

## Personnes âgées et consommation d'alcool – Question 5

# Quelles actions de prévention primaire des risques liés à l'alcool sont adaptées aux personnes âgées ?

## Prévenir les risques liés à l'alcool chez les personnes âgées, un objectif en émergence

### *Place de la prévention des addictions dans la promotion de la santé des personnes âgées*

En France et depuis près de 30 ans, la prévention des addictions a fait l'objet de plusieurs plans de santé publique qui proposent des interventions spécifiques pour certains publics cibles (enfants et jeunes, femmes enceintes) ou pour certains milieux (milieu du travail) ; des recommandations nombreuses existent également en fonction des produits concernés, des populations visées ou des milieux d'intervention (1-4). Jusqu'à récemment, les personnes âgées ne figuraient pas parmi les groupes prioritaires de ces programmes et aucune intervention ne ciblait spécifiquement cette population.

En parallèle, la France a développé et mis en place plusieurs plans et programmes visant à prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées ou à favoriser le bien vieillir des personnes dès 55 ans : une activité physique régulière, une alimentation équilibrée, un contrôle de la médication et une réduction des risques liés à l'environnement sont les principales mesures de prévention primaire proposées pour cette population. À ces mesures s'ajoutent la promotion de la vaccination contre la grippe, des mesures d'éducation du patient ou de gestion des maladies chroniques, ainsi que la réduction des suicides

et la lutte contre la maltraitance. Alors que la question de la iatrogénie médicamenteuse figure en bonne place dans les stratégies nationales de prévention, les interventions ciblant les habitudes tabagiques et la consommation d'alcool des personnes âgées ne figurent pas dans les programmes favorisant le "bien vieillir" ni dans les messages de prévention diffusés en direction de cette population.

Ces choix stratégiques, tant du point de vue des programmes thématiques que de celui des plans ciblant spécifiquement les sujets âgés, ne s'expliquent pas seulement par des critères épidémiologiques ou par un manque de données probantes en matière de prévention.

La question des messages de prévention relatifs à la consommation d'alcool durant la vieillesse est enfin plus controversée, en raison notamment du *french paradox* : certains résultats épidémiologiques montrent en effet une association bénéfique entre une consommation modérée d'alcool et une bonne santé cardiovasculaire ou cognitive. Ces travaux sont largement repris par les alcooliers et la filière vinicole, vantant l'effet bénéfique du vin sur la santé, et trouvent un écho favorable dans bon nombre d'idées reçues ou d'exemples de longévité familiale associée à une consommation régulière d'alcool. Une revue de littérature sur le "bien vieillir", faisant état des données probantes sur le rôle de l'alcool, a toutefois conclu que la consommation d'alcool ne pouvait être recommandée chez les personnes âgées. Par ailleurs, l'effet délétère de l'abus d'alcool ou d'une consommation inappropriée chez des sujets âgés a conduit certains pays, comme les États-Unis ou l'Italie, à

proposer des recommandations spécifiques pour les sujets âgés et à abaisser pour cette population les seuils de consommation d'alcool recommandés pour les jeunes adultes.

## **Panorama français et international de la prise en compte de l'alcool chez les personnes âgées dans les programmes de prévention**

---

### ***Place des publics âgés dans la prévention des addictions, un thème émergent en France***

En juin 1998, le rapport Roques sur les "problèmes posés par la dangerosité des drogues" remettait en cause la pertinence de la distinction habituelle entre drogues licites et illicites. Il démontrait que l'alcool est une "drogue dure", classée immédiatement après l'héroïne et la cocaïne pour ses propriétés addictives, toxiques métaboliques (risques d'atteintes organiques) et sa dangerosité sociale. À la suite de ce rapport important qui remettait en question la vision de l'alcool-culturel, plusieurs initiatives visant à intensifier la prévention de la consommation excessive d'alcool ont été prises.

L'alcool a été incorporé au Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances adopté en juin 1999. En 2001, le Ministre délégué à la Santé a présenté une nouvelle Stratégie d'"action alcool" pour intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool. Ce produit, pointé comme un déterminant majeur dans l'apparition des cancers, fait l'objet de plusieurs mesures au sein du Plan cancer lancé en 2003. Par ailleurs, deux expertises collectives de l'Inserm, publiées respectivement en 2001 et 2003, ont fait le point, pour la première, sur les effets de l'alcool sur la santé, et pour la seconde, sur les dommages sociaux liés à l'alcool, l'abus et la dépendance. Plus récemment, l'un des objectifs fixés par la Loi de santé publique de 2004 a souligné que, pour répondre aux enjeux de santé publique posés par la consommation d'alcool, il convient de viser une réduction globale de la consommation, sans se limiter à la prise en charge de l'alcool-dépendance ou des pathologies associées à l'excès d'alcool.

Dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, la Mildt a engagé un programme de lutte contre l'alcoolisme. En matière de prévention, ce programme avait pour objectif d'abaisser les consommations d'alcool aux seuils définis

par les experts internationaux. S'il avait la volonté d'adapter les messages de prévention aux différents groupes de buveurs ou aux modes de boire (usage quotidien, usage festif, ivresses, usage associé à d'autres substances chez les jeunes...), il n'identifiait pas spécifiquement les personnes âgées comme "groupes" de buveurs (5).

Le Plan de prise en charge et de prévention des addictions pour 2008-2011 (Mildt, 2008), s'inscrivant dans la politique de réduction des risques mise en place depuis 2002, concerne toutes les addictions, avec ou sans substance (comme par exemple l'addiction au jeu). Ses objectifs sont de renforcer et coordonner les dispositifs existants, et de développer les ressources à toutes les étapes de la prise en charge : prévention, dépistage, soins et accompagnement médico-social. Concernant la prévention du risque alcool, l'une des mesures principales de ce Plan est la généralisation du repérage précoce et de l'intervention brève (RPiB) auprès des médecins généralistes.

Ce Plan prévoit également des mesures spécifiques de recherche et d'observation pour quelques sujets émergents. Parmi ceux-ci figure en première ligne la consommation de médicaments psychotropes et d'alcool chez les seniors, qui devrait faire l'objet de suivi par un observatoire mis en place par l'Office français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et qui devrait être l'objet d'un axe spécifique dans l'appel d'offre "recherche" de la Mildt.

### ***L'alcool dans les plans de promotion de la santé français en direction des personnes âgées***

Lancé en 2003 par le Secrétariat d'État aux personnes âgées et le Ministère des Sports, le Plan national "Bien vieillir" (6) s'adressait aux personnes de 55 ans et plus et visait à promouvoir la santé et le bien-être par l'alimentation et l'activité physique et sportive. Depuis 2005, le programme est piloté conjointement par la Direction générale de la santé (DGS, bureau des maladies chroniques) et par la Direction générale de l'action sociale (DGAS, bureau des personnes âgées). Il finance notamment un appel à projet régional et national. À notre connaissance, aucun projet financé jusqu'à ce jour dans le cadre de cet appel à projet ne portait sur l'alcool.

Le Programme national nutrition santé (PNNS) 2001-2006 comportait également deux objectifs nutritionnels spécifiques pour les personnes âgées :

- "améliorer le statut en calcium et en vitamine D des personnes âgées" ;

- "prévenir, dépister, limiter la dénutrition des personnes âgées".

Pour la période 2007-2010, le PNNS axe notamment ses efforts sur la sensibilisation aux risques de dénutrition chez les personnes âgées et sur le dépistage précoce.

D'autres plans ou programmes (Plan de lutte contre la douleur, Plan psychiatrie et santé mentale, Plan d'actions sur le sommeil, Plan de lutte pour améliorer la qualité de vie des malades chroniques) comportent des actions de prévention en direction des personnes âgées, mais aucun ne porte spécifiquement sur la prévention des risques liés à l'alcool.

Dans le cadre de ces Plans, l'Inpes réalise depuis une dizaine d'années des actions en direction des personnes âgées. Jusqu'en septembre 2004, ces actions étaient menées dans le cadre de différents programmes thématiques, principalement dans le cadre du programme "Accidents de la vie courante / prévention des chutes" :

- diffusion de programmes courts multithématiques "La Santé à tout âge" incluant des messages rappelant la consommation d'alcool recommandée en population générale (7) ;

- diffusion des guides PNNS destinés aux personnes de plus de 55 ans, aux aidants des personnes âgées fragiles et aux professionnels de santé : les recommandations en matière de consommation d'alcool pour la population générale sont rappelées ;

- élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques de prévention des chutes (l'un des aspects des recommandations concerne le repérage des personnes âgées consommatrices à problème d'alcool et la mise en œuvre d'interventions brèves) (8).

