

Personnes âgées et consommation d'alcool

Introduction

Usage et mésusage – Définition générale de la population âgée – Spécificités du risque alcool chez les plus âgés – Problèmes d'application des recommandations à la population âgée

Les personnes âgées d'aujourd'hui ont grandi entre les deux guerres, alors que le regard de la société et les habitudes de consommation d'alcool étaient très différents. En centrant la réflexion sur la France, où aucune prohibition des boissons alcoolisées n'a jamais été déclarée (et de ce fait aucune limitation contrainte d'accès à l'alcool n'a jamais été expérimentée), il est indispensable de différencier les considérations des adultes d'aujourd'hui de celles des aînés, sans projections ni amalgames.

Usage et mésusage

Chez l'adulte, on définit (1) la consommation d'alcool selon cinq catégories d'usage (figure 1, tableau I).

Le non-usage

Il est caractérisé par une absence de consommation de boissons alcooliques. Il peut être primaire ou secondaire à une période de mésusage (de type dépendance) et recouvre alors le terme d'abstinence.

L'usage

Le terme usage employé seul, sans adjectif, renvoie à l'usage socialement admis pour lequel le risque, s'il n'est pas nul, est considéré comme acceptable pour l'individu et pour la société. Il s'agit de toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problèmes pour autant que la consom-

mation reste faible (inférieure ou égale aux seuils acceptés ci-dessous) et prise en dehors de toute situation à risque et de tout risque individuel. L'usage peut être expérimental, occasionnel, régulier voire quotidien.

Cette notion a bénéficié de repères de consommation diffusés en France :

- . usage ponctuel : pas plus de quatre verres par occasion ;
- . usage régulier :
 - pas plus de 21 verres par semaine chez l'homme (soit trois verres par jour pour les consommateurs réguliers) ;
 - pas plus de 14 verres par semaine chez la femme (soit deux verres par jour pour les consommatrices régulières).

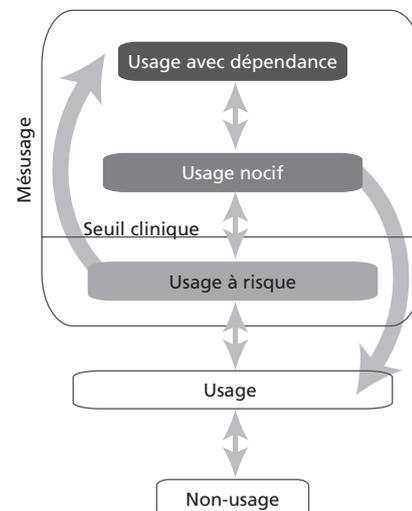


Figure 1. – Les catégories d'usage de l'alcool.

Encadré 1. – Organisation

Groupe de travail

- Dr Philippe Castera (Bordeaux)
- Mme Sophie Chanteau (Le Mans)
- Mme Aurore Dufour (Fourmies)
- Mme Geneviève Imbert (Pais)
- Dr Dorothée Lecallier (Paris)
- Dr Anne Maheut-Bosser (Nancy)
- Pr François Paille (Nancy)
- Mme Laurence Pin (Mirecourt)
- Mme Stéphanie Pin (Paris)
- M. Pascal Mélihan-Cheinin (Paris)
- Dr Pascal Menecier (Mâcon)
- Pr Marc Verny (Paris)

Bibliographie

- Dr Hélène Fagherazzi (Vandoeuvre-lès-Nancy)

Groupe de lecture

- Dr Alain Aubrège (Nancy)
- Dr Philippe Batel (Paris)
- Mme Agnès Beghi (Paris)
- Dr Jacques Birgé (Boulay)
- Pr Sylvie Bonin-Guillaume (Marseille)
- Pr Jacques Bouget (Rennes)
- Pr Serge Briançon (Nancy)
- Dr Frédéric Brouzes (Clermont-Ferrand)
- Dr Marie-Françoise Brugiroux (Papeete)
- M. Jacques Callanquin (Metz)
- Dr Philippe Castera (Bordeaux)
- M. Gilles Cuillerier (Québec)
- Mme Martine Dorange (Paris)
- Dr Francis Ezelin (Guadeloupe)
- Pr Lydia Fernandez (Lyon)
- Pr Anne Marie Ferrandez (Marseille)
- Dr Claudine Gillet (Nancy)
- Dr Erick Gokalsing (La Réunion)
- Mme Juliette Guillemont (Saint-Denis)
- Pr Pierre Jouanny (Amiens)
- Dr Yves Kagan (Paris)
- M. Michel Landry (Québec)
- Mme Marie Lecavalier (Québec)
- Mme Béatrice Magdelaine (Paris)
- Dr Bruno Mangola (Mâcon)
- Dr Serge de Nadaï (Thionville)
- M. Jérôme Pellissier
- Dr Florence Perrein (Saint-Nicolas-de-Port)
- Dr Didier Playoust (Tourcoing)
- Pr Louis Ploton (Lyon)

