de vie du résident.

Le projet interdisciplinaire communique avec le projet de vie du résident ainsi que le projet institutionnel et inversement.

Le lieu de vie lui est, alimenté, fédéré et cadré par ces trois concepts, découlant de ces sphères. Réciproquement, le lieu de vie lui, permet dans ce cadre l'expression du projet de vie et inspire le projet institutionnel. C'est donc sous l'impulsion de ces différentes synergies, que le lieu de vie se crée et se définit.

## **4.2 La Personne âgée**

« Selon l’OMS, les personnes sont définies comme « âgées » à 65 ans et plus. C’est d’ailleurs le repère le plus fréquemment utilisé dans la littérature médicale pour définir l’appartenance d’une personne au groupe des personnes dites « âgées ». (LHERITIER Marie-Lise, 2012, p. 4). On peut également classer les personnes âgées selon leurs âges:

- 50 à 64 ans: les «seniors»,
- 65 à 79 ans: le «troisième âge»
- 80 à 99 ans: le « quatrième âge »
- 100 à 109 ans : les « centenaires »
- 110 ans ou plus : les « super centenaires » (TRIVALLE, 2009, p. 10).

## **4.3 La consommation abusive d’alcool**

Nous allons dans ce chapitre, mettre en évidence les types de consommations problématiques, afin d’être en mesure, par la suite de définir la consommation abusive propre aux personnes âgées.

### **4.3.1 La Consommation d'alcool problématique**

« Conformément aux standards internationaux, on parle de «consommation problématique» lorsque la consommation d'alcool met notablement en péril la santé propre ou celle d'autres personnes et que des préjudices correspondants sont possibles ou avérés. On considère aussi comme problématique la consommation d'alcool par des personnes qui devraient en principe s'en abstenir – les enfants et les personnes malades – notamment.» (Office fédéral de la santé publique, 2013).

### **4.3.2 Ivresse ponctuelle**

«Selon les normes internationales, le terme d'ivresse ponctuelle (de l'anglais binge drinking) désigne la consommation d'une grande quantité d'alcool (à partir de 4 verres pour les femmes et 5 pour les hommes) dans un laps de temps très court. 19% de la population suisse s'enivre au moins une fois par mois, les hommes étant deux fois plus nombreux que les femmes à se trouver dans cette situation (26% contre 12%). Presque 40% de la population suisse entre 20-24 ans s'enivre au moins une fois par mois. Malgré une fréquence

de consommation relativement faible dans cette tranche d'âge, les 15-19 ans sont déjà 26% à s'enivrer une fois par mois (Suchtmonitoring 2012).» (Office fédéral de la santé, ibid.).

#### **4.3.3 Consommation chronique**

«Le terme de «consommation chronique» désigne une consommation régulière qui, en raison de la fréquence et de la quantité, ne peut plus être qualifiée de consommation peu problématique. Selon les normes internationales en vigueur, la consommation d'alcool chronique commence à 20 grammes d'alcool pur (soit environ 2 verres standard) par jour en moyenne pour les femmes et à 40 grammes par jour (soit environ 4 verres standard) pour les hommes. En Suisse, les estimations effectuées indiquent que 4,5% de plus de 15 ans boivent régulièrement de façon excessive, plus des deux tiers d'entre elles s'enivrent ponctuellement (Suchtmonitoring 2012). La proportion des consommateurs chroniques d'alcool tend à augmenter avec l'âge.» (Office fédéral de la santé publique, ibid.).

#### **4.3.4 Consommation inadaptée à la situation**

«La conduite en état d'ébriété, l'alcool au travail, l'alcool dans le contexte sportif, la consommation d'alcool durant un traitement médicamenteux ou pendant la grossesse sont autant d'exemples d'une consommation inadaptée.» (Office fédéral de la santé publique, ibid).

#### **4.3.5 Conduite addictive (alcoolodépendance)**

«L'alcoolodépendance est définie par l'OMS, dans sa classification des maladies par différents critères, comme un fort besoin de boire de l'alcool, une perte du contrôle de la consommation, une perte d'intérêt pour d'autres choses ou un maintien de la consommation malgré les conséquences négatives de celle-ci (WHO 2007). On estime qu'en Suisse, il y a près de 250'000-300'000 personnes alcoolodépendantes ou courant un risque important de le devenir, dont plus de deux tiers sont des hommes (Kuendig 2010). » Office fédéral de la santé publique, ibid).

#### **4.3.6 La consommation abusive chez la personne âgée**

A la suite de ces diverses notions définies, nous allons pouvoir distinguer et définir la notion de consommation abusive propre aux personnes âgées. Selon la société Française d'alcoologie (SFA), les recommandations quant à une consommation dite sans risque spécifique aux personnes âgées de plus de 60 ou 65 ans sont les suivantes :

« Pour l'usage régulier : en « verre standard » de 10 grammes d'alcool pur : pas plus de 1 (voire 2) verre(s) par jour en moyenne chez l'homme ou la femme. Pour l'usage ponctuel : jamais plus de 3 verres par occasion.» (Menecier P., 2010, p.23).

On peut donc indiquer qu'au-delà de ces doses recommandées, la personne âgée se situe dans une consommation à risque. Nous considérons par conséquent que la notion de consommation abusive propre aux seniors se distingue dans un comportement amenant ceux-ci à dépasser ce seuil indiqué.

#### **4.4 Le rôle infirmier en milieu de vie**

L'intérêt du modèle interculturel de Michèle Nadot est qu'il propose une vision englobante du rôle infirmier. Le corps infirmier, joue en effet selon ce modèle, un rôle central dans le cadre d'une prestation de soins et de service à l'ensemble de l'environnement qui l'entoure. Selon Nadot (2008), l'infirmier est un intermédiaire culturel qui va fournir des prestations à trois systèmes culturels qui ne sont pas toujours en synergie. Ces systèmes sont les suivants:

##### **4.4.1 Le service rendu au système culturel numéro 1 (SC1)**

Ce système correspond aux actions que l'infirmier va fournir à l'institution dans laquelle il travaille. Cela comprend la gestion de l'organisation du service de soins dans lequel il évolue, le cahier des charges décidé par l'institution dont il a le devoir de s'y plier, la gestion des patients, la gestion du matériel, la transmission des informations qu'ils ont sur les patients et la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.

##### **4.4.2 Le service rendu au système culturel numéro 2 (SC2)**

Ce système concerne les actes médico délégués par les médecins aux infirmiers tels que l'observation clinique des patients, l'application de traitements comme des médicaments per os, intraveineux, intramusculaires ou sous-cutanés. L'infirmière doit pour cela posséder des connaissances en anatomie physiologie ainsi qu'en pharmacologie et toutes les spécificités de techniques en matière de soins qui sont propres à chaque service.

#### 4.4.3 La dynamique du système culturel numéro 3 (SC3)

Ce système correspond au rôle autonome de l'infirmier. Il est divisé en deux pôles: le pôle patient et le pôle soignant.

Le pôle patient concerne la prise en charge globale du patient que l'infirmier gère lui-même. Cela comprend l'histoire de vie du patient, l'aspect psychologique, la relation d'aide dans la relation soignante soignée, ainsi que l'assistance dans les activités de la vie quotidienne. Le pôle soignant, concerne la délégation des tâches aux autres membres du personnel (aides-soignantes, assistantes en soins et santé communautaire). Il met en évidence, ce qui se joue au niveau du corps professionnel soignant, d'un point de vue individuel et collectif dans le sens où la conception de soins défendue, influence les activités professionnelles et engendre parfois des difficultés, qu'il faut résoudre pour être efficace dans toutes les autres facettes du rôle.

Nadot décrit l'infirmier comme un intermédiaire culturel, qui ne rend pas seulement service aux patients et à leurs familles, son champ d'action est plus large. Ainsi, l'offre doit répondre à des demandes variées et parfois contradictoires à ces systèmes, qui ne sont pas toujours en synergie. S'il y a un désaccord, il doit être capable d'analyser la situation et se positionner en tant qu'intermédiaire culturelle afin de garantir le bon fonctionnement des trois systèmes culturels. L'intérêt de ce modèle, c'est qu'il nous permet de comprendre la complexité du rôle infirmier et particulièrement au sein d'un lieu de vie. Qui dit lieu de vie, sous-entend institution, qui elle-même est porteuse de valeur et de règles la régissant. L'infirmier doit par conséquent, travailler en partenariat avec celle-ci, s'adapter aux particularités, afin de mener une action participative et englobante. En effet, notre problématique est telle, qu'elle nécessite le soutien de l'administration régissant l'établissement, l'ensemble du corps soignant et les autres professionnels. De plus, dans une notion d'approche du résident, de communication en partenariat, vis-à-vis d'un sujet non anodin qui peut engager des réticences ou des affronts, l'infirmier doit dans sa pratique collaborer avec les résidents, ses proches ainsi que l'ensemble des intervenants qui gravitent autour de celui-ci, dans le but de proposer une action adéquate à l'égard du bénéficiaire.

## 5. CADRES DE REFERENCES

### 5.1 L'approche centrée sur la personne (C. Rogers)

Avant de procéder à la définition et la description de ce concept, nous allons tout d'abord expliquer notre choix. Cette étude a comme pour objectif, la mise en valeur de la manière d'approcher et la façon d'aborder le sujet de la consommation abusive d'alcool chez les personnes âgées concernées. Dans le contexte d'une approche thérapeutique et dans l'établissement d'une relation constructive, l'approche centrée sur la personne, concept guidé par le souci d'une thérapie non directive, semble être l'outil le plus adéquat. Vis-à-vis de ce principe, Rogers « remarqua que, très souvent, il ne sert à rien d'imposer un constat diagnostique et une solution à son client (style "vous êtes comme ceci, comme cela, vous avez tel problème et pour ce problème, je vous conseille de...") car celui-ci, si on l'écoute de manière empathique, authentique, chaleureuse, congruente, avec sensibilité, sans jugement et en l'acceptant de manière inconditionnelle, trouvera lui-même la solution à ses problèmes. De plus, cette solution émergeant du self du client sera celle qui l'incitera le plus à se mobiliser au contraire des mille et un conseils souvent explicitement demandés par le client mais rarement suivis. » (Bulliard Verville, 2008, p.4).

Face à des sujets âgés, ayant une consommation abusive d'alcool, il est essentiel que le corps infirmier adopte une attitude respectueuse et non jugeante. Ainsi Rogers dit « c'est assez curieux, mais un jugement positif est aussi menaçant en fin de compte qu'un jugement péjoratif, puisque dire à quelqu'un qu'il agit bien, suppose que vous avez aussi le droit de lui dire qu'il agit mal. Aussi j'en suis venu à penser que plus je peux maintenir une relation sans jugement de valeur, plus cela permettra à l'autre personne d'atteindre le point où elle reconnaîtra que le lieu du jugement, le centre de la responsabilité réside en elle-même.» (Rogers, 1968, p.43-44). Comme nous avons pu en prendre acte, la consommation d'alcool chez les personnes âgées reste un sujet tabou, d'où la nécessité de faire preuve de finesse communicationnelle dans ce type de situation. Éviter de blâmer autrui, éviter de compromettre la qualité de vie du bénéficiaire en soins, sont certains des nombreux objectifs du professionnel infirmier. Néanmoins, l'infirmier dans une relation thérapeutique, cherche dans le dialogue à générer la prise de conscience. Rogers dit : « j'entends par ce terme des relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherchent à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité à affronter la vie (Rogers, 1968, p.39).

Toutefois, il est primordial d'assurer au bénéficiaire la possibilité d'exprimer ses doutes, ses craintes mais également ses volontés. Selon Rogers « C'est le client lui-même qui sait ce

dont il souffre, dans quelle direction il faut chercher, ce que sont les problèmes cruciaux et les expériences qui ont été profondément refoulées (Rogers, 1968, p.11). La relation dans son essence, confronte les valeurs et croyances de chaque intervenant. Le respect ainsi que la compréhension de l'autre dans sa globalité en tant qu'être humain permet de protéger la communication des contre attitudes potentiellement émergentes. Selon Rogers « l'individu devient plus capable d'être à l'écoute de lui-même. Il est plus ouvert à ses sentiments de courage, de tendresse, d'admiration. Il est libre de vivre ses sentiments subjectivement, comme ils existent en lui-même, et libre aussi d'être conscient de l'existence de ces sentiments. Il est plus capable de vivre pleinement les expériences de son organisme au lieu de leur refuser la conscience (Rogers, 1968, p. 142).

Carl Rogers est un psychologue, né en 1902 à Chicago. Il est l'auteur de « l'approche centrée sur la personne ». Il est également à la source d'un concept propre à cette approche. Le concept de « Growth » (développement, croissance). « Un gland devient chêne si toutes les conditions optimales sont remplies » (Bulliard Verville, 2008, p.1). En effet, selon Rogers, « chaque individu a en lui des capacités considérables de se comprendre, de changer l'idée qu'il a de lui-même, ses attitudes et sa manière de se conduire ; il peut puiser dans ces ressources, pourvu que lui soit assuré un climat d'attitudes psychologiques "facilitatrices" que l'on peut déterminer (concept de tendances actualisantes)». (Rogers, 1962, p.1)

« Cependant, les conditions optimales ne sont parfois pas ou plus présentes et l'être humain peine à développer son self, son moi intérieur. Lorsque l'écart entre le self et le moi social (la facette du moi que l'on présente à l'extérieur) où le moi idéal (l'être que l'on voudrait être dans l'idéal sans tenir compte de la réalité) est trop grand, il y a souffrance et à ce moment-là intervient la thérapie du type rogerien. » (Bulliard Verville, 2008, p. 2).

Carl Rogers, définit également la relation d'aide entreprise à l'égard d'un bénéficiaire, comme ceci : «J'entends par ce terme des relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherchent à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité à affronter la vie" (Rogers, 1968, p.39). Selon Rogers, trois conditions sont nécessaires afin de garantir ou favoriser le développement du bénéficiaire. La seule condition dans la relation entre le bénéficiaire et le thérapeute, est que le but de la relation est le développement du bénéficiaire. Les trois conditions sont les suivantes : (la congruence, la considération positive inconditionnelle et l'empathie).

### 5.1.1 La congruence

Selon Rogers « c'est la première des trois conditions pour favoriser un changement thérapeutique. Cela ne veut pas dire que le thérapeute charge le client de tous ses problèmes ou sentiments. Cela ne veut pas dire que le thérapeute laisse échapper d'une manière impulsive tout ce qui lui vient à l'esprit. Cela veut dire cependant que le (ou la) thérapeute ne refuse pas de considérer les sentiments qui coulent en lui, sur le moment, et qu'il est disposé à exprimer et à être ouvert à n'importe quels sentiments persistants qui existent dans la relation. Cela veut dire éviter la tentation de se cacher derrière un masque de professionnalisme. » (Rogers & Sanford, 1985, p.5). « On a découvert que le changement de la personne se trouvait facilité lorsque le psychothérapeute est ce qu'il est, lorsque ses rapports avec son client sont authentiques, sans "masque" ni façade, exprimant ouvertement les sentiments et attitudes qui l'envahissent de l'intérieur à ce moment-là. Nous avons forgé le mot "congruence" pour essayer de décrire cet état. Nous entendrons par-là que les sentiments éprouvés par le thérapeute lui sont disponibles à sa conscience, et qu'il est capable de la vivre, d'être ces sentiments, qu'il est capable de les communiquer au moment opportun. Personne n'atteint la plénitude de cet état, et pourtant plus le thérapeute sait écouter et accepter ce qui se passe en lui, et plus il sait être la complexité de ses sentiments, sans crainte, plus haut sera son degré de congruence. » (Rogers, 1968, p. 48).

### 5.1.2 La considération positive inconditionnelle

Selon Rogers, « Cela veut dire que lorsque le thérapeute fait l'expérience d'une attitude positive, exempte de jugement, acceptante envers ce que le client est sur le moment, quoi que ce soit, alors un mouvement thérapeutique, ou changement, est plus probable. Cela demande la volonté du thérapeute de laisser le client être le sentiment qu'il est en train de vivre, quel qu'il soit : confusion, ressentiment, peur, colère, courage, amour ou orgueil. C'est une attention non possessive. Lorsque le thérapeute accepte le client d'une manière totale plutôt que conditionnelle, un mouvement en avant est probable. » (Rogers, 1986, p.4). Cette notion peut être décrite via ces trois critères :

- « attitude de non-jugement, de respect, d'acceptation de l'autre sans poser de conditions.
- Cela ne signifie pas que vous êtes d'accord avec l'autre ou encore que vous approuver ce qu'il dit.
- Ce qui est important c'est ce que vit l'autre, son expérience personnelle et non la vérité». (Auderset, 2011, p. 29).

### **5.1.3 L'empathie**

Selon Rogers, l'empathie est une attitude à caractère continu qui se maintient tout au long de la thérapie. Elle fonde et façonne le regard du thérapeute dans la relation avec son client. Selon Rogers, « cela veut dire que le thérapeute entre dans le monde de sentiments et significations personnels que le client est en train d'expérimenter et qu'il communique cette compréhension acceptante au client. Quand le fonctionnement est à son meilleur niveau, le thérapeute se trouve tellement immergé dans le monde privé de l'autre, qu'il ou qu'elle peut non seulement clarifier les significations dont le client est conscient, mais même ceux se trouvant juste au-dessous du niveau de conscience. » (Rogers, 1975, p.3). L'intérêt de l'empathie dans la relation thérapeutique, est que par le biais de celle-ci, le thérapeute est en quelque sorte capable de regarder le monde, avec les lunettes de son client. La compréhension, le rapprochement avec la signification des sentiments de l'autre, permet aux thérapeutes d'élaborer une relation de proximité, de compréhension active et respectueuse envers leurs clients. Selon Auderset (2011) l'empathie peut être décrite comme une méthode permettant « l'aidant à voir au-delà du comportement extérieur de l'autre pour comprendre intensément son expérience intérieure à un moment précis. » (Auderset, 2011, p. 27).

### **5.1.4 L'entretien clinique**

Il est également important, de décrire les divers critères composants ce que Rogers appelle, l'interview clinique. L'interview clinique selon Carl Rogers, est menée dans le respect de certaines règles. En effet, Rogers met en évidence un principe fondamental, celui de la reformulation. Selon Carl Rogers, elle comporte trois procédés principaux.

#### **5.1.4.1 La reformulation reflet**

« Elle consiste à paraphraser, ou "refléter" la communication que vient de faire le sujet. On profitera de ce que le sujet est à la fin d'une « période » au cours de laquelle il a exprimé quelque chose, pour reprendre l'idée qu'il vient d'émettre, en les reformulant d'une manière telle que le sujet puisse les reconnaître. Il ne suffit pas d'approuver le sujet en disant "oui" de temps en temps, mais de faire en sorte que le sujet comprenne que l'interviewer a compris. Par-là, on lui montre qu'on a pensé "avec lui" et non pas seulement "à lui" » (Bulliard Verville, 2002, p.2).

#### **5.1.4.2 La reformulation comme renversement du rapport figure-fond**

« Le changement figure-fond n'ajoute donc rien et ne retranche rien à ce qui est présenté ou donné, mais tout d'un coup fait apparaître quelque chose qui était jusque-là latent. Cette

métamorphose permet d'apporter quelque chose de nouveau dans la mesure où elle donne au client la possibilité de "voir" autrement sa propre perception. Généralement, en effet, le sujet est comme prisonnier d'un aspect dominant à peu près comme si, dans l'image que je vous propose, il était condamné à ne voir que le vase et à ne jamais voir les profils, quoiqu'il ait sous les yeux en même temps les profils et le vase. L'apparition de l'autre rapport a un certain effet de choc et accentue une prise de conscience plus réfléchie et déjà plus objective de la situation. Voici un exemple typique de ce phénomène, selon Rogers.» (Bulliard Verville, 2002, p.4)

### **5.1.4.3 La reformulation-clarification**

« Le récit du sujet est l'expression directe de ce qu'il éprouve avec ce que cela a de tâtonnant, d'inorganisé et de confus. La clarification est l'aspect à la fois le plus difficile et le plus efficace de la reformulation : elle consiste à mettre en lumière et à renvoyer au sujet le sens même de ce qu'il a dit. » (Bulliard Verville, 2002, p.4)

## **5.2 Le seuil bas**

### **5.2.1 Choix du cadre de référence**

Au même titre que le concept rogérien, nous allons également expliquer le choix de ce deuxième cadre de référence. Notre travail de recherche, s'intéresse à la façon dont le professionnel infirmier va intervenir à l'égard d'une personne âgée, sujette à une consommation abusive d'alcool. Les comportements problématiques à l'égard des drogues, à l'instar de l'alcool, nécessitent une approche particulière. En effet, le risque d'un interventionnisme moralisateur et une prise en charge maternante à l'égard de ce type de patient existent. Les conséquences peuvent être multiples, le repli sur soi du bénéficiaire, un refus de traitement ou de communication. L'idée de devoir se soumettre à un cadre, un programme astreignant, peut être vécue comme douloureuse, radical et dissuader les patients à s'y astreindre. Le but de notre étude, n'est pas de trouver et proposer la solution miracle, qui amènera les personnes âgées à raisonner leurs consommations. L'objectif, est la mise en lumière des outils et moyens, permettant au corps infirmier de détecter ces personnes. Détecter ces personnes, dans le but d'aborder la problématique et communiquer par le biais de ces outils. En parler, c'est commencé à soigner. Dans cette optique, le concept du seuil bas, nous paraît tout à fait adéquat. Dans ce sens, nous valorisons le changement par étapes. Le seuil bas, engage le besoin d'induire un changement, dans une optique d'évolution, petit à petit. De plus, il est nécessaire que le professionnel infirmier engagé dans une relation thérapeutique, envers un bénéficiaire, se positionne comme référent thérapeutique. Il formule le cadre dans lequel la thérapie aura lieu. De ce fait, au regard de

nos explications, le seuil bas, comme une philosophie de soin adapté à notre problématique, offre au bénéficiaire la possibilité de se satisfaire de petits succès qui ont une valeur motivationnelle importante dans un processus de changement. Éviter la cassure relationnelle, dans l'imposition d'un objectif thérapeutique trop difficile à assumer. Offrir la possibilité au soignant de respecter le niveau d'engagement du bénéficiaire et lui permettre d'évoluer à son rythme, permet à l'infirmier d'engager un soin dans le respect et la considération des divers facteurs qui interviennent dans ces situations problématiques et délicates.

### 5.2.2 Définition

Le seuil bas, « ne vise pas tant le traitement en soi, que la réduction liée à la consommation de substances et le maintien du contact avec les groupes cibles. Elle s'y inscrit donc dans le courant de l'approche de la réduction des « risques » visant l'hygiène et le maintien du lien social avec les usagers de drogues et d'alcool. Cette approche fait partie de la politique en matière de prévention des addictions en Suisse depuis 1991 et est également intégrée dans celle de nombreux pays (plan d'action de l'union européenne (2005-2008)». (Hardegger, Hassenhoeller, Scheuber & Rihs-Middel, 2009, p. 10).

Selon Stigler, Quinche & Bonsack (1999),

le principe de base du seuil de bas est d'«aller vers les personnes les plus démunies, majoritairement des toxicomanes chroniques, des personnes ayant des troubles de la personnalité grave : « borderline » et « patients difficiles». Les buts étant, d'adapter les critères d'admission à leurs possibilités réelles, d'abaisser le seuil d'entrée. « La notion de « seuil » définit à la fois la rapidité d'intervention et le niveau d'exigence demandé par le centre ou l'institution à l'usager souhaitant profiter de ses prestations. » (Hardegger, Hassenhoeller, Scheuber & Rihs-Middel, 2009 p.10). Il a également pour but de favoriser la création et le maintien d'un lien entre le thérapeute et le bénéficiaire afin d'éviter la rupture. Le seuil bas, engage aussi le renoncement à un programme thérapeutique trop exigeant. Il favorise l'autonomie et la responsabilisation, ce qui amène le bénéficiaire à mieux gérer ses conduites et comportements problématiques. Le seuil bas, a également comme objectif, de préparer le patient à se réintégrer dans la société.

### 5.2.3 Les intentions thérapeutiques

1. réduire les risques et limiter les dégâts physiques et sociaux: abcès, infection par le HIV, hépatites ...vols, prostitution...)
2. apprendre au patient à mieux gérer ses possibilités et lui permettre d'avoir une meilleure qualité de vie.

### 5.2.4 Attitudes thérapeutiques

**1** : Le modèle de « la zone proximale de développement » (Vygotsky) : ce modèle suggère de pousser le patient légèrement au-delà de ses capacités du moment, ainsi, le patient peut progresser par paliers. Il est également important de valoriser les efforts et les résultats obtenus.

**2** : Ne pas changer le patient, mais lui permettre de changer. Le modèle de l'autopoïèse : le changement doit venir de l'intérieur et non à force de conditionnements extérieurs. Il faut aussi favoriser l'autonomie du patient et sa responsabilité.

**3**: Le thérapeute se doit d'être le guide qui garde le cap. Pour une évolution favorable, le changement doit se faire lentement. Pas plus d'un changement ou d'un objectif à la fois. La question est de savoir, si le patient est prêt à abandonner les multiples avantages que lui procure sa « drogue ». La relation doit être également basée sur une véritable mutualité, un système stable, des règles claires, un rythme adapté et une continuité des soins. Il faut également savoir poser des limites (savoir dire non). Il est aussi nécessaire, que le thérapeute s'impose comme garant des intérêts du patient.

**4**: Être là au lieu d'agir, viser l'intensité nécessaire mais pas trop forte. Le modèle du « minimum optimal » de tension : ce sont les événements ordinaires, répétitifs qui ont structuré la personnalité du patient. Avec eux, la relation affective est très intense (clivages, tentative de mise en échec du soignant par le patient).

Il est également important de savoir, que le message qui passerait et qui favoriserait le changement, c'est ce que chaque soignant transmet par :

- sa manière d'être dans la relation
- son regard
- le ton de sa voix

- ses moments de silence et d'hésitation
- sa capacité à partager son impuissance thérapeutique
- l'espoir et la confiance que son attitude exprime au patient
- l'authenticité et la recherche de stabilité

### **5.2.5 Rôle professionnel de l'infirmier**

Le référent, sera de préférence un infirmier ou une assistante sociale. Son rôle, est de solidifier le lien avec un patient « difficile ». Coordonner les interventions thérapeutiques (traitement ambulatoire, hospitalier ou à domicile). Assurer une présence continue, ou délègue. L'infirmier joue un rôle de plaque tournante (il est à la fois médiateur, intermédiaire, catalyseur) : il reçoit, intègre et transmet l'information.

### **5.2.6 Attitude professionnel**

Pour ce faire, le professionnel infirmier doit faire en sorte d'être congruent, empathique et faire preuve de considération positive envers le bénéficiaire. Il évalue également avec le patient, l'offre en soins. Il se doit de trouver un équilibre, entre le rôle de thérapeute et le rôle de référent. Il parle d'aspects concrets et pragmatiques, dans un langage accessible au patient (évite le discours psychiatrique souvent rejeté). Il est une personne-ressource non seulement pour le patient, mais aussi pour le réseau : famille, juge, tuteur, médecin de garde, médecin généraliste, pharmacie... (Renseignements, plaintes, propositions, réflexions...). Son rôle est aussi de faciliter la communication. Il informe le patient qu'il n'y aura pas de guérison totale, mais une aide et un accompagnement, ce qui permet au patient de faire un projet de vie à long terme et de se sentir responsable.

## **6. METHODE**

Dans ce chapitre, nous allons faire état de la méthode utilisée afin de réaliser ce travail. En premier lieu, nous mettrons en évidence les intérêts de cette revue de littérature. Par la suite, nous précisons et décrivons les étapes nécessaires à la réalisation de celle-ci. Pour finir, nous exposerons les termes MESH choisis ainsi que les bases de données utilisées afin de récolter nos articles scientifiques.

### **6.1 Intérêt et étapes de la revue de littérature étoffée**

La revue de littérature est intéressante pour les professionnels désirant baser leurs pratiques sur des résultats scientifiques et fiables. De ce fait, l'objectif est le questionnement constant de la pratique, afin de l'améliorer. « Mieux connaître un sujet donné (et) mettre au point des façons de faire et des interventions cliniques fondées sur des résultats probants » (Loiselle, 2007, p.138), permet l'atteinte de cet objectif.

Le processus de recherche se déroule en quatre phases selon Nadot (2009): la phase conceptuelle, la phase méthodologique, la phase empirique et la phase d'interprétation des données. Nous allons donc développer les différentes étapes méthodologiques obligatoires pour que le devis soit respecté, à savoir: la définition de la population concernée et une collecte des données grâce aux MESH termes.

Par la suite, nous allons « sélectionner les recherches selon leur justesse et leur pertinence. Par la suite, il s'agit d'éliminer les références non pertinentes et inappropriées » (Loiselle, 2007, p.145). Il s'agit ici de la phase empirique. Enfin, les résultats seront analysés à l'aide de grilles de lecture critiques et mise en discussion avec les deux cadres de références précitées; il s'agit là selon Fortin (2006) de la recension des écrits. Suite à quoi, nous pourrons mettre en avant, l'ensemble de données pertinentes vis-à-vis de notre question de recherche. En fin de compte, nous pourrons à la suite de ce travail, avancer des pistes d'interventions intéressantes à la pratique infirmière concernant notre problématique.

### **6.2 Critères d'inclusion et d'exclusion**

Les critères d'inclusion et d'exclusion vont nous permettre de cibler nos articles afin de récolter des informations pertinentes.

Concernant les critères d'inclusion, nous privilégierions les articles scientifiques réalisés entre 1999 et 2013. Pour ce qui est de la population, nous allons concentrer notre attention sur les articles ciblant les personnes âgées (65 ans et plus). Cependant, nous nous réservons la possibilité, si nécessaire, de sélectionner certains articles portant sur les adultes (18 ans et plus). Nous analyserons des articles traitant de sujets comme : la consommation d'alcool en établissement pour personnes âgées ou en établissement social, les interventions infirmières auprès de personnes ayant des problèmes de consommation ainsi que les caractéristiques cliniques propres aux personnes âgées concernées par la problématique. Nous nous intéresserons à des articles de langue française et anglaise. Toutefois, nous nous réservons la possibilité d'élargir ces critères, tout au long de nos recherches.

En ce qui concerne les critères d'exclusion, nous ne sélectionnerons pas d'articles concernant une population de moins de 18 ans. Nous excluons également, les articles dont l'espace concerné est un hôpital ou un lieu de soins aigus, ainsi que les articles traitant des problèmes d'alcool en milieu psychiatrique.

### 6.3 Extractions des données

Afin de procéder à l'extraction des données issues de nos divers articles scientifiques, nous allons utiliser des grilles d'analyses fortement inspirées de celles proposées par C. Bassal & N. Nadot.

### 6.4 Résultats des stratégies de recherche

Les bases de données utilisées afin de récolter les articles nécessaires, sont les suivants : PubMed, Sciencedirect, Cinhal et Google Scholar. Les articles retenus, provenaient pour la plupart d'entre eux de PubMed. De plus, afin de mieux cibler nos articles, nous avons une liste de Mesh Terms et l'avons élargie, développé et précisé tout au long de la lecture de nos articles. Voici la liste des Mesh Terms utilisés :

Anglais	Français	Résultats
Alcohol problems	Problèmes d'alcool	18'862
Old age homes	Maison de retraite	30'838
Resident	Résident	44'432
Alcohol consumption	Consommation d'alcool	79'526
Older adults/ Aged	Personnes âgées	193'609/ 404'1180
Dose-response relationship Drug	Relation dose-réponse Drogue	348'591
Alcohol use	La consommation d'alcool	235'569
Elderly people	Personnes âgées	393'5034

Attitude of health personnel	Attitude du personnel soignant	122'758
Nursing home	Soins infirmiers à domicile	131'282
Motivational intervention/ Motivational Interviewing	Intervention motivationnelle/ Entretien motivationnelle	2'411 2'008
Alcohol	Alcool	782'940
Nurses	Infirmières	193'303
Brief interventions	Interventions brèves	5'922
Drinkers	Buveurs	10'852

### Stratégie 1 (Sciencedirect)

	Mots-clés	Résultats
	Alcool	18'388
And	Personnes âgées	8'718
And	Maison	21'146
		269

### Nombre de recherche retenue, (1)

#### Article retenu :

Leurs, P., Huvent-Grelle, D., Lelievre-Leroy, S., Roche, j. & Puisieux, F. (2010). La consommation d'alcool en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est excessive. La Presse Médicale, Volume 39, Issue 12, 280-288.

### Stratégie 2 (Pubmed)

	Mots-clés	Résultats
	Alcohol problems	18'862
And	Old age homes	30'838
And	Resident	44'432
		3

**Nombre de recherche retenue, (1)****Article retenu :**

Weyerer, S., Schufele, M., & Zimber., A. (1999). Alcohol problems among residents in old age homes in the city of Mannheim, Germany. The Australian & New Zealand journal of psychiatry, 33, 825-830.

**Stratégie 3 (Pubmed)**

	<b>Mots-clés</b>	<b>Résultats</b>
	Alcohol consumption	79'526
And	Older adults	193'609
And	Dose-response relationship	348'591
		37

**Nombre de recherche retenue, (1)****Article retenu :**

Lang, I., Wallace, R., Huppert, F., & Melzer. D. (2007). Moderate alcohol consumption in older adults is associated with better cognition and well-being than abstinence. Age Ageing, 37, 120-121.

**Stratégie 4 (Pubmed)**

	<b>Mots-clés</b>	<b>Résultats</b>
	Alcohol	775'989
And	Older adult	402'2054
And	Public housing resident	110
		21

**Nombre de recherche retenue, (1)****Article retenu :**

Cummings. S., Cooper, R., & Johnson, C. (2013). Alcohol Misuse among Older Adult Public Housing Residents. Journal of Gerontological Social Work, Volume 56, Issue 5, 407-422.

**Stratégie 5 (Pubmed)**

	<b>Mots-clés</b>	<b>Résultats</b>
	Alcohol use	235'569
And	Elderly people	393'5034
And	Attitud of health personnel	122'758
And	Nursing home	131'282
		4

**Nombre de recherche retenue, (1)****Article retenu :**

Klein, W., & Jess, C. (2002). One last pleasure? Alcohol use among elderly people in nursing homes. *Health & Social Work*, 27, 193-203.

**Stratégie 6 (Pubmed)**

	<b>Mots-clés</b>	<b>Résultats</b>
	Motivational intervention	2'411
And	Alcohol	782'940
And	Nurses	193'303
		36

**Nombre de recherche retenue, (1)****Article retenu :**

Nyamathi, A., Shoptaw, S., Cohen, A., Greengold, B., Nyamathi, K., Marfisee, M., De Castro, V., Khalilifard, F., George, D., & Leake, B. (2010). Effect of motivational interviewing on reduction of alcohol use. *Drug and Alcohol Dependend*, 107, 23-30.

**Stratégie 7 (Pubmed)**

	<b>Mots-clés</b>	<b>Résultats</b>
	Brief interventions	5'922
And	Motivational Interviewing	2'008
And	Aged	404'1180
		67

**Nombre de recherche retenue, (1)****Article retenu :**

Dunn, C., Deroo, L. & Rivara, P. F. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing (MI) across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*, 96, 25-42.

**Stratégie 8 (Pubmed)**

	<b>Mots-clés</b>	<b>Résultats</b>
	Brief interventions	5'922
And	Nurses	193'303
And	Alcohol	782'940
		59

**Nombre de recherche retenue, (1)****Article retenu :**

Lock A. C. & Kaner FS E. (2003). Implementation of brief alcohol interventions by nurses in primary care: do non-clinical factors influence practice?. Family Practice, 21, 270-275.

**Stratégie 9 (Pubmed)**

	<b>Mots-clés</b>	<b>Résultats</b>
	Drinkers	10'852
And	Motivational Interviewing	2'008
And	Alcohol	782'940
		60

**Nombre de recherche retenue, (1)****Article retenu :**

Beckham N. (2006). Motivational interviewing with hazardous drinkers. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, Volume 19, Issue 2, 103-110.

**7. RESULTAT**

Afin d'analyser la problématique de consommation abusive d'alcool chez les personnes âgées, nous avons récolté les informations fournies par neuf recherches scientifiques. Ses recherches, mettent en avant pour la majorité d'entre elles, la problématique de consommation abusive soit en établissement médico-social, en établissement social ou en milieu de soins primaires. Le restant des études, s'est penché sur les interventions infirmières, pouvant être mises en place dans ce type de situation.

Suite à l'analyse des différentes recherches, une récolte de données a été réalisée afin que ces études soient analysées selon une grille construite à cet effet. La récolte de données, a permis d'en ressortir les résultats, qui seront catégorisés par la suite. Les résultats ont pu être synthétisés. À partir de cela, nous avons pu définir cinq thèmes principaux que voici :

- Politique institutionnelle
- Considération professionnelle
- Caractéristiques sociales, démographiques et cliniques
- Méthodes de dépistage
- Les Interventions infirmières

## **7.1 Politique institutionnelle**

Selon Leurs, Huvent-grelle, Lelievre-Leroy, Roche & Puisieux (2010), tous les établissements étudiés proposaient du vin ou de la bière lors du déjeuner ou du dîner. De plus, certains proposaient même des apéritifs. C. Klein & Jess (2002), nous informe qu'il existe un déficit de sensibilisation ainsi que de formation, de la part des établissements étudiés à l'égard de leurs personnels, concernant la consommation abusive d'alcool chez les résidents.

### **Résumé**

À la vue de ces résultats, ces deux études nous apprennent, qu'il existe bel et bien un rôle de politique institutionnelle. Dans notre cas, nous prenons acte d'une attitude institutionnelle permissive. C'est-à-dire que le résident concerné, bénéficie dans la plupart des établissements étudiés un accès libre à l'alcool. On remarquera également un déficit en matière de politique de sensibilisation et de transmission d'informations à l'égard du personnel soignant. En effet, on nous indique une absence d'offre en formation vis-à-vis de la problématique de consommation abusive d'alcool chez les résidents.

## **7.2 Considération professionnelle**

C. Klein & Jess (2002), nous indique que l'équipe infirmière, ainsi que l'ensemble du personnel de maison disent négliger les problèmes de consommation, chez certains de leurs résidents malgré leurs connaissances de ceux-ci. Selon les mêmes auteurs, la consommation abusive a été pris en compte, que lorsque celle-ci était à la source de problématique comme : des complications somatiques suite à des interactions entre l'alcool et des médicaments, des comportements belliqueux envers les personnes, les résidents ou les familles, des troubles mnésiques ainsi que des épisodes confusionnels. Néanmoins, la même étude nous indique, que les infirmiers seraient les plus à même de gérer et de prendre en charge ce type de problématique.

### **Résumé**

Ces résultats, nous démontrent le manque de considération du corps infirmier vis-à-vis de la consommation d'alcool et leurs conséquences. En outre, lorsque les problèmes apparaissent la question est soulevée. Toutefois, malgré cela, l'étude en question, nous signale l'importance à considérer l'infirmier comme le professionnel le plus apte à la gestion de cette problématique.

### **7.3 Caractéristiques sociaux, démographiques et cliniques**

Selon Leurs, Huvent-grelle, Lelievre-Leroy, Roche & Puisieux (2010), les consommateurs excessifs sont pour la plupart d'entre eux, plus jeunes que la moyenne des résidents de l'établissement. Ceci est également confirmé et signalé dans l'étude de Weyerer, Schufele & Zimber (1999) ainsi que celle de M. Cummings, Cooper, Johnson (2013). Ces mêmes études ont également fait état, qu'il existait une plus grande prévalence d'hommes seuls ou célibataires dans leurs populations respectives de consommateurs excessifs. Ce qui ressort également de nos résultats, c'est la susceptibilité des hommes ayant un faible niveau de vie, ou vivant avec un revenu restreint, à consommer de l'alcool de manière excessive, M. Cummings, Cooper, Johnson (2013). on nous indique que la dépendance à d'autres substances (ex : tabac) ou une toxicomanie associée présente ou passée, serait un indicateur intéressant à la susceptibilité d'un individu, à avoir un comportement abusif avec l'alcool, M. Cummings, Cooper, Johnson (2013). Selon Weyerer, Schufele, Zimber (1999), les troubles du comportement sont également un indicateur intéressant. Cette étude, met en lumière que les comportements tels que l'irritabilité, la non-coopération ainsi que le risque suicidaire est relativement fréquent chez les résidents ayant une consommation abusive, ou une dépendance à l'alcool. Le risque de chute est aussi mis en avant. Weyerer, Schufele, Zimber (1999) énoncent, que dans leur étude les chutes étaient relativement élevées, chez les résidents ayant des problèmes de consommation d'alcool.

### **Résumé**

Ces résultats nous informent sur les différentes caractéristiques pouvant être associées à l'individu ayant une consommation abusive d'alcool. Ce sont majoritairement des hommes, le plus souvent célibataires ou vivants seuls. Ils ont des difficultés financières, ou n'ont pas un revenu très élevé. De plus, ils sont pour la plupart du temps associés à des comportements addictifs à d'autres substances, comme le tabac. Ils sont également sujets à des troubles du comportement et accumulent généralement un grand nombre de chutes.

### **7.4 Méthodes de dépistage**

#### **7.4.1 Le CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener) (voir annexe 2).**

Selon Lang, B. Wallace, A. Huppert & Melzer (2007), le questionnaire Cage est un outil nécessaire dans le diagnostic et la détection des consommateurs abusifs. Cage questionnaire, est un outil basé sur 4 questions permettant d'estimer si la consommation d'alcool est problématique voire abusive. Les quatre questions du questionnaire sont les suivantes :

- Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ?
- Avez-vous déjà ressenti le besoin d'abaisser votre consommation d'alcool ?
- Avez-vous déjà ressenti le besoin d'abaisser votre consommation d'alcool ?
- Avez-vous déjà eu le besoin de boire de l'alcool en vous réveillant pour calmer vos nerfs ou pour faire passer une « gueule de bois » ?
- Avez-vous déjà été ennuyé par des remarques d'autrui critiquant votre consommation d'alcool ?

Cet outil est utilisé par les auteurs, afin de dépister les personnes âgées considérées comme consommatrices abusives d'alcool.

#### **7.4.2 Le questionnaire Audit (voir annexe 3)**

«Le questionnaire Audit est développé sous l'égide de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé). Il explore les comportements des douze derniers mois.» (Automesure, 2002). Selon Lock A. C. & Kaner (2003) ainsi que Beckham N (2006), cet outil est utilisé pour identifier les participants à l'étude, considérée comme consommateurs abusifs et à risques.

### **7.5 Les Interventions infirmières**

#### **7.5.1 Les interventions brèves (the brief intervention)**

Selon, Dunn, C., Deroo, L. & Rivara, P. F (2001), les interventions brèves pour les consommateurs excessifs d'alcool, constituent un éventail d'activités caractérisées par leurs faibles intensités et leurs courtes durées d'application. Elles vont de 5 minutes avec de simples conseils, sur la façon de réduire la consommation dangereuse, à plusieurs sessions de brèves interventions. Destiné à une intervention précoce, avant ou peu après l'apparition de problèmes liés à l'alcool, les interventions brèves visent à accroître la motivation du sujet concerné et poussent au changement d'habitudes de consommation. Ces procédures sont résumées ci-dessous :

Procédures de l'intervention brève:

- Résultat du dépistage.
- Identification des risques et conséquences, puis en discuter.
- Fournir des conseils médicaux.
- Solliciter l'engagement du patient.
- Identifier la consommation et mettre en place un objectif de diminution de celle-ci.
- Donner des conseils et des encouragements

Selon les mêmes auteurs, les interventions brèves additionnées à des séances d'entretien motivationnel, ont montré leur efficacité vis-à-vis des problématiques d'abus de substances, ou de toxicomanie. Cependant, il est important que le test Audit ainsi que les interventions brèves soient indissociables. L'un permet le dépistage, l'autre permet d'intervenir de manière rapide et ne nécessite pas de spécialiste. C'est-à-dire que l'infirmier, est à même de réaliser ce type d'intervention et les études ont démontré son efficacité.

### **7.5.2 L'entretien motivationnel**

Selon R. Miller & Rollnick (2002) « l'entretien Motivationnel est une approche directive, centrée sur la personne, qui aide à explorer et à résoudre l'ambivalence face à une habitude de vie dans le but de parvenir à un changement de comportement ». (R. Miller & Rollnick, 2002, p.22).

Les principes fondamentaux :

1. Faire preuve d'empathie.
2. Développer la divergence.
3. Rouler avec la résistance.
4. Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle.

Selon, Dunn, C., Deroo, L. & Rivara, P. F (2001) l'entretien motivationnel est une méthode d'intervention efficace pour les problématiques d'abus de substances, même si elle est réalisée par des infirmiers. De plus, Beckham N. (2006) nous indique dans son étude que l'entretien motivationnel est efficace et que les résultats étaient significatifs. L'étude nous précise également que suite à ce type d'entretien, les buveurs qui ont participé à l'étude, ont montré une diminution de leur consommation d'alcool. L'outil est intéressant, car il a montré son efficacité dans son utilisation, par des professionnels infirmiers. En effet, Beckham N. (2006) démontre l'importance du corps infirmier dans la participation à ce processus de changement, réalisé dans le cadre d'un partenariat. De plus, elle indique le fait que les infirmiers sont plus à même à fournir des soins continus complets aux buveurs excessifs, dans le sens où ce corps de métier, pourra affiner le diagnostic et améliorer la prise en charge, en intégrant la famille et les collaborateurs. C'est cette place de « pivot » qui intéresse l'auteur et qui montre la nécessité et le bénéfice que peuvent tirer les deux parties, (bénéficiaire, entourage et infirmier) à l'application de ces outils.

## **8. DISCUSSION**

Au travers de ce chapitre, nous allons procéder à l'analyse et à la discussion des différentes données récoltées, via les articles scientifiques sélectionnés. De ce fait, nous discuterons des résultats obtenus en lien avec les deux cadres de références choisis. Cette procédure a pour but de mettre en évidence, des perspectives d'interventions infirmières, nécessaire à la pratique. Elle a également pour objectif de répondre à notre question de recherche qui est :

**Quelles sont les interventions infirmières auprès des personnes âgées résidentes au sein d'un lieu de vie concernant leurs consommations abusives d'alcool ?**

### **8.1 Critique de notre revue de littérature**

Nous avons sélectionné et retenu un totale de neuf articles scientifiques (n=9). Aucune de ses neufs recherches ne répond complètement à notre question de recherche. Toutefois, chacune d'entre elle comporte un élément de réponse, nécessaire à l'argumentation des résultats, ainsi qu'à la réponse de notre problématique. Ces articles scientifiques ont été sélectionnés sur la base de critères méthodologiques précis (introduction, méthode, résultats, conclusion). Il devait être l'œuvre de plus de un auteur et comporter les divers chapitres relatifs à un article scientifique. Cependant, nous signalons que certains articles comportaient certaines lacunes comme un devis non clairement cité ou des chapitres pas clairement désignés. Afin d'obtenir un ensemble d'informations pertinentes, ces articles ont par la suite été analysés selon une grille d'analyse, afin de connaître le champ d'étude

auxquelles se sont intéressés nos articles sélectionnés. Les publications de l'ensemble des recherches, se situent entre les années 1999 et 2013.

À défaut d'avoir des articles scientifiques ciblant précisément notre problématique, ainsi que notre question de recherche, nous avons constitué une revue de littérature via de multiples articles pouvant potentiellement apporter des éléments de réponse. De ce fait, nous avons inclus au sein de notre revue, des articles s'intéressant aux diverses caractéristiques propres aux consommateurs abusifs. D'autres, ont porté leurs sujets sur la prévalence de la problématique, liée à une consommation abusive, ainsi que les divers niveaux de consommation de ces derniers, à travers diverses institutions. Un article mettait en évidence, le parallèle qu'il existait entre la consommation d'alcool et la santé cognitive et psychique du consommateur. L'intérêt de certains articles, se porte également sur les différentes politiques institutionnelles, vis-à-vis de la consommation d'alcool ainsi que sur les attitudes et les connaissances des professionnels de la santé, vis-à-vis de ce sujet. Enfin, nous avons également sélectionné des articles ayant pour sujet d'intérêt, les interventions infirmières exercées à l'égard des consommateurs excessifs d'alcool. Cependant, il est toutefois important de signaler certaines limites propres à certains articles sélectionnés. Selon Leurs (2010), auteur d'un article ayant pour but de déterminer le niveau de consommation d'un certain nombre d'établissements, ainsi que les caractéristiques des consommateurs, signale tout de même, que l'ensemble des résultats obtenus ne sont pas généralisables car les nombreuses études réalisées sur le sujet n'ont pas délimité la population étudiée selon les mêmes critères d'inclusions et d'exclusions. Ceci, nous démontre donc que nous avons pu être confrontés à des articles nous exposant le phénomène de consommation d'alcool de manière excessive, pour une population précise, comme majeur. Toutefois, cette étude est incapable de tirer des conclusions relatives à la réalité vécue par diverses institutions sur le terrain. Une autre étude, relate certaines imperfections quant à l'évaluation de la consommation d'alcool. En effet, selon Lang (2007), l'évaluation de la consommation excessive d'alcool est complexe. C'est pourquoi, il existe un risque d'y avoir des imperfections, quant à l'établissement du diagnostic.

Il est également important de signaler d'autres lacunes propres à notre revue de littérature. Notre population cible à laquelle nous nous intéressons sont les personnes âgées résidentes au sein de lieux de vie. Cependant, nous n'avons pas eu accès qu'à des articles s'intéressant à la problématique de la consommation excessive d'alcool, en rapport avec notre population cible. De ce fait, nous nous sommes résignés à choisir pour la même problématique des articles avec une population cible différente. Pour ce faire, nous avons

choisi comme population, les personnes adultes résidentes en lieu de vie, afin de ne pas fausser les résultats et rester fidèle à notre thème et question de recherche.

## **8.2 Discussion des résultats**

Nous allons discuter des différents résultats obtenus suite à l'analyse de notre revue de littérature. Dans ce chapitre, nous allons donc mettre en lien les résultats avec les deux cadres de références choisis ultérieurement (l'approche humaniste de Carl Rogers et le seuil bas). L'objectif, étant de pouvoir mettre en évidence les concordances existantes entre les résultats et les cadres de référence.

### **8.2.1 L'approche humaniste de Carl Rogers**

Ce cadre de référence, nous permettra d'établir le lien entre les résultats obtenus et l'approche humaniste de Carl Rogers. Dans notre contexte, il s'agit d'une entrée en communication et en relations entre un professionnel infirmier et une personne âgée sujette à une consommation abusive d'alcool. L'approche humaniste de Carl Rogers, a été utilisée à maintes reprises lors de nos différents stages. En effet, lors de l'adoption d'une attitude respectueuse et non jugeant à l'égard des bénéficiaires en soins, nous nous sommes référées à cette théorie. Comprendre pour mieux accompagner, écouter afin de soutenir le patient dans son processus de changement et d'évolution, nous paraissait en totale cohérence avec la mise en œuvre de cette approche. Au travers des différents résultats obtenus, nous pouvons de manière efficace transposer ce cadre de référence. C Klein & Jess (2002), nous apprennent au travers de leur recherche, que les infirmiers seraient les professionnels les plus aptes à prendre en charge les personnes âgées sujettes à des consommations abusives d'alcool. Toutefois, nous ne considérons pas que l'infirmier soit en charge d'apporter une solution toute faite vis-à-vis de cette problématique. Rogers dit: « c'est le client lui-même qui sait ce dont il souffre, dans quelle direction il faut chercher, ce que sont les problèmes cruciaux et les expériences qui ont été profondément refoulées (Rogers, 1968, p.11). Il y'a ici donc une notion de partenariat avec le professionnel infirmier. En effet, étant donné notre problématique, l'infirmier ne peut pas se contenter d'entrer en communication et aborder le sujet sans un réel but thérapeutique. La personne ayant un problème de consommation, qu'il en soit conscient ou non, mérite qu'il soit pris en charge de manière adéquate. Éviter de casser le lien, éviter la fuite ou la moralisation semble évident. Toutefois, à nos yeux, il nous semble important de considérer que les attitudes communicationnelles (empathie, congruence, considération positive inconditionnelle, reformulation) soient les plus aptes à donner naissance, au résultat souhaité. Selon Rogers,

il existe donc une possibilité d'évolution chez le patient, que si le thérapeute, qui accompagne ce dernier, respecte certaines règles à savoir:

- adopter une attitude de non-jugement, de respect, d'acceptation de l'autre sans poser de conditions.

Selon nos résultats, l'infirmier a été désigné comme étant l'élément le plus apte à prendre en charge, ce type de problématique. Toutefois, si nous mettons en lien ceci avec le cadre choisi, il est alors essentiel que le professionnel en question se doive d'adopter la posture prônée par Carl Rogers. Un autre résultat nous permet également de mettre en évidence notre cadre de référence. Selon R. Miller & Rollnick (2002) « l'entretien motivationnel est une approche directive, entrée sur la personne, qui aide à explorer et à résoudre l'ambivalence face à un changement de comportement ». (R. Miller & Rollnick, 2002, p.22).

Pour ce faire, il est nécessaire d'adopter un certain comportement. Il faut:

- faire preuve d'empathie, développer la divergence, rouler avec la résistance et renforcer le sentiment d'efficacité personnelle.

Cet outil utilisé par des professionnels semble mettre en avant une attitude majeure de l'approche humaniste de Carl Rogers, l'empathie. En effet, selon Auderset (2011), l'empathie peut être décrite comme une méthode permettant « l'aidant à voir au-delà du comportement extérieur de l'autre pour comprendre intensément son expérience intérieure à un moment précis » (Auderset, 2011, p.27). Selon Dunn. C, Deroo. L & Rivara (2001), l'entretien motivationnel est une méthode d'intervention efficace pour les problématiques d'abus de substances. De ce fait, on prend donc acte de la nécessité d'adopter des attitudes rogériennes comme l'empathie, afin d'user de l'outil de manière correcte. Le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle, occupe également une place importante au sein de l'approche humaniste. Selon Rogers, « chaque individu a en lui des capacités considérables de se comprendre, de changer l'idée qu'il a de lui-même, ses attitudes et sa manière de se conduire, il peut puiser dans ces ressources, pourvu que lui soit assuré un climat d'attitudes psychologiques « facilitatrices » que l'on peut déterminer ». (Rogers, 1962, p.1). On comprend donc qu'au travers de l'entretien motivationnelle, l'infirmier mobilise à cet effet des attitudes rogériennes, qui doivent être considérées par le professionnel, s'il désire agir adéquatement lors de son approche avec la personne âgée sujette à une consommation abusive d'alcool.

### 8.2.2 Le seuil bas

Nous allons enfin via ce dernier cadre de référence, mettre en relation le reste des résultats avec le concept du seuil bas.

Selon Leurs, Huvent-grelle, Lelievre-Leroy, Roche & Puisieux (2010) et Weyerer, Schufele & Zimber (1999), les individus concernés par une consommation abusive d'alcool sont majoritairement des hommes, le plus souvent célibataires ou vivants seuls. Ils ont des difficultés financières ou n'ont pas un revenu très élevé. De plus, ils sont pour la plupart du temps associé à des comportements addictifs à l'égard d'autres substances, comme le tabac. Ils sont également sujets à des troubles du comportement et accumulent généralement un grand nombre de chutes. Ses différentes indications, nous permettent de globaliser sans la volonté de généralisation les critères sociaux, démographiques et cliniques qui sont très souvent observables, chez les consommateurs abusifs d'alcool. Ceux-ci, ne répondent pas directement à notre question de recherche. Toutefois, dans la volonté du professionnel infirmier à vouloir prévenir les effets indésirables d'une consommation abusive, il est primordial qu'il soit capable de cibler son intérêt. C'est pourquoi, il nous semble important que ses caractéristiques soient connues et mis en lumière, afin de prévenir et de reconnaître le profil susceptible, selon ces études, d'avoir un tel comportement vis-à-vis de l'alcool. Tout ceci est d'autant plus intéressant, que le risque de chute, plus grand chez ce type de personne, invite notre conscience infirmière à prendre ses résultats avec sérieux. La problématique des chutes étant fortement prise en considération dans le domaine de la gérontologie, le fait que la consommation abusive d'alcool est un des facteurs important, réconforte l'utilité de ce travail. Le seuil bas, s'inscrit dans le courant de l'approche de la réduction des « risques » visant l'hygiène et le maintien du lien social avec les usagers de drogues et d'alcool. Afin de parvenir à cet objectif, il est essentiel que l'infirmier soit en mesure de reconnaître les personnes susceptibles d'avoir un problème de consommation d'alcool. Pour ce faire, le professionnel, doit être capable de cibler ses observations, en usant de son savoir théorique et de son expérience, dans le but de reconnaître les sujets à risque, à ceux qui vivent déjà une situation problématique. De ce fait, si le seuil bas met en avant l'approche de la réduction des risques, alors le professionnel doit entrer en contact avec le sujet concerné. Il est donc évident, qu'une approche thérapeutique se basant sur le concept du seuil bas, ne peut s'exercer efficacement, que si l'infirmier est en connaissance des différentes caractéristiques sociales, démographiques et cliniques, qui sont très souvent observables chez les consommateurs excessifs d'alcool.

Selon Lang, B. Wallace, A. Huppert & Melzer (2007), le questionnaire Cage est un outil nécessaire dans le diagnostic et la détection des consommateurs abusifs. Cet outil est utilisé par les auteurs, afin de dépister les personnes âgées, considérées comme consommateurs abusifs d'alcool. Selon Lock A. C. & Kaner (2003) ainsi que Beckham N (2006), cet outil est utilisé pour identifier les participants à l'étude, considérée comme consommateurs abusifs et à risque.

Ces outils de dépistage, mis en évidence à la suite de l'analyse de différents articles, sont intéressants. En effet, ces outils vont permettre à l'infirmier de pouvoir en cas de suspicion vis-à-vis d'un résident ou dans un but de confirmation d'observation, vérifier ses hypothèses à l'aide de ces questionnaires. Toutefois, il est à préciser que seul l'outil CAGE a été utilisé envers une population âgée. Cela pose donc une question sur la fiabilité du test AUDIT, développé par l'OMS, à l'égard de la population âgée. En effet, dans les études en question, on ne précise pas la limite d'âge maximal à l'utilisation de ce test. Toutefois nous sommes en droit de nous poser la question, sachant que l'OMS selon Leurs, Huvent-grelle, Lelievre-Leroy, Roche, Puisieux (2010), définit le consommateur excessif comme étant celui qui s'adonne à une consommation supérieure à 3 verres de vin ou équivalent par jour. Néanmoins, les mêmes auteurs nous signalent que cette échelle d'évaluation peut être remise en question, par le fait que la personne âgée n'est pas aussi tolérante que le sujet adulte, vis-à-vis de l'alcool. Par conséquent, la fiabilité des outils peut être discutée. Cependant, nous comptons les exposer en tant que moyens permettant de prévenir les effets indésirables de la consommation abusive d'alcool chez les personnes âgées, malgré l'imprécision qu'il pourrait induire, en étant utilisé sur cette population. Selon Stigler, Quinche & Bonsack (1999), le principe de base du seuil bas, est d'aller vers les personnes les plus démunies, majoritairement des toxicomanes chroniques, des personnes ayant des troubles de la personnalité grave: « borderline » et « patients difficiles ». Il a également pour but de favoriser la création et le maintien d'un lien entre le thérapeute et le bénéficiaire, afin d'éviter la rupture. Le seuil bas, engage aussi le renoncement à un programme thérapeutique trop exigeant. De ce fait, nous partons du principe « en parler, c'est commencer à soigner ». Au travers de nos résultats, nous voyons que le personnel infirmier a en sa disposition, des outils lui permettant d'approcher le sujet concerné, par une consommation abusive d'alcool et aborder le sujet. En effet, malgré les irrégularités citées précédemment, de ces outils utilisés sur notre population cible, ils sont d'après nous, des outils qui vont pouvoir être utilisés afin d'aborder le sujet de la consommation excessive d'alcool et vont pouvoir briser les tabous et les non-dits existants, au sein de l'environnement professionnel. De ce fait, l'infirmier n'aborde pas le sujet concerné dans le but de l'amener à un changement de comportement radical, mais lui permettre de changer, en établissant la relation par le biais

de ces outils. Le seuil bas, décrit l'infirmier comme un facilitateur de la communication. Il informe le patient qu'il n'y aura pas de guérison totale, mais une aide et un accompagnement, ce qui va permettre au patient de faire un projet de vie à long terme et de se sentir responsable.

Selon, Dunn, C., Deroo, L. & Rivara, P. F (2001), les interventions brèves additionnées à des séances d'entretien motivationnel, ont montré leurs efficacités vis-à-vis des problématiques d'abus de substances ou de toxicomanie. Cependant, il est important que le test Audit ainsi que les interventions brèves soient indissociables. L'un permet le dépistage, l'autre permet d'intervenir de manière rapide et ne nécessite pas de spécialiste. C'est-à-dire que l'infirmier est à même de réaliser ce type d'intervention et les études ont démontré son efficacité. De plus, il serait fortement imaginable qu'au sein du lieu de vie, les infirmiers puissent intervenir à l'égard de personnes âgées par le biais de cette méthode qui comme précisé ci-dessus, ne nécessite pas énormément de temps et permet de mettre en place une intervention dans un contexte de partenariat entre l'infirmier et le bénéficiaire de soins. Selon, Dunn, C., Deroo, L. & Rivara, P. F (2001), les interventions brèves, ont montré leur efficacité vis-à-vis des problématiques d'abus de substances ou de toxicomanie. Sur la base du concept de seuil bas, les interventions brèves peuvent être mises en place. Toutefois et malgré les contraintes, citées précédemment, on peut considérer que cette approche envers les personnes âgées concernées par notre problématique, n'aboutisse guère à l'effet escompté. Cependant, celui-ci peut être utilisé comme vecteur relationnel, entre le professionnel infirmier et le bénéficiaire. Le résultat final importe peu, ce qui compte, c'est l'engagement, la prise de conscience et le dialogue à propos de la consommation d'alcool excessive. Les interventions brèves vont de cinq minutes, de simples conseils sur la façon de réduire la consommation dangereuse à plusieurs sessions de brèves interventions. Les interventions brèves, visent à accroître la motivation du sujet concerné et poussent au changement d'habitudes de consommation. Le concept de seuil bas, signale que la relation doit être également basée sur une véritable mutualité, un système stable, des règles claires, un rythme adapté et une continuité des soins. Tout comme les interventions brèves qui doivent être engagées selon un cadre précis, le seuil bas, fait également acte d'une attitude thérapeutique basée sur un cadre spatio-temporel réglementé. Les interventions brèves évoquent également une évolution du bénéficiaire par palier, via plusieurs sessions d'interventions brèves. Le seuil bas, indique au travers des attitudes thérapeutiques à adopter, que l'évolution favorable et le changement doivent se faire lentement. Pas plus d'un changement ou d'un objectif à la fois. Enfin, nous pouvons conclure à la vision de ses différentes interactions existantes, que le seuil bas est un concept en étroite relation théorique et conceptuelle avec les différents résultats mis en évidence.

**Réponse à la question de recherche :**

Suite à l'exposition de nos résultats, ainsi que leurs mise en lien avec nos deux cadres de références, nous sommes désormais en mesure de répondre à notre question de recherche. Quelles sont les interventions infirmières, auprès des personnes âgées résidentes au sein d'un lieu de vie, concernant leurs consommations abusives d'alcool ?

Nous avons pu mettre en évidence cinq catégories de résultats, comportant pour chacune d'entre elles un ou des éléments de réponse. De plus, la mise en lien de ceux-ci avec nos cadres de références, permettront de mettre en évidence, les réelles possibilités d'utilisation des divers résultats, dans la pratique quotidienne de l'infirmier, auprès de la population cible. Afin de répondre à cette question, nous allons premièrement revenir sur les principaux fondements de nos deux cadres de références. Selon Rogers, « chaque individu a en lui des capacités considérables de se comprendre, de changer l'idée qu'il a de lui-même, ses attitudes et sa manière de se conduire, il peut puiser dans ces ressources pourvu qu'il a de lui-même, ses attitudes et sa manière de se conduire, il peut puiser dans ces ressources, pourvu que lui soit assuré un climat d'attitudes psychologiques « facilitatrices » que l'on peut déterminer » (Rogers, 1962, p.1). Aucun de nos articles ne met en lumière la manière dont l'infirmier pourrait approcher le bénéficiaire et aborder avec lui la problématique. Hormis des constations, des explications, à propos des causes et autres conséquences de la consommation excessive d'alcool, on en ressort aucunement avec une information pertinente, concernant l'intervention que doit adopter l'infirmier dans le cadre d'une prise en charge globale. Allier outils de dépistage, informations concernant les caractéristiques propres aux buveurs excessifs, reconnaître les signes du comportement problématique avec une attitude thérapeutique, basée sur une conception de soins définis et confirmée, nous permettra de nous avancer à l'énonciation d'une façon de faire adéquate. Reconnaître le sujet à risque, aborder le sujet, communiquer à propos de la problématique, faire usage de l'entretien motivationnel, en adoptant une attitude réfléchie et constructive. Faire preuve d'empathie, de congruence, d'authenticité et de respect au moment de la relation, permettra d'asseoir une stabilité relationnelle et une confiance entre les divers intervenants. Toutefois, en adoptant une attitude rogérianne, l'infirmier met à contribution le bénéficiaire et lui permet de garder un contrôle sur la situation et tirer les bénéfices d'un soin en coopération. Celui-ci, peut alors mieux accepter le soins et accepter de briser le tabou de la consommation de l'alcool, si il existe. Le seuil bas, c'est lorsque le soignant avec l'accord du bénéficiaire met en place de petits objectifs, sur une durée déterminée et considérer comme une victoire non seulement le changement radical, mais également les petites améliorations, les débuts ou les volontés de changement et d'amélioration. Dans cette optique, les outils de dépistages, peuvent être utilisés à l'image du cheval de Troie, comme des moyens d'entrer en contact

avec le consommateur abusifs et aborder la question. Sachant, que ces outils ne sont pas faits pour être utilisés envers les personnes âgées, l'infirmier peut toutefois les utiliser dans son intervention, à des fins plus modestes que celui de l'évaluation du taux de consommation. Après avoir repéré le sujet probablement concerné par la question, l'outil de dépistage est alors une porte d'entrée sur la question et le sujet peut alors être abordé. Dans ce sens, le seuil bas colle bien à la direction que nous voulons donner à nos interventions. En parler, c'est commencé à soigner, en utilisant les moyens à disposition. L'objectif ici est mesuré, il s'agit de briser le tabou, de mettre en lumière le problème et non changer le bénéficiaire et attendre de lui qu'il change radicalement, sa manière de boire.

Les interventions sont donc les suivantes:

- Utilisation du savoir infirmier théoriques et pratiques, ainsi que les informations fournies par les articles, à propos des caractéristiques propres aux buveurs abusifs, afin de reconnaître et détecter les sujets concernés.
- Adopter une attitude relationnelle lors des entretiens motivationnels ou lors du soulèvement de la question, en cohérence avec les principes rogérien.
- Ne pas surévaluer les objectifs, accepter la difficulté de communication, vis-à-vis de la problématique. Respecter le rythme du patient et utiliser les outils de dépistage, comme moyens de rentrer en relation. Garder en tête le principe suivant: en parler, c'est commencer à soigner.

## 9. PERSPECTIVE PROFESSIONNELLE

À la suite de la mise en lumière des résultats et des analyses en lien avec les cadres de référence, nous pouvons mettre en avant, diverses perspectives. Premièrement, nous constatons une multitude d'indicateurs à prendre en compte, concernant les résultats. À la lecture des divers articles issues de notre revue de littérature, nous pouvons nous avancer assurément au constat suivant : la problématique concernant la consommation excessive d'alcool chez les personnes âgées résidentes en lieu de vie et encore peu abordé et nécessite au regard de notre revue de littérature, une augmentation de recherches sur le sujet. Toutefois et malgré ce fait établi, un intérêt certain peut être adressé à certains résultats mis en lumière. En effet, la politique institutionnelle, les considérations professionnelles, les caractéristiques sociaux, démographiques et cliniques, les méthodes de dépistage ainsi que les interventions infirmières sont de ceux-ci. Néanmoins, nous n'occultons en aucun cas, la réalité de ces résultats qui sont le produit d'articles comportant, des imperfections ou des manquements. Il nous est donc impossible d'avancer l'idée que ces résultats peuvent être généralisés et présentés, à l'adresse des infirmiers, comme une solution ou une réponse définitive à notre question de recherche. Cependant, ceux-ci peuvent être considérés comme un embryon de réponse, née d'un déficit d'articles percutants et ciblant précisément notre question de recherche. Malgré cela, nous considérons que selon l'objectif et le but que nous mettons en avant dans notre étude, les infirmiers peuvent se baser sur ses différents résultats, dans la perspective d'une future approche, avec ce type de patient. En effet, si nous nous focalisons sur le fait que notre intérêt premier à ce stade est d'être capable de reconnaître et détecter la personne âgée, sujettes à une consommation abusive d'alcool et parvenir à aborder le sujet avec cette dernière, alors oui, l'utilité de ces résultats existent. Nous avons également pu prendre acte de l'ampleur du problème et les conséquences directes et indirectes de celui-ci. On peut alors imaginer que la mise en avant des informations, puisse stimuler l'intérêt des professionnels à la considération de la consommation d'alcool, à l'égard de notre population cible. Cette étude, peut également se révéler intéressante à l'égard des établissements, accueillant des personnes âgées, dans le but d'instaurer dans leurs priorités institutionnelle, la surveillance et la prévention des risques liées à une consommation excessive d'alcool. Il serait intéressant que les futures recherches sur le sujet, mettent en évidence d'autres interventions infirmières appropriées, à notre population cible. Il est également important de mettre en place des outils pouvant évaluer la consommation de ces personnes âgées. En effet, aucuns outils mis en lumière par notre revue de littérature, n'étaient adaptés à notre population. Il est essentiel, d'avoir un plus grand échantillon de population (personnes âgées résidentes en milieu de vie) afin de pouvoir évaluer de manière plus concrète, les conséquences réelles, d'une consommation excessive d'alcool, au sein de l'établissement.

De ce fait, nous prenons acte que malgré certains manquements, cette revue de littérature peut apporter de nouvelles perspectives, à l'égard des professionnels infirmiers et sensibiliser cette population, à la problématique évoquée. En réalité, nous sommes amenés à nous poser de multiples questions. Il y'a de fait, aucune perspective, sans une profonde réflexion à propos de la problématique. Nous soulevons deux questions primordiales qui nous ont suivis tout au long de ce travail. Pourquoi, existe-t-il si peu d'intérêt de la part des chercheurs à soulever la problématique de la consommation d'alcool, chez la personne âgée. Quelles seraient les intérêts réels des professionnels infirmiers ainsi que des institutions concernées à se pencher sur la question ? Bien évidemment, nous répondons guère, ou que très partiellement à ces questions. Toutefois, ces questions pourront être à l'origine des futures recherches et articles scientifiques. Nous réalisons que ce sujet peut paraître aux yeux du corps infirmier, comme confrontant. Ceux-ci, peuvent voir remettre en questions leurs pratiques quotidienne, ainsi que leurs considérations envers leurs bénéficiaires en soin. En aucun cas, nous remettons en cause la capacité des infirmiers, à garantir à l'égard d'une population concernée, une prise en charge globalisante adéquate. Toutefois, au travers de ce travail, nous réalisons que l'immobilisme et la permanence des problèmes à intérêt prioritaire ou majeur, n'existent pas. Chaque époque, chaque particularisme démographique et social, apporte son lot de questionnements et de problématiques. Ce qui n'est pas ou très peu considéré aujourd'hui, le sera peut-être demain. Nous estimons alors que l'infirmier, dans sa perpétuelle analyse de la société, adapte sa pratique et sa manière de voir les choses et d'expliquer les événements. Rediriger l'attention et mobiliser celui-ci, voilà le but de notre revue de littérature. Au travers de cette objectif, nous avons le sérieux avantage de mettre en lumière, les sujets qui nous paraissent important, à aborder. Les conséquences somatiques et relationnels d'une consommation excessive d'alcool chez la personnes âgés en milieu de vie, les outils de dépistage permettant une réelle appréciation du niveau de consommation ainsi que les diverses interventions infirmières, permettant la prévention de ce type de comportement, devront selon nous, être abordés par les futurs recherches. Comprendre et expliquer les événements afin que l'infirmier dans son action quotidienne puisse jouir de coups d'avances, dans l'avènement inévitables, de certains phénomènes.

## 10. LIMITE DE LA REVUE DE LITTÉRATURE

Avant d'évoquer les limites de cette revue de littérature, il est primordial de signaler que cette étude est le fruit de notre première expérience en matière de recherches scientifiques. La première limite qui nous vient à l'esprit est celle de la langue. En effet, la majorité de nos articles sont en langue anglaise. De ce fait, nous avons peut-être eu des difficultés quant à la compréhension de ces différents textes. C'est pourquoi, il est possible que nous n'ayons pas pu saisir toutes les subtilités relatives à ceux-ci. Nous évoquons également le contexte géographique, d'autant plus que notre sujet met en avant le thème de l'alcool. Chaque pays porte en lui une approche personnelle, vis-à-vis de l'alcool. Il existe une histoire, un environnement, une considération ainsi qu'une sensibilité propre à chaque société à l'égard de l'alcool. Il aurait donc été préférable que nos articles ciblent la Suisse comme zone géographique choisie. C'est pourquoi, il est délicat de se prononcer sur quelconques généralités ou conclusion émise par ces recherches. Nous relevons également le déficit d'articles dont le sujet porte sur le problème de la consommation excessive d'alcool chez les personnes âgées. Nous avons dû alors nous porter sur des articles s'intéressant à la population adulte. Il existe de ce fait, un évident manque de précision dans nos résultats et dans nos conclusions. Le sujet de la consommation d'alcool chez les personnes âgées est peu abordé dans la littérature scientifique, en particulier la littérature infirmière. Conséquence à cela, nous avons été contraints à piocher ici et là dans différents articles ne s'intéressant pas forcément à notre sujet précis. Enfin, nous avons, il est vrai, été fortement sollicité par la complexité des règles méthodologiques nécessaires à la rédaction d'un travail de recherches scientifiques digne de ce nom.

## CONCLUSION

Au terme de ce travail, nous tenons à évoquer les débuts riches en réflexions, qui nous ont mené à ce résultat. Au début, nous étions partis à la recherche des interventions infirmières, nous permettant de prévenir les conséquences, liées à la consommation d'alcool, chez les personnes âgées, en établissement médico-social. Au vu de la pauvreté en matière d'articles sur le sujet, nous avons dû rectifier la direction de notre étude. Toutefois, la consommation d'alcool chez les personnes âgées, demeure un sujet fort intéressant. Au vu de l'évolution démographique de notre pays, ce choix de problématique, sonne comme une évidence. Concernant notre question de recherche, notre étude a pu mettre en évidence des pistes de réflexions et d'interventions, dans le but d'améliorer l'attitude et l'approche du professionnel infirmier, à l'égard de la personne âgée, sujette à des consommations excessives d'alcool. Par le biais de ce travail, le rôle infirmier semble clairement mis à contribution. En effet, cette étude nous amène à réfléchir sur une probable évolution de la pratique, une accentuation de la sensibilisation du personnel infirmier, à l'égard de la problématique. De ce fait, ce travail peut être considéré comme un tremplin, permettant de rebondir sur ce sujet, afin que celui-ci soit exploré sur différents angles, dans de futures recherches. Tout au long de la réalisation de ce travail, nous avons appris à faire face, aux événements parfois perturbateurs et handicapants. Changement de thème, réajustement de problématique et conflit d'idées, au sein du groupe de départ. Toutefois, nous avons du très vite, prendre acte d'une réalité, celle de la rigueur scientifique. Celle-ci même, qui offre à l'auteur d'une revue de littérature, la liberté du thème et des idées, mais qui en impose le cadre, structurel, méthodologique et spatio-temporel. S'adapter au grès des événements, résonne pour nous comme la constante réalité, qui a rythmé cette réalisation. Bien entendu, loin de nous, la considération d'avoir adopté un comportement idéal, fut au long de ce processus. Cependant, à l'image de l'infirmier qui traîne tout au long de son parcours professionnel, un bagage conceptuel, nous nous sommes appuyés sur ceci, afin de construire au mieux et dans les meilleures conditions, ce travail.

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages/ Travaux de recherches/Brochures :

- Menecier, P., Boire et vieillir (2010). Boire et vieillir : comprendre et aider les aînés en difficulté avec l'alcool, Toulouse : Eres.
- Nadot M. (2009). Les constantes des pratiques professionnelles d'hier...au service de la discipline infirmière demain (pp. 107-131). In C. Sliwka et Ph. Delmas (Eds), Profession infirmière : quelle place et quelle pratique à l'avenir ? Perspectives professionnelles, pratiques innovantes, formation universitaire, recherche en soins. Paris : éd. Lamarre et Wolters Kluwer France.
- Rogers, Carl R., and William R. Coulson, eds (1968). Man and the Science of Man, Columbus, Ohio: Merrill publishing Company.
- Collomp, Rabatel. (2007/2008). Faut-il interdire l'alcool en EHPAD ? Mémoire. Université René Descartes-Paris V, Faculté Cochin-Port royal.
- Pierluigi Graziani. (2010). La consommation excessive d'alcool chez la personne âgée. Université de provence, Aix-en-Provence, France.
- LHERITIER Marie-Lise, (2012). Acceptation des aménagements du domicile par le sujet age à risque de chutes. Diplôme d'état. IFPEK Rennes.
- Mary C. Townsend. (2010). Soins infirmier psychiatrie et santé mentale, 2ème édition.
- Roh, F., & Terretaz, M. (2012). L'alcool, le dernier plaisir...vraiment ? Pratique professionnelle des assistants sociaux valaisans accompagnant les personnes en âge AVS dépendantes à l'alcool. HES/SO Valais, Suisse.
- Hardegger, Hassenhoeller, Scheuber & Rihs-Middel (2009). Prise en charge "bas seuil" et "intermédiaire" des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool: revue de littérature. FERARIHS Villars-sur-glâne.
- Office fédéral de la santé publique. (2007). Prévention et promotion de la santé en

Suisse. Berne: Office fédéral de la santé publique.

- Trivalle, C. (2009). Abrégés de Gériatrie préventive. Eléments de préventions du vieillissement pathologique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Rogers, Carl R. Le développement de la personne. (2005). InterEditions.

#### **Articles scientifiques :**

- Beck, C.T., Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J & Polit, D.F. (2007). Chapitre 7 : Trouver de la documentation et en faire l'analyse. Méthodes de recherche en sciences infirmières. 138-157. Québec: ERPI
- Rogers Carl. & Sanford, C. (2009). Client-Centered Psychotherapy: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, V. Ed. H. I. Kaplan and B. J. Sadock. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Rogers Carl. & Ph.D. (1975). Empathic: An Unappreciated way of being. *The Counselling Psychologist*, vol 5, No. 2-10. 1-16.
- Nadot Michel. (2008). La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel. In Clémence Dallaire, (Dir. par). *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*, chapitre 14, 359-382.
- Stigler M., et coll., (1999). « Dans la suite du « seuil bas » : le « minimum optimal » dans l'approche thérapeutique du patient difficile », in : *Revue médicale de la suisse romande*, 119, 429-435.
- Leurs, P., Huvent-Grelle, D., Lelievre-Leroy, S., Roche, j. & Puisieux, F. (2010). La consommation d'alcool en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est excessive. *La Presse Médicale*, Volume 39, Issue 12, 280-288.
- Weyerer, S., Schufele, M., & Zimmer, A. (1999). Alcohol problems among residents in old age homes in the city of Mannheim, Germany. *The Australian & New Zealand journal of psychiatry*, 33, 825-830.

- Lang, I., Wallace, R., Huppert, F., & Melzer, D. (2007). Moderate alcohol consumption in older adults is associated with better cognition and well-being than abstinence. *Age Ageing*, 37, 120-121.
- Cummings, S., Cooper, R., & Johnson, C. (2013). Alcohol Misuse among Older Adult Public Housing Residents. *Journal of Gerontological Social Work*, Volume 56, Issue 5, 407-422.
- Klein, W., & Jess, C. (2002). One last pleasure? Alcohol use among elderly people in nursing homes. *Health & Social Work*, 27, 193-203.
- Nyamathi, A., Shoptaw, S., Cohen, A., Greengold, B., Nyamathi, K., Marfisee, M., De Castro, V., Khalilifard, F., George, D., & Leake, B. (2010). Effect of motivational interviewing on reduction of alcohol use. *Drug and Alcohol Dependence*, 107, 23-30.
- Dunn, C., Deroo, L. & Rivara, P. F. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing (MI) across behavioral domains : a systematic review. *Addiction*, 96, 25-42.
- Lock A. C. & Kaner FS E. (2003). Implementation of brief alcohol interventions by nurses in primary care: do non-clinical factors influence practice?. *Family Practice*, 21, 270-275.
- Beckham N. (2006). Motivational interviewing with hazardous drinkers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, Volume 19, Issue 2, 103-110.
- Stigler M., et coll. (1999). Dans la suite du « seuil bas » : le « minimum optimal » dans l'approche thérapeutique du patient difficile, in : *Revue médicale de la suisse romande*, 119, 429-435.

**Sites internet :**

Pro Senectute 2011, «Vieillesse et addiction : un sujet tabou», Pro-senectute. Vieillesse et addiction: un sujet tabou. [Page WEB]. Accès:[http://www.prosenectute.ch/uploads/media/ps-info\\_1\\_2011\\_F.pdf](http://www.prosenectute.ch/uploads/media/ps-info_1_2011_F.pdf). [Page consulté le 28 avril 2013].

Alcowed. Populations à risques, Alcool et vieillesse. [Page WEB].

Accès:<http://uk.alcowed.fr/alcowed/front/Controller?Controller=InterligoController&action=loadPage&codeRubrique=100><<http://uk.alcowed.fr/alcowed/front/Controller?controller=InterligoController&action=loadPage&codeRubrique=100>>. [Page consulté le 28 avril 2013].

Drogues santé et société. La consommation excessive d'alcool chez la personne âgée.

[Page WEB]. Accès:[http://drogness.whc.ca/wp-content/uploads/2012/10/vol9\\_no2\\_2.pdf](http://drogness.whc.ca/wp-content/uploads/2012/10/vol9_no2_2.pdf). [Page consulté le 28 avril 2013].

Organisation Mondiale de la Santé. (1986). Charte d'Ottawa. [Page WEB].

Accès:[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)<[http://www.euro.who.int/\\_\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)>. [Page consultée le 28 mars 2013].

Haute école de santé Fribourg. (2013). [Page WEB].

[https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/msmc/archi/msmc2013/fr/comm/Documents%20de%20cours/Carl%20Rogers%20\(ACP\)/Approche%20centr%C3%A9e%20sur%20la%20Personne.pdf](https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/msmc/archi/msmc2013/fr/comm/Documents%20de%20cours/Carl%20Rogers%20(ACP)/Approche%20centr%C3%A9e%20sur%20la%20Personne.pdf). [Page consultée le 16 septembre 2014].

Haute école de santé Fribourg. (2013). [Page WEB].

[https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/msmc/archi/msmc2013/fr/comm/Documents%20de%20cours/Carl%20Rogers%20\(ACP\)/Th%C3%A9orie%20Rogers%20\(DBV\).pdf](https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/msmc/archi/msmc2013/fr/comm/Documents%20de%20cours/Carl%20Rogers%20(ACP)/Th%C3%A9orie%20Rogers%20(DBV).pdf). [Page consultée le 16 septembre 2014].

Haute école de santé Fribourg. (2013). [Page WEB].

[https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/archi/rep09/sitf/2/\\_layouts/PowerPoint.aspx?PowerPointView=ReadingView&PresentationId=/dsfr/forma/archi/rep09/sitf/2/Documents%20de%20cours/Structures%20socio%20sanitaires%20et%20vieillesse%20de%20la%20population/Evolution%20d%C3%A9mographique/%C3%A9vol%20d%C3%A9mogr%20pop.ppt&DefaultItemOpen=1&Source=http%3A%2F%2Fged%2Ehefr%2Ech%2Fsearch%2FPages%2Fresults%2Easpx%3Fk%3Dvieillesse%2520population](https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/archi/rep09/sitf/2/_layouts/PowerPoint.aspx?PowerPointView=ReadingView&PresentationId=/dsfr/forma/archi/rep09/sitf/2/Documents%20de%20cours/Structures%20socio%20sanitaires%20et%20vieillesse%20de%20la%20population/Evolution%20d%C3%A9mographique/%C3%A9vol%20d%C3%A9mogr%20pop.ppt&DefaultItemOpen=1&Source=http%3A%2F%2Fged%2Ehefr%2Ech%2Fsearch%2FPages%2Fresults%2Easpx%3Fk%3Dvieillesse%2520population). [Page consultée le 16 septembre 2014].



Haute école de santé Fribourg. (2002). [Page WEB].

[https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/msmc/archi/msmc2013/fr/comm/Documents%20de%20cours/Carl%20Rogers%20\(ACP\)/Th%C3%A9orie%20Rogers%20\(DBV\).pdf](https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/msmc/archi/msmc2013/fr/comm/Documents%20de%20cours/Carl%20Rogers%20(ACP)/Th%C3%A9orie%20Rogers%20(DBV).pdf). [Page consultée le 16 septembre 2014].

Hepatitis C Online. (2014). [Page WEB]. <http://www.hepatitisc.uw.edu/go/evaluation-staging-monitoring/initial-evaluation-chronic/core-concept/all>. . [Page consultée le 16 septembre 2014]. (Annexe 2, 3)

**ANNEXE 1: DECLARATION D'AUTHENTICITE**

« Par cette présente, je soussigné déclare avoir effectué ce travail moi-même, selon les directives et normes de la Haute Ecole de Santé Fribourg, en vue de l'obtention du titre de Bachelor of science HES-SO en soins infirmiers. Dans ce travail, les références utilisées sont donc citées et distinctement identifiées. »

Bassem Selmi.

## ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE CAGE

CAGE Questionnaire for Detecting Alcoholism		
Question	Yes	No
C: Have you ever felt you should <b>C</b> ut down on your drinking?	1	0
A: Have people <b>A</b> nnoyed you by criticizing your drinking?	1	0
G: Have you ever felt <b>G</b> uilty about your drinking?	1	0
E: Have you ever had a drink first thing in the morning ( <b>E</b> ye opener)?	1	0
<p>A total score of 0 or 1 suggests low risk of problem drinking            A total score of 2 or 3 indicates high suspicion for alcoholism            A total score of 4 is virtually diagnostic for alcoholism</p>		

**ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE AUDIT****AUDIT-C Questionnaire for Detecting Alcoholism****1. How often do you have a drink containing alcohol?**

- a. Never
- b. Monthly or less
- c. 2-4 times a month
- d. 2-3 times a week
- e. 4 or more times a week

**2. How many standard drinks containing alcohol do you have on a typical day?**

- a. 1 or 2
- b. 3 or 4
- c. 5 or 6
- d. 7 to 9
- e. 10 or more

**3. How often do you have six or more drinks on one occasion?**

- a. Never
- b. Less than monthly
- c. Monthly
- d. Weekly
- e. Daily or almost daily

The AUDIT-C is scored on a scale of 0-12.

Each AUDIT-C question has 5 answer choices. Points allotted are: a = 0 points, b = 1 point, c = 2 points, d = 3 points, e = 4 points

**Men**, a score of 4 or more is considered positive, optimal for identifying hazardous drinking or active alcohol use disorders.

**Women**, a score of 3 or more is considered positive, optimal for identifying hazardous drinking or active alcohol use disorders.

**ANNEXE 4 : GRILLES DE LECTURE DES ETUDES SCIENTIFIQUES**

<b>Grille N°1</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	<p><b>Auteurs :</b></p> <p>Pascale Leurs, Dominique Huvent-Grelle, Sandrine Lelievre-Leroy, Jean Roche, François Puisieux et le Comité Scientifique de la Société Septentrionale de Gériatrie Clinique</p> <p><b>Titre de la recherche :</b></p> <p>La consommation d'alcool en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est excessive.</p> <p><b>Année de publication :</b></p> <p>2010</p> <p><b>Pays :</b></p> <p>France</p>
<b>Buts de la recherche / Question de recherche</b>	<p>L'objectif de cette recherche, est de pouvoir déterminer les niveaux de consommation des résidents de huit EHPAD du Nord Pas-de-Calais et les caractéristiques des consommateurs excessifs (&gt;/= 3verres de vin ou équivalents par jour).</p>

<p><b>Population /Echantillon</b></p>	<p>Tous les résidents des 8 EHPAD choisis pour la recherche répondants aux critères d'inclusion et d'exclusion suivants :</p> <p>Inclusion : (âge &gt;= 60, Mini mental state de Folstein (MMSE) &gt; 15, consentement.</p> <p>Exclusion : Communication verbal impossible, fin de vie.</p>
<p><b>Devis/ Aspects éthiques</b></p>	<p>Etude quantitative avec consentement de la population étudié.</p>
<p><b>Méthodologie</b></p>	<p>La méthode de recherche utilisée est la suivante : Le travail a été réalisé, par des médecins n'évoluant pas dans les 8 EHPAD et ayant une capacité en gériatrie et formés à l'enquête.</p> <p><b>Récolte d'information :</b></p> <p>Pour ce faire, les médecins ont extrait diverses informations en consultant les dossiers des résidents : (âge, sexe, poids, statut marital, niveau d'études, profession exercée, antécédents, traitements médicamenteux, MMSE, Activities of Daily Living, index de masse corporelle, perte de poids récente).</p> <p><b>Outils utilisés :</b></p> <p>Des questionnaires ont été adressés aux résidents répondants aux critères d'inclusion et aux soignants des 8 EHPAD. Les questionnaires adressés aux soignants, donnaient des renseignements sur les items suivants : tabagisme, fréquence des sorties à l'extérieur de l'établissement, fréquence des visites de proches, consommation d'alcool par jour, classée en nombre de verres de vin ou équivalent et le lieu de consommation. Les soignants eux, répondaient aux mêmes questions concernant la consommation estimée et le lieu de consommation pour un</p>

	<p>résident donné.</p> <p><b>Retranscription des résultats :</b></p> <p>Une consommation supérieure à 3 verres de vin ou équivalent par jour, a défini le consommateur excessif. Ce seuil, se réfère à celui fixé par l’OMS (organisation mondiale de la santé). Les résultats, ont été retranscrits en nombre de personnes, pourcentage ou en moyenne (plus ou moins écart type).</p> <p><b>Méthode d’analyse :</b></p> <p>Afin que les médecins puissent déterminer, les caractéristiques propres aux buveurs excessifs, ils ont comparé les réponses de ceux-ci par rapport aux autres résidents.</p> <p><b>Outils d’analyse :</b></p> <p>Les tests statistiques sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Test de student : pour les variables quantitatives.</li> <li>- Test du KHI-deux / - Test exact de Fisher : pour les effectifs inférieurs à 5 et pour les variables qualitatives.</li> </ul> <p>De plus, afin de pouvoir chiffrer l’accord entre les jugements des soignants ainsi que ceux des résidents, vis-à-vis de la consommation des boissons alcoolisées, les médecins ont utilisé un test non paramétrique Kappa de Cohen.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p><b>Les établissements :</b></p> <p>Tous les établissements proposaient du vin ou de la bière, lors du déjeuner ou du dîner. Dans sept d’entre eux, ils proposaient un apéritif, le dimanche midi.</p> <p>Niveau de consommation : sur 368 résidents qui ont répondu à l’étude, 98 soit 26.6% disaient ne pas consommer d’alcool, 21 disaient ne boire qu’occasionnellement. 249 déclaraient une consommation quotidienne, dont 67 d’entre eux étaient considérés comme consommateurs excessifs.</p>

**Consommateurs excessifs / autres résidents :**

Les consommateurs excessifs, sont pour la plupart d'entre eux plus jeunes, que la moyenne des résidents (8 EHPAD). Ils pratiquaient généralement des professions intermédiaires ou de cadres. Ils ont souvent vécu seuls, ont tendance à recevoir moins de visites, à sortir seuls et être tabagiques actifs ou anciens.

