

Collection

« L'âge et la vie – Prendre soin  
des personnes âgées »

dirigée par Michel Billé, Christian Gallopin,  
Jérôme Pellissier et José Polard

Retrouvez tous les titres parus sur  
[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

Boire et vieillir

Collection

« L'âge et la vie – Prendre soin  
des personnes âgées »

dirigée par Michel Billé, Christian Gallopin,  
Jérôme Pellissier et José Polard

Retrouvez tous les titres parus sur  
[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

Boire et vieillir

Collection

« L'âge et la vie – Prendre soin  
des personnes âgées »

dirigée par Michel Billé, Christian Gallopin,  
Jérôme Pellissier et José Polard

Retrouvez tous les titres parus sur  
[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

Boire et vieillir

Collection

« L'âge et la vie – Prendre soin  
des personnes âgées »

dirigée par Michel Billé, Christian Gallopin,  
Jérôme Pellissier et José Polard

Retrouvez tous les titres parus sur  
[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

Boire et vieillir

Collection

« L'âge et la vie – Prendre soin  
des personnes âgées »

dirigée par Michel Billé, Christian Gallopin,  
Jérôme Pellissier et José Polard

Retrouvez tous les titres parus sur  
[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

Boire et vieillir

Pascal Menecier

DU MÊME AUTEUR :

*Les aînés et l'alcool,*  
coll. « Pratiques gérontologiques »,  
éres, 2010

# Boire et vieillir

Comprendre et aider les aînés  
en difficulté avec l'alcool

L'âge et la vie  
Prendre soin des personnes âgées

éres  
éditions

Pascal Menecier

DU MÊME AUTEUR :

*Les aînés et l'alcool,*  
coll. « Pratiques gérontologiques »,  
éres, 2010

# Boire et vieillir

Comprendre et aider les aînés  
en difficulté avec l'alcool

L'âge et la vie  
Prendre soin des personnes âgées

The logo for the publisher 'éres' features a stylized lowercase 'é' with a vertical line through its center, followed by the lowercase letters 'res'.

Pascal Menecier

DU MÊME AUTEUR :

*Les aînés et l'alcool,*  
coll. « Pratiques gérontologiques »,  
éres, 2010

# Boire et vieillir

Comprendre et aider les aînés  
en difficulté avec l'alcool

L'âge et la vie  
Prendre soin des personnes âgées

éres

Pascal Menecier

DU MÊME AUTEUR :

*Les aînés et l'alcool,*  
coll. « Pratiques gérontologiques »,  
éres, 2010

# Boire et vieillir

Comprendre et aider les aînés  
en difficulté avec l'alcool

L'âge et la vie  
Prendre soin des personnes âgées

éres

Pascal Menecier

DU MÊME AUTEUR :

*Les aînés et l'alcool,*  
coll. « Pratiques gérontologiques »,  
éres, 2010

# Boire et vieillir

Comprendre et aider les aînés  
en difficulté avec l'alcool

L'âge et la vie  
Prendre soin des personnes âgées

The logo for the publisher 'éres' features a stylized lowercase 'é' with a vertical line through its center, followed by the lowercase letters 'res'.

Remerciements à :

- Laure Menecier ;
- Louis Ploton ;
- Jérôme Pellissier, pour son aide précise et son soutien avisé au cours de la rédaction ;
- le groupe de travail « Personnes âgées et alcool » de la Société française d'alcoologie (Dorothee Lecallier et François Paille) pour la richesse et la qualité des échanges ;
- les membres du СОРААН\* qui ont bien voulu répondre à un questionnaire sur les offres de soins en alcoologie aux aînés, et à ceux avec qui j'ai pu échanger sur leurs expériences en ce domaine ;
- Gilles Cuillierier, Rachel Charbonneau, Laurent Sangollo, Pierre Desrosiers, Michel Landry du centre Dollard-Cormier à Montréal, pour leurs disponibilités et les informations échangées à divers titres ;
- L'ANPAA et son président Alain Rigaud, pour leurs informations et leurs aides régulières ;
- Eric Pasquet, Eliane Soubigou, ANPAA 22, à propos de la plaquette « alcool et seniors » ;
- Jacques Yguel, pour avoir partagé son expérience clinique en hôpital de jour addictologique accueillant des personnes âgées ;
- Rose Marie Notz, et la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme, à propos de la brochure « Vieillir sans problème d'alcool ».

*Pascal Menecier,*  
Unité Addictologie, Hôpital Les Chanoux, Boulevard Louis Escandes,  
71018 Mâcon cedex, e-mail: [pamenecier@ch-macon.fr](mailto:pamenecier@ch-macon.fr)

Conception de la couverture :  
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012  
ME - ISBN PDF : 978-2-7492-1682-9  
Première édition © Éditions érès, 2010  
33, avenue Marcel Dassault, 31500 Toulouse  
[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, numérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle. L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

## Table des matières

Avant-propos.....	7
1. CONSOMMER DE L'ALCOOL, VIEILLIR.....	11
Vieillir n'est pas une maladie.....	11
Âge chronologique et âge physiologique.....	13
Fragilité, vulnérabilité et vieillesse.....	15
Parler d'alcool en France.....	17
Oser parler d'alcool et de vieillesse en France.....	19
Les hommes ne sont pas égaux devant l'alcool....	21
Notion de risque-alcool.....	22
Typologie des consommations d'alcool (chez les personnes âgées).....	24
Consommations de substances psychoactives chez les personnes âgées.....	25
Pour ne pas tout appeler « alcoolisme ».....	27
2. DOMMAGES OU BÉNÉFICES DUS À L'ALCOOL.....	29
L'alcool est d'abord un psychotrope.....	29
L'alcool peut être nocif pour la santé.....	33
Dommages physiques.....	34
Dommages psychiques.....	36
Dommages sociaux.....	37

Remerciements à :

- Laure Menecier ;
- Louis Ploton ;
- Jérôme Pellissier, pour son aide précise et son soutien avisé au cours de la rédaction ;
- le groupe de travail « Personnes âgées et alcool » de la Société française d'alcoologie (Dorothee Lecallier et François Paille) pour la richesse et la qualité des échanges ;
- les membres du СОРААН\* qui ont bien voulu répondre à un questionnaire sur les offres de soins en alcoologie aux aînés, et à ceux avec qui j'ai pu échanger sur leurs expériences en ce domaine ;
- Gilles Cuillier, Rachel Charbonneau, Laurent Sangollo, Pierre Desrosiers, Michel Landry du centre Dollard-Cormier à Montréal, pour leurs disponibilités et les informations échangées à divers titres ;
- L'ANPAA et son président Alain Rigaud, pour leurs informations et leurs aides régulières ;
- Eric Pasquet, Eliane Soubigou, ANPAA 22, à propos de la plaquette « alcool et seniors » ;
- Jacques Yguel, pour avoir partagé son expérience clinique en hôpital de jour addictologique accueillant des personnes âgées ;
- Rose Marie Notz, et la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme, à propos de la brochure « Vieillir sans problème d'alcool ».

*Pascal Menecier,*

*Unité Addictologie, Hôpital Les Chanoux, Boulevard Louis Escandes,  
71018 Mâcon cedex, e-mail: pamenezier@ch-macon.fr*

Conception de la couverture :

Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012

ME - ISBN PDF : 978-2-7492-1682-9

Première édition © Éditions érès, 2010

33, avenue Marcel Dassault, 31500 Toulouse

**www.editions-eres.com**

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, numérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC),  
20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris,  
tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

## Table des matières

Avant-propos.....	7
1. CONSOMMER DE L'ALCOOL, VIEILLIR.....	11
Vieillir n'est pas une maladie.....	11
Âge chronologique et âge physiologique.....	13
Fragilité, vulnérabilité et vieillesse.....	15
Parler d'alcool en France.....	17
Oser parler d'alcool et de vieillesse en France.....	19
Les hommes ne sont pas égaux devant l'alcool....	21
Notion de risque-alcool.....	22
Typologie des consommations d'alcool (ches les personnes âgées).....	24
Consommations de substances psychoactives chez les personnes âgées.....	25
Pour ne pas tout appeler « alcoolisme ».....	27
2. DOMMAGES OU BÉNÉFICES DUS À L'ALCOOL.....	29
L'alcool est d'abord un psychotrope.....	29
L'alcool peut être nocif pour la santé.....	33
Dommages physiques.....	34
Dommages psychiques.....	36
Dommages sociaux.....	37

Remerciements à :

- Laure Menecier ;
- Louis Ploton ;
- Jérôme Pellissier, pour son aide précise et son soutien avisé au cours de la rédaction ;
- le groupe de travail « Personnes âgées et alcool » de la Société française d'alcoologie (Dorothee Lecallier et François Paille) pour la richesse et la qualité des échanges ;
- les membres du СОРААН\* qui ont bien voulu répondre à un questionnaire sur les offres de soins en alcoologie aux aînés, et à ceux avec qui j'ai pu échanger sur leurs expériences en ce domaine ;
- Gilles Cuillier, Rachel Charbonneau, Laurent Sangollo, Pierre Desrosiers, Michel Landry du centre Dollard-Cormier à Montréal, pour leurs disponibilités et les informations échangées à divers titres ;
- L'ANPAA et son président Alain Rigaud, pour leurs informations et leurs aides régulières ;
- Eric Pasquet, Eliane Soubigou, ANPAA 22, à propos de la plaquette « alcool et seniors » ;
- Jacques Yguel, pour avoir partagé son expérience clinique en hôpital de jour addictologique accueillant des personnes âgées ;
- Rose Marie Notz, et la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme, à propos de la brochure « Vieillir sans problème d'alcool ».

*Pascal Menecier,*

*Unité Addictologie, Hôpital Les Chanoux, Boulevard Louis Escandes,  
71018 Mâcon cedex, e-mail: pamenezier@ch-macon.fr*

Conception de la couverture :

Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012

ME - ISBN PDF : 978-2-7492-1682-9

Première édition © Éditions érès, 2010

33, avenue Marcel Dassault, 31500 Toulouse

**www.editions-eres.com**

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, numérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC),  
20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris,  
tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

## Table des matières

Avant-propos.....	7
1. CONSOMMER DE L'ALCOOL, VIEILLIR.....	11
Vieillir n'est pas une maladie.....	11
Âge chronologique et âge physiologique.....	13
Fragilité, vulnérabilité et vieillesse.....	15
Parler d'alcool en France.....	17
Oser parler d'alcool et de vieillesse en France.....	19
Les hommes ne sont pas égaux devant l'alcool....	21
Notion de risque-alcool.....	22
Typologie des consommations d'alcool (chez les personnes âgées).....	24
Consommations de substances psychoactives chez les personnes âgées.....	25
Pour ne pas tout appeler « alcoolisme ».....	27
2. DOMMAGES OU BÉNÉFICES DUS À L'ALCOOL.....	29
L'alcool est d'abord un psychotrope.....	29
L'alcool peut être nocif pour la santé.....	33
Dommages physiques.....	34
Dommages psychiques.....	36
Dommages sociaux.....	37

Remerciements à :

- Laure Menecier ;
- Louis Ploton ;
- Jérôme Pellissier, pour son aide précise et son soutien avisé au cours de la rédaction ;
- le groupe de travail « Personnes âgées et alcool » de la Société française d'alcoologie (Dorothee Lecallier et François Paille) pour la richesse et la qualité des échanges ;
- les membres du СОРААH\* qui ont bien voulu répondre à un questionnaire sur les offres de soins en alcoologie aux aînés, et à ceux avec qui j'ai pu échanger sur leurs expériences en ce domaine ;
- Gilles Cuillier, Rachel Charbonneau, Laurent Sangollo, Pierre Desrosiers, Michel Landry du centre Dollard-Cormier à Montréal, pour leurs disponibilités et les informations échangées à divers titres ;
- L'ANPAA et son président Alain Rigaud, pour leurs informations et leurs aides régulières ;
- Eric Pasquet, Eliane Soubigou, ANPAA 22, à propos de la plaquette « alcool et seniors » ;
- Jacques Yguel, pour avoir partagé son expérience clinique en hôpital de jour addictologique accueillant des personnes âgées ;
- Rose Marie Notz, et la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme, à propos de la brochure « Vieillir sans problème d'alcool ».

*Pascal Menecier,*

*Unité Addictologie, Hôpital Les Chanoux, Boulevard Louis Escandes,  
71018 Mâcon cedex, e-mail: pamencier@ch-macon.fr*

Conception de la couverture :

Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012

ME - ISBN PDF : 978-2-7492-1682-9

Première édition © Éditions érès, 2010

33, avenue Marcel Dassault, 31500 Toulouse

**www.editions-eres.com**

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, numérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC),  
20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris,  
tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

## Table des matières

Avant-propos.....	7
1. CONSOMMER DE L'ALCOOL, VIEILLIR.....	11
Vieillir n'est pas une maladie.....	11
Âge chronologique et âge physiologique.....	13
Fragilité, vulnérabilité et vieillesse.....	15
Parler d'alcool en France.....	17
Oser parler d'alcool et de vieillesse en France.....	19
Les hommes ne sont pas égaux devant l'alcool....	21
Notion de risque-alcool.....	22
Typologie des consommations d'alcool (ches les personnes âgées).....	24
Consommations de substances psychoactives chez les personnes âgées.....	25
Pour ne pas tout appeler « alcoolisme ».....	27
2. DOMMAGES OU BÉNÉFICES DUS À L'ALCOOL.....	29
L'alcool est d'abord un psychotrope.....	29
L'alcool peut être nocif pour la santé.....	33
Dommages physiques.....	34
Dommages psychiques.....	36
Dommages sociaux.....	37

Remerciements à :

- Laure Menecier ;
- Louis Ploton ;
- Jérôme Pellissier, pour son aide précise et son soutien avisé au cours de la rédaction ;
- le groupe de travail « Personnes âgées et alcool » de la Société française d'alcoologie (Dorothee Lecallier et François Paille) pour la richesse et la qualité des échanges ;
- les membres du СОРААH\* qui ont bien voulu répondre à un questionnaire sur les offres de soins en alcoologie aux aînés, et à ceux avec qui j'ai pu échanger sur leurs expériences en ce domaine ;
- Gilles Cuillier, Rachel Charbonneau, Laurent Sangollo, Pierre Desrosiers, Michel Landry du centre Dollard-Cormier à Montréal, pour leurs disponibilités et les informations échangées à divers titres ;
- L'ANPAA et son président Alain Rigaud, pour leurs informations et leurs aides régulières ;
- Eric Pasquet, Eliane Soubigou, ANPAA 22, à propos de la plaquette « alcool et seniors » ;
- Jacques Yguel, pour avoir partagé son expérience clinique en hôpital de jour addictologique accueillant des personnes âgées ;
- Rose Marie Notz, et la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme, à propos de la brochure « Vieillir sans problème d'alcool ».

*Pascal Menecier,*

*Unité Addictologie, Hôpital Les Chanoux, Boulevard Louis Escandes,  
71018 Mâcon cedex, e-mail: pamencier@ch-macon.fr*

Conception de la couverture :

Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012

ME - ISBN PDF : 978-2-7492-1682-9

Première édition © Éditions érès, 2010

33, avenue Marcel Dassault, 31500 Toulouse

**www.editions-eres.com**

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, numérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC),  
20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris,  
tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

## Table des matières

Avant-propos.....	7
1. CONSOMMER DE L'ALCOOL, VIEILLIR.....	11
Vieillir n'est pas une maladie.....	11
Âge chronologique et âge physiologique.....	13
Fragilité, vulnérabilité et vieillesse.....	15
Parler d'alcool en France.....	17
Oser parler d'alcool et de vieillesse en France.....	19
Les hommes ne sont pas égaux devant l'alcool....	21
Notion de risque-alcool.....	22
Typologie des consommations d'alcool (ches les personnes âgées).....	24
Consommations de substances psychoactives chez les personnes âgées.....	25
Pour ne pas tout appeler « alcoolisme ».....	27
2. DOMMAGES OU BÉNÉFICES DUS À L'ALCOOL.....	29
L'alcool est d'abord un psychotrope.....	29
L'alcool peut être nocif pour la santé.....	33
Dommages physiques.....	34
Dommages psychiques.....	36
Dommages sociaux.....	37

Ni par défaut ni par excès : le syndrome de l'étiquette.....	38	À côté du repérage.....	88
L'alcool peut-il prévenir certaines maladies? .....	40	Intervenir dans sa mesure .....	90
Prévention cardio-vasculaire, ou de la maladie d'Alzheimer.....	42	L'intérêt de travailler ensemble et de l'équipe de soin.....	92
Pour tenter une synthèse des effets de l'alcool en prévention .....	44		
<b>3. USAGE ET MÉSUSAGE D'ALCOOL.....</b>	<b>47</b>	<b>6. INTERVENANTS, LIEUX ET MODALITÉS DE SOINS.....</b>	<b>95</b>
Addictions.....	47	Les acteurs du soin .....	96
Pour ne pas cependant tout appeler addiction....	48	Les lieux de soin .....	99
Ni pour ni contre l'alcool!.....	49	Les modalités de soins .....	103
Quoi qu'il en soit, l'alcool c'est bon!.....	50	Concevoir des particularités de soins pour les personnes âgées.....	110
Respecter celui qui ne boit pas d'alcool.....	52	Concevoir des particularités de soins pour les femmes âgées .....	111
Différencier l'usage du mésusage.....	53		
Préciser le mésusage: abus ou dépendance?.....	55	<b>7. SOIGNER ET PARFOIS RESPECTER</b>	
Spécificités du mésusage d'alcool dans la vieillesse: début précoce ou tardif?.....	59	<b>L'ABSENCE DE SOIN .....</b>	<b>113</b>
L'ivresse: un cas à part?.....	62	L'alcoolique mérite-t-il moins ou plus de soins qu'un autre, voire autant? .....	113
<b>4. LES ENTOURAGES .....</b>	<b>65</b>	Que soigner? Qui soigner?.....	116
Les enjeux de l'entourage du malade de l'alcool..	65	Prendre soin de l'ivresse! .....	118
Envisager la codépendance .....	68	Soigner même s'il existe une pathologie lourde associée: cancer, Alzheimer... ..	122
Spécificités des entourages de personnes âgées....	70	Comment soigner?.....	125
Le triangle personne âgé, soignants, entourages..	72	Conduite du sevrage alcoolique .....	130
Entourages familiaux, amicaux ou professionnels: quels conseils? .....	74	Et parfois seulement pallier .....	135
		Et en réalité qu'existe-t-il?.....	139
<b>5. MIEUX SOIGNER.....</b>	<b>81</b>		
Repérer, débrouiller, dépister?.....	82	<b>8. PARTICULARITÉS SELON LE LIEU DE VIE OU DE SOINS</b>	<b>143</b>
Les moyens du repérage.....	83	À domicile.....	145
Les questionnaires de repérage .....	87	À domicile: quelles demandes?.....	146
		À domicile: quelles réponses?.....	147
		En EHPAD (ex-maison de retraite).....	149

Ni par défaut ni par excès :		À côté du repérage.....	88
le syndrome de l'étiquette.....	38	Intervenir dans sa mesure.....	90
L'alcool peut-il prévenir certaines maladies? .....	40	L'intérêt de travailler ensemble	
Prévention cardio-vasculaire,		et de l'équipe de soin.....	92
ou de la maladie d'Alzheimer.....	42		
Pour tenter une synthèse des effets		6. INTERVENANTS, LIEUX ET MODALITÉS DE SOINS.....	95
de l'alcool en prévention.....	44	Les acteurs du soin.....	96
3. USAGE ET MÉSUSAGE D'ALCOOL.....	47	Les lieux de soin.....	99
Addictions.....	47	Les modalités de soins.....	103
Pour ne pas cependant tout appeler addiction....	48	Concevoir des particularités de soins	
Ni pour ni contre l'alcool!.....	49	pour les personnes âgées.....	110
Quoi qu'il en soit, l'alcool c'est bon!.....	50	Concevoir des particularités de soins	
Respecter celui qui ne boit pas d'alcool.....	52	pour les femmes âgées.....	111
Différencier l'usage du mésusage.....	53	7. SOIGNER ET PARFOIS RESPECTER	
Préciser le mésusage: abus ou dépendance?.....	55	L'ABSENCE DE SOIN.....	113
Spécificités du mésusage d'alcool		L'alcoolique mérite-t-il moins ou plus	
dans la vieillesse: début précoce ou tardif?.....	59	de soins qu'un autre, voire autant?.....	113
L'ivresse: un cas à part?.....	62	Que soigner? Qui soigner?.....	116
4. LES ENTOURAGES.....	65	Prendre soin de l'ivresse!.....	118
Les enjeux de l'entourage du malade de l'alcool..	65	Soigner même s'il existe une pathologie	
Envisager la codépendance.....	68	lourde associée: cancer, Alzheimer... ..	122
Spécificités des entourages de personnes âgées....	70	Comment soigner?.....	125
Le triangle personne âgé, soignants, entourages..	72	Conduite du sevrage alcoolique.....	130
Entourages familiaux, amicaux		Et parfois seulement pallier.....	135
ou professionnels: quels conseils? .....	74	Et en réalité qu'existe-t-il?.....	139
5. MIEUX SOIGNER.....	81	8. PARTICULARITÉS SELON LE LIEU DE VIE OU DE SOINS	143
Repérer, débrouiller, dépister?.....	82	À domicile.....	145
Les moyens du repérage.....	83	À domicile: quelles demandes?.....	146
Les questionnaires de repérage.....	87	À domicile: quelles réponses?.....	147
		En EHPAD (ex-maison de retraite).....	149

Ni par défaut ni par excès :		À côté du repérage.....	88
le syndrome de l'étiquette.....	38	Intervenir dans sa mesure.....	90
L'alcool peut-il prévenir certaines maladies? .....	40	L'intérêt de travailler ensemble	
Prévention cardio-vasculaire,		et de l'équipe de soin.....	92
ou de la maladie d'Alzheimer.....	42		
Pour tenter une synthèse des effets		6. INTERVENANTS, LIEUX ET MODALITÉS DE SOINS.....	95
de l'alcool en prévention.....	44	Les acteurs du soin.....	96
3. USAGE ET MÉSUSAGE D'ALCOOL.....	47	Les lieux de soin.....	99
Addictions.....	47	Les modalités de soins.....	103
Pour ne pas cependant tout appeler addiction....	48	Concevoir des particularités de soins	
Ni pour ni contre l'alcool!.....	49	pour les personnes âgées.....	110
Quoi qu'il en soit, l'alcool c'est bon!.....	50	Concevoir des particularités de soins	
Respecter celui qui ne boit pas d'alcool.....	52	pour les femmes âgées.....	111
Différencier l'usage du mésusage.....	53	7. SOIGNER ET PARFOIS RESPECTER	
Préciser le mésusage: abus ou dépendance?.....	55	L'ABSENCE DE SOIN.....	113
Spécificités du mésusage d'alcool		L'alcoolique mérite-t-il moins ou plus	
dans la vieillesse: début précoce ou tardif?.....	59	de soins qu'un autre, voire autant?.....	113
L'ivresse: un cas à part?.....	62	Que soigner? Qui soigner?.....	116
4. LES ENTOURAGES.....	65	Prendre soin de l'ivresse!.....	118
Les enjeux de l'entourage du malade de l'alcool..	65	Soigner même s'il existe une pathologie	
Envisager la codépendance.....	68	lourde associée: cancer, Alzheimer... ..	122
Spécificités des entourages de personnes âgées....	70	Comment soigner?.....	125
Le triangle personne âgé, soignants, entourages..	72	Conduite du sevrage alcoolique.....	130
Entourages familiaux, amicaux		Et parfois seulement pallier.....	135
ou professionnels: quels conseils? .....	74	Et en réalité qu'existe-t-il?.....	139
5. MIEUX SOIGNER.....	81	8. PARTICULARITÉS SELON LE LIEU DE VIE OU DE SOINS	143
Repérer, débrouiller, dépister?.....	82	À domicile.....	145
Les moyens du repérage.....	83	À domicile: quelles demandes?.....	146
Les questionnaires de repérage.....	87	À domicile: quelles réponses?.....	147
		En EHPAD (ex-maison de retraite).....	149

Ni par défaut ni par excès :		À côté du repérage.....	88
le syndrome de l'étiquette.....	38	Intervenir dans sa mesure.....	90
L'alcool peut-il prévenir certaines maladies? .....	40	L'intérêt de travailler ensemble	
Prévention cardio-vasculaire,		et de l'équipe de soin.....	92
ou de la maladie d'Alzheimer.....	42		
Pour tenter une synthèse des effets		6. INTERVENANTS, LIEUX ET MODALITÉS DE SOINS.....	95
de l'alcool en prévention.....	44	Les acteurs du soin.....	96
3. USAGE ET MÉSUSAGE D'ALCOOL.....	47	Les lieux de soin.....	99
Addictions.....	47	Les modalités de soins.....	103
Pour ne pas cependant tout appeler addiction....	48	Concevoir des particularités de soins	
Ni pour ni contre l'alcool!.....	49	pour les personnes âgées.....	110
Quoi qu'il en soit, l'alcool c'est bon!.....	50	Concevoir des particularités de soins	
Respecter celui qui ne boit pas d'alcool.....	52	pour les femmes âgées.....	111
Différencier l'usage du mésusage.....	53	7. SOIGNER ET PARFOIS RESPECTER	
Préciser le mésusage: abus ou dépendance?.....	55	L'ABSENCE DE SOIN.....	113
Spécificités du mésusage d'alcool		L'alcoolique mérite-t-il moins ou plus	
dans la vieillesse: début précoce ou tardif?.....	59	de soins qu'un autre, voire autant? .....	113
L'ivresse: un cas à part?.....	62	Que soigner? Qui soigner?.....	116
4. LES ENTOURAGES.....	65	Prendre soin de l'ivresse!.....	118
Les enjeux de l'entourage du malade de l'alcool..	65	Soigner même s'il existe une pathologie	
Envisager la codépendance.....	68	lourde associée: cancer, Alzheimer... ..	122
Spécificités des entourages de personnes âgées....	70	Comment soigner?.....	125
Le triangle personne âgé, soignants, entourages..	72	Conduite du sevrage alcoolique.....	130
Entourages familiaux, amicaux		Et parfois seulement pallier.....	135
ou professionnels: quels conseils? .....	74	Et en réalité qu'existe-t-il?.....	139
5. MIEUX SOIGNER.....	81	8. PARTICULARITÉS SELON LE LIEU DE VIE OU DE SOINS	143
Repérer, débrouiller, dépister?.....	82	À domicile.....	145
Les moyens du repérage.....	83	À domicile: quelles demandes?.....	146
Les questionnaires de repérage.....	87	À domicile: quelles réponses?.....	147
		En EHPAD (ex-maison de retraite).....	149

Ni par défaut ni par excès :		À côté du repérage.....	88
le syndrome de l'étiquette.....	38	Intervenir dans sa mesure.....	90
L'alcool peut-il prévenir certaines maladies? .....	40	L'intérêt de travailler ensemble	
Prévention cardio-vasculaire,		et de l'équipe de soin.....	92
ou de la maladie d'Alzheimer.....	42		
Pour tenter une synthèse des effets		6. INTERVENANTS, LIEUX ET MODALITÉS DE SOINS.....	95
de l'alcool en prévention.....	44	Les acteurs du soin.....	96
3. USAGE ET MÉSUSAGE D'ALCOOL.....	47	Les lieux de soin.....	99
Addictions.....	47	Les modalités de soins.....	103
Pour ne pas cependant tout appeler addiction....	48	Concevoir des particularités de soins	
Ni pour ni contre l'alcool!.....	49	pour les personnes âgées.....	110
Quoi qu'il en soit, l'alcool c'est bon!.....	50	Concevoir des particularités de soins	
Respecter celui qui ne boit pas d'alcool.....	52	pour les femmes âgées.....	111
Différencier l'usage du mésusage.....	53	7. SOIGNER ET PARFOIS RESPECTER	
Préciser le mésusage: abus ou dépendance?.....	55	L'ABSENCE DE SOIN.....	113
Spécificités du mésusage d'alcool		L'alcoolique mérite-t-il moins ou plus	
dans la vieillesse: début précoce ou tardif?.....	59	de soins qu'un autre, voire autant? .....	113
L'ivresse: un cas à part?.....	62	Que soigner? Qui soigner?.....	116
4. LES ENTOURAGES.....	65	Prendre soin de l'ivresse!.....	118
Les enjeux de l'entourage du malade de l'alcool..	65	Soigner même s'il existe une pathologie	
Envisager la codépendance.....	68	lourde associée: cancer, Alzheimer... ..	122
Spécificités des entourages de personnes âgées....	70	Comment soigner?.....	125
Le triangle personne âgé, soignants, entourages..	72	Conduite du sevrage alcoolique.....	130
Entourages familiaux, amicaux		Et parfois seulement pallier.....	135
ou professionnels: quels conseils? .....	74	Et en réalité qu'existe-t-il?.....	139
5. MIEUX SOIGNER.....	81	8. PARTICULARITÉS SELON LE LIEU DE VIE OU DE SOINS	143
Repérer, débrouiller, dépister?.....	82	À domicile.....	145
Les moyens du repérage.....	83	À domicile: quelles demandes?.....	146
Les questionnaires de repérage.....	87	À domicile: quelles réponses?.....	147
		En EHPAD (ex-maison de retraite).....	149

En EHPAD: quelles demandes?.....	153
En EHPAD: quelles réponses?.....	155
À l'hôpital.....	157
À l'hôpital: quelles demandes?.....	158
À l'hôpital: quelles réponses?.....	159
9. L'ÂGE N'EMPÊCHE PAS LA PRÉVENTION .....	165
Prévenir .....	165
Prévenir le mésusage d'alcool dans la vieillesse....	167
Les moyens de la prévention.....	170
Quels messages de prévention pour les aînés ?.....	174
Conclusions.....	177
Glossaire.....	182
Bibliographie.....	188

## *Avant-propos*

Parler d'alcool\*<sup>1</sup> et de vieillesse n'est pas habituel. Relativement tabou, ce sujet commence depuis quelques années à être plus souvent évoqué, par des associations de malades de l'alcool, par des professionnels, par les services nationaux de santé de divers pays. Le silence pesant commence à se lever autour d'une question pour le moins dérangeante. Aborder ce sujet, ce n'est pas simplement transgresser la loi du silence, mais aider à prendre en considération la multiplicité des aspects que les relations entre alcool et vieillesse peuvent prendre. Pas pour défendre un point de vue laxiste : « À leur âge laissons les boire et avoir encore un peu de plaisir », ni pour soutenir une prohibition de l'alcool chez les aînés : entre ces extrêmes, une réflexion sereine et complète semble la meilleure voie pour aider, soigner ou préserver la santé et le bien-être des personnes âgées.

Parler de mésusage\* d'alcool dans la vieillesse n'est pas incongru. L'avancée en âge ne s'accompagne pas de la simple disparition des difficultés dues à l'alcool, ni de la souffrance qui lui est liée. Le dernier plaisir présumé avec l'alcool pour les plus vieux est une vision fréquente parmi les plus jeunes, qui oublie que dans le més-

---

1. Les termes suivis d'un astérisque sont définis dans le glossaire.

En EHPAD: quelles demandes?.....	153
En EHPAD: quelles réponses?.....	155
À l'hôpital.....	157
À l'hôpital: quelles demandes?.....	158
À l'hôpital: quelles réponses?.....	159
9. L'ÂGE N'EMPÊCHE PAS LA PRÉVENTION .....	165
Prévenir .....	165
Prévenir le mésusage d'alcool dans la vieillesse....	167
Les moyens de la prévention.....	170
Quels messages de prévention pour les aînés ?.....	174
Conclusions.....	177
Glossaire.....	182
Bibliographie.....	188

## *Avant-propos*

Parler d'alcool\*<sup>1</sup> et de vieillesse n'est pas habituel. Relativement tabou, ce sujet commence depuis quelques années à être plus souvent évoqué, par des associations de malades de l'alcool, par des professionnels, par les services nationaux de santé de divers pays. Le silence pesant commence à se lever autour d'une question pour le moins dérangeante. Aborder ce sujet, ce n'est pas simplement transgresser la loi du silence, mais aider à prendre en considération la multiplicité des aspects que les relations entre alcool et vieillesse peuvent prendre. Pas pour défendre un point de vue laxiste : « À leur âge laissons les boire et avoir encore un peu de plaisir », ni pour soutenir une prohibition de l'alcool chez les aînés : entre ces extrêmes, une réflexion sereine et complète semble la meilleure voie pour aider, soigner ou préserver la santé et le bien-être des personnes âgées.

Parler de mésusage\* d'alcool dans la vieillesse n'est pas incongru. L'avancée en âge ne s'accompagne pas de la simple disparition des difficultés dues à l'alcool, ni de la souffrance qui lui est liée. Le dernier plaisir présumé avec l'alcool pour les plus vieux est une vision fréquente parmi les plus jeunes, qui oublie que dans le més-

---

1. Les termes suivis d'un astérisque sont définis dans le glossaire.

En EHPAD: quelles demandes?.....	153
En EHPAD: quelles réponses?.....	155
À l'hôpital.....	157
À l'hôpital: quelles demandes?.....	158
À l'hôpital: quelles réponses?.....	159
9. L'ÂGE N'EMPÊCHE PAS LA PRÉVENTION .....	165
Prévenir .....	165
Prévenir le mésusage d'alcool dans la vieillesse....	167
Les moyens de la prévention.....	170
Quels messages de prévention pour les aînés ?.....	174
Conclusions.....	177
Glossaire.....	182
Bibliographie.....	188

## *Avant-propos*

Parler d'alcool\*<sup>1</sup> et de vieillesse n'est pas habituel. Relativement tabou, ce sujet commence depuis quelques années à être plus souvent évoqué, par des associations de malades de l'alcool, par des professionnels, par les services nationaux de santé de divers pays. Le silence pesant commence à se lever autour d'une question pour le moins dérangeante. Aborder ce sujet, ce n'est pas simplement transgresser la loi du silence, mais aider à prendre en considération la multiplicité des aspects que les relations entre alcool et vieillesse peuvent prendre. Pas pour défendre un point de vue laxiste : « À leur âge laissons les boire et avoir encore un peu de plaisir », ni pour soutenir une prohibition de l'alcool chez les aînés : entre ces extrêmes, une réflexion sereine et complète semble la meilleure voie pour aider, soigner ou préserver la santé et le bien-être des personnes âgées.

