



Mesures de prévention

LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES PERSONNES ÂNÉES AU QUÉBEC

Numéro 3

Ce feuillet fait partie d'une collection portant sur la consommation d'alcool chez les personnes âgées. Il fait une recension des écrits des mesures de prévention des problèmes de santé liés à la consommation à risque d'alcool, et ce, spécifiquement chez les personnes âgées. En 2031, un Québécois sur quatre aura 65 ans et plus¹. Les autres feuillets publiés à ce jour présentent :

- Le portrait statistique des habitudes de consommation d'alcool des personnes âgées de 65 ans et plus;
- Les limites de consommation à faible risque répertoriées dans le monde et la prise en considération de l'âge avancé des consommateurs d'alcool.

Messages clés

- Les mesures de prévention pour diminuer les risques associés à la consommation d'alcool ont été peu étudiées chez les personnes de 65 ans et plus.
- Une approche reconnue efficace pour la population générale consiste à questionner les personnes sur leur consommation d'alcool, à offrir des interventions brèves aux buveurs à risque et à orienter les personnes qui ont des problèmes de consommation vers des services spécialisés.
- Malgré l'insuffisance d'études chez les personnes âgées, l'importance de l'alcool comme facteur de risque milite en faveur de ce type d'intervention de prévention dans ce groupe d'âge comme dans les autres.

Introduction

La consommation d'alcool fait partie du mode de vie des Québécois². Dans la population générale, la consommation d'alcool est associée à plus de 200 problèmes de santé³. À l'échelle mondiale, elle est responsable de près de trois millions de décès par année et se range en sixième place des facteurs de risque ayant le plus d'impact sur la mortalité et l'incapacité^{3,4}.

Le groupe des personnes âgées est globalement plus à risque de conséquences négatives liées à la consommation d'alcool (feuillet 2). Cela s'explique principalement par les changements physiologiques liés au vieillissement et la vulnérabilité accrue des personnes âgées aux effets toxiques de l'alcool et de ses conséquences. La prise de médicaments accentue également cette vulnérabilité chez les personnes âgées. Or, le nombre de médicaments consommés augmente dans ce groupe⁵.

Au Québec, trois personnes âgées sur quatre ont consommé de l'alcool dans la dernière année (feuillet 1). Parmi ces personnes, une sur cinq dépasse les limites de consommation d'alcool à faible risque recommandées pour la population adulte (feuillet 1).

À l'instar de l'ensemble des adultes, les personnes âgées invoquent plusieurs raisons pour boire. L'alcool est considéré comme faisant partie intégrante de la vie sociale des personnes âgées, par exemple lorsqu'elles passent du temps en famille, entre amis ou encore lorsqu'elles célèbrent des occasions spéciales⁶⁻⁸. Avec l'avancée en âge, certaines maintiennent une habitude de longue date⁶⁻¹⁰ et d'autres se mettent à consommer pour le plaisir et la détente⁶⁻¹⁰. La consommation d'alcool peut être perçue comme une solution pour soulager des douleurs, régler des désordres digestifs, favoriser le sommeil ou atténuer des symptômes de dépression^{6,8,11-12}. L'alcool peut aussi être consommé pour contrôler le stress généré par différentes circonstances de la vie (ex. : l'isolement social, la pauvreté) ou par des transitions difficiles qui se multiplient souvent à cette période de la vie (ex. : départ à la retraite, perte d'un proche, perte d'autonomie, déménagement)^{10-11,13-15}.

Objectif

Ce feuillet documente les mesures de prévention de la consommation à risque d'alcool^a afin de diminuer les problèmes sociaux et de santé qui y sont associés chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Méthode

Stratégie de recherche

Une recension des écrits portant sur les concepts de « personnes âgées », « consommation d'alcool », « prévention » et « intervention » a été réalisée en mai 2019. La recherche s'est limitée aux articles publiés en français, en anglais ou en espagnol entre les années 2000 et 2019, et qui concernaient la population des personnes âgées de 65 ans et plus. Les détails de la stratégie de recherche des articles sont décrits à l'annexe 1.

Extraction et synthèse des données

Au total, 2 323 articles ont été repérés par la recherche dans les bases de données. Après le processus de repérage et retrait des doublons (n=994), la lecture des titres et des résumés de 1 329 articles a été effectuée. Seulement 80 articles ont été retenus au terme de cette première étape. Parmi ceux-ci, 30 articles publiés avant 2009 ont été éliminés. Les 50 articles restants ont été lus dans leur intégralité, puis 15 de ceux-ci ont dû être retirés pour des raisons de pertinence ou de qualité. Le diagramme présenté à l'annexe 2 décrit les étapes utilisées pour la sélection des articles. Aux 35 articles retenus ont été ajoutées deux autres études repérées dans la liste de références de ces articles. Au total, 37 articles font donc partie de la synthèse.

Résultats

Rappelons que le sujet de la recension des écrits portait sur les interventions préventives en matière de consommation d'alcool destinées aux personnes âgées et non pas sur le traitement des problèmes de consommation d'alcool.

Les résultats pourraient être regroupés selon les stratégies de promotion de la santé ou de prévention utilisées : politiques publiques; communication (éducation ou sensibilisation); dépistage; intervention brève (counseling); dépistage et intervention brève (counseling) combinés. Un constat s'impose : les recherches sur les interventions préventives spécifiques aux personnes âgées sont peu nombreuses. Les mesures de prévention relevant des politiques publiques ou des communications sont rares. Celles relevant du dépistage et des interventions brèves chez les personnes âgées ont été davantage documentées.

^a Nous définissons la consommation à risque d'alcool comme une consommation qui dépasse les limites de consommation d'alcool à faible risque recommandées (feuillet 2).

Les politiques publiques

DESCRIPTION

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé définit une politique publique comme « une action stratégique menée par une autorité publique afin d’atténuer ou de favoriser certains phénomènes se manifestant dans la population »¹⁶.