Méthodologie de recherche bibliographique

1. Portail bibliovivie du CNRS ;
2. Interface d'interrogation multibase SilverPlatter WebSPIRS® (fermée en 2009) ;
3. Interrogation multibase
 - Pascal de l'Institut de l'information scientifique et technique (Inist-CNRS), France ;
 - Medline de la National Library of Medicine (NLM), États-Unis ;
 - PsycINFO de l'American Psychological Association (AMA), États-Unis ;
4. Période 2000-2009 ;
5. Équation de recherche documentaire avec groupe de concepts résumés ci-dessous :
 - a) Le sujet âgé, dans les champs titres ou mots-clés
(homme ou humain) et (elder* ou personne âgée ou vieillard ou grand vieillard ou aîné ou older adult ou aînés ou older adults ou aged over* ou aged, 80 and over ou gerontolog* ou geriatr*)
ET
 - b) L'alcool, dans les champs titres ou mots-clés
(alcool* ou alcohol* ou ethyli* ou drinking ou drinker* ou buveur*)
ET
 - c) La consommation ou la dépendance
(misuse ou abus* ou disorder* ou mésusage ou at-risk ou intake ou heavy ou consommation ou consumption ou dépendance ou dependence ou addict* ou withdrawal ou manque)
6. Complément par l'interrogation de la Banque de données en santé publique (BDSP), dans tous les champs (alcool* et personne âgée)
Soit : a) et b) et c).

Tableau I : Catégories d'usage d'alcool et objectifs de prévention et de soins

| | | |
|------------------|--|--|
| Non-usage | Aucune consommation Non-usage primaire ou secondaire, momentané ou durable | Prévention primaire du risque : éducation pour la santé, information thématique, accompagnement des premières expériences |
| Usage | Consommation à doses/fréquence faibles, en deçà des seuils de risque et en dehors des situations à risque | Éviter le passage vers le mésusage, prévenir les risques et les dommages, interventions communautaires |
| Mésusage | Usage à risque Consommation supérieure aux seuils de risque et/ou en situation à risque (risque individuel ou situation à risque spécifique) susceptibles d'induire des dommages | Réduction des risques et prévention des dommages : interventions communautaires, retour dans les limites de l'usage, repérage précoce et intervention brève |
| | Usage nocif Conduite de consommation ayant déjà induit des dommages et non associée à une dépendance | Réduction des dommages et prévention de la dépendance, repérage précoce et intervention brève, accompagnement individuel |
| | Usage avec dépendance Conduite caractérisée par la perte de la maîtrise de consommation (toutes doses, avec ou sans dommages) | Sevrage Non-usage secondaire = abstinence en général ou réduction des risques (diminution de consommation) |

Le terme de verre désigne le “verre standard” fixé en France à 10 g d'alcool pur. On rappelle que les verres standard n'ont pas la même valeur dans tous les pays (voir annexe 1). Ces seuils de risque n'ont pas de valeur absolue car chaque personne peut réagir différemment selon son sexe, sa corpulence, son état physique et psychologique, le contexte de consommation. Ce sont des repères diffusés comme message de prévention dans un enjeu de santé publique.

Trois catégories de mésusage sont ensuite définies

L'usage à risque

Toute conduite d'alcoolisation, ponctuelle ou régulière, qui associe une consommation supérieure aux “seuils de risque” définis ci-dessus et non encore associée à un quelconque dommage médical, psychologique ou social, et/ou une dépendance, mais susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme. La personne dont le comportement de consommation se situe dans ce cadre est dénommée consommateur à risque.

