

## Personnes âgées et consommation d'alcool – Question 1

# Comment définir la population des personnes âgées ?

Comme nous l'avons vu en introduction, la population âgée n'est pas homogène. Ce chapitre s'attache à décrire cette population à partir des critères qui ont semblé les plus pertinents pour le thème abordé, tels que le niveau d'éducation, le mode de vie (isolement ou non).

## Quelles sont les caractéristiques (socio-démographiques, lieux de vie, conditions de vie, état de santé...) de cette population ? Comment évoluent ces caractéristiques ?

Les données présentées ci-dessous sont extraites des informations obtenues lors des derniers recensements de la population française (Insee).

Au 1<sup>er</sup> janvier 2011, la population française dépasse pour la première fois les 65 millions d'habitants, dont presque un quart est âgé de moins de 20 ans. Par rapport à 2001, le nombre de personnes de 20 à 59 ans a augmenté de 3,6 %, tandis que celui des 60 ans ou plus a crû de 20,7 %. Les personnes de 65 ans et plus représentent le sixième de la population, proportion comparable à la moyenne européenne. En 2010, 15 000 centenaires vivaient en France métropolitaine, 13 fois plus qu'en 1970. Neuf centenaires sur dix sont des femmes (tableau I). L'espérance de vie à la naissance, en France, a dépassé en 2011 l'âge de 80 ans pour les deux sexes confondus (figure 1).

Mais, dans la population âgée, la qualité de vie prend rapidement plus d'importance que le nombre d'années à vivre, et d'autres indicateurs sont donc importants à prendre en considération. Ainsi, l'espérance de vie en bonne

santé (à la naissance), ou années de vie en bonne santé (AVBS), représente le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre en bonne santé (à la naissance). Cet indicateur répond à un enjeu de bien-être et mesure les résultats globaux de la politique de santé. Une bonne santé est définie par l'absence de limitations d'activités (dans les gestes de la vie quotidienne) et l'absence d'incapacités. L'AVBS est un indicateur d'espérance de santé qui combine des informations sur la mortalité et la morbidité. Les informations utilisées pour son calcul sont des mesures de prévalence (proportions) de la population d'un âge spécifique étant dans des conditions de bonne ou mauvaise santé et des informations de mortalité par âge. Il est aussi appelé espérance de vie sans incapacité (EVSI). En France, en 2008, l'espérance de vie en bonne santé, à la naissance, c'est-à-dire sans limitations d'activités était estimée à 64,2 ans pour les femmes et à 63,1 ans pour les hommes.

Tableau I : Population par sexe et âge en 2010 (Insee)

Âge	Femmes	Hommes	Ensemble
Moins de 15 ans	17,4 %	19,4 %	18,3 %
15-19 ans	5,7 %	6,3 %	6,0 %
20-24 ans	6,1 %	6,6 %	6,3 %
25-29 ans	6,1 %	6,4 %	6,2 %
30-34 ans	6,0 %	6,3 %	6,2 %
35-39 ans	6,6 %	6,9 %	6,7 %
40-44 ans	6,7 %	7,0 %	6,9 %
45-49 ans	6,8 %	7,0 %	6,9 %
50-54 ans	6,6 %	6,7 %	6,7 %
55-59 ans	6,4 %	6,5 %	6,4 %
60-64 ans	6,4 %	6,4 %	6,4 %
65-69 ans	4,2 %	4,1 %	4,2 %
70-74 ans	4,0 %	3,5 %	3,8 %
75 ans ou plus	11,0 %	6,9 %	9,0 %
Ensemble	100,0 %	100,0 %	100,0 %

## Niveaux d'éducation

En 1982, deux tiers des personnes de 75 ans ou plus n'avaient aucun diplôme et près d'un quart que le seul certificat d'études. En 1999, il n'en était plus de même : la proportion des non-diplômés a été divisée par deux et celle des diplômés du supérieur a triplé, tandis que celle de titulaires du seul certificat d'étude primaire (CEP) dépassait 40 %. En 2009 (tableau II), près de 14 % des plus de 65 ans sont titulaires d'un CAP ou BEP et 9 % ont suivi un cursus d'études supérieures. Néanmoins, le niveau d'éducation reste globalement plus faible que les tranches d'âge plus jeunes.