Parler de mésusage\* d'alcool dans la vieillesse n'est pas incongru. L'avancée en âge ne s'accompagne pas de la simple disparition des difficultés dues à l'alcool, ni de la souffrance qui lui est liée. Le dernier plaisir présumé avec l'alcool pour les plus vieux est une vision fréquente parmi les plus jeunes, qui oublie que dans le més-

---

1. Les termes suivis d'un astérisque sont définis dans le glossaire.

En EHPAD: quelles demandes?.....	153
En EHPAD: quelles réponses?.....	155
À l'hôpital.....	157
À l'hôpital: quelles demandes?.....	158
À l'hôpital: quelles réponses?.....	159
9. L'ÂGE N'EMPÊCHE PAS LA PRÉVENTION .....	165
Prévenir .....	165
Prévenir le mésusage d'alcool dans la vieillesse....	167
Les moyens de la prévention.....	170
Quels messages de prévention pour les aînés ?.....	174
Conclusions.....	177
Glossaire.....	182
Bibliographie.....	188

## *Avant-propos*

Parler d'alcool\*<sup>1</sup> et de vieillesse n'est pas habituel. Relativement tabou, ce sujet commence depuis quelques années à être plus souvent évoqué, par des associations de malades de l'alcool, par des professionnels, par les services nationaux de santé de divers pays. Le silence pesant commence à se lever autour d'une question pour le moins dérangeante. Aborder ce sujet, ce n'est pas simplement transgresser la loi du silence, mais aider à prendre en considération la multiplicité des aspects que les relations entre alcool et vieillesse peuvent prendre. Pas pour défendre un point de vue laxiste : « À leur âge laissons les boire et avoir encore un peu de plaisir », ni pour soutenir une prohibition de l'alcool chez les aînés : entre ces extrêmes, une réflexion sereine et complète semble la meilleure voie pour aider, soigner ou préserver la santé et le bien-être des personnes âgées.

Parler de mésusage\* d'alcool dans la vieillesse n'est pas incongru. L'avancée en âge ne s'accompagne pas de la simple disparition des difficultés dues à l'alcool, ni de la souffrance qui lui est liée. Le dernier plaisir présumé avec l'alcool pour les plus vieux est une vision fréquente parmi les plus jeunes, qui oublie que dans le més-

---

1. Les termes suivis d'un astérisque sont définis dans le glossaire.

En EHPAD: quelles demandes?.....	153
En EHPAD: quelles réponses?.....	155
À l'hôpital.....	157
À l'hôpital: quelles demandes?.....	158
À l'hôpital: quelles réponses?.....	159
9. L'ÂGE N'EMPÊCHE PAS LA PRÉVENTION .....	165
Prévenir .....	165
Prévenir le mésusage d'alcool dans la vieillesse....	167
Les moyens de la prévention.....	170
Quels messages de prévention pour les aînés ?.....	174
Conclusions.....	177
Glossaire.....	182
Bibliographie.....	188

## *Avant-propos*

Parler d'alcool\*<sup>1</sup> et de vieillesse n'est pas habituel. Relativement tabou, ce sujet commence depuis quelques années à être plus souvent évoqué, par des associations de malades de l'alcool, par des professionnels, par les services nationaux de santé de divers pays. Le silence pesant commence à se lever autour d'une question pour le moins dérangeante. Aborder ce sujet, ce n'est pas simplement transgresser la loi du silence, mais aider à prendre en considération la multiplicité des aspects que les relations entre alcool et vieillesse peuvent prendre. Pas pour défendre un point de vue laxiste : « À leur âge laissons les boire et avoir encore un peu de plaisir », ni pour soutenir une prohibition de l'alcool chez les aînés : entre ces extrêmes, une réflexion sereine et complète semble la meilleure voie pour aider, soigner ou préserver la santé et le bien-être des personnes âgées.

Parler de mésusage\* d'alcool dans la vieillesse n'est pas incongru. L'avancée en âge ne s'accompagne pas de la simple disparition des difficultés dues à l'alcool, ni de la souffrance qui lui est liée. Le dernier plaisir présumé avec l'alcool pour les plus vieux est une vision fréquente parmi les plus jeunes, qui oublie que dans le més-

---

1. Les termes suivis d'un astérisque sont définis dans le glossaire.

usage d'alcool, le plaisir a souvent laissé la place depuis longtemps au déplaisir et à la souffrance (physique psychique, morale, totale...) ; ils négligent encore plus de prêter attention aux discours des aînés eux-mêmes qui ne ressentent pas simplement la consommation d'alcool comme un soulagement lors de mésusage.

Parler de dépendance alcoolique dans la vieillesse est tout aussi possible et même souhaitable. Même si les outils de reconnaissance de la dépendance alcoolique perdent de leur pertinence chez les plus âgés, on ne peut simplement décréter la disparition de l'alcoolodépendance\* avec la vieillesse, comme si l'aptitude à développer une dépendance à une substance psychoactive\* déclinait avec l'âge (l'exemple des benzodiazépines illustre bien le contraire). L'usage avec dépendance d'alcool existe jusqu'à des âges très avancés. Avec une présentation clinique différente, il convient plutôt d'adapter nos outils de reconnaissances au lieu d'en décréter unilatéralement l'extinction.

Alors et en corollaire, parler de sevrage\* alcoolique dans la vieillesse n'est pas déplacé. Si une place à l'alcoolodépendance dans la vieillesse est reconnue, l'utilité d'une rupture avec le produit, d'un sevrage, même à un âge avancé ne peut être négligée. Elle demeure une des ressources de soins essentielles dans ces circonstances. Les arguments précédemment évoqués qui amènent certains à éviter de considérer la maladie alcoolique des plus vieux sont tout aussi inconvenants ici. Alors envisager d'accompagner et aider un aîné à se sevrer en alcool et à maintenir une abstinence\* alcoolique est tout aussi possible qu'à un autre âge. Cette perspective est souvent utile, pour peu qu'elle ne soit ni contrainte ni imposée, et que

comme pour tout soin, elle associe dans toutes ses étapes la personne elle-même.

Mais soigner une personne âgée ne se limite pas à transposer en les adoucissant ou en les amoindrissant les offres validées chez l'adulte plus jeune. Les études de validation des soins chez les plus âgés sont exceptionnelles. Ce qui est vrai pour l'ensemble de la médecine l'est encore plus cruellement pour l'addictologie auprès des aînés. Entre improvisations (parfois heureuses) et rareté des offres spécifiques aux plus vieux, il existe quelques initiatives de soins, qui ne pourraient que bénéficier à se développer et à essaimer.

Après un premier livre, *Les aînés et l'alcool*<sup>2</sup>, ce second ouvrage se propose de décliner une réflexion clinique sur cette question de santé qui concerne et concernera de plus en plus de personnes âgées. Cette augmentation peut autant relever : des vieillissements en cours des populations occidentales ; de la meilleure connaissance et reconnaissance de ces questions de santé ; d'une meilleure accessibilité à des soins ; voire d'une réelle augmentation de la fréquence des problèmes addictifs chez les plus âgés. À côté du mésusage d'alcool, ce livre veut aborder la place de l'usage simple et les niveaux de risques liés à l'alcool qui doivent être adaptés dans la vieillesse. Il propose une réflexion théorique pour tout intervenant ou soignant auprès de personnes âgées, et surtout dégage des pistes pour mettre en place un soutien ou des aides à des personnes âgées en difficulté avec l'alcool. Il s'adresse à des professionnels, mais voudrait aussi offrir des bases de réflexions pour les entourages familiaux ou amicaux.

---

2. Paru en mars 2010 aux éditions érès, coll. «Pratiques gérontologiques».

usage d'alcool, le plaisir a souvent laissé la place depuis longtemps au déplaisir et à la souffrance (physique psychique, morale, totale...) ; ils négligent encore plus de prêter attention aux discours des aînés eux-mêmes qui ne ressentent pas simplement la consommation d'alcool comme un soulagement lors de mésusage.

Parler de dépendance alcoolique dans la vieillesse est tout aussi possible et même souhaitable. Même si les outils de reconnaissance de la dépendance alcoolique perdent de leur pertinence chez les plus âgés, on ne peut simplement décréter la disparition de l'alcoolodépendance\* avec la vieillesse, comme si l'aptitude à développer une dépendance à une substance psychoactive\* déclinait avec l'âge (l'exemple des benzodiazépines illustre bien le contraire). L'usage avec dépendance d'alcool existe jusqu'à des âges très avancés. Avec une présentation clinique différente, il convient plutôt d'adapter nos outils de reconnaissances au lieu d'en décréter unilatéralement l'extinction.

Alors et en corollaire, parler de sevrage\* alcoolique dans la vieillesse n'est pas déplacé. Si une place à l'alcoolodépendance dans la vieillesse est reconnue, l'utilité d'une rupture avec le produit, d'un sevrage, même à un âge avancé ne peut être négligée. Elle demeure une des ressources de soins essentielles dans ces circonstances. Les arguments précédemment évoqués qui amènent certains à éviter de considérer la maladie alcoolique des plus vieux sont tout aussi inconvenants ici. Alors envisager d'accompagner et aider un aîné à se sevrer en alcool et à maintenir une abstinence\* alcoolique est tout aussi possible qu'à un autre âge. Cette perspective est souvent utile, pour peu qu'elle ne soit ni contrainte ni imposée, et que

comme pour tout soin, elle associe dans toutes ses étapes la personne elle-même.

Mais soigner une personne âgée ne se limite pas à transposer en les adoucissant ou en les amoindrissant les offres validées chez l'adulte plus jeune. Les études de validation des soins chez les plus âgés sont exceptionnelles. Ce qui est vrai pour l'ensemble de la médecine l'est encore plus cruellement pour l'addictologie auprès des aînés. Entre improvisations (parfois heureuses) et rareté des offres spécifiques aux plus vieux, il existe quelques initiatives de soins, qui ne pourraient que bénéficier à se développer et à essaimer.

Après un premier livre, *Les aînés et l'alcool*<sup>2</sup>, ce second ouvrage se propose de décliner une réflexion clinique sur cette question de santé qui concerne et concernera de plus en plus de personnes âgées. Cette augmentation peut autant relever : des vieillissements en cours des populations occidentales ; de la meilleure connaissance et reconnaissance de ces questions de santé ; d'une meilleure accessibilité à des soins ; voire d'une réelle augmentation de la fréquence des problèmes addictifs chez les plus âgés. À côté du mésusage d'alcool, ce livre veut aborder la place de l'usage simple et les niveaux de risques liés à l'alcool qui doivent être adaptés dans la vieillesse. Il propose une réflexion théorique pour tout intervenant ou soignant auprès de personnes âgées, et surtout dégage des pistes pour mettre en place un soutien ou des aides à des personnes âgées en difficulté avec l'alcool. Il s'adresse à des professionnels, mais voudrait aussi offrir des bases de réflexions pour les entourages familiaux ou amicaux.

---

2. Paru en mars 2010 aux éditions érès, coll. «Pratiques gérontologiques».

usage d'alcool, le plaisir a souvent laissé la place depuis longtemps au déplaisir et à la souffrance (physique psychique, morale, totale...) ; ils négligent encore plus de prêter attention aux discours des aînés eux-mêmes qui ne ressentent pas simplement la consommation d'alcool comme un soulagement lors de mésusage.

Parler de dépendance alcoolique dans la vieillesse est tout aussi possible et même souhaitable. Même si les outils de reconnaissance de la dépendance alcoolique perdent de leur pertinence chez les plus âgés, on ne peut simplement décréter la disparition de l'alcoolodépendance\* avec la vieillesse, comme si l'aptitude à développer une dépendance à une substance psychoactive\* déclinait avec l'âge (l'exemple des benzodiazépines illustre bien le contraire). L'usage avec dépendance d'alcool existe jusqu'à des âges très avancés. Avec une présentation clinique différente, il convient plutôt d'adapter nos outils de reconnaissances au lieu d'en décréter unilatéralement l'extinction.

Alors et en corollaire, parler de sevrage\* alcoolique dans la vieillesse n'est pas déplacé. Si une place à l'alcoolodépendance dans la vieillesse est reconnue, l'utilité d'une rupture avec le produit, d'un sevrage, même à un âge avancé ne peut être négligée. Elle demeure une des ressources de soins essentielles dans ces circonstances. Les arguments précédemment évoqués qui amènent certains à éviter de considérer la maladie alcoolique des plus vieux sont tout aussi inconvenants ici. Alors envisager d'accompagner et aider un aîné à se sevrer en alcool et à maintenir une abstinence\* alcoolique est tout aussi possible qu'à un autre âge. Cette perspective est souvent utile, pour peu qu'elle ne soit ni contrainte ni imposée, et que

comme pour tout soin, elle associe dans toutes ses étapes la personne elle-même.

Mais soigner une personne âgée ne se limite pas à transposer en les adoucissant ou en les amoindrissant les offres validées chez l'adulte plus jeune. Les études de validation des soins chez les plus âgés sont exceptionnelles. Ce qui est vrai pour l'ensemble de la médecine l'est encore plus cruellement pour l'addictologie auprès des aînés. Entre improvisations (parfois heureuses) et rareté des offres spécifiques aux plus vieux, il existe quelques initiatives de soins, qui ne pourraient que bénéficier à se développer et à essaimer.

Après un premier livre, *Les aînés et l'alcool*<sup>2</sup>, ce second ouvrage se propose de décliner une réflexion clinique sur cette question de santé qui concerne et concernera de plus en plus de personnes âgées. Cette augmentation peut autant relever : des vieillissements en cours des populations occidentales ; de la meilleure connaissance et reconnaissance de ces questions de santé ; d'une meilleure accessibilité à des soins ; voire d'une réelle augmentation de la fréquence des problèmes addictifs chez les plus âgés. À côté du mésusage d'alcool, ce livre veut aborder la place de l'usage simple et les niveaux de risques liés à l'alcool qui doivent être adaptés dans la vieillesse. Il propose une réflexion théorique pour tout intervenant ou soignant auprès de personnes âgées, et surtout dégage des pistes pour mettre en place un soutien ou des aides à des personnes âgées en difficulté avec l'alcool. Il s'adresse à des professionnels, mais voudrait aussi offrir des bases de réflexions pour les entourages familiaux ou amicaux.

---

2. Paru en mars 2010 aux éditions érès, coll. «Pratiques gérontologiques».

usage d'alcool, le plaisir a souvent laissé la place depuis longtemps au déplaisir et à la souffrance (physique psychique, morale, totale...) ; ils négligent encore plus de prêter attention aux discours des aînés eux-mêmes qui ne ressentent pas simplement la consommation d'alcool comme un soulagement lors de mésusage.

Parler de dépendance alcoolique dans la vieillesse est tout aussi possible et même souhaitable. Même si les outils de reconnaissance de la dépendance alcoolique perdent de leur pertinence chez les plus âgés, on ne peut simplement décréter la disparition de l'alcoolodépendance\* avec la vieillesse, comme si l'aptitude à développer une dépendance à une substance psychoactive\* déclinait avec l'âge (l'exemple des benzodiazépines illustre bien le contraire). L'usage avec dépendance d'alcool existe jusqu'à des âges très avancés. Avec une présentation clinique différente, il convient plutôt d'adapter nos outils de reconnaissances au lieu d'en décréter unilatéralement l'extinction.

Alors et en corollaire, parler de sevrage\* alcoolique dans la vieillesse n'est pas déplacé. Si une place à l'alcoolodépendance dans la vieillesse est reconnue, l'utilité d'une rupture avec le produit, d'un sevrage, même à un âge avancé ne peut être négligée. Elle demeure une des ressources de soins essentielles dans ces circonstances. Les arguments précédemment évoqués qui amènent certains à éviter de considérer la maladie alcoolique des plus vieux sont tout aussi inconvenants ici. Alors envisager d'accompagner et aider un aîné à se sevrer en alcool et à maintenir une abstinence\* alcoolique est tout aussi possible qu'à un autre âge. Cette perspective est souvent utile, pour peu qu'elle ne soit ni contrainte ni imposée, et que

comme pour tout soin, elle associe dans toutes ses étapes la personne elle-même.

Mais soigner une personne âgée ne se limite pas à transposer en les adoucissant ou en les amoindrissant les offres validées chez l'adulte plus jeune. Les études de validation des soins chez les plus âgés sont exceptionnelles. Ce qui est vrai pour l'ensemble de la médecine l'est encore plus cruellement pour l'addictologie auprès des aînés. Entre improvisations (parfois heureuses) et rareté des offres spécifiques aux plus vieux, il existe quelques initiatives de soins, qui ne pourraient que bénéficier à se développer et à essaimer.

Après un premier livre, *Les aînés et l'alcool*<sup>2</sup>, ce second ouvrage se propose de décliner une réflexion clinique sur cette question de santé qui concerne et concernera de plus en plus de personnes âgées. Cette augmentation peut autant relever : des vieillissements en cours des populations occidentales ; de la meilleure connaissance et reconnaissance de ces questions de santé ; d'une meilleure accessibilité à des soins ; voire d'une réelle augmentation de la fréquence des problèmes addictifs chez les plus âgés. À côté du mésusage d'alcool, ce livre veut aborder la place de l'usage simple et les niveaux de risques liés à l'alcool qui doivent être adaptés dans la vieillesse. Il propose une réflexion théorique pour tout intervenant ou soignant auprès de personnes âgées, et surtout dégage des pistes pour mettre en place un soutien ou des aides à des personnes âgées en difficulté avec l'alcool. Il s'adresse à des professionnels, mais voudrait aussi offrir des bases de réflexions pour les entourages familiaux ou amicaux.

---

2. Paru en mars 2010 aux éditions érès, coll. «Pratiques gérontologiques».

usage d'alcool, le plaisir a souvent laissé la place depuis longtemps au déplaisir et à la souffrance (physique psychique, morale, totale...) ; ils négligent encore plus de prêter attention aux discours des aînés eux-mêmes qui ne ressentent pas simplement la consommation d'alcool comme un soulagement lors de mésusage.

Parler de dépendance alcoolique dans la vieillesse est tout aussi possible et même souhaitable. Même si les outils de reconnaissance de la dépendance alcoolique perdent de leur pertinence chez les plus âgés, on ne peut simplement décréter la disparition de l'alcoolodépendance\* avec la vieillesse, comme si l'aptitude à développer une dépendance à une substance psychoactive\* déclinait avec l'âge (l'exemple des benzodiazépines illustre bien le contraire). L'usage avec dépendance d'alcool existe jusqu'à des âges très avancés. Avec une présentation clinique différente, il convient plutôt d'adapter nos outils de reconnaissances au lieu d'en décréter unilatéralement l'extinction.

Alors et en corollaire, parler de sevrage\* alcoolique dans la vieillesse n'est pas déplacé. Si une place à l'alcoolodépendance dans la vieillesse est reconnue, l'utilité d'une rupture avec le produit, d'un sevrage, même à un âge avancé ne peut être négligée. Elle demeure une des ressources de soins essentielles dans ces circonstances. Les arguments précédemment évoqués qui amènent certains à éviter de considérer la maladie alcoolique des plus vieux sont tout aussi inconvenants ici. Alors envisager d'accompagner et aider un aîné à se sevrer en alcool et à maintenir une abstinence\* alcoolique est tout aussi possible qu'à un autre âge. Cette perspective est souvent utile, pour peu qu'elle ne soit ni contrainte ni imposée, et que

comme pour tout soin, elle associe dans toutes ses étapes la personne elle-même.

Mais soigner une personne âgée ne se limite pas à transposer en les adoucissant ou en les amoindrissant les offres validées chez l'adulte plus jeune. Les études de validation des soins chez les plus âgés sont exceptionnelles. Ce qui est vrai pour l'ensemble de la médecine l'est encore plus cruellement pour l'addictologie auprès des aînés. Entre improvisations (parfois heureuses) et rareté des offres spécifiques aux plus vieux, il existe quelques initiatives de soins, qui ne pourraient que bénéficier à se développer et à essaimer.

Après un premier livre, *Les aînés et l'alcool*<sup>2</sup>, ce second ouvrage se propose de décliner une réflexion clinique sur cette question de santé qui concerne et concernera de plus en plus de personnes âgées. Cette augmentation peut autant relever : des vieillissements en cours des populations occidentales ; de la meilleure connaissance et reconnaissance de ces questions de santé ; d'une meilleure accessibilité à des soins ; voire d'une réelle augmentation de la fréquence des problèmes addictifs chez les plus âgés. À côté du mésusage d'alcool, ce livre veut aborder la place de l'usage simple et les niveaux de risques liés à l'alcool qui doivent être adaptés dans la vieillesse. Il propose une réflexion théorique pour tout intervenant ou soignant auprès de personnes âgées, et surtout dégage des pistes pour mettre en place un soutien ou des aides à des personnes âgées en difficulté avec l'alcool. Il s'adresse à des professionnels, mais voudrait aussi offrir des bases de réflexions pour les entourages familiaux ou amicaux.

---

2. Paru en mars 2010 aux éditions érès, coll. «Pratiques gérontologiques».

Centrer ce propos sur le seul produit qu'est l'alcool est un choix. Il engendre dans notre société suffisamment d'aspects, de questions variées pour remplir toutes les pages d'un livre qui lui est consacré, même dans une classe d'âge particulière. Pour autant, à l'ère de l'addictologie, qui tente d'englober les modalités de consommations sans se limiter à la seule dépendance, qui veut également dépasser les approches scindées en fonction des produits (et des comportements pour les pratiques sans produits), il convient de ne pas occulter ni négliger les autres pratiques addictives fréquentes chez les aînés : tabac, médicaments psychotropes détournés, mais aussi les addictions\* dites comportementales autour des jeux de hasard et d'argent principalement. Chacune de ces pratiques addictives justifierait autant de développements. Nous nous concentrons ici sur les seuls usages et mésusages d'alcool.

Par ce choix, et en tentant de dégager des axes d'interventions ou de recherches à venir, nous espérons favoriser une prise en compte de la souffrance alcoolique des aînés. Intégrer ces approches pour rendre moins systématiques les soins dont ils sont de plus en plus souvent demandeurs, envisager autant des interventions thérapeutiques que des actions de prévention : ce sont les perspectives que ce texte voudrait encourager.

Au fil des pages le masculin sera souvent employé sans à chaque fois préciser l'homme ou la femme âgée. Ce parti pris grammatical ne doit pas pour autant concentrer le propos sur les hommes âgés et oublier les femmes, ces nombreuses femmes âgées qui n'échappent pas aux difficultés avec l'alcool, et dont les particularités essentielles sont à considérer.

## 1

*Consommer de l'alcool, vieillir*

## VIEILLIR N'EST PAS UNE MALADIE

Même si la vieillesse n'est pas une maladie, elle est l'occasion de multiples rencontres de soins. La population des pays occidentaux vieillit, le risque de maladie augmente avec l'âge : les soignants rencontrent ainsi de plus en plus de personnes âgées. L'avenir ne fera qu'amplifier cela, puisque les plus de 60 ans passeront de 20 % à 32 % de la population française entre 2000 et 2050, et les plus de 75 ans de 7 % à 16 % (source INSEE).

Depuis la naissance, l'avancée en âge est le reflet de la vie elle-même. Puisque l'on vit, on vieillit, et seuls les morts ne vieillissent plus ! Chaque jour rapproche tout être vivant de sa mort, mais pour autant ne doit pas le désespérer. Au jour où personne n'ose appeler « vieux » un vieux ou un vieillard, le terme aseptisé de *senior* remplace cette impossibilité à simplement nommer la

Centrer ce propos sur le seul produit qu'est l'alcool est un choix. Il engendre dans notre société suffisamment d'aspects, de questions variées pour remplir toutes les pages d'un livre qui lui est consacré, même dans une classe d'âge particulière. Pour autant, à l'ère de l'addictologie, qui tente d'englober les modalités de consommations sans se limiter à la seule dépendance, qui veut également dépasser les approches scindées en fonction des produits (et des comportements pour les pratiques sans produits), il convient de ne pas occulter ni négliger les autres pratiques addictives fréquentes chez les aînés : tabac, médicaments psychotropes détournés, mais aussi les addictions\* dites comportementales autour des jeux de hasard et d'argent principalement. Chacune de ces pratiques addictives justifierait autant de développements. Nous nous concentrons ici sur les seuls usages et mésusages d'alcool.

Par ce choix, et en tentant de dégager des axes d'interventions ou de recherches à venir, nous espérons favoriser une prise en compte de la souffrance alcoolique des aînés. Intégrer ces approches pour rendre moins systématiques les soins dont ils sont de plus en plus souvent demandeurs, envisager autant des interventions thérapeutiques que des actions de prévention : ce sont les perspectives que ce texte voudrait encourager.

Au fil des pages le masculin sera souvent employé sans à chaque fois préciser l'homme ou la femme âgée. Ce parti pris grammatical ne doit pas pour autant concentrer le propos sur les hommes âgés et oublier les femmes, ces nombreuses femmes âgées qui n'échappent pas aux difficultés avec l'alcool, et dont les particularités essentielles sont à considérer.

## 1

*Consommer de l'alcool, vieillir*

## VIEILLIR N'EST PAS UNE MALADIE

Même si la vieillesse n'est pas une maladie, elle est l'occasion de multiples rencontres de soins. La population des pays occidentaux vieillit, le risque de maladie augmente avec l'âge : les soignants rencontrent ainsi de plus en plus de personnes âgées. L'avenir ne fera qu'amplifier cela, puisque les plus de 60 ans passeront de 20 % à 32 % de la population française entre 2000 et 2050, et les plus de 75 ans de 7 % à 16 % (source INSEE).

Depuis la naissance, l'avancée en âge est le reflet de la vie elle-même. Puisque l'on vit, on vieillit, et seuls les morts ne vieillissent plus ! Chaque jour rapproche tout être vivant de sa mort, mais pour autant ne doit pas le désespérer. Au jour où personne n'ose appeler « vieux » un vieux ou un vieillard, le terme aseptisé de *senior* remplace cette impossibilité à simplement nommer la

Centrer ce propos sur le seul produit qu'est l'alcool est un choix. Il engendre dans notre société suffisamment d'aspects, de questions variées pour remplir toutes les pages d'un livre qui lui est consacré, même dans une classe d'âge particulière. Pour autant, à l'ère de l'addictologie, qui tente d'englober les modalités de consommations sans se limiter à la seule dépendance, qui veut également dépasser les approches scindées en fonction des produits (et des comportements pour les pratiques sans produits), il convient de ne pas occulter ni négliger les autres pratiques addictives fréquentes chez les aînés : tabac, médicaments psychotropes détournés, mais aussi les addictions\* dites comportementales autour des jeux de hasard et d'argent principalement. Chacune de ces pratiques addictives justifierait autant de développements. Nous nous concentrons ici sur les seuls usages et mésusages d'alcool.

Par ce choix, et en tentant de dégager des axes d'interventions ou de recherches à venir, nous espérons favoriser une prise en compte de la souffrance alcoolique des aînés. Intégrer ces approches pour rendre moins systématiques les soins dont ils sont de plus en plus souvent demandeurs, envisager autant des interventions thérapeutiques que des actions de prévention : ce sont les perspectives que ce texte voudrait encourager.

Au fil des pages le masculin sera souvent employé sans à chaque fois préciser l'homme ou la femme âgée. Ce parti pris grammatical ne doit pas pour autant concentrer le propos sur les hommes âgés et oublier les femmes, ces nombreuses femmes âgées qui n'échappent pas aux difficultés avec l'alcool, et dont les particularités essentielles sont à considérer.

## 1

*Consommer de l'alcool, vieillir*

## VIEILLIR N'EST PAS UNE MALADIE

Même si la vieillesse n'est pas une maladie, elle est l'occasion de multiples rencontres de soins. La population des pays occidentaux vieillit, le risque de maladie augmente avec l'âge : les soignants rencontrent ainsi de plus en plus de personnes âgées. L'avenir ne fera qu'amplifier cela, puisque les plus de 60 ans passeront de 20 % à 32 % de la population française entre 2000 et 2050, et les plus de 75 ans de 7 % à 16 % (source INSEE).

Depuis la naissance, l'avancée en âge est le reflet de la vie elle-même. Puisque l'on vit, on vieillit, et seuls les morts ne vieillissent plus ! Chaque jour rapproche tout être vivant de sa mort, mais pour autant ne doit pas le désespérer. Au jour où personne n'ose appeler « vieux » un vieux ou un vieillard, le terme aseptisé de *senior* remplace cette impossibilité à simplement nommer la

Centrer ce propos sur le seul produit qu'est l'alcool est un choix. Il engendre dans notre société suffisamment d'aspects, de questions variées pour remplir toutes les pages d'un livre qui lui est consacré, même dans une classe d'âge particulière. Pour autant, à l'ère de l'addictologie, qui tente d'englober les modalités de consommations sans se limiter à la seule dépendance, qui veut également dépasser les approches scindées en fonction des produits (et des comportements pour les pratiques sans produits), il convient de ne pas occulter ni négliger les autres pratiques addictives fréquentes chez les aînés : tabac, médicaments psychotropes détournés, mais aussi les addictions\* dites comportementales autour des jeux de hasard et d'argent principalement. Chacune de ces pratiques addictives justifierait autant de développements. Nous nous concentrons ici sur les seuls usages et mésusages d'alcool.

Par ce choix, et en tentant de dégager des axes d'interventions ou de recherches à venir, nous espérons favoriser une prise en compte de la souffrance alcoolique des aînés. Intégrer ces approches pour rendre moins systématiques les soins dont ils sont de plus en plus souvent demandeurs, envisager autant des interventions thérapeutiques que des actions de prévention : ce sont les perspectives que ce texte voudrait encourager.

Au fil des pages le masculin sera souvent employé sans à chaque fois préciser l'homme ou la femme âgée. Ce parti pris grammatical ne doit pas pour autant concentrer le propos sur les hommes âgés et oublier les femmes, ces nombreuses femmes âgées qui n'échappent pas aux difficultés avec l'alcool, et dont les particularités essentielles sont à considérer.

## 1

*Consommer de l'alcool, vieillir*

## VIEILLIR N'EST PAS UNE MALADIE

Même si la vieillesse n'est pas une maladie, elle est l'occasion de multiples rencontres de soins. La population des pays occidentaux vieillit, le risque de maladie augmente avec l'âge : les soignants rencontrent ainsi de plus en plus de personnes âgées. L'avenir ne fera qu'amplifier cela, puisque les plus de 60 ans passeront de 20 % à 32 % de la population française entre 2000 et 2050, et les plus de 75 ans de 7 % à 16 % (source INSEE).

Depuis la naissance, l'avancée en âge est le reflet de la vie elle-même. Puisque l'on vit, on vieillit, et seuls les morts ne vieillissent plus ! Chaque jour rapproche tout être vivant de sa mort, mais pour autant ne doit pas le désespérer. Au jour où personne n'ose appeler « vieux » un vieux ou un vieillard, le terme aseptisé de *senior* remplace cette impossibilité à simplement nommer la

Centrer ce propos sur le seul produit qu'est l'alcool est un choix. Il engendre dans notre société suffisamment d'aspects, de questions variées pour remplir toutes les pages d'un livre qui lui est consacré, même dans une classe d'âge particulière. Pour autant, à l'ère de l'addictologie, qui tente d'englober les modalités de consommations sans se limiter à la seule dépendance, qui veut également dépasser les approches scindées en fonction des produits (et des comportements pour les pratiques sans produits), il convient de ne pas occulter ni négliger les autres pratiques addictives fréquentes chez les aînés : tabac, médicaments psychotropes détournés, mais aussi les addictions\* dites comportementales autour des jeux de hasard et d'argent principalement. Chacune de ces pratiques addictives justifierait autant de développements. Nous nous concentrons ici sur les seuls usages et mésusages d'alcool.

Par ce choix, et en tentant de dégager des axes d'interventions ou de recherches à venir, nous espérons favoriser une prise en compte de la souffrance alcoolique des aînés. Intégrer ces approches pour rendre moins systématiques les soins dont ils sont de plus en plus souvent demandeurs, envisager autant des interventions thérapeutiques que des actions de prévention : ce sont les perspectives que ce texte voudrait encourager.

Au fil des pages le masculin sera souvent employé sans à chaque fois préciser l'homme ou la femme âgée. Ce parti pris grammatical ne doit pas pour autant concentrer le propos sur les hommes âgés et oublier les femmes, ces nombreuses femmes âgées qui n'échappent pas aux difficultés avec l'alcool, et dont les particularités essentielles sont à considérer.

## 1

*Consommer de l'alcool, vieillir*

## VIEILLIR N'EST PAS UNE MALADIE

Même si la vieillesse n'est pas une maladie, elle est l'occasion de multiples rencontres de soins. La population des pays occidentaux vieillit, le risque de maladie augmente avec l'âge : les soignants rencontrent ainsi de plus en plus de personnes âgées. L'avenir ne fera qu'amplifier cela, puisque les plus de 60 ans passeront de 20 % à 32 % de la population française entre 2000 et 2050, et les plus de 75 ans de 7 % à 16 % (source INSEE).

