HAL open science

Droit ou risque à boire de l'alcool quand on est vieux

Pascal Menecier

▶ To cite this version:

Pascal Menecier. Droit ou risque à boire de l'alcool quand on est vieux. NPG: Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 2020, 20 (117), pp.173-177. 10.1016/j.npg.2020.03.007 . hal-02635941

HAL Id: hal-02635941

https://hal.science/hal-02635941v1

Submitted on 22 Aug 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Version of Record: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1627483020300581
Manuscript_b2ccccc928f5b9658ba2bb3561c2b8f8

DROIT OU RISQUE A BOIRE DE L'ALCOOL QUAND ON EST VIEUX

COMMENT CONCILIER AUTONOMIE ET REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES DE L'ALCOOL

RIGHT OR RISK : DRINKING ALCOHOL WHEN YOU'RE OLD

HOW TO RECONCILE AUTONOMY, ALCOHOL RISK AND HARM REDUCTION

Pascal Menecier,

Praticien Hospitalier, Unité d'Addictologie et Consultation Mémoire,
CH les Chanaux, Bd Louis Escande, 71018 Mâcon cedex
& Docteur en psychologie, Université Lyon 2, Équipe de recherche DIPHE
pamenecier@ch-macon.fr

© 2020 published by Elsevier. This manuscript is made available under the CC BY NC user license
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

Résumé
Vieillir ne prémunit ni des effets ni des dommages de l'alcool. Les risques associés à sa consommation demeurent, avec des seuils de dangerosité abaissés, qui ne sont que rarement considérés chez les aînés, comme s'il était trop tard pour cela.
La gérontologie aborde au quotidien de multiples risques pour la personne âgée, dans des approches d'évaluation, de minimisation ou de contrôle et une quête de sécurité tendant parfois vers des approches sécuritaires.
Au croisement de la vieillesse et des consommations d'alcool, concilier libre arbitre, capacité de choix, autonomie et réduction du risque alcool dans des objectifs de réductions des dommages encourus peut sembler paradoxal, sauf à privilégier et éclairer les choix de l'aîné dans ses orientations de vie et ses décisions pour lui-même.

Mots-Clés : Alcool ; sujet âgé ; autonomie ; risque ; réduction des risques et des dommages

Summary
Ageing does not protect from the effects or harms of alcohol. The risks associated with its consumption remain, with lowered danger thresholds, which are rarely considered among elderly people, as if it were too late for this.
Gerontology addresses several risks for elderly people on a daily basis, by way of assessment, minimization or control approaches, and a quest for safety, sometimes tending towards security approaches.
At the crossroads of old age and alcohol consumption, reconciling free will, ability to choose, autonomy and reduction of alcohol risk in the perspective of harm reduction may seem to be paradoxical, except to favour and enlighten the choices made by elderly people in their life orientations and decisions for themselves

Keywords: Alcohol; elderly; autonomy; risk; harm and risk reduction.

Aborder la notion de risque entre vieillesse et consommation d'alcool amène à considérer un paradoxe fréquent en gérontologie : protéger les personnes âgées tout en préservant leur autonomie. C'est d'une part favoriser l'objectif de développer des soins auprès d'aînés supposés fragiles, rendus vulnérables par diverses maladies, sans les assigner à une place contrainte et normative dans la société, source de discrimination [1], qui peut à l'excès amener à choisir à leur place ce qui leur serait préférable d'une part. C'est aussi et simultanément vouloir maintenir un légitime droit au choix, à décider pour soi-même y compris avec prise de risque dans la vie quotidienne [2], ni plus ni moins que tout adulte, que chaque aîné demeure.

En France, la consommation d'alcool est fréquente, à tous les âges mêmes avancés, même si les modes de boire varient selon les âges et les époques [3]. Dans le même temps, de multiples facteurs s'accumulent pour que de faibles quantités d'alcool puissent avoir des conséquences marquées dans la vieillesse. Ce sont des facteurs physiologiques (associés à une diminution de la masse maigre et des volumes de diffusion de l'éthanol associés à une diminution du catabolisme), et pathologiques (avec de fréquences pathologies majorant les effets psychoactifs de l'alcool, tout comme la polymédication induite peut le renforcer) [3]. En d'autres termes, le seuil de consommation d'alcool à risque se réduit après 65 ans entre un et deux verres standards quotidiens et encore moins en cas de polypathologie, de polymédication ou après 85 ans [4].