## Mode de vie

Début 2004, parmi les femmes de 65 ans ou plus, ce sont les veuves qui dominent : 46 % d'entre elles le sont, tandis que 42 % sont mariées, selon l'état matrimonial légal. Les proportions sont tout autres pour les hommes : 75 % de mariés et seulement 12 % de veufs. Cet écart très important résulte de la plus forte mortalité des hommes, ainsi

que de l'écart d'âge moyen entre conjoints (tableau III). Si la population vieillit, la part des veufs et des veuves âgés n'augmente pas, au contraire. En fait, la baisse de la mortalité tend à retarder le veuvage. La proportion de personnes vivant seules a augmenté. Elles sont près de neuf millions à vivre seules en 2007, soit un ménage sur trois. Si 28 % des personnes de 65 à 79 ans vivent seules, elles sont la moitié dans ce cas au-delà de 80 ans.

La majorité de la population de 65 ans et plus (75 %) est urbaine. Elle vit très majoritairement à domicile (80 % des plus de 80 ans). À noter que 1 % des 60-70 ans et 2,5 % des 70-80 ans vivent en institution (source Insee).

## Consommation de soins

En 2008, 86 % de la population en France déclaraient avoir consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois. Le taux de recours au médecin généraliste est plus élevé chez les femmes (89 %) que chez les hommes (82 %). Le recours au médecin généraliste augmente avec l'âge, bien que ce phénomène soit moins marqué en

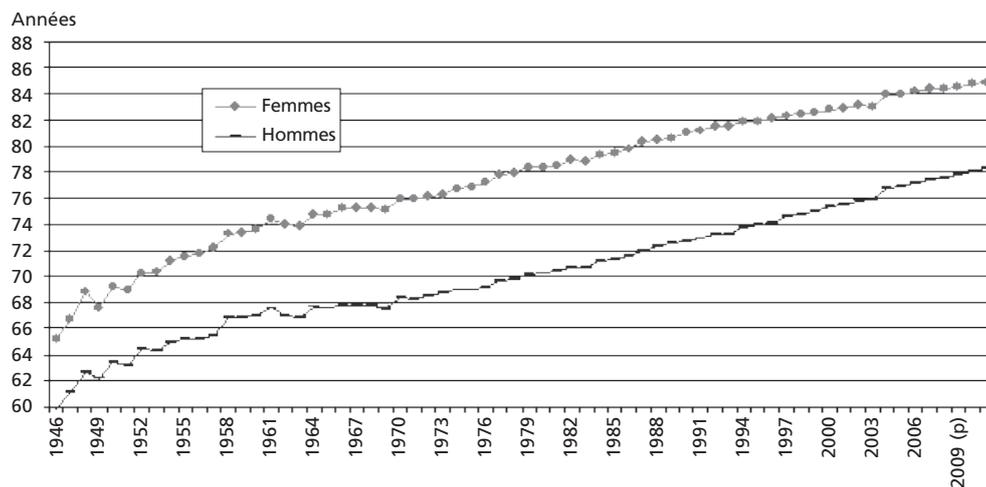


Figure 1. – Évolution de l'espérance de vie en France métropolitaine (Insee, 2010).

Tableau II : Niveau de formation général de la population en 2009 (Insee, enquêtes Emploi, 2009, mise à jour juillet 2010)