Depuis la naissance, l'avancée en âge est le reflet de la vie elle-même. Puisque l'on vit, on vieillit, et seuls les morts ne vieillissent plus ! Chaque jour rapproche tout être vivant de sa mort, mais pour autant ne doit pas le désespérer. Au jour où personne n'ose appeler « vieux » un vieux ou un vieillard, le terme aseptisé de *senior* remplace cette impossibilité à simplement nommer la

vieillesse et ses sujets. La dénomination d'ânés, empruntée aux Canadiens et aux Suisses, qui a eu quelques moments de gloire en France, est une alternative utile que nous emploierons. Au même titre que la mort, qui est souvent devenue étrangère et médicalisée, la vieillesse aseptisée, soignée sans fondement, relève d'une certaine négation de notre aptitude commune à vieillir chaque jour et à devoir ensuite mourir. Toutes ces négations ne simplifient pas la situation des plus âgés, pas plus qu'elles n'aident au travail de vieillir : un vrai travail psychologique que chacun doit mener.

Pour éclairer ce propos, il est possible de considérer la notion d'espérance de vie, habituellement envisagée depuis la naissance (84 ans pour les femmes ou 77 ans pour les hommes, selon des données de l'INSEE de 2010). Mais au fil de l'existence, l'espérance de vie tend plutôt à s'accroître, et surtout à augmenter sans incapacités, à la différence de ce qui était constaté depuis plusieurs décennies, où l'augmentation de l'espérance de vie concernait une vie autonome, mais aussi une vie avec maladies, dépendances... souvent redoutée. Il n'est jamais trop tard, disait un titre des *Alcooliques Anonymes*, à propos des « plus âgés ». Les espérances de vie à ces âges demeurèrent respectivement chez les femmes ou les hommes de 18 ou 14 ans à 70 ans, de 10 ou 8 ans à 80 ans ou encore de 5 ou 4 ans en moyenne à 90 ans (INSEE, 2005), et laissent un temps non négligeable pour souffrir de difficultés avec l'alcool sans soulagement, si du seul fait de l'âge on se désintéresse de ces situations.

## ÂGE CHRONOLOGIQUE ET ÂGE PHYSIOLOGIQUE

Les conséquences du vieillissement peuvent être massives à 70 ans chez certains ou modérées à 90 ans chez d'autres. L'âge du calendrier ne peut à lui seul refléter la réalité vécue. Aux effets du temps, de nombreux facteurs peuvent se surajouter et faire que l'âge fonctionnel devienne plus probant que le seul âge du calendrier.

Le vieillissement peut être schématiquement qualifié de trois manières ; elles s'appliquent à un individu né avec un capital génétique (l'inné) et qui s'est construit physiologiquement et psychologiquement (l'acquis) jusqu'à l'âge adulte avec un niveau fonctionnel global donné :

- le vieillissement physiologique, ce que rien ne peut modifier, c'est l'effet des ans. Ainsi certains défendent le fait que nous pourrions tous vivre jusqu'à 120 ou 130 ans ;
- le vieillissement accéléré, par certains facteurs extérieurs, environnementaux (exposition solaire, pollution...), toxiques (alcool, tabac...), ou de risques spécifiques (cardio-vasculaires, de maladies neurodégénératives...). Ces accélérateurs du vieillissement ne font qu'amplifier les effets du temps sans induire (encore) de maladies caractéristiques ;
- le vieillissement pathologique, celui qui est décompensé et pas seulement amplifié par l'existence de certaines maladies chroniques, en induisant des troubles particuliers (maladie d'Alzheimer, de Parkinson, maladies cardio-vasculaires...).

Un travail essentiel en gérontologie sera de différencier les effets inéluctables du temps (le vieillissement physiologi-

vieillesse et ses sujets. La dénomination d'ânés, empruntée aux Canadiens et aux Suisses, qui a eu quelques moments de gloire en France, est une alternative utile que nous emploierons. Au même titre que la mort, qui est souvent devenue étrangère et médicalisée, la vieillesse aseptisée, soignée sans fondement, relève d'une certaine négation de notre aptitude commune à vieillir chaque jour et à devoir ensuite mourir. Toutes ces négations ne simplifient pas la situation des plus âgés, pas plus qu'elles n'aident au travail de vieillir : un vrai travail psychologique que chacun doit mener.

Pour éclairer ce propos, il est possible de considérer la notion d'espérance de vie, habituellement envisagée depuis la naissance (84 ans pour les femmes ou 77 ans pour les hommes, selon des données de l'INSEE de 2010). Mais au fil de l'existence, l'espérance de vie tend plutôt à s'accroître, et surtout à augmenter sans incapacités, à la différence de ce qui était constaté depuis plusieurs décennies, où l'augmentation de l'espérance de vie concernait une vie autonome, mais aussi une vie avec maladies, dépendances... souvent redoutée. Il n'est jamais trop tard, disait un titre des *Alcooliques Anonymes*, à propos des « plus âgés ». Les espérances de vie à ces âges demeurèrent respectivement chez les femmes ou les hommes de 18 ou 14 ans à 70 ans, de 10 ou 8 ans à 80 ans ou encore de 5 ou 4 ans en moyenne à 90 ans (INSEE, 2005), et laissèrent un temps non négligeable pour souffrir de difficultés avec l'alcool sans soulagement, si du seul fait de l'âge on se désintéresse de ces situations.

## ÂGE CHRONOLOGIQUE ET ÂGE PHYSIOLOGIQUE

Les conséquences du vieillissement peuvent être massives à 70 ans chez certains ou modérées à 90 ans chez d'autres. L'âge du calendrier ne peut à lui seul refléter la réalité vécue. Aux effets du temps, de nombreux facteurs peuvent se surajouter et faire que l'âge fonctionnel devienne plus probant que le seul âge du calendrier.

Le vieillissement peut être schématiquement qualifié de trois manières ; elles s'appliquent à un individu né avec un capital génétique (l'inné) et qui s'est construit physiologiquement et psychologiquement (l'acquis) jusqu'à l'âge adulte avec un niveau fonctionnel global donné :

- le vieillissement physiologique, ce que rien ne peut modifier, c'est l'effet des ans. Ainsi certains défendent le fait que nous pourrions tous vivre jusqu'à 120 ou 130 ans ;
- le vieillissement accéléré, par certains facteurs extérieurs, environnementaux (exposition solaire, pollution...), toxiques (alcool, tabac...), ou de risques spécifiques (cardio-vasculaires, de maladies neurodégénératives...). Ces accélérateurs du vieillissement ne font qu'amplifier les effets du temps sans induire (encore) de maladies caractéristiques ;
- le vieillissement pathologique, celui qui est décompensé et pas seulement amplifié par l'existence de certaines maladies chroniques, en induisant des troubles particuliers (maladie d'Alzheimer, de Parkinson, maladies cardio-vasculaires...).

Un travail essentiel en gérontologie sera de différencier les effets inéluctables du temps (le vieillissement physiologi-

vieillesse et ses sujets. La dénomination d'ânés, empruntée aux Canadiens et aux Suisses, qui a eu quelques moments de gloire en France, est une alternative utile que nous emploierons. Au même titre que la mort, qui est souvent devenue étrangère et médicalisée, la vieillesse aseptisée, soignée sans fondement, relève d'une certaine négation de notre aptitude commune à vieillir chaque jour et à devoir ensuite mourir. Toutes ces négations ne simplifient pas la situation des plus âgés, pas plus qu'elles n'aident au travail de vieillir : un vrai travail psychologique que chacun doit mener.

Pour éclairer ce propos, il est possible de considérer la notion d'espérance de vie, habituellement envisagée depuis la naissance (84 ans pour les femmes ou 77 ans pour les hommes, selon des données de l'INSEE de 2010). Mais au fil de l'existence, l'espérance de vie tend plutôt à s'accroître, et surtout à augmenter sans incapacités, à la différence de ce qui était constaté depuis plusieurs décennies, où l'augmentation de l'espérance de vie concernait une vie autonome, mais aussi une vie avec maladies, dépendances... souvent redoutée. Il n'est jamais trop tard, disait un titre des *Alcooliques Anonymes*, à propos des « plus âgés ». Les espérances de vie à ces âges demeurèrent respectivement chez les femmes ou les hommes de 18 ou 14 ans à 70 ans, de 10 ou 8 ans à 80 ans ou encore de 5 ou 4 ans en moyenne à 90 ans (INSEE, 2005), et laissèrent un temps non négligeable pour souffrir de difficultés avec l'alcool sans soulagement, si du seul fait de l'âge on se désintéresse de ces situations.

## ÂGE CHRONOLOGIQUE ET ÂGE PHYSIOLOGIQUE

Les conséquences du vieillissement peuvent être massives à 70 ans chez certains ou modérées à 90 ans chez d'autres. L'âge du calendrier ne peut à lui seul refléter la réalité vécue. Aux effets du temps, de nombreux facteurs peuvent se surajouter et faire que l'âge fonctionnel devienne plus probant que le seul âge du calendrier.

Le vieillissement peut être schématiquement qualifié de trois manières ; elles s'appliquent à un individu né avec un capital génétique (l'inné) et qui s'est construit physiologiquement et psychologiquement (l'acquis) jusqu'à l'âge adulte avec un niveau fonctionnel global donné :

- le vieillissement physiologique, ce que rien ne peut modifier, c'est l'effet des ans. Ainsi certains défendent le fait que nous pourrions tous vivre jusqu'à 120 ou 130 ans ;
- le vieillissement accéléré, par certains facteurs extérieurs, environnementaux (exposition solaire, pollution...), toxiques (alcool, tabac...), ou de risques spécifiques (cardio-vasculaires, de maladies neurodégénératives...). Ces accélérateurs du vieillissement ne font qu'amplifier les effets du temps sans induire (encore) de maladies caractéristiques ;
- le vieillissement pathologique, celui qui est décompensé et pas seulement amplifié par l'existence de certaines maladies chroniques, en induisant des troubles particuliers (maladie d'Alzheimer, de Parkinson, maladies cardio-vasculaires...).

Un travail essentiel en gérontologie sera de différencier les effets inéluctables du temps (le vieillissement physiologi-

vieillesse et ses sujets. La dénomination d'ânés, empruntée aux Canadiens et aux Suisses, qui a eu quelques moments de gloire en France, est une alternative utile que nous emploierons. Au même titre que la mort, qui est souvent devenue étrangère et médicalisée, la vieillesse aseptisée, soignée sans fondement, relève d'une certaine négation de notre aptitude commune à vieillir chaque jour et à devoir ensuite mourir. Toutes ces négations ne simplifient pas la situation des plus âgés, pas plus qu'elles n'aident au travail de vieillir : un vrai travail psychologique que chacun doit mener.

Pour éclairer ce propos, il est possible de considérer la notion d'espérance de vie, habituellement envisagée depuis la naissance (84 ans pour les femmes ou 77 ans pour les hommes, selon des données de l'INSEE de 2010). Mais au fil de l'existence, l'espérance de vie tend plutôt à s'accroître, et surtout à augmenter sans incapacités, à la différence de ce qui était constaté depuis plusieurs décennies, où l'augmentation de l'espérance de vie concernait une vie autonome, mais aussi une vie avec maladies, dépendances... souvent redoutée. Il n'est jamais trop tard, disait un titre des *Alcooliques Anonymes*, à propos des « plus âgés ». Les espérances de vie à ces âges demeurent respectivement chez les femmes ou les hommes de 18 ou 14 ans à 70 ans, de 10 ou 8 ans à 80 ans ou encore de 5 ou 4 ans en moyenne à 90 ans (INSEE, 2005), et laissent un temps non négligeable pour souffrir de difficultés avec l'alcool sans soulagement, si du seul fait de l'âge on se désintéresse de ces situations.

## ÂGE CHRONOLOGIQUE ET ÂGE PHYSIOLOGIQUE

Les conséquences du vieillissement peuvent être massives à 70 ans chez certains ou modérées à 90 ans chez d'autres. L'âge du calendrier ne peut à lui seul refléter la réalité vécue. Aux effets du temps, de nombreux facteurs peuvent se surajouter et faire que l'âge fonctionnel devienne plus probant que le seul âge du calendrier.

Le vieillissement peut être schématiquement qualifié de trois manières ; elles s'appliquent à un individu né avec un capital génétique (l'inné) et qui s'est construit physiologiquement et psychologiquement (l'acquis) jusqu'à l'âge adulte avec un niveau fonctionnel global donné :

- le vieillissement physiologique, ce que rien ne peut modifier, c'est l'effet des ans. Ainsi certains défendent le fait que nous pourrions tous vivre jusqu'à 120 ou 130 ans ;
- le vieillissement accéléré, par certains facteurs extérieurs, environnementaux (exposition solaire, pollution...), toxiques (alcool, tabac...), ou de risques spécifiques (cardio-vasculaires, de maladies neurodégénératives...). Ces accélérateurs du vieillissement ne font qu'amplifier les effets du temps sans induire (encore) de maladies caractéristiques ;
- le vieillissement pathologique, celui qui est décompensé et pas seulement amplifié par l'existence de certaines maladies chroniques, en induisant des troubles particuliers (maladie d'Alzheimer, de Parkinson, maladies cardio-vasculaires...).

Un travail essentiel en gérontologie sera de différencier les effets inéluctables du temps (le vieillissement physiologi-

vieillesse et ses sujets. La dénomination d'ânés, empruntée aux Canadiens et aux Suisses, qui a eu quelques moments de gloire en France, est une alternative utile que nous emploierons. Au même titre que la mort, qui est souvent devenue étrangère et médicalisée, la vieillesse aseptisée, soignée sans fondement, relève d'une certaine négation de notre aptitude commune à vieillir chaque jour et à devoir ensuite mourir. Toutes ces négations ne simplifient pas la situation des plus âgés, pas plus qu'elles n'aident au travail de vieillir : un vrai travail psychologique que chacun doit mener.

Pour éclairer ce propos, il est possible de considérer la notion d'espérance de vie, habituellement envisagée depuis la naissance (84 ans pour les femmes ou 77 ans pour les hommes, selon des données de l'INSEE de 2010). Mais au fil de l'existence, l'espérance de vie tend plutôt à s'accroître, et surtout à augmenter sans incapacités, à la différence de ce qui était constaté depuis plusieurs décennies, où l'augmentation de l'espérance de vie concernait une vie autonome, mais aussi une vie avec maladies, dépendances... souvent redoutée. Il n'est jamais trop tard, disait un titre des *Alcooliques Anonymes*, à propos des « plus âgés ». Les espérances de vie à ces âges demeurent respectivement chez les femmes ou les hommes de 18 ou 14 ans à 70 ans, de 10 ou 8 ans à 80 ans ou encore de 5 ou 4 ans en moyenne à 90 ans (INSEE, 2005), et laissent un temps non négligeable pour souffrir de difficultés avec l'alcool sans soulagement, si du seul fait de l'âge on se désintéresse de ces situations.

## ÂGE CHRONOLOGIQUE ET ÂGE PHYSIOLOGIQUE

Les conséquences du vieillissement peuvent être massives à 70 ans chez certains ou modérées à 90 ans chez d'autres. L'âge du calendrier ne peut à lui seul refléter la réalité vécue. Aux effets du temps, de nombreux facteurs peuvent se surajouter et faire que l'âge fonctionnel devienne plus probant que le seul âge du calendrier.

Le vieillissement peut être schématiquement qualifié de trois manières ; elles s'appliquent à un individu né avec un capital génétique (l'inné) et qui s'est construit physiologiquement et psychologiquement (l'acquis) jusqu'à l'âge adulte avec un niveau fonctionnel global donné :

- le vieillissement physiologique, ce que rien ne peut modifier, c'est l'effet des ans. Ainsi certains défendent le fait que nous pourrions tous vivre jusqu'à 120 ou 130 ans ;
- le vieillissement accéléré, par certains facteurs extérieurs, environnementaux (exposition solaire, pollution...), toxiques (alcool, tabac...), ou de risques spécifiques (cardio-vasculaires, de maladies neurodégénératives...). Ces accélérateurs du vieillissement ne font qu'amplifier les effets du temps sans induire (encore) de maladies caractéristiques ;
- le vieillissement pathologique, celui qui est décompensé et pas seulement amplifié par l'existence de certaines maladies chroniques, en induisant des troubles particuliers (maladie d'Alzheimer, de Parkinson, maladies cardio-vasculaires...).

Un travail essentiel en gérontologie sera de différencier les effets inéluctables du temps (le vieillissement physiologi-

que), des facteurs d'accélération ou d'amplification, sur lesquels on peut agir en prévention : protection solaire, lutte contre le tabagisme, prévention cardio-vasculaire, prévention des dommages dus à l'alcool..., et des conséquences liées à des maladies autonomes, qui relèveront de soins et de traitements spécifiques.

Ce travail de différenciation permet de ne pas céder au défaitisme et de ne pas tout rattacher au seul vieillissement : la sénilité. Ce terme qui devrait être définitivement abandonné tendait à signifier que tous les troubles des personnes âgées ne relevaient que de la vieillesse et n'appelaient donc aucun traitement. C'est l'opposé du soin global adapté à la personne âgée, du soin gériatrique. L'âge ne rend pas malade, mais une affection spécifique surajoutée, de plus en plus fréquente avec l'avancée en âge, amène à ce diagnostic. La notion de maladie d'Alzheimer ou apparentée remplace ainsi la notion de démence sénile, pour ne citer qu'une des affections la plus redoutée dans la vieillesse.

À l'inverse, certaines caractéristiques propres au vieillissement même accéléré ne constituent pas des maladies à elles seules. Autant il convient de ne pas négliger et de ne pas laisser évoluer des maladies sans soins adaptés, autant il ne faut pas en créer de nouvelles et parfois inventer leurs thérapeutiques médicamenteuses sans objet. Ni par excès ni par défaut, le soin gériatrique doit être ajusté à chaque moment, chaque situation, chaque personne, en d'autres termes individualisé.

## FRAGILITÉ, VULNÉRABILITÉ ET VIEILLESSE

Vieillir après l'âge adulte induit une vulnérabilité qui a été théorisée avec la notion de vieillard fragile, *frail elderly* des Anglo-Saxons. Cette réduction multisystémique des réserves fonctionnelles de l'organisme, des ressources pour faire face à une situation nouvelle ou une désadaptation, induit un risque majeur de décompensation fonctionnelle (Gonthier, 2003). Il en découle une plus grande sensibilité aux changements et de plus grandes difficultés d'adaptation. Le vieillissement est ainsi envisagé comme une remise en question des capacités d'adaptation, à faire face à tout nouveau changement, besoin, ou interférence.

La diminution des réserves fonctionnelles comme illustration du vieillissement a été diverses fois envisagée. Elle a été théorisée par différents auteurs qui considèrent le vieillissement comme un déclin progressif des aptitudes, pouvant être accéléré par un facteur de risque surajouté, ou décompensé par un événement ponctuel (maladie, événement de vie...). Dans une description initiale (Bouchon, 1984), de nombreuses fois reprises depuis, un modèle de réflexion gériatrique dit du « 1+2+3 » est proposé, et associe « 1 » le vieillissement naturel d'un organe, « 2 » une maladie dont l'évolutivité peut amener à une défaillance (de fonction ou d'organe), et « 3 » un facteur déclenchant ou de déstabilisation : une pathologie intercurrente, un événement. Ainsi, chaque combinaison de ces trois points offre un modèle pour appréhender la plupart des situations cliniques gériatriques en envisageant vieillissement, maladies chroniques et affections surajoutées sans les confondre.

que), des facteurs d'accélération ou d'amplification, sur lesquels on peut agir en prévention : protection solaire, lutte contre le tabagisme, prévention cardio-vasculaire, prévention des dommages dus à l'alcool..., et des conséquences liées à des maladies autonomes, qui relèveront de soins et de traitements spécifiques.

Ce travail de différenciation permet de ne pas céder au défaitisme et de ne pas tout rattacher au seul vieillissement : la sénilité. Ce terme qui devrait être définitivement abandonné tendait à signifier que tous les troubles des personnes âgées ne relevaient que de la vieillesse et n'appelaient donc aucun traitement. C'est l'opposé du soin global adapté à la personne âgée, du soin gériatrique. L'âge ne rend pas malade, mais une affection spécifique surajoutée, de plus en plus fréquente avec l'avancée en âge, amène à ce diagnostic. La notion de maladie d'Alzheimer ou apparentée remplace ainsi la notion de démence sénile, pour ne citer qu'une des affections la plus redoutée dans la vieillesse.

À l'inverse, certaines caractéristiques propres au vieillissement même accéléré ne constituent pas des maladies à elles seules. Autant il convient de ne pas négliger et de ne pas laisser évoluer des maladies sans soins adaptés, autant il ne faut pas en créer de nouvelles et parfois inventer leurs thérapeutiques médicamenteuses sans objet. Ni par excès ni par défaut, le soin gériatrique doit être ajusté à chaque moment, chaque situation, chaque personne, en d'autres termes individualisé.

## FRAGILITÉ, VULNÉRABILITÉ ET VIEILLESSE

Vieillir après l'âge adulte induit une vulnérabilité qui a été théorisée avec la notion de vieillard fragile, *frail elderly* des Anglo-Saxons. Cette réduction multisystémique des réserves fonctionnelles de l'organisme, des ressources pour faire face à une situation nouvelle ou une désadaptation, induit un risque majeur de décompensation fonctionnelle (Gonthier, 2003). Il en découle une plus grande sensibilité aux changements et de plus grandes difficultés d'adaptation. Le vieillissement est ainsi envisagé comme une remise en question des capacités d'adaptation, à faire face à tout nouveau changement, besoin, ou interférence.

La diminution des réserves fonctionnelles comme illustration du vieillissement a été diverses fois envisagée. Elle a été théorisée par différents auteurs qui considèrent le vieillissement comme un déclin progressif des aptitudes, pouvant être accéléré par un facteur de risque surajouté, ou décompensé par un événement ponctuel (maladie, événement de vie...). Dans une description initiale (Bouchon, 1984), de nombreuses fois reprises depuis, un modèle de réflexion gériatrique dit du « 1+2+3 » est proposé, et associe « 1 » le vieillissement naturel d'un organe, « 2 » une maladie dont l'évolutivité peut amener à une défaillance (de fonction ou d'organe), et « 3 » un facteur déclenchant ou de déstabilisation : une pathologie intercurrente, un événement. Ainsi, chaque combinaison de ces trois points offre un modèle pour appréhender la plupart des situations cliniques gériatriques en envisageant vieillissement, maladies chroniques et affections surajoutées sans les confondre.

que), des facteurs d'accélération ou d'amplification, sur lesquels on peut agir en prévention: protection solaire, lutte contre le tabagisme, prévention cardio-vasculaire, prévention des dommages dus à l'alcool..., et des conséquences liées à des maladies autonomes, qui relèveront de soins et de traitements spécifiques.

Ce travail de différenciation permet de ne pas céder au défaitisme et de ne pas tout rattacher au seul vieillissement: la sénilité. Ce terme qui devrait être définitivement abandonné tendait à signifier que tous les troubles des personnes âgées ne relevaient que de la vieillesse et n'appelaient donc aucun traitement. C'est l'opposé du soin global adapté à la personne âgée, du soin gériatrique. L'âge ne rend pas malade, mais une affection spécifique surajoutée, de plus en plus fréquente avec l'avancée en âge, amène à ce diagnostic. La notion de maladie d'Alzheimer ou apparentée remplace ainsi la notion de démence sénile, pour ne citer qu'une des affections la plus redoutée dans la vieillesse.

À l'inverse, certaines caractéristiques propres au vieillissement même accéléré ne constituent pas des maladies à elles seules. Autant il convient de ne pas négliger et de ne pas laisser évoluer des maladies sans soins adaptés, autant il ne faut pas en créer de nouvelles et parfois inventer leurs thérapeutiques médicamenteuses sans objet. Ni par excès ni par défaut, le soin gériatrique doit être ajusté à chaque moment, chaque situation, chaque personne, en d'autres termes individualisé.

## FRAGILITÉ, VULNÉRABILITÉ ET VIEILLESSE

Vieillir après l'âge adulte induit une vulnérabilité qui a été théorisée avec la notion de vieillard fragile, *frail elderly* des Anglo-Saxons. Cette réduction multisystémique des réserves fonctionnelles de l'organisme, des ressources pour faire face à une situation nouvelle ou une désadaptation, induit un risque majeur de décompensation fonctionnelle (Gonthier, 2003). Il en découle une plus grande sensibilité aux changements et de plus grandes difficultés d'adaptation. Le vieillissement est ainsi envisagé comme une remise en question des capacités d'adaptation, à faire face à tout nouveau changement, besoin, ou interférence.

La diminution des réserves fonctionnelles comme illustration du vieillissement a été diverses fois envisagée. Elle a été théorisée par différents auteurs qui considèrent le vieillissement comme un déclin progressif des aptitudes, pouvant être accéléré par un facteur de risque surajouté, ou décompensé par un événement ponctuel (maladie, événement de vie...). Dans une description initiale (Bouchon, 1984), de nombreuses fois reprises depuis, un modèle de réflexion gériatrique dit du «1+2+3» est proposé, et associe «1» le vieillissement naturel d'un organe, «2» une maladie dont l'évolutivité peut amener à une défaillance (de fonction ou d'organe), et «3» un facteur déclenchant ou de déstabilisation: une pathologie intercurrente, un événement. Ainsi, chaque combinaison de ces trois points offre un modèle pour appréhender la plupart des situations cliniques gériatriques en envisageant vieillissement, maladies chroniques et affections surajoutées sans les confondre.

que), des facteurs d'accélération ou d'amplification, sur lesquels on peut agir en prévention : protection solaire, lutte contre le tabagisme, prévention cardio-vasculaire, prévention des dommages dus à l'alcool..., et des conséquences liées à des maladies autonomes, qui relèveront de soins et de traitements spécifiques.

Ce travail de différenciation permet de ne pas céder au défaitisme et de ne pas tout rattacher au seul vieillissement : la sénilité. Ce terme qui devrait être définitivement abandonné tendait à signifier que tous les troubles des personnes âgées ne relevaient que de la vieillesse et n'appelaient donc aucun traitement. C'est l'opposé du soin global adapté à la personne âgée, du soin gériatrique. L'âge ne rend pas malade, mais une affection spécifique surajoutée, de plus en plus fréquente avec l'avancée en âge, amène à ce diagnostic. La notion de maladie d'Alzheimer ou apparentée remplace ainsi la notion de démence sénile, pour ne citer qu'une des affections la plus redoutée dans la vieillesse.

À l'inverse, certaines caractéristiques propres au vieillissement même accéléré ne constituent pas des maladies à elles seules. Autant il convient de ne pas négliger et de ne pas laisser évoluer des maladies sans soins adaptés, autant il ne faut pas en créer de nouvelles et parfois inventer leurs thérapeutiques médicamenteuses sans objet. Ni par excès ni par défaut, le soin gériatrique doit être ajusté à chaque moment, chaque situation, chaque personne, en d'autres termes individualisé.

## FRAGILITÉ, VULNÉRABILITÉ ET VIEILLESSE

Vieillir après l'âge adulte induit une vulnérabilité qui a été théorisée avec la notion de vieillard fragile, *frail elderly* des Anglo-Saxons. Cette réduction multisystémique des réserves fonctionnelles de l'organisme, des ressources pour faire face à une situation nouvelle ou une désadaptation, induit un risque majeur de décompensation fonctionnelle (Gonthier, 2003). Il en découle une plus grande sensibilité aux changements et de plus grandes difficultés d'adaptation. Le vieillissement est ainsi envisagé comme une remise en question des capacités d'adaptation, à faire face à tout nouveau changement, besoin, ou interférence.

La diminution des réserves fonctionnelles comme illustration du vieillissement a été diverses fois envisagée. Elle a été théorisée par différents auteurs qui considèrent le vieillissement comme un déclin progressif des aptitudes, pouvant être accéléré par un facteur de risque surajouté, ou décompensé par un événement ponctuel (maladie, événement de vie...). Dans une description initiale (Bouchon, 1984), de nombreuses fois reprises depuis, un modèle de réflexion gériatrique dit du « 1+2+3 » est proposé, et associe « 1 » le vieillissement naturel d'un organe, « 2 » une maladie dont l'évolutivité peut amener à une défaillance (de fonction ou d'organe), et « 3 » un facteur déclenchant ou de déstabilisation : une pathologie intercurrente, un événement. Ainsi, chaque combinaison de ces trois points offre un modèle pour appréhender la plupart des situations cliniques gériatriques en envisageant vieillissement, maladies chroniques et affections surajoutées sans les confondre.

que), des facteurs d'accélération ou d'amplification, sur lesquels on peut agir en prévention : protection solaire, lutte contre le tabagisme, prévention cardio-vasculaire, prévention des dommages dus à l'alcool..., et des conséquences liées à des maladies autonomes, qui relèveront de soins et de traitements spécifiques.

Ce travail de différenciation permet de ne pas céder au défaitisme et de ne pas tout rattacher au seul vieillissement : la sénilité. Ce terme qui devrait être définitivement abandonné tendait à signifier que tous les troubles des personnes âgées ne relevaient que de la vieillesse et n'appelaient donc aucun traitement. C'est l'opposé du soin global adapté à la personne âgée, du soin gériatrique. L'âge ne rend pas malade, mais une affection spécifique surajoutée, de plus en plus fréquente avec l'avancée en âge, amène à ce diagnostic. La notion de maladie d'Alzheimer ou apparentée remplace ainsi la notion de démence sénile, pour ne citer qu'une des affections la plus redoutée dans la vieillesse.

À l'inverse, certaines caractéristiques propres au vieillissement même accéléré ne constituent pas des maladies à elles seules. Autant il convient de ne pas négliger et de ne pas laisser évoluer des maladies sans soins adaptés, autant il ne faut pas en créer de nouvelles et parfois inventer leurs thérapeutiques médicamenteuses sans objet. Ni par excès ni par défaut, le soin gériatrique doit être ajusté à chaque moment, chaque situation, chaque personne, en d'autres termes individualisé.

## FRAGILITÉ, VULNÉRABILITÉ ET VIEILLESSE

Vieillir après l'âge adulte induit une vulnérabilité qui a été théorisée avec la notion de vieillard fragile, *frail elderly* des Anglo-Saxons. Cette réduction multisystémique des réserves fonctionnelles de l'organisme, des ressources pour faire face à une situation nouvelle ou une désadaptation, induit un risque majeur de décompensation fonctionnelle (Gonthier, 2003). Il en découle une plus grande sensibilité aux changements et de plus grandes difficultés d'adaptation. Le vieillissement est ainsi envisagé comme une remise en question des capacités d'adaptation, à faire face à tout nouveau changement, besoin, ou interférence.

La diminution des réserves fonctionnelles comme illustration du vieillissement a été diverses fois envisagée. Elle a été théorisée par différents auteurs qui considèrent le vieillissement comme un déclin progressif des aptitudes, pouvant être accéléré par un facteur de risque surajouté, ou décompensé par un événement ponctuel (maladie, événement de vie...). Dans une description initiale (Bouchon, 1984), de nombreuses fois reprises depuis, un modèle de réflexion gériatrique dit du « 1+2+3 » est proposé, et associe « 1 » le vieillissement naturel d'un organe, « 2 » une maladie dont l'évolutivité peut amener à une défaillance (de fonction ou d'organe), et « 3 » un facteur déclenchant ou de déstabilisation : une pathologie intercurrente, un événement. Ainsi, chaque combinaison de ces trois points offre un modèle pour appréhender la plupart des situations cliniques gériatriques en envisageant vieillissement, maladies chroniques et affections surajoutées sans les confondre.

La notion de fragilité découle de la réduction progressive des réserves fonctionnelles, des aptitudes et des capacités à faire face. Cette fragilité sous-tend une vulnérabilité, une sensibilité plus grande à un moindre stimulus, un événement de vie, un traumatisme physique ou un événement pathologique. Une interférence minime peut avoir de grandes conséquences : tout se passe comme si l'âge entraînait une réduction de la capacité à absorber les chocs, quels qu'ils soient : émotionnels, psychologiques, physiques, liés à une maladie.

Le vieillissement est souvent associé à une réduction progressive de toutes les capacités ou aptitudes : motrices, respiratoires, cardiaques, sexuelles, auditives, visuelles, olfactives, mais aussi cognitives. Plus on part de haut (avec un capital initial et des réserves fonctionnelles élevées), plus les aptitudes resteront développées, plus le déclin sera lent et le niveau d'insuffisance atteint tardivement. Cette vision du vieillissement comme un déclin progressif participe à la considération négative de la vieillesse, mais reçoit bien des ancrages dans la clinique.

En réaction, la théorie du « bien vieillir » s'est développée comme une modalité pour optimiser le vieillissement. De là dérivent beaucoup de conseils pour une vieillesse heureuse, présentés de manière plus ou moins péremptoire : conseils alimentaires, d'exercice physique, de limitation des prises de toxiques, de contrôle des facteurs de risques, de maintien des afférentations sensorielles (vue, audition) et des relations sociales...

## PARLER D'ALCOOL EN FRANCE

Sans que ce soit un réel tabou, parler d'alcool n'est pas simple en France, pays de tradition latine et viticole. On suspecte vite, chez celui qui aborde la question de l'alcool, une volonté d'interdire, voire de refuser ce(s) plaisir(s). Très vite, la plaisanterie ou la gastronomie arrivent comme prétextes ou comme une pirouette pour ne pas parler de ce sujet qui dérange. Plaisanterie et ironie dans une référence gauloise où l'alcool ferait partie intégrante de la vie ; gastronomie dans le pays qui se réclame la référence en ce domaine, pour substituer la dégustation à la recherche d'effets psychotropes. De ces amalgames naît une confusion peu propice à un discours raisonné autour de l'alcool.

Boire du vin ou toute autre boisson alcoolisée est vite associé au plaisir de la convivialité, de la dégustation. La gastronomie comme barrière au risque alcool est souvent évoquée ; mais ce n'est peut-être qu'une illusion qui met à bas toute la clinique alcoologique ou addictologique. Pour autant, consommer de l'alcool n'est pas un problème en soi. Entre ces deux extrêmes, se trouve une réalité plus complexe, qui prend en compte le fait que l'alcool est avant tout une substance psychoactive. Même si les boissons alcoolisées sont dégustées, il ne faut pas négliger le fait qu'elles sont plus souvent consommées pour leurs effets psychoactifs de modulation de la pensée que pour le seul goût.