ÉTUDES CHEZ LES PERSONNES ÂÎNÉES

Seulement deux articles ont abordé les politiques publiques visant à réduire la consommation d’alcool chez les personnes âgées. Le premier repose sur l’expérience d’un projet nommé VINTAGE dans lequel les auteurs recommandent d’inclure les regroupements de personnes âgées dans les discussions nationales et internationales sur les politiques en matière d’alcool, mais aussi d’incorporer le sujet de l’alcool dans les stratégies portant sur le vieillissement en santé¹⁷. Il est recommandé de considérer l’élaboration de certaines politiques sur l’alcool en fonction de l’âge, bien que les auteurs ne donnent pas d’exemples précis. Par contre, les auteurs relèvent que les politiques efficaces existantes sur les prix et l’accessibilité pourraient aussi agir chez les personnes âgées¹⁷.

La seconde publication répertoriée décrivait l’expérience d’immigrants coréens âgés habitant à Toronto qui ont dû ajuster leur consommation d’alcool en arrivant au Canada pour respecter les politiques en place¹⁸. Selon les participants au groupe de discussion, ces politiques ont eu pour effet de réduire leur consommation d’alcool. Il s’agit de l’interdiction de la consommation d’alcool dans les endroits publics, de la fixation de prix plus élevés au Canada qu’en Corée, de la vente d’alcool seulement dans les magasins spécialisés et, enfin, de la responsabilité légale de l’hôte au regard de la consommation excessive de ses invités.

La communication

DESCRIPTION

Selon l’Organisation mondiale de la santé, la communication en matière de santé est une stratégie visant à informer le public au sujet de problèmes de santé¹⁹. L’information peut être diffusée par l’entremise des médias traditionnels ou sociaux ou d’autres innovations technologiques pour augmenter la prise de

conscience de certains aspects de la santé individuelle et collective.

ÉTUDES CHEZ LES PERSONNES ÂÎNÉES

Dans le domaine de la communication en santé, quatre articles traitent des interventions axées sur l’information ou la sensibilisation des personnes âgées au sujet de la consommation d’alcool par différentes stratégies de communication.

Une équipe de chercheurs australiens a développé une animation sur YouTube pour sensibiliser les personnes âgées à l’existence de façons de se détendre sans faire usage d’alcool²⁰. L’article ne présente pas de résultats d’évaluation. Une autre équipe s’est inspirée du jeu de bingo pour fournir de l’information aux personnes âgées sur les risques de boire de l’alcool en prenant des médicaments²¹. Ce programme éducatif a permis d’augmenter de façon significative les connaissances des participants sur les interactions négatives entre l’alcool et les médicaments.

Zanjani et collaborateurs²² ont développé du matériel éducatif sur les interactions entre l’alcool et les médicaments. Les 36 personnes âgées recrutées ont augmenté de manière significative leur niveau de sensibilisation et de connaissance des interactions alcool-médicaments.

Enfin, des chercheurs ont évalué une intervention visant à exposer 134 personnes de 59 ans et plus à différents outils de communication portant sur les interactions alcool-médicaments²³. L’intervention a eu des effets positifs à court terme sur la sensibilisation et les connaissances des participants.

Dans le domaine des politiques publiques et des stratégies de communication, les publications portant sur l’évaluation de mesures de prévention ciblant les personnes âgées sont peu nombreuses et de qualité inférieure à celle désirée pour permettre d’en dégager des conclusions probantes.

Le dépistage et les interventions brèves

Plusieurs activités à visée préventive peuvent être effectuées par les professionnels de la santé dans le cadre de consultations cliniques. Les services de « dépistage, interventions brèves et orientation »^b consistent à identifier les personnes qui ont une consommation à risque d’alcool (volet dépistage) et à leur offrir des interventions de courte durée (interventions brèves) dans le but de réduire la consommation d’alcool à des niveaux à plus faible risque. Les personnes chez qui le dépistage révèle la possibilité d’un trouble de l’usage de l’alcool sont dirigées vers des ressources spécialisées (volet orientation)²⁴. Les services sont généralement offerts lors de consultations médicales dans les services de première ligne, mais certains auteurs proposent qu’ils soient offerts dans d’autres milieux, tels que les pharmacies, les centres communautaires et les services à domicile²⁵.

LE DÉPISTAGE

Description

Le volet dépistage du « dépistage, interventions brèves et orientation » consiste en un ensemble validé de questions pour identifier les habitudes de consommation des patients. Il s’agit d’un service préventif, tel que le dépistage de la tension artérielle ou du cholestérol sanguin, qui peut être réalisé dans le cadre d’une visite d’un patient à un professionnel de la santé²⁶.

Études chez les personnes âgées

De nombreuses méta-analyses ont démontré l’efficacité du dépistage dans la population générale pour identifier les personnes qui ont une consommation d’alcool à risque, mais sans dépendance ou qui présentent une dépendance peu sévère à l’alcool²⁷⁻²⁹.

En ce qui regarde les personnes âgées, même lorsque la consommation est relativement modeste, elles peuvent subir des conséquences de la consommation d’alcool (feuille 2). Cela soulève l’importance d’une bonne évaluation clinique³⁰. Pour le présent feuillet, nous n’avons pas fait une revue de littérature sur chacun des outils de dépistage, mais rapportons les recensions des écrits sur le sujet. Ces dernières portent principalement sur la qualité des outils de dépistage utilisés, mais aucune ne porte sur les stratégies à mettre en place pour

que les cliniciens (ex. : médecins, infirmières, psychologues) intègrent davantage dans leur pratique le dépistage de la consommation à risque des personnes âgées. Elles ne portent pas non plus sur les stratégies d’auto-évaluation de la consommation que peuvent utiliser les personnes âgées.

