



Chapitre 103

Même la personne âgée peut être alcoolisée

L. MICHEL

Points essentiels

- On distingue deux types d'alcoolisme chez le sujet âgé : celui à début précoce et celui apparaissant tardivement.
- L'Organisation Mondiale de la Santé a établi des recommandations pour une consommation d'alcool à moindre risque chez l'adulte. Ces seuils doivent être moindres chez le senior de plus de 65 ans.
- On retrouve plusieurs conséquences liées au mésusage d'alcool chez la personne âgée, mais elles ne paraissent pas être bien différentes de celles du sujet jeune.
- Les nombreuses fonctions de l'alcool semblent répondre à plusieurs difficultés du sujet mais également *a contrario* les accentuer.
- Les soignants évoquent des difficultés à repérer et à parler d'alcool avec le sujet âgé.
- Dès le début de la prise en charge aux urgences, un questionnaire simple (DETA) peut être utilisé par les équipes pour faciliter le repérage d'un mésusage d'alcool.
- L'Unité d'Addictologie de Liaison présente au sein de l'hôpital, permet de faciliter ce repérage, de proposer une prise en charge et une orientation aux personnes présentant une problématique addictive.

Correspondance : L. Michel – Infirmière à l'Unité d'Addictologie de Liaison – Service Intersectoriel d'Addictologie – D^r Bodénez – CHRU de Brest, 29609 Brest cedex 02. Tél. : 98 34 23 48.
E-mail : lena.michel0410@gmail.com

- Il existe des dispositifs d'addictologie pour une prise en charge secondaire de la personne âgée.
- La proximité des acteurs venant de dispositifs hors addictologie ont une place primordiale dans cette prise en charge secondaire.

1. Introduction

Les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) de septembre 2001 concernent les « orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë (IEA), des patients admis aux urgences des établissements de soins ». Il est indiqué que toute intoxication éthylique aiguë admise aux services d'urgences, justifie une évaluation de la situation alcoolique afin de proposer, si besoin, au patient une prise en charge (1).

Qu'en est-il chez le sujet âgé ? Alors que parler d'alcool avec nos aînés reste tabou, comment le personnel soignant repère, reconnaît-il les signes d'alcoolisation chez la personne âgée ? Quelles sont les différentes étapes de leur prise en charge ? Quels dispositifs de soins peuvent être mis en place pour la prise en charge secondaire chez ces personnes âgées souffrant d'alcoolisme ?

Après quelques données épidémiologiques et quelques rappels psychopathologiques, je tenterai de développer des éléments de réponses à ces questions, au travers d'un cas clinique.

2. Épidémiologie

L'épidémiologie des conduites d'alcoolisation du sujet âgé, semble mal connue et sous-estimée.

Des études américaines ont évalué à 62 % le nombre de personnes âgées de 60 à 94 ans buvant de l'alcool ; 13 % d'hommes et 2 % de femmes sont des consommateurs réguliers, consommant plus que les normes de santé publique » (2, 3).

En France, chez les 65-75 ans, plus d'une personne sur deux consomme chaque jour une boisson alcoolisée dont 65,8 % d'hommes et 33,1 % de femmes (4).

Chez les plus de 75 ans, 87 % relèvent de mésusage d'alcool (5, 6).

Concernant les intoxications éthyliques aiguës venant à l'hôpital, on dénombre 15 % de plus de 60 ans ou 5 % de plus de 75 ans. Cliniquement, 2/3 viennent pour chutes, 1/3 pour malaise (4).

Au CHRU de Brest, pour l'année 2012, selon les chiffres fournis par le DIM (Département Informations Médicales) : sur 4 710 passages aux urgences de

patients de plus de 75 ans, 107 ont un diagnostic F10, correspondant aux troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool.