Dans le cadre de la santé et de sa préservation, le premier point essentiel est la distinction entre des consommations d'alcool agréables, sans risques ou sans dommages, et des mésusages qui aboutissent à des difficultés et à

La notion de fragilité découle de la réduction progressive des réserves fonctionnelles, des aptitudes et des capacités à faire face. Cette fragilité sous-tend une vulnérabilité, une sensibilité plus grande à un moindre stimulus, un événement de vie, un traumatisme physique ou un événement pathologique. Une interférence minime peut avoir de grandes conséquences : tout se passe comme si l'âge entraînait une réduction de la capacité à absorber les chocs, quels qu'ils soient : émotionnels, psychologiques, physiques, liés à une maladie.

Le vieillissement est souvent associé à une réduction progressive de toutes les capacités ou aptitudes : motrices, respiratoires, cardiaques, sexuelles, auditives, visuelles, olfactives, mais aussi cognitives. Plus on part de haut (avec un capital initial et des réserves fonctionnelles élevées), plus les aptitudes resteront développées, plus le déclin sera lent et le niveau d'insuffisance atteint tardivement. Cette vision du vieillissement comme un déclin progressif participe à la considération négative de la vieillesse, mais reçoit bien des ancrages dans la clinique.

En réaction, la théorie du « bien vieillir » s'est développée comme une modalité pour optimiser le vieillissement. De là dérivent beaucoup de conseils pour une vieillesse heureuse, présentés de manière plus ou moins péremptoire : conseils alimentaires, d'exercice physique, de limitation des prises de toxiques, de contrôle des facteurs de risques, de maintien des afférentations sensorielles (vue, audition) et des relations sociales...

## PARLER D'ALCOOL EN FRANCE

Sans que ce soit un réel tabou, parler d'alcool n'est pas simple en France, pays de tradition latine et viticole. On suspecte vite, chez celui qui aborde la question de l'alcool, une volonté d'interdire, voire de refuser ce(s) plaisir(s). Très vite, la plaisanterie ou la gastronomie arrivent comme prétextes ou comme une pirouette pour ne pas parler de ce sujet qui dérange. Plaisanterie et ironie dans une référence gauloise où l'alcool ferait partie intégrante de la vie ; gastronomie dans le pays qui se réclame la référence en ce domaine, pour substituer la dégustation à la recherche d'effets psychotropes. De ces amalgames naît une confusion peu propice à un discours raisonné autour de l'alcool.

Boire du vin ou toute autre boisson alcoolisée est vite associé au plaisir de la convivialité, de la dégustation. La gastronomie comme barrière au risque alcool est souvent évoquée ; mais ce n'est peut-être qu'une illusion qui met à bas toute la clinique alcoologique ou addictologique. Pour autant, consommer de l'alcool n'est pas un problème en soi. Entre ces deux extrêmes, se trouve une réalité plus complexe, qui prend en compte le fait que l'alcool est avant tout une substance psychoactive. Même si les boissons alcoolisées sont dégustées, il ne faut pas négliger le fait qu'elles sont plus souvent consommées pour leurs effets psychoactifs de modulation de la pensée que pour le seul goût.

Dans le cadre de la santé et de sa préservation, le premier point essentiel est la distinction entre des consommations d'alcool agréables, sans risques ou sans dommages, et des mésusages qui aboutissent à des difficultés et à

La notion de fragilité découle de la réduction progressive des réserves fonctionnelles, des aptitudes et des capacités à faire face. Cette fragilité sous-tend une vulnérabilité, une sensibilité plus grande à un moindre stimulus, un événement de vie, un traumatisme physique ou un événement pathologique. Une interférence minime peut avoir de grandes conséquences : tout se passe comme si l'âge entraînait une réduction de la capacité à absorber les chocs, quels qu'ils soient : émotionnels, psychologiques, physiques, liés à une maladie.

Le vieillissement est souvent associé à une réduction progressive de toutes les capacités ou aptitudes : motrices, respiratoires, cardiaques, sexuelles, auditives, visuelles, olfactives, mais aussi cognitives. Plus on part de haut (avec un capital initial et des réserves fonctionnelles élevées), plus les aptitudes resteront développées, plus le déclin sera lent et le niveau d'insuffisance atteint tardivement. Cette vision du vieillissement comme un déclin progressif participe à la considération négative de la vieillesse, mais reçoit bien des ancrages dans la clinique.

En réaction, la théorie du « bien vieillir » s'est développée comme une modalité pour optimiser le vieillissement. De là dérivent beaucoup de conseils pour une vieillesse heureuse, présentés de manière plus ou moins péremptoire : conseils alimentaires, d'exercice physique, de limitation des prises de toxiques, de contrôle des facteurs de risques, de maintien des afférentations sensorielles (vue, audition) et des relations sociales...

## PARLER D'ALCOOL EN FRANCE

Sans que ce soit un réel tabou, parler d'alcool n'est pas simple en France, pays de tradition latine et viticole. On suspecte vite, chez celui qui aborde la question de l'alcool, une volonté d'interdire, voire de refuser ce(s) plaisir(s). Très vite, la plaisanterie ou la gastronomie arrivent comme prétextes ou comme une pirouette pour ne pas parler de ce sujet qui dérange. Plaisanterie et ironie dans une référence gauloise où l'alcool ferait partie intégrante de la vie ; gastronomie dans le pays qui se réclame la référence en ce domaine, pour substituer la dégustation à la recherche d'effets psychotropes. De ces amalgames naît une confusion peu propice à un discours raisonné autour de l'alcool.

Boire du vin ou toute autre boisson alcoolisée est vite associé au plaisir de la convivialité, de la dégustation. La gastronomie comme barrière au risque alcool est souvent évoquée ; mais ce n'est peut-être qu'une illusion qui met à bas toute la clinique alcoologique ou addictologique. Pour autant, consommer de l'alcool n'est pas un problème en soi. Entre ces deux extrêmes, se trouve une réalité plus complexe, qui prend en compte le fait que l'alcool est avant tout une substance psychoactive. Même si les boissons alcoolisées sont dégustées, il ne faut pas négliger le fait qu'elles sont plus souvent consommées pour leurs effets psychoactifs de modulation de la pensée que pour le seul goût.

Dans le cadre de la santé et de sa préservation, le premier point essentiel est la distinction entre des consommations d'alcool agréables, sans risques ou sans dommages, et des mésusages qui aboutissent à des difficultés et à

La notion de fragilité découle de la réduction progressive des réserves fonctionnelles, des aptitudes et des capacités à faire face. Cette fragilité sous-tend une vulnérabilité, une sensibilité plus grande à un moindre stimulus, un événement de vie, un traumatisme physique ou un événement pathologique. Une interférence minime peut avoir de grandes conséquences : tout se passe comme si l'âge entraînait une réduction de la capacité à absorber les chocs, quels qu'ils soient : émotionnels, psychologiques, physiques, liés à une maladie.

Le vieillissement est souvent associé à une réduction progressive de toutes les capacités ou aptitudes : motrices, respiratoires, cardiaques, sexuelles, auditives, visuelles, olfactives, mais aussi cognitives. Plus on part de haut (avec un capital initial et des réserves fonctionnelles élevées), plus les aptitudes resteront développées, plus le déclin sera lent et le niveau d'insuffisance atteint tardivement. Cette vision du vieillissement comme un déclin progressif participe à la considération négative de la vieillesse, mais reçoit bien des ancrages dans la clinique.

En réaction, la théorie du « bien vieillir » s'est développée comme une modalité pour optimiser le vieillissement. De là dérivent beaucoup de conseils pour une vieillesse heureuse, présentés de manière plus ou moins péremptoire : conseils alimentaires, d'exercice physique, de limitation des prises de toxiques, de contrôle des facteurs de risques, de maintien des afférentations sensorielles (vue, audition) et des relations sociales...

## PARLER D'ALCOOL EN FRANCE

Sans que ce soit un réel tabou, parler d'alcool n'est pas simple en France, pays de tradition latine et viticole. On suspecte vite, chez celui qui aborde la question de l'alcool, une volonté d'interdire, voire de refuser ce(s) plaisir(s). Très vite, la plaisanterie ou la gastronomie arrivent comme prétextes ou comme une pirouette pour ne pas parler de ce sujet qui dérange. Plaisanterie et ironie dans une référence gauloise où l'alcool ferait partie intégrante de la vie ; gastronomie dans le pays qui se réclame la référence en ce domaine, pour substituer la dégustation à la recherche d'effets psychotropes. De ces amalgames naît une confusion peu propice à un discours raisonné autour de l'alcool.

Boire du vin ou toute autre boisson alcoolisée est vite associé au plaisir de la convivialité, de la dégustation. La gastronomie comme barrière au risque alcool est souvent évoquée ; mais ce n'est peut-être qu'une illusion qui met à bas toute la clinique alcoologique ou addictologique. Pour autant, consommer de l'alcool n'est pas un problème en soi. Entre ces deux extrêmes, se trouve une réalité plus complexe, qui prend en compte le fait que l'alcool est avant tout une substance psychoactive. Même si les boissons alcoolisées sont dégustées, il ne faut pas négliger le fait qu'elles sont plus souvent consommées pour leurs effets psychoactifs de modulation de la pensée que pour le seul goût.

Dans le cadre de la santé et de sa préservation, le premier point essentiel est la distinction entre des consommations d'alcool agréables, sans risques ou sans dommages, et des mésusages qui aboutissent à des difficultés et à

La notion de fragilité découle de la réduction progressive des réserves fonctionnelles, des aptitudes et des capacités à faire face. Cette fragilité sous-tend une vulnérabilité, une sensibilité plus grande à un moindre stimulus, un événement de vie, un traumatisme physique ou un événement pathologique. Une interférence minime peut avoir de grandes conséquences : tout se passe comme si l'âge entraînait une réduction de la capacité à absorber les chocs, quels qu'ils soient : émotionnels, psychologiques, physiques, liés à une maladie.

Le vieillissement est souvent associé à une réduction progressive de toutes les capacités ou aptitudes : motrices, respiratoires, cardiaques, sexuelles, auditives, visuelles, olfactives, mais aussi cognitives. Plus on part de haut (avec un capital initial et des réserves fonctionnelles élevées), plus les aptitudes resteront développées, plus le déclin sera lent et le niveau d'insuffisance atteint tardivement. Cette vision du vieillissement comme un déclin progressif participe à la considération négative de la vieillesse, mais reçoit bien des ancrages dans la clinique.

En réaction, la théorie du « bien vieillir » s'est développée comme une modalité pour optimiser le vieillissement. De là dérivent beaucoup de conseils pour une vieillesse heureuse, présentés de manière plus ou moins péremptoire : conseils alimentaires, d'exercice physique, de limitation des prises de toxiques, de contrôle des facteurs de risques, de maintien des afférentations sensorielles (vue, audition) et des relations sociales...

## PARLER D'ALCOOL EN FRANCE

Sans que ce soit un réel tabou, parler d'alcool n'est pas simple en France, pays de tradition latine et viticole. On suspecte vite, chez celui qui aborde la question de l'alcool, une volonté d'interdire, voire de refuser ce(s) plaisir(s). Très vite, la plaisanterie ou la gastronomie arrivent comme prétextes ou comme une pirouette pour ne pas parler de ce sujet qui dérange. Plaisanterie et ironie dans une référence gauloise où l'alcool ferait partie intégrante de la vie ; gastronomie dans le pays qui se réclame la référence en ce domaine, pour substituer la dégustation à la recherche d'effets psychotropes. De ces amalgames naît une confusion peu propice à un discours raisonné autour de l'alcool.

Boire du vin ou toute autre boisson alcoolisée est vite associé au plaisir de la convivialité, de la dégustation. La gastronomie comme barrière au risque alcool est souvent évoquée ; mais ce n'est peut-être qu'une illusion qui met à bas toute la clinique alcoologique ou addictologique. Pour autant, consommer de l'alcool n'est pas un problème en soi. Entre ces deux extrêmes, se trouve une réalité plus complexe, qui prend en compte le fait que l'alcool est avant tout une substance psychoactive. Même si les boissons alcoolisées sont dégustées, il ne faut pas négliger le fait qu'elles sont plus souvent consommées pour leurs effets psychoactifs de modulation de la pensée que pour le seul goût.

Dans le cadre de la santé et de sa préservation, le premier point essentiel est la distinction entre des consommations d'alcool agréables, sans risques ou sans dommages, et des mésusages qui aboutissent à des difficultés et à

des souffrances. Dans le second cas, les soignants ont un rôle, car ils seront tôt ou tard sollicités pour soulager la souffrance alcoolique.

M<sup>me</sup> F. est hospitalisée pour la troisième fois, un dimanche, après avoir eu un malaise en début d'après-midi. Après le repas, la famille s'inquiète de cette maladie inconnue qui semble toucher leur mère. La première fois on lui parle du cœur, puis d'accident neurologique. Rien de prouvé. La seconde fois, une alcoolémie est mesurée, mais on ne le lui dit pas. Cette fois-ci l'alcoolémie est encore élevée, au-dessus d'un gramme par litre. Lorsque ce problème est abordé avec de multiples précautions, elle répond : « Je suis soulagée que vous m'en parliez en premier, je ne savais pas comment aborder cela. »

Les problèmes d'alcool sont fréquents en France : 5 millions d'adultes sont en difficulté avec ce produit ; près de 2 millions sont alcoolodépendants ; 45 000 décès lui sont imputables chaque année. La France reste le premier pays au monde pour la consommation par habitant. Schématiquement un patient hospitalisé sur sept, comme un consultant sur sept en médecine générale, présente un problème de santé autour des consommations d'alcool (un homme sur quatre ou une femme sur dix). Ainsi chacun a de près ou de loin dans son entourage un « malade de l'alcool ». Il en est de même pour la plupart des soignants qui connaissent ainsi la souffrance de celui ou celle qui est en difficulté avec l'alcool, comme la souffrance qui diffuse dans son entourage<sup>1</sup>. Cette infor-

1. La notion de 25 millions de Français vivant dans l'entourage d'un malade de l'alcool est avancée par certaines associations, et 5 millions de malades, soit pour 1 malade en moyenne 5 personnes le côtoyant directement.

mation peut être aussi bien une aide et une expérience rassurante qu'une source de gêne et de difficultés lors d'une nouvelle rencontre avec une personne en difficulté avec l'alcool, dans un cadre personnel ou professionnel (Menecier, 2009b).

#### OSER PARLER D'ALCOOL ET DE VIEILLESSE EN FRANCE

C'est un sujet encore plus difficile à aborder, car il se confronte conjointement à deux questions partiellement taboues en France. Les représentations de personnes âgées alcoolisées sont très rares dans la littérature, la peinture, le cinéma et tous les arts en général. Les traités de médecine, s'ils sont gériatologiques, n'abordent presque jamais le mésusage d'alcool, pas plus que les traités d'addictologie ou d'alcoolologie ne consacrent de chapitre aux sujets âgés<sup>2</sup>.

Être vieux et alcoolique représente un double fardeau auquel la société et ses services de soins ont bien du mal à s'intéresser. Au Québec, G. Vermette osait écrire en 2001 que c'était doublement honteux, voire misérable (Vermette et coll., 2001). Cependant, depuis quelques années, diverses initiatives apparaissent sur le sujet, notamment en pays francophones, malgré tout limitées : plusieurs productions au Canada (Santé Canada, 2002), et au Québec (Vermette, 1999 ; Vermette et coll., 2001), où un « Plan d'action en toxicomanie 1999-2001 » a été produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux il y a plus de dix ans ; deux plaquettes d'information et

2. Références littéraires, artistiques, historiques, religieuses ou mythologiques développées dans P. Menecier, *Les aînés et l'alcool*, « Avant-propos », Toulouse, érès, 2010.

des souffrances. Dans le second cas, les soignants ont un rôle, car ils seront tôt ou tard sollicités pour soulager la souffrance alcoolique.

M<sup>me</sup> F. est hospitalisée pour la troisième fois, un dimanche, après avoir eu un malaise en début d'après-midi. Après le repas, la famille s'inquiète de cette maladie inconnue qui semble toucher leur mère. La première fois on lui parle du cœur, puis d'accident neurologique. Rien de prouvé. La seconde fois, une alcoolémie est mesurée, mais on ne le lui dit pas. Cette fois-ci l'alcoolémie est encore élevée, au-dessus d'un gramme par litre. Lorsque ce problème est abordé avec de multiples précautions, elle répond : « Je suis soulagée que vous m'en parliez en premier, je ne savais pas comment aborder cela. »

Les problèmes d'alcool sont fréquents en France : 5 millions d'adultes sont en difficulté avec ce produit ; près de 2 millions sont alcoolodépendants ; 45 000 décès lui sont imputables chaque année. La France reste le premier pays au monde pour la consommation par habitant. Schématiquement un patient hospitalisé sur sept, comme un consultant sur sept en médecine générale, présente un problème de santé autour des consommations d'alcool (un homme sur quatre ou une femme sur dix). Ainsi chacun a de près ou de loin dans son entourage un « malade de l'alcool ». Il en est de même pour la plupart des soignants qui connaissent ainsi la souffrance de celui ou celle qui est en difficulté avec l'alcool, comme la souffrance qui diffuse dans son entourage<sup>1</sup>. Cette infor-

1. La notion de 25 millions de Français vivant dans l'entourage d'un malade de l'alcool est avancée par certaines associations, et 5 millions de malades, soit pour 1 malade en moyenne 5 personnes le côtoyant directement.

mation peut être aussi bien une aide et une expérience rassurante qu'une source de gêne et de difficultés lors d'une nouvelle rencontre avec une personne en difficulté avec l'alcool, dans un cadre personnel ou professionnel (Menecier, 2009b).

#### OSER PARLER D'ALCOOL ET DE VIEILLESSE EN FRANCE

C'est un sujet encore plus difficile à aborder, car il se confronte conjointement à deux questions partiellement taboues en France. Les représentations de personnes âgées alcoolisées sont très rares dans la littérature, la peinture, le cinéma et tous les arts en général. Les traités de médecine, s'ils sont gériatologiques, n'abordent presque jamais le mésusage d'alcool, pas plus que les traités d'addictologie ou d'alcoolologie ne consacrent de chapitre aux sujets âgés<sup>2</sup>.

Être vieux et alcoolique représente un double fardeau auquel la société et ses services de soins ont bien du mal à s'intéresser. Au Québec, G. Vermette osait écrire en 2001 que c'était doublement honteux, voire misérable (Vermette et coll., 2001). Cependant, depuis quelques années, diverses initiatives apparaissent sur le sujet, notamment en pays francophones, malgré tout limitées : plusieurs productions au Canada (Santé Canada, 2002), et au Québec (Vermette, 1999 ; Vermette et coll., 2001), où un « Plan d'action en toxicomanie 1999-2001 » a été produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux il y a plus de dix ans ; deux plaquettes d'information et

2. Références littéraires, artistiques, historiques, religieuses ou mythologiques développées dans P. Menecier, *Les aînés et l'alcool*, « Avant-propos », Toulouse, érès, 2010.

des souffrances. Dans le second cas, les soignants ont un rôle, car ils seront tôt ou tard sollicités pour soulager la souffrance alcoolique.

M<sup>me</sup> F. est hospitalisée pour la troisième fois, un dimanche, après avoir eu un malaise en début d'après-midi. Après le repas, la famille s'inquiète de cette maladie inconnue qui semble toucher leur mère. La première fois on lui parle du cœur, puis d'accident neurologique. Rien de prouvé. La seconde fois, une alcoolémie est mesurée, mais on ne le lui dit pas. Cette fois-ci l'alcoolémie est encore élevée, au-dessus d'un gramme par litre. Lorsque ce problème est abordé avec de multiples précautions, elle répond : « Je suis soulagée que vous m'en parliez en premier, je ne savais pas comment aborder cela. »

Les problèmes d'alcool sont fréquents en France : 5 millions d'adultes sont en difficulté avec ce produit ; près de 2 millions sont alcoolodépendants ; 45 000 décès lui sont imputables chaque année. La France reste le premier pays au monde pour la consommation par habitant. Schématiquement un patient hospitalisé sur sept, comme un consultant sur sept en médecine générale, présente un problème de santé autour des consommations d'alcool (un homme sur quatre ou une femme sur dix). Ainsi chacun a de près ou de loin dans son entourage un « malade de l'alcool ». Il en est de même pour la plupart des soignants qui connaissent ainsi la souffrance de celui ou celle qui est en difficulté avec l'alcool, comme la souffrance qui diffuse dans son entourage<sup>1</sup>. Cette infor-

1. La notion de 25 millions de Français vivant dans l'entourage d'un malade de l'alcool est avancée par certaines associations, et 5 millions de malades, soit pour 1 malade en moyenne 5 personnes le côtoyant directement.

mation peut être aussi bien une aide et une expérience rassurante qu'une source de gêne et de difficultés lors d'une nouvelle rencontre avec une personne en difficulté avec l'alcool, dans un cadre personnel ou professionnel (Menecier, 2009b).

#### OSER PARLER D'ALCOOL ET DE VIEILLESSE EN FRANCE

C'est un sujet encore plus difficile à aborder, car il se confronte conjointement à deux questions partiellement taboues en France. Les représentations de personnes âgées alcoolisées sont très rares dans la littérature, la peinture, le cinéma et tous les arts en général. Les traités de médecine, s'ils sont gériatologiques, n'abordent presque jamais le mésusage d'alcool, pas plus que les traités d'addictologie ou d'alcoolologie ne consacrent de chapitre aux sujets âgés<sup>2</sup>.

Être vieux et alcoolique représente un double fardeau auquel la société et ses services de soins ont bien du mal à s'intéresser. Au Québec, G. Vermette osait écrire en 2001 que c'était doublement honteux, voire misérable (Vermette et coll., 2001). Cependant, depuis quelques années, diverses initiatives apparaissent sur le sujet, notamment en pays francophones, malgré tout limitées : plusieurs productions au Canada (Santé Canada, 2002), et au Québec (Vermette, 1999 ; Vermette et coll., 2001), où un « Plan d'action en toxicomanie 1999-2001 » a été produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux il y a plus de dix ans ; deux plaquettes d'information et

2. Références littéraires, artistiques, historiques, religieuses ou mythologiques développées dans P. Menecier, *Les aînés et l'alcool*, « Avant-propos », Toulouse, érès, 2010.

des souffrances. Dans le second cas, les soignants ont un rôle, car ils seront tôt ou tard sollicités pour soulager la souffrance alcoolique.

M<sup>me</sup> F. est hospitalisée pour la troisième fois, un dimanche, après avoir eu un malaise en début d'après-midi. Après le repas, la famille s'inquiète de cette maladie inconnue qui semble toucher leur mère. La première fois on lui parle du cœur, puis d'accident neurologique. Rien de prouvé. La seconde fois, une alcoolémie est mesurée, mais on ne le lui dit pas. Cette fois-ci l'alcoolémie est encore élevée, au-dessus d'un gramme par litre. Lorsque ce problème est abordé avec de multiples précautions, elle répond : « Je suis soulagée que vous m'en parliez en premier, je ne savais pas comment aborder cela. »

Les problèmes d'alcool sont fréquents en France : 5 millions d'adultes sont en difficulté avec ce produit ; près de 2 millions sont alcoolodépendants ; 45 000 décès lui sont imputables chaque année. La France reste le premier pays au monde pour la consommation par habitant. Schématiquement un patient hospitalisé sur sept, comme un consultant sur sept en médecine générale, présente un problème de santé autour des consommations d'alcool (un homme sur quatre ou une femme sur dix). Ainsi chacun a de près ou de loin dans son entourage un « malade de l'alcool ». Il en est de même pour la plupart des soignants qui connaissent ainsi la souffrance de celui ou celle qui est en difficulté avec l'alcool, comme la souffrance qui diffuse dans son entourage<sup>1</sup>. Cette infor-

1. La notion de 25 millions de Français vivant dans l'entourage d'un malade de l'alcool est avancée par certaines associations, et 5 millions de malades, soit pour 1 malade en moyenne 5 personnes le côtoyant directement.

mation peut être aussi bien une aide et une expérience rassurante qu'une source de gêne et de difficultés lors d'une nouvelle rencontre avec une personne en difficulté avec l'alcool, dans un cadre personnel ou professionnel (Menecier, 2009b).

#### OSER PARLER D'ALCOOL ET DE VIEILLESSE EN FRANCE

C'est un sujet encore plus difficile à aborder, car il se confronte conjointement à deux questions partiellement taboues en France. Les représentations de personnes âgées alcoolisées sont très rares dans la littérature, la peinture, le cinéma et tous les arts en général. Les traités de médecine, s'ils sont gériatologiques, n'abordent presque jamais le mésusage d'alcool, pas plus que les traités d'addictologie ou d'alcoolologie ne consacrent de chapitre aux sujets âgés<sup>2</sup>.

Être vieux et alcoolique représente un double fardeau auquel la société et ses services de soins ont bien du mal à s'intéresser. Au Québec, G. Vermette osait écrire en 2001 que c'était doublement honteux, voire misérable (Vermette et coll., 2001). Cependant, depuis quelques années, diverses initiatives apparaissent sur le sujet, notamment en pays francophones, malgré tout limitées : plusieurs productions au Canada (Santé Canada, 2002), et au Québec (Vermette, 1999 ; Vermette et coll., 2001), où un « Plan d'action en toxicomanie 1999-2001 » a été produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux il y a plus de dix ans ; deux plaquettes d'information et

2. Références littéraires, artistiques, historiques, religieuses ou mythologiques développées dans P. Menecier, *Les aînés et l'alcool*, « Avant-propos », Toulouse, érès, 2010.

des souffrances. Dans le second cas, les soignants ont un rôle, car ils seront tôt ou tard sollicités pour soulager la souffrance alcoolique.

M<sup>me</sup> F. est hospitalisée pour la troisième fois, un dimanche, après avoir eu un malaise en début d'après-midi. Après le repas, la famille s'inquiète de cette maladie inconnue qui semble toucher leur mère. La première fois on lui parle du cœur, puis d'accident neurologique. Rien de prouvé. La seconde fois, une alcoolémie est mesurée, mais on ne le lui dit pas. Cette fois-ci l'alcoolémie est encore élevée, au-dessus d'un gramme par litre. Lorsque ce problème est abordé avec de multiples précautions, elle répond : « Je suis soulagée que vous m'en parliez en premier, je ne savais pas comment aborder cela. »

Les problèmes d'alcool sont fréquents en France : 5 millions d'adultes sont en difficulté avec ce produit ; près de 2 millions sont alcoolodépendants ; 45 000 décès lui sont imputables chaque année. La France reste le premier pays au monde pour la consommation par habitant. Schématiquement un patient hospitalisé sur sept, comme un consultant sur sept en médecine générale, présente un problème de santé autour des consommations d'alcool (un homme sur quatre ou une femme sur dix). Ainsi chacun a de près ou de loin dans son entourage un « malade de l'alcool ». Il en est de même pour la plupart des soignants qui connaissent ainsi la souffrance de celui ou celle qui est en difficulté avec l'alcool, comme la souffrance qui diffuse dans son entourage<sup>1</sup>. Cette infor-

1. La notion de 25 millions de Français vivant dans l'entourage d'un malade de l'alcool est avancée par certaines associations, et 5 millions de malades, soit pour 1 malade en moyenne 5 personnes le côtoyant directement.

mation peut être aussi bien une aide et une expérience rassurante qu'une source de gêne et de difficultés lors d'une nouvelle rencontre avec une personne en difficulté avec l'alcool, dans un cadre personnel ou professionnel (Menecier, 2009b).

#### OSER PARLER D'ALCOOL ET DE VIEILLESSE EN FRANCE

C'est un sujet encore plus difficile à aborder, car il se confronte conjointement à deux questions partiellement taboues en France. Les représentations de personnes âgées alcoolisées sont très rares dans la littérature, la peinture, le cinéma et tous les arts en général. Les traités de médecine, s'ils sont gériatologiques, n'abordent presque jamais le mésusage d'alcool, pas plus que les traités d'addictologie ou d'alcoolologie ne consacrent de chapitre aux sujets âgés<sup>2</sup>.

Être vieux et alcoolique représente un double fardeau auquel la société et ses services de soins ont bien du mal à s'intéresser. Au Québec, G. Vermette osait écrire en 2001 que c'était doublement honteux, voire misérable (Vermette et coll., 2001). Cependant, depuis quelques années, diverses initiatives apparaissent sur le sujet, notamment en pays francophones, malgré tout limitées : plusieurs productions au Canada (Santé Canada, 2002), et au Québec (Vermette, 1999 ; Vermette et coll., 2001), où un « Plan d'action en toxicomanie 1999-2001 » a été produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux il y a plus de dix ans ; deux plaquettes d'information et

2. Références littéraires, artistiques, historiques, religieuses ou mythologiques développées dans P. Menecier, *Les aînés et l'alcool*, « Avant-propos », Toulouse, érès, 2010.

de prévention en Suisse en 2005: « les aînés et l'alcool », et « vieillir sans problème d'alcool<sup>3</sup> ». En France quelques revues gériatriques ont consacré des numéros spéciaux au sujet depuis 2003, un laboratoire pharmaceutique a même édité une plaquette sur « L'alcool chez les seniors », et la Société française d'alcoologie (SFA\*) a organisé en 2007 deux journées sur le thème « Seniors, alcool et conduites addictives ». Depuis 2008, cette même société conduit un groupe de travail sur « Personnes âgées et consommations d'alcool », afin de publier des recommandations en 2010<sup>4</sup>. Les Alcooliques Anonymes ont aussi édité un document spécifique aux « plus âgés », avec comme sous-titre: « Il n'est jamais trop tard<sup>5</sup>. »

Un autre aspect entre alcool et vieillesse, peut-être même le plus souvent envisagé, est celui des violences sous l'emprise de l'alcool que des tiers peuvent infliger, par action comme par omission, à des personnes âgées (OMS, 2006). Cette question identifiée depuis longtemps comme un facteur de risque de maltraitance, par les associations spécifiques en France<sup>6</sup>, est un sujet important qui ne doit pas masquer « la négligence de soi découlant de la consommation nocive d'alcool [...] des aînés », comme le dit pudiquement ce rapport.

3. Accessibles par [http://www.sfa-ispa.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/Aines\\_alcool.pdf](http://www.sfa-ispa.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Aines_alcool.pdf) et <http://www.fva.ch/textes/pdf/publications/aines.pdf>

4. Document non encore publié, référence accessible par le site de la SFA\* : <http://www.sfalcoologie.asso.fr/>

5. [http://www.aa.org/pdf/products/fp-22\\_AAfortheOlderAA.pdf](http://www.aa.org/pdf/products/fp-22_AAfortheOlderAA.pdf), une des rares publications en anglais et en français sur le sujet, émanant d'un groupe de malades.

6. Notamment par l'association ALMA France: Allô maltraitance des personnes âgées et/ou handicapées: <http://www.alma-france.org/>

## LES HOMMES NE SONT PAS ÉGAUX DEVANT L'ALCOOL

Dans nos sociétés, l'alcool demeure, depuis des siècles, le psychotrope le plus disponible. Directement ou indirectement, il représente une part importante de notre environnement, autour de la culture de la vigne ou d'autres fruits, de la production de boissons alcoolisées (vins, bières, distillats...), de leur commerce. L'alcool est présent dans de nombreuses circonstances de la vie sociale; il est synonyme de convivialité. Mais personne n'est égal devant l'alcool. De modestes consommateurs peuvent se retrouver rapidement exposés au risque de complications sociales ou médicales (alcoopathies\*) ou au risque de la dépendance. À l'inverse, de forts consommateurs de toute une vie ne développeront aucune complication, même à un âge avancé. Le *risque-alcool* est proposé pour une population: l'extrapoler à une seule personne âgée devient périlleux, et les exceptions ne peuvent devenir des généralités.

C'est une injustice souvent entendue chez ceux qui développent une maladie due à l'alcool: « Pourquoi moi ? », « il y en a d'autres qui boivent plus que moi », ou chez les sujets alcoolodépendants: « J'aimerais pouvoir boire comme tout le monde, faire comme les autres. » Toute maladie peut entraîner une phase de révolte; c'est pourquoi cette étape psychologique doit être accompagnée pour être dépassée et entrer dans un soin étayant et profitable. Chaque individu est unique, dans sa constitution génétique, mais aussi la construction de sa personnalité, ses expériences de vie. De la même manière, chacun développe des expériences singulières avec l'alcool, apprend à connaître ses réactions au produit, les limites de sa tolé-

de prévention en Suisse en 2005: « les aînés et l'alcool », et « vieillir sans problème d'alcool<sup>3</sup> ». En France quelques revues gériatriques ont consacré des numéros spéciaux au sujet depuis 2003, un laboratoire pharmaceutique a même édité une plaquette sur « L'alcool chez les seniors », et la Société française d'alcoologie (SFA\*) a organisé en 2007 deux journées sur le thème « Seniors, alcool et conduites addictives ». Depuis 2008, cette même société conduit un groupe de travail sur « Personnes âgées et consommations d'alcool », afin de publier des recommandations en 2010<sup>4</sup>. Les Alcooliques Anonymes ont aussi édité un document spécifique aux « plus âgés », avec comme sous-titre: « Il n'est jamais trop tard<sup>5</sup>. »

Un autre aspect entre alcool et vieillesse, peut-être même le plus souvent envisagé, est celui des violences sous l'emprise de l'alcool que des tiers peuvent infliger, par action comme par omission, à des personnes âgées (OMS, 2006). Cette question identifiée depuis longtemps comme un facteur de risque de maltraitance, par les associations spécifiques en France<sup>6</sup>, est un sujet important qui ne doit pas masquer « la négligence de soi découlant de la consommation nocive d'alcool [...] des aînés », comme le dit pudiquement ce rapport.