Des approches d'éducation pour la santé du patient âgé (9) ont également été expérimentées, mais les résultats confirment les difficultés, pointées dans la littérature internationale, à mettre en place des actions d'éducation pour la santé du patient âgé selon une approche globale. Ces expérimentations soulignent ainsi la nécessité de renforcer la formation des professionnels de santé sur ce point.

### **Survol des recommandations et initiatives de prévention des risques liés à la consommation d'alcool en direction des personnes âgées, en France et à l'étranger**

Certains pays (États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Italie notamment) ont proposé des recommandations de consommation spécifiques d'alcool pour les personnes

âgées, qui se fondent notamment sur une plus grande vulnérabilité des personnes âgées aux effets de l'alcool et sur la présence d'un certain nombre de situations dangereuses (médicaments notamment).

Le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) et surtout l'American Geriatrics Society (AGS) ont établi des recommandations quant à la prise en charge et au traitement des problèmes relatifs à l'alcool (10, 11). En ce qui concerne la prévention primaire auprès des sujets âgés, leur stratégie est de prévenir tous les consommateurs des risques d'une consommation abusive, d'être attentif à un double diagnostic (dépression / consommation d'alcool) et d'impliquer la famille et l'entourage.

Par ailleurs, il existe un consensus international, rappelé récemment par le groupe Healthy Ageing, pour ne pas promouvoir la consommation d'alcool malgré les bénéfices potentiels d'une consommation modérée sur la santé cardiovasculaire ou cognitive (12).

Les actions réalisées à l'étranger auprès des personnes âgées visent principalement la sensibilisation, soit des personnes vieillissantes elles-mêmes (brochures d'information proposée par l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme – "Les aînés et l'alcool" – ou par l'association québécoise EducAlcool – "Les personnes âgées et l'alcool" – par exemple) ou des professionnels en contact avec ces publics. À l'instar de la revue de littérature réalisée par Santé Canada en 2003, ces initiatives prennent place souvent dans le cadre de programmes de promotion de la santé mentale (13).

Depuis quelques années, certains professionnels du secteur mental ou de l'addictologie tendent à promouvoir et à développer des approches préventives visant l'alcoolisation dite "tardive". Ces auteurs, comme le gériatre et alcoologue Menecier dans un ouvrage récent (14), soulignent notamment l'intérêt de repérer et d'agir précocement sur les facteurs pouvant inciter les personnes vieillissantes à initier, à augmenter ou à modifier leur consommation d'alcool et à développer des risques pour leur santé : les événements de vie (retraite, deuil, déménagement, entrée en institution médicalisée), l'isolement, la dépression figurent notamment parmi ces facteurs de risque.

### **Obstacles et facilitateurs à la prévention des risques liés à l'alcool**

Outre la question des représentations sociales dont il a été question en introduction à ce rapport, Santé Canada (13)

relève, dans sa revue de littérature, plusieurs obstacles à la prévention :

- . Des obstacles personnels :
  - honte, peur d'être stigmatisé ou jugé ;
  - déni ou méconnaissance du problème ;
  - déficits sensoriels ou cognitifs qui limitent leur participation à des activités de groupe ou limitent leurs déplacements ;
  - incapacités de mobilité ;
  - ressources insuffisantes.
- . Des obstacles interpersonnels :
  - honte de la famille, de l'entourage, des professionnels intervenant auprès des personnes âgées ;
  - déni ou méconnaissance du problème par la famille, l'entourage, les professionnels intervenant auprès des personnes âgées ;
  - craintes de représailles ou de conflits avec la personne âgée si la famille avoue un problème d'alcool ;
  - situations de maltraitance ;
  - confidentialité limitée.
- . Des obstacles dits "communautaires" ou culturels :
  - stigmatisation des personnes ayant des problèmes d'addiction ;
  - normes culturelles tendant à minimiser les problèmes relatifs à la consommation d'alcool (en général et pour les personnes âgées : "leur dernier plaisir").
- . Des obstacles liés à l'intervention ou aux programmes disponibles :
  - disponibilité des programmes (notamment en milieu rural) ;
  - accessibilité et moyens de transports ;
  - programmes non adaptés aux spécificités des personnes âgées (langage adopté, exemples proposés, etc.).

Pour lever certains de ces obstacles, les auteurs de ce rapport recommandent notamment :

- de sensibiliser les personnes âgées, leur entourage, les professionnels concernés et plus largement le grand public aux problèmes relatifs aux addictions durant la vieillesse ;
- de proposer une palette d'interventions tant individuelles et personnalisées que collectives, si possibles adaptées pour des publics âgés et pour des populations présentant des déficits cognitifs, sensoriels ou des incapacités de mobilité ;
- de prévoir des moyens de transports dans les régions isolées ;
- d'élargir les objectifs de la prise en charge qui devrait, dans la mesure du possible, viser l'amélioration de la qualité de vie plus que l'abstinence.