Plusieurs outils de dépistage sont couramment utilisés. Ils sont brièvement présentés en indiquant, lorsque c’est possible, leurs principales forces et limites³⁰⁻³².

Le Composite International Diagnostic Interview (CIDI) permet de repérer la consommation à risque. Rehm et collaborateurs soulèvent cependant qu’il dépiste plus difficilement les problèmes de consommation d’alcool chez les personnes les plus âgées³²⁻³³.

Le questionnaire CAGE comprend quatre questions : 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?³⁰ Une réponse positive à deux questions sur quatre est un critère prédictif d’un problème de consommation d’alcool. Ce questionnaire est facile à utiliser, mais il présente quelques limites. Il met l’emphase sur la dépendance et non sur la consommation d’alcool au-delà des limites de consommation à faible risque, ce qui le rend moins bien adapté au contexte de la prévention clinique. Il repose également sur une estimation de la consommation à vie et aurait donc avantage à être accompagné de questions sur la consommation courante. De plus, il n’a pas été adapté spécifiquement pour les personnes âgées.

L’AUDIT (« Alcohol Use Disorders Identification Test ») est un test bien connu et évalué. Il comprend dix questions et vise spécifiquement à identifier la consommation d’alcool à risque. Il n’a pas été adapté aux personnes âgées et les études de validité chez les personnes âgées rapportent des résultats contradictoires³⁰.

L’AUDIT-C est une version plus courte de l’AUDIT, comprenant trois questions au lieu de dix. L’AUDIT-C n’est pas développé pour les personnes âgées³⁰.

^b DIBO est une traduction de « screening, brief intervention and referral » (SBIR).

Le SMAST-G est une version courte du MAST-G, lui-même une version pour les personnes âgées du MAST (Michigan Alcoholism Screening Test). Le SMAST-G peut être autoadministré et complété par le médecin. Il est plus centré sur les problèmes causés par la consommation d’alcool (harmful drinking) que sur la dépendance. Ses principales limites sont, d’une part, de ne pas documenter la quantité et la fréquence de la consommation d’alcool et, d’autre part, de ne pas faire de distinction entre la consommation passée et la consommation actuelle³³.

Dans les différentes études répertoriées, les auteurs recommandent le plus souvent comme outil de dépistage à utiliser chez les personnes âgées l’AUDIT-C ou le SMAST-G. Par contre, selon Taylor et collaborateurs, aucun instrument de dépistage utilisé seul n’est adéquat et l’évaluation clinique demeure nécessaire³⁰.

Selon l’Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2013-2014, neuf personnes âgées sur dix ont accès à un médecin de famille et la même proportion a consulté son médecin au cours des douze derniers mois, ce qui offrirait aux médecins une posture privilégiée pour explorer leurs habitudes de consommation d’alcool³⁴. Or, les données de l’Institut canadien d’information sur la santé de 2017 révèlent que seulement 22 % des Québécois âgés de 65 ans et plus ayant consulté leur médecin ou un autre membre de l’équipe médicale dans les deux dernières années avaient discuté de consommation d’alcool³⁵.

Tous les outils de dépistage répertoriés présentent certaines limites pour bien identifier des problèmes liés à la consommation d’alcool chez les personnes âgées.

LES INTERVENTIONS BRÈVES

Description

Les interventions brèves sont des conseils brefs ou du counseling que les médecins et les autres professionnels de la santé peuvent prodiguer aux personnes qui ont une consommation d’alcool à risque. Elles visent à les aider à diminuer leur consommation à des niveaux à plus faible risque. Les interventions brèves peuvent présenter aux personnes une rétroaction sur leur consommation d’alcool; les informer sur les risques associés à cette consommation et sur les avantages de la réduire; leur

apporter des conseils sur des façons de diminuer leur consommation; leur fournir des stratégies de motivation; les aider à identifier les contextes où elles risquent de boire plus et les encourager à se faire un plan personnel pour réduire leur consommation³⁶. Ces interventions sont offertes dans le cadre des consultations cliniques courantes ou à l’urgence et peuvent durer de cinq à vingt minutes. Dans certains cas, elles peuvent être données en plusieurs sessions (d’une à cinq). Ces interventions ciblent les buveurs d’alcool à risque, mais non dépendants, ces derniers devant plutôt viser l’abstinence et être référés à des ressources plus spécialisées. Les interventions brèves peuvent donc comporter plusieurs composantes (auto-évaluation, informations, rencontre avec un professionnel, entretien motivationnel, accompagnement vers les ressources, relance, etc.). Certaines études retenues permettent de préciser lesquelles des composantes semblent plus porteuses d’efficacité³⁶.

Études dans la population générale

Une méta-analyse Cochrane publiée en 2018, incluant 69 essais randomisés jugés de qualité, comprenant 33 642 participants et réalisés dans plusieurs pays, compare les interventions brèves auprès de la population adulte à des interventions minimales ou à l’absence d’intervention. Elle conclut que les interventions brèves sont efficaces pour réduire la consommation d’alcool chez les buveurs à risque et chez ceux qui ont une consommation abusive d’alcool, autant chez les hommes que chez les femmes³⁶. L’intervention brève réduit également la fréquence des épisodes de consommation abusive (binge drinking), le nombre de jours de consommation par semaine ou l’intensité de la consommation. Les interventions de counseling de plus longue durée n’apportent pas de bénéfices additionnels. D’autres méta-analyses concluent que les interventions brèves électroniques (Internet ou appareils mobiles) sont également efficaces pour réduire la consommation d’alcool chez les buveurs à risque³⁷⁻³⁸.

Études chez les personnes âgées

La méta-analyse Cochrane comprend quatre essais randomisés chez des personnes âgées, ce qui n’est pas suffisant pour permettre aux auteurs de se prononcer sur l’efficacité des interventions brèves dans ce groupe d’âge³⁶. Notre recension des écrits inclut ces mêmes essais randomisés et d’autres études non analysées dans la méta-analyse Cochrane. Les quatre essais du

Cochrane sont présentés ci-dessous, suivis des autres articles.