3. Accessibles par [http://www.sfa-ispa.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/Aines\\_alcool.pdf](http://www.sfa-ispa.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Aines_alcool.pdf) et <http://www.fva.ch/textes/pdf/publications/aines.pdf>

4. Document non encore publié, référence accessible par le site de la SFA\* : <http://www.sfalcoologie.asso.fr/>

5. [http://www.aa.org/pdf/products/fp-22\\_AAfortheOlderAA.pdf](http://www.aa.org/pdf/products/fp-22_AAfortheOlderAA.pdf), une des rares publications en anglais et en français sur le sujet, émanant d'un groupe de malades.

6. Notamment par l'association ALMA France: Allô maltraitance des personnes âgées et/ou handicapées: <http://www.alma-france.org/>

## LES HOMMES NE SONT PAS ÉGAUX DEVANT L'ALCOOL

Dans nos sociétés, l'alcool demeure, depuis des siècles, le psychotrope le plus disponible. Directement ou indirectement, il représente une part importante de notre environnement, autour de la culture de la vigne ou d'autres fruits, de la production de boissons alcoolisées (vins, bières, distillats...), de leur commerce. L'alcool est présent dans de nombreuses circonstances de la vie sociale; il est synonyme de convivialité. Mais personne n'est égal devant l'alcool. De modestes consommateurs peuvent se retrouver rapidement exposés au risque de complications sociales ou médicales (alcoopathies\*) ou au risque de la dépendance. À l'inverse, de forts consommateurs de toute une vie ne développeront aucune complication, même à un âge avancé. Le *risque-alcool* est proposé pour une population: l'extrapoler à une seule personne âgée devient périlleux, et les exceptions ne peuvent devenir des généralités.

C'est une injustice souvent entendue chez ceux qui développent une maladie due à l'alcool: « Pourquoi moi ? », « il y en a d'autres qui boivent plus que moi », ou chez les sujets alcoolodépendants: « J'aimerais pouvoir boire comme tout le monde, faire comme les autres. » Toute maladie peut entraîner une phase de révolte; c'est pourquoi cette étape psychologique doit être accompagnée pour être dépassée et entrer dans un soin étayant et profitable. Chaque individu est unique, dans sa constitution génétique, mais aussi la construction de sa personnalité, ses expériences de vie. De la même manière, chacun développe des expériences singulières avec l'alcool, apprend à connaître ses réactions au produit, les limites de sa tolé-

de prévention en Suisse en 2005: « les aînés et l'alcool », et « vieillir sans problème d'alcool<sup>3</sup> ». En France quelques revues gériatriques ont consacré des numéros spéciaux au sujet depuis 2003, un laboratoire pharmaceutique a même édité une plaquette sur « L'alcool chez les seniors », et la Société française d'alcoologie (SFA\*) a organisé en 2007 deux journées sur le thème « Seniors, alcool et conduites addictives ». Depuis 2008, cette même société conduit un groupe de travail sur « Personnes âgées et consommations d'alcool », afin de publier des recommandations en 2010<sup>4</sup>. Les Alcooliques Anonymes ont aussi édité un document spécifique aux « plus âgés », avec comme sous-titre: « Il n'est jamais trop tard<sup>5</sup>. »

Un autre aspect entre alcool et vieillesse, peut-être même le plus souvent envisagé, est celui des violences sous l'emprise de l'alcool que des tiers peuvent infliger, par action comme par omission, à des personnes âgées (OMS, 2006). Cette question identifiée depuis longtemps comme un facteur de risque de maltraitance, par les associations spécifiques en France<sup>6</sup>, est un sujet important qui ne doit pas masquer « la négligence de soi découlant de la consommation nocive d'alcool [...] des aînés », comme le dit pudiquement ce rapport.

3. Accessibles par [http://www.sfa-ispa.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/Aines\\_alcool.pdf](http://www.sfa-ispa.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Aines_alcool.pdf) et <http://www.fva.ch/textes/pdf/publications/aines.pdf>

4. Document non encore publié, référence accessible par le site de la SFA\* : <http://www.sfalcoologie.asso.fr/>

5. [http://www.aa.org/pdf/products/fp-22\\_AAfortheOlderAA.pdf](http://www.aa.org/pdf/products/fp-22_AAfortheOlderAA.pdf), une des rares publications en anglais et en français sur le sujet, émanant d'un groupe de malades.

6. Notamment par l'association ALMA France: Allô maltraitance des personnes âgées et/ou handicapées: <http://www.alma-france.org/>

## LES HOMMES NE SONT PAS ÉGAUX DEVANT L'ALCOOL

Dans nos sociétés, l'alcool demeure, depuis des siècles, le psychotrope le plus disponible. Directement ou indirectement, il représente une part importante de notre environnement, autour de la culture de la vigne ou d'autres fruits, de la production de boissons alcoolisées (vins, bières, distillats...), de leur commerce. L'alcool est présent dans de nombreuses circonstances de la vie sociale; il est synonyme de convivialité. Mais personne n'est égal devant l'alcool. De modestes consommateurs peuvent se retrouver rapidement exposés au risque de complications sociales ou médicales (alcoopathies\*) ou au risque de la dépendance. À l'inverse, de forts consommateurs de toute une vie ne développeront aucune complication, même à un âge avancé. Le *risque-alcool* est proposé pour une population: l'extrapoler à une seule personne âgée devient périlleux, et les exceptions ne peuvent devenir des généralités.

C'est une injustice souvent entendue chez ceux qui développent une maladie due à l'alcool: « Pourquoi moi ? », « il y en a d'autres qui boivent plus que moi », ou chez les sujets alcoolodépendants: « J'aimerais pouvoir boire comme tout le monde, faire comme les autres. » Toute maladie peut entraîner une phase de révolte; c'est pourquoi cette étape psychologique doit être accompagnée pour être dépassée et entrer dans un soin étayant et profitable. Chaque individu est unique, dans sa constitution génétique, mais aussi la construction de sa personnalité, ses expériences de vie. De la même manière, chacun développe des expériences singulières avec l'alcool, apprend à connaître ses réactions au produit, les limites de sa tolé-

de prévention en Suisse en 2005: « les aînés et l'alcool », et « vieillir sans problème d'alcool<sup>3</sup> ». En France quelques revues gériatriques ont consacré des numéros spéciaux au sujet depuis 2003, un laboratoire pharmaceutique a même édité une plaquette sur « L'alcool chez les seniors », et la Société française d'alcoologie (SFA\*) a organisé en 2007 deux journées sur le thème « Seniors, alcool et conduites addictives ». Depuis 2008, cette même société conduit un groupe de travail sur « Personnes âgées et consommations d'alcool », afin de publier des recommandations en 2010<sup>4</sup>. Les Alcooliques Anonymes ont aussi édité un document spécifique aux « plus âgés », avec comme sous-titre: « Il n'est jamais trop tard<sup>5</sup>. »

Un autre aspect entre alcool et vieillesse, peut-être même le plus souvent envisagé, est celui des violences sous l'emprise de l'alcool que des tiers peuvent infliger, par action comme par omission, à des personnes âgées (OMS, 2006). Cette question identifiée depuis longtemps comme un facteur de risque de maltraitance, par les associations spécifiques en France<sup>6</sup>, est un sujet important qui ne doit pas masquer « la négligence de soi découlant de la consommation nocive d'alcool [...] des aînés », comme le dit pudiquement ce rapport.

3. Accessibles par [http://www.sfa-ispa.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/Aines\\_alcool.pdf](http://www.sfa-ispa.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Aines_alcool.pdf) et <http://www.fva.ch/textes/pdf/publications/aines.pdf>

4. Document non encore publié, référence accessible par le site de la SFA\* : <http://www.sfalcoologie.asso.fr/>

5. [http://www.aa.org/pdf/products/fp-22\\_AAfortheOlderAA.pdf](http://www.aa.org/pdf/products/fp-22_AAfortheOlderAA.pdf), une des rares publications en anglais et en français sur le sujet, émanant d'un groupe de malades.

6. Notamment par l'association ALMA France: Allô maltraitance des personnes âgées et/ou handicapées: <http://www.alma-france.org/>

## LES HOMMES NE SONT PAS ÉGAUX DEVANT L'ALCOOL

Dans nos sociétés, l'alcool demeure, depuis des siècles, le psychotrope le plus disponible. Directement ou indirectement, il représente une part importante de notre environnement, autour de la culture de la vigne ou d'autres fruits, de la production de boissons alcoolisées (vins, bières, distillats...), de leur commerce. L'alcool est présent dans de nombreuses circonstances de la vie sociale; il est synonyme de convivialité. Mais personne n'est égal devant l'alcool. De modestes consommateurs peuvent se retrouver rapidement exposés au risque de complications sociales ou médicales (alcoopathies\*) ou au risque de la dépendance. À l'inverse, de forts consommateurs de toute une vie ne développeront aucune complication, même à un âge avancé. Le *risque-alcool* est proposé pour une population: l'extrapoler à une seule personne âgée devient périlleux, et les exceptions ne peuvent devenir des généralités.

C'est une injustice souvent entendue chez ceux qui développent une maladie due à l'alcool: « Pourquoi moi ? », « il y en a d'autres qui boivent plus que moi », ou chez les sujets alcoolodépendants: « J'aimerais pouvoir boire comme tout le monde, faire comme les autres. » Toute maladie peut entraîner une phase de révolte; c'est pourquoi cette étape psychologique doit être accompagnée pour être dépassée et entrer dans un soin étayant et profitable. Chaque individu est unique, dans sa constitution génétique, mais aussi la construction de sa personnalité, ses expériences de vie. De la même manière, chacun développe des expériences singulières avec l'alcool, apprend à connaître ses réactions au produit, les limites de sa tolé-

de prévention en Suisse en 2005: « les aînés et l'alcool », et « vieillir sans problème d'alcool<sup>3</sup> ». En France quelques revues gériatriques ont consacré des numéros spéciaux au sujet depuis 2003, un laboratoire pharmaceutique a même édité une plaquette sur « L'alcool chez les seniors », et la Société française d'alcoologie (SFA\*) a organisé en 2007 deux journées sur le thème « Seniors, alcool et conduites addictives ». Depuis 2008, cette même société conduit un groupe de travail sur « Personnes âgées et consommations d'alcool », afin de publier des recommandations en 2010<sup>4</sup>. Les Alcooliques Anonymes ont aussi édité un document spécifique aux « plus âgés », avec comme sous-titre: « Il n'est jamais trop tard<sup>5</sup>. »

Un autre aspect entre alcool et vieillesse, peut-être même le plus souvent envisagé, est celui des violences sous l'emprise de l'alcool que des tiers peuvent infliger, par action comme par omission, à des personnes âgées (OMS, 2006). Cette question identifiée depuis longtemps comme un facteur de risque de maltraitance, par les associations spécifiques en France<sup>6</sup>, est un sujet important qui ne doit pas masquer « la négligence de soi découlant de la consommation nocive d'alcool [...] des aînés », comme le dit pudiquement ce rapport.

3. Accessibles par [http://www.sfa-ispa.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/Aines\\_alcool.pdf](http://www.sfa-ispa.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Aines_alcool.pdf) et <http://www.fva.ch/textes/pdf/publications/aines.pdf>

4. Document non encore publié, référence accessible par le site de la SFA\* : <http://www.sfalcoologie.asso.fr/>

5. [http://www.aa.org/pdf/products/fp-22\\_AAfortheOlderAA.pdf](http://www.aa.org/pdf/products/fp-22_AAfortheOlderAA.pdf), une des rares publications en anglais et en français sur le sujet, émanant d'un groupe de malades.

6. Notamment par l'association ALMA France: Allô maltraitance des personnes âgées et/ou handicapées: <http://www.alma-france.org/>

## LES HOMMES NE SONT PAS ÉGAUX DEVANT L'ALCOOL

Dans nos sociétés, l'alcool demeure, depuis des siècles, le psychotrope le plus disponible. Directement ou indirectement, il représente une part importante de notre environnement, autour de la culture de la vigne ou d'autres fruits, de la production de boissons alcoolisées (vins, bières, distillats...), de leur commerce. L'alcool est présent dans de nombreuses circonstances de la vie sociale; il est synonyme de convivialité. Mais personne n'est égal devant l'alcool. De modestes consommateurs peuvent se retrouver rapidement exposés au risque de complications sociales ou médicales (alcoopathies\*) ou au risque de la dépendance. À l'inverse, de forts consommateurs de toute une vie ne développeront aucune complication, même à un âge avancé. Le *risque-alcool* est proposé pour une population: l'extrapoler à une seule personne âgée devient périlleux, et les exceptions ne peuvent devenir des généralités.

C'est une injustice souvent entendue chez ceux qui développent une maladie due à l'alcool: « Pourquoi moi ? », « il y en a d'autres qui boivent plus que moi », ou chez les sujets alcoolodépendants: « J'aimerais pouvoir boire comme tout le monde, faire comme les autres. » Toute maladie peut entraîner une phase de révolte; c'est pourquoi cette étape psychologique doit être accompagnée pour être dépassée et entrer dans un soin étayant et profitable. Chaque individu est unique, dans sa constitution génétique, mais aussi la construction de sa personnalité, ses expériences de vie. De la même manière, chacun développe des expériences singulières avec l'alcool, apprend à connaître ses réactions au produit, les limites de sa tolé-

rance. Le risque de développer une maladie due à l'alcool (ou de ne pas en développer), une conduite addictive, ou de ressentir des dommages sociaux en lien avec des alcoolisations est propre à chacun.

#### NOTION DE RISQUE-ALCOOL

Le risque-alcool est matérialisé par un niveau moyen de consommation dit « à risque », qui correspond à un seuil au-delà duquel on constate une augmentation de 50 % des maladies ou des décès liés à l'alcool. Les niveaux de consommations sans risques ont été définis pour l'adulte par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce sont des repères globaux pour une population adulte d'âge moyen. Ils doivent être revus dans des situations particulières liées à des circonstances à risque, ou en raison de spécificités de la personne : sa corpulence, son sexe, sa santé physique et son état psychologique, mais aussi ses maladies, ses traitements médicamenteux en cours, et son âge (aux extrêmes de la vie)<sup>7</sup>.

7. Nous ne retiendrons pas ici la conception du risque-alcool qui débiterait dès la première quantité prise, et de ce fait n'identifie pas de consommations sans risques, pour ensuite détailler des niveaux de risques par divers qualificatifs : moindre risque, risque modéré, risque élevé. Envisager un usage à risque d'alcool dès la première goutte avalée est un point de vue parfois employé par certains professionnels ou préventionnistes, mais qui ne semble pas le plus opérationnel à ce jour, et ne reçoit aucune justification supplémentaire dans la vieillesse.

*Pour l'adulte: seuils de consommation sans risques retenus par l'OMS (SFA\* 2001)<sup>8</sup>*

*Pour l'usage régulier:* en « verre standard\* » de 10 grammes d'alcool pur :  
 – pas plus de 21 verres par semaine chez l'homme (3 verres par jour en moyenne);  
 – pas plus de 14 verres par semaine chez la femme (2 verres par jour en moyenne).

*Pour l'usage ponctuel:*

– jamais plus de 4 verres par occasion;  
 – s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Ces recommandations doivent donc être révisées après 65 ans. L'American Geriatric Society (AGS, 2003), les services de santé italiens et certains auteurs ont proposé un seuil à moins d'un à deux verres quotidiens et moins de trois verres en une seule occasion (Lang et coll., 2006). Pour l'instant, aucune recommandation n'existe en France, mais la Société française d'alcoologie (SFA) travaille à des recommandations du même ordre.

*Pour le sujet âgé (> 60 ou 65 ans): seuils de consommation sans risques proposés*

*Pour l'usage régulier:* en « verre standard\* » de 10 grammes d'alcool pur :  
 – pas plus de 1 (voire 2) verre(s) par jour en moyenne chez l'homme ou la femme.

*Pour l'usage ponctuel:*

– jamais plus de 3 verres par occasion.

8. [http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA\\_conduites-alcool.pdf](http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA_conduites-alcool.pdf)

rance. Le risque de développer une maladie due à l'alcool (ou de ne pas en développer), une conduite addictive, ou de ressentir des dommages sociaux en lien avec des alcoolisations est propre à chacun.

#### NOTION DE RISQUE-ALCOOL

Le risque-alcool est matérialisé par un niveau moyen de consommation dit « à risque », qui correspond à un seuil au-delà duquel on constate une augmentation de 50 % des maladies ou des décès liés à l'alcool. Les niveaux de consommations sans risques ont été définis pour l'adulte par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce sont des repères globaux pour une population adulte d'âge moyen. Ils doivent être revus dans des situations particulières liées à des circonstances à risque, ou en raison de spécificités de la personne : sa corpulence, son sexe, sa santé physique et son état psychologique, mais aussi ses maladies, ses traitements médicamenteux en cours, et son âge (aux extrêmes de la vie)<sup>7</sup>.

7. Nous ne retiendrons pas ici la conception du risque-alcool qui débiterait dès la première quantité prise, et de ce fait n'identifie pas de consommations sans risques, pour ensuite détailler des niveaux de risques par divers qualificatifs : moindre risque, risque modéré, risque élevé. Envisager un usage à risque d'alcool dès la première goutte avalée est un point de vue parfois employé par certains professionnels ou préventionnistes, mais qui ne semble pas le plus opérationnel à ce jour, et ne reçoit aucune justification supplémentaire dans la vieillesse.

*Pour l'adulte: seuils de consommation sans risques retenus par l'OMS (SFA\* 2001)<sup>8</sup>*

*Pour l'usage régulier:* en « verre standard\* » de 10 grammes d'alcool pur :

- pas plus de 21 verres par semaine chez l'homme (3 verres par jour en moyenne);
- pas plus de 14 verres par semaine chez la femme (2 verres par jour en moyenne).

*Pour l'usage ponctuel:*

- jamais plus de 4 verres par occasion;
- s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Ces recommandations doivent donc être révisées après 65 ans. L'American Geriatric Society (AGS, 2003), les services de santé italiens et certains auteurs ont proposé un seuil à moins d'un à deux verres quotidiens et moins de trois verres en une seule occasion (Lang et coll., 2006). Pour l'instant, aucune recommandation n'existe en France, mais la Société française d'alcoologie (SFA) travaille à des recommandations du même ordre.

*Pour le sujet âgé (> 60 ou 65 ans): seuils de consommation sans risques proposés*

*Pour l'usage régulier:* en « verre standard\* » de 10 grammes d'alcool pur :

- pas plus de 1 (voire 2) verre(s) par jour en moyenne chez l'homme ou la femme.

*Pour l'usage ponctuel:*

- jamais plus de 3 verres par occasion.

8. [http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA\\_conduites-alcool.pdf](http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA_conduites-alcool.pdf)

rance. Le risque de développer une maladie due à l'alcool (ou de ne pas en développer), une conduite addictive, ou de ressentir des dommages sociaux en lien avec des alcoolisations est propre à chacun.

#### NOTION DE RISQUE-ALCOOL

Le risque-alcool est matérialisé par un niveau moyen de consommation dit « à risque », qui correspond à un seuil au-delà duquel on constate une augmentation de 50 % des maladies ou des décès liés à l'alcool. Les niveaux de consommations sans risques ont été définis pour l'adulte par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce sont des repères globaux pour une population adulte d'âge moyen. Ils doivent être revus dans des situations particulières liées à des circonstances à risque, ou en raison de spécificités de la personne : sa corpulence, son sexe, sa santé physique et son état psychologique, mais aussi ses maladies, ses traitements médicamenteux en cours, et son âge (aux extrêmes de la vie)<sup>7</sup>.

7. Nous ne retiendrons pas ici la conception du risque-alcool qui débiterait dès la première quantité prise, et de ce fait n'identifie pas de consommations sans risques, pour ensuite détailler des niveaux de risques par divers qualificatifs : moindre risque, risque modéré, risque élevé. Envisager un usage à risque d'alcool dès la première goutte avalée est un point de vue parfois employé par certains professionnels ou préventionnistes, mais qui ne semble pas le plus opérationnel à ce jour, et ne reçoit aucune justification supplémentaire dans la vieillesse.

*Pour l'adulte: seuils de consommation sans risques retenus par l'OMS (SFA\* 2001)<sup>8</sup>*

*Pour l'usage régulier:* en « verre standard\* » de 10 grammes d'alcool pur :

- pas plus de 21 verres par semaine chez l'homme (3 verres par jour en moyenne);
- pas plus de 14 verres par semaine chez la femme (2 verres par jour en moyenne).

*Pour l'usage ponctuel:*

- jamais plus de 4 verres par occasion;
- s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Ces recommandations doivent donc être révisées après 65 ans. L'American Geriatric Society (AGS, 2003), les services de santé italiens et certains auteurs ont proposé un seuil à moins d'un à deux verres quotidiens et moins de trois verres en une seule occasion (Lang et coll., 2006). Pour l'instant, aucune recommandation n'existe en France, mais la Société française d'alcoologie (SFA) travaille à des recommandations du même ordre.

*Pour le sujet âgé (> 60 ou 65 ans): seuils de consommation sans risques proposés*

*Pour l'usage régulier:* en « verre standard\* » de 10 grammes d'alcool pur :

- pas plus de 1 (voire 2) verre(s) par jour en moyenne chez l'homme ou la femme.

*Pour l'usage ponctuel:*

- jamais plus de 3 verres par occasion.

8. [http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA\\_conduites-alcool.pdf](http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA_conduites-alcool.pdf)

rance. Le risque de développer une maladie due à l'alcool (ou de ne pas en développer), une conduite addictive, ou de ressentir des dommages sociaux en lien avec des alcoolisations est propre à chacun.

#### NOTION DE RISQUE-ALCOOL

Le risque-alcool est matérialisé par un niveau moyen de consommation dit « à risque », qui correspond à un seuil au-delà duquel on constate une augmentation de 50 % des maladies ou des décès liés à l'alcool. Les niveaux de consommations sans risques ont été définis pour l'adulte par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce sont des repères globaux pour une population adulte d'âge moyen. Ils doivent être revus dans des situations particulières liées à des circonstances à risque, ou en raison de spécificités de la personne : sa corpulence, son sexe, sa santé physique et son état psychologique, mais aussi ses maladies, ses traitements médicamenteux en cours, et son âge (aux extrêmes de la vie)<sup>7</sup>.

7. Nous ne retiendrons pas ici la conception du risque-alcool qui débiterait dès la première quantité prise, et de ce fait n'identifie pas de consommations sans risques, pour ensuite détailler des niveaux de risques par divers qualificatifs : moindre risque, risque modéré, risque élevé. Envisager un usage à risque d'alcool dès la première goutte avalée est un point de vue parfois employé par certains professionnels ou préventionnistes, mais qui ne semble pas le plus opérationnel à ce jour, et ne reçoit aucune justification supplémentaire dans la vieillesse.

*Pour l'adulte: seuils de consommation sans risques retenus par l'OMS (SFA\* 2001)<sup>8</sup>*

*Pour l'usage régulier:* en « verre standard\* » de 10 grammes d'alcool pur :  
 – pas plus de 21 verres par semaine chez l'homme (3 verres par jour en moyenne);  
 – pas plus de 14 verres par semaine chez la femme (2 verres par jour en moyenne).

*Pour l'usage ponctuel:*

– jamais plus de 4 verres par occasion;  
 – s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Ces recommandations doivent donc être révisées après 65 ans. L'American Geriatric Society (AGS, 2003), les services de santé italiens et certains auteurs ont proposé un seuil à moins d'un à deux verres quotidiens et moins de trois verres en une seule occasion (Lang et coll., 2006). Pour l'instant, aucune recommandation n'existe en France, mais la Société française d'alcoologie (SFA) travaille à des recommandations du même ordre.

*Pour le sujet âgé (> 60 ou 65 ans): seuils de consommation sans risques proposés*

*Pour l'usage régulier:* en « verre standard\* » de 10 grammes d'alcool pur :  
 – pas plus de 1 (voire 2) verre(s) par jour en moyenne chez l'homme ou la femme.

*Pour l'usage ponctuel:*

– jamais plus de 3 verres par occasion.

8. [http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA\\_conduites-alcool.pdf](http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA_conduites-alcool.pdf)

rance. Le risque de développer une maladie due à l'alcool (ou de ne pas en développer), une conduite addictive, ou de ressentir des dommages sociaux en lien avec des alcoolisations est propre à chacun.

#### NOTION DE RISQUE-ALCOOL

Le risque-alcool est matérialisé par un niveau moyen de consommation dit « à risque », qui correspond à un seuil au-delà duquel on constate une augmentation de 50 % des maladies ou des décès liés à l'alcool. Les niveaux de consommations sans risques ont été définis pour l'adulte par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce sont des repères globaux pour une population adulte d'âge moyen. Ils doivent être revus dans des situations particulières liées à des circonstances à risque, ou en raison de spécificités de la personne : sa corpulence, son sexe, sa santé physique et son état psychologique, mais aussi ses maladies, ses traitements médicamenteux en cours, et son âge (aux extrêmes de la vie)<sup>7</sup>.

7. Nous ne retiendrons pas ici la conception du risque-alcool qui débiterait dès la première quantité prise, et de ce fait n'identifie pas de consommations sans risques, pour ensuite détailler des niveaux de risques par divers qualificatifs : moindre risque, risque modéré, risque élevé. Envisager un usage à risque d'alcool dès la première goutte avalée est un point de vue parfois employé par certains professionnels ou préventionnistes, mais qui ne semble pas le plus opérationnel à ce jour, et ne reçoit aucune justification supplémentaire dans la vieillesse.

*Pour l'adulte: seuils de consommation sans risques retenus par l'OMS (SFA\* 2001)<sup>8</sup>*

*Pour l'usage régulier:* en « verre standard\* » de 10 grammes d'alcool pur :

- pas plus de 21 verres par semaine chez l'homme (3 verres par jour en moyenne);
- pas plus de 14 verres par semaine chez la femme (2 verres par jour en moyenne).

*Pour l'usage ponctuel:*

- jamais plus de 4 verres par occasion;
- s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Ces recommandations doivent donc être révisées après 65 ans. L'American Geriatric Society (AGS, 2003), les services de santé italiens et certains auteurs ont proposé un seuil à moins d'un à deux verres quotidiens et moins de trois verres en une seule occasion (Lang et coll., 2006). Pour l'instant, aucune recommandation n'existe en France, mais la Société française d'alcoologie (SFA) travaille à des recommandations du même ordre.

*Pour le sujet âgé (> 60 ou 65 ans): seuils de consommation sans risques proposés*

*Pour l'usage régulier:* en « verre standard\* » de 10 grammes d'alcool pur :

- pas plus de 1 (voire 2) verre(s) par jour en moyenne chez l'homme ou la femme.

*Pour l'usage ponctuel:*

- jamais plus de 3 verres par occasion.

8. [http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA\\_conduites-alcool.pdf](http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA_conduites-alcool.pdf)

Quoi qu'il en soit, ces conseils ne concernent que des personnes âgées sans pathologies évidentes et sans traitements médicamenteux en cours pouvant interagir avec l'alcool. Au fil des années, le nombre des personnes âgées sans aucune maladie évolutive (neuropsychiatrique au sens large) ni traitement médicamenteux pouvant interagir avec l'alcool (psychoactif ou antalgique notamment) décroît rapidement. Alors le seuil de consommation d'alcool sans risque devient inférieur à un verre quotidien. Il ne reste que peu de marge. Il est possible d'envisager que toute consommation d'alcool puisse devenir à risque pour ces patients, et leur déconseiller de consommer de l'alcool, sans être prohibitionniste ni sadique !

#### TYPOLOGIE DES CONSOMMATIONS D'ALCOOL (CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES)

Les consommations moyennes d'alcool par adulte n'ont cessé de diminuer en France depuis un siècle, et depuis les années 1960, elles sont réduites de moitié. Le choix des boissons consommées a aussi changé : dans la population générale (mais non chez les personnes âgées), les alcools de grains (whisky, vodka...) et les bières fortement alcoolisées ont remplacé les vins et les alcools de fruits distillés. Les modes de boire se sont également modifiés, avec la diffusion des alcoolisations massives brutales, dites *binge-drinking\**, suivant un modèle anglo-saxon et nordique, qui est une découverte pour des cultures latines comme la nôtre.

Pour les aînés, tout cela est bien loin des conditions dans lesquelles ils ont grandi, puis vieilli. Même si des alcoolisations massives peuvent exister, les boissons sont plus

traditionnellement le vin ou la bière, certains apéritifs et vins cuits...

On considère généralement qu'avec l'âge, il y a moins de consommateurs d'alcool, et de ce fait plus d'abstinents : 10 % des moins de 65 ans, 40 % des plus de 65 ans, et les consommateurs boivent de plus faibles quantités d'alcool. Cependant, cette notion n'est peut-être qu'une impression. L'opinion opposée est soutenue avec maintien des modalités et des niveaux de consommation d'alcool avec l'âge (Pierucci-Lagha, 2003). Dans le même temps, la proportion de consommateurs quotidiens d'alcool ne fait qu'augmenter avec l'âge, jusqu'à un maximum entre 65 et 75 ans. Les plus âgés consomment donc plus régulièrement de l'alcool en quantité moindre que les adultes plus jeunes, sauf en cas de mésusage où les niveaux d'alcoolisations peuvent demeurer élevés.

#### CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

L'addictologie qui dépasse les approches centrées sur les produits (alcoologie, tabacologie, soins aux toxicomanes...) pour considérer les comportements eux-mêmes, amène à envisager les autres conduites addictives des sujets âgés (Fernandez, 2009). D'autant qu'en reflet des habitudes de consommations des adultes jeunes, les prises concomitantes de plusieurs produits se multiplient.

Si l'alcool est le psychotrope le plus facilement disponible en France, les médicaments psychoactifs ne sont pas moins accessibles. Notre pays est dans les premières places pour la consommation de tranquillisants et d'antidépresseurs,

Quoi qu'il en soit, ces conseils ne concernent que des personnes âgées sans pathologies évidentes et sans traitements médicamenteux en cours pouvant interagir avec l'alcool. Au fil des années, le nombre des personnes âgées sans aucune maladie évolutive (neuropsychiatrique au sens large) ni traitement médicamenteux pouvant interagir avec l'alcool (psychoactif ou antalgique notamment) décroît rapidement. Alors le seuil de consommation d'alcool sans risque devient inférieur à un verre quotidien. Il ne reste que peu de marge. Il est possible d'envisager que toute consommation d'alcool puisse devenir à risque pour ces patients, et leur déconseiller de consommer de l'alcool, sans être prohibitionniste ni sadique !

#### TYPOLOGIE DES CONSOMMATIONS D'ALCOOL (CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES)

Les consommations moyennes d'alcool par adulte n'ont cessé de diminuer en France depuis un siècle, et depuis les années 1960, elles sont réduites de moitié. Le choix des boissons consommées a aussi changé : dans la population générale (mais non chez les personnes âgées), les alcools de grains (whisky, vodka...) et les bières fortement alcoolisées ont remplacé les vins et les alcools de fruits distillés. Les modes de boire se sont également modifiés, avec la diffusion des alcoolisations massives brutales, dites *binge-drinking\**, suivant un modèle anglo-saxon et nordique, qui est une découverte pour des cultures latines comme la nôtre.

Pour les aînés, tout cela est bien loin des conditions dans lesquelles ils ont grandi, puis vieilli. Même si des alcoolisations massives peuvent exister, les boissons sont plus

traditionnellement le vin ou la bière, certains apéritifs et vins cuits...

On considère généralement qu'avec l'âge, il y a moins de consommateurs d'alcool, et de ce fait plus d'abstinents : 10 % des moins de 65 ans, 40 % des plus de 65 ans, et les consommateurs boivent de plus faibles quantités d'alcool. Cependant, cette notion n'est peut-être qu'une impression. L'opinion opposée est soutenue avec maintien des modalités et des niveaux de consommation d'alcool avec l'âge (Pierucci-Lagha, 2003). Dans le même temps, la proportion de consommateurs quotidiens d'alcool ne fait qu'augmenter avec l'âge, jusqu'à un maximum entre 65 et 75 ans. Les plus âgés consomment donc plus régulièrement de l'alcool en quantité moindre que les adultes plus jeunes, sauf en cas de mésusage où les niveaux d'alcoolisations peuvent demeurer élevés.

#### CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

L'addictologie qui dépasse les approches centrées sur les produits (alcoologie, tabacologie, soins aux toxicomanes...) pour considérer les comportements eux-mêmes, amène à envisager les autres conduites addictives des sujets âgés (Fernandez, 2009). D'autant qu'en reflet des habitudes de consommations des adultes jeunes, les prises concomitantes de plusieurs produits se multiplient.

Si l'alcool est le psychotrope le plus facilement disponible en France, les médicaments psychoactifs ne sont pas moins accessibles. Notre pays est dans les premières places pour la consommation de tranquillisants et d'antidépresseurs,

Quoi qu'il en soit, ces conseils ne concernent que des personnes âgées sans pathologies évidentes et sans traitements médicamenteux en cours pouvant interagir avec l'alcool. Au fil des années, le nombre des personnes âgées sans aucune maladie évolutive (neuropsychiatrique au sens large) ni traitement médicamenteux pouvant interagir avec l'alcool (psychoactif ou antalgique notamment) décroît rapidement. Alors le seuil de consommation d'alcool sans risque devient inférieur à un verre quotidien. Il ne reste que peu de marge. Il est possible d'envisager que toute consommation d'alcool puisse devenir à risque pour ces patients, et leur déconseiller de consommer de l'alcool, sans être prohibitionniste ni sadique !