L'avancée en âge ne fait disparaître aucun des risques associés à la consommation d'alcool, inversement elle les renforce. Pour autant le choix de consommer, ne pas consommer ou de surconsommer de l'alcool, reste du domaine du libre arbitre dans l'orientation donnée (et pas forcément la réalisation en cas de trouble de l'usage d'alcool avec dépendance). Ce choix, contraint en cas de conduite addictive,

appartient donc toujours aux ressources de la personne, de son autonomie décisionnelle pour solliciter ou non une aide afin de modifier ses consommations d'alcool [3].

Alors qu'en alcoologie se développent des stratégies de réduction des risques et des dommages (RdRD), issues de pratiques antérieures en toxicomanie [5], la gérontologie développe inversement un droit au risque pour les aînés [2] en contrepoint d'approches morales, hygiénistes, sanitaires ou sécuritaires aliénant leur libre arbitre. Entre ces deux registres, comment trouver un espace pour penser la place que l'usage (et le mésusage d'alcool) peut prendre chez les aînés, tout en en limitant les inconvénients et les dommages, sans intrusion ni négligence, sans activisme ni démission, dans l'intérêt de la personne et au profit de sa qualité de vie, prioritaire à tout âge ?

Usage et mésusage d'alcool du sujet âgé

Les consommations moyennes d'alcool par habitant ne font que décliner en France depuis plus de 50 ans, inférieures à moins de moitié de ce qu'elles étaient alors (passant de 26 litres annuels d'équivalent alcool pur pour les plus de 15 ans en 1960 à 11,5 litres en 2018), dans une tendance qui se maintient au XXIème siècle [6]. La plupart des études s'arrêtant à 75 ans, il n'existe pas d'épidémiologie descriptive précise pour les aînés, mais la tendance semble la même, avec inversement en France, des modes de boire plus réguliers (augmentation constante avec l'âge de la proportion de buveurs quotidiens d'alcool), de boissons plus traditionnelles (vins, bières) [4].

Dans le même temps, la proportion des aînés qui ne consomment pas d'alcool ne fait que croître, allant jusqu'à dépasser la moitié des hommes et surtout des femmes [3]. Ceux qui consomment de l'alcool voient se développer une vulnérabilité physiologique accrue aux effets et aux dommages du produit, avec majoration des niveaux d'alcoolémie et des effets psychoactifs pour une consommation donnée, qui se renforce encore lors de toute pathologie neurologique, psychiatrique ou cognitive ou par la prise de médicaments directement ou indirectement psychoactifs [3,4]. Cet ensemble sous-tend l'abaissement des seuils de consommations à risque avec l'âge [4].

Au-delà de l'usage, les troubles de l'usage d'alcool (TUAL) de sujets âgés ne disparaissent pas avec la vieillesse, gardant une prévalence globale qui décline peu après 65 ans, globalement autour de 10 %, plus élevée à l'hôpital (aux urgences) ou en Ehapd [4]. Ils sont souvent méconnus jusqu'à la survenue de complications (essentiellement des chutes, malaises ou confusions lors d'intoxications éthyliques aiguës ou de sevrages alcooliques), surtout chez les femmes, alors que la sex-ratio du TUAL de sujets âgés tend vers un, annulant la prédominance masculine constatée à de plus jeunes âges. Classiquement séparés en deux formes, dites à début précoce (avant la vieillesse et persistant pour ceux qui n'en seront pas prématurément décédés) ou à début tardif (débutant après 65 ans, ce que rien n'exclut et représente jusqu'au tiers des situations), ce modèle souligne surtout la possibilité de TUAL de sujets âgés chez des personnes qui n'en présentent ni l'apparence, ni le caractère massif des quantités bues.