Les entretiens effectués par l'infirmière d'addictologie de liaison en services de Médecine Chirurgie et Obstétrique (MCO), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) sur l'année 2012 est de 1082 : 38 parmi eux sont effectués auprès de personnes âgées de plus de 75 ans.

Durant cette même année, un patient de plus de 75 ans a été hospitalisé à quatre reprises dans le service d'hospitalisation du Service Intersectoriel d'Addictologie du CHRU de Brest, dont 3 fois en hospitalisation continue et 1 fois en hospitalisation de jour.

3. Psychopathologie

3.1. L'alcoolodépendant vieillissant ou le sujet s'alcoolisant tardivement

On distingue chez les seniors, deux types d'alcoolisme :

– *L'alcoolisme à début précoce* : on note un mésusage d'alcool tout au long de la vie du sujet et se poursuivant dans la vieillesse.

– *L'alcoolisme à début tardif* : survenant souvent après 60 ans. Les principaux facteurs de consommation d'alcool dans ce cas sont d'ordre :

- individuel : deuils, veuvage, retraite, perte d'autonomie, douleurs physiques, affections somatiques, modification de l'image corporelle, amoindrissement de certaines fonctions comme la sexualité, adaptation à l'effort ; maladie psychologique notamment la dépression ;
- social : isolement, éloignement des enfants, vie institutionnelle, conditions de vie défectueuses (diminution des ressources financières, logement inadapté...).

Les patients présentant un alcoolisme à début tardif, ont une consommation d'alcool moins élevée, entraînant moins de conséquence et un meilleur pronostic de soin. Cependant, le diagnostic semble plus délicat à poser (6).

3.2. Usage et mésusage

Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour une consommation d'alcool à moindre risque, sont définies chez le sujet adulte de manière suivante : pas plus de 2 verres standard par jour pour une femme (soit 14 verres par semaine), pas plus de 3 verres standard par jour pour un homme (soit 21 verres par semaine) et pas plus de 4 verres standard en une occasion. (On définit 10 grammes d'alcool pur par verre standard).

Mais selon les préconisations de l'American Geriatric Society (et bientôt en France, groupe SFA), pour la personne âgée de plus de 65 ans, le seuil de consommation par jour doit être inférieur à 1 (voire 2) verres standard en moyenne chez l'homme et moins chez la femme (soit 7 verres par semaine) (8). Jamais plus de 3 en une

occasion. Ceci si le sujet ne présente aucune pathologie évidente et s'il ne prend aucun traitement médicamenteux psychoactif ; dans ce dernier cas, il faudrait envisager et proposer une abstinence (9).

La CIM-10 (Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé) (10) a également défini la classification des conduites d'alcoolisation et seuils de consommation selon 4 stades :

- usage : la consommation reste modérée, ne dépassant pas les seuils définis par l'OMS et ne posant pas de problème particulier. La notion de « plaisir » est présente. C'est la majorité des consommateurs ;
- usage à risque : consommation au-delà des « normes » fixées par l'OMS ou si inférieur ayant un « risque » individuel. Cette consommation n'entraîne pas encore de dommages physique, psychique ou social, mais est susceptible d'en induire ;
- usage nocif : alcoolisation caractérisée par l'existence d'au moins un de ces dommages. On parlera ici plus des conséquences que des « seuils » de consommation d'alcool ;
- usage avec dépendance ou alcoolodépendance : qu'on pourrait définir, en prenant en référence la conception de P. Fouquet, comme étant une « perte de liberté de s'abstenir de boire » (11).

Il paraît difficile de diagnostiquer le mésusage (c'est-à-dire tout usage à risque, nocif ou avec dépendance) chez le sujet âgé, car la consommation serait souvent cachée et méconnue de l'entourage. Elle se révélerait lors d'une maladie somatique ou de troubles du comportement, voire psychiatrique.