## L'efficacité de la prévention primaire des risques liés à l'alcool chez les personnes âgées

---

Une revue de littérature réalisée par l'Inpes sur l'efficacité de la prévention des risques liés aux conduites addictives des personnes âgées avait identifié, en 2009, 25 documents portant spécifiquement sur les risques liés à la consommation d'alcool. Sur ces documents, la grande majorité se rapportait à des évaluations d'interventions relevant de la prévention secondaire (repérage et intervention ciblée sur des consommateurs à risque).

Si cinq programmes d'éducation pour la santé ont été repérés dans cette revue, un seul d'entre eux a bénéficié d'une évaluation de type expérimental ou quasi-expérimental. Une évaluation pré-/post-intervention sur 101 participants volontaires de plus de 60 ans a été décrite par Fink et al. (15). Un auto-questionnaire de 36 pages, prenant 17 minutes pour être complété, a été comparé à une brochure (sept minutes de lecture) afin d'améliorer les connaissances des patients et faire de la prévention sur les problèmes liés à l'alcool. Des améliorations significatives du niveau de connaissance ont été démontrées avant et après l'intervention. Par exemple, avant l'intervention 20 % des patients déclaraient pouvoir citer trois médicaments qui interagissaient avec l'alcool contre 54 % après intervention et donc lecture du matériel. De plus, 75 % des patients préféraient être informés sur leur santé par des documents écrits plutôt que par des conseils délivrés par des personnes. La plupart des personnes ont enfin préféré lire le manuel (pourtant plus long) que la brochure.

Quatre autres programmes éducatifs repérés soit n'étaient pas évalués (16) soit utilisaient des méthodologies d'évaluation lacunaires du point de vue de la constitution des échantillons – le plus souvent des volontaires –, de la description des profils – bénéficiaires ou formateurs (17, 18), bénéficiaires ou aidants proches (19) –, de la taille des échantillons – inférieurs à 30 personnes pour deux d'entre eux (19, 20). Il est donc impossible de connaître l'efficacité de ces programmes.

Ces programmes ne précisent pas les populations ciblées par l'intervention qui sont assez différentes : personnes âgées (à partir de 55 ans), proches de personnes alcoolodépendantes, animateurs bénévoles ou futurs formateurs. Les objectifs sont également différents selon que les programmes visent à améliorer la santé physique, psychique,

sociale et spirituelle des aînés (16), de sensibiliser les aînés sur les risques liés à la consommation d'alcool et sur les stratégies d'amélioration de la consommation (17, 18, 20), ou de prévenir la "co-dépendance" dans les situations où un proche vit avec une personne alcoolodépendante (19).

Les stratégies utilisées sont également différentes. Le programme d'enrichissement de la vie des aînés (LESA – *Lifestyle Enrichment for Senior Adults*) mixe des groupes de soutien et un *counseling* individuel. Les groupes, séparés pour les hommes et les femmes, se réunissent une fois par semaine ; un service de transport est prévu. Le programme dure au maximum deux ans. Les séances abordent non seulement la consommation d'alcool, mais également les psychotropes et d'autres thèmes de santé selon les priorités des personnes. Un outil d'animation "Options : prévention et intervention concernant les problèmes d'alcool et de drogues chez les aînés" est mis à disposition des conseillères et des bénévoles engagés dans le programme (16).

Le programme éducatif décrit succinctement par Eliason et Skinstad (20) se compose d'une session de 60 minutes portant sur différents thèmes relatifs à l'alcool, à ses risques, aux mythes sur ses bénéfices et aux solutions alternatives.

L'intervention développée par Coogler et ses collègues s'inscrit dans le cadre d'un programme de prévention de l'alcoolisme tardif mis en place en 1991 et 1992 en Virginie (*Virginia Model Detection and Prevention Program for Geriatric Alcoholism*). Elle comprend des ateliers locaux de prévention de deux heures, animés par des pairs ou des professionnels en contact avec des aînés, formés spécifiquement au programme ; du matériel d'information et de sensibilisation (vidéo, brochures, dépliants, liste de ressources scientifiques, liste de services locaux) ; un manuel pour les intervenants ; une formation de formateurs de huit heures. L'intervention s'appuie en outre sur différents programmes éducatifs développés aux États-Unis cités dans l'article (17) :

- *The Gerontology Alcohol Project* (GAP, Dupree, 1989, Dupree et al., 1983) ;
- *The Senior Alcohol Services (SAS) program* (Dunlop, 1986) ;
- *The Sisters of Providence Addiction Treatment Services of Oregon* (Dunlop, 1990).