C'est dans ce registre que se retrouve la question de la méconnaissance du mésusage d'alcool de sujets âgés, peu reconnus ou mal abordés, entre besoin de meilleurs outils de repérage (précoce) ou prise en compte des difficultés soignantes à considérer cette

question, souvent rationalisée et expliquée par un manque de temps et de connaissances pour mieux faire [7,8]. Alors que le DSM5 (comme ses précédentes versions), semble perdre de sa validité avec l'âge, sans meilleurs critères gérontologiques pour identifier les TUAL de sujets âgés, il convient de prendre le temps nécessaire et les précautions, pour ne pas confondre usage et mésusage d'alcool. Ensuite, en cas de mésusage ne pas tout imputer à une addiction quand des pertes de l'autocontrôle (lors de syndromes frontaux) peuvent en prendre l'apparence, ou quand des circonstances spécifiques ne font pas le TUAL de sujets âgés, par exemple lors de circonstances récentes de deuil ou lors de crise suicidaire [3].

Lors de mésusage d'alcool par des sujets âgés, l'approche de soin doit déconstruire toutes les réputations erronées d'impossibilité de changer des comportements dans la vieillesse, alors qu'inversement les TUAL de sujets âgés gardent un pronostic de soin aussi bon voire meilleur que chez les plus jeunes. Pour cela, distinguer des objectifs de soins et des objectifs de consommations permet de resituer les modalités de consommations d'alcool comme des conditions pour améliorer sa santé, mais pas comme de seuls critères d'évaluation ou objectifs de soins. Ne plus boire ou moins boire d'alcool ne sont pas les perspectives du soin alcoologique (en gérontologie), mais des moyens pour améliorer la qualité de vie, la santé des aînés.

Risque alcool selon les âges

La notion de risque peut être définie comme la probabilité qu'un dommage survienne lors de l'exposition à un danger, lui-même envisagé comme une potentialité d'induire des dommages (ou méfaits), qui sont donc les manifestations constatées de

l'exposition au danger [9]. Dans cette approche une distinction est proposée entre danger (potentialité à induire des dommages), dommage ou méfait (manifestation effective et constatée résultant de l'exposition à un danger) et risque (probabilité qu'un dommage survienne lors d'exposition à un danger) [5].

La progression dans les âges de la vieillesse ne prémunit d'aucun des dommages dus à l'alcool. Même s'il n'existe pas d'alcoolopathie (état pathologique dû à l'alcool), spécifiques au sujet âgé, la vieillesse ne protège pas de poursuivre ou de maintenir, ni de débuter des conduites addictives. Il n'existe aucun âge pouvant rendre indemne de tout risque de dépendance à une substance psychoactive, quand inversement, la vieillesse a été décrite comme propice au développement de conduites addictives, surtout avec l'alcool [10]. Si aucun risque associé à l'alcool ne diminue avec l'âge pour inversement s'accroitre, l'alcool est encore moins dans la vieillesse le psychotrope parfois idéalisé, aux multiples effets simultanément paradoxaux relevant souvent de croyances erronées. Ainsi l'alcool est surtout dépressogène lors de mésusage plutôt qu'il ne soutient le moral, renforçateur de troubles anxieux à moyen ou long terme même si immédiatement il semble anxiolytique, simultanément inducteur et déstructurant de sommeil et finalement principalement insomniant… [3]. La prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool est résumée sous le vocable réduction des risques et des dommages alcool (RdRD Alcool). Reconnaître qu'il n'existe pas de consommation d'alcool sans risque [5], encore plus quand on est vieux, permet de situer la notion de consommation à moindre risque dans toute prise d'alcool. Ensuite ce niveau de risque dépend des quantités consommées (rapidement ou pas, intégrant le *binge-drinking* qui n'a pas forcément de limite d'âge dans sa réalisation, mais peut-être ses intentions [11]), les circonstances de l'alcoolisation (comorbidités, consommations associées d'autres

psychotropes, surtout de médicaments…), mais aussi le niveau de résistance du sujet face à une ingestion de toxique, variable entre individus et majorée par différentes circonstances pathologiques. Ces risques sont les mêmes qu'à tout âge de la vie, avec des dommages encourus sur sa personne (sur des plans physiques, psychiques, cognitifs, sociaux, et addictifs), ses entourages ou pour la société.

En addictologie, les stratégies de RdRD se sont avant tout développées auprès d'adolescents ou de jeunes adultes, autour des drogues illicites pour s'étendre ensuite vers des produits licites (tabac, ou médicaments), puis vers l'alcool [12], avec des freins culturels en France, dans un rapport de force déséquilibré entre un lobby alcoolier puissant face à la santé publique, et une question souvent banalisée par une société à tradition viniviticole, sous le couvert de la convivialité et de la gastronomie.