3.3. Manifestations cliniques liées au mésusage d'alcool

Bien que les manifestations cliniques liées au mésusage d'alcool chez la personne âgée ne soient pas très différentes de celle du sujet plus jeune, on note des conséquences plus marquées. Par exemple, du fait du vieillissement physiologique, l'alcoolémie sera plus élevée et la décroissance plus lente et ce pour une même quantité d'alcool ingérée. La poly-médication peut avoir des interactions avec l'alcool. Le sujet âgé sera donc plus vulnérable face aux maladies liées à l'alcool.

- **Conséquences somatiques** : pathologies et douleurs digestives, cancers, traumatismes, altération de l'état général, chutes à répétition, malaise hypoglycémique, hypertension, décompensation respiratoire et/ou cardiaque, problèmes neurologiques dont les crises d'épilepsie, la polynévrite, les démences, encéphalopathie...
- **Conséquences psychiatriques** : anxiété, état confusionnel, insomnie, délires, troubles du comportement. La dépression est le trouble psychiatrique le plus important chez la personne âgée ; elle est souvent secondaire à la dépendance à l'alcool. La tristesse, la perte de l'élan vital, le ralentissement psychomoteur, les troubles du sommeil et de l'appétit sont les principaux signes évocateurs de cette

dépression. Le risque suicidaire chez la personne âgée de plus de 65 ans est 16 fois plus élevé chez ceux qui consomment de l'alcool (12).

- **Conséquences sociales** : difficultés à gérer la vie quotidienne, incurie, difficultés à s'occuper d'un conjoint malade, conflits familiaux, difficultés relationnelles pouvant entraîner un isolement social, épuisement de l'aidant, problèmes judiciaires (perte de permis de conduire), logement insalubre.

La liste de ces conséquences n'est pas exhaustive, mais met en évidence la multitude de dommages possibles.

La complexité, avec l'alcool, réside bien dans son action psychotrope. En effet, s'il s'agit bien d'un produit toxique, sa consommation est liée aux effets positifs (psychiques) recherchés.

3.4. Les fonctions de l'alcool

Qu'il soit utilisé comme anxiolytique, antalgique, désinhibiteur, euphorisante, hypnotique ou de manière festive, l'alcool par ses nombreuses fonctions, semble répondre à plusieurs « difficultés » ou « maux » de l'existence du sujet.

A contrario, ces mêmes fonctions accentuent les difficultés initiales. Par exemple, par son effet désinhibiteur, l'alcool peut amener le sujet âgé à avoir des comportements inadaptés voire agressifs envers son entourage. Ou encore l'effet anxiolytique peut entraîner rapidement un effet sédatif pouvant avoir pour conséquence une baisse de la vigilance et un risque de chute.

Après ce rappel physiopathologique, comment repérer et prendre en charge la personne âgée alcoolisée aux urgences ?

4. Cas clinique

4.1. Résumé de la situation clinique

Monsieur B., 78 ans, est admis au service des urgences par les pompiers de sa commune, pour un malaise sans perte de connaissance. Suite à une promenade avec sa femme, il a ressenti des vertiges l'obligeant à s'asseoir, sans notion de chute, accompagnés de douleurs abdominales diffuses. Lors de l'entretien médical, il signale avoir eu ce même type de malaise avec prise d'alcool associée, une dizaine de jours auparavant. Dans les antécédents, on note un triple pontage coronarien en 2008 et il est traité pour dépression. Il est décidé de l'admettre à l'UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) pour surveillance. À l'examen, on ne trouve pas d'anomalie clinique et le bilan sanguin réalisé à l'entrée montre une alcoolémie négative.