L’essai contrôlé randomisé du projet SHARE a permis d’évaluer l’efficacité d’une intervention pour diminuer la consommation à risque chez les personnes âgées³⁹⁻⁴¹. L’intervention incluait un rapport personnalisé remis au patient, une brochure pédagogique sur l’alcool et le vieillissement, un journal personnel pour suivre la consommation d’alcool, un engagement écrit à réduire la consommation d’alcool, treize fiches éducatives avec des conseils, une discussion des risques avec un médecin et, enfin, trois appels téléphoniques d’éducateurs de la santé au premier, troisième et sixième mois du programme³⁹⁻⁴¹. Un total de 546 patients, avec un âge moyen de 71 ans, ont participé à l’intervention et 640 patients composaient le groupe contrôle³⁹. Ettner et collègues ont démontré que l’intervention, réalisée dans toutes ses facettes, permettait de réduire la consommation d’alcool à risque chez les personnes âgées et que cet effet se maintenait douze mois plus tard⁴⁰. L’étude a également montré que les patients exposés à l’intervention requéraient moins de services de santé que ceux du groupe contrôle, par exemple moins de visites chez le médecin et moins de consultations dans les services d’urgence, et ce, en tenant compte des nombreux facteurs de confusion possibles⁴⁰.

Chaque composante de l’intervention SHARE a été examinée individuellement par Duru et collaborateurs³⁹. Les auteurs ont conclu que les personnes âgées qui avaient signé un engagement à diminuer leur consommation d’alcool et qui utilisaient un journal personnel pour suivre leur consommation avaient moins de probabilité d’être des buveurs à risque six mois plus tard que celles n’ayant pas signé un tel engagement. Discuter des risques avec son médecin diminuait l’éventualité d’être un buveur à risque un an plus tard. Enfin, recevoir un appel des éducateurs de la santé aidait également à diminuer la consommation d’alcool³⁹, quoiqu’une étude réalisée conjointement avec Barnes et collaborateurs ait montré que discuter de la consommation d’alcool avec un médecin est plus efficace⁴¹.

L’essai contrôlé randomisé de l’étude Healthy Living As You Age (HLAYA) a permis d’obtenir des résultats semblables à ceux du projet SHARE⁴². Les 321 buveurs

âgés à risque faisant partie du groupe contrôle ont reçu un livret décrivant les saines habitudes de vie en matière de consommation d’alcool, d’exercice physique et de nutrition⁴³. Les 310 buveurs à risque exposés à l’intervention, dont l’âge moyen était 68 ans, recevaient un rapport personnalisé sur les risques associés à la consommation d’alcool, une brochure pédagogique sur l’alcool et le vieillissement, des conseils de médecin d’une durée de cinq minutes et un appel d’un éducateur de la santé deux semaines plus tard et jusqu’à trois mois plus tard. Une première étude a montré que les personnes âgées ayant diminué leur consommation étaient deux fois plus susceptibles d’être soucieuses des risques de l’alcool pour leur santé, trois fois plus susceptibles d’avoir lu la brochure pédagogique et quatre fois plus susceptibles de déclarer que le médecin avait discuté des risques de santé et leur avait recommandé de changer leurs habitudes de consommation. Les données indiquent que trois appels de relance réalisés sur une période de trois mois seraient moins efficaces à long terme que des appels échelonnés sur une plus longue période⁴⁴.

L’étude contrôlée randomisée britannique AESOPS (Alcohol : Evaluating Stepped Care in Older Populations Study) a comparé deux interventions administrées à 529 patients âgés de 55 à 85 ans : une intervention brève de cinq minutes et une intervention en trois étapes (plus intense)⁴⁵⁻⁴⁶. Dans l’intervention brève de cinq minutes, l’infirmier présentait les résultats du dépistage AUDIT au buveur à risque et discutait des conséquences négatives possibles pour sa santé si celui-ci maintenait ses habitudes de consommation. Dans l’autre intervention qui incluait trois étapes, le patient recevait d’abord 20 minutes de conseils sur ses habitudes de consommation. Il était ensuite référé à un service de thérapie motivationnelle, puis dirigé à des services locaux spécialisés en consommation d’alcool. On n’a pas observé de différence significative entre les deux interventions. Les deux groupes ont vu leur consommation d’alcool diminuer entre le prétest et douze mois plus tard, ce qui suggère qu’une intervention brève de cinq minutes est aussi efficace qu’une intervention plus longue ou plus complexe.

La technologie peut également être utilisée pour aider au dépistage et accéder à des interventions brèves⁴⁷. Cucciare et collaborateurs ont examiné l’efficacité d’une intervention brève en ligne⁴⁸. Dans leur essai contrôlé

randomisé, les auteurs ont comparé une intervention brève sur Internet (n= 89) et un traitement standard (n=78) qui consistait en de brefs conseils de la part du professionnel de la santé, pour aider les anciens combattants participant à l'étude ayant une consommation à risque selon l'AUDIT-C à diminuer leur consommation. Dans les deux groupes, on a observé des réductions significatives de la quantité et de la fréquence de la consommation d'alcool, ainsi que de la gravité des problèmes liés à l'alcool après trois mois et six mois de suivi.

Les autres études répertoriées ne sont pas des essais contrôlés randomisés, mais des études transversales, des études pilotes et des études rétrospectives.

Bien que les études présentées rapportent souvent des résultats positifs des mesures de dépistage et des interventions brèves chez les personnes âgées, l'étude rétrospective de Williams et collaborateurs démontre plutôt que les changements de consommation observés neuf à quinze mois plus tard n'étaient pas associés à l'intervention brève⁴⁹.