L'usage à risque inclut également des consommations égales ou inférieures aux “seuils” lorsqu'elles sont prises :

- dans certaines situations à risque pour lesquelles cette consommation est déjà dangereuse, comme la conduite de véhicules, le travail sur machines dangereuses, à un poste de sécurité..., situations qui requièrent vigilance et attention ;

- en cas de risque individuel particulier, par exemple : consommations répétées associées à d'autres produits psychoactifs susceptibles de potentialiser les effets de l'alcool, pathologies organiques et/ou psychiatriques associées, notamment celles qui exigent un traitement médicamenteux, modification de la tolérance du consommateur en raison de son âge, de son sexe, de situations psychologiques ou physiologiques particulières (état de fatigue et surtout grossesse).

L'usage nocif

Toute conduite d'alcoolisation qui associe l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychologique ou social induit par l'alcool, sans dépendance. Cette catégorie est donc définie par les dommages induits par la consommation et non par les seuils ou la fréquence de cette consommation. Les personnes qui se situent dans cette catégorie sont dénommées consommateurs à problème.

L'usage avec dépendance

Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par une perte de la maîtrise de la consommation. Cette catégorie ne se définit ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui sont cependant extrêmement fréquents. La définition de la dépendance ne comporte pas de critères impliquant que la consommation soit quotidienne ou habituelle. Les personnes dont le comportement se situe dans cette catégorie sont appelées consommateurs alcoolo-dépendants.

Annexe 1. – Verre standard

Compte tenu de l'extrême disparité des verres standard selon les pays (de 6 à 20 g), il n'est actuellement pas raisonnable de parler d'unités internationales alcool même si plusieurs pays d'Europe, dont la France, ont adopté comme définition du verre standard 10 grammes d'alcool pur. Les "unités" ou les "verres standard" cités dans les articles doivent faire l'objet d'une définition précise en grammes pour permettre les comparaisons.

Illustration des disparités

En France, un verre standard correspond à 10 g d'alcool pur. Dans un souci d'information du grand public et des intervenants de soin, les équivalences suivantes sont régulièrement diffusées :



Aux États-Unis, un verre standard équivaut à 14 g d'alcool pur. En Italie, un verre standard équivaut à 12 g d'alcool pur.
Au Royaume-Uni, un verre standard équivaut à 8 g d'alcool pur. Au Portugal, un verre standard équivaut à 14 g d'alcool pur.
En Allemagne, un verre standard équivaut à 10 g d'alcool pur.

Annexe 2. – Critères DSM-IV

La **dépendance** à une substance est définie si trois ou plus des critères suivants sont présents :

- 1 - Tolérance manifestée par le besoin d'accroître les doses consommées pour obtenir une intoxication ou un effet désiré, ou par une diminution des effets à doses consommées constantes.
- 2 - Symptômes de sevrage à la suite d'une période d'abstinence, évités ou améliorés par une nouvelle prise de la substance ;
- 3 - Prise de la substance en plus grande quantité ou pendant plus longtemps que prévu.
- 4 - Désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation.
- 5 - Beaucoup de temps passé à utiliser ou à se procurer de la substance.
- 6 - Abandon ou réduction de ses activités sociales, professionnelles ou de loisir à cause de l'usage de la substance.
- 7 - Poursuite de l'utilisation malgré la connaissance des risques pour la santé.

L'**abus** est caractérisé par la présence d'au moins l'une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

- 1 - Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison (absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, exclusion temporaires ou définitives de l'école, négligence des tâches ménagères courantes).
- 2 - Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'un véhicule).
- 3 - Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation de la substance (arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).
- 4 - Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication chronique).

Annexe 3. – Critères CIM-10 de dépendance

Au moins trois des manifestations suivantes sont présentes en même temps au cours de la dernière année :

- 1 - Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.
- 2 - Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation au niveau de l'utilisation).
- 3 - Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance, ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- 4 - Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré.
- 5 - Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
- 6 - Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

Définition générale de la population âgée

La définition des personnes âgées ne saurait être univoque et plusieurs éclairages sont nécessaires. Si l'on considère les personnes âgées en bonne santé, la définition de l'OMS fait référence à l'âge de la retraite, soit entre 60 et 65 ans.