Les personnes âgées n'apparaissent pas dans la littérature autour de la RdRD, même si ses effets permettent aux usagers de produits de ne pas mourir prématurément de diverses complications, les autorisant ainsi à vieillir [13]. Au final les programmes de RdRD ne s'adressent presque jamais aux aînés, y compris autour de l'alcool, alors qu'ils en consomment toujours, que les risques associés s'accroissent et que rien ne justifie un tel désintérêt.

La RdRD alcool, fait partie du soin alcoologique sans jamais en être une forme dégradée. Elle n'est pas une alternative au soin, mais une approche «*fondée sur l'absence d'exigence, l'inconditionnalité de l'accompagnement, le droit au libre choix et la valorisation du savoir des usagers*» [13]. Dans ce cadre, les usagers de substances psychoactives ou les personnes ayant des conduites addictives sont considérés comme experts de leurs pratiques et acteurs du projet [13]. La RdRD alcool se propose de prendre en compte les attentes des consommateurs, entre arrêts des consommations (*sevrages*), réaménagement quantitatif ou qualitatif des prises

d'alcool (en vue de réduction des dommages) ou même accompagnement des consommations telles qu'elles sont [13]. En théorie le contrôle externe des accès ou des prises d'alcool n'apparaît pas, même si sa place pour des personnes avec troubles cognitifs avérés a pu être discutée [11], sans pour autant être généralisable à tous les aînés du seul fait de leur âge. Ainsi une approche de RdRD ne peut s'imposer extérieurement à une personne âgée ou à un groupe d'aînés, telle l'interdiction de l'alcool en Ehpad, qui n'a aucune base de justification dans un lieu de vie [3].

Le risque en gérontologie

La vie en elle-même est une situation à risque, à une époque de recherche de contrôle des risques et des dangers, dans une espérance de plus longue vie, voire une illusion d'immortalité. Mais dans la vieillesse, la notion de risque devient presque incongrue, alors qu'elle a été valorisée (et parfois recherchée) à l'adolescence et au début de l'âge adulte ; tout au moins à des périodes où elle est envisagée et abordée. La peur qu'une personne âgée prenne des risques semble associée au fait qu'avançant en âge, le risque de mourir va en s'accroissant, renforçant une peur de cette issue fatale et surtout qu'un tiers moins âgé s'en sente responsable [9].

En santé aussi, la notion de risque est essentiellement vue négativement, en envisageant les risques de maladie, de complication, d'incapacité, ou les risques de thérapeutiques, les risques iatrogènes, et parfois le risque alcool.

Entre santé et vieillesse apparaissent d'autres risques plus spécifiquement, redoutés et prévenus de diverses manières : risques de chute, de fausse route, de déambulation (nommée fugue). Face à ces risques, peuvent émerger des approches sécuritaires dans des tentatives de gestion et d'évitement du danger, par diverses formes de

contention, d'alimentation mixée, d'hydratation gélifiée. Tout cela tend vers un excès d'attention prenant la forme d'abus de pouvoir en regard de la faiblesse de certains aînés, qui peuvent attenter à la liberté et la dignité de ces personnes [2] et que le contexte actuel de judiciarisation de la santé (plus souvent redoutée que réelle) ne fait que renforcer. Cette tendance peut encore se renforcer lors d'inversion de l'ordre des générations, quand la dépendance prévaut chez les parents âgés d'enfants devenus indépendants et autonomes, une tentation de sécurisation peut apparaître en contre-investissement d'une agressivité issue de cette permutation [2].

Juste à côté de la notion de risque se trouve celle de choix, de décision pour soi-même, c'est-à-dire d'autonomie. Entre la liberté qui ne devrait pas s'altérer du seul fait de l'âge ou au prétexte de risques redoutés par les générations suivantes (aidants familiers ou professionnels), l'espace semble s'amenuiser pour des approches respectueuses, ouvrant à diverses formes de surveillance, de maternage, de dirigisme, dans des pratiques sécuritaires, au risque de la maltraitance, que seule une priorisation d'une recherche de consentement avant toute action pourrait éviter. La quête d'un risque zéro, associée à une tendance à prendre en charge plutôt qu'accompagner [14] peut conduire à surprotéger pour limiter des risques, au détriment de l'autonomie, résolvant un peu trop vite un supposé dilemme liberté/sécurité au nom d'un éventuel principe de précaution tout en aliénant l'autonomie, la liberté et la personne âgée elle-même [15].