Un appel de sa femme renseigne l'équipe sur leur mode de vie. Ils vivent ensemble, dans une maison avec étage, ils ont eu trois enfants (l'aîné est décédé en 2003, une fille vit en région parisienne et un fils cadet dans une commune

voisine). M^{me} B. a subi un Accident Vasculaire Cérébral (AVC), mais gère seule le quotidien. Elle se dit fatiguée et exprime ses inquiétudes par rapport à la consommation d'alcool de son mari. Il avait une consommation d'alcool quotidienne, qu'il a arrêté depuis sa dernière venue aux urgences car sa femme lui aurait « caché l'argent et l'alcool ». Après avoir rencontré la gériatre et l'assistante sociale de gérontologie, il est demandé à l'infirmière de l'Unité d'Addictologie de Liaison de le voir pour évaluer sa consommation, parler de sa problématique avec l'alcool et proposer éventuellement des soins.

4.2. Les différentes étapes de prise en charge de M. B.

4.2.1. Accueil par l'Infirmier d'Accueil et d'Organisation de la prise en charge des patients aux urgences (IAO)

Comme pour toute admission aux urgences, M. B. sera accueilli par l'IAO. Au cours de cet accueil, il sera évalué la gravité de la situation, le motif d'admission et, à l'issue, l'orientation dans le service d'urgence est décidée.

À ce moment de la prise en charge, la question d'alcool est rarement abordée. De nombreux soignants évoquent leurs difficultés à en parler par crainte de « heurter » le patient. Pourtant de simples questions permettent d'amorcer le repérage : « Avez-vous bu de l'alcool aujourd'hui ? », « Que buvez-vous comme alcool habituellement ? », « Que buvez-vous lors des repas ? ».

4.2.2. En service d'urgence

Monsieur B. bénéficiera d'une prise en charge rapide. Il sera installé dans un « box », mis au calme et surveillé régulièrement par l'équipe.

Après l'interrogatoire et l'examen clinique du médecin des urgences, la chute, le malaise, la confusion, l'altération de l'état général, peuvent faire penser à un problème d'alcool. Ce repérage permet d'en parler au sujet âgé et ainsi de lui prescrire une alcoolémie et un bilan biologique classiquement utilisé pour rechercher les complications liées à la consommation d'alcool. M. B. n'est pas alcooolisé lors de son admission.

Dès les premières heures, en hospitalisation aux urgences, un syndrome de sevrage peut apparaître (Menecier le définit comme « un ensemble survenant lors de l'arrêt de consommation d'alcool par un sujet dépendant ») (13). L'équipe sera vigilante face aux signes cliniques. Les principaux étant, les sueurs, les tremblements, l'anxiété, l'agitation, la tachycardie et l'hypertension. En l'absence de traitement, des complications telles que le *delirium tremens* ou l'épilepsie peuvent survenir. Afin d'éviter ces complications, une hydratation suffisante sera apportée au patient en veillant à l'accessibilité et en fournissant du matériel adapté (mise à disposition d'un « canard » en cas de tremblements par exemple). Les médicaments psychotropes de type benzodiazépine diminuent les symptômes du sevrage. Les vitamines B1B6, PP participent au traitement et à la prévention des complications neurologiques liées à la consommation d'alcool. L'installation de la personne âgée dans un environnement calme et rassurant est primordiale. Le

soutien, la prise en compte des difficultés, l'information sur la prise en charge en cours permettent d'apaiser le sujet alcoolisé.

Comme M. B., de nombreux patients n'évoquent pas de prime abord leur consommation d'alcool et peuvent minimiser leurs problématiques. Le déni peut être mal vécu par l'équipe, perçu comme du mensonge, de la mauvaise foi, alors qu'il est un moyen de défense, une protection contre l'angoisse. Le forcer à tout prix à « avouer » renforcera son sentiment de honte, de dévalorisation ou de culpabilité. Le déni est une étape : accepter la maladie, c'est accepter d'enlever « une béquille » et de vivre avec ses angoisses. Il est important de montrer de l'empathie et de respecter cette étape. La surveillance à l'UHCD permet d'avoir plus de recul et de temps pour évaluer les difficultés avec l'alcool.