D'autres études décrivent la mise en place de certains programmes. Dans leur étude transversale, Han et collègues ont examiné les caractéristiques de 94 000 visiteurs du site alcoholscreening.org, un site Internet pour évaluer sa consommation d'alcool⁵⁰. Parmi les participants, 2 776 personnes étaient âgées de 66 à 80 ans. Les auteurs de l'étude mentionnent que les personnes âgées étaient plus ouvertes à accepter un plan pour changer leurs habitudes de consommation que les visiteurs plus jeunes.

Dans leur étude pilote exploratoire sur les effets d'une intervention brève, Kuerbis et ses collègues ont comparé deux types de rétroaction en ligne : la rétroaction normative, où la consommation de la personne âgée est comparée à la moyenne, et la rétroaction personnalisée, où la personne âgée recevait une évaluation plus détaillée de sa consommation et de ses risques à la santé. Les participants ont trouvé la rétroaction normative plus utile que la rétroaction personnalisée⁵¹.

Peu d'études portent sur les interventions brèves dans la communauté. Deux études transversales ont néanmoins démontré qu'un programme de visites à domicile permettait une diminution significative des problèmes associés à la consommation d'alcool⁵²⁻⁵³. Ces études du

projet BRITE de la Floride ont souligné que certains obstacles limitent le dépistage et les interventions brèves chez la population vieillissante. On mentionne en particulier le risque de stigmatisation qui peut être un obstacle au dépistage et le manque de professionnels de la santé formés pour offrir des services de dépistage et d'interventions brèves⁵⁴. Les pharmaciens, par exemple, pourraient mener des interventions brèves. Cependant, selon l'étude de Dare et ses collègues, bien qu'ils conviennent que la distribution ou l'évaluation de médicaments soit un moment idéal pour discuter de la consommation d'alcool, plusieurs pharmaciens ont exprimé avoir un manque de connaissances, d'expérience et de compétences pour discuter de la consommation d'alcool avec les personnes âgées⁵⁵.

Les mesures de dépistage et les interventions brèves sont reconnues efficaces auprès de la population adulte en général, mais elles n'ont pas été suffisamment évaluées chez les personnes âgées pour permettre des conclusions claires dans ce groupe d'âge.

Discussion et conclusion

Les interventions efficaces pour réduire les habitudes de consommation à risque dans la population générale sont bien documentées. Il s'agit des politiques publiques qui limitent l'accessibilité économique et physique à l'alcool, l'imposition de limites aux pratiques de marketing, les mesures dissuasives contre l'alcool au volant ainsi que les interventions cliniques de « dépistage-interventions brèves-orientation ». Cette recension des écrits porte spécifiquement sur les interventions préventives ciblant les personnes âgées. Le principal constat est que la prévention de la consommation d'alcool à risque chez les personnes âgées a fait l'objet de peu de recherches à ce jour.

Spécifiquement pour les personnes âgées, les politiques publiques n'ont fait l'objet que de rares études. Rien n'indique, cependant, que les mesures limitant l'accessibilité économique et physique aux produits alcoolisés (prix, nombre et densité des points de vente) seraient moins pertinentes chez les personnes âgées que dans la population générale.

Les études portant sur les mesures relevant des communications sont également parcellaires. Il n’est donc pas possible d’en tirer des conclusions claires.

En ce qui concerne les mesures préventives de type dépistage et interventions brèves à l’intention des personnes âgées, la plupart des études portent sur les personnes âgées qui ont déjà une consommation à risque d’alcool. Quelques essais randomisés concluent en l’efficacité des interventions brèves, mais les études de qualité sont encore trop peu nombreuses pour porter un jugement sur leur efficacité.

Les constats du présent rapport sont comparables à ceux de Public Health England, soit qu’il y a peu d’études sur les mesures de prévention de la consommation d’alcool chez les personnes âgées et qu’il n’est pas possible de conclure à leur efficacité⁵⁶. Il est proposé de poursuivre les efforts d’évaluation des stratégies déjà en place pour l’ensemble de la population ou d’aller de l’avant avec des approches innovantes.

D’autres organisations se sont penchées sur le sujet. Le National Prevention Council aux États-Unis réitère l’importance du dépistage systématique annuel de la consommation d’alcool à risque chez les personnes âgées⁵⁷. La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées fait la même recommandation et invite, de plus, les cliniciens faire du dépistage lors des épisodes de soins ou de changements de vie majeurs, situations qui peuvent être associées à des problèmes de consommation d’alcool⁵⁸.

Peu de médecins et de professionnels de la santé questionnent leurs patients sur leur consommation d’alcool, alors que la plupart des personnes continuent à consommer de l’alcool en vieillissant, comme présenté dans le « Feuille 1: Portrait statistique ». Les personnes âgées sont également encouragées à discuter de leurs habitudes de consommation d’alcool avec leurs professionnels de la santé. Compte tenu de l’efficacité reconnue du dépistage et des interventions brèves dans la population générale, il est indiqué, auprès des personnes âgées :

- de discuter de la consommation d’alcool,
- de donner des conseils aux personnes qui ont une consommation à risque,
- d’orienter les personnes qui ont des problèmes de consommation d’alcool vers des ressources d’aide.

