

# Les aînés et l'alcool

Collection « Pratiques gérontologiques »  
dirigée par Richard Vercauteren

Cette collection propose des ouvrages de réflexion et de  
méthodologie offrant des outils directement opérationnels aux  
professionnels intervenant auprès des personnes âgées.

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

Pascal Menecier

## Les aînés et l'alcool

Préface de François Gonnet

Pratiques gérontologiques

eres

Remerciements pour leurs contributions, aides, relectures à :

- Laure Menecier-Ossia ;
- François Gonnet d'avoir accepté d'en rédiger la préface ;
- Louis Ploton de m'avoir accompagné dans la publication de ce travail ;
- Richard Vercauteren pour son aide et disponibilité dans les étapes finales de mise en forme ;
- Dominique Richard et ses connaissances de la bande dessinée et de la médecine gériatrique (ou vice versa) ;
- Jean-Jacques Depassio et ses connaissances cinématographiques et de la médecine gériatrique (ou vice versa) ;
- Christine Cartillier et Anne-Lise Catoire du service de documentation du CH de Mâcon pour leurs disponibilités et aides ;
- Yves et Annie Zimmermann et leurs connaissances philosophico-littéraires ;
- Stéphanie Pin de l'INPES, et Frédéric Serre, Christian Rossignol, Alain Rigaud de l'ANPAA ;
- aux auteurs, avec qui par courriers électroniques j'ai pu préciser la pensée ou accéder à certains des écrits : François Besançon, Isabelle Boulze, Penny Brennan, Michel Craplet, Eric Fiat, Thierry Gontier, Jean-Paul Jeannin, Isabelle Millot, Barbara Smaniotto, François Schellenberg, Philippe Thomas ;
- aux services médicaux des laboratoires Bristol-Myers Squibb et Merck Sorono ;
- aux malades âgés en souffrance avec l'alcool, rencontrés depuis plus de vingt ans. Ils sont la première source de compréhension des particularités de leurs situations ;
- aux entourages, familles ou amis, aux soignants d'institution ou du domicile, aux auxiliaires de vies rencontrés à diverses occasions, qui par leurs expériences, ont pu apporter matière à ces réflexions.

Conception de la couverture :  
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012  
ME - ISBN PDF : 978-2-7492-1670-6  
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, scannérisation, 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

PRÉFACE.....	9
AVANT-PROPOS.....	15
Pourquoi parler d'aînés et d'alcool ?.....	15
Le choix des mots.....	16
Vieillesse et addictions.....	18
Repères historiques, mythologiques et religieux.....	19
Repères dans les lettres ou dans les arts.....	21
LES AÎNÉS, UN PUBLIC VULNÉRABLE FACE À L'ALCOOL	
1. VIEILLIR ET CONSOMMER DE L'ALCOOL.....	29
Vieillir.....	29
Parcours de vie et consommation d'alcool.....	31
Physiologie de l'alcool dans le corps humain, évolution dans la vieillesse.....	32
Modes de consommation d'alcool.....	33
Classifications de l'alcoolisme.....	36
Tentatives d'approches étiopathogéniques des conduites addictives du sujet âgé.....	39
Dépressions et addictions chez le sujet âgé.....	41
2. LE DERNIER PLAISIR ?.....	45
« L'alcool, c'est bon ».....	46
Une question posée depuis l'Antiquité.....	47
Une vision négative de la vieillesse.....	49
Modification des modalités d'accès au plaisir avec l'âge.....	50

3. IMPORTANCE ET RÉALITÉ DE LA QUESTION .....	53
Fréquence des problèmes d'alcool chez les aînés ? .....	53
Plus d'hommes ou de femmes âgés à considérer ? .....	56
Début précoce ou tardif ? .....	56
4. RISQUES OU BÉNÉFICES À CONSOMMER DE L'ALCOOL ? .....	59
Effets bénéfiques et rôle protecteur de la consommation d'alcool .....	60
Dommages dus à l'alcool .....	65
5. LE REPÉRAGE : UN CHALLENGE OU UNE ÉVIDENCE ? .....	69
La recherche du bon outil de repérage .....	70
La prise en compte des difficultés à utiliser l'outil .....	77
6. DIFFICULTÉS, OBSTACLES ET CONTRE-ATTITUDES	
DES PROCHES OU DES SOIGNANTS .....	79
Une demande atypique .....	80
Des obstacles à l'aide ou aux soins .....	80
D'un fardeau à une souffrance .....	84
Des attitudes perfectibles de l'entourage familial ou soignant .....	84
Quelques pistes pour favoriser les attitudes les plus positives .....	85
7. RECONNAÎTRE LA SOUFFRANCE ALCOOLIQUE .....	87
Souffrance ou douleur ? Et quelle douleur ? .....	87
Souffrance psychique .....	89
Souffrance physique .....	91
Souffrance alcoolique, aussi chez les aînés .....	92