Formation	15 à 19 ans	20 à 24 ans	25 à 49 ans	50 à 64 ans	65 ans ou plus	Ensemble
Aucun diplôme, CEP	3,3 %	8,4 %	15,0 %	33,4 %	61,4 %	27,4 %
Brevet des collèges	1,7 %	5,7 %	6,7 %	9,0 %	7,3 %	7,0 %
CAP, BEP	2,3 %	14,6 %	24,3 %	26,2 %	13,7 %	20,3 %
Bac, brevet professionnel ou équivalent	0,8 %	15,5 %	18,9 %	12,7 %	8,6 %	13,8 %
Supérieur court	0,0 %	7,0 %	15,7 %	8,3 %	3,3 %	9,6 %
Supérieur long	0,0 %	3,8 %	18,1 %	10,4 %	5,7 %	11,3 %
En cours d'études initiales	91,9 %	44,8 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %	10,6 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Finlande et au Danemark. En France, 96 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont déclaré avoir consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois en 2008 contre 81 % des 16-39 ans (1). La part des personnes âgées dans les dépenses de soin est liée logiquement à l'accroissement de la consommation (figures 2 et 3).

Pour ce qui est du recours aux hospitalisations, en 2001, les personnes âgées ont effectué 32,5 % de l'ensemble des séjours dans les unités de soins de courte durée des établissements hospitaliers publics et privés, alors qu'elles ne représentent que 16 % de la population. C'est aux âges avancés que les taux d'hospitalisation sont les plus élevés : 438 pour 1 000 chez les 65-74 ans, 578 chez les 75-84 ans, 616 au-delà.

**Tableau III : Personnes vivant seules dans leur logement selon l'âge** (Insee, RP1999 et RP2007, exploitations principales)

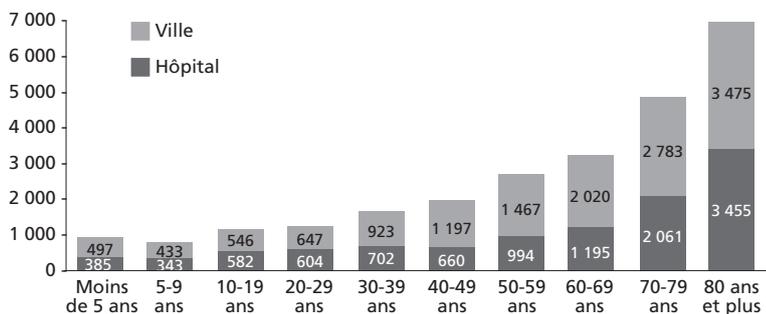
Âge	1999 (données révisées)	2007
Parmi les 15 à 19 ans	3,6 %	4,3 %
Parmi les 20 à 24 ans	16,7 %	18,2 %
Parmi les 25 à 39 ans	12,9 %	14,4 %
Parmi les 40 à 54 ans	10,6 %	12,6 %
Parmi les 55 à 64 ans	15,7 %	18,0 %
Parmi les 65 à 79 ans	27,9 %	27,6 %
Parmi les 80 ans ou plus	50,7 %	49,3 %

Par ailleurs, la durée moyenne des hospitalisations d'au moins 24 heures augmente avec l'âge. À partir de 65 ans, les patients souffrent souvent de polyopathologies et les hospitalisations sont fréquemment motivées par des maladies chroniques comme les tumeurs malignes, les maladies cardiaques ou les affections respiratoires. La fracture du col du fémur est également à l'origine de nombreuses hospitalisations.

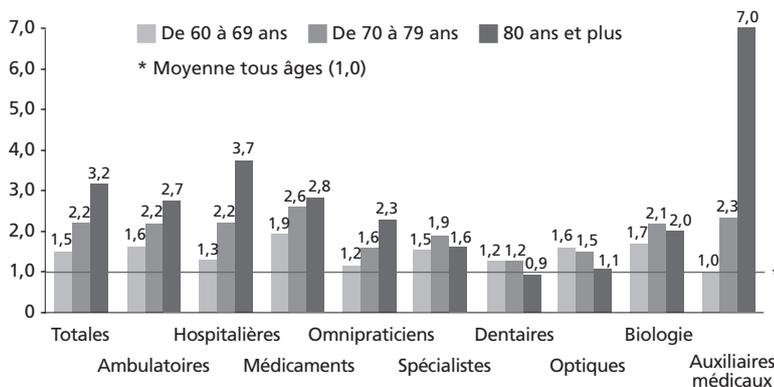
Le recours aux services d'urgence est fréquent (figure 4). En effet, si les enfants de moins d'un an ont le taux de recours aux urgences le plus élevé (près d'un sur deux), les personnes âgées de 80 ans ou plus viennent en second avec 38 %. Plus souvent que les plus jeunes, les patients âgés de plus de 70 ans sont adressés aux urgences par un médecin. Ce passage débouche plus d'une fois sur deux sur une hospitalisation.