4.2.3. À l'UHCD

La surveillance du sevrage et la prise en charge se poursuit dans le service d'UHCD par l'équipe pluridisciplinaire. Il existe plusieurs questionnaires pour évaluer la consommation et la problématique avec l'alcool mais le DETA paraît être le moyen le plus rapide de repérage (10). Il s'agit d'un questionnaire de dépistage en 4 questions qui confirme le diagnostic clinique d'un problème d'alcool :

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de **diminuer** votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre **entourage** vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **trop** ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'**alcool** dès le matin pour vous sentir en forme ?

Deux réponses positives ou plus à ces questions est évocateur d'un usage nocif d'alcool, voire d'une dépendance (en particulier si la réponse à la question 4 est positive).

L'équipe médicale et paramédicale peut s'en saisir pour faire ce repérage.

La famille se manifeste plus aisément à ce moment. Dans le cas présent, sa femme informe l'équipe d'une probable consommation d'alcool de son mari, de son épuisement et de sa difficulté à gérer le quotidien. Le binôme, gériatre et assistante sociale, évalue avec M. B. plusieurs paramètres spécifiques à la prise en charge de la personne âgée : « marcher, manger, moral et mémoire ». Puis un bilan sur les conditions de vie, les personnes ressources et les aides éventuelles est effectué. Cette vue d'ensemble permet à l'équipe de proposer des aides à domicile et de faire des liens avec le réseau extérieur (notamment le médecin traitant), en partenariat avec M. B. et sa famille. Au vu de la situation, l'équipe de gériatrie et/ou de l'UHCD demande l'intervention de l'Unité d'Addictologie de Liaison.

4.2.4. L'Unité d'Addictologie de Liaison (UAL)

Cette unité, présente au sein de l'hôpital, intervient auprès des patients hospitalisés et présentant « une conduite d'usage nocif avec une ou plusieurs drogues et

ceci quel que soit le motif initial d'hospitalisation ». Leurs objectifs ont été définis dans une circulaire en septembre 2000 (14) : « repérer et dépister les comportements d'abus ou de dépendance des personnes se présentant aux urgences ou hospitalisés » ; « proposer aux personnes pour lesquelles une conduite addictive a été identifiée un bilan, une prise en charge spécifique et une orientation ».

L'infirmière de l'UAL tente d'établir une relation de confiance ; pour ce faire, une écoute active et une relation d'aide (sans jugement) sont essentielles. Bien que les soignants aient souvent cette compétence, la prise en charge aux urgences est différente de celle qui est nécessaire pour un sujet âgé ayant un problème d'alcool.

L'entretien a permis à M. B. d'évoquer une consommation d'alcool quotidienne, la fonction qu'a l'alcool pour lui. Il parle des difficultés conjugales dues à cette consommation, et ne comprend pas l'attitude de sa femme, il se sent « infantilisé ». M. B. paraît triste, mais n'exprime pas d'idées noires ni d'idées suicidaires. Il n'a jamais effectué de soins en addictologie ni en psychiatrie et n'a pas de suivi spécialisé. Il parle de son souhait d'être abstinente et met en avant le risque de chute. Il ne se dit pas prêt à entamer un suivi avec un alcoologue pour le moment mais accepte que l'équipe de l'UHCD en parle au médecin traitant. En fin d'entretien, l'infirmière lui donne quelques informations, lui remet des coordonnées de lieux de soins où il pourrait trouver de l'aide. Elle lui propose de s'entretenir également avec sa femme en sa présence. Il est nécessaire de maintenir le lien ainsi créé.

Il est important d'entendre la souffrance de M^{me} B. et que son conjoint puisse l'entendre comme une inquiétude et non comme une agression. De plus, on peut proposer l'accès à des informations sur cette pathologie et un soutien psychologique à M^{me} B.