Enfin, le programme *Friends supporting Friends* (19) se compose de six sessions de 90 minutes abordant les

questions de dépendance chimique aux produits, de co-dépendance, d'estime de soi, d'*empowerment* (autonomisation, responsabilisation, habilitation).

## Conclusions et propositions

---

Dans la majorité des études repérées par la revue de littérature, la méthode est souvent critiquable. Les effectifs sont faibles, les méthodes statistiques peu avancées. Des analyses uniquement descriptives (qui comparent des moyennes, des pourcentages) sont souvent proposées. Les groupes contrôles sont rarement présents dans les essais cliniques. L'inclusion des patients n'est pas toujours détaillée et l'on constate souvent un biais de sélection de la population d'étude. Les participants sont soit des volontaires, soit issus de populations particulières au lieu d'être issus de la population générale. Ces éléments méthodologiques tendent à limiter la portée des résultats des études. Celles-ci portent par ailleurs majoritairement sur des évaluations d'intervention brève et concluent à une efficacité relative de cette stratégie en termes de prévention. Aucun programme d'éducation pour la santé n'a bénéficié d'une évaluation digne de ce nom et n'a fait la preuve de son efficacité.

Autre constat issu de la revue de littérature, la prévention la plus abordée dans les études portant sur la consommation d'alcool est la prévention secondaire : les interventions portent en effet sur des consommateurs "à risque" et incluent une phase de repérage qui n'est souvent pas discutée en tant que telle, alors même que les outils de repérage semblent peu adaptés pour les personnes âgées.

Les efforts de prévention primaire semblent à développer et à encourager dans ce domaine. Force est de constater, dans le survol des actions de prévention mises en place au niveau national et international, le caractère réellement émergent de cette question. Le poids des représentations sociales semble extrêmement fort et explique en partie le faible développement de la recherche en prévention primaire sur ce sujet. L'inscription de la thématique comme sujet émergent dans le Plan de prévention des addictions 2008-2012, au côté de la consommation de psychotropes, confirme toutefois l'intérêt des pouvoirs publics pour ce sujet.

Nos propositions à ce stade vont dans le sens, d'une part, d'une meilleure appréhension des comportements, attitudes et connaissances des publics visés à l'égard de

l'alcool et, d'autre part, du développement et de l'évaluation de programmes de prévention primaire adaptés à ces publics.

Une attention particulière devrait être apportée à la prévention de l'alcoolisation tardive qui passe par l'identification précise des facteurs de risque et par l'expérimentation de stratégies de prévention. S'appuyant sur son expérience de clinicien, Menecier (21) postule que les facteurs favorisant une consommation excessive d'alcool ou une alcoolisation tardive sont multiples : l'isolement provoqué par une réduction des relations sociales et/ou amplifiés par des problèmes de mobilité ou des troubles sensoriels (auditifs ou visuels), une gestion difficile des crises ou des deuils survenant durant la vieillesse, une dépression sont autant de facteurs pouvant engendrer un recours excessif ou pathologique à l'alcool. Certaines situations amplifient également les effets négatifs de l'alcool : prise de médicaments, troubles cognitifs, faible ration alimentaire... Il plaide pour une approche globale de la promotion de la santé pour les personnes âgées visant à développer les capacités d'adaptation des personnes âgées.

Une approche similaire est suggérée dans le Référentiel de bonnes pratiques en prévention des chutes (8) où il est recommandé d'explorer la consommation d'alcool de façon systématique chez toutes personnes présentant un risque de chuter, malgré une relation faiblement probante entre les chutes et l'alcool. Cette démarche visait à sensibiliser les professionnels de santé et du secteur médico-social à la question de l'alcool qui devrait a minima être incluse dans des programmes généraux de promotion de la santé.

Ces deux approches devraient toutefois être expérimentées et comparées à une approche plus spécifique sur la consommation d'alcool.