#### TYPOLOGIE DES CONSOMMATIONS D'ALCOOL (CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES)

Les consommations moyennes d'alcool par adulte n'ont cessé de diminuer en France depuis un siècle, et depuis les années 1960, elles sont réduites de moitié. Le choix des boissons consommées a aussi changé : dans la population générale (mais non chez les personnes âgées), les alcools de grains (whisky, vodka...) et les bières fortement alcoolisées ont remplacé les vins et les alcools de fruits distillés. Les modes de boire se sont également modifiés, avec la diffusion des alcoolisations massives brutales, dites *binge-drinking\**, suivant un modèle anglo-saxon et nordique, qui est une découverte pour des cultures latines comme la nôtre.

Pour les aînés, tout cela est bien loin des conditions dans lesquelles ils ont grandi, puis vieilli. Même si des alcoolisations massives peuvent exister, les boissons sont plus

traditionnellement le vin ou la bière, certains apéritifs et vins cuits...

On considère généralement qu'avec l'âge, il y a moins de consommateurs d'alcool, et de ce fait plus d'abstinents : 10 % des moins de 65 ans, 40 % des plus de 65 ans, et les consommateurs boivent de plus faibles quantités d'alcool. Cependant, cette notion n'est peut-être qu'une impression. L'opinion opposée est soutenue avec maintien des modalités et des niveaux de consommation d'alcool avec l'âge (Pierucci-Lagha, 2003). Dans le même temps, la proportion de consommateurs quotidiens d'alcool ne fait qu'augmenter avec l'âge, jusqu'à un maximum entre 65 et 75 ans. Les plus âgés consomment donc plus régulièrement de l'alcool en quantité moindre que les adultes plus jeunes, sauf en cas de mésusage où les niveaux d'alcoolisations peuvent demeurer élevés.

#### CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

L'addictologie qui dépasse les approches centrées sur les produits (alcoologie, tabacologie, soins aux toxicomanes...) pour considérer les comportements eux-mêmes, amène à envisager les autres conduites addictives des sujets âgés (Fernandez, 2009). D'autant qu'en reflet des habitudes de consommations des adultes jeunes, les prises concomitantes de plusieurs produits se multiplient.

Si l'alcool est le psychotrope le plus facilement disponible en France, les médicaments psychoactifs ne sont pas moins accessibles. Notre pays est dans les premières places pour la consommation de tranquillisants et d'antidépresseurs,

Quoi qu'il en soit, ces conseils ne concernent que des personnes âgées sans pathologies évidentes et sans traitements médicamenteux en cours pouvant interagir avec l'alcool. Au fil des années, le nombre des personnes âgées sans aucune maladie évolutive (neuropsychiatrique au sens large) ni traitement médicamenteux pouvant interagir avec l'alcool (psychoactif ou antalgique notamment) décroît rapidement. Alors le seuil de consommation d'alcool sans risque devient inférieur à un verre quotidien. Il ne reste que peu de marge. Il est possible d'envisager que toute consommation d'alcool puisse devenir à risque pour ces patients, et leur déconseiller de consommer de l'alcool, sans être prohibitionniste ni sadique !

#### TYPOLOGIE DES CONSOMMATIONS D'ALCOOL (CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES)

Les consommations moyennes d'alcool par adulte n'ont cessé de diminuer en France depuis un siècle, et depuis les années 1960, elles sont réduites de moitié. Le choix des boissons consommées a aussi changé : dans la population générale (mais non chez les personnes âgées), les alcools de grains (whisky, vodka...) et les bières fortement alcoolisées ont remplacé les vins et les alcools de fruits distillés. Les modes de boire se sont également modifiés, avec la diffusion des alcoolisations massives brutales, dites *binge-drinking\**, suivant un modèle anglo-saxon et nordique, qui est une découverte pour des cultures latines comme la nôtre.

Pour les aînés, tout cela est bien loin des conditions dans lesquelles ils ont grandi, puis vieilli. Même si des alcoolisations massives peuvent exister, les boissons sont plus

traditionnellement le vin ou la bière, certains apéritifs et vins cuits...

On considère généralement qu'avec l'âge, il y a moins de consommateurs d'alcool, et de ce fait plus d'abstinents : 10 % des moins de 65 ans, 40 % des plus de 65 ans, et les consommateurs boivent de plus faibles quantités d'alcool. Cependant, cette notion n'est peut-être qu'une impression. L'opinion opposée est soutenue avec maintien des modalités et des niveaux de consommation d'alcool avec l'âge (Pierucci-Lagha, 2003). Dans le même temps, la proportion de consommateurs quotidiens d'alcool ne fait qu'augmenter avec l'âge, jusqu'à un maximum entre 65 et 75 ans. Les plus âgés consomment donc plus régulièrement de l'alcool en quantité moindre que les adultes plus jeunes, sauf en cas de mésusage où les niveaux d'alcoolisations peuvent demeurer élevés.

#### CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

L'addictologie qui dépasse les approches centrées sur les produits (alcoologie, tabacologie, soins aux toxicomanes...) pour considérer les comportements eux-mêmes, amène à envisager les autres conduites addictives des sujets âgés (Fernandez, 2009). D'autant qu'en reflet des habitudes de consommations des adultes jeunes, les prises concomitantes de plusieurs produits se multiplient.

Si l'alcool est le psychotrope le plus facilement disponible en France, les médicaments psychoactifs ne sont pas moins accessibles. Notre pays est dans les premières places pour la consommation de tranquillisants et d'antidépresseurs,

Quoi qu'il en soit, ces conseils ne concernent que des personnes âgées sans pathologies évidentes et sans traitements médicamenteux en cours pouvant interagir avec l'alcool. Au fil des années, le nombre des personnes âgées sans aucune maladie évolutive (neuropsychiatrique au sens large) ni traitement médicamenteux pouvant interagir avec l'alcool (psychoactif ou antalgique notamment) décroît rapidement. Alors le seuil de consommation d'alcool sans risque devient inférieur à un verre quotidien. Il ne reste que peu de marge. Il est possible d'envisager que toute consommation d'alcool puisse devenir à risque pour ces patients, et leur déconseiller de consommer de l'alcool, sans être prohibitionniste ni sadique !

#### TYPOLOGIE DES CONSOMMATIONS D'ALCOOL (CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES)

Les consommations moyennes d'alcool par adulte n'ont cessé de diminuer en France depuis un siècle, et depuis les années 1960, elles sont réduites de moitié. Le choix des boissons consommées a aussi changé : dans la population générale (mais non chez les personnes âgées), les alcools de grains (whisky, vodka...) et les bières fortement alcoolisées ont remplacé les vins et les alcools de fruits distillés. Les modes de boire se sont également modifiés, avec la diffusion des alcoolisations massives brutales, dites *binge-drinking\**, suivant un modèle anglo-saxon et nordique, qui est une découverte pour des cultures latines comme la nôtre.

Pour les aînés, tout cela est bien loin des conditions dans lesquelles ils ont grandi, puis vieilli. Même si des alcoolisations massives peuvent exister, les boissons sont plus

traditionnellement le vin ou la bière, certains apéritifs et vins cuits...

On considère généralement qu'avec l'âge, il y a moins de consommateurs d'alcool, et de ce fait plus d'abstinents : 10 % des moins de 65 ans, 40 % des plus de 65 ans, et les consommateurs boivent de plus faibles quantités d'alcool. Cependant, cette notion n'est peut-être qu'une impression. L'opinion opposée est soutenue avec maintien des modalités et des niveaux de consommation d'alcool avec l'âge (Pierucci-Lagha, 2003). Dans le même temps, la proportion de consommateurs quotidiens d'alcool ne fait qu'augmenter avec l'âge, jusqu'à un maximum entre 65 et 75 ans. Les plus âgés consomment donc plus régulièrement de l'alcool en quantité moindre que les adultes plus jeunes, sauf en cas de mésusage où les niveaux d'alcoolisations peuvent demeurer élevés.

#### CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

L'addictologie qui dépasse les approches centrées sur les produits (alcoologie, tabacologie, soins aux toxicomanes...) pour considérer les comportements eux-mêmes, amène à envisager les autres conduites addictives des sujets âgés (Fernandez, 2009). D'autant qu'en reflet des habitudes de consommations des adultes jeunes, les prises concomitantes de plusieurs produits se multiplient.

Si l'alcool est le psychotrope le plus facilement disponible en France, les médicaments psychoactifs ne sont pas moins accessibles. Notre pays est dans les premières places pour la consommation de tranquillisants et d'antidépresseurs,

comme d'alcool. C'est une conséquence de l'appétence des Français à les consommer, mais aussi de la propension des médecins à les prescrire largement. C'est aussi le reflet d'une automédication fréquente, habitude croissante avec l'avancée en âge : réutilisation de médicaments restant dans les armoires à pharmacie familiales, mais aussi provenant d'échanges en famille ou entre amis.

Les drogues, au sens initial de substances psychoactives illicites, ne sont pas d'utilisation courante chez les personnes âgées ; l'usage de cannabis ne concernerait pas plus de 0,5 % des plus de 65 ans aux États-Unis, et le mésusage beaucoup moins, les recours à d'autres produits illicites étant sporadiques (SAMHSA, 2009a). Les drogues ne sont presque jamais rencontrées chez les personnes âgées que voient les professionnels de la gérontologie. Quelques sexagénaires peuvent fumer du cannabis et parfois consommer d'autres drogues ; mais on ne trouve pas cette consommation en milieu rural ou semi-rural, ni chez les sujets plus âgés.

Les aînés fument parfois du tabac, et de nombreux risques se potentialisent sur l'association alcool et tabac : risques vasculaires, de cancer, mais aussi niveaux de consommation de l'un ou de l'autre produit. Les problèmes liés au tabac déclinent visiblement au fil des années et de la législation.

Pour être exhaustif avec les conduites addictives de personnes âgées, il convient d'envisager aussi les addictions\* sans substances, dites comportementales (Fernandez, 2009). Les jeux de hasard et d'argent excessifs, voire les addictions télévisuelles, ont été considérés chez les personnes âgées. Depuis quelques années, un certain effet de mode tend à réunir sous le même terme ces situations

disparates. Pour autant, ce penchant ne doit pas amener à considérer tout comportement répétitif comme une pratique addictive. Il existe d'autres supports qu'addictologiques à des compulsions et la gérontologie connaît des situations de ce type : anorexies, troubles alimentaires...

#### POUR NE PAS TOUT APPELER « ALCOOLISME »

En recentrant le propos sur les relations à l'alcool, il est essentiel de ne pas confondre consommation d'alcool et conduite addictive, ni de tout rattacher à une maladie : « l'alcoolisme ». Il convient aussi de faire la part des choses entre usage ou mésusage, risque ou dommages, inconvénients des alcoolisations ou bénéfiques, souffrance ou plaisir, sans amalgames.

Le terme d'alcoolisme a été une avancée au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, lors de son invention par un médecin suédois (Magnus Huss), réunissant les conséquences des consommations d'alcool et permettant de s'extraire du seul regard moral sur le sujet. Pour autant une conception exclusivement médicale du mésusage d'alcool a aussi ses limites. Depuis, les avancées en sciences sociales et médicales et l'émergence de la notion de pratiques addictives ont eu un effet positif : elles permettent de dépasser la connotation négative qu'apporte l'adjectif « alcoolique » ou le nom « alcoolisme », et rendent ces mots caducs. Ils sont presque inutilisables avec les malades ou leur entourage. Dans le langage technique entre professionnels, ils ne sont pas plus opportuns car ils recourent diverses situations, sans référence à une classification consensuelle ni apport pour l'organisation des soins.

comme d'alcool. C'est une conséquence de l'appétence des Français à les consommer, mais aussi de la propension des médecins à les prescrire largement. C'est aussi le reflet d'une automédication fréquente, habitude croissante avec l'avancée en âge : réutilisation de médicaments restant dans les armoires à pharmacie familiales, mais aussi provenant d'échanges en famille ou entre amis.

Les drogues, au sens initial de substances psychoactives illicites, ne sont pas d'utilisation courante chez les personnes âgées ; l'usage de cannabis ne concernerait pas plus de 0,5 % des plus de 65 ans aux États-Unis, et le mésusage beaucoup moins, les recours à d'autres produits illicites étant sporadiques (SAMHSA, 2009a). Les drogues ne sont presque jamais rencontrées chez les personnes âgées que voient les professionnels de la gérontologie. Quelques sexagénaires peuvent fumer du cannabis et parfois consommer d'autres drogues ; mais on ne trouve pas cette consommation en milieu rural ou semi-rural, ni chez les sujets plus âgés.

Les aînés fument parfois du tabac, et de nombreux risques se potentialisent sur l'association alcool et tabac : risques vasculaires, de cancer, mais aussi niveaux de consommation de l'un ou de l'autre produit. Les problèmes liés au tabac déclinent visiblement au fil des années et de la législation.

Pour être exhaustif avec les conduites addictives de personnes âgées, il convient d'envisager aussi les addictions\* sans substances, dites comportementales (Fernandez, 2009). Les jeux de hasard et d'argent excessifs, voire les addictions télévisuelles, ont été considérés chez les personnes âgées. Depuis quelques années, un certain effet de mode tend à réunir sous le même terme ces situations

disparates. Pour autant, ce penchant ne doit pas amener à considérer tout comportement répétitif comme une pratique addictive. Il existe d'autres supports qu'addictologiques à des compulsions et la gérontologie connaît des situations de ce type : anorexies, troubles alimentaires...

#### POUR NE PAS TOUT APPELER « ALCOOLISME »

En recentrant le propos sur les relations à l'alcool, il est essentiel de ne pas confondre consommation d'alcool et conduite addictive, ni de tout rattacher à une maladie : « l'alcoolisme ». Il convient aussi de faire la part des choses entre usage ou mésusage, risque ou dommages, inconvénients des alcoolisations ou bénéfiques, souffrance ou plaisir, sans amalgames.

Le terme d'alcoolisme a été une avancée au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, lors de son invention par un médecin suédois (Magnus Huss), réunissant les conséquences des consommations d'alcool et permettant de s'extraire du seul regard moral sur le sujet. Pour autant une conception exclusivement médicale du mésusage d'alcool a aussi ses limites. Depuis, les avancées en sciences sociales et médicales et l'émergence de la notion de pratiques addictives ont eu un effet positif : elles permettent de dépasser la connotation négative qu'apporte l'adjectif « alcoolique » ou le nom « alcoolisme », et rendent ces mots caducs. Ils sont presque inutilisables avec les malades ou leur entourage. Dans le langage technique entre professionnels, ils ne sont pas plus opportuns car ils recourent diverses situations, sans référence à une classification consensuelle ni apport pour l'organisation des soins.

comme d'alcool. C'est une conséquence de l'appétence des Français à les consommer, mais aussi de la propension des médecins à les prescrire largement. C'est aussi le reflet d'une automédication fréquente, habitude croissante avec l'avancée en âge: réutilisation de médicaments restant dans les armoires à pharmacie familiales, mais aussi provenant d'échanges en famille ou entre amis.

Les drogues, au sens initial de substances psychoactives illicites, ne sont pas d'utilisation courante chez les personnes âgées ; l'usage de cannabis ne concernerait pas plus de 0,5 % des plus de 65 ans aux États-Unis, et le mésusage beaucoup moins, les recours à d'autres produits illicites étant sporadiques (SAMHSA, 2009a). Les drogues ne sont presque jamais rencontrées chez les personnes âgées que voient les professionnels de la gérontologie. Quelques sexagénaires peuvent fumer du cannabis et parfois consommer d'autres drogues ; mais on ne trouve pas cette consommation en milieu rural ou semi-rural, ni chez les sujets plus âgés.

Les aînés fument parfois du tabac, et de nombreux risques se potentialisent sur l'association alcool et tabac : risques vasculaires, de cancer, mais aussi niveaux de consommation de l'un ou de l'autre produit. Les problèmes liés au tabac déclinent visiblement au fil des années et de la législation.

Pour être exhaustif avec les conduites addictives de personnes âgées, il convient d'envisager aussi les addictions\* sans substances, dites comportementales (Fernandez, 2009). Les jeux de hasard et d'argent excessifs, voire les addictions télévisuelles, ont été considérés chez les personnes âgées. Depuis quelques années, un certain effet de mode tend à réunir sous le même terme ces situations

disparates. Pour autant, ce penchant ne doit pas amener à considérer tout comportement répétitif comme une pratique addictive. Il existe d'autres supports qu'addictologiques à des compulsions et la gérontologie connaît des situations de ce type : anorexies, troubles alimentaires...

#### POUR NE PAS TOUT APPELER « ALCOOLISME »

En recentrant le propos sur les relations à l'alcool, il est essentiel de ne pas confondre consommation d'alcool et conduite addictive, ni de tout rattacher à une maladie: « l'alcoolisme ». Il convient aussi de faire la part des choses entre usage ou mésusage, risque ou dommages, inconvénients des alcoolisations ou bénéfiques, souffrance ou plaisir, sans amalgames.

Le terme d'alcoolisme a été une avancée au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, lors de son invention par un médecin suédois (Magnus Huss), réunissant les conséquences des consommations d'alcool et permettant de s'extraire du seul regard moral sur le sujet. Pour autant une conception exclusivement médicale du mésusage d'alcool a aussi ses limites. Depuis, les avancées en sciences sociales et médicales et l'émergence de la notion de pratiques addictives ont eu un effet positif: elles permettent de dépasser la connotation négative qu'apporte l'adjectif « alcoolique » ou le nom « alcoolisme », et rendent ces mots caducs. Ils sont presque inutilisables avec les malades ou leur entourage. Dans le langage technique entre professionnels, ils ne sont pas plus opportuns car ils recourent diverses situations, sans référence à une classification consensuelle ni apport pour l'organisation des soins.

comme d'alcool. C'est une conséquence de l'appétence des Français à les consommer, mais aussi de la propension des médecins à les prescrire largement. C'est aussi le reflet d'une automédication fréquente, habitude croissante avec l'avancée en âge : réutilisation de médicaments restant dans les armoires à pharmacie familiales, mais aussi provenant d'échanges en famille ou entre amis.

Les drogues, au sens initial de substances psychoactives illicites, ne sont pas d'utilisation courante chez les personnes âgées ; l'usage de cannabis ne concernerait pas plus de 0,5 % des plus de 65 ans aux États-Unis, et le mésusage beaucoup moins, les recours à d'autres produits illicites étant sporadiques (SAMHSA, 2009a). Les drogues ne sont presque jamais rencontrées chez les personnes âgées que voient les professionnels de la gérontologie. Quelques sexagénaires peuvent fumer du cannabis et parfois consommer d'autres drogues ; mais on ne trouve pas cette consommation en milieu rural ou semi-rural, ni chez les sujets plus âgés.

Les aînés fument parfois du tabac, et de nombreux risques se potentialisent sur l'association alcool et tabac : risques vasculaires, de cancer, mais aussi niveaux de consommation de l'un ou de l'autre produit. Les problèmes liés au tabac déclinent visiblement au fil des années et de la législation.

Pour être exhaustif avec les conduites addictives de personnes âgées, il convient d'envisager aussi les addictions\* sans substances, dites comportementales (Fernandez, 2009). Les jeux de hasard et d'argent excessifs, voire les addictions télévisuelles, ont été considérés chez les personnes âgées. Depuis quelques années, un certain effet de mode tend à réunir sous le même terme ces situations

disparates. Pour autant, ce penchant ne doit pas amener à considérer tout comportement répétitif comme une pratique addictive. Il existe d'autres supports qu'addictologiques à des compulsions et la gérontologie connaît des situations de ce type : anorexies, troubles alimentaires...

#### POUR NE PAS TOUT APPELER « ALCOOLISME »

En recentrant le propos sur les relations à l'alcool, il est essentiel de ne pas confondre consommation d'alcool et conduite addictive, ni de tout rattacher à une maladie : « l'alcoolisme ». Il convient aussi de faire la part des choses entre usage ou mésusage, risque ou dommages, inconvénients des alcoolisations ou bénéfiques, souffrance ou plaisir, sans amalgames.

Le terme d'alcoolisme a été une avancée au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, lors de son invention par un médecin suédois (Magnus Huss), réunissant les conséquences des consommations d'alcool et permettant de s'extraire du seul regard moral sur le sujet. Pour autant une conception exclusivement médicale du mésusage d'alcool a aussi ses limites. Depuis, les avancées en sciences sociales et médicales et l'émergence de la notion de pratiques addictives ont eu un effet positif : elles permettent de dépasser la connotation négative qu'apporte l'adjectif « alcoolique » ou le nom « alcoolisme », et rendent ces mots caducs. Ils sont presque inutilisables avec les malades ou leur entourage. Dans le langage technique entre professionnels, ils ne sont pas plus opportuns car ils recourent diverses situations, sans référence à une classification consensuelle ni apport pour l'organisation des soins.

comme d'alcool. C'est une conséquence de l'appétence des Français à les consommer, mais aussi de la propension des médecins à les prescrire largement. C'est aussi le reflet d'une automédication fréquente, habitude croissante avec l'avancée en âge : réutilisation de médicaments restant dans les armoires à pharmacie familiales, mais aussi provenant d'échanges en famille ou entre amis.

Les drogues, au sens initial de substances psychoactives illicites, ne sont pas d'utilisation courante chez les personnes âgées ; l'usage de cannabis ne concernerait pas plus de 0,5 % des plus de 65 ans aux États-Unis, et le mésusage beaucoup moins, les recours à d'autres produits illicites étant sporadiques (SAMHSA, 2009a). Les drogues ne sont presque jamais rencontrées chez les personnes âgées que voient les professionnels de la gérontologie. Quelques sexagénaires peuvent fumer du cannabis et parfois consommer d'autres drogues ; mais on ne trouve pas cette consommation en milieu rural ou semi-rural, ni chez les sujets plus âgés.

Les aînés fument parfois du tabac, et de nombreux risques se potentialisent sur l'association alcool et tabac : risques vasculaires, de cancer, mais aussi niveaux de consommation de l'un ou de l'autre produit. Les problèmes liés au tabac déclinent visiblement au fil des années et de la législation.

Pour être exhaustif avec les conduites addictives de personnes âgées, il convient d'envisager aussi les addictions\* sans substances, dites comportementales (Fernandez, 2009). Les jeux de hasard et d'argent excessifs, voire les addictions télévisuelles, ont été considérés chez les personnes âgées. Depuis quelques années, un certain effet de mode tend à réunir sous le même terme ces situations

disparates. Pour autant, ce penchant ne doit pas amener à considérer tout comportement répétitif comme une pratique addictive. Il existe d'autres supports qu'addictologiques à des compulsions et la gérontologie connaît des situations de ce type : anorexies, troubles alimentaires...

#### POUR NE PAS TOUT APPELER « ALCOOLISME »

En recentrant le propos sur les relations à l'alcool, il est essentiel de ne pas confondre consommation d'alcool et conduite addictive, ni de tout rattacher à une maladie : « l'alcoolisme ». Il convient aussi de faire la part des choses entre usage ou mésusage, risque ou dommages, inconvénients des alcoolisations ou bénéfiques, souffrance ou plaisir, sans amalgames.

Le terme d'alcoolisme a été une avancée au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, lors de son invention par un médecin suédois (Magnus Huss), réunissant les conséquences des consommations d'alcool et permettant de s'extraire du seul regard moral sur le sujet. Pour autant une conception exclusivement médicale du mésusage d'alcool a aussi ses limites. Depuis, les avancées en sciences sociales et médicales et l'émergence de la notion de pratiques addictives ont eu un effet positif : elles permettent de dépasser la connotation négative qu'apporte l'adjectif « alcoolique » ou le nom « alcoolisme », et rendent ces mots caducs. Ils sont presque inutilisables avec les malades ou leur entourage. Dans le langage technique entre professionnels, ils ne sont pas plus opportuns car ils recourent diverses situations, sans référence à une classification consensuelle ni apport pour l'organisation des soins.

Monsieur B. est venu à 83 ans en consultation mémoire pour quelques oublis et la nécessité de faire répéter son épouse. Un bilan plutôt rassurant ne retenait qu'un trouble cognitif léger dont l'origine est incertaine (*Mild Cognitive Impairment\**). Au fil des consultations, la question des relations de couple survient, avec irritabilité, colères imprévisibles, disputes avec sa femme depuis quelques mois.

M<sup>me</sup> B. parle des prises d'alcool qui augmentent, alors que son mari n'a jamais été « un buveur ». Mais au fil des mois, les troubles caractériels s'aggravent et l'alcoolisation s'estompe. Jusqu'à une hospitalisation en urgence après une chute, qui fait porter le diagnostic d'ivresse, sans preuve biologique, chez un malade alors étiqueté « alcoolique ». Après quelques jours à l'hôpital, le diagnostic de sortie sera de possible démence alcoolique et chute lors d'une ivresse !

Par la suite, l'évolution de M. B. sera marquée par une aggravation des signes de dépression. Le diagnostic de démence ne sera jamais confirmé. Spontanément les prises d'alcool ont disparu et des signes de dépression atypique, sous forme hostile, sont retenus. Le mésusage d'alcool n'apparaîtra plus.

Le mésusage d'alcool fait partie de ces trompe-l'œil qu'il faut éviter de trop facilement accepter : il risque de masquer l'évolution d'une autre maladie qui s'aggravera par défaut de soins adaptés. Pour autant, ces situations attirent l'attention, peut-être maladroitement et autrement que par une demande d'aide clairement formulée, vers un sujet redevable de soins. Il est des situations complexes dans lesquelles il est difficile de savoir répondre par un seul nom de maladie, et surtout par un traitement simple et radical ; les errements des diagnostics médicaux augmentent les tentations de vouloir réduire le tout à une affection *supposée*, qui peut provoquer défaitisme et absence de soin.

## 2

### *Dommmages ou bénéfiques dus à l'alcool*

#### L'ALCOOL EST D'ABORD UN PSYCHOTROPE

L'alcool a de multiples propriétés psychoactives : c'est d'abord à ce niveau que se situent les bénéfiques ou les inconvénients de sa consommation. Il est euphorisant, enivrant, désinhibiteur, antalgique, sédatif, hypnotique, anxiolytique, antidépresseur... Avec tant de propriétés apparemment favorables, l'alcool semble un remède à tous les maux. Mais chaque propriété revêt une dimension paradoxale souvent rencontrée à propos de l'alcool : à savoir que ce produit peut avoir, à deux moments successifs, un effet donné... puis son contraire.

De cette « pharmacologie » de l'alcool découleront les propriétés sociales parfois mises en avant : convivialité,

Monsieur B. est venu à 83 ans en consultation mémoire pour quelques oublis et la nécessité de faire répéter son épouse. Un bilan plutôt rassurant ne retenait qu'un trouble cognitif léger dont l'origine est incertaine (*Mild Cognitive Impairment\**). Au fil des consultations, la question des relations de couple survient, avec irritabilité, colères imprévisibles, disputes avec sa femme depuis quelques mois.

M<sup>me</sup> B. parle des prises d'alcool qui augmentent, alors que son mari n'a jamais été « un buveur ». Mais au fil des mois, les troubles caractériels s'aggravent et l'alcoolisation s'estompe. Jusqu'à une hospitalisation en urgence après une chute, qui fait porter le diagnostic d'ivresse, sans preuve biologique, chez un malade alors étiqueté « alcoolique ». Après quelques jours à l'hôpital, le diagnostic de sortie sera de possible démence alcoolique et chute lors d'une ivresse !

Par la suite, l'évolution de M. B. sera marquée par une aggravation des signes de dépression. Le diagnostic de démence ne sera jamais confirmé. Spontanément les prises d'alcool ont disparu et des signes de dépression atypique, sous forme hostile, sont retenus. Le mésusage d'alcool n'apparaîtra plus.

Le mésusage d'alcool fait partie de ces trompe-l'œil qu'il faut éviter de trop facilement accepter : il risque de masquer l'évolution d'une autre maladie qui s'aggravera par défaut de soins adaptés. Pour autant, ces situations attirent l'attention, peut-être maladroitement et autrement que par une demande d'aide clairement formulée, vers un sujet redevable de soins. Il est des situations complexes dans lesquelles il est difficile de savoir répondre par un seul nom de maladie, et surtout par un traitement simple et radical ; les errements des diagnostics médicaux augmentent les tentations de vouloir réduire le tout à une affection *supposée*, qui peut provoquer défaitisme et absence de soin.

## 2

### *Dommmages ou bénéfiques dus à l'alcool*

#### L'ALCOOL EST D'ABORD UN PSYCHOTROPE

L'alcool a de multiples propriétés psychoactives : c'est d'abord à ce niveau que se situent les bénéfiques ou les inconvénients de sa consommation. Il est euphorisant, enivrant, désinhibiteur, antalgique, sédatif, hypnotique, anxiolytique, antidépresseur... Avec tant de propriétés apparemment favorables, l'alcool semble un remède à tous les maux. Mais chaque propriété revêt une dimension paradoxale souvent rencontrée à propos de l'alcool : à savoir que ce produit peut avoir, à deux moments successifs, un effet donné... puis son contraire.

De cette « pharmacologie » de l'alcool découleront les propriétés sociales parfois mises en avant : convivialité,

Monsieur B. est venu à 83 ans en consultation mémoire pour quelques oublis et la nécessité de faire répéter son épouse. Un bilan plutôt rassurant ne retenait qu'un trouble cognitif léger dont l'origine est incertaine (*Mild Cognitive Impairment\**). Au fil des consultations, la question des relations de couple survient, avec irritabilité, colères imprévisibles, disputes avec sa femme depuis quelques mois.

M<sup>me</sup> B. parle des prises d'alcool qui augmentent, alors que son mari n'a jamais été « un buveur ». Mais au fil des mois, les troubles caractériels s'aggravent et l'alcoolisation s'estompe. Jusqu'à une hospitalisation en urgence après une chute, qui fait porter le diagnostic d'ivresse, sans preuve biologique, chez un malade alors étiqueté « alcoolique ». Après quelques jours à l'hôpital, le diagnostic de sortie sera de possible démence alcoolique et chute lors d'une ivresse !

Par la suite, l'évolution de M. B. sera marquée par une aggravation des signes de dépression. Le diagnostic de démence ne sera jamais confirmé. Spontanément les prises d'alcool ont disparu et des signes de dépression atypique, sous forme hostile, sont retenus. Le mésusage d'alcool n'apparaîtra plus.

Le mésusage d'alcool fait partie de ces trompe-l'œil qu'il faut éviter de trop facilement accepter : il risque de masquer l'évolution d'une autre maladie qui s'aggravera par défaut de soins adaptés. Pour autant, ces situations attirent l'attention, peut-être maladroitement et autrement que par une demande d'aide clairement formulée, vers un sujet redevable de soins. Il est des situations complexes dans lesquelles il est difficile de savoir répondre par un seul nom de maladie, et surtout par un traitement simple et radical ; les errements des diagnostics médicaux augmentent les tentations de vouloir réduire le tout à une affection *supposée*, qui peut provoquer défaitisme et absence de soin.

## 2

### *Dommmages ou bénéfices dus à l'alcool*

#### L'ALCOOL EST D'ABORD UN PSYCHOTROPE

L'alcool a de multiples propriétés psychoactives : c'est d'abord à ce niveau que se situent les bénéfiques ou les inconvénients de sa consommation. Il est euphorisant, enivrant, désinhibiteur, antalgique, sédatif, hypnotique, anxiolytique, antidépresseur... Avec tant de propriétés apparemment favorables, l'alcool semble un remède à tous les maux. Mais chaque propriété revêt une dimension paradoxale souvent rencontrée à propos de l'alcool : à savoir que ce produit peut avoir, à deux moments successifs, un effet donné... puis son contraire.

De cette « pharmacologie » de l'alcool découleront les propriétés sociales parfois mises en avant : convivialité,

Monsieur B. est venu à 83 ans en consultation mémoire pour quelques oublis et la nécessité de faire répéter son épouse. Un bilan plutôt rassurant ne retenait qu'un trouble cognitif léger dont l'origine est incertaine (*Mild Cognitive Impairment\**). Au fil des consultations, la question des relations de couple survient, avec irritabilité, colères imprévisibles, disputes avec sa femme depuis quelques mois.

M<sup>me</sup> B. parle des prises d'alcool qui augmentent, alors que son mari n'a jamais été « un buveur ». Mais au fil des mois, les troubles caractériels s'aggravent et l'alcoolisation s'estompe. Jusqu'à une hospitalisation en urgence après une chute, qui fait porter le diagnostic d'ivresse, sans preuve biologique, chez un malade alors étiqueté « alcoolique ». Après quelques jours à l'hôpital, le diagnostic de sortie sera de possible démence alcoolique et chute lors d'une ivresse !

Par la suite, l'évolution de M. B. sera marquée par une aggravation des signes de dépression. Le diagnostic de démence ne sera jamais confirmé. Spontanément les prises d'alcool ont disparu et des signes de dépression atypique, sous forme hostile, sont retenus. Le mésusage d'alcool n'apparaîtra plus.

Le mésusage d'alcool fait partie de ces trompe-l'œil qu'il faut éviter de trop facilement accepter : il risque de masquer l'évolution d'une autre maladie qui s'aggravera par défaut de soins adaptés. Pour autant, ces situations attirent l'attention, peut-être maladroitement et autrement que par une demande d'aide clairement formulée, vers un sujet redevable de soins. Il est des situations complexes dans lesquelles il est difficile de savoir répondre par un seul nom de maladie, et surtout par un traitement simple et radical ; les errements des diagnostics médicaux augmentent les tentations de vouloir réduire le tout à une affection *supposée*, qui peut provoquer défaitisme et absence de soin.