Dans le cas où le patient ne serait pas dans une démarche d'abstinence, l'OMS préconise au minimum une « intervention ultra-brève ». Selon une étude, 21 % des patients auraient diminué leur consommation grâce à cette intervention. Elle comprend :

- un feedback donné au patient sur sa consommation d'alcool ;
- une explication au patient de la notion « un verre d'alcool » ;
- une explication sur les limites d'une consommation modérée d'alcool ;
- l'encouragement du patient à rester en dessous de ces limites ;
- la remise au patient d'un livret d'aide (15).

L'entretien permet d'aider le patient à avancer dans la maturation d'un processus de changement ; c'est un entretien dit « motivationnel ». Le soignant doit avoir conscience que la prise en charge se fonde sur la croyance en son efficacité. L'empathie par une écoute active doit lui permettre de clarifier ses expériences, ses sentiments et son vécu ; l'aider à se centrer sur le présent et la réalité (actuellement, quels objectifs se fixer ?) ; le déculpabiliser, valoriser ses expé-

riences d'abstinence, authentifier sa souffrance. C'est lui qui décide du choix du traitement, il est responsable de sa mise en œuvre. Reste alors à informer le patient sur les différents dispositifs de prise en charge secondaire pour la personne âgée alcoolisée (15).

5. Les dispositifs mis en place pour la prise en charge secondaire de la personne âgée alcoolisée

5.1. Dispositifs hors addictologie

- **Le médecin traitant** est l'acteur principal de la prise en charge du sujet âgé. Il est souvent le premier interlocuteur. Il a une mission de coordination entre les différents intervenants. Il l'accompagne dans sa vie, ses soins ; il peut initier la prise en charge alcoolologique et aider au suivi.
- **Les médecins spécialistes** : les gériatres, psychiatres, et ceux qui participent aux traitements dus aux complications liées à l'alcool (neurologues, gastro-entérologues...), ainsi que les équipes soignantes associées à ces spécialités.
- **Les intervenants extérieurs, libéraux et Établissement d'Hébergement pour personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)** : Infirmier Diplômé d'État (IDE), aides-soignantes, auxiliaires de vie, aides à domicile sont souvent les intervenants qui repèrent et sont au quotidien auprès de la personne.
- **Les associations néphalistes** : Non soignants et proches géographiquement, ils peuvent être sollicités plus facilement par le sujet âgé.

5.2. Dispositif d'addictologie

5.2.1. L'Unité d'Addictologie de Liaison

L'infirmière peut proposer également un suivi infirmier le temps de l'hospitalisation en service de Médecine, Chirurgie et SSR. Ceci afin de l'accompagner dans sa réflexion et de l'amener vers un suivi ambulatoire s'il le souhaite. Le médecin de cette équipe de liaison propose une consultation spécialisée de soutien et/ou psychothérapeutique, amorce une dynamique de changement et l'accompagne dans ses démarches de soins. Il oriente également vers d'autres professionnels, si besoin. L'assistante sociale permet d'aider le patient dans ses démarches administratives notamment.

5.2.2. L'unité d'hospitalisation de soins en addictologie

Il n'y a pas d'âge pour effectuer un sevrage en milieu hospitalier, dans une unité spécialisée. L'hospitalisation ne peut se faire que si le patient est demandeur, c'est une hospitalisation libre, souvent programmée : il n'y a pas d'urgence en alcoolologie. Cette période de sevrage dure entre 5 à 10 jours. C'est le traitement de la dépendance physique. Une fois le sevrage fini, on peut effectuer une cure (ou hospitalisation pour sevrage complexe), qui peut correspondre au traitement

de la dépendance psychologique. Ceci permet d'aborder sa propre relation à l'alcool. C'est le début de la prise en charge dont la poursuite lors d'un suivi ambulatoire est particulièrement important.