La notion de liberté peut aussi être repensée en considérant les modalités d'accès ou d'usage de l'alcool et une des premières définitions françaises de l'alcoolisme (ainsi qu'on nommait les troubles de l'usage d'alcool du DSM 5 dans les années 1950, selon Fouquet [16], comme la perte de la liberté de ne pas boire d'alcool [17]. La liberté (et l'autonomie) autour de l'alcool est de pouvoir aussi bien consommer que

de ne pas consommer d'alcool, ne pas être sollicité pour cela si on ne le souhaite pas, et pouvoir agir en cohérence avec ses choix personnels, possiblement éclairés, mais aussi respectés.

L'exemple du regard français sur l'alcool à travers l'initiative du mois de janvier sans alcool (issu du *dry january* anglo-saxon), est illustratif de cela entre caricatures hygiéniste d'une approche de santé publique réduite à une crainte prohibitionniste et la réduction des risques dans le domaine de l'alcool [18], utile en santé publique, qui ne devrait pas avoir de limite d'âge d'application ou de validité.

Accepter qu'une personne (âgée), malgré la connaissance et la prise de conscience d'un risque, choisisse de ne pas agir en conséquence pour le diminuer ou l'annuler ne semble pas toujours concevable [19]. Ce choix a pu même être modalisé sous la forme d'une conduite à risque, plutôt qu'un choix délibéré, peut-être négligent, mais avant tout souverain [9].

Droit au choix ou droit au risque ?

Quand en 1950 les autorités de santé publique recommandaient de ne pas boire plus d'un litre de vin par jour, Santé Publique France en 2019 conseille de ne pas boire plus d'un verre par jour, et pas tous les jours, c'est-à-dire moins du dixième de ce qui était diffusé dans la jeunesse des aînés d'aujourd'hui [3]. Le risque alcool tel qu'il est abordé en 2020 n'est pas du tout conforme aux discours qui ont baigné la jeunesse des aînés d'aujourd'hui. Il nous incombe à nous soignant d'intégrer cette notion de temporalité dans les variations de référentiel avant de parler de risque alcool en gérontologie.

Défendre un droit au risque est pour partie provocateur, quand le risque envisagé comme apanage du maintien d'un libre arbitre et de l'autonomie tout au long de la vie n'est pas le risque associé aux usages ou mésusages d'alcool, qui intègrent une dimension de souffrance alcoolique. Alors, concilier réduction des risques et droit au risque autour des consommations d'alcool de sujets âgés peut échapper au paradoxe initialement pressenti, en envisageant deux registres distincts au seul vocable de risque, non conciliables sous la même appellation.

Le droit à boire de l'alcool ne peut pas être aliéné du seul fait de son âge et de sa situation de dépendance (qui ne peut toujours pas être résumée en perte d'autonomie). Inversement le respect de la vieillesse et de l'identité ne peut pas simplement être associé au fait de boire de l'alcool [20], mais l'autonomie est une nouvelle fois plutôt liée au fait de pouvoir choisir si l'on veut ou pas boire d'alcool, c'est-à-dire sans être incité à en consommer, quelle que soit la circonstance ou l'occasion ni simplement empêché.

Dans ce registre, l'accès à un soin alcoologique pour les aînés peut aussi leur permettre de ne plus être contraints aux alcoolisations par un processus addictif, et retrouver une liberté de choix. Quand la prise de conscience d'un risque ne suffit pas à agir en conséquence pour le diminuer ou l'annuler [19], surtout et par définition lors de conduite addictive [9], la place à un accompagnement thérapeutique en alcoologie peut être une modalité de retour vers un libre arbitrage dans le choix de boire ou de ne pas boire d'alcool.