Pour les personnes âgées malades, cela renvoie, au moins en partie, à la discipline gériatrique. La circulaire de mars 2007 précise que les personnes qui relèvent d'une unité de médecine gériatrique sont âgées de 75 ans et plus et sont caractérisées par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente des pathologies neurodégénératives et somatiques, et de problème sociaux surajoutés. Les personnes de plus de 75 ans ne présentant pas de polyopathie, mais une pathologie unique ou très prédominante relevant plus d'une prise en charge en spécialité d'organes, peuvent néanmoins être retenues comme appartenant à la catégorie des personnes âgées malades, mais en sachant qu'elles sont moins fragiles.

L'approche peut être plus sociologique. Selon un texte de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) concernant un programme de prévention destiné aux personnes âgées : *«Une génération vieillissante réunit des gens qui sont dans la plus grande différence les uns par rapport aux autres, et plus grande encore que la différence d'origine, que la différence des jeunes, parce qu'il y a l'accumulation de toute leur histoire qui est à la fois singulière et sociale. Il n'y a donc rien de plus différent, de plus hétérogène, de plus incroyablement disparate qu'une tranche de population vieillissante...»* (Philippe Dard, sociologue CSTB, propos rapportés par l'Institut des Villes). La vieillesse est une catégorie à la fois générée par des conceptions, normées selon l'âge, du développement humain et du vieillissement et déterminée à travers les relations sociales (2).

Dans notre culture, c'est l'âge biologique et la sortie de la vie active qui définissent le plus souvent le statut des personnes âgées. Toutefois, ces critères appréhendent relativement mal les capacités fonctionnelles, la perception subjective et les valeurs culturelles par lesquelles un individu est étiqueté ou se définit comme «âgé», «vieillard» ou «senior» (3). Des travaux de recherche en gérontologie (4) ont d'ailleurs mis en évidence la diversité et l'hétérogénéité des situations sociales et des modes de vie au cours de la vieillesse. Ces travaux ont conduit à la formulation de nouveaux critères de désignation qui se fondent plutôt sur

le statut fonctionnel ou sur la qualité de vie. Ces indicateurs permettent en effet, en s'attachant aux conséquences dans la vie quotidienne du déclin de la santé physique et mentale, de mieux caractériser des groupes de personnes âgées et de tracer des trajectoires de vieillissement (5, 6).

Couplant ces deux tendances, nous retiendrons deux critères pour définir la population cible : d'une part, l'âge pour fixer une borne inférieure (65 ans), mais cette frontière doit rester très souple et certaines actions pourront concerner des personnes plus jeunes (retraités ou pré-retraités) ; d'autre part, le degré d'autonomie des personnes âgées (autonomes, «fragiles» ou dépendants).

Le concept de fragilité est considéré par certains auteurs comme un syndrome clinique. Celui-ci correspondrait à l'action conjuguée du vieillissement physiologique, des habitudes de vie, des changements des déterminants socio-économiques au cours de l'avancée en âge et des maladies. Ce syndrome témoignerait d'une réduction des réserves physiologiques limitant les capacités d'adaptation au stress ou au changement d'environnement. Il expose à des décompensations fonctionnelles en cascade et à un état morbide incapacitant. Malgré le côté séduisant de ce concept, nous ne le retiendrons pas dans le restant de ce texte car il s'agit d'une entité encore mal définie, non opérationnelle, dont l'intérêt est plus de l'ordre de la recherche, notamment dans des perspectives de santé publique et de développement de système de soins. En pratique, il n'y a pas de définition consensuelle et dans la perspective qui nous intéresse (celle de la consommation d'alcool), on aurait tendance à considérer que tous les sujets âgés consommateurs de manière inadaptée sont fragiles, réduisant la pertinence même de ce syndrome. On peut toutefois retenir que la consommation d'alcool inadaptée des sujets âgés les fragilise probablement !

L'adjectif «fragile» désignera donc par la suite des personnes qui ont besoin de l'aide ponctuelle d'autrui (formelle ou informelle) pour réaliser une partie de leurs activités quotidiennes ou qui présentent un ou plusieurs facteurs de risque de dépendance, mais qui ne sont pas dépendants régulièrement de l'aide d'autrui.