## 2

### *Dommmages ou bénéfiques dus à l'alcool*

#### L'ALCOOL EST D'ABORD UN PSYCHOTROPE

L'alcool a de multiples propriétés psychoactives : c'est d'abord à ce niveau que se situent les bénéfiques ou les inconvénients de sa consommation. Il est euphorisant, enivrant, désinhibiteur, antalgique, sédatif, hypnotique, anxiolytique, antidépresseur... Avec tant de propriétés apparemment favorables, l'alcool semble un remède à tous les maux. Mais chaque propriété revêt une dimension paradoxale souvent rencontrée à propos de l'alcool : à savoir que ce produit peut avoir, à deux moments successifs, un effet donné... puis son contraire.

De cette « pharmacologie » de l'alcool découleront les propriétés sociales parfois mises en avant : convivialité,

Monsieur B. est venu à 83 ans en consultation mémoire pour quelques oublis et la nécessité de faire répéter son épouse. Un bilan plutôt rassurant ne retenait qu'un trouble cognitif léger dont l'origine est incertaine (*Mild Cognitive Impairment\**). Au fil des consultations, la question des relations de couple survient, avec irritabilité, colères imprévisibles, disputes avec sa femme depuis quelques mois.

M<sup>me</sup> B. parle des prises d'alcool qui augmentent, alors que son mari n'a jamais été « un buveur ». Mais au fil des mois, les troubles caractériels s'aggravent et l'alcoolisation s'estompe. Jusqu'à une hospitalisation en urgence après une chute, qui fait porter le diagnostic d'ivresse, sans preuve biologique, chez un malade alors étiqueté « alcoolique ». Après quelques jours à l'hôpital, le diagnostic de sortie sera de possible démence alcoolique et chute lors d'une ivresse !

Par la suite, l'évolution de M. B. sera marquée par une aggravation des signes de dépression. Le diagnostic de démence ne sera jamais confirmé. Spontanément les prises d'alcool ont disparu et des signes de dépression atypique, sous forme hostile, sont retenus. Le mésusage d'alcool n'apparaîtra plus.

Le mésusage d'alcool fait partie de ces trompe-l'œil qu'il faut éviter de trop facilement accepter : il risque de masquer l'évolution d'une autre maladie qui s'aggravera par défaut de soins adaptés. Pour autant, ces situations attirent l'attention, peut-être maladroitement et autrement que par une demande d'aide clairement formulée, vers un sujet redevable de soins. Il est des situations complexes dans lesquelles il est difficile de savoir répondre par un seul nom de maladie, et surtout par un traitement simple et radical ; les errements des diagnostics médicaux augmentent les tentations de vouloir réduire le tout à une affection *supposée*, qui peut provoquer défaitisme et absence de soin.

## 2

### *Dommmages ou bénéfiques dus à l'alcool*

#### L'ALCOOL EST D'ABORD UN PSYCHOTROPE

L'alcool a de multiples propriétés psychoactives : c'est d'abord à ce niveau que se situent les bénéfiques ou les inconvénients de sa consommation. Il est euphorisant, enivrant, désinhibiteur, antalgique, sédatif, hypnotique, anxiolytique, antidépresseur... Avec tant de propriétés apparemment favorables, l'alcool semble un remède à tous les maux. Mais chaque propriété revêt une dimension paradoxale souvent rencontrée à propos de l'alcool : à savoir que ce produit peut avoir, à deux moments successifs, un effet donné... puis son contraire.

De cette « pharmacologie » de l'alcool découleront les propriétés sociales parfois mises en avant : convivialité,

facilitation des relations ou, à l'inverse, facteur de désocialisation.

– *Euphorisant, enivrant.* C'est le premier stade de l'ivresse, et l'un des premiers effets recherché dans la consommation d'alcool. L'exaltation ainsi obtenue est voulue. Le degré d'ivresse socialement toléré varie selon l'âge, le sexe, les circonstances. Une femme âgée sera moins acceptée sous le masque de l'ivresse qu'un homme plus jeune.

– *Désinhibiteur.* C'est l'effet le plus souvent attendu lors des expérimentations de la vie d'adulte: tenter de s'affranchir de certaines barrières sociales et oser aller vers l'autre. Si parfois l'inhibition est liée à des difficultés de relation aux autres, c'est aussi l'un des fondements de la vie en société, qui permet de ne pas simplement se conduire au gré de ses envies. La levée d'inhibition que procure l'alcool amène aussi des conduites à risque, des passages à l'acte verbaux, physiques (attouchements, coups...), délictueux (vols, agressions), et même auto-agressifs (tentatives de suicides), qui ne surviendraient pas sans prise d'alcool. C'est l'exemple du résident âgé de retour du café, qui regagne son EHPAD\* en tenant des propos véhéments, grivois ou rancuniers envers d'autres résidents et les soignants, dont la main leste caresse une blouse ou claque sur un autre résident.

– *Antalgique.* Cette propriété importante est souvent oubliée par le corps médical, qui s'en servait pourtant en chirurgie de guerre avant l'ère de l'anesthésie. L'alcool diminue ou supprime la sensation de douleur. Ce constat est également fait chez des personnes âgées non soulagées de douleurs chroniques qui entrent ainsi dans le mésusage d'alcool (Brennan et coll., 2005). C'est encore le

risque surajouté d'une intoxication éthylique aiguë qui fait que le signal douloureux d'un traumatisme ou de toute autre maladie aiguë passera inaperçu. Faute de signe d'appel, l'affection masquée par l'alcool évoluera et pourra se compliquer, jusqu'à la résolution de l'intoxication éthylique aiguë, et la réapparition de la douleur.

– *Sédatif.* À l'inverse de l'effet euphorisant, le pouvoir calmant, apaisant, est peu recherché directement. Il survient par contre assez vite: baisse de vigilance, somnolence, risque de chute et de traumatisme majoré chez la personne âgée. Dans ce registre, on peut envisager les accidents de la voie publique, essentiellement comme piéton chez les aînés, mais aussi lors de tout déplacement avec ou sans aide matérielle: déambulateur, fauteuil roulant... Cet effet est d'autant plus sensible que la personne est plus âgée, qu'il existe une affection neuropsychiatrique ou une prise concomitante d'autres sédatifs: tranquillisants (benzodiazépines, neuroleptiques sédatifs...), antalgiques ou antidépresseurs.

– *Hypnotique.* Après la sédation, c'est parfois l'endormissement qui est recherché; certains insomniaques, avec l'alcool seul, ou en potentialisant ainsi leur somnifère, ont une impression de meilleur endormissement. Cet effet aboutit à l'extrême au coma éthylique. Cependant l'alcool a un effet déstructurant sur le sommeil, en le fractionnant, en perturbant ses différentes phases et en réduisant sa quantité totale. Plutôt qu'un somnifère et même s'il peut induire immédiatement le sommeil, l'alcool est surtout *insomniant* à moyen ou long terme.

– *Anxiolytique.* Souvent recherché, cet effet est l'un des supports principaux de l'automédication par l'alcool. Immédiat et rapide, l'effet dure le temps de l'alcoolisa-

facilitation des relations ou, à l'inverse, facteur de désocialisation.

– *Euphorisant, enivrant.* C'est le premier stade de l'ivresse, et l'un des premiers effets recherché dans la consommation d'alcool. L'exaltation ainsi obtenue est voulue. Le degré d'ivresse socialement toléré varie selon l'âge, le sexe, les circonstances. Une femme âgée sera moins acceptée sous le masque de l'ivresse qu'un homme plus jeune.

– *Désinhibiteur.* C'est l'effet le plus souvent attendu lors des expérimentations de la vie d'adulte: tenter de s'affranchir de certaines barrières sociales et oser aller vers l'autre. Si parfois l'inhibition est liée à des difficultés de relation aux autres, c'est aussi l'un des fondements de la vie en société, qui permet de ne pas simplement se conduire au gré de ses envies. La levée d'inhibition que procure l'alcool amène aussi des conduites à risque, des passages à l'acte verbaux, physiques (attouchements, coups...), délictueux (vols, agressions), et même auto-agressifs (tentatives de suicides), qui ne surviendraient pas sans prise d'alcool. C'est l'exemple du résident âgé de retour du café, qui regagne son EHPAD\* en tenant des propos véhéments, grivois ou rancuniers envers d'autres résidents et les soignants, dont la main leste caresse une blouse ou claque sur un autre résident.

– *Antalgique.* Cette propriété importante est souvent oubliée par le corps médical, qui s'en servait pourtant en chirurgie de guerre avant l'ère de l'anesthésie. L'alcool diminue ou supprime la sensation de douleur. Ce constat est également fait chez des personnes âgées non soulagées de douleurs chroniques qui entrent ainsi dans le mésusage d'alcool (Brennan et coll., 2005). C'est encore le

risque surajouté d'une intoxication éthylique aiguë qui fait que le signal douloureux d'un traumatisme ou de toute autre maladie aiguë passera inaperçu. Faute de signe d'appel, l'affection masquée par l'alcool évoluera et pourra se compliquer, jusqu'à la résolution de l'intoxication éthylique aiguë, et la réapparition de la douleur.

– *Sédatif.* À l'inverse de l'effet euphorisant, le pouvoir calmant, apaisant, est peu recherché directement. Il survient par contre assez vite: baisse de vigilance, somnolence, risque de chute et de traumatisme majoré chez la personne âgée. Dans ce registre, on peut envisager les accidents de la voie publique, essentiellement comme piéton chez les aînés, mais aussi lors de tout déplacement avec ou sans aide matérielle: déambulateur, fauteuil roulant... Cet effet est d'autant plus sensible que la personne est plus âgée, qu'il existe une affection neuropsychiatrique ou une prise concomitante d'autres sédatifs: tranquillisants (benzodiazépines, neuroleptiques sédatifs...), antalgiques ou antidépresseurs.

– *Hypnotique.* Après la sédation, c'est parfois l'endormissement qui est recherché; certains insomniaques, avec l'alcool seul, ou en potentialisant ainsi leur somnifère, ont une impression de meilleur endormissement. Cet effet aboutit à l'extrême au coma éthylique. Cependant l'alcool a un effet déstructurant sur le sommeil, en le fractionnant, en perturbant ses différentes phases et en réduisant sa quantité totale. Plutôt qu'un somnifère et même s'il peut induire immédiatement le sommeil, l'alcool est surtout *insomniant* à moyen ou long terme.

– *Anxiolytique.* Souvent recherché, cet effet est l'un des supports principaux de l'automédication par l'alcool. Immédiat et rapide, l'effet dure le temps de l'alcoolisa-

facilitation des relations ou, à l'inverse, facteur de désocialisation.

– *Euphorisant, enivrant.* C'est le premier stade de l'ivresse, et l'un des premiers effets recherché dans la consommation d'alcool. L'exaltation ainsi obtenue est voulue. Le degré d'ivresse socialement toléré varie selon l'âge, le sexe, les circonstances. Une femme âgée sera moins acceptée sous le masque de l'ivresse qu'un homme plus jeune.

– *Désinhibiteur.* C'est l'effet le plus souvent attendu lors des expérimentations de la vie d'adulte: tenter de s'affranchir de certaines barrières sociales et oser aller vers l'autre. Si parfois l'inhibition est liée à des difficultés de relation aux autres, c'est aussi l'un des fondements de la vie en société, qui permet de ne pas simplement se conduire au gré de ses envies. La levée d'inhibition que procure l'alcool amène aussi des conduites à risque, des passages à l'acte verbaux, physiques (attouchements, coups...), délictueux (vols, agressions), et même auto-agressifs (tentatives de suicides), qui ne surviendraient pas sans prise d'alcool. C'est l'exemple du résident âgé de retour du café, qui regagne son EHPAD\* en tenant des propos véhéments, grivois ou rancuniers envers d'autres résidents et les soignants, dont la main leste caresse une blouse ou claque sur un autre résident.

– *Antalgique.* Cette propriété importante est souvent oubliée par le corps médical, qui s'en servait pourtant en chirurgie de guerre avant l'ère de l'anesthésie. L'alcool diminue ou supprime la sensation de douleur. Ce constat est également fait chez des personnes âgées non soulagées de douleurs chroniques qui entrent ainsi dans le mésusage d'alcool (Brennan et coll., 2005). C'est encore le

risque surajouté d'une intoxication éthylique aiguë qui fait que le signal douloureux d'un traumatisme ou de toute autre maladie aiguë passera inaperçu. Faute de signe d'appel, l'affection masquée par l'alcool évoluera et pourra se compliquer, jusqu'à la résolution de l'intoxication éthylique aiguë, et la réapparition de la douleur.

– *Sédatif.* À l'inverse de l'effet euphorisant, le pouvoir calmant, apaisant, est peu recherché directement. Il survient par contre assez vite: baisse de vigilance, somnolence, risque de chute et de traumatisme majoré chez la personne âgée. Dans ce registre, on peut envisager les accidents de la voie publique, essentiellement comme piéton chez les aînés, mais aussi lors de tout déplacement avec ou sans aide matérielle: déambulateur, fauteuil roulant... Cet effet est d'autant plus sensible que la personne est plus âgée, qu'il existe une affection neuropsychiatrique ou une prise concomitante d'autres sédatifs: tranquillisants (benzodiazépines, neuroleptiques sédatifs...), antalgiques ou antidépresseurs.

– *Hypnotique.* Après la sédation, c'est parfois l'endormissement qui est recherché; certains insomniaques, avec l'alcool seul, ou en potentialisant ainsi leur somnifère, ont une impression de meilleur endormissement. Cet effet aboutit à l'extrême au coma éthylique. Cependant l'alcool a un effet déstructurant sur le sommeil, en le fractionnant, en perturbant ses différentes phases et en réduisant sa quantité totale. Plutôt qu'un somnifère et même s'il peut induire immédiatement le sommeil, l'alcool est surtout *insomniant* à moyen ou long terme.

– *Anxiolytique.* Souvent recherché, cet effet est l'un des supports principaux de l'automédication par l'alcool. Immédiat et rapide, l'effet dure le temps de l'alcoolisa-

facilitation des relations ou, à l'inverse, facteur de désocialisation.

– *Euphorisant, enivrant.* C'est le premier stade de l'ivresse, et l'un des premiers effets recherché dans la consommation d'alcool. L'exaltation ainsi obtenue est voulue. Le degré d'ivresse socialement toléré varie selon l'âge, le sexe, les circonstances. Une femme âgée sera moins acceptée sous le masque de l'ivresse qu'un homme plus jeune.

– *Désinhibiteur.* C'est l'effet le plus souvent attendu lors des expérimentations de la vie d'adulte: tenter de s'affranchir de certaines barrières sociales et oser aller vers l'autre. Si parfois l'inhibition est liée à des difficultés de relation aux autres, c'est aussi l'un des fondements de la vie en société, qui permet de ne pas simplement se conduire au gré de ses envies. La levée d'inhibition que procure l'alcool amène aussi des conduites à risque, des passages à l'acte verbaux, physiques (attouchements, coups...), délictueux (vols, agressions), et même auto-agressifs (tentatives de suicides), qui ne surviendraient pas sans prise d'alcool. C'est l'exemple du résident âgé de retour du café, qui regagne son EHPAD\* en tenant des propos véhéments, grivois ou rancuniers envers d'autres résidents et les soignants, dont la main leste caresse une blouse ou claque sur un autre résident.

– *Antalgique.* Cette propriété importante est souvent oubliée par le corps médical, qui s'en servait pourtant en chirurgie de guerre avant l'ère de l'anesthésie. L'alcool diminue ou supprime la sensation de douleur. Ce constat est également fait chez des personnes âgées non soulagées de douleurs chroniques qui entrent ainsi dans le mésusage d'alcool (Brennan et coll., 2005). C'est encore le

risque surajouté d'une intoxication éthylique aiguë qui fait que le signal douloureux d'un traumatisme ou de toute autre maladie aiguë passera inaperçu. Faute de signe d'appel, l'affection masquée par l'alcool évoluera et pourra se compliquer, jusqu'à la résolution de l'intoxication éthylique aiguë, et la réapparition de la douleur.

– *Sédatif.* À l'inverse de l'effet euphorisant, le pouvoir calmant, apaisant, est peu recherché directement. Il survient par contre assez vite: baisse de vigilance, somnolence, risque de chute et de traumatisme majoré chez la personne âgée. Dans ce registre, on peut envisager les accidents de la voie publique, essentiellement comme piéton chez les aînés, mais aussi lors de tout déplacement avec ou sans aide matérielle: déambulateur, fauteuil roulant... Cet effet est d'autant plus sensible que la personne est plus âgée, qu'il existe une affection neuropsychiatrique ou une prise concomitante d'autres sédatifs: tranquillisants (benzodiazépines, neuroleptiques sédatifs...), antalgiques ou antidépresseurs.

– *Hypnotique.* Après la sédation, c'est parfois l'endormissement qui est recherché; certains insomniaques, avec l'alcool seul, ou en potentialisant ainsi leur somnifère, ont une impression de meilleur endormissement. Cet effet aboutit à l'extrême au coma éthylique. Cependant l'alcool a un effet déstructurant sur le sommeil, en le fractionnant, en perturbant ses différentes phases et en réduisant sa quantité totale. Plutôt qu'un somnifère et même s'il peut induire immédiatement le sommeil, l'alcool est surtout *insomniant* à moyen ou long terme.

– *Anxiolytique.* Souvent recherché, cet effet est l'un des supports principaux de l'automédication par l'alcool. Immédiat et rapide, l'effet dure le temps de l'alcoolisa-

facilitation des relations ou, à l'inverse, facteur de désocialisation.

– *Euphorisant, enivrant.* C'est le premier stade de l'ivresse, et l'un des premiers effets recherché dans la consommation d'alcool. L'exaltation ainsi obtenue est voulue. Le degré d'ivresse socialement toléré varie selon l'âge, le sexe, les circonstances. Une femme âgée sera moins acceptée sous le masque de l'ivresse qu'un homme plus jeune.

– *Désinhibiteur.* C'est l'effet le plus souvent attendu lors des expérimentations de la vie d'adulte: tenter de s'affranchir de certaines barrières sociales et oser aller vers l'autre. Si parfois l'inhibition est liée à des difficultés de relation aux autres, c'est aussi l'un des fondements de la vie en société, qui permet de ne pas simplement se conduire au gré de ses envies. La levée d'inhibition que procure l'alcool amène aussi des conduites à risque, des passages à l'acte verbaux, physiques (attouchements, coups...), délictueux (vols, agressions), et même auto-agressifs (tentatives de suicides), qui ne surviendraient pas sans prise d'alcool. C'est l'exemple du résident âgé de retour du café, qui regagne son EHPAD\* en tenant des propos véhéments, grivois ou rancuniers envers d'autres résidents et les soignants, dont la main leste caresse une blouse ou claque sur un autre résident.

– *Antalgique.* Cette propriété importante est souvent oubliée par le corps médical, qui s'en servait pourtant en chirurgie de guerre avant l'ère de l'anesthésie. L'alcool diminue ou supprime la sensation de douleur. Ce constat est également fait chez des personnes âgées non soulagées de douleurs chroniques qui entrent ainsi dans le mésusage d'alcool (Brennan et coll., 2005). C'est encore le

risque surajouté d'une intoxication éthylique aiguë qui fait que le signal douloureux d'un traumatisme ou de toute autre maladie aiguë passera inaperçu. Faute de signe d'appel, l'affection masquée par l'alcool évoluera et pourra se compliquer, jusqu'à la résolution de l'intoxication éthylique aiguë, et la réapparition de la douleur.

– *Sédatif.* À l'inverse de l'effet euphorisant, le pouvoir calmant, apaisant, est peu recherché directement. Il survient par contre assez vite: baisse de vigilance, somnolence, risque de chute et de traumatisme majoré chez la personne âgée. Dans ce registre, on peut envisager les accidents de la voie publique, essentiellement comme piéton chez les aînés, mais aussi lors de tout déplacement avec ou sans aide matérielle: déambulateur, fauteuil roulant... Cet effet est d'autant plus sensible que la personne est plus âgée, qu'il existe une affection neuropsychiatrique ou une prise concomitante d'autres sédatifs: tranquillisants (benzodiazépines, neuroleptiques sédatifs...), antalgiques ou antidépresseurs.

– *Hypnotique.* Après la sédation, c'est parfois l'endormissement qui est recherché; certains insomniaques, avec l'alcool seul, ou en potentialisant ainsi leur somnifère, ont une impression de meilleur endormissement. Cet effet aboutit à l'extrême au coma éthylique. Cependant l'alcool a un effet déstructurant sur le sommeil, en le fractionnant, en perturbant ses différentes phases et en réduisant sa quantité totale. Plutôt qu'un somnifère et même s'il peut induire immédiatement le sommeil, l'alcool est surtout *insomniant* à moyen ou long terme.

– *Anxiolytique.* Souvent recherché, cet effet est l'un des supports principaux de l'automédication par l'alcool. Immédiat et rapide, l'effet dure le temps de l'alcoolisa-

tion, mais expose vite à la sédation ; « l'ajustement des doses d'alcool consommées » est difficile pour n'obtenir que cette seule sensation. En revanche, à l'arrêt des effets de l'alcool, un rebond d'anxiété peut survenir, avec renforcement des ressentis défavorables. Les relations complexes entre alcool et anxiété ont été largement explorées et ne se bornent pas à un seul effet favorable (Adès et Lejoyeux, 1997). L'alcool peut en effet aggraver ou induire d'authentiques troubles anxieux (lors d'usage ou de mésusage), une partie du traitement passera par l'arrêt des prises.

– *Antidépresseur*. Cet effet n'est pas immédiatement ressenti comme tel, mais la douleur morale peut s'estomper dans la sédation, l'euphorie... L'alcool est utilisé comme un pansement par des malades dépressifs, afin de masquer le ressenti douloureux. La dépression par contre est une des premières complications de l'alcoolodépendance : l'alcool est alors, d'abord, *dépressogène*. Le premier traitement de la dépression de l'alcoolodépendant passe par le sevrage alcoolique avant toute prescription d'antidépresseur (Adès et Lejoyeux, 1997). Les relations complexes entre alcool et dépression ont été largement explorées et alimentent toujours des querelles d'auteurs entre dépression automédiquée par l'alcool ou alcoolisations sources de dépression. Querelles indues qui perdurent depuis des décennies, au détriment des malades de l'alcool. Plus récemment en France, les conduites addictives des personnes âgées ont été avant tout considérées comme une issue psychopathologique spécifique et non pas simplement comme le masque d'une dépression (Jaulin, 2008). Autre bémol à l'effet antidépresseur de l'alcool, son effet désinhibiteur : s'il ne guérit pas la dépression, il permet

à nombre de déprimés de passer à l'acte et les conduit au suicide.

– Enfin l'alcool est *addictogène*. C'est une potentialité que personne ne recherche mais qui est l'autre risque des alcoolisations, au côté de tous les dommages physiques, psychiques ou sociaux. Plus qu'un dommage et sûrement pas un bénéfice, le potentiel addictogène de l'alcool est sa propriété principale, qui justifie le temps consacré à décrire son usage ou son mésusage. Cette éventualité persiste chez la personne âgée : l'âge n'enlève en rien l'éventualité de « s'accrocher » à une substance, même tardivement.

#### L'ALCOOL PEUT ÊTRE NOCIF POUR LA SANTÉ

Dès la création du mot « alcoolisme », le terme a réuni l'ensemble des affections liées à l'absorption d'alcool. La médecine s'est d'abord intéressée aux complications de l'alcool sur la santé, aux dommages, avant d'envisager la question des comportements, les pratiques addictives. Aujourd'hui, l'addictologie soutient largement cette seconde approche ; pour autant, il convient de ne pas oublier ni négliger la prise en considération des complications de l'alcool en tant que telles. Les alcoolopathies, et plus largement tous les dommages dus à l'alcool, ont besoin d'être identifiés, reliés à la consommation de produit : condition nécessaire pour ensuite leur opposer des aides ou des soins adaptés.

Les dommages dus à l'alcool sont multiples, sur et autour de la personne qui s'alcoolise. Ils concernent le plan somatique, le plan psychologique et le plan social au sens large :

tion, mais expose vite à la sédation ; « l'ajustement des doses d'alcool consommées » est difficile pour n'obtenir que cette seule sensation. En revanche, à l'arrêt des effets de l'alcool, un rebond d'anxiété peut survenir, avec renforcement des ressentis défavorables. Les relations complexes entre alcool et anxiété ont été largement explorées et ne se bornent pas à un seul effet favorable (Adès et Lejoyeux, 1997). L'alcool peut en effet aggraver ou induire d'authentiques troubles anxieux (lors d'usage ou de mésusage), une partie du traitement passera par l'arrêt des prises.

– *Antidépresseur*. Cet effet n'est pas immédiatement ressenti comme tel, mais la douleur morale peut s'estomper dans la sédation, l'euphorie... L'alcool est utilisé comme un pansement par des malades dépressifs, afin de masquer le ressenti douloureux. La dépression par contre est une des premières complications de l'alcoolodépendance : l'alcool est alors, d'abord, *dépressogène*. Le premier traitement de la dépression de l'alcoolodépendant passe par le sevrage alcoolique avant toute prescription d'antidépresseur (Adès et Lejoyeux, 1997). Les relations complexes entre alcool et dépression ont été largement explorées et alimentent toujours des querelles d'auteurs entre dépression automédiquée par l'alcool ou alcoolisations sources de dépression. Querelles indues qui perdurent depuis des décennies, au détriment des malades de l'alcool. Plus récemment en France, les conduites addictives des personnes âgées ont été avant tout considérées comme une issue psychopathologique spécifique et non pas simplement comme le masque d'une dépression (Jaulin, 2008). Autre bémol à l'effet antidépresseur de l'alcool, son effet désinhibiteur : s'il ne guérit pas la dépression, il permet

à nombre de déprimés de passer à l'acte et les conduit au suicide.

– Enfin l'alcool est *addictogène*. C'est une potentialité que personne ne recherche mais qui est l'autre risque des alcoolisations, au côté de tous les dommages physiques, psychiques ou sociaux. Plus qu'un dommage et sûrement pas un bénéfice, le potentiel addictogène de l'alcool est sa propriété principale, qui justifie le temps consacré à décrire son usage ou son mésusage. Cette éventualité persiste chez la personne âgée : l'âge n'enlève en rien l'éventualité de « s'accrocher » à une substance, même tardivement.

#### L'ALCOOL PEUT ÊTRE NOCIF POUR LA SANTÉ

Dès la création du mot « alcoolisme », le terme a réuni l'ensemble des affections liées à l'absorption d'alcool. La médecine s'est d'abord intéressée aux complications de l'alcool sur la santé, aux dommages, avant d'envisager la question des comportements, les pratiques addictives. Aujourd'hui, l'addictologie soutient largement cette seconde approche ; pour autant, il convient de ne pas oublier ni négliger la prise en considération des complications de l'alcool en tant que telles. Les alcoolopathies, et plus largement tous les dommages dus à l'alcool, ont besoin d'être identifiés, reliés à la consommation de produit : condition nécessaire pour ensuite leur opposer des aides ou des soins adaptés.

Les dommages dus à l'alcool sont multiples, sur et autour de la personne qui s'alcoolise. Ils concernent le plan somatique, le plan psychologique et le plan social au sens large :

tion, mais expose vite à la sédation ; « l'ajustement des doses d'alcool consommées » est difficile pour n'obtenir que cette seule sensation. En revanche, à l'arrêt des effets de l'alcool, un rebond d'anxiété peut survenir, avec renforcement des ressentis défavorables. Les relations complexes entre alcool et anxiété ont été largement explorées et ne se bornent pas à un seul effet favorable (Adès et Lejoyeux, 1997). L'alcool peut en effet aggraver ou induire d'authentiques troubles anxieux (lors d'usage ou de mésusage), une partie du traitement passera par l'arrêt des prises.

– *Antidépresseur*. Cet effet n'est pas immédiatement ressenti comme tel, mais la douleur morale peut s'estomper dans la sédation, l'euphorie... L'alcool est utilisé comme un pansement par des malades dépressifs, afin de masquer le ressenti douloureux. La dépression par contre est une des premières complications de l'alcoolodépendance : l'alcool est alors, d'abord, *dépressogène*. Le premier traitement de la dépression de l'alcoolodépendant passe par le sevrage alcoolique avant toute prescription d'antidépresseur (Adès et Lejoyeux, 1997). Les relations complexes entre alcool et dépression ont été largement explorées et alimentent toujours des querelles d'auteurs entre dépression automédiquée par l'alcool ou alcoolisations sources de dépression. Querelles indues qui perdurent depuis des décennies, au détriment des malades de l'alcool. Plus récemment en France, les conduites addictives des personnes âgées ont été avant tout considérées comme une issue psychopathologique spécifique et non pas simplement comme le masque d'une dépression (Jaulin, 2008). Autre bémol à l'effet antidépresseur de l'alcool, son effet désinhibiteur : s'il ne guérit pas la dépression, il permet

à nombre de déprimés de passer à l'acte et les conduit au suicide.

– Enfin l'alcool est *addictogène*. C'est une potentialité que personne ne recherche mais qui est l'autre risque des alcoolisations, au côté de tous les dommages physiques, psychiques ou sociaux. Plus qu'un dommage et sûrement pas un bénéfice, le potentiel addictogène de l'alcool est sa propriété principale, qui justifie le temps consacré à décrire son usage ou son mésusage. Cette éventualité persiste chez la personne âgée : l'âge n'enlève en rien l'éventualité de « s'accrocher » à une substance, même tardivement.

#### L'ALCOOL PEUT ÊTRE NOCIF POUR LA SANTÉ

Dès la création du mot « alcoolisme », le terme a réuni l'ensemble des affections liées à l'absorption d'alcool. La médecine s'est d'abord intéressée aux complications de l'alcool sur la santé, aux dommages, avant d'envisager la question des comportements, les pratiques addictives. Aujourd'hui, l'addictologie soutient largement cette seconde approche ; pour autant, il convient de ne pas oublier ni négliger la prise en considération des complications de l'alcool en tant que telles. Les alcoolopathies, et plus largement tous les dommages dus à l'alcool, ont besoin d'être identifiés, reliés à la consommation de produit : condition nécessaire pour ensuite leur opposer des aides ou des soins adaptés.

Les dommages dus à l'alcool sont multiples, sur et autour de la personne qui s'alcoolise. Ils concernent le plan somatique, le plan psychologique et le plan social au sens large :

tion, mais expose vite à la sédation ; « l'ajustement des doses d'alcool consommées » est difficile pour n'obtenir que cette seule sensation. En revanche, à l'arrêt des effets de l'alcool, un rebond d'anxiété peut survenir, avec renforcement des ressentis défavorables. Les relations complexes entre alcool et anxiété ont été largement explorées et ne se bornent pas à un seul effet favorable (Adès et Lejoyeux, 1997). L'alcool peut en effet aggraver ou induire d'authentiques troubles anxieux (lors d'usage ou de mésusage), une partie du traitement passera par l'arrêt des prises.

– *Antidépresseur*. Cet effet n'est pas immédiatement ressenti comme tel, mais la douleur morale peut s'estomper dans la sédation, l'euphorie... L'alcool est utilisé comme un pansement par des malades dépressifs, afin de masquer le ressenti douloureux. La dépression par contre est une des premières complications de l'alcoolodépendance : l'alcool est alors, d'abord, *dépressogène*. Le premier traitement de la dépression de l'alcoolodépendant passe par le sevrage alcoolique avant toute prescription d'antidépresseur (Adès et Lejoyeux, 1997). Les relations complexes entre alcool et dépression ont été largement explorées et alimentent toujours des querelles d'auteurs entre dépression automédiquée par l'alcool ou alcoolisations sources de dépression. Querelles indues qui perdurent depuis des décennies, au détriment des malades de l'alcool. Plus récemment en France, les conduites addictives des personnes âgées ont été avant tout considérées comme une issue psychopathologique spécifique et non pas simplement comme le masque d'une dépression (Jaulin, 2008). Autre bémol à l'effet antidépresseur de l'alcool, son effet désinhibiteur : s'il ne guérit pas la dépression, il permet

à nombre de déprimés de passer à l'acte et les conduit au suicide.

– Enfin l'alcool est *addictogène*. C'est une potentialité que personne ne recherche mais qui est l'autre risque des alcoolisations, au côté de tous les dommages physiques, psychiques ou sociaux. Plus qu'un dommage et sûrement pas un bénéfice, le potentiel addictogène de l'alcool est sa propriété principale, qui justifie le temps consacré à décrire son usage ou son mésusage. Cette éventualité persiste chez la personne âgée : l'âge n'enlève en rien l'éventualité de « s'accrocher » à une substance, même tardivement.

#### L'ALCOOL PEUT ÊTRE NOCIF POUR LA SANTÉ

Dès la création du mot « alcoolisme », le terme a réuni l'ensemble des affections liées à l'absorption d'alcool. La médecine s'est d'abord intéressée aux complications de l'alcool sur la santé, aux dommages, avant d'envisager la question des comportements, les pratiques addictives. Aujourd'hui, l'addictologie soutient largement cette seconde approche ; pour autant, il convient de ne pas oublier ni négliger la prise en considération des complications de l'alcool en tant que telles. Les alcoolopathies, et plus largement tous les dommages dus à l'alcool, ont besoin d'être identifiés, reliés à la consommation de produit : condition nécessaire pour ensuite leur opposer des aides ou des soins adaptés.

Les dommages dus à l'alcool sont multiples, sur et autour de la personne qui s'alcoolise. Ils concernent le plan somatique, le plan psychologique et le plan social au sens large :

tion, mais expose vite à la sédation ; « l'ajustement des doses d'alcool consommées » est difficile pour n'obtenir que cette seule sensation. En revanche, à l'arrêt des effets de l'alcool, un rebond d'anxiété peut survenir, avec renforcement des ressentis défavorables. Les relations complexes entre alcool et anxiété ont été largement explorées et ne se bornent pas à un seul effet favorable (Adès et Lejoyeux, 1997). L'alcool peut en effet aggraver ou induire d'authentiques troubles anxieux (lors d'usage ou de mésusage), une partie du traitement passera par l'arrêt des prises.