Références

1. Institut de la statistique du Québec. Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2016–2066 (p. 72) [Internet]; 2019 [cité le 20 octobre 2019]. Récupéré de : www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/perspectives/perspectives-2016-2066.pdf
2. April N, Bégin C, Hamel D, Morin R. Portrait de la consommation d’alcool au Québec de 2000 à 2015 [Internet]. Institut national de santé publique du Québec; 2016 [cité le 18 septembre 2019]. Récupéré de : www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2137_consommation_alcool_quebec.pdf
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. 2018. Récupéré de : www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
4. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SR, Tymeson HD, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2018;392(10152):1015–35.
5. Institut de la statistique du Québec. Proportion de consommateurs actuels de médicaments prescrits selon le sexe et l’âge, population de 65 ans et plus, Québec et régions sociosanitaires [Internet]. 2012. Récupéré de : www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/incapacites/proportion_consom_med_prescrits.html
6. Haarni I, Hautamäki L. Life Experience and Alcohol: 60–75-year-olds’ Relationship to Alcohol in Theme Interviews. *Nord Stud Alcohol Drugs*. 2010 Jun;27(3):241–58.
7. Bareham BK, Kaner E, Spencer LP, Hanratty B. Drinking in later life: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies exploring older people’s perceptions and experiences. *Age Ageing*. 2019 Jan 1;48(1):134–46.
8. Kelly S, Olanrewaju O, Cowan A, Brayne C, Lafortune L. Alcohol and older people: A systematic review of barriers, facilitators and context of drinking in older people and implications for intervention design. *Plos One*. 2018;13(1):e0191189–e0191189.
9. Nicholson D, McCormack F, Seaman P, Bell K, Duffy T, Gilhooly M. Alcohol and healthy ageing: a challenge for alcohol policy. *Public Health*. 2017;148:13–8.

10. Wilson GB, Kaner EFS, Crosland A, Ling J, McCabe K, Haighton CA. A qualitative study of alcohol, health and identities among UK adults in later life. *Plos One*. 2013;8(8):e71792–e71792.
11. Haighton C, Kidd J, O'Donnell A, Wilson G, McCabe K, Ling J. "I take my tablets with the whiskey": A qualitative study of alcohol and medication use in mid to later life. *Plos One*. 2018;13(10):e0205956–e0205956.
12. Immonen S, Valvanne J, Pitkälä KH. Older adults' own reasoning for their alcohol consumption. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;n/a-n/a.
13. Burruss K, Sacco P, Smith CA. Understanding older adults' attitudes and beliefs about drinking: perspectives of residents in congregate living. *Ageing Soc*. 2015 Oct;35(9):1889–904.
14. Gilson K-M, Bryant C, Bei B, Komiti A, Jackson H, Judd F. Validation of the Drinking Motives Questionnaire (DMQ) in older adults. *Addict Behav*. 2013;38(5):2196–202.
15. Graziani P. La consommation excessive d'alcool chez la personne âgée. *Drogue Santé Société*. 2010;9(2):49–74.
16. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Que faisons-nous? [Internet]. 2010. Récupéré de : www.ccnpps.ca/95/Que_faisons-nous.ccnpps
17. Galluzzo L, Scafato E, Martire S, Anderson P, Colom J, Segura L, et al. Alcohol and older people. The European project VINTAGE: good health into older age. Design, methods and major results. *Ann Ist Super Sanita*. 2012;48(3):221–31.
18. Wooksoo K. Drinking Culture of Elderly Korean Immigrants in Canada: A Focus Group Study. *J Cross-Cult Gerontol*. 2009;24(4):339–53.
19. Organisation mondiale de la santé. Glossaire de la promotion de la santé. [Internet]. 1999 (cité 11 mars 2020). Récupéré de : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf
20. Ferguson N, Savic M, Manning V, Lubman D. #WaysToRelax: developing an online alcohol-related health promotion animation for people aged 55 and older. *Public Health Res Pract* [Internet]. 2017;27(2).
21. Benza AT, Calvert S, McQuown CB. Prevention BINGO: reducing medication and alcohol use risks for older adults. *Aging Ment Health*. 2010;14(8):1008–14.
22. Zanjani F, Allen H, Schoenberg N, Martin C, Clayton R. Acceptability of intervention materials to decrease risk for alcohol and medication interactions among older adults. *Eval Program Plann*. 2018;67:160–6.
23. Zanjani F, Allen H, Schoenberg N, Martin C, Clayton R. Sustained Intervention Effects on Older Adults' Attitudes Towards Alcohol and Medication Interactions. *Am J Health Educ*. 2018;49(2):66–73.
24. Collège des médecins de famille du Canada. Dépistage de l'abus d'alcool, intervention rapide et orientation [Internet]. [cité le 15 oct 2019]. Récupéré de : www.sbir-diba.ca/fr/accueil
25. Burton R, Henn C, Lavoie D, O'Connor R, Perkins C, Sweeney K, et al. A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective. *Lancet*. 2017;389(10078):1558–1580.
26. Centers for Disease Control and Prevention. CDC's Alcohol Screening and Brief Intervention Efforts, 9 juillet 2019 (cité 11 mars 2020). Récupéré de : www.cdc.gov/ncbddd/fascd/alcohol-screening.html
27. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*. 2002;97(0965–2140):279–92.
28. Elzerbi C, Donoghue K, Drummond C. A comparison of the efficacy of brief interventions to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between European and non-European countries: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Addict Abingdon Engl*. 2015 Jul;110(7):1082–91.
29. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, et al. The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. 2014 Jan;49(1):66–78.
30. Taylor C, Jones KA, Denning T. Detecting alcohol problems in older adults: Can we do better? *Int Psychogeriatr*. 2014;26(11):1755–66.
31. Rehm J, Allamani A, Della Vedova R, Elekes Z, Jakubczyk A, Landsmane I, et al. General practitioners recognizing alcohol dependence: a large cross-sectional study in 6 European countries. *Ann Fam Med*. 2015;13(1):28–32.
32. Rehm J, Allamani A, Elekes Z, Jakubczyk A, Manthey J, Probst C, et al. Alcohol dependence and treatment utilization in Europe—a representative cross-sectional study in primary care. *BMC Fam Pract*. 2015;16(1):90.