Consommation d'alcool de la population âgée

Avec l'âge, si la fréquence de la consommation régulière, quotidienne, augmente, les consommations moyennes d'alcool par individu décroissent, et surtout le nombre

de non-consommateurs augmente notablement, passant de 10 % pour la population adulte à 40 % après 65 ans (7). Cet accroissement du nombre des abstinents est dû au fait que la proportion de femmes augmente, mais aussi que les gros consommateurs à l'âge adulte sont souvent décédés.

Aucune donnée de prévalence spécifique de sujets en difficulté avec l'alcool n'existe chez les sujets âgés, les études de prévalence étant sporadiques ou réduites à des estimations.

Une synthèse de la littérature réalisée en 2000 dénombreait les écueils possibles pouvant expliquer l'absence de données fiables, hormis le peu d'intérêt accordé à la question (8). En premier lieu, il n'existe pas de validation chez les sujets âgés des critères diagnostiques standardisés, de dépendance notamment. Si les consommateurs présentant un mésusage d'alcool sont déjà difficilement identifiés parmi les adultes, la question est encore plus délicate chez les aînés. Les critères DSM-IV ou CIM-10 (voir annexes 2 et 3) qui la définissent sont discutables compte tenu de leurs difficultés d'application chez les sujets âgés (9). À défaut, l'emploi de critères non validés est hasardeux, d'autant plus que certains ont montré leur perte de validité avec l'âge. De même, se pose la question du choix d'outils de repérage validés en français et adaptés aux caractéristiques de cette population (voir question 3). Les critères ou termes de diagnostic ne sont pas reproductibles ou comparables entre les travaux qui utilisent des notions diverses et parfois vagues : "gros buveurs", "consommateurs à problème", "abus d'alcool", "dépendance à l'alcool"... , ce qui rend encore plus complexe toute tentative de méta-analyse. Enfin, l'essentiel des études disponibles sont nord-américaines et ne sont donc pas facilement transposables en Europe.

De même, la médecine gériatrique connaît des tableaux atypiques, pauvres en symptômes, bien moins caractéristiques que les formes du sujet jeune, rendant difficile le diagnostic de pathologies dues à l'alcool (alcoolopathies), qui de ce fait peuvent être manquées, abaissant artificiellement les chiffres de prévalence. À l'opposé, la vulnérabilité à l'alcool des aînés induit un taux plus élevé de maladies chez les sujets âgés en difficulté avec l'alcool et, donc, un accroissement des recours aux services de soins. De ce fait, une surestimation des problèmes d'alcool est aussi concevable.

Spécificités du risque alcool chez les plus âgés

Le vieillissement amène des modifications physiologiques, aboutissant à une moindre tolérance aux effets de l'alcool. La diminution de la masse maigre au profit de la masse grasse réduisant le volume de diffusion aqueux de l'alcool, tout en augmentant l'accumulation graisseuse et le relargage secondaire, aboutit à une plus forte alcoolémie maximale pour un ingesta donné et une décroissance plus lente du taux sanguin.

La polyopathie et son corollaire la polymédication, fréquente chez le sujet âgé, ne font qu'amplifier ces conséquences et le rendent particulièrement sensible aux effets toxiques de l'alcool, à la fois sur le plan somatique et sur le plan psychique. Ces effets sont majorés par la coexistence de troubles cognitifs (maladies d'Alzheimer ou troubles apparentés).

L'alcool interagit enfin, avec de nombreux médicaments confusogènes, dont les psychotropes. Toutes ces raisons, souvent cumulées chez les sujets âgés, contribuent à rappler leur fragilité vis-à-vis de l'alcool (voir question 2).

Annexe 4. – Repères de consommation à moindre risque

Des seuils spécifiques ont été proposés pour les 65 ans et plus par l'American Geriatrics Society (a) qui définit la consommation à haut risque comme supérieure à sept verres par semaine ou supérieure à trois verres par occasion. L'AGS suit donc dans ces recommandations empiriques celles du National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism – NIAAA (b), qui correspondent à la moitié des recommandations pour un homme adulte. La plupart des pays ne font pas de recommandations spécifiques pour les plus âgés (et en particulier la Grande-Bretagne et la France). En Europe, l'Italie recommande de ne pas dépasser un verre standard par jour (12 g d'alcool pur) (c).

a - American Geriatrics Society. Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults. New York : AGS ; 2003 (<http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/alcohol.shtml>).

b - Dufour MC, Archer L, Gordis E. Alcohol and the elderly. *Clin Geriatr Med*. 1992 ; 65 : 353-9.

c - Società Italiana di Nutrizione Umana. Livelli di Assunzione giornalieri raccomandati di energia en nutrienti per la popolazione italiana. Firenze : SINU ; 1996.