## Quelle est la consommation d'alcool de la population des personnes âgées ?

Parallèlement au vieillissement de ces tranches d'âges, les consommations moyennes d'alcool par adulte de plus de 15 ans n'ont cessé de diminuer depuis le milieu des années 1960. Selon les enquêtes françaises en population



**Figure 2.** – Les dépenses de soins (en euros) selon l'âge en 2004 (Epas, Drees. Raynaud D. La consommation de soins des personnes âgées. ADSP. 2006 ; 56).



**Figure 3.** – Indices de dépenses de soins selon l'âge (Epas, Drees. Raynaud D. La consommation de soins des personnes âgées. ADSP. 2006 ; 56).

Lecture : les dépenses de médicaments des personnes âgées de 60 à 69 ans sont 1,9 fois plus élevées que la moyenne.

générale, l'usage régulier (notamment quotidien) d'alcool augmente avec l'âge entre 15 et 75 ans. Pour des raisons générationnelles, c'est l'usage de vin dans un mode de consommation régulier pendant les repas qui reste prédominant dans les tranches d'âge les plus élevées (figure 5).

Si l'ivresse n'est, jusqu'à présent, pas classique dans ces tranches d'âge, des études nord-américaines récentes laissent penser que les comportements d'alcoolisation massive, dits *binge drinking* et médiatisés actuellement comme un comportement à haut risque chez les plus jeunes, ne devraient pas être sous-estimés. Dans l'étude de Blazer (2) réalisée auprès de plus de 4 000 sujets âgés de 65 ans et plus, 14 % d'hommes et 3 % de femmes rapportent au moins un épisode de *binge* dans le dernier mois. Cette évolution reste à documenter en France.

Il reste qu'au-delà de 75 ans, il existe peu d'études épidémiologiques fiables en France. Notons toutefois que le Baromètre santé de l'Inpes 2010 (dont les premiers résultats sont disponibles) interroge également les 76-85 ans, ce qui permettra d'étudier une éventuelle inflexion, au-delà de 75 ans, de la hausse des usages réguliers d'alcool avec l'âge.

En 2010, on comptait environ 3,8 millions de consommateurs à risque (dépendants ou non) de 18 à 75 ans au sens du test AUDIT-C. Cette consommation à risque croît considérablement avec l'âge et concerne principalement les hommes (3,2 millions vs 0,6 million pour les femmes), niveaux probablement sous-évalués car les populations les plus précaires ne sont pas interrogées dans les enquêtes en population générale (3). Le risque chronique ou de dépendance, presque exclusivement masculin, est le plus élevé parmi les 20-25 ans, mais, à la différence du risque

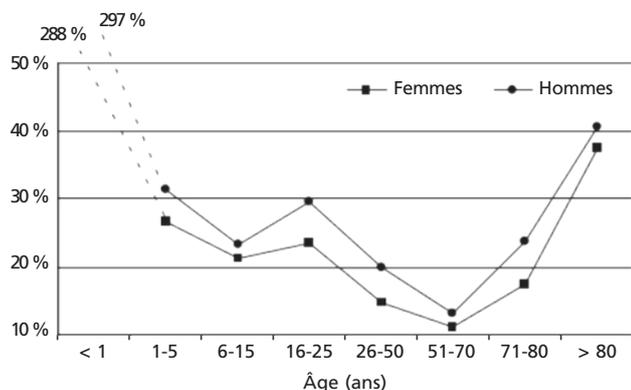


Figure 4. – Taux de recours aux urgences selon l'âge et le sexe (Dress. Enquête "usagers des services d'urgence", 2002).

ponctuel, concerne également les plus âgés. En effet, si 11 % des 35-44 ans sont concernés par ce risque, ils sont 19 % parmi les 65-74 ans et 15 % parmi les 75-85 ans (4) (figure 6). Ces résultats rejoignent certaines études anglo-saxonnes qui retiennent le maintien avec l'âge des modalités et des niveaux de consommation d'alcool (5, 6).