5.2.3. Le CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention, en Addictologie)

Ce centre peut proposer plusieurs modes de prise en charge :

- Individuel : les consultations de suivi médical ; mais également, une relation thérapeutique est établie par chaque membre de l'équipe pour l'aider dans son cheminement. Par l'écoute, les soignants l'aident à se reconstruire sur les plans psychologique, relationnel et social. Les visites à domicile (VAD) sont réalisées par une infirmière du centre, sur prescription médicale. Ces VAD permettent d'apprécier leur environnement personnel, de mesurer l'investissement dans le logement et de mieux connaître leur univers. C'est un temps d'écoute et de soutien, permettant de réduire les risques de rechute. Ils peuvent parler de leurs difficultés au quotidien. Les enfants et les conjoints peuvent être présents.
- Groupes thérapeutiques, qui ont pour objectifs de rompre l'isolement, de parler, d'échanger et de communiquer, de s'apercevoir qu'ils ne sont pas seuls dans cette situation.

6. Conclusion

Oser parler d'alcool avec la personne âgée.

La méconnaissance de la pathologie et/ou les idées reçues des soignants face à cette problématique semblent être un frein à une prise en charge optimale. Le repérage ne peut se faire que si le soignant croit en son efficacité.

Il paraît alors essentiel de former le personnel médical et paramédical à cette question de l'alcoolisation du sujet âgé. Il existe de nombreuses formations. De plus, les équipes de liaison et de soins en addictologie par leur présence sur le « terrain », doivent sensibiliser les différents acteurs et leur proposer des outils de repérage.

Le questionnaire DETA semble être le moyen le plus simple d'utilisation. Les infirmiers aux urgences peuvent s'en saisir pour un repérage neutre tout en ayant une attitude bienveillante.

Références

1. ANAES. Conférence de consensus « orientation diagnostique et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins » - Synthèse des recommandations. Saint-Denis La Plaine 2001 : 4 p.

2. Le Joyeux M. Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur l'alcool chez les seniors sans jamais oser le demander. Merck Serono. Lyon, janvier 2008 : 50 p.
3. Knauer C. Geriatric Alcohol Abuse: a National Epidemic. Geriatric Nursing 2003 ; 24 : 152-154.
4. INPES. Baromètre santé 2000 : Vanves, CFES 2000.
5. Menecier P., Girard A., Bernard B., Menecier-Ossia L., Pellissier-Plattier S., Afifi A., Ploton L. Psychol Neuropsy Vieil 2008 ; 6 : 129-135.
6. Société Française d'Alcoologie (SFA). Personnes Âgées et Alcool. SFA 2009. Diaporama pédagogique d'alcoologie 2009. <http://www.sfalcoologie.asso.fr/>
7. Fernandez L. les addictions du sujet âgé. Paris, Editions In Press 2009 : 68-69.
8. American Geriatric Society (AGS). Clinical Guidelines for Alcohol Use Disorders in Older Adults. The American Geriatric Society 2003. <http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/alcoholPF.shtml>
9. Menecier P. Boire et vieillir - Comprendre et aider les aînés en difficulté avec l'alcool. Toulouse, Editions Érès 2010 : page 23.
10. ANAES. Conférence de consensus « orientation diagnostique et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins » - Recommandations. Saint-Denis La Plaine, ANAES 2001 : 22 p.
11. Fouquet P. Une thérapeutique de l'alcoolisme : essai de psychothérapie éducative. Paris, Presses Universitaires de France 1956.
12. Hazif-Thomas C. Sujet âgé, motivation sociale et addiction à l'alcool - Éviter la cassure de la relation du patient avec son environnement. Actes du colloque « Alcool et personnes âgées », 18 octobre 2011, Saint-Brieuc.
13. Menecier P. Boire et vieillir - Comprendre et aider les aînés en difficulté avec l'alcool. Toulouse, Éditions Érès 2010 : page 185.
14. Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives. Bulletin Officiel 2000 : 1-14.
15. Schwan R., Berenger P., Reynaud M. Guide du Psychiatre de Liaison en Alcoologie. Paris, Zenith Services 2002 : 51 p.