33. Naegle MA. Alcohol Use Screening and Assessment for Older Adults. *Am J Nurs*. 2008;108(11):55–6.
34. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013-2014. 2018 (cité 5 fév 2020). Récupéré de : <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/acces-a-un-medecin-regulier>
35. Institut canadien d'information sur la santé. Résultats du Canada : Enquête internationale de 2017 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des adultes âgés — rapport en format accessible. Ottawa, ON; 2018.
36. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2:CD004148.
37. Prosser T, Gee KA, Jones F. A meta-analysis of effectiveness of E-interventions to reduce alcohol consumption in college and university students. *J Am Coll Health*. 2018 May 19;66(4):292–301.
38. Tansil KA, Esser MB, Sandhu P, Reynolds JA, Elder RW, Williamson RS, et al. Alcohol Electronic Screening and Brief Intervention: A Community Guide Systematic Review. *Am J Prev Med*. 2016 Nov;51(5):801–11.
39. Duru OK, Xu H, Moore AA, Mirkin M, Ang A, Tallen L, et al. Examining the Impact of Separate Components of a Multicomponent Intervention Designed to Reduce At-Risk Drinking Among Older Adults: The Project SHARE Study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015;39(7):1227–35.
40. Ettner SL, Xu H, Duru OK, Ang A, Tseng C-H, Tallen L, et al. The effect of an educational intervention on alcohol consumption, at-risk drinking, and health care utilization in older adults: the Project SHARE study. *J Stud Alcohol Drugs*. 2014 May;75(3):447–57.
41. Barnes AJ, Xu H, Tseng C-H, Ang A, Tallen L, Moore AA, et al. The Effect of a Patient-Provider Educational Intervention to Reduce At-Risk Drinking on Changes in Health and Health-Related Quality of Life Among Older Adults: The Project SHARE Study. *J Subst Abuse Treat*. 2016;60:14–20.
42. Lin JC, Karno MP, Barry KL, Blow FC, Davis JW, Tang L, et al. Determinants of early reductions in drinking in older at-risk drinkers participating in the intervention arm of a trial to reduce at-risk drinking in primary care. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(2):227–33.
43. Moore AA, Blow FC, Hoffing M, Welgreen S, Davis JW, Lin JC, et al. Primary care-based intervention to reduce at-risk drinking in older adults: a randomized controlled trial. *Addict Abingdon Engl*. 2011 Jan;106(1):111–20.
44. Lin JC, Karno MP, Tang L, Barry KL, Blow FC, Davis JW, et al. Do health educator telephone calls reduce at-risk drinking among older adults in primary care? *J Gen Intern Med*. 2010;25(4):334–9.
45. Watson JM, Crosby H, Dale VM, Tober G, Wu Q, Lang J, et al. AESOPS: a randomised controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care. *Health Technol Assess Winch Engl*. 2013;17(25):1–158.
46. Coulton S, Bland M, Crosby H, Dale V, Drummond C, Godfrey C, et al. Effectiveness and Cost-effectiveness of Opportunistic Screening and Stepped-care Interventions for Older Alcohol Users in Primary Care. *Alcohol Alcohol Oxf Oxfs*. 2017;52(6):655–64.
47. Barry KL, Blow FC. Substance use, misuse, and abuse: Special issues for older adults. In: Pachana NA, Laidlaw K, editors. *The Oxford handbook of clinical geropsychology* [Internet]. New York, NY: Oxford University Press; 2014. p. 549–70. (Oxford library of psychology).
48. Cucciare MA, Weingardt KR, Ghaus S, Boden MT, Frayne SM. A randomized controlled trial of a web-delivered brief alcohol intervention in Veterans Affairs primary care. *J Stud Alcohol Drugs*. 2013;74(3):428–36.
49. Williams EC, Rubinsky AD, Chavez LJ, Lapham GT, Rittmueller SE, Achtmeyer CE, et al. An early evaluation of implementation of brief intervention for unhealthy alcohol use in the US Veterans Health Administration. *Addict Abingdon Engl*. 2014;109(9):1472–81.
50. Han BH, Masukawa K, Rosenbloom D, Kuerbis A, Helmuth E, Liao DH, et al. Use of web-based screening and brief intervention for unhealthy alcohol use by older adults. *J Subst Abuse Treat*. 2018;86:70–7.
51. Kuerbis AN, Hail L, Moore AA, Muench FJ. A pilot study of online feedback for adult drinkers 50 and older: Feasibility, efficacy, and preferences for intervention. *J Subst Abuse Treat*. 2017;77:126–32.
52. Schonfeld L, Hazlett RW, Hedgecock DK, Duchene DM, Burns LV, Gum AM. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Older Adults With Substance Misuse. *Am J Public Health*. 2015 Jan;105(1):205–11.

53. Schonfeld L, King-Kallimanis BL, Duchene DM, Etheridge RL, Herrera JR, Barry KL, et al. Screening and brief intervention for substance misuse among older adults: the Florida BRITE project. *Am J Public Health*. 2010 Jan;100(1):108–14.
54. Blow FC, Barry KL. Alcohol and substance misuse in older adults. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(4):310–9.
55. Dare J, Wilkinson C, Garlepp M, Lo J, Allsop S. Community pharmacists require additional support to develop capacity in delivering alcohol-related health information to older adults. *Int J Pharm Pract*. 2017;25(4):301–10.
56. Lafortune L, Kelly S, Olanrewaju O, Cowan A, Brayne C. Changing risk behaviours and promoting cognitive health in older adults: An evidence-based resource for local authorities and commissioners. *Public Health England*. 2016. DOI: 10.13140/RG.2.2.25962.31684
57. National Prevention Council. Healthy Aging in Action. [Internet]. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General; 2016. Récupéré de : www.cdc.gov/aging/pdf/healthy-aging-in-action508.pdf
58. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées. [Internet]; 2019 [cité le 21 avril 2020]. Récupéré de : https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2020/02/Alcohol_Use_Disorder_FR_WEB.pdf