Les données disponibles à ce jour, même si elles sont sporadiques, constituent quelques repères utiles. À domicile, la prévalence des problèmes d'alcool a été mesurée entre 1 % et 22 % (7, 8). À l'hôpital on ne dispose pas de chiffres récents émanant d'études à grande échelle et pas seulement sur un seul service. Aux États-Unis, ces chiffres se situent entre 15 % et 24 %, bien supérieurs aux prévalences en population générale (9). Dans une étude française, une hospitalisation motivée par des troubles liés à l'alcool concernait 37 % des malades entre 35 et 55 ans, 11 % après 65 ans et seulement 6 % après 75 ans (10). Dans les hôpitaux français, 6 à 9 % des aînés sont identifiés comme alcoolo-dépendants, et ce taux peut aller jusqu'à 14 % en services d'urgence (11).

En établissements d'hébergement (ex-maisons de retraite, actuels Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : EHPAD), les chiffres varient encore plus entre des valeurs extrêmes : de 0 à 70 % selon les études, avec une concentration des données entre 20 à 40 % (12-14). Cette grande variabilité dénote bien l'absence d'études fiables et l'inconnu qui demeure autour de cette question. D'autant qu'à ce jour, deux tiers à trois quarts des résidents d'EHPAD présentent des troubles cognitifs significatifs, ce qui rend des plus incertain le repérage déclaratif d'un mésusage d'alcool (qui est cependant l'un des meilleurs moyen d'évaluation).

Dans l'avenir, il faut aussi retenir qu'une augmentation du nombre absolu de personnes âgées en difficulté avec l'alcool est attendue dans la première moitié du 21<sup>ème</sup>

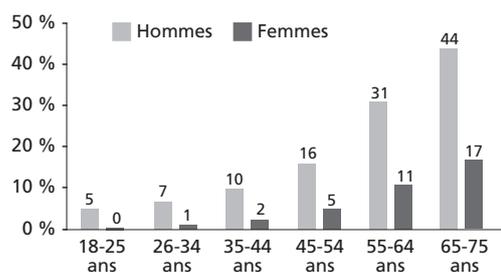


Figure 5. – Usage quotidien d'alcool au cours de l'année 2010, selon le sexe et l'âge (Inpes. Baromètre santé 2010).

siècle (15). Une large part de sujets âgés en difficulté avec l'alcool pourrait ne pas être identifiée.

## Le poids des représentations sociales

Le faible intérêt pour la question de l'alcoolodépendance durant la vieillesse doit être rapporté aux normes et représentations sociales qui concernent autant le produit lui-même que le vieillissement et le rôle de la prévention durant la vieillesse.

### **"Le vieux est toujours un autre" ou la mise à distance de la vieillesse**

Dans la population générale, bon nombre d'études ont montré que les stéréotypes négatifs dominent les perceptions du grand âge. Les principaux sont : la maladie, le handicap, le déclin mental, la sénilité, la démence, la solitude, la dépression (16, 17). On constate ainsi une tendance à assimiler vieillesse et maladie, les plus âgés étant considérés comme les plus malheureux de tous les groupes d'âge et évalués de façon moins favorable que les adultes plus jeunes sur différentes dimensions, telles que la compétence, l'indépendance, le bien-être physique et mental (16).