Problèmes d'application des recommandations à la population âgée

Tous les points soulignés précédemment font comprendre que les recommandations proposées chez l'adulte doivent être révisées pour les personnes âgées. Des recommandations pour une consommation d'alcool à moindre risque ont été adaptées aux sujets âgés aux États-Unis (annexe 4) : après 65 ans, plusieurs recommandations (notamment de l'American Geriatric Society) proposent moins de un verre par jour (sept par semaine) et pas plus de trois verres en une seule occasion (10). Lang et al., sur la base de deux cohortes de 13 000 sujets de plus de 65 ans, proposent un seuil entre un et deux verres par jour (11). Ces niveaux maxima de consommations ne sont applicables qu'en l'absence de pathologies évolutives, notamment cérébrales au sens large, ou de traitements susceptibles d'interagir avec l'alcool.

En Suisse, une plaquette d'information pour les personnes âgées et leur entourage a été éditée en 2005. Les Canadiens ont produit en 2003 des recommandations pour les soignants et les médecins dans un volumineux recueil. À ce jour, aucun travail similaire n'a été publié en France.

Les objectifs de ce travail sont :

- de réaliser une recherche et une analyse les plus complètes possibles des données scientifiques publiées sur le thème ;
- de faire partager les connaissances spécifiques des gériatres aux alcoologues et vice versa dans la perspective que l'ensemble des acteurs concernés puissent s'approprier ces connaissances homogénéisées et améliorer la prise en charge des personnes âgées concernées ;
- de faire des propositions de recommandations de consommation et de prise en charge chez les personnes âgées. ■

Groupe de travail de la SFA et de la SFGG
Recommandations "personnes âgées et consommation d'alcool".
Introduction

Alcoologie et Addictologie 2014 ; 36 (3) : 225-231

Références bibliographiques

- 1 - Société Française d'Alcoologie. Les conduites d'alcoolisation. Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? Recommandations pour la pratique clinique. *Alcoologie et Addictologie*. 2001 ; 23 (Suppl. 4) : 15-75S.
- 2 - Heckhausen J, Lang F. Social construction and old age: normative conceptions and interpersonal process. In : Semin GR, Fiedler K, editors. *Applied social psychology*. London : Sage Publications Inc. ; 1996.
- 3 - Coudin G, Paicheler G. Santé et vieillissement : approche psychosociale. Paris : Armand Colin ; 2002.
- 4 - Lalive d'Épinay C, Bickel JF et al. Vieillesse au fil du temps. 1979-1994 : une révolution tranquille. Lausanne : Réalités sociales ; 2000.
- 5 - Lalive d'Épinay C, Pin S et al. Présentation de Swilso-o, une étude longitudinale suisse sur le grand âge : la dynamique de la santé fonctionnelle en exemple. *Année gérontologique*. 2001 ; 15 : 78-96.
- 6 - Pin S. La santé fonctionnelle dans la grande vieillesse. La construction d'un indicateur et son utilité. Lausanne : Université de Lausanne, Institut d'économie et management de la santé ; 2001.
- 7 - Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Baromètre santé 2005. Saint-Denis : Inpes ; 2005 (<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/06/dp060309.pdf>).
- 8 - Johnson I. Alcohol problems in old age: a review of recent epidemiological research. *Int J Geriatric Psychiatry*. 2000 ; 15 : 575-81.
- 9 - Jaulin P. Conduites addictives du sujet âgé : masque d'une dépression ou issue psychopathologique spécifique. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie*. 2008 ; 8 : 3-8.
- 10 - American Geriatrics Society. Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults. New York : AGS ; 2003 (<http://www.american geriatics.org/products/positionpapers/alcoholPF.shtml>).
- 11 - Lang I, Guralnik J, Wallace RB, Melzer D. What level of alcohol consumption is hazardous for older people: functioning and mortality in US and English national cohorts. *J Am Geriatr Soc*. 2006 ; 55 : 49-57.