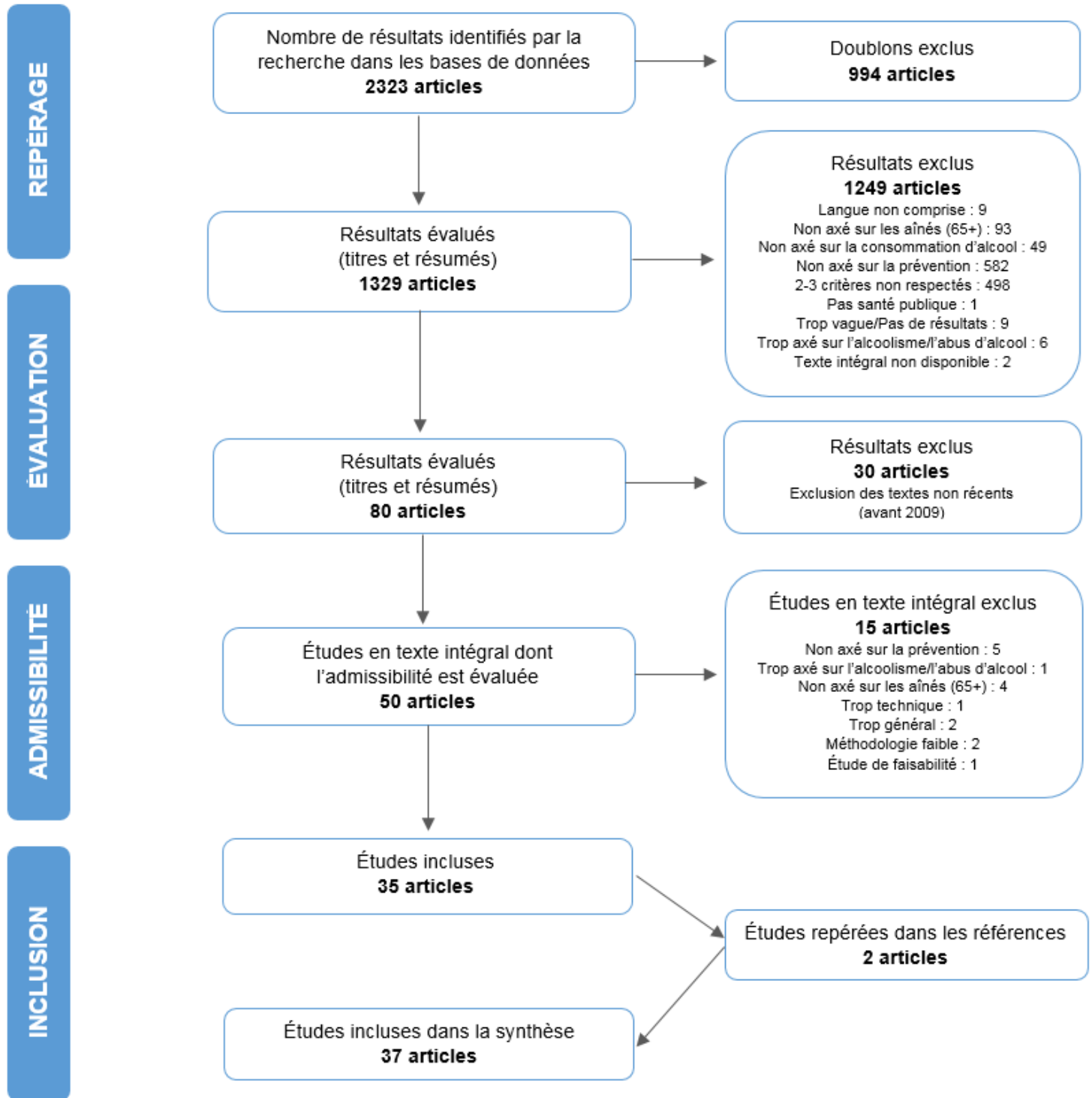
Annexe 1

Stratégie de recherche

Interface de recherche
EBSCO
OVID
Base de données
Medline
Ageline
CINAHL
Education Resources Information Center (ERIC)
Health Policy Reference Center
PsycINFO
SocINDEX
Cochrane Database of Systematic Review
Global Health
Mots-clés
« older adults »
« alcohol »
« prevent* »
« interven* »
MeSH
« aged »
« alcohol drinking »
« primary prevention »
« health promotion »

Annexe 2

Diagramme PRISMA



Mesures de prévention – La consommation d'alcool chez les personnes âgées au Québec

AUTEURS

Caroline D. Bergeron, conseillère scientifique spécialisée
Nicole April, médecin-conseil
Direction du développement des individus et des communautés
Réal Morin, médecin-conseil
Vice-présidence aux affaires scientifiques

AIDE À LA RECHERCHE

Mahée Lacourse, bibliothécaire
Magali Leverd, technicienne en documentation
Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications

COMITÉ CONSULTATIF

Denise Aubé, médecin-conseil, Direction du développement des individus et des communautés
Nathalie Bouchard, intervenante/formatrice Programme Alcochoix+, Direction de Santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale Nationale
André Brassard, retraité, alcoolique abstinent
Bernard Deschênes, représentant, Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec (AREQ)
Michèle Morin, médecin spécialiste conseil, Direction de la santé publique de la Capitale-Nationale et la Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches
André Tourigny, médecin-conseil, Direction du développement des individus et des communautés

RÉVISEURES EXTERNES

Lise Cardinal, médecin-conseil, CIUSSS de la Capitale-Nationale
Valérie Lemieux, agente de planification, programmation et recherche, CIUSSS du Centre- Sud-de-l'Île-de-Montréal

Ce projet a été financé par le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) de Santé Canada qui est administré au Québec par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 3^e trimestre 2020

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-87219-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2020)

N^o de publication : 2682