Une étude réalisée par la Fondation nationale de gérontologie (FNG) auprès de 430 jeunes de dix à 13 ans (1996) illustre ainsi les images associées à la vieillesse et au fait de vieillir. Interrogés sur leurs perceptions de "grandir" et de "vieillir", les jeunes insistent sur l'évolution psychique quand il s'agit de définir "grandir", alors que "vieillir" se

définit surtout au niveau de l'évolution du corps dans son aspect déclinant. Si 77 % des jeunes estiment qu'il n'y a aucun âge limite pour aimer, ils sont par contre peu nombreux à penser que l'on peut pratiquer des activités physiques ou intellectuelles toute sa vie. Dans la population âgée, on retrouve la même vision associant vieillesse et maladie : pour beaucoup de personnes âgées, "vieux" n'est pas un terme chronologique, mais un synonyme de mauvaise santé. Le vieil âge représente le déclin de la force et la baisse de la résistance à la maladie (16, 17).

Les politiques de formation, de santé publique et les théories en gérontologie et en gériatrie confortent également cette représentation de la vieillesse en termes uniquement négatifs. La gériatrie a contribué à représenter la vieillesse sous son aspect dégénératif en focalisant la formation et les actes sur les pathologies liées l'âge et en présentant les personnes âgées comme un groupe indifférencié défini par un ensemble de besoins médicaux, financiers et sociaux. Les théories du vieillissement réussi ou les développements autour du "bien vieillir", en distinguant deux ou trois types de vieillards ou de trajectoires de vieillissement, tendent à légitimer – derrière la distinction entre un vieillissement noble, juste, normal et un vieillissement "pathologique", dépendant – l'importance accordée dans nos sociétés à l'autonomie et à l'individualisme.

Toutefois, il convient d'analyser avec attention les contours de cette représentation négative qui ne constitue qu'une face de la perception de la vieillesse et du vieillissement. Ainsi que le montre Hummel (1995), deux pôles imaginaires émergent quand on cerne la représentation de la vieillesse, qui se font écho à travers l'histoire et que l'on retrouve encore de nos jours : à côté de la vieillesse

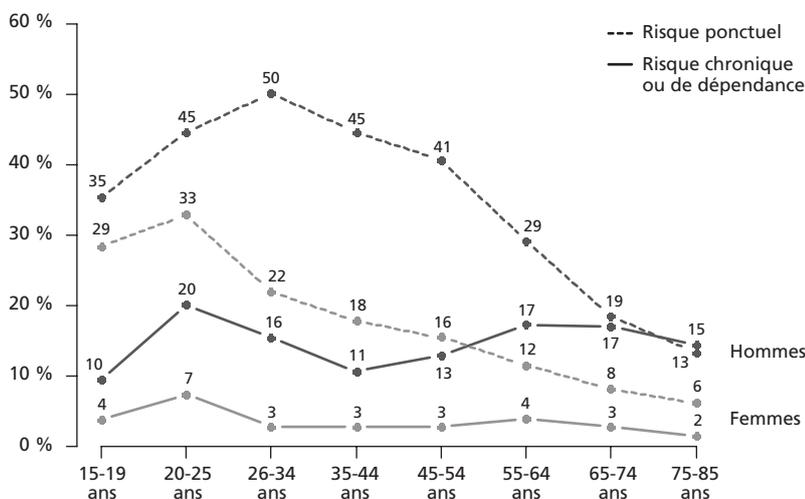


Figure 6. – Usages d'alcool à risque selon l'âge.

“ingrate”, symbolisée par le vieillard grabataire et dément, alité dans une institution aux allures de mouiroir, fleurissent également des images de personnes actives, entourées de leurs enfants ou petits-enfants, menant de front plusieurs activités rémunérées ou bénévoles, cible privilégiée de nouveaux marchés, autrement dit d’une vieillesse “heureuse”. Le découpage élaboré dans les années 1980 entre “3<sup>ème</sup>” et “4<sup>ème</sup>” âges reprenait ces deux images et tend à être remplacé par les catégories “autonomes”, “fragiles” et “dépendants” (18).