Conclusion

La notion de risque renvoie à deux registres différents et parfois opposables en gérontologie. D'abord lorsqu'elle concerne les consommations d'alcool comme des conduites à risques face auxquelles des modalités de prévention et de réduction des dommages induits, justifient diverses approches. Inversement dans la vie courante, quand le risque apparait redouté par des tiers comme indument engagé par le maintien d'une liberté de choisir ou de poursuivre certaines activités du quotidien. Penser ces deux registres sans les confondre permet de concilier des abords différents pour chacun d'eux, de manière non incohérente, dans l'intérêt des aînés.

Liens d'intérêts

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références

[1] Eynars C. Les vieux sont-ils toujours fragiles et vulnérables ? Toulouse : Ères, 2019.

[2] Amyot JJ, Villez A. Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques. Paris : Dunod, 2001.

[3] Menecier P. Soins, alcool et personnes âgées : se positionner pour coconstruire. Lyon : Chronique Sociale, 2019.

[4] Paille F. Personnes âgées et consommation d'alcool : groupe de travail de la SFA et de la SFGG. Alcoologie Addictologie 2014 ; 36 (1) : 225-68.

[5] Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA). Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool. Commission des pratiques professionnelles, septembre 2012. https://www.anpaa.asso.fr/images/stories/201207telechargements/anpaa-rrdc-lasers.pdf Consulté le 16 mars 2020.

[6] Palle C. Les évolutions de la consommation d'alcool en France et ses conséquences 2000-2019, novembre 2019. https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2000-2018.pdf Consulté le 16 mars 2020.

[7] Menecier P, Menecier-Ossia L, Collovray C. Les difficultés à parler d'alcool avec des personnes âgées. Soins Gérontol 2006 ; 60 : 40-2.

[8] Menecier P, Fernandez L, Galiano AR, et al. Attitudes et croyances de soignants hospitaliers à propos de sujets âgés en difficulté avec l'alcool : enquête par entretiens de recherche. Ann Med Psychol 2019 ; 177 (6) : 544-50.

[9] Menecier P, Ploton L. Risques et vieillissement. In : Menecier P, Ploton L, Psychogérontologie fondamentale et théorique, Paris : In Press, 2020, à paraître.

[10] De Brucq H, Vital I. Addictions et vieillissement. Psychol Neuropsychiatr Vieil 2008 ; 6 (3) : 177-82.

[11] Menecier P. Psychoalcoologie à l'Hôpital. Paris, In Press, 2019.

[12] Beck F, Diaz-Gomez C, Brisacier AC, et al. Éléments sur l'efficacité des politiques de réduction des risques et des dommages développés en France depuis 30 ans. Alcoologie Addictologie 2016 ; 38 (4) : 349-74.

[13] Fédération française d'addictologie. Audition publique à l'initiative de la FFA : Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives : Rapport d'orientation et recommandations de la commission d'audition. Alcoologie Addictologie 2016 ; 38 (2) : 121-33.

[14] Menecier P, Plattier S, Rotheval L, et al. Réflexions sur l'emprise et la possessivité dans la relation de soin en gérontologie. Ann Med Psychol 2016 ; 174 (5) : 338-43.

[15] Ennuyer B. Les malentendus de l'autonomie et de la dépendance dans le champ de la vieillesse. Le Sociographe 2013 ; HS6 : 139-57.

[16] Fouquet P, Clavreul J. Lettre aux Alcooliques (une thérapeutique de l'alcoolisme). Paris : PUF, 1956.

[17] Menecier P, Fernandez L, Plattier S, et al. L'alcoolisme est-il toujours une maladie au XXI° siècle ? Ann Med Psychol 2018 ; 176 : 42-7.

[18] Jamet AL. La guerre du lobby du vin contre le « mois sans alcool ». Infoguerre, février 2020. https://infoguerre.fr/2020/02/guerre-lobby-vin-contre-mois-alcool/ Consulté le 16 mars 2020.

[19] Cayado V, Chahbi R. La perception du risque d'accident et de chute par des personnes âgées vivant à domicile : un arbitrage complexe ? Neurol Psychiatr Gériatr 2015 ; 15 : 194-9.

[20] Saint-Jean O, Somme D, De Stampa M, et al. Boire de l'alcool en institution, un privilège témoin du maintien de la citoyenneté. Gérontol Soc 2003 ; 105 : 151-60.