– *Antidépresseur*. Cet effet n'est pas immédiatement ressenti comme tel, mais la douleur morale peut s'estomper dans la sédation, l'euphorie... L'alcool est utilisé comme un pansement par des malades dépressifs, afin de masquer le ressenti douloureux. La dépression par contre est une des premières complications de l'alcoolodépendance : l'alcool est alors, d'abord, *dépressogène*. Le premier traitement de la dépression de l'alcoolodépendant passe par le sevrage alcoolique avant toute prescription d'antidépresseur (Adès et Lejoyeux, 1997). Les relations complexes entre alcool et dépression ont été largement explorées et alimentent toujours des querelles d'auteurs entre dépression automédiquée par l'alcool ou alcoolisations sources de dépression. Querelles indues qui perdurent depuis des décennies, au détriment des malades de l'alcool. Plus récemment en France, les conduites addictives des personnes âgées ont été avant tout considérées comme une issue psychopathologique spécifique et non pas simplement comme le masque d'une dépression (Jaulin, 2008). Autre bémol à l'effet antidépresseur de l'alcool, son effet désinhibiteur : s'il ne guérit pas la dépression, il permet

à nombre de déprimés de passer à l'acte et les conduit au suicide.

– Enfin l'alcool est *addictogène*. C'est une potentialité que personne ne recherche mais qui est l'autre risque des alcoolisations, au côté de tous les dommages physiques, psychiques ou sociaux. Plus qu'un dommage et sûrement pas un bénéfice, le potentiel addictogène de l'alcool est sa propriété principale, qui justifie le temps consacré à décrire son usage ou son mésusage. Cette éventualité persiste chez la personne âgée : l'âge n'enlève en rien l'éventualité de « s'accrocher » à une substance, même tardivement.

#### L'ALCOOL PEUT ÊTRE NOCIF POUR LA SANTÉ

Dès la création du mot « alcoolisme », le terme a réuni l'ensemble des affections liées à l'absorption d'alcool. La médecine s'est d'abord intéressée aux complications de l'alcool sur la santé, aux dommages, avant d'envisager la question des comportements, les pratiques addictives. Aujourd'hui, l'addictologie soutient largement cette seconde approche ; pour autant, il convient de ne pas oublier ni négliger la prise en considération des complications de l'alcool en tant que telles. Les alcoolopathies, et plus largement tous les dommages dus à l'alcool, ont besoin d'être identifiés, reliés à la consommation de produit : condition nécessaire pour ensuite leur opposer des aides ou des soins adaptés.

Les dommages dus à l'alcool sont multiples, sur et autour de la personne qui s'alcoolise. Ils concernent le plan somatique, le plan psychologique et le plan social au sens large :

familial, professionnel, juridique. Ce panorama se centrera sur les dommages que subit celui qui s'alcoolise<sup>1</sup>.

M. G. est hospitalisé pour la troisième fois avec des douleurs abdominales. Une fois encore on parle de pancréatite. À 64 ans, il travaille toujours dans le bâtiment depuis qu'il est arrivé du Portugal il y a quinze ans. Il parle assez bien le français pour le quotidien mais les conversations plus compliquées lui échappent. Avec un interprète, il vient de comprendre le lien entre son mal de ventre, le pancréas et le litre et demi de vin quotidien. Ce lien entre la maladie, le dommage et l'alcool, évident pour les soignants et le médecin, ne l'était pas pour lui.

#### DOMMAGES PHYSIQUES

Sur le plan somatique, ces dommages sont aussi appelés alcoolopathies\* physiques. Leur liste est longue et concerne presque tous les organes. Si certaines sont bien connues de tous les soignants, d'autres sont moins souvent envisagées comme reliées à l'alcool. Leur apparition suit, mais de manière non linéaire, les niveaux de consommation d'alcool. L'âge ne prémunit d'aucune. Elles ont été maintes fois décrites en population générale (Ruef, 1989).

Parmi les maladies considérées, certaines peuvent être liées à l'alcool ; elles sont alors dites éthyliques, comme les cirrhoses, pancréatites, polynévrites ainsi qualifiées. D'autres ont des origines tout autres que l'alcool (dont les parts respectives varient selon les âges). Pour ne pécher ni par excès ni par défaut, il faut un minimum de

1. Les effets sur l'entourage seront spécifiquement abordés au chapitre 4.

démarche clinique avant de pouvoir relier une affection à l'alcool.

Ce sont d'abord les entités « phares », soit les intoxications éthyliques aiguës (IEA\*), les syndromes de sevrage en alcool jusqu'au *delirium tremens* :

- sur le système digestif: des stéatoses, des hépatites alcooliques, des cirrhoses alcooliques, des hépatomes, des pancréatites aiguës ou chroniques, des cancers de la bouche, du pharynx, de l'œsophage classiquement, mais aussi des gastrites, des ulcères gastroduodénaux, des cancers du pancréas, de l'estomac... ;

- sur le système nerveux périphérique (les nerfs) ou central (le cerveau): des polynévrites alcooliques, des névrites optiques, des crises d'épilepsie, des atrophies cérébelleuses (avec syndrome cérébelleux: ataxie, dysmétrie...), des encéphalopathies (syndrome de Gayet Wernicke-Korsakov, et plus largement démences alcooliques)... ;

- sur le système ostéo-articulaire, dont fait partie toute la traumatologie satellite des intoxications éthyliques aiguës: contusions, plaies, entorses, luxations, fractures, polytraumatismes... ;

- sur le système cardio-vasculaire: des hypertensions artérielles, des troubles du rythme cardiaque (crises de tachycardie supra-ventriculaires), des myocardiopathies alcooliques (sources d'insuffisances cardiaques), des accidents vasculaires cérébraux (hémorragiques)... ;

- sur le métabolisme général: des dyslipidémies (hypertriglycéridémies essentiellement), des carences vitaminiques, des malnutritions protéino-énergétiques, des acidoses, des hypoglycémies, des hyponatrémies...

familial, professionnel, juridique. Ce panorama se centrera sur les dommages que subit celui qui s'alcoolise<sup>1</sup>.

M. G. est hospitalisé pour la troisième fois avec des douleurs abdominales. Une fois encore on parle de pancréatite. À 64 ans, il travaille toujours dans le bâtiment depuis qu'il est arrivé du Portugal il y a quinze ans. Il parle assez bien le français pour le quotidien mais les conversations plus compliquées lui échappent. Avec un interprète, il vient de comprendre le lien entre son mal de ventre, le pancréas et le litre et demi de vin quotidien. Ce lien entre la maladie, le dommage et l'alcool, évident pour les soignants et le médecin, ne l'était pas pour lui.

#### DOMMAGES PHYSIQUES

Sur le plan somatique, ces dommages sont aussi appelés alcoolopathies\* physiques. Leur liste est longue et concerne presque tous les organes. Si certaines sont bien connues de tous les soignants, d'autres sont moins souvent envisagées comme reliées à l'alcool. Leur apparition suit, mais de manière non linéaire, les niveaux de consommation d'alcool. L'âge ne prémunit d'aucune. Elles ont été maintes fois décrites en population générale (Ruef, 1989).

Parmi les maladies considérées, certaines peuvent être liées à l'alcool ; elles sont alors dites éthyliques, comme les cirrhoses, pancréatites, polynévrites ainsi qualifiées. D'autres ont des origines tout autres que l'alcool (dont les parts respectives varient selon les âges). Pour ne pécher ni par excès ni par défaut, il faut un minimum de

1. Les effets sur l'entourage seront spécifiquement abordés au chapitre 4.

démarche clinique avant de pouvoir relier une affection à l'alcool.

Ce sont d'abord les entités « phares », soit les intoxications éthyliques aiguës (IEA\*), les syndromes de sevrage en alcool jusqu'au *delirium tremens* :

- sur le système digestif: des stéatoses, des hépatites alcooliques, des cirrhoses alcooliques, des hépatomes, des pancréatites aiguës ou chroniques, des cancers de la bouche, du pharynx, de l'œsophage classiquement, mais aussi des gastrites, des ulcères gastroduodénaux, des cancers du pancréas, de l'estomac... ;

- sur le système nerveux périphérique (les nerfs) ou central (le cerveau): des polynévrites alcooliques, des névrites optiques, des crises d'épilepsie, des atrophies cérébelleuses (avec syndrome cérébelleux: ataxie, dysmétrie...), des encéphalopathies (syndrome de Gayet Wernicke-Korsakov, et plus largement démences alcooliques)... ;

- sur le système ostéo-articulaire, dont fait partie toute la traumatologie satellite des intoxications éthyliques aiguës: contusions, plaies, entorses, luxations, fractures, polytraumatismes... ;

- sur le système cardio-vasculaire: des hypertensions artérielles, des troubles du rythme cardiaque (crises de tachycardie supra-ventriculaires), des myocardiopathies alcooliques (sources d'insuffisances cardiaques), des accidents vasculaires cérébraux (hémorragiques)... ;

- sur le métabolisme général: des dyslipidémies (hypertriglycéridémies essentiellement), des carences vitaminiques, des malnutritions protéino-énergétiques, des acidoses, des hypoglycémies, des hyponatrémies...

familial, professionnel, juridique. Ce panorama se centrera sur les dommages que subit celui qui s'alcoolise<sup>1</sup>.

M. G. est hospitalisé pour la troisième fois avec des douleurs abdominales. Une fois encore on parle de pancréatite. À 64 ans, il travaille toujours dans le bâtiment depuis qu'il est arrivé du Portugal il y a quinze ans. Il parle assez bien le français pour le quotidien mais les conversations plus compliquées lui échappent. Avec un interprète, il vient de comprendre le lien entre son mal de ventre, le pancréas et le litre et demi de vin quotidien. Ce lien entre la maladie, le dommage et l'alcool, évident pour les soignants et le médecin, ne l'était pas pour lui.

#### DOMMAGES PHYSIQUES

Sur le plan somatique, ces dommages sont aussi appelés alcoolopathies\* physiques. Leur liste est longue et concerne presque tous les organes. Si certaines sont bien connues de tous les soignants, d'autres sont moins souvent envisagées comme reliées à l'alcool. Leur apparition suit, mais de manière non linéaire, les niveaux de consommation d'alcool. L'âge ne prémunit d'aucune. Elles ont été maintes fois décrites en population générale (Ruef, 1989).

Parmi les maladies considérées, certaines peuvent être liées à l'alcool ; elles sont alors dites éthyliques, comme les cirrhoses, pancréatites, polynévrites ainsi qualifiées. D'autres ont des origines tout autres que l'alcool (dont les parts respectives varient selon les âges). Pour ne pécher ni par excès ni par défaut, il faut un minimum de

1. Les effets sur l'entourage seront spécifiquement abordés au chapitre 4.

démarche clinique avant de pouvoir relier une affection à l'alcool.

Ce sont d'abord les entités « phares », soit les intoxications éthyliques aiguës (IEA\*), les syndromes de sevrage en alcool jusqu'au *delirium tremens* :

- sur le système digestif: des stéatoses, des hépatites alcooliques, des cirrhoses alcooliques, des hépatomes, des pancréatites aiguës ou chroniques, des cancers de la bouche, du pharynx, de l'œsophage classiquement, mais aussi des gastrites, des ulcères gastroduodénaux, des cancers du pancréas, de l'estomac... ;

- sur le système nerveux périphérique (les nerfs) ou central (le cerveau): des polynévrites alcooliques, des névrites optiques, des crises d'épilepsie, des atrophies cérébelleuses (avec syndrome cérébelleux: ataxie, dysmétrie...), des encéphalopathies (syndrome de Gayet Wernicke-Korsakov, et plus largement démences alcooliques)... ;

- sur le système ostéo-articulaire, dont fait partie toute la traumatologie satellite des intoxications éthyliques aiguës: contusions, plaies, entorses, luxations, fractures, polytraumatismes... ;

- sur le système cardio-vasculaire: des hypertensions artérielles, des troubles du rythme cardiaque (crises de tachycardie supra-ventriculaires), des myocardiopathies alcooliques (sources d'insuffisances cardiaques), des accidents vasculaires cérébraux (hémorragiques)... ;

- sur le métabolisme général: des dyslipidémies (hypertriglycéridémies essentiellement), des carences vitaminiques, des malnutritions protéino-énergétiques, des acidoses, des hypoglycémies, des hyponatrémies...

familial, professionnel, juridique. Ce panorama se centrera sur les dommages que subit celui qui s'alcoolise<sup>1</sup>.

M. G. est hospitalisé pour la troisième fois avec des douleurs abdominales. Une fois encore on parle de pancréatite. À 64 ans, il travaille toujours dans le bâtiment depuis qu'il est arrivé du Portugal il y a quinze ans. Il parle assez bien le français pour le quotidien mais les conversations plus compliquées lui échappent. Avec un interprète, il vient de comprendre le lien entre son mal de ventre, le pancréas et le litre et demi de vin quotidien. Ce lien entre la maladie, le dommage et l'alcool, évident pour les soignants et le médecin, ne l'était pas pour lui.

#### DOMMAGES PHYSIQUES

Sur le plan somatique, ces dommages sont aussi appelés alcoolopathies\* physiques. Leur liste est longue et concerne presque tous les organes. Si certaines sont bien connues de tous les soignants, d'autres sont moins souvent envisagées comme reliées à l'alcool. Leur apparition suit, mais de manière non linéaire, les niveaux de consommation d'alcool. L'âge ne prémunit d'aucune. Elles ont été maintes fois décrites en population générale (Ruef, 1989).

Parmi les maladies considérées, certaines peuvent être liées à l'alcool ; elles sont alors dites éthyliques, comme les cirrhoses, pancréatites, polynévrites ainsi qualifiées. D'autres ont des origines tout autres que l'alcool (dont les parts respectives varient selon les âges). Pour ne pécher ni par excès ni par défaut, il faut un minimum de

1. Les effets sur l'entourage seront spécifiquement abordés au chapitre 4.

démarche clinique avant de pouvoir relier une affection à l'alcool.

Ce sont d'abord les entités « phares », soit les intoxications éthyliques aiguës (IEA\*), les syndromes de sevrage en alcool jusqu'au *delirium tremens* :

- sur le système digestif: des stéatoses, des hépatites alcooliques, des cirrhoses alcooliques, des hépatomes, des pancréatites aiguës ou chroniques, des cancers de la bouche, du pharynx, de l'œsophage classiquement, mais aussi des gastrites, des ulcères gastroduodénaux, des cancers du pancréas, de l'estomac... ;

- sur le système nerveux périphérique (les nerfs) ou central (le cerveau): des polynévrites alcooliques, des névrites optiques, des crises d'épilepsie, des atrophies cérébelleuses (avec syndrome cérébelleux: ataxie, dysmétrie...), des encéphalopathies (syndrome de Gayet Wernicke-Korsakov, et plus largement démences alcooliques)... ;

- sur le système ostéo-articulaire, dont fait partie toute la traumatologie satellite des intoxications éthyliques aiguës: contusions, plaies, entorses, luxations, fractures, polytraumatismes... ;

- sur le système cardio-vasculaire: des hypertensions artérielles, des troubles du rythme cardiaque (crises de tachycardie supra-ventriculaires), des myocardiopathies alcooliques (sources d'insuffisances cardiaques), des accidents vasculaires cérébraux (hémorragiques)... ;

- sur le métabolisme général: des dyslipidémies (hypertriglycéridémies essentiellement), des carences vitaminiques, des malnutritions protéino-énergétiques, des acidoses, des hypoglycémies, des hyponatrémies...

familial, professionnel, juridique. Ce panorama se centrera sur les dommages que subit celui qui s'alcoolise<sup>1</sup>.

M. G. est hospitalisé pour la troisième fois avec des douleurs abdominales. Une fois encore on parle de pancréatite. À 64 ans, il travaille toujours dans le bâtiment depuis qu'il est arrivé du Portugal il y a quinze ans. Il parle assez bien le français pour le quotidien mais les conversations plus compliquées lui échappent. Avec un interprète, il vient de comprendre le lien entre son mal de ventre, le pancréas et le litre et demi de vin quotidien. Ce lien entre la maladie, le dommage et l'alcool, évident pour les soignants et le médecin, ne l'était pas pour lui.

#### DOMMAGES PHYSIQUES

Sur le plan somatique, ces dommages sont aussi appelés alcoolopathies\* physiques. Leur liste est longue et concerne presque tous les organes. Si certaines sont bien connues de tous les soignants, d'autres sont moins souvent envisagées comme reliées à l'alcool. Leur apparition suit, mais de manière non linéaire, les niveaux de consommation d'alcool. L'âge ne prémunit d'aucune. Elles ont été maintes fois décrites en population générale (Ruef, 1989).

Parmi les maladies considérées, certaines peuvent être liées à l'alcool ; elles sont alors dites éthyliques, comme les cirrhoses, pancréatites, polynévrites ainsi qualifiées. D'autres ont des origines tout autres que l'alcool (dont les parts respectives varient selon les âges). Pour ne pécher ni par excès ni par défaut, il faut un minimum de

1. Les effets sur l'entourage seront spécifiquement abordés au chapitre 4.

démarche clinique avant de pouvoir relier une affection à l'alcool.

Ce sont d'abord les entités « phares », soit les intoxications éthyliques aiguës (IEA\*), les syndromes de sevrage en alcool jusqu'au *delirium tremens* :

- sur le système digestif: des stéatoses, des hépatites alcooliques, des cirrhoses alcooliques, des hépatomes, des pancréatites aiguës ou chroniques, des cancers de la bouche, du pharynx, de l'œsophage classiquement, mais aussi des gastrites, des ulcères gastroduodénaux, des cancers du pancréas, de l'estomac... ;

- sur le système nerveux périphérique (les nerfs) ou central (le cerveau): des polynévrites alcooliques, des névrites optiques, des crises d'épilepsie, des atrophies cérébelleuses (avec syndrome cérébelleux: ataxie, dysmétrie...), des encéphalopathies (syndrome de Gayet Wernicke-Korsakov, et plus largement démences alcooliques)... ;

- sur le système ostéo-articulaire, dont fait partie toute la traumatologie satellite des intoxications éthyliques aiguës: contusions, plaies, entorses, luxations, fractures, polytraumatismes... ;

- sur le système cardio-vasculaire: des hypertensions artérielles, des troubles du rythme cardiaque (crises de tachycardie supra-ventriculaires), des myocardiopathies alcooliques (sources d'insuffisances cardiaques), des accidents vasculaires cérébraux (hémorragiques)... ;

- sur le métabolisme général: des dyslipidémies (hypertriglycéridémies essentiellement), des carences vitaminiques, des malnutritions protéino-énergétiques, des acidoses, des hypoglycémies, des hyponatrémies...

## DOMMAGES PSYCHIQUES

Cet aspect des dommages dus à l'alcool est moins souvent exploré par les cliniciens. Il est même parfois mis en doute, dans un raccourci préjudiciable, au prétexte que les alcoolisations ne seraient qu'une forme d'automédication pour des souffrances psychiques sous-jacentes. La dimension délétère de l'alcool sur la psyché, ainsi niée, est encore plus difficile à reconnaître. Il faut donc envisager autre chose que les seules conséquences psychologiques de pertes liées à l'alcool (physiques, professionnelles, familiales...), que l'on peut considérer comme « normalement attendues ». Il existe bien une psychopathologie propre, secondaire aux prises d'alcool.

M<sup>me</sup> G. est venue en consultation d'alcoologie à sa seule demande, sans vouloir en parler à son médecin traitant. De cette première rencontre, à 72 ans, elle attendait une aide pour ne plus boire d'alcool. En fait, depuis la prise de rendez-vous, elle a arrêté toute prise d'alcool. Elle se sent bien, et a même spontanément arrêté le médicament qu'elle prenait au besoin depuis des années contre l'anxiété. Elle redoutait ce moment sans alcool, mais à sa grande surprise, il est simple. Elle se trouve même de moins en moins inquiète.

La question de troubles anxieux ou de troubles dépressifs qui aboutirait à une alcoolisation secondaire en automédication est souvent mise en avant. Ce qui masque l'existence d'authentiques troubles anxieux ou dépressifs *secondaires* aux alcoolisations et notamment à l'alcoolodépendance. Ces troubles induits par l'alcool et dont le

premier traitement est le sevrage alcoolique sont désormais bien identifiés et décrits (Adès et Lejoyeux, 1997). Il convient d'aborder ces patients avec des soins addictologiques et psychiatriques complémentaires et intégrés.

Les psychoses alcooliques recouvrent des entités identifiées depuis longtemps (Menecier et coll., 2010). Sous cette dénomination se retrouvent des tableaux délirants secondaires, parfois difficiles à clairement identifier et répertorier. Ce sont « les idées fixes post-oniriques », consistant en la persistance d'éléments du délire, essentiellement après un *delirium tremens*. « L'hallucinoïse des buveurs de Wernicke » est un état délirant subaigu avec des hallucinations acoustico-verbales à contenu hostile, dont l'évolution serait plus prolongée. Enfin il a été décrit des délires de jalousie ou de persécution s'étalant sur de longues périodes.

## DOMMAGES SOCIAUX

Même si ce n'est pas le champ habituel de la médecine, les dommages sociaux ne doivent pas être oubliés. Ils sont souvent les premiers à apparaître lors du mésusage d'alcool. Ils concernent notamment les sphères familiales, amicales, professionnelles et légales. Leur impact sur la vie quotidienne peut être important et ne doit pas être banalisé. S'ils sont bien apparents chez l'adulte d'âge moyen, ce n'est plus le cas pour les plus âgés. La diminution des obligations sociales lors du départ à la retraite, du départ des enfants, aboutit à un certain isolement.

Les dommages sociaux concernent d'abord la vie familiale : difficultés à vivre dans le couple, altercations et

## DOMMAGES PSYCHIQUES

Cet aspect des dommages dus à l'alcool est moins souvent exploré par les cliniciens. Il est même parfois mis en doute, dans un raccourci préjudiciable, au prétexte que les alcoolisations ne seraient qu'une forme d'automédication pour des souffrances psychiques sous-jacentes. La dimension délétère de l'alcool sur la psyché, ainsi niée, est encore plus difficile à reconnaître. Il faut donc envisager autre chose que les seules conséquences psychologiques de pertes liées à l'alcool (physiques, professionnelles, familiales...), que l'on peut considérer comme « normalement attendues ». Il existe bien une psychopathologie propre, secondaire aux prises d'alcool.

M<sup>me</sup> G. est venue en consultation d'alcoologie à sa seule demande, sans vouloir en parler à son médecin traitant. De cette première rencontre, à 72 ans, elle attendait une aide pour ne plus boire d'alcool. En fait, depuis la prise de rendez-vous, elle a arrêté toute prise d'alcool. Elle se sent bien, et a même spontanément arrêté le médicament qu'elle prenait au besoin depuis des années contre l'anxiété. Elle redoutait ce moment sans alcool, mais à sa grande surprise, il est simple. Elle se trouve même de moins en moins inquiète.

La question de troubles anxieux ou de troubles dépressifs qui aboutirait à une alcoolisation secondaire en automédication est souvent mise en avant. Ce qui masque l'existence d'authentiques troubles anxieux ou dépressifs *secondaires* aux alcoolisations et notamment à l'alcoolodépendance. Ces troubles induits par l'alcool et dont le

premier traitement est le sevrage alcoolique sont désormais bien identifiés et décrits (Adès et Lejoyeux, 1997). Il convient d'aborder ces patients avec des soins addictologiques et psychiatriques complémentaires et intégrés.

Les psychoses alcooliques recouvrent des entités identifiées depuis longtemps (Menecier et coll., 2010). Sous cette dénomination se retrouvent des tableaux délirants secondaires, parfois difficiles à clairement identifier et répertorier. Ce sont « les idées fixes post-oniriques », consistant en la persistance d'éléments du délire, essentiellement après un *delirium tremens*. « L'hallucinoïse des buveurs de Wernicke » est un état délirant subaigu avec des hallucinations acoustico-verbales à contenu hostile, dont l'évolution serait plus prolongée. Enfin il a été décrit des délires de jalousie ou de persécution s'étalant sur de longues périodes.

## DOMMAGES SOCIAUX

Même si ce n'est pas le champ habituel de la médecine, les dommages sociaux ne doivent pas être oubliés. Ils sont souvent les premiers à apparaître lors du mésusage d'alcool. Ils concernent notamment les sphères familiales, amicales, professionnelles et légales. Leur impact sur la vie quotidienne peut être important et ne doit pas être banalisé. S'ils sont bien apparents chez l'adulte d'âge moyen, ce n'est plus le cas pour les plus âgés. La diminution des obligations sociales lors du départ à la retraite, du départ des enfants, aboutit à un certain isolement.

Les dommages sociaux concernent d'abord la vie familiale : difficultés à vivre dans le couple, altercations et

## DOMMAGES PSYCHIQUES

Cet aspect des dommages dus à l'alcool est moins souvent exploré par les cliniciens. Il est même parfois mis en doute, dans un raccourci préjudiciable, au prétexte que les alcoolisations ne seraient qu'une forme d'automédication pour des souffrances psychiques sous-jacentes. La dimension délétère de l'alcool sur la psyché, ainsi niée, est encore plus difficile à reconnaître. Il faut donc envisager autre chose que les seules conséquences psychologiques de pertes liées à l'alcool (physiques, professionnelles, familiales...), que l'on peut considérer comme « normalement attendues ». Il existe bien une psychopathologie propre, secondaire aux prises d'alcool.

M<sup>me</sup> G. est venue en consultation d'alcoologie à sa seule demande, sans vouloir en parler à son médecin traitant. De cette première rencontre, à 72 ans, elle attendait une aide pour ne plus boire d'alcool. En fait, depuis la prise de rendez-vous, elle a arrêté toute prise d'alcool. Elle se sent bien, et a même spontanément arrêté le médicament qu'elle prenait au besoin depuis des années contre l'anxiété. Elle redoutait ce moment sans alcool, mais à sa grande surprise, il est simple. Elle se trouve même de moins en moins inquiète.

La question de troubles anxieux ou de troubles dépressifs qui aboutirait à une alcoolisation secondaire en automédication est souvent mise en avant. Ce qui masque l'existence d'authentiques troubles anxieux ou dépressifs *secondaires* aux alcoolisations et notamment à l'alcoolodépendance. Ces troubles induits par l'alcool et dont le

premier traitement est le sevrage alcoolique sont désormais bien identifiés et décrits (Adès et Lejoyeux, 1997). Il convient d'aborder ces patients avec des soins addictologiques et psychiatriques complémentaires et intégrés.

Les psychoses alcooliques recouvrent des entités identifiées depuis longtemps (Menecier et coll., 2010). Sous cette dénomination se retrouvent des tableaux délirants secondaires, parfois difficiles à clairement identifier et répertorier. Ce sont « les idées fixes post-oniriques », consistant en la persistance d'éléments du délire, essentiellement après un *delirium tremens*. « L'hallucinoïse des buveurs de Wernicke » est un état délirant subaigu avec des hallucinations acoustico-verbales à contenu hostile, dont l'évolution serait plus prolongée. Enfin il a été décrit des délires de jalousie ou de persécution s'étalant sur de longues périodes.

## DOMMAGES SOCIAUX

Même si ce n'est pas le champ habituel de la médecine, les dommages sociaux ne doivent pas être oubliés. Ils sont souvent les premiers à apparaître lors du mésusage d'alcool. Ils concernent notamment les sphères familiales, amicales, professionnelles et légales. Leur impact sur la vie quotidienne peut être important et ne doit pas être banalisé. S'ils sont bien apparents chez l'adulte d'âge moyen, ce n'est plus le cas pour les plus âgés. La diminution des obligations sociales lors du départ à la retraite, du départ des enfants, aboutit à un certain isolement.

Les dommages sociaux concernent d'abord la vie familiale : difficultés à vivre dans le couple, altercations et

## DOMMAGES PSYCHIQUES

Cet aspect des dommages dus à l'alcool est moins souvent exploré par les cliniciens. Il est même parfois mis en doute, dans un raccourci préjudiciable, au prétexte que les alcoolisations ne seraient qu'une forme d'automédication pour des souffrances psychiques sous-jacentes. La dimension délétère de l'alcool sur la psyché, ainsi niée, est encore plus difficile à reconnaître. Il faut donc envisager autre chose que les seules conséquences psychologiques de pertes liées à l'alcool (physiques, professionnelles, familiales...), que l'on peut considérer comme « normalement attendues ». Il existe bien une psychopathologie propre, secondaire aux prises d'alcool.

M<sup>me</sup> G. est venue en consultation d'alcoologie à sa seule demande, sans vouloir en parler à son médecin traitant. De cette première rencontre, à 72 ans, elle attendait une aide pour ne plus boire d'alcool. En fait, depuis la prise de rendez-vous, elle a arrêté toute prise d'alcool. Elle se sent bien, et a même spontanément arrêté le médicament qu'elle prenait au besoin depuis des années contre l'anxiété. Elle redoutait ce moment sans alcool, mais à sa grande surprise, il est simple. Elle se trouve même de moins en moins inquiète.

La question de troubles anxieux ou de troubles dépressifs qui aboutirait à une alcoolisation secondaire en automédication est souvent mise en avant. Ce qui masque l'existence d'authentiques troubles anxieux ou dépressifs *secondaires* aux alcoolisations et notamment à l'alcoolodépendance. Ces troubles induits par l'alcool et dont le

premier traitement est le sevrage alcoolique sont désormais bien identifiés et décrits (Adès et Lejoyeux, 1997). Il convient d'aborder ces patients avec des soins addictologiques et psychiatriques complémentaires et intégrés.

Les psychoses alcooliques recouvrent des entités identifiées depuis longtemps (Menecier et coll., 2010). Sous cette dénomination se retrouvent des tableaux délirants secondaires, parfois difficiles à clairement identifier et répertorier. Ce sont « les idées fixes post-oniriques », consistant en la persistance d'éléments du délire, essentiellement après un *delirium tremens*. « L'hallucinose des buveurs de Wernicke » est un état délirant subaigu avec des hallucinations acoustico-verbales à contenu hostile, dont l'évolution serait plus prolongée. Enfin il a été décrit des délires de jalousie ou de persécution s'étalant sur de longues périodes.

## DOMMAGES SOCIAUX

Même si ce n'est pas le champ habituel de la médecine, les dommages sociaux ne doivent pas être oubliés. Ils sont souvent les premiers à apparaître lors du mésusage d'alcool. Ils concernent notamment les sphères familiales, amicales, professionnelles et légales. Leur impact sur la vie quotidienne peut être important et ne doit pas être banalisé. S'ils sont bien apparents chez l'adulte d'âge moyen, ce n'est plus le cas pour les plus âgés. La diminution des obligations sociales lors du départ à la retraite, du départ des enfants, aboutit à un certain isolement.

Les dommages sociaux concernent d'abord la vie familiale : difficultés à vivre dans le couple, altercations et

## DOMMAGES PSYCHIQUES

Cet aspect des dommages dus à l'alcool est moins souvent exploré par les cliniciens. Il est même parfois mis en doute, dans un raccourci préjudiciable, au prétexte que les alcoolisations ne seraient qu'une forme d'automédication pour des souffrances psychiques sous-jacentes. La dimension délétère de l'alcool sur la psyché, ainsi niée, est encore plus difficile à reconnaître. Il faut donc envisager autre chose que les seules conséquences psychologiques de pertes liées à l'alcool (physiques, professionnelles, familiales...), que l'on peut considérer comme « normalement attendues ». Il existe bien une psychopathologie propre, secondaire aux prises d'alcool.

M<sup>me</sup> G. est venue en consultation d'alcoologie à sa seule demande, sans vouloir en parler à son médecin traitant. De cette première rencontre, à 72 ans, elle attendait une aide pour ne plus boire d'alcool. En fait, depuis la prise de rendez-vous, elle a arrêté toute prise d'alcool. Elle se sent bien, et a même spontanément arrêté le médicament qu'elle prenait au besoin depuis des années contre l'anxiété. Elle redoutait ce moment sans alcool, mais à sa grande surprise, il est simple. Elle se trouve même de moins en moins inquiète.

La question de troubles anxieux ou de troubles dépressifs qui aboutirait à une alcoolisation secondaire en automédication est souvent mise en avant. Ce qui masque l'existence d'authentiques troubles anxieux ou dépressifs *secondaires* aux alcoolisations et notamment à l'alcoolodépendance. Ces troubles induits par l'alcool et dont le

premier traitement est le sevrage alcoolique sont désormais bien identifiés et décrits (Adès et Lejoyeux, 1997). Il convient d'aborder ces patients avec des soins addictologiques et psychiatriques complémentaires et intégrés.

Les psychoses alcooliques recouvrent des entités identifiées depuis longtemps (Menecier et coll., 2010). Sous cette dénomination se retrouvent des tableaux délirants secondaires, parfois difficiles à clairement identifier et répertorier. Ce sont « les idées fixes post-oniriques », consistant en la persistance d'éléments du délire, essentiellement après un *delirium tremens*. « L'hallucinoïse des buveurs de Wernicke » est un état délirant subaigu avec des hallucinations acoustico-verbales à contenu hostile, dont l'évolution serait plus prolongée. Enfin il a été décrit des délires de jalousie ou de persécution s'étalant sur de longues périodes.

## DOMMAGES SOCIAUX

Même si ce n'est pas le champ habituel de la médecine, les dommages sociaux ne doivent pas être oubliés. Ils sont souvent les premiers à apparaître lors du mésusage d'alcool. Ils concernent notamment les sphères familiales, amicales, professionnelles et légales. Leur impact sur la vie quotidienne peut être important et ne doit pas être banalisé. S'ils sont bien apparents chez l'adulte d'âge moyen, ce n'est plus le cas pour les plus âgés. La diminution des obligations sociales lors du départ à la retraite, du départ des enfants, aboutit à un certain isolement.

Les dommages sociaux concernent d'abord la vie familiale : difficultés à vivre dans le couple, altercations et