### ***Leur dernier plaisir ou le refus d’intervenir, la place de la prévention durant la vieillesse***

Butler (1969) définit l’âgisme comme l’ensemble des stéréotypes négatifs entraînant une discrimination par l’âge. Les représentations sociales de la vieillesse modèlent les attitudes des soignants, aidants familiaux, professionnels de santé ou professionnels médico-sociaux, à l’égard de personnes âgées. Certains travaux ont montré par exemple que les médecins généralistes n’adoptaient pas le même comportement face à des personnes âgées ou face à des patients plus jeunes (19, 20), ces différences pouvant aller jusqu’à proposer un traitement différent selon l’âge ou à refuser certaines thérapies. L’âgisme est par ailleurs l’un des facteurs supposés de la maltraitance, qu’elle prenne place dans le milieu familial ou en établissement de soins.

Ainsi, même si socialement l’idée de stratégies pour “bien vieillir” est de plus en plus admise, elle se heurte encore, selon les thématiques, à certaines résistances tant des personnes âgées que des professionnels relais. Ces résistances sont liées à la perception que la société a de la vieillesse et à l’efficacité perçue de la prévention (coût/bénéfices) à un âge avancé. “À quoi bon faire de la prévention après 65 ou 75 ans ? Pourquoi ne les laisse-t-on pas en paix ?” sont des réflexions assez couramment entendues lorsque l’on présente un programme de prévention concernant spécifiquement les seniors ou les personnes âgées. Ces idées sous-jacentes, parfois véhiculées par les professionnels de santé eux-mêmes (par malaise, par méconnaissance, voire au nom de principes éthiques d’autonomie et de liberté de choix), peuvent toutefois bloquer le dialogue avec la personne âgée sur des sujets qui sont supposés “intrusifs” (parler d’alimentation ou de tabac ou d’alcool ou d’aménagement du logement) ; l’entourage s’interdit de parler de ces questions avec son proche ou son parent, ne dispose pas de relais ou de soutien quand la conversation se passe mal, ou adopte à l’inverse une attitude directive et punitive qui est rejetée par la personne concernée (21).

Même s’il semble nécessaire de s’interroger sur les objectifs que l’on poursuit quand on développe des actions de prévention et à l’adéquation de ces actions aux besoins des personnes concernées, l’idée d’une prévention inutile ou de sujets tabous semble cependant devoir être combattue avec force. À 55 ans, les personnes disposent encore de plusieurs années de vie devant soi, à condition qu’elles aient les moyens physiques, psychiques, sociaux et financiers de les investir. Une très large majorité de recherches montrent que des actions de prévention, y compris à un âge avancé (> 75 ans), sont suivies de bénéfices sur la santé et la qualité de vie des personnes : réduction de la survenue de maladies chroniques, amélioration du pronostic en cas de maladies chroniques et réduction des incapacités associées, réduction de la perte d’autonomie etc.

Enfin, si certaines personnes peuvent en effet percevoir l’intrusion d’autrui dans ses habitudes comme une agression et se fermer au dialogue, combien de personnes souffrent par ailleurs de leur situation sans oser en parler, sans savoir comment et à qui en parler ? Un médecin travaillant dans un service gériatrique et proposant des prises en charge adaptées aux personnes souffrant d’un problème lié à l’alcool soulignait récemment la souffrance liée au silence et à la non-reconnaissance de l’alcoolisation des personnes âgées (21, 22). Il insistait notamment sur le fait que les problèmes liés à l’alcool passaient souvent inaperçus au domicile, parce que les personnes y étaient plus isolées, parce que l’entourage n’était en apparence pas sensible aux dommages causés par une consommation excessive ou une alcoolodépendance ou s’en alarmait moins facilement que pour des plus jeunes où la pression sociale joue favorablement (milieu professionnel, cellule familiale...). Il rappelait enfin que bon nombre de facteurs favorisant l’alcoolisation étaient jugés comme “normaux” par l’entourage, y compris professionnel, comme étant dus à l’âge et ne pouvant faire l’objet d’une action : la dépression par exemple, l’insomnie ou l’anxiété, certains troubles cognitifs... ■

Groupe de travail de la SFA et de la SFGG  
Recommandations "personnes âgées et consommation d'alcool".  
Question 1 – Comment définir la population des personnes âgées ?  
*Alcoologie et Addictologie* 2014 ; 36 (3) : 232-238