#### APPROCHE CLINIQUE

8. PARTICULARITÉS SELON LE LIEU DE VIE :	
LE DOMICILE PRIVÉ .....	95
Invisibilité ? .....	96
Les aidants dits « naturels » .....	97
Les auxiliaires de vie .....	98
Les intervenants paramédicaux et médicaux .....	100
9. PARTICULARITÉS SELON LE LIEU DE VIE : EN EHPAD .....	103
Règlement intérieur, contrat de séjour et choix institutionnels .....	104
Réalité des organisations et réglementations théoriques .....	106

Tolérance institutionnelle au mésusage d'alcool et codépendance .....	108
Les soins ont aussi une place en EHPAD .....	110
Mésusage d'alcool, cause ou conséquence de l'entrée en EHPAD ? .....	111
10. PARTICULARITÉS SELON LE LIEU DE SOIN : À L'HÔPITAL ..	113
Place de l'alcool dans la prestation hôtelière à l'hôpital .....	114
Être hospitalisé pour mésusage d'alcool ou pour ses conséquences .....	115
Hospitalité et vieillesse en difficulté avec l'alcool .....	117
11. ALCOOLISATION À DÉBUT PRÉCOCE OU TARDIF .....	119
Formes précoces ( <i>early onset</i> ) .....	120
Formes tardives ( <i>late onset</i> ) .....	121
12. L'IVRESSE DU VIEILLARD .....	125
Ébriété, ivresses .....	127
Intoxication éthylique aiguë (IEA) .....	129
Ivreté .....	130
Ivresses et maladie alcoolique .....	132
13. RECOURS À L'ALCOOL ET TROUBLES COGNITIFS :	
CAUSE OU CONSÉQUENCE ? .....	133
Alcool neurotoxique .....	133
Alcool neuroprotecteur .....	136
Alcool et fonctionnement frontal .....	136
Neurosciences ou psychologie pour envisager les troubles cognitifs associés au mésusage d'alcool .....	138
Effets de l'alcool chez un malade Alzheimer ou apparenté .....	139
Soins alcoologiques chez un malade Alzheimer .....	140

#### LES OFFRES DE SOINS

14. COMMENT AIDER OU NE PAS NUIRE À UN SUJET ÂGÉ	
QUI CONSOMME DE L'ALCOOL .....	145
Qu'est-ce que soigner, prendre soin ? .....	146
Le soin addictologique adapté au grand-âge .....	147
Le soin psychogériatrique appliqué à l'addictologie .....	148
Les soins selon les modes d'usage ou de non-usage d'alcool .....	149
Les soins selon le contexte pathologique et cognitif .....	151

15. PRÉVENIR .....	153
Prévention en gériatrie et en gérontologie.....	153
Prévention en addictologie .....	154
Prévention du mésusage d'alcool chez les aînés .....	155
Actions spécifiques de prévention alcool chez des sujets âgés .....	157
16. COMMENT INTERVENIR AUPRÈS D'AÎNÉS	
EN DIFFICULTÉ AVEC L'ALCOOL .....	159
Que soigner ?.....	159
Qui soigner ? .....	160
Coalcoolisme et codépendance .....	163
De la prise en charge à l'accompagnement.....	164
Soins demandés ou soins contraints.....	166
Pourquoi soigner ? .....	167
17. CONDUITE DU SEVRAGE ALCOOLIQUE,	
SOINS LORS DE <i>DELIRIUM TREMENS</i> .....	169
Reconnaître le sevrage en alcool.....	170
Les circonstances du sevrage en alcool .....	171
La conduite du sevrage thérapeutique en alcool .....	173
Les modalités de soins dans le sevrage en alcool .....	174
Cas particulier des dépendances associées .....	177
Prise en compte des complications du sevrage .....	177
18. SOIGNER, ET SE SOIGNER.....	181
Les intervenants du soin.....	182
Les modalités du soin selon le mode d'alcoolisation.....	184
Les supports pharmacologiques.....	188
Les soins relationnels et le soutien social.....	191
Le lieu de soins alcoologiques aux aînés .....	193
L'accessibilité des aînés à des soins alcoologiques .....	194
19. ACCOMPAGNER... ET PARFOIS NE PAS INTERVENIR .....	197
Épilogue.....	201
Bibliographie .....	205

À Laure, Alice, Romain

À mes parents

« *Peu de gens savent être vieux.* »  
La Rochefoucauld

## *Préface*

Cela faisait plus d'un demi-siècle que l'addictologie attendait cet ouvrage ! C'est chose faite. La science alcoologique est née au milieu du XX<sup>e</sup> siècle précédant sa sœur gérontologique. Devenue adulte, elle prit le nom d'addictologie, et son corpus scientifique n'a pas cessé de s'étoffer jusqu'à nos jours. Une zone d'ombre toutefois persistait, prélude sans doute aux premières angoisses du vieillissement : la question de l'usage des produits psychotropes par les personnes