47.8% prenaient des psychotropes et 32.8 % un hypnotique le soir. 67 % disaient que leurs habitudes de consommation remontaient avant l'âge de 30 ans et 49.3% avait un antécédent d'alcoolisme présent dans leur dossier médical. En ce qui concerne leurs lieux de consommation, les chiffres sont les suivants :

- Salle de restaurant : 86.6 %
- Chambre : 47.8%
- Extérieur de l'EHPAD : 28.4 %

**Pour les consommateurs non excessifs :**

- Salle de restaurant : 93.1%
- Chambre : 7.4%

	<p><b>Résidents / Soignants :</b></p> <p>A la suite des questionnaires attribués aux résidents et aux soignants, les résultats concernant les buveurs excessifs étaient très proches : 67 pour les résidents et 79 pour les soignants. Les lieux de consommation désignés (du plus ou moins utilisés) par les soignants étaient les suivants :</p> <p>Salle à manger, la chambre et à l'extérieur de l'établissement, étaient considérés comme fréquente, par les consommateurs excessifs, mais rares chez les autres résidents.</p>
<p><b>Discussion / perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Suite à cette étude, il est apparu que 18.2% en majorité des hommes et plus jeunes que la moyenne des résidents de 8 EHPAD du nord Pas-de-Calais, présentaient une consommation excessive d'alcool. Nombreuses ont été les enquêtes sur les habitudes de consommation d'alcool, mais certaines excluaient, les lieux de vie comme les EHPAD. Néanmoins, de nombreuses études ont été réalisées en France ou les dans les pays anglo-saxons. Cependant, les résultats sont très variables et ne permettent pas d'établir une moyenne générale, au sujet de la consommation excessive, dans ce type d'établissements. Les résultats ne sont pas généralisables, car les nombreuses études réalisées sur ce sujet, n'ont pas délimité les populations étudiées selon les mêmes critères d'inclusions et d'exclusions. Selon des experts français, le chiffre se situerait entre 10 et 20% en EHPAD, soit deux fois et demie plus élevé qu'en milieu communautaire. Il ressort aussi de cette étude que les caractéristiques en lien avec les consommateurs excessifs sont : recevoir moins de visite (traduisant un isolement socio familiale, seul, célibataire ou divorcé) ont pu également être observés et concordent avec une étude menée aux Etats-Unis sur les bénéficiaires du Medicare, âgés de plus de 65 ans. Suite à cela, des auteurs ont proposé des outils spécifiques à l'évaluation de la personne âgés. Les auteurs de cette étude, révèlent</p>

également l'importance de produire d'autres travaux sur ce même sujet afin de définir des stratégies de repérage et d'action à l'égard de cette problématique, dans le contexte particulier du milieu de vie tel que l'EHPAD.

L'étude signale également que deux formes d'alcoolisme peuvent être distinguées : celui ayant commencé avant 65 ans et celui ayant débuté après 65 ans. L'étude met en lumière, la caractéristique suivante, concernant les personnes âgées : Il s'agit d'une consommation quotidienne et régulière, ayant lieu essentiellement au moment des repas. Cependant, on signale à travers ce travail, qu'il est important de reconnaître la souffrance psychique, physique, ou social en lien avec l'alcool, d'autant plus que le niveau de tolérance diminue avec l'âge. On nous signale également, que les problèmes liés à l'alcool sont chez les seniors, largement sous diagnostiqués. Pour cause, nombreuses sont les complications (troubles du sommeil, trouble de la libido, la dépression, l'anxiété, les troubles cognitifs, les chutes) qui sont à tort attribués à la vieillesse et aux maladies, liées à celle-ci. Une autre raison expliquant ce déficit de diagnostic, est la tolérance de la part de l'entourage, « c'est le seul plaisir qui lui reste », le rejet ou le déni.

La dernière raison est liée à la solitude, l'isolement social vécu par de nombreux seniors. Cependant, même identifiés, les problèmes avec l'alcool ne sont souvent pas pris en compte par les soignant et la réponse apportée, n'est donc pas appropriée. Un autre risque existe également. Il s'agit des interactions médicaments/alcool et en particulier les psychotropes, sachant que dans cette étude un résident sur deux, prenait un ou plusieurs psychotropes.

	<p><b>Limites de l'étude :</b></p> <p>L'étude est réalisé dans la région du Nord Pas-de-Calais : région où la consommation d'alcool est supérieur à la moyenne Française. La population étudiée est particulière. L'un des établissements accueille des religieuses et des prêtres retraités. Cela induit des particularités concernant la fréquence du célibat ou le niveau d'éducation relativement élevé. Signalons également que près de la moitié des résidents, ont été exclus de l'étude car ayant un MMSE inférieur à 15.</p> <p>De plus, le niveau de valeur établi de trois verres d'alcool, qualifiant un niveau de consommation excessif, peut être contesté, étant donné la diminution de la tolérance à l'alcool pour les personnes âgées. C'est pourquoi, les auteurs de cette étude, signalent le besoin de mener d'autres travaux, afin de pouvoir définir ce seuil chez les personnes âgées. Ajoutant à cela, que la consommation signalée dans les questionnaires fait suite aux déclarations des résidents. Il est par conséquent possible que ces déclarations ne correspondent pas à la réalité. Pour finir, la dernière limite est que les auteurs de l'étude ont étudié, certaines conséquences cliniques, liées à une consommation importante d'alcool, mais n'ont pas utilisés d'outils pour repérer les consommations à problèmes, ni la dépendance à l'alcool, comme les scores Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener, Short-Michigan Alcohol Screening Test ou Alcohol Use Identification Test. Ces outils ayant prouvé leurs validités, pour les populations plus jeunes, sont incertaines quant à leurs utilisations, à l'égard des personnes âgées. Cependant, ils comportent de nombreux défauts, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ne pas prendre en compte : l'histoire de la personne avec l'alcool, les facteurs de risque associés (pathologies, médicaments), la plus grande sensibilité de la personne âgée à l'alcool.</li></ul>
--	--

<b>Commentaires personnels</b>	<p>Il s'agit ici d'une étude intéressante, car elle met en lumière la problématique du déficit en matière de diagnostic de la problématique de consommation d'alcool, chez cette population. Peu de diagnostics, donc pas de prise en charge ou en tout cas non adéquats. Intéressant pour mon travail, car elle indique que certaines caractéristiques propres aux sujets présentant des troubles de la consommation reviennent très souvent. Ceci, dans le souci de ne pas généraliser, il est important de prendre ces informations à titre indicatif concernant ce lieu géographique et sa population. Néanmoins, l'étude nous ouvre les yeux sur la nécessité de ne pas banaliser la consommation d'alcool et surtout les conséquences à l'égard des ces populations, dont la tolérance à l'égard du produit est moindre.</p>
--------------------------------	--

<b>Grille N°2</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	<p><b>Auteurs:</b> Siegfried Weyerer, Martina Schufele, Andreas Zimmer</p> <p><b>Titre de la recherche :</b> Alcohol problems among residents in old age homes in the city of Mannheim, Germany.</p> <p><b>Année de publication :</b> 1999</p> <p><b>Pays :</b> Allemagne</p>
<b>Buts de la recherche / Question de recherche</b>	<p>Cette étude a pour objectif de déterminer la prévalence/fréquence des problèmes liés à la consommation d'alcool, chez les résidents en maison de retraite. Elle vise également, à déterminer les caractéristiques démographiques, cliniques de ces derniers ainsi que le lien avec le risque de chute.</p> <p>.</p>
<b>Population /Echantillon</b>	<p>Tous les résidents de 20 maisons de retraite, choisies de façon aléatoire de la ville de Mannheim en Allemagne, soit 1922 personnes. Ont participé à cette étude, 1482 femmes et 440 hommes. Les soignants, ont également participé à l'étude puisqu' ils leurs a été demandé de remplir des fiches d'évaluation, concernant les résidents. On ne nous nous indique pas le nombre de soignants.</p>
<b>Devis/ Aspects éthiques</b>	<p>Etude quantitative.</p>

<p><b>Méthodologies</b></p>	<p>Au début de l'étude, il y'avait 26 maisons de retraite dans la ville de Mannheim en Allemagne. Les auteurs de l'étude, ont choisi au hasard 20 de ces 26 maisons et les ont étudié successivement de 1994 jusqu'en 1997. Pour ce faire, chaque résident a été étudié sur une période de 6 mois, en se basant sur les documents de soins, les traitements pris quotidiennement, les diagnostics médicaux établis à l'entrée en maison de retraite et les caractéristiques sociodémographiques. Par la suite, les diagnostics médicaux, propres aux résidents, ont été classés selon le CIM-10. Les soignants eux, ont rempli une fiche d'évaluation concernant les résidents pris en charge, (2 évaluations par résident soit une tous les 3 mois) selon les aspects suivants : déficience fonctionnelle, les troubles du comportement observables, les troubles mentaux, la consommation d'alcool (nul, modéré, excessive/dépendance), la fréquence des chutes et les soins médicaux. L'évaluation s'intéressait à l'état actuel et présent des résidents.</p> <p>La consommation excessive d'alcool, ainsi que la dépendance à ce même produit, ont été relevées, lorsque les résidents répondaient aux critères imposés par le CIM-10, concernant ce type de comportement. Pour les résidents qui ne répondaient pas aux critères du CIM-10 (dépendance/consommation excessive), ils ont été décrits comme des consommateurs modérés. Afin de déterminer la capacité du personnel soignant, à réaliser de telles évaluations, les auteurs de l'étude, ont réalisé une étude de fiabilité dans une des 20 maisons. Les résultats étaient satisfaisants, avec des valeurs de Kappa entre 0.45 et 0.64.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p><b>Caractéristiques démographiques, problèmes d'alcool, diagnostics médicaux au moment de l'admission :</b></p> <p>Quasiment tous les habitants (1922) des 20 maisons de retraites ont été inclus dans l'étude. 299 (15.6%) résidaient dans un secteur d'habitation (Résidence) et 1623 (84.4) vivaient dans le secteur des soins.</p> <p>La majorité des résidents étudiés, sont des femmes (77.1%). La moyenne des âges était de 81.1 ans. La durée moyenne du séjour au</p>

sein de la maison de retraite, était de 3.9 ans. Sur la base des diagnostics médicaux établis à l'admission des résidents, un nombre important d'entre eux a présenté un degré élevé de maladie physique et mentale. Les maladies cardio-vasculaires et pulmonaires étaient plus fréquentes, touchant 42.6% des résidents, s'en suivent les maladies cérébro-vasculaires (29.6%), musculo-squelettiques (29.3%), le diabète (25.9%), l'hypertension (24.1%) et 80% des résidents ont été considéré comme étant modérément ou sévèrement limités dans leurs AVQ. Parmi les troubles mentaux, les troubles mentaux de type organique ont été considérés comme prédominants. 36.5% des résidents, ont été diagnostiqués comme atteint de démence. La prévalence des troubles mentaux et comportementaux liés à l'alcool, selon les critères du CIM-10 était relativement élevée, (7.4% des résidents ont été diagnostiqué à l'admission au sein des maisons de retraite).

L'étude met en lumière, que les troubles mentaux et comportementaux causés par l'alcool, étaient plus élevés chez les hommes (19.1%) que chez les femmes (3.8%). Les résidents présentant un diagnostic de problème d'alcool au moment de l'admission, avaient la caractéristique d'être plus jeunes et plus souvent célibataires ou divorcés, que les autres résidents. Un bon nombre d'entre eux, soit 2/5 ont été transféré depuis des structures psychiatriques vers les maisons de retraite. L'étude nous apprend également, que la consommation d'alcool chez les résidents qui présentaient un comportement abusif, a diminué, entre les taux indiqués à l'admission et ceux observés, durant leur séjour en maison de retraite.

**Prévalence des problèmes d'alcool :**

L'étude nous apprend également que bon nombre d'institutions ont refusé d'admettre des personnes connues pour des problèmes d'alcool ou ayant été diagnostiquées dans ce sens. A l'autre extrême, l'étude nous informe sur le fait que des institutions, comptaient des résidents dont plus d'un tiers étaient diagnostiqués, comme ayant des problèmes d'alcool. Cependant, cette prévalence élevée concernant

	<p>cette problématique n'a pu être observé que dans les maisons de retraite privée. Les maisons financées par l'état, comptaient toujours un nombre de résidents ayant été diagnostiqués, comme ayant une consommation excessive d'alcool en dessous de 10%. L'étude, indique très clairement que les résidents en institutions privées sont plus souvent admis, si ils viennent de structures psychiatriques comparé au institutions publiques. Selon les auteurs du travail, la raison serait que les institutions privées seraient plus disposées à accueillir ce type de résidents, parce que ceux-ci devront payer plus pour financer leurs soins.</p> <p><b>Prévision des problèmes d'alcool :</b></p> <p>L'étude nous indique que le diagnostic médical au moment de l'admission, est un prédicateur important de la consommation d'alcool, lors de l'institutionnalisation. Environ le quart de ceux qui avaient été diagnostiqués comme ayant un problèmes d'alcool, continuent à consommer mais modérément. L'autre quart a continué d'entretenir une consommation abusive et le 50% restant, sont devenus complètement abstinents.</p> <p><b>Les problèmes d'alcool et les troubles du comportement :</b></p> <p>Les comportements tel que l'irritabilité, la non coopération, l'agressivité ainsi que le suicide étaient relativement fréquents, chez les résidents diagnostiqués comme ayant une consommation abusive ou une dépendance avec l'alcool. Cependant, étant donné leur âge, plus jeune que la moyenne de l'ensemble des résidents, les personnes ayant un problème de consommation avec l'alcool, présentaient moins de trouble démentiel.</p> <p><b>Les problèmes d'alcool et le risque de chute :</b></p> <p>Les chutes, sont une cause importante de morbidité et de dépendance, chez les personnes âgées. Sur 6 mois d'observation, 34.1 % des résidents étaient tombés au moins une fois.</p> <p>De plus, l'étude démontre effectivement que les chutes étaient relativement élevées chez les résidents ayant des problèmes d'alcool (Odds ratio: 2.65; <math>p &lt; 0.01</math>).</p>
--	--

<p><b>Discussion / perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Les résultats de l'étude, confirment les résultats et conclusions d'autres études, dans lesquelles il était décrit que les résidents des maisons de retraite, constituaient un groupe à risque concernant l'abus d'alcool et la dépendance. Sur 1922 résidents, des 20 institutions étudiées, 7.4% avaient déjà été médicalement diagnostiqués comme ayant un problème de consommation, avec en majorité des hommes. La consommation abusive chez des résidents n'ayant pas de diagnostic médical dans ce sens, est très minime. L'étude nous indique également, que l'abus ou la dépendance à l'alcool, était plutôt une cause qu'une conséquence, de l'admission en maison de retraite. En raison du risque significativement plus élevé de tomber, de se suicider, d'être irritables et agressifs, les résidents ayant une dépendance à l'alcool ou ayant une consommation abusive, sont un fardeau ou une lourde problématique, pour le personnel soignant. Ce point était essentiel, dans la mesure où le personnel infirmier n'avait généralement pas été formé, pour fournir ce type de soins. Malheureusement, les maisons de retraite, ne comportent pas de structures spécialisées, dans la prise en charge des problèmes de toxicomanie. De plus, en Allemagne les établissements qui mettent à disposition des soins à l'égard des toxicomanes, se concentrent essentiellement sur les jeunes et les personnes d'âge moyen.</p> <p>On nous indique que le personnel se plaignait souvent, que les hôpitaux psychiatriques envoyaient, les patients âgés dans les maisons de retraite, sans avoir auparavant fourni un traitement adéquat. Les maisons de retraite n'ont généralement pas les ressources nécessaires en matière de personnel et de formation afin de répondre à ces types de problématiques. Outre l'absence de structures, l'étude indique qu'il semblerait qu'il existerait comme un culte du secret ou un tabou sur le sujet des problèmes d'alcool ou de troubles mentaux sévères.</p> <p><b>LIMITES</b> : Cette étude, comporte certaines imperfections méthodologiques. Les diagnostics médicaux d'admission, n'ont pas été formellement évalués. Cependant, on nous indique également que d'autres études sur l'alcool et les personnes âgées vivant en institution sont nécessaires. Cette étude, indique l'importance de</p>
--	---

	<p>l'alcool, comme cause de l'augmentation de la dépendance et le besoin d'assistance vis-à-vis de cette population, d'où la nécessité d'une prise en charge institutionnelle adéquate.</p>
<b>Commentaires personnels</b>	<p>Il s'agit d'une étude intéressante, car elle met en évidence les caractéristiques propres aux individus sujets à une consommation excessive d'alcool. Il s'agit là d'informations importantes, pouvant servir aux professionnels infirmiers dans leurs pratiques, afin de reconnaître le potentiel buveur excessif.</p>

<b>Grille N°3</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	<p><b>Auteur :</b> IAIN LANG, ROBERT B. WALLACE, FELICIA A. HUPPERT, DAVID MELZER.</p> <p><b>Titre de la recherche:</b> Moderate alcohol consumption in older adults is associated with better cognition and well-being than abstinence.</p> <p><b>Année de publication :</b> 2007</p> <p><b>Pays :</b> Grande Bretagne</p>
<b>Buts de la recherche / Question de recherche</b>	<p>Le but de cette recherche, est d'examiner les niveaux de fonction cognitive, de bien-être et le nombre de symptômes dépressifs associés à différents niveaux de consommation d'alcool, chez les personnes âgées. L'objectif étant de savoir si il existe un lien entre une meilleure santé mentale et une consommation modérée d'alcool, plutôt qu'une abstinence totale.</p>
<b>Population /Echantillon</b>	<p>6005 individus âgés de 50ans et plus qui ont participé à la phase 1, de l'étude longitudinale anglaise sur le vieillissement (ELSA) et qui ne sont pas des buveurs excessifs.</p>
<b>Devis/ Aspects éthiques</b>	<p>Etude longitudinale</p>

<b>Méthodologie</b>	<p>Pour réaliser l'étude, les auteurs ont inclus les individus ayant participé à l'étude longitudinale anglaise, sur le vieillissement (ELSA) ayant lieu entre 1998 jusqu'à 2001. Dans le but d'inclure au sein de l'étude les individus n'ayant pas de symptômes de problèmes d'alcool, les auteurs ont exclu, tous les répondants, qui avaient des scores de 2 ou plus, au niveau de l'article 4 du CAGE questionnaire.</p> <p><b>Mesure de la consommation d'alcool :</b></p> <p>La question posée aux participants de l'étude, a été la suivante : consommez vous de l'alcool en ce moment, y compris les boissons que vous préparez à domicile ? Pour différents types d'alcool, les répondants qui ont répondu positivement, les auteurs ont demandé à quelle fréquence, ils buvaient et la façon dont ils buvaient, au cours des 12 derniers mois. Par la suite, les auteurs ont calculé la consommation d'alcool et classé ceux-ci en deux catégories : les buveurs (ceux qui buvaient jusqu'à un verre soit 14 g d'alcool ou 2 verres soit 28 g d'alcool et ceux qui buvaient plus de 2 verres d'alcool), les non buveurs et les ex-buveurs. En raison des différentes importances entre les non buveurs et les anciens buveurs, la valeur de référence fut fixée à &gt; 0 à 1 verre par jour.</p> <p><b>Mesure des résultats :</b></p> <p>La fonction cognitive :</p> <p>Capacité de mémorisation d'une liste de 10 mots : (Nbre de point : 10)</p> <p>Capacité de produire un raisonnement numérique : (Nbre de point : 4)</p> <p>Capacité de spécifier la date (jour, mois, année) : (Nbre de point : 4)</p>
---------------------	--

**Bien-être (subjectif) :**

Bien être mesuré selon les items suivants : l'autonomie, la réalisation de soi, le plaisir (CASP-19) et la qualité de vie mesurée selon 17 items. Chacun de ces items a été jugé par les répondants, selon 3 notes possibles (3/2/1) pour un total de 57 points.

**Les symptômes dépressifs :**

les symptômes dépressifs ont été mesurés en utilisant une version du CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). Les questions sont sous forme de questions fermées, avec comme possibilité de réponse oui ou non. Le score CES-D ne permet pas de poser un diagnostic de dépression, mais indique la présence de symptômes dépressifs, chez le sujet concerné. Afin de standardiser l'entier des résultats et de permettre la comparaison, les auteurs ont standardisé chacun d'entre eux à l'aide des z-scores.

**L'analyse statistique :**

Pour l'analyse statistique, les auteurs ont procédé à une analyse de régression linéaire, pour estimer les effets du niveau de consommation d'alcool sur la fonction cognitive, le bien-être et la prévalence des symptômes dépressifs. L'unité d'analyse choisie est le ménage (la famille). L'enquête a été réalisée en utilisant Stat SE version 8.2 et afin d'anticiper et prendre en compte les similitudes entre les personnes vivants dans le même foyer, les auteurs ont utilisé l'outil de correction Cluster. À des fins d'analyse, les auteurs ont également inclus les facteurs sociodémographiques suivants : l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le revenu (y compris les revenus de l'emploi, pensions privés ou publics, les prestations, les actifs, autres sources), richesse des ménages (y compris financière, physique, richesse du logement) et l'exercice physique. Ils ont également pris en compte les variables suivantes : les antécédents médicaux, le mode de vie, l'indice de masse corporelle, le

	<p>tabagisme, les comorbidités (ex : diabète, HTA, insuffisance cardiaque, etc..) et le nombre de membres au sein de la famille proches et le nombre d'amis proches.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>Selon l'étude, il y a parmi les non buveurs, plus de femmes que d'hommes. Plus d'un homme sur cinq et moins d'une femme sur vingt ont déclaré avoir consommé en moyenne plus de deux verres par jour. Les hommes ont obtenu de meilleurs résultats que les femmes, concernant les items suivants : la fonction cognitive, le bien-être, la prévalence de symptômes dépressifs. En ce qui concerne les buveurs d'alcool, les meilleurs résultats, concernant la fonction cognitive et le bien-être ont été obtenu par les hommes qui buvaient plus de 1 à 2 verres par jour. Les résultats obtenus ont été bien plus supérieurs à ceux obtenus par les non buveurs. Parmi les non buveurs, il n'y avait pas de différence significative entre les anciens buveurs et ceux qui n'avaient jamais bu.</p>
<p><b>Discussion / perspectives pour la pratique</b></p>	<p>L'étude de la fonction physique, chez les personnes âgées n'a pas réussi, à démontrer une augmentation de risque ou d'effets négatifs en conséquence d'une consommation d'alcool modéré. Les résultats donnent une indication, entre la consommation d'alcool de façon modérée par les personnes âgées et les items suivants : (fonction cognitive, le bien-être, la prévalence des symptômes dépressifs). L'étude, a permis de démontrer que les personnes qui ont adopté un comportement d'abstinence, vis-à-vis de l'alcool, ont eu de moins bon résultat en matière de capacité cognitive, de bien-être et un nombre supérieurs de symptômes dépressifs que les personnes consommant modérément (pas plus d'un verre par jour). Les personnes qui buvaient plus de 1 ou 2 verres par jour, avaient des niveaux significativement plus élevés en matière de capacité cognitive,</p>

de bien-être et moins de symptômes dépressifs que les personnes consommant pas plus d'un verre par jour. Il est important de signaler quelques caractéristiques méthodologiques, propres à cette étude. Les auteurs, ont exclu tous les buveurs excessifs et les alcooliques de l'analyse. Cependant, il est important d'identifier les personnes qui ont des problèmes de consommation avec l'alcool, afin de s'assurer qu'ils reçoivent un traitement approprié. Les auteurs indiquent également, qu'ils n'ont pas explicitement exclu les buveurs excessifs de cette analyse, car la consommation excessive d'alcool est jugée comme un phénomène mineur chez les personnes âgées.

Ils n'ont pas pris non plus en compte, les personnes qui prenaient des médicaments, comme les psychotropes ou les oestrogènes, tous deux connus pour altérer la fonction cognitive. Ils ont également écarté les personnes ayant subi des interventions chirurgicales au niveau des coronaires. Les données ne comprennent pas les personnes résidentes au sein d'établissements spécialisés, car ils sont susceptibles d'être atteints de troubles cognitifs ou de prendre des médicaments pouvant biaiser les résultats. Les auteurs, mettent en lumière le lien qu'il y aurait entre une consommation d'alcool excessive et des maladies cardio-vasculaires, neurologiques et gastro-intestinaux.

**Limites :**

L'évaluation de la consommation d'alcool chez les personnes âgées est complexe. C'est pourquoi il existe un risque d'avoir des résultats inexacts. Néanmoins, les auteurs signalent, qu'il est très peu probable, que quelconques erreurs, aient une influence sur les résultats finaux, concernant cette étude en particulier. Les résultats de l'étude, montrent une association significative, entre la consommation modérée d'alcool, la mémoire, le raisonnement numérique, mais aucune association significative avec l'orientation. Cependant, il est possible que la consommation d'alcool ait des conséquences

négatives sur les aspects de la fonction cognitive, mais cela reste une question qui dépasse le champ d'analyse de cette étude. Le mécanisme par lequel la consommation d'alcool chez les personnes âgées, a une influence sur la fonction cognitive, n'est pas clair. L'alcool, lui est connu pour avoir un effet protecteur sur le système cardiovasculaire, les maladies cardiovasculaires et également connu pour avoir un effet sur la fonction cognitive via le système cardiovasculaire. Une consommation modérée d'alcool, est souvent associée à la notion de socialisation. Il se peut donc que les personnes âgées ayant indiqué une consommation modérée dans notre étude, le fassent dans le cadre d'un rituel social. Il a également été mis en évidence dans cette étude, que la consommation modérée d'alcool, était associée à un meilleur bien être et moins de symptômes dépressifs. Le déficit en matière de fonction cognitive, est connu pour augmenter le risque de dépression, mais cette étude ne permet pas d'examiner cette relation de façon plus détaillée. D'autres recherches sont nécessaires pour démêler les détails et la façon dont la consommation d'alcool influence la fonction cognitive.

Les personnes âgées au Royaume-Uni et ailleurs ont souvent comme recommandation de réduire leurs consommations et de boire moins que les jeunes adultes. Ces recommandations sont contestées par les résultats épidémiologiques, qui indiquent que la consommation d'alcool (modéré, jusqu'à 2 verres par jour) n'est pas associée à un excès de risques de développer des problèmes cognitifs et peut même avoir un effet protecteur. Cependant, les auteurs ne préconisent pas une augmentation de la consommation d'alcool chez les personnes âgées. Marmot et Brunner suggèrent que toute augmentation de la consommation d'alcool moyenne, a tendance à augmenter la prévalence des problèmes liés à celle-ci. Les risques pour la santé, associés à la consommation ne sont pas liés seulement à la quantité mais peuvent également concerner l'heure où l'on boit ou la consommation avant de conduire par exemple qui est toujours

	<p>déconseillé.</p> <p><b>Conclusion :</b></p> <p>Les résultats représentatifs à l'échelle nationale, indiquent que les personnes âgées vivant dans la communauté, qui consomment des niveaux modérés d'alcool (jusqu'à deux verres par jour) et qui ne sont pas des buveurs excessifs, ont une meilleure fonction cognitive, ressentent un meilleur bien-être et présentent moins de symptômes dépressifs, que ceux qui ne boivent pas d'alcool.</p> <p><b>Points clés :</b></p> <p>la consommation modérée d'alcool, est connue pour être associée à de meilleurs résultats au niveau de la mortalité et de la fonction physique chez les personnes âgées.</p> <p>Cependant, la relation entre la consommation modérée et la fonction cognitive et la santé mentale est incertaine. Les auteurs, ont permis de mettre en avant que la consommation à des niveaux modérés, est associée à une meilleure fonction cognitive, un bien être et moins de symptômes dépressifs, chez les personnes d'âge moyen et plus âgées. Parmi les personnes âgées, ceux qui ont cessé de boire et ceux qui n'avaient jamais bu, avaient des résultats inférieurs, en matière de fonction cognitive, de bien être et indiquaient un niveau plus important de symptômes dépressifs, que ceux qui consommaient de façon modérée.</p> <p><b>Conflit d'intérêt :</b></p> <p>Aucun.</p>
<p><b>Commentaires personnels</b></p>	<p>Étude intéressante, qui nous apprend que l'abstinence radicale, ne serait pas la solution au problème de la consommation d'alcool. Les résultats sont surprenants et permettent de remettre en question, certaines décisions de l'établissement ou de l'équipe soignante, concernant l'accès à l'alcool, à certains patients.</p>

<b>Grille N°4</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	<p><b>Auteur:</b></p> <p>Sherry M. Cummings, R. Lyle Cooper &amp; Catherine Johnson</p> <p><b>Titre de la recherche:</b></p> <p>Alcohol Misuse Among Older Adult Public Housing Residents.</p> <p><b>Année de publication :</b></p> <p>2013</p> <p><b>Pays :</b></p> <p>USA</p>
<b>Buts de la recherche / Question de recherche</b>	<p>Cette étude vise à : (a) décrire la prévalence de la problématique de consommation d'alcool, telle que définit par NIAAA (2009); (b) explorer les facteurs liés à la consommation problématique d'alcool dans des contextes de la SAMP ; (c) élaborer un modèle préliminaire, pour expliquer la combinaison de facteurs démographiques, sociaux et comportementaux qui représentent des facteurs de risques et de consommation d'alcool chez les personnes âgées, vivantes au sein de logements sociaux</p>

<p><b>Population /Echantillon</b></p>	<p>L'enquête, s'intéresse aux personnes âgées à faible revenu, résidentes dans les établissements publics (logements sociaux), dans une ville de taille moyenne durant l'été 2010. Deux établissements ont été choisis, avec l'accord de l'autorité responsable du transport et du logement métropolitain. 187 personnes ont répondu au sondage, pour 55.6% de taux de réponse. On dénombre des participants d'origines afro-américaines et caucasiennes. On ne nous indique pas le nombre exact d'hommes et de femmes, ayant participé à l'étude.</p>
<p><b>Devis/ Aspects éthiques</b></p>	<p>Etude qualitative</p>
<p><b>Méthodologie</b></p>	<p><b>Introduction :</b></p> <p>Près de deux millions de personnes âgées aux États-Unis vivent, dans un lieu publiquement subventionné (Redfoot &amp; Pandya, 2002). Ces résidents de logements publics, constituent l'une des populations les plus pauvres dans le pays. Les résidents âgés, souffrent souvent de stress environnemental, de comorbidités médicales élevées, et de difficultés d'adaptation et sont deux fois plus susceptibles de déclarer un état de santé médiocre que d'autres personnes âgées, vivantes dans la communauté ( Redfoot &amp; Pandya , 2002; Simning , Conwell , Fisher , Richardson &amp; van Wijngaarden , 2012).</p> <p>Cette combinaison de facteurs contribue à un risque accru de problèmes psychiatriques et de problèmes de consommation de substances chez les personnes âgées, dans les logements subventionnés (Robinson et al. 2009). Des études menées dans des logements sociaux au États-Unis ont révélé, des taux élevés de dépression et de troubles anxieux (Rabins et al. 1996; Robinson et al. 2009; Simning et al. 2012). Cependant, peu d'études ont examiné l'abus d'alcool, chez les résidents âgés résidents dans des logements publics. Le but de cette étude est d'étudier le taux d'abus d'alcool chez les personnes âgées</p>

vulnérables, vivant dans des logements sociaux. Environ 2,5 millions de personnes âgées, ont des problèmes d'abus de substances, l'alcool étant la substance la plus utilisée. Les experts, prédisent que ce nombre doublera à 5 millions en 2020 (Han, Gfroerer, Colliver, et Penne, 2009). Dans les environnements à forte concentration de personnes âgées, tels que les logements pour les personnes âgées, la prévalence de l'abus d'alcool peut être sensiblement supérieure (Fingerhood, 2000). Malgré un risque accru d'abus de substances et les troubles de la santé mentales et somatiques pouvant en découler, les personnes âgées résidentes dans des logements sociaux n'ont souvent pas accès aux traitements (Black, Rabins, & McGuire, 1998). Les effets négatifs de l'abus d'alcool sont considérables pour les individus de tout âge. Pour les adultes plus âgés, le potentiel d'effets négatifs est renforcé. En raison des changements liés au vieillissement, de la capacité du corps à traiter l'alcool et les médicaments, les personnes âgées sont plus sensibles aux problèmes de toxicomanie, à des doses inférieures. Pour cette raison, les personnes âgées qui abusent de substances ont un risque accru de développer des maladies physiques graves, des incapacités fonctionnelles et des troubles cognitifs. De plus, l'abus de substances par les personnes âgées peut affecter le fonctionnement cognitif et moteur, nécessaire pour les tâches quotidiennes simples et complexes. Alcool et drogues illicites, peuvent également Interagir avec les médicaments prescrits, entraînant des conséquences inattendues et néfastes (Colliver, Compton, Gfroerer, et Condon, 2006). La consommation d'alcool chez les personnes âgées, peut activer ou exacerber des problèmes graves comme l'infarctus du myocarde, la cardiomyopathie, les accidents vasculaires cérébraux hémorragiques, la Cirrhose, la dépression et d'autres problèmes de santé mentale (SAMSHA, 1998). Reconnaissant la pharmacocinétique modifiée des adultes plus âgés et le risque de dommages causés par la consommation d'alcool, l'Institut national sur l'abus d'alcool et l'alcoolisme

(NIAAA, 2009) a mis en place des directives de consommation révisées, pour la population âgée. Selon la NIAAA, les personnes âgées ne devraient pas consommer plus d'un verre par jour ou sept verres par semaine. Selon la NIAA, une consommation abusive pour une personne âgée se résume à la consommation de quatre verres ou plus par occasion. L'importance de ces lignes directrices est renforcée par la reconnaissance des experts, que la détection et le traitement de l'abus d'alcool chez les personnes âgées sont entravés par la classification diagnostique classique, qui est inadéquate pour les personnes âgées (SAMSHA, 1998). Les critères du DSM -IV pour l'abus d'alcool / la dépendance, mettent l'accent sur les difficultés juridiques d'emplois liés à la consommation d'alcool ou l'utilisation récurrente dans des situations physiquement dangereuses et ne sont souvent pas pertinents pour les personnes âgées, qui boivent principalement à la maison. En raison de l'âge de la population, de la recherche et de la probabilité de logement public pour résidents en situation de stress social et en raison du manque de ressources, cette étude a été fondée sur le modèle des antécédents sociaux Psychopathologiques (SAMP; George, 1989). Ce modèle, tient compte de l'expérience et des facteurs de stress dans la vie. Elle a été appliquée lors d'études antérieures portant sur la relation entre le stress social et le développement de la psychopathologie, chez les résidents âgés, vivant au sein de logement public (Simning et al., 2012). Cette approche théorique, postule pour un modèle à plusieurs niveaux : l'évolution démographique cumulatif, les facteurs sociaux et comportementaux qui représentent un risque pour la santé mentale. Les données démographiques (âge, sexe, race), le début de la vie (par exemple, l'éducation), les événements et les réalisations (par exemple, l'emploi, le revenu et la vie conjugale) comprennent les trois premières étapes du modèle. Les trois dernières étapes, comprennent l'intégration sociale (par exemple, l'engagement communautaire, et l'environnement), la

vulnérabilité et les facteurs de risque (par exemple, les maladies chroniques, le soutien social, les contraintes financières, la détresse mentale), et les stratégies d'adaptation, (par exemple, les événements et les de comportements vie). Le SAMP a fourni un cadre, pour guider la sélection rationnelle des variables prédictives dans cette étude. Cette étude visait à : ( a ) décrire la prévalence de la problématique de consommation d'alcool, tel que défini par NIAAA (2009; ( b ) explorer les facteurs liés à la consommation problématique d'alcool, dans des contextes de la SAMP ; et ( c ) d'élaborer un modèle préliminaire, pour expliquer la combinaison de facteurs démographiques, les facteurs sociaux et comportementaux qui représentent les facteurs de risques de consommation d'alcool, chez les personnes âgées vivant au sein de logements sociaux.

**Méthodologie :**

L'enquête s'est intéressée aux personnes âgées à faible revenu résidentes dans les établissements publics (logements sociaux), dans une ville de taille moyenne, durant l'été 2010. Deux établissements ont été choisis, avec l'accord de l'autorité responsable du transport et du logement métropolitain. Les enquêteurs formés à l'occasion, ont fait du porte à porte, pour identifier les résidents conformes aux critères d'inclusion. Les enquêtes, ont été remplies dans les appartements des résidents. Ceux-ci ont duré 30 à 60 minutes. Afin d'inciter les résidents à participer, ils ont reçu un bon cadeau de 20\$, pour l'épicerie locale. Sur les 338 habitants résidant dans les deux bâtiments qui ont répondu aux critères de participation, 187 ont répondu au sondage, pour 55.6% de taux de réponse. Les procédures d'étude ont été approuvées par la IRB universitaire.

	<p><b>Mesures :</b></p> <p>Les éléments mesurés durant l'enquête sont les suivants :</p> <p>La consommation d'alcool</p> <p>La santé mentale</p> <p>L'état de santé</p> <p>Le soutien social</p> <p>L'utilisation de services auxiliaires</p> <p>Les critères démographiques</p> <p><b>La consommation d'alcool :</b></p> <p>Une question dichotomique a été posée, pour déterminer la consommation d'alcool sur les 30 derniers jours. Ceux qui avaient consommé de l'alcool, au cours des 30 derniers jours, ont été invités à indiquer le nombre de jours sur une semaine où ils ont consommé et le nombre maximum de verres consommés dans les 30 derniers jours. Par la suite, cinq catégories ont été établies :</p> <p>Les non buveurs</p> <p>les buveurs légers (1 à 7 verres par semaine)</p> <p>les buveurs potentiellement à risque (8 à 14 verres par semaine)</p> <p>Les buveurs à risque (14 verres par semaine)</p> <p>Les buveurs excessifs (<math>\geq 4</math> verres par consommation)</p> <p>Les enquêteurs ont également demandé, si les personnes concernées consommaient les substances suivantes : Marijuana, cocaïne, hallucinogènes, héroïne, méthadone, opiacés, analgésiques, barbituriques, amphétamines, méthamphétamines et des médicaments sur ordonnance. La gravité de la dépendance, a été évaluée à l'aide d'une échelle, à cinq critères utilisés généralement pour évaluer la dépendance aux benzodiazépines (Cuevas, Sanz, De La Fuente, Padilla, &amp; Beruenger, 2000). L'alpha de Cronbach, était de 0.65. Pour mesurer l'abus d'opioïdes, un questionnaire comprenant 17 items a été adressé à ceux reconnaissant l'utilisation de médicaments contre la douleur. Pour cette évaluation l'alpha de Cronbach était de 0.79. L'évaluation de la santé mentale, s'est faite en faisant un bref inventaire des symptômes. Pour cette</p>
--	---

évaluation, une échelle d'évaluation de la dépression a été utilisée. L'alpha de Cronbach était de 0.82. Le BSI a été largement utilisé, avec les personnes âgées.

**L'évaluation de l'état de santé :**

En utilisant une liste d'évaluation de l'état de santé composé de critères médicaux définis, les résidents ont été invités à indiquer si oui ou non, ils avaient connu ou présenté, un état de santé correspondant à l'un des 22 critères médicaux présents dans la liste durant les 12 derniers mois. Les critères médicaux approuvés et indiqués ont été additionnés. L'autoévaluation de la santé, a été déterminée en utilisant une échelle de notation de Likert, avec une notation allant de 1 (très mauvais) à 5 (très bon). Pour évaluer la douleur, les résidents ont été invités à évaluer leurs douleurs sur une échelle de 0 à 10. The Social Provisions Scale (Cutrona, 1984) a été utilisé pour évaluer la perception, vis-à-vis de leur propre soutien social, leurs attachements aux personnes et leurs alliances sociaux fiables. L'alpha de Cronbach était de 0.87.

**L'utilisation des services auxiliaires :**

L'utilisation des services auxiliaires, a été mesurée à l'aide du Treatment Service Review (TSR; Cacciola, Alterman, Lynch, Martin, Beauchamp, & McClellan, 2008) qui a été développée pour mesurer la quantité et le type de service de traitement de la toxicomanie.

**Les critères démographiques :**

Les enquêteurs ont relevé, toutes les données relatives à l'âge (50-64 ans, 65 ans et plus), le sexe, la race, l'éducation, le revenu (0-\$300, \$301-\$600, \$601-\$900, \$901 et plus), l'emploi (chômage, retraite, travail, handicap), le nombre d'année de résidence à l'adresse actuelle et si les résidents percevaient oui ou non des fonds de suffisance.

**Analyse :**

La variable dépendante, était le problème de consommation d'alcool « problem drinking » définie selon le cadre du NIAAA guidelines. Les variables indépendantes sont :

	<p>Les variables démographiques : l'âge, la race et le sexe, le niveau d'éducation : le revenu, les emplois exercés, les fonds de suffisance.</p> <p>L'intégration social : le niveau de stabilité au niveau de l'intégration social et le soutien social existant.</p> <p>L'état de santé : les facteurs de risque et protecteur de la santé, l'autoévaluation de l'état de santé par les résidents, les critères médicaux, l'évaluation de la douleur, l'évaluation du niveau de dépression, les années de comportement tabagique, la consommation de drogues illicites et le mauvais usage de médicaments.</p> <p>Les analyses de données ont été réalisées, dans l'ordre suivant : Premièrement, les statistiques descriptives ont été utilisées pour résumer les variables dépendantes et indépendantes. Par la suite, les statistiques à deux variables ont été calculées afin d'évaluer l'importance des relations entre les variables dépendantes et indépendantes, dans chacune des six étapes du Social Antecedents Model. Pour finir, les techniques de régression logistique binaire, ont été utilisées pour identifier les combinaisons de variables pouvant prédire une consommation d'alcool problématique.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>Un peu plus de la moitié, avait obtenu leur diplôme d'études secondaires (60.1%). Moins de 5% des résidents, avaient un emploi, près de la moitié ont arrêté et près d'un tiers, ne travaillaient pas, pour cause d'handicap. Les répondants ont des revenus limités, avec 23.1% ne recevant que 600\$ ou moins par mois et 55,6% recevant entre 601 à 900 \$ par mois. La majorité, a déclaré ne pas avoir assez d'argent pour s'en sortir. Aucune différence significative, n'a été observée dans les variables démographiques. La majorité des 187 résidents âgés interrogés, étaient afro-américaines. Le reste était de race blanche. Un peu plus de la moitié, étaient des hommes. Les répondants, étaient âgés de 50 à 89 ans, avec une majorité de répondants correspondant, à la catégorie d'âge, 65 ans et plus.</p>

**La consommation d'alcool :**

Un peu moins de la moitié des résidents (44,4%), ont déclaré boire de l'alcool dans les 30 derniers jours. Le nombre de type de boissons alcoolisées, consommées par semaine, variait de 0 à 49. Parmi les résidents, qui buvaient de l'alcool, la majorité (56.6%) étaient des buveurs légers (1 à 7 verres par semaine). Moins de 10%, étaient des buveurs potentiellement à risque (8 à 14 verres par semaine) et près d'un tiers étaient des buveurs à risque (> 14 verres / semaine). Plus d'un cinquième des buveurs, légers et la moitié des buveurs excessifs étaient engagés dans des beuveries. En tout, 23% des résidents étaient engagés dans des comportements de consommation problématiques. La majorité des répondants (53.5%) fumaient. Plus de 40% des résidents, ont déclaré avoir consommé des drogues illicites. Un peu plus de 5% de tous les répondants, ont obtenu des scores COMM, indiquant une mauvaise utilisation d'opioïdes et 1% ont abusé de benzodiazépines. Y compris l'alcool et les drogues, 30.5% des résidents âgés, ont signalé un problème dans le traitement de la toxicomanie. Aucun résident, n'avait reçu dans les 30 derniers jours, un traitement pour la toxicomanie.

**Etat de santé/Santé mentale/ Soutien social :**

Dans l'ensemble, les répondants ont évalué leur santé comme acceptable à plutôt bonne. La majorité des résidents, ont évalué leur douleur comme étant modérée. Le nombre de médicaments sous ordonnance pris par les résidents, allait de 0 à 23. Cependant, un résident avait en moyenne, 3 à 4 médicaments prescrits. Près d'un cinquième des personnes âgées, ont été identifiées comme souffrant de dépression cliniquement significative. Les répondants, décrivent leurs soutiens sociaux comme modérés à plutôt fort.

**Analyse :**

Les variables comme l'âge ( $p < 0,001$ ), le sexe ( $p < 0,01$ ), et la race ( $p < 0,05$ ), étaient des prédicateurs significatifs, de problèmes de consommation d'alcool. Les jeunes, les hommes et les résidents afro-américains, étaient plus susceptibles de

dépasser les taux de consommation conformes aux recommandations du NIAAA (2009) drinking guidelines. Le niveau d'éducation, n'était pas un prédicateur significatif. Le statut salarial influence également, le comportement de consommation. Les résidents sans emplois avaient un niveau de consommation, plus important. ( $p < 0,05$ ). Par contre, ni le revenu, ni le niveau de fonds de suffisance, n'étaient significativement associés à un problème d'alcool. Ceux qui habitaient depuis peu dans la résidence, buvaient beaucoup plus que leurs homologues, ayant plus d'anciennetés, au sein de l'institution ( $p < 0,01$ ). Le niveau de soutien social, n'avait pas d'influence sur le niveau de consommation. Cependant, le nombre d'années de tabagisme actif ( $p < 0,001$ ), la consommation de drogues illicites ( $p < 0,01$ ), ainsi que les problèmes de santé ( $p < 0,05$ ), étaient associés à un problème de consommation. L'autoévaluation du niveau de santé, la douleur et la consommation de médicaments prescrits, n'étaient pas liées à la consommation excessive d'alcool.

**Analyse de régression logistique binaire :**

Les variables associées à un problème de consommation d'alcool (âge, race, sexe, emploi, stabilité résidentielle, état de santé, les années de tabagisme actif, la durée d'utilisation de la drogue), ont été introduites dans un modèle de régression logistique binaire. Les résultats, indiquent que le risque de consommation excessive d'alcool chez les personnes participantes à l'étude, étaient trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes et quatre fois et demi de fois plus élevé chez les afro-américains que chez les caucasiens. Les personnes sans emploi, étaient 80% plus susceptibles d'avoir des problèmes de consommation d'alcool, que les personnes étant à la retraite. Les personnes qui ont consommé des drogues illicites à un moment donné dans leur vie, étaient presque trois fois et demie plus susceptibles de boire de façon excessive. Pour chaque année, durant laquelle une personne était tabagique actif, elle avait 3% de plus de chance, d'être susceptible d'avoir

	<p>une consommation excessive d'alcool (toujours selon le cadre du NIAAA (2009) guidelines). Pris ensemble, ces variables représentent un éventail de facteurs démographiques, sociaux et comportementaux pouvant influencer l'individu, dans le cas des personnes âgées, résidents au sein d'une institution spécialisée dans les comportements problématiques, vis-à-vis de l'alcool.</p>
<p><b>Discussion / perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Lors de l'utilisation du NIAAA (2009) guidelines pour mesurer les problèmes d'alcool, chez les personnes âgées résidentes dans des institutions spécialisées, les enquêteurs ont trouvé des taux nettement plus élevés (23,0 %) que les études précédentes sur ce type de population, qui utilisaient des mesures fondées sur des critères diagnostiques du DSM-IV. Cela donne à penser que ces études, négligent peut-être un nombre important de personnes âgées qui boivent à des niveaux qualifiés de potentiellement à risque par le NIAAA (2009) guidelines. Les experts s'accordent à dire que l'identification des anciens buveurs excessifs, devrait être une priorité élevée en raison des conséquences médicales, cognitives, mentales parfois dangereuses pour la santé des personnes âgées (Fleming, 2002). Identifier les buveurs excessifs dans la population à faibles revenus, tels que ceux qui vivent dans des institutions spécialisées, est particulièrement important, en raison du fait que les conséquences de la consommation excessive d'alcool, peut exacerber les problématiques aux niveaux mentale et somatique. Le pourcentage de buveurs excessifs dans cette étude, était anormalement élevé. Dans cette étude, 47% des personnes qui buvaient de l'alcool et 21% des résidents ont signalé une consommation excessive d'alcool (16.0% d'hommes et 4.9% de femmes). Ces résultats sont compatibles avec ceux de Blazer and Wu (2011) qui ont constaté que 48% des buveurs, sous le seuil de gravité, ont indiqué une consommation excessive et compulsive, durant les trente derniers jours. Cependant, les enquêteurs ne comprennent toujours pas pourquoi, il y a un tel</p>

taux élevé de consommation excessive d'alcool, dans cette étude. Les auteurs offrent les possibilités suivantes. Tout d'abord les consommations excessives, peuvent être utilisées comme un mécanisme d'adaptation, pour faire face aux épisodes de stress aigu. Les personnes vivant au sein d'institutions publiques, connaissent des niveaux plus élevés de stress environnemental et personnel (Black et al. 1998; Simning et al. 2012). L'autre facteur possible, pourrait être un accès limité à l'alcool, en raison du revenu limité. Il se peut que certaines personnes se livrent à l'abus d'alcool quand l'argent est plus abondant, mais restreignent leurs consommations d'alcool lorsque les fonds sont épuisés. En raison des données limitées de l'étude, ces possibilités ne sont pas explorées. D'autres recherches seraient nécessaires pour examiner l'impact du stress sur les comportements de consommation d'alcool et vérifier l'association, le cas échéant entre le moment où les fonds sont disponibles et la consommation excessive chez les résidents âgés vivant en institution. Les résultats de l'étude, indiquent que ceux qui utilisent ou ont utilisé d'autres substances (par exemple, cigarette et drogues illicites), sont plus susceptibles de boire de manière excessive. Toutefois, le taux de consommation de drogues illicites dans la présente étude, était élevé (43.3%). Les chercheurs ont relevé le taux élevé d'utilisation de drogues illicites, chez les baby boomers (Han et al. 2009). La prévalence de tabagisme actif pour la population étudiée, était également élevée (54,0%), par rapport aux 9% observé, dans la population générale de personnes âgées (American Lung Association, 2010). Ces données, suggèrent que les niveaux accrus de comportement dangereux pour la santé, placent les résidents âgés vivant en institution, à un risque accru de comportements de consommation abusifs avec l'alcool. Les résidents ayant participé à l'étude, étaient âgés de 50 à 89 ans. Les résultats, ont révélé que le jeune âge ( $M = 66.22$ ,  $SD = 7,58$ ) était significativement associé, à un problème d'alcool. Les études antérieures, ont toujours rapporté les mêmes résultats (Blazer

and Wu, 2011). Les experts, notent que la consommation excessive d'alcool est plus élevée chez les baby boomers que chez les personnes plus âgées, que cette catégorie (Gfroerer, Penne, Pemberton, & Folsom, 2003). Les conséquences négatives, de cette consommation excessive d'alcool, peuvent être néfastes chez les personnes âgées à faible revenu, vivant en institution, comme une présence élevée de maladies et d'invalidités dans leurs vies. Les données de cette étude, suggèrent que les hommes afro-américains et les personnes résidentes en institution depuis peu, sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de consommation d'alcool. Les études antérieures sur le sujet, ont toujours trouvé des taux en matière de consommation excessive chez les hommes. Cependant, il n'y a rien qui prouve que la race est un facteur prédisposant, à ce type de problématique. Les antécédents sociaux, font penser que certains groupes de personnes peuvent faire face à des niveaux de stress, plus élevés dans la vie, résultant de multiples facteurs, démographiques, socio-économiques et environnementaux. Les problématiques de consommation, peuvent donc résulter de ce stress vécu. Les conclusions de cette étude, indiquent que les personnes âgées afro-américaines résidentes en institution spécialisée, souffrent en raison de différents facteurs (faible revenu, éducation limitée, instabilité résidentielle, mauvaise santé) d'un plus grand stress que les résidents de type caucasien. Des études antérieures, analysant les personnes âgées résidentes au sein d'institutions publiques, ne répondent pas à la question de la disparité raciale dans l'utilisation et la consommation d'alcool (Black et al. 1998; Rabbits et al. 1996). Les futures études, devront enquêter sur cette question et explorer d'autres variables relatives à une vie et nécessaires pour cerner les facteurs différentiels qui influencent les problèmes de consommation d'alcool, chez les différents groupes raciaux. Si ces facteurs de risque sont identifiés, il pourra alors être possible de mettre en place des interventions ciblées, sur les facteurs environnementaux qui placent ces groupes à risque. Au cœur de

cette étude, il y'a l'application de la SAMP et lorsque l'on considère les six niveaux de celui-ci, les résultats appuient donc l'idée que les variables caractéristiques, des différentes parties de la vie influencent la consommation excessive d'alcool. Cependant, un principe de base de la SAMP est que les facteurs proximaux exerceront une plus grande influence, sur le développement de troubles psychologiques. Les résultats de cette étude, indiquent néanmoins que les facteurs les plus distales tel que définis par la SAMP, avaient un lien plus fort avec les problèmes de consommation d'alcool. Des études antérieures, ont également indiqué des résultats similaires, lors de l'application de la SAMP, vis-à-vis des problématiques de dépression et d'anxiété chez les personnes âgées (Simning et al. 2012). Ce renversement, peut indiquer le besoin de repenser certains points du modèle SAMP. Les facteurs démographiques, tels que la race, le sexe sont identifiés par la SAMP, comme les prédicateurs les plus puissants dans l'identification de l'abus d'alcool. Cette étude, est une des rares qui explorent les facteurs liés à un problème de consommation d'alcool, tel qu'il est défini par Le NIAA (2009) chez les personnes âgées, résidentes, au sein d'une institution public.

**Limites :**

Cette étude, a été menée auprès de deux résidences pour personnes âgées. De ce fait, les résidents peuvent ne pas être représentatifs des personnes âgées vivant dans d'autres régions du pays. Il est donc nécessaire d'envisager d'autres études, avec une population plus large. De telles données sont nécessaires pour fournir une base d'informations nécessaires, au développement des modes d'évaluations et d'interventions, tenant compte des expériences et des besoins des personnes âgées, vivant en institution. Une autre limite de cette étude, est le manque de données dans des domaines qui permettrait une enquête plus approfondie, sur des facteurs intervenant dans la vie de chacun, pouvant par effets cumulatifs, influencer la manière de consommer de l'alcool, comme le suggère la SAMP.

Dans le futur, l'inclusion d'autres variables comprises dans une trajectoire de vie, doit être considérées pour permettre l'exploration de l'influence relative de ces facteurs. Cette enquête, devrait inclure des variables qui mesurent des facteurs plus distaux, comme par exemple le traumatisme précoce. De plus, une plus grande attention sur les facteurs de protection telle que la religiosité/spiritualité et l'utilisation de stratégies d'adaptation positives est justifiée.

**Conséquence :**

Selon les conclusions de l'étude, les taux de consommation excessive d'alcool sont élevés chez les résidents âgés, vivants au sein d'institutions spécialisées. Pourtant, aucun des résidents classés comme buveurs problématiques dans cette étude, n'étaient traités pour abus de substance, durant les 30 jours qu'a durée l'entrevue. L'évaluation est essentielle, pour l'identification et le traitement de la toxicomanie. Les personnes âgées, se disent rarement concernées pour des problèmes de consommation d'alcool (Meyers, Dice, & Dew, 2000). De ce fait, il faudrait que quand les personnes âgées se présentent dans des centres de santé somatique ou mentale, que leurs consommations d'alcool, selon le cadre du NIAAA (2009) soit évaluée. En raison du faible revenu des personnes âgées et des possibles problèmes en matière de transport ou de handicap, que les travailleurs sociaux, puissent mettre en place et offrir des structures, afin de pouvoir permettre à ces personnes, d'être évaluées et si besoin traitées. Cependant, il est essentiel que ces travailleurs soient formés à comprendre et à reconnaître l'abus d'alcool et les troubles de santé mentale chez les personnes âgées. De plus, afin de s'assurer que les travailleurs sociaux soient préparés à exercer dans de bonne condition, il est essentiel que les écoles qui forment ces professionnels augmentent leurs contenus de cours, concernant les problématique d'abus de consommation et de toxicomanie chez la population âgées.

<p><b>Commentaires personnels</b></p>	<p>Cet article nous apporte quelques informations supplémentaires sur les caractéristiques propres aux consommateurs excessifs. Nous avons également, une indication sur la prévalence des problèmes de consommation, au sein de logements sociaux. De ce fait, nous apprenons, qu'il existe certains facteurs, pouvant être à l'origine de l'émergence de ce type de comportement.</p>
---------------------------------------	---

<p align="center"><b>Grille N°5</b></p>	
<p><b>Références bibliographiques</b></p>	<p><b>Auteur:</b></p> <p>Waldo C. Klein, Carol Jess</p> <p><b>Titre de la recherche:</b></p> <p>One last pleasure ? Alcohol use among elderly people in nursing homes.</p> <p><b>Année de publication :</b></p> <p>2002</p> <p><b>Pays :</b></p> <p>USA</p>
<p><b>Buts de la recherche / Question de recherche</b></p>	<p>Cet article fournit une évaluation descriptive des politiques, des pratiques, et des problèmes dans plusieurs milieux de vie pour les personnes âgées. Les domaines spécifiques d'enquête étaient l'inclusion de renseignements liés à l'alcool lors de l'évaluation, de la disponibilité de l'alcool aux résidents, les règles de l'établissement et des services liés à l'alcool, les</p>

	problèmes liés à l'alcool et l'attitude du personnel et les connaissances de ceux-ci sur l'alcool.
<b>Population /Echantillon</b>	Cette étude, inclus tous les établissements de soins intermédiaires agréés et tous les foyers agréés pour les personnes âgées dans un état du nord. Ces installations, ont été identifiées par le ministère de la santé publique sur la base d'une liste de toutes les installations autorisées par l'état. Cependant, les installations qui avaient des lits autorisés pour des soins infirmiers qualifiés, ont également été incluses, si elles aussi, bénéficiaient de niveaux intermédiaires ou de soins inférieurs. De cette manière, ont été identifiées 189 installations. Cinquante-cinq, ont été retiré de l'échantillon après trois tentatives infructueuses pour fixer une date pour un éventuel entretien téléphonique. Sur les 134 établissements restants, 23 ont refusé de participer à l'étude, restant donc plus que 111 établissements.
<b>Devis/ Aspects éthiques</b>	Étude descriptive exploratrice
<b>Méthodologie</b>	<b>Méthode :</b> Cette étude inclus tous les établissements de soins intermédiaires agréés et tous les foyers agréés pour les personnes âgées dans un état du nord. Ces installations, ont été identifiées par le ministère de la santé publique sur la base d'une liste de toutes les installations autorisées par l'état. Cependant, les installations qui avaient des lits autorisés pour des soins infirmiers qualifiés ont également été incluses, si elles aussi, bénéficiaient de niveaux intermédiaires ou de soins inférieurs. De cette manière, ont été identifiées 189 installations. Cinquante-cinq ont été retirés de l'échantillon après trois tentatives infructueuses, pour fixer une date pour un éventuel entretien téléphonique. Sur les 134 établissements restants, 23 ont refusé

de participer à l'étude, laissant donc plus que 111 établissements. Ainsi, sur les 134 établissements qui étaient disponibles pour une entrevue, le taux de participation de 82,8 % (N = 111), répond favorablement aux attentes fournies par

Dillman (2000). Étant donné que l'unité d'observation et d'analyse de cette étude est l'établissement résidentiel, les données n'ont pas été recueillies sur les caractéristiques démographiques des résidents. 48% des résidents avaient entre 85 ans et plus. Les femmes représentaient environ 74% des résidents. 95 % des résidents étaient d'origines caucasiennes, 5.4% d'origines latinos et 1.5% afro-américaines, (Législative Program Review & Investigations Committee, 2000).

**Collecte de données :**

Les auteurs de l'étude, ont utilisé des entrevues semis structurées pour recueillir les données. Pour s'assurer que tous les domaines pertinents de l'enquête ont été inclus, trois praticiens ayant une expérience, vis-à-vis des problématiques de l'alcool ont examiné, les projets et les instruments d'analyse et proposé des modifications. Toutes les révisions proposées par ces praticiens ont été incorporées.

L'entrevue finale, comprenait des questions concernant la nature ainsi que la mesure de l'étude, dans laquelle les renseignements liés à l'alcool ont été recueillis, dans le cadre du processus d'évaluation initiale, ainsi que l'histoire de consommation des résidents, les occasions où ceux-ci auraient la possibilité de consommer, l'attitude des résidents vis-à-vis de l'alcool et la connaissance des facteurs de risques, les problèmes émanant de la consommation et les services à disposition des résidents, concernant cette problématique. Les questions étaient généralement ouvertes, invitant le répondant à décrire les pratiques, des établissements concernés. La longueur des entretiens, était d'environ 20 minutes. Un seul auteur de cette étude, a réalisé les interviews afin d'éliminer les problèmes de

fiabilité. Une standardisation des questions, a été utilisée pour augmenter la fiabilité ainsi que la validité des données. A la suite des entretiens, une analyse indépendante du contenu sur un petit ensemble de questions a été réalisée, afin de déterminer, des catégories préliminaires. Toutes les

différences dans les catégories émergentes initiales, que nous avons identifiées ont été discutées et négociées, pour créer un ensemble unique de catégories, de codage pour l'analyse finale. Les catégories ont été examinées et révisées, jusqu'à une fiabilité au-delà de 0,80, a été systématiquement réalisé. Toutes les entrevues, ont ensuite été codées en utilisant les catégories révisées. Les données ont été entrées dans le SPSS 8.0 pour toutes les analyses (SPSS, 1998).

#### **Evaluation des résultats :**

Dans cette étude, seulement 57,7 pour cent (n = 64) des établissements qui ont répondu, ont indiqué, qu'ils ont un historique, en lien avec la consommation d'alcool. Parmi les 64 installations qui ont inclus un historique en lien avec l'alcool dans l'évaluation initiale, l'information qui a été inclus variait considérablement. Par exemple, 79,7 pour cent (n = 51) des répondants, demandaient des renseignements sur les habitudes de consommation, la fréquence de consommation et la durée de consommation chez un résident. En revanche, seulement 28,1 pour cent (n = 18) ont expressément demandé aux résidents, si ils ont été sujets à des problèmes liés à l'alcool dernièrement, ou étaient en traitement ou en voie de guérison. De même, seulement 20,3 pour cent (n = 13) ont posé une question directe, à savoir si le résident était un alcoolique actif (Figure 1). Enfin, seulement 14,1 pour cent (n = 9) des rapports ont indiqué, l'inclusion d'un historique en lien avec l'alcool, dans le cadre du processus d'admission. La plupart des répondants, ont indiqué qu'ils avaient acquis des renseignements provenant de sources multiples. Parmi les plus fréquemment rapportés : les membres

	<p>de la famille (71,2 pour cent), les dossiers médicaux existants fournis par des médecins ou des hôpitaux (55,9 pour cent), et les résidents eux-mêmes (39,6 pour cent).</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p><b>Attitudes et politique concernant l'alcool :</b></p> <p>Une majorité des répondants (55.8%), ont estimé qu'il était approprié, que les personnes âgées au sein de leurs institutions, aient un accès libre à la consommation d'alcool. 20.7% pensent que cela n'est guère approprié. 13.5% des établissements n'autorisaient leurs résidents à boire, qu'en dehors de leurs institutions. 12 installations, limitaient la consommation d'alcool, lors de sorties organisées et 16 autres établissements, n'autorisaient l'alcool que lors de fêtes ou d'occasions spéciales. Dans cette étude, l'occasion la plus fréquemment identifiée, était celle des cocktails party, organisée par les institutions. Plus d'un quart des établissements ont déclaré organiser fréquemment, des cocktails party. 58.6 % des établissements exigeaient l'aval d'un soignant pour autoriser ou non à un résident à consommer. 36.9% des répondants ont déclaré interdire la consommation d'alcool. 19 établissements mettaient en place des stratégies, afin de réguler la consommation de leurs résidents. Il s'agissait notamment de restreindre la consommation ou de rendre l'alcool accessible, que par le biais des soignants, ce qui permettait un contrôle de la consommation. 10 établissements ont eux indiqués prendre des mesures pour éviter la consommation excessive. Cependant 27 établissements, ont déclaré ne pas avoir mis en place de règles explicites, concernant la consommation. La quasi-totalité des répondants, soit 94.2% ont indiqué que leurs politiques en matière de consommation d'alcool ne variaient pas selon le niveau de soins de l'établissement en question. Il semblerait selon l'étude, qu'il existerait une tendance à regrouper tous les résidents dans une seule catégorie, sans tenir compte des caractéristiques individuelles. Ceci paraît donc</p>

problématique, étant donnée la non prise en compte du niveau de nuisibilité, de la consommation d'alcool à l'égard de certains résidents. En matière de mesures mises en place, cette étude nous indique également que plutôt de chercher, à régir le comportement des résidents, les institutions pourraient simplement refuser l'entrée de résidents connus, pour avoir un problème de consommation. Cette mesure a été entreprise par

trois des établissements participants. 6 établissements, ont indiqué demander aux résidents voulant rejoindre l'établissement et ayant des problèmes de consommation, de participer à un programme de traitement, afin de prouver leurs sobriétés et être admis. Cependant, au sein de l'échantillon, nous avons une majorité d'établissements refusant les sujets, ayant des problèmes de consommation.

**Limites :**

Il faut cependant, être prudent avec ce type de résultats et leurs interprétations. En effet, même si certains établissements, ont indiqué mettre en place diverses règles, celle-ci n'étaient toujours pas respectés. Par exemple 41 établissements, ont indiqué qu'ils interdisaient la consommation d'alcool. Néanmoins, 22 d'entre eux ont déclaré avoir fait des entorses ou des exceptions à la règle.

**Reconnaissance des problèmes liés à l'alcool :**

La majorité des répondants, soit 97.1% ont estimé entre 0 et 42%, la présence de problématiques liées à la consommation d'alcool, chez leurs résidents.

Le contraste entre les niveaux de problématiques liées à l'alcool dans cet échantillon de personnes âgées hospitalisés, suggère une forte tendance, concernant le personnel de maison, ainsi que l'équipe infirmière, à négliger ou à ne pas reconnaître la réalité du problème. Cette indication est cohérente avec la négligence ou le refus de la part des professionnels, de prendre acte de cette problématique, comme l'atteste de nombreuses

	<p>références littéraires. Cependant, il est intéressant de voir que près de 83.8% des établissements, ont indiqué avoir fait état de problèmes, suite à des consommations d'alcool par les résidents. Les problèmes signalés par les répondants, étaient d'ordre somatique ou suite à une interaction de l'alcool avec des médicaments (plus de la moitié des établissements (n = 60) ont signalé des problèmes de ce type). On dénombre également,</p> <p>des problématiques comportementales, comme des actes belliqueux envers le personnel, les résidents ainsi que les membres de la famille (25 établissements). 5 établissements, ont signalé des problèmes cognitifs, comme des troubles de la mémoire ou des épisodes confusionnels.</p> <p><b>Personnel et services :</b></p> <p>74.8% des répondants, ont fait état d'aucune proposition d'offre de formation, concernant la problématique de la consommation d'alcool, à l'égard de leurs personnels de maison ou soignants. Concernant les établissements indiquant la présence de personnel spécialisé dans la question, il est indiqué, qu'ils représentaient une exception par rapport à la dotation normale. Cependant, malgré l'absence de large diffusion d'une formation spécialisé, 68.5% des répondants ont correctement identifié, au moins quelques facteurs de risque, à la consommation excessive d'alcool. Les travailleurs sociaux, les divers groupes de soutien et les infirmiers ont été identifiés comme ressources, par un petit nombre de répondants, concernant cette problématique.</p>
<p><b>Discussion / perspectives pour la pratique</b></p>	<p><b>Discussion :</b></p> <p>Ce qui ressort des 111 interviews, c'est l'intérêt des répondants pour la problématique de la consommation d'alcool, chez les personnes âgées. L'étude nous indique, qu'il existe des confusions concernant l'alcool. Certains répondants, la perçoivent comme une drogue psychoactive, d'autres comme une boisson à caractère social, d'où les approches et les attitudes différentes vis-à-vis de celle-ci. Etant donné le nombre</p>

élevé de personnes âgées, qui ont eu des problèmes, suite à une consommation d'alcool relevé dans d'autres recherches, le nombre élevé des établissements qui dans cette recherche indiquant ne pas prendre de mesures vis-à-vis de potentielles problèmes pouvant être engendrés par une consommation d'alcool, soulève un besoin d'implication politique plus importante. La prévalence des problèmes liés à l'alcool chez les personnes âgées de 65 ans, justifie cette inclusion.

L'incorporation d'un outil de prélèvement d'information, même aussi simple que le CAGE (1. Avez-vous jamais eu envie de réduire votre consommation d'alcool? 2. Avez-vous jamais été gêné par la critique des autres personnes à propos de votre consommation d'alcool? 3. Avez-vous déjà senti de la culpabilité vis-à-vis de votre consommation d'alcool? 4. Avez-vous déjà eu envie d'arrêter de boire suite à une gueule de bois?) Améliore la reconnaissance de problèmes potentiels avec l'alcool et, à son tour, ouvre la porte à des stratégies appropriées de prévention ou de traitement. Bien que près de la moitié de tous les répondants étaient d'avis, qu'ils avaient mis en place des mesures inappropriées pour les résidents de leurs établissements concernant l'accès aux boissons alcoolisées, malgré la politique de ceux-ci concernant la consommation d'alcool. Ces répondants reflètent le conflit entre soutenir le droit à l'autodétermination et le rôle de l'établissement dans le renforcement de l'indépendance du résident, avec également la nécessité de gérer l'alcool, comme une drogue psychoactive. Toutefois, la majorité des répondants n'ont pas signalé, un nombre important de résidents, avec des problématiques de consommation d'alcool, mais ont fait état de multiples problématiques sociales et somatiques, à la suite d'une consommation. Cette étude nous éclaire aussi sur le besoin de ces établissements, à élargir et améliorer le niveau de formation, concernant la problématique de l'alcool à l'égard de leurs personnels. Compte tenu des niveaux élevés de problèmes liés à

l'alcool rapportés dans cette étude, toutes les installations devraient avoir au moins un membre du personnel bien formé sur les problématiques de consommation d'alcool, afin que des conseils puissent être obtenus de sa part et des interventions mises en place.

**Limites et recherches futures :**

La généralisation de la description produite par cette étude, peut être limitée par la particularité et les variétés de coutumes sociales, culturelle et réglementaires, dans lequel, l'étude c'est faite et le degré de participation volontaire, de celui-ci. Malheureusement aucune de ces particularités, n'a été notée. De plus, étant donné la nature de cette étude, (descriptive exploratrice basée sur un échantillon défini), aucune hypothèse n'a été formulée précédemment. De plus, les recherches futures devront examiner le rôle du sexe et de la culture dans l'élaboration des politiques, sur la consommation d'alcool, ainsi que sur les comportements du personnel. Les recherches futures, devront également identifier les coûts d'entraînement ainsi que l'avantage économique, vis-à-vis des possibilités de prévention et de traitements émergents.

**Conclusion :**

L'alcool, fait partie intégrante de la condition humaine. Cela n'est pas susceptible de changer à l'avenir. Ce qui l'est en revanche, sont les habitudes de consommation des personnes âgées. Il y'a tout lieu de croire, que les problèmes liés à l'alcool, chez les personnes âgées, va croître dans les années à venir. C'est pourquoi, il est essentiel de préparer des stratégies d'interventions. Il est également nécessaire, de mettre en place des méthodes de dépistage adéquates. Les travailleurs sociaux dans le réseau des services adultes plus âgés, peuvent donc jouer un rôle essentiel dans la promotion de la compréhension critique, du rôle et des effets de la consommation d'alcool. Une meilleure compréhension de l'environnement social, dans lequel l'alcool est une boisson sociale et une drogue psychoactive, doit être intégrée dans l'évaluation.

<b>Commentaires personnels</b>	<p>Il s'agit d'un article important pour son apport en informations quant à la responsabilité de l'établissement, dans la gestion de la consommation d'un stupéfiant. Il s'avère donc important à la lecture de cet article, que les infirmiers se renseignent sur la politique mise en place par leurs institutions, vis-à-vis de cette question. On prend également acte dans cet article, du déficit en matière de considération, de la part des professionnels soignants, à l'égard de la consommation de leurs bénéficiaires en soins.</p>
--------------------------------	---

<b>Grille N°6</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	<p><b>Auteur :</b></p> <p>Nyamathi, A., Shoptaw, S., Cohen, A., Greengold, B., Nyamathi, K., Marfisee, M., De Castro, V., Khalilifard, F., George, D. &amp; Leake, B.</p> <p><b>Titre de la recherche :</b></p> <p>Effect of motivational interviewing on reduction of alcohol use.</p> <p><b>Date :</b></p> <p>2010</p> <p><b>Pays :</b></p> <p>USA</p>
<b>Buts de la recherche / Question de recherche</b>	<p>Le but de cette étude est d'évaluer l'impact de la promotion de la santé, réalisé et mise en place par le personnel membre du corps infirmier, à l'égard de patients atteints de l'hépatite, par rapport à l'entretien motivationnel, réalisés par des thérapeutes spécialistes et formés à des séances individuelles et en groupe, afin de réduire la consommation d'alcool de leurs sujets concernés.</p>

<p><b>Population /Echantillon</b></p>	<p>Étude de type essai randomisé et contrôlée qui a duré trois mois, réalisés à partir d'un échantillon de 256 adultes dans des cliniques externes de la ville de Los Angeles. Les personnes sélectionnées, présentaient un niveau de consommation de modéré à fort. Les participants, ont été randomisés, selon les trois catégories suivantes :</p> <p>Intervention motivationnelle par groupe. Intervention motivationnelle individuelle. Promotion de la santé (hépatite) par les infirmiers à l'égard des patients. Échantillon composé d'une majorité d'hommes (afro-américains et hispaniques).</p>
<p><b>Devis/ Aspects éthiques</b></p>	<p>Étude randomisée contrôlée, avec consentement de la population participante.</p>
<p><b>Méthodologie</b></p>	<p>Étude type essai randomisé et contrôlée, qui a duré trois mois, réalisés à partir d'un échantillon de 256 adultes dans des cliniques externes de la ville de Los Angeles. Les personnes sélectionnées présentaient un niveau de consommation de modéré à fort. Les participants, ont été randomisés selon les trois catégories suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Intervention motivationnelle par groupe.</li> <li>-Intervention motivationnelle individuelle.</li> <li>- Promotion de la santé (hépatite) par les infirmiers, à l'égard des patients.</li> </ul>

<b>Résultats</b>	La consommation d'alcool auto déclarée c'est réduite d'à peu près 50%. Un Wilcoxon sign-rank test a démontré une diminution significative de la consommation d'alcool dans l'échantillon total ( $p < 0,05$ ).
<b>Discussion / perspectives pour la pratique</b>	Cette étude est la première à comparer les interventions infirmières à celles proposés par des thérapeutes professionnels. Les trois types d'interventions, ont démontré une diminution significative de la consommation d'alcool, chez les participants. Les programmes d'intervention proposés par le corps infirmier, ne permettent pas la réalisation d'économies, mais permettent une plus grande intégration de conseil, dans la baisse de consommation, avec un accent plus prononcé, sur les questions liées à la santé générale, de l'individu concerné. Cette étude, suggère également que les infirmiers, peuvent jouer un rôle important dans la gestion de l'abus de l'alcool. L'étude, a également permis de démontrer que les infirmiers peuvent être aussi efficaces que d'autres praticiens dans la gestion et la consommation excessive d'alcool. L'étude a également mis en évidence, que les entretiens motivationnels réalisés par les thérapeutes n'ont pas montré de différence significative, par rapport à l'intervention des infirmiers. De ce fait, l'étude signale l'intérêt de faire d'autres recherches sur l'efficacité et la rentabilité de la prise en charge infirmière, à l'égard de la consommation problématique d'alcool.

<b>Commentaires personnels</b>	Cet article nous apporte des informations, quant à l'efficacité des différentes interventions infirmière, mises en place. De ce fait, on pourra savoir si telle ou telle interventions convient à notre situation et à notre problématique.
--------------------------------	---

<b>Grille N°7</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	<p><b>Auteur:</b></p> <p>Dunn, C., Deroo, L. &amp; Rivara, P. F</p> <p><b>Titre de la recherche:</b></p> <p>The use of brief interventions adapted from motivational interviewing (MI) across behavioral domains: a systematic review.</p> <p><b>Date :</b></p> <p>2001</p> <p><b>Pays :</b></p> <p>USA</p>
<b>Buts de la recherche / Question de recherche</b>	<p>Le but de cette étude, qui est un essai randomisé contrôlé, est de comparer et d'examiner, l'efficacité des entretiens motivationnels et les interventions brèves sur le comportement (interventions comportementales) à l'égard de quatre sujets définis : l'abus de substance, le tabagisme, le risque de VIH, l'alimentation et l'exercice. Les interventions, ont été réalisées par des psychologues, des spécialistes en toxicomanie (abus de substances), des conseillers en santé, des infirmiers et des diététiciens.</p>

<p><b>Population /Echantillon</b></p>	<p>Les critères d'inclusion, en ce qui concerne les participants n'ont pas été précisés. Les études incluses (29 études randomisée contrôlées sur les interventions de type intervention motivationnel) ont été réalisées sur les domaines du comportement toxicomane, le sevrage tabagique, la réduction du risque de VIH, l'alimentation ainsi que l'exercice physique.</p> <p><b>Lieu de test :</b></p> <p>Abus de substance et toxicomanie : Campus universitaire, hôpital, clinique ambulatoire, salle d'urgence, organisme communautaire.</p> <p>Tabagisme : Campus universitaire, hôpital, clinique ambulatoire, salle d'urgence.</p> <p>Risque de VIH : agence communautaire, lieux de consultations externes.</p> <p>Diététique/exercice physique : cliniques médicales ambulatoires.</p>
<p><b>Devis/ Aspects éthiques</b></p>	<p>Essaie randomisé contrôlé.</p>
<p><b>Méthodologie</b></p>	<p>L'ensemble des études, a été combiné. Elles ont été regroupées et classifiées selon trois types d'études concernant :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les entretiens motivationnels avec l'absence de traitement.</li> <li>- Les entretiens motivationnels comme traitement de remplacement.</li> <li>- Les entretiens motivationnels combinés aux traitements habituels.</li> </ul> <p>Par la suite, les études ont été discutées. Les effets ainsi que les changements sur les différents groupes, ont été mesurés pour chaque étude. Une analyse de régression a également été effectuée en utilisant la durée de suivi comme variable indépendante et les effets mesurés comme variable dépendante.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>29 études (n=6,953) ont été incluses.</p> <p>Les effets mesurés étaient disponibles pour 26 études.</p> <p>L'abus de substance (15 études) : Dans 10 études, les effets des entretiens motivationnels, ont été significatifs.</p> <p>L'arrêt du tabagisme (2 études) : Les effets de l'entretien motivationnels étaient significatifs, que selon une étude.</p> <p>La réduction du risque de VIH (4 études) : Dans deux études, les effets étaient significatifs.</p> <p>Diététique/alimentation (5 études) : trois des cinq études, ont montré les effets, des entretiens motivationnels comme significatifs.</p> <p>L'analyse de régression, n'a trouvé aucune baisse significative, des effets, dans les études, en fonction de la période de suivi (<math>p=0.84</math>). Cette étude nous démontre, que l'entretien motivationnel, est une méthode d'intervention efficace, pour les problématiques d'abus de substances, même si celle-ci, n'est</p>

	pas réalisée par des professionnels en la matière ex : infirmiers.
<b>Discussion / perspectives pour la pratique</b>	Les entretiens motivationnels ont montré leurs efficacités dans le traitement des problématiques d'abus de substances. De plus, elles ont montré, des effets significatifs, même si elles étaient réalisées, par des infirmiers. L'étude nous montre, que les effets de l'entretien motivationnel sont significativement plus élevés, que les interventions habituellement utilisées. D'autres recherches, sont nécessaires, afin d'étudier d'autres aspects de l'intervention motivationnelle. Par exemple, des études sur les paramètres médicaux, de ce type d'intervention et les coûts financiers de cette dernière.
<b>Commentaires personnels</b>	Cet article, nous informe de l'efficacité de l'entretien motivationnel, à l'égard des sujets ayant des problèmes d'abus de substances.

<b>Grille N°8</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	<p><b>Auteur :</b> Lock A. C. &amp; Kaner FS E.</p> <p><b>Titre de la recherche :</b> Implementation of brief alcohol interventions by nurses in primary care : do non-clinical factors influence practice ?</p> <p><b>Date :</b> 2003</p> <p><b>Pays :</b> Grande-Bretagne</p>
<b>Buts de la recherche / Question de recherche</b>	L'objectif de cette étude, est d'enquêter et d'investiguer sur la question suivante : les caractéristiques des infirmiers, des patients et les facteurs relatifs à la pratique infirmière influencent-elle les interventions brèves, à l'égard d'une prise en charge de problèmes d'alcool en soins primaire ?
<b>Population /Echantillon</b>	128 infirmières en pratique, avaient mis en place des programmes d'interventions basés dans le nord de l'Angleterre, qui consistaient à réaliser 5 minutes de conseils, ainsi qu'une récolte d'informations sur tous les buveurs à risques. De ce fait 5541 tests AUDIT ont été recueillis après une période de mise en œuvre, ayant duré 3 mois. 1500 personnes ont été identifiées comme ayant une consommation à risque.
<b>Devis/ Aspects éthiques</b>	Recherche qualitative

<p><b>Méthodologie</b></p>	<p>128 infirmières, ont développé un programme d'intervention vis-à-vis de la problématique de l'alcool. Ces infirmières, ont convenu de mettre en œuvre, un dépistage pour les personnes, ayant des problématiques de consommation ainsi que des interventions, durant une période de 3 mois. Le questionnaire de dépistage utilisé, était le test AUDIT. Composé de 10 questions, ce questionnaire est spécialement conçu pour les établissements, de santé primaire. En plus des 10 questions liées à l'alcool, le questionnaire comprenait 4 questions relatives à l'âge des patients, le sexe, le niveau de scolarité et la profession. Les données ont été analysées avec le logiciel PSS version 837 et Stata version 7.38.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>La quasi-totalité des infirmiers dans l'étude, étaient des femmes (99%) avec un âge moyen de 45 ans. 62% des personnes ont bénéficié d'une brève intervention. Selon l'étude, le test audit a nettement influencé l'intervention des infirmiers. Cependant ni l'âge de l'infirmier, ni la formation reçue dans les interventions brèves n'ont représenté une importante variation.</p>
<p><b>Discussion / perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Les buveurs à risque, qui étaient susceptibles de recevoir une brève intervention, étaient de sexe masculin. L'âge des patients, n'a pas prédit, les effets, de ce type d'intervention (généralement fondée sur l'occupation, l'éducation et la réalisation). Le modèle multi niveaux, est incapable d'identifier, les caractéristiques des infirmières pouvant prédire une intervention brève, mais a indiqué une variation significative, entre les infirmiers dans leurs tendances à offrir de telles interventions aux différents sujets. Le test Audit, était le plus influent dans la prédiction d'une intervention brève, par les infirmiers. L'étude nous signale également, que les femmes sont moins susceptibles de bénéficier d'interventions liées à l'alcool. On nous signale également, que les patients peuvent développer une attitude contre-productive, à l'égard des professionnels sollicités, pour</p>

	<p>engager un changement de style de vie. Les infirmiers dans cette étude, ont fourni des interventions brèves d'une manière plus cohérente que le GPS, dans une étude précédente. Les médecins apparaissent réticents à intervenir avec les patients appartenant à des groupes sociaux élevés, alors que les infirmiers étaient plus réticents à conseiller les femmes (buveurs à risque).</p>
<b>Commentaires personnels</b>	<p>Article intéressant, puisque le test audit est apparu comme une ressource et un outil important pour soutenir les infirmiers, dans leurs interventions. Cet outil, permet de prodiguer des interventions fondées sur des informations à caractère scientifiques et mesurées.</p>

<b>Grille N°9</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	<p><b>Auteur :</b> Beckham N.</p> <p><b>Titre de la recherche :</b> Motivational interviewing with hazardous drinkers.</p> <p><b>Date :</b> 2006</p> <p><b>Pays :</b> USA</p>
<b>Buts de la recherche / Question de recherche</b>	<p>Cette étude a pour but de mettre en lumière les bénéfices de l'entretien motivationnel pratiqué à l'égard d'une population rurale (à faible revenu) du sud-est de l'Idaho, ayant des problèmes de consommation d'alcool où serait susceptible de recourir à une consommation dangereuse.</p>
<b>Population /Echantillon</b>	<p>Population : (personnes, 13 hommes, 15 femmes) ayant recours à des centres de santé communautaires du sud-est de l'Idaho détectés par l'outil Alcohol Use Disorders Identification test (AUDIT).</p>
<b>Devis/ Aspects éthiques</b>	<p>Etude randomisée contrôlée.</p>

<p><b>Méthodologie</b></p>	<p>28 personnes ont participé à l'étude, toutes identifiées grâce à l'outil AUDIT. Les participants ayant une maladie mentale ont été inclus dans l'étude. 64% des participants à l'étude ont été déclarés avec un diagnostic psychiatrique.</p> <p>Critères d'inclusion : les critères d'inclusion, étaient basés sur une revue de littérature (Bien et al. 1993; Fleming &amp; Manwell, 1999; WHO, 1996). Les sujets étaient admissibles dans l'étude, s'ils entraient dans les cliniques (centres) en question, durant la période de l'étude et respectaient les critères émis, par le test AUDIT (score de 8 ou plus), concernant la consommation dangereuse d'alcool. De plus, ils devaient être prêts à effectuer les suivis d'évaluation durant 6 semaines. Critère d'exclusion : sujets de moins de 18 ans, les femmes enceintes, personnes ayant des idées suicidaires.</p> <p>Les interventions consistaient en une session d'entretien motivationnelle, durant 40 à 60 minutes. Avant l'étude, le chercheur reçoit une semaine de formation à l'entretien motivationnel.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>À la suite de l'étude on apprend que l'entretien motivationnel était efficace et les résultats, significatifs. Suite aux entretiens motivationnels les buveurs qui ont participé à l'étude ont démontré une diminution significative de leur consommation d'alcool. Les baisses de consommation montrent une utilité clinique de l'entretien motivationnelle, à l'égard de la consommation abusive d'alcool.</p>
<p><b>Discussion / perspectives pour la pratique</b></p>	<p>Importance pour les soins infirmiers :</p> <p>Négocier le changement de comportement fait partie de la pratique des infirmiers praticiens.</p> <p>Les personnes ayant une consommation d'alcool abusive, sont plus susceptibles de rencontrer des infirmières praticiennes,</p>

	<p>médecins de famille ou travailleurs sociaux, plutôt que des conseillers spécialistes dans le traitement de l'alcool. Depuis, les infirmiers praticiens offrent un large éventail de services médicaux préventifs et autres. Les infirmiers, sont bien situés pour fournir des soins continus complets aux buveurs excessifs. Les problèmes d'alcool, ont des caractéristiques chroniques et récidivantes, donc le suivi continu est important pour commencer le traitement et le soutien, afin de modifier le comportement de consommation. La prévention des rechutes, peut être un aspect important pour les infirmières praticiennes. Les membres de la famille, peuvent également contribuer au diagnostic de confirmation et aider au développement d'un plan de traitement. La collaboration avec d'autres professionnels des soins, est aussi un aspect de la pratique infirmière. La majorité des buveurs, ne se présentent pas pour demander de l'aide et sont soit pré contemplatifs soit contemplateurs de leurs situations. L'entretien motivationnel est spécifiquement conçu pour préparer les gens au changement. Comme la plupart des gens résistent à l'idée de faire dire quoi faire « Il faut arrêter de boire », l'utilisation des principes de l'entretien motivationnel, peut diminuer la résistance et optimiser le changement. En outre, l'identification et l'intervention dans un contexte de soins primaires peuvent réduire les coûts des soins et réduire la stigmatisation pouvant être produite par le soin spécialisé. L'ajout de ce type de communication est important pour le bénéficiaire mais également pour l'infirmier.</p> <p>Les futures recherches, devront s'intéresser aux effets de l'entretien motivationnel chez les buveurs excessifs et donc à risques sur un plus grand échantillon.</p>
--	---

<b>Commentaires personnels</b>	Cet article nous informe de l'efficacité de l'entretien motivationnel, à l'égard des sujets ayant des problèmes de consommation d'alcool. Les résultats furent significatifs et encourageants. Nous pourrions par la suite, proposer ce type d'intervention dans nos résultats.
--------------------------------	---

*Rapport-gratuit.com*   
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