## Références bibliographiques

- 1 - Haut Conseil de la Santé Publique. La santé en France et en Europe : convergences et contrastes. Rapport. Paris : HCSP ; 2012 ([http://www.hcsp.fr/docs/pdf/avisrapports/hcspr20120301\\_santeFranceEurope.pdf](http://www.hcsp.fr/docs/pdf/avisrapports/hcspr20120301_santeFranceEurope.pdf)).
- 2 - Blazer DG, Wu L. The epidemiology of at-risk and binge drinking among middle-aged and elderly community adults: national survey on drug use and health. *Am J Psychiatry*. 2009 ; 166 : 1162-9.
- 3 - Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues chiffres-clés 2012. Saint-Denis : OFDT ; 2012 (<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/dce/dcc12.html>).
- 4 - Beck F, Richard JB. Épidémiologie de l'alcoolisation en France. *EMC Endocrinologie-Nutrition*. 2013 ; 10 (1) : 1-9 (Article 10-384-B-10).
- 5 - Klein WC, Jess C. One last pleasure? Alcohol use among elderly people in nursing homes. *Health Social Work*. 2002 ; 27 (3) : 193-203.
- 6 - Pierucci-Lagha A. Alcool et vieillissement. *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 2003 ; 1 (3) : 197-205.
- 7 - Johnson I. Alcohol problems in old age: a review of recent epidemiological research. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2000 ; 15 : 575-81.
- 8 - Sorocco KH, Ferrell SW. Alcohol use among older adults. *Journal of the General Psychology*. 2006 ; 133 (4) : 453-67.
- 9 - Clément JP, Bourlot B. Alcoolisme et conduites addictives du sujet âgé. In : Léger JM, Clément JP, Wertheimer J. Psychiatrie du sujet âgé : Paris : Flammarion ; 1999. p. 257-70.
- 10 - Reynaud M. Données issues du milieu hospitalier. In : Expertise collective Inserm. Alcool. Dommages sociaux, abus, dépendance. Paris : Inserm ; 2003. p. 531-6.
- 11 - Onen SH, Onen F, Mangeon JP, Abifi H, Courpron P, Schmidt J. Alcohol abuse and dependence in elderly emergency department patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2005 ; 41 : 191-200.
- 12 - Chambonnet JY, Vallier S. Risque alcool chez les personnes de plus de 75 ans en Loire-Atlantique. *Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie*. 2006 ; 13 (121) : 10-7.
- 13 - Menecier P, Prieur V, Arèzes C, Menecier L, Rotheval L. Alcool et sujet âgé en institution. *Gérontologie et Société*. 2003 ; 105 : 133-49.
- 14 - Vigne C. La dépendance alcoolique en gériatrie. *Gérontologie et Société*. 2003 ; 105 : 101-8.
- 15 - Sorocco KH, Ferrell SW. Alcohol use among older adults. *Journal of the General Psychology*. 2006 ; 133 (4) : 453-67.
- 16 - Coudin G, Paicheler G. Santé et vieillissement : approche psychosociale. Paris : Armand Colin ; 2002.
- 17 - Bourdessol H, Pin S. Référentiel de bonnes pratiques : prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Saint-Denis : Inpes ; 2005.
- 18 - Lalive d'Épinay C, Spini D. Les années fragiles : la vie au-delà de quatre-vingts ans. Laval : PUL ; 2007.
- 19 - Maly RC, Leake B et al. Breast cancer treatment in older women : impact of the patient-physician interaction. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004 ; 52 : 1138-45.
- 20 - Feldt KS. The complexity of managing pain for frail elders. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004 ; 52 (5) : 840-1.
- 21 - Menecier P. Prévenir l'alcoolisme du sujet âgé. *Soins Gérontologiques*. 2006 ; 62 : 12-4.
- 22 - Menecier P. Boire et vieillir : comprendre et aider les aînés en difficulté avec l'alcool. Paris : Érès ; 2010.