Enfin, rappelons que la prévention passe certes par la responsabilisation des consommateurs, mais elle sera d'autant plus efficace que :

- ces consommateurs reçoivent une information claire, précise et si possible personnalisée sur les risques et les moyens de les éviter, sur les seuils de consommation, sur les aides disponibles ;
- les professionnels de santé et l'ensemble des professionnels en contact avec les publics âgés sont formés au repérage et à la prise en charge des problèmes liés à la consommation de substances addictives (actions de formation et de sensibilisation) ;

- des structures de prévention et de prise en charge existent sur le territoire ;
- la société est majoritairement convaincue du bienfait et de la légitimité de la prévention des problèmes liés à la consommation des substances addictives chez les personnes âgées, valorise les actions de prévention et ne banalise pas l'usage de ces produits. ■

Groupe de travail de la SFA et de la SFGG  
Recommandations "personnes âgées et consommation d'alcool".  
Question 5 – Quelles actions de prévention primaire des risques  
liés à l'alcool sont adaptées aux personnes âgées ?

*Alcoologie et Addictologie* 2014 ; 36 (3) : 262-268

## Références bibliographiques

- 1 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Alcool : effets sur la santé. Expertise collective. Paris : Inserm ; 2001.
- 2 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance. Expertise collective. Paris : Inserm ; 2003.
- 3 - Ministère de la Santé et des Solidarités. La prise en charge et la prévention des addictions : plan 2007-2011. Paris : Ministère ; 2011 ([http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/plan\\_addictions\\_2007\\_2011/sommaire.htm](http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/plan_addictions_2007_2011/sommaire.htm)).
- 4 - Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Paris : Mildt ; 2008 (<http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/plan-gouvernemental/plan-gouvernemental-20082011/>).
- 5 - Guillemont J, Programme "Alcool". Programme de prévention des risques liés à l'alcool (document interne). Saint-Denis : Inpes ; 2007.
- 6 - Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la famille, Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la vie associative. Plan "Bien vieillir" 2007-2009. Paris : Ministères ; 2007 ([http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation\\_plan-3.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf)).
- 7 - Pin-Le Corre S, Rosilio T, Bourdessol H. La "Santé à tout âge", ou comment communiquer sur la prévention auprès de seniors. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. 2009 ; 9 : 217-22.
- 8 - Bourdessol H, Pin S. Référentiel de bonnes pratiques : prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Saint-Denis : Inpes ; 2005.
- 9 - Karrer M, Buttet P, Vincent I, Ferron C. Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Modalités de mise en œuvre d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents ou de personnes âgées. *Santé Publique*. 2004 ; 13 (3) : 471-85.
- 10 - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol and aging. *Alcohol Alert*. 1998 ; (40) : 5 p.
- 11 - American Geriatrics Society. Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults. New York : AGS ; 2003.
- 12 - Swedish National Institute of Public Health. Healthy ageing. A challenge for Europe. Östersund : Statens Folkhälsoinstitut ; 2007.
- 13 - Santé Canada. Meilleures pratiques : traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et autres drogues. Ottawa : Santé Canada ; 2003.
- 14 - Menecier P. Les aînés et l'alcool. Toulouse : Érès ; 2010.
- 15 - Fink A, Beck JC, Wittrock MC. Informing older adults about non-hazardous, hazardous, and harmful alcohol use. *Patient Educ Couns*. 2001 ; 45 (2) : 133-41.
- 16 - Bergin B, Baron J. Les aînés et la toxicomanie. *L'infirmière canadienne*. 1995 ; (4) : 39-43.
- 17 - Coogle CL, Osgood NJ, Pyles MA, Wood HE, Travis SS, Teaster PB. The impact of alcoholism education on service providers, elders, and their family members. *Journal of Applied Gerontology*. 1995 ; 14 (3) : 321-32.
- 18 - Coogle CL, Osgood NJ, Parham IA. Follow-up to the statewide model detection and prevention program for geriatric alcoholism and alcohol abuse. *Community Ment Health J*. 2001 ; 37 (5) : 381-91.
- 19 - McInnis-Perry GJ, Good JM. A psychoeducational codependency support group for older adults who reside in the community: friends supporting friends. *J Gerontol Nurs*. 2006 ; 32 (8) : 32-42.
- 20 - Eliason MJ, Skinstad AH. Drug and alcohol intervention for older women: a pilot study. *J Gerontol Nurs*. 2001 ; 27 (12) : 18-24 ; quiz 40-1.
- 21 - Menecier P, Collovray C, Menecier-Ossia L. Prévenir l'alcoolisme du sujet âgé. *Soins Gerontol*. 2006 ; (62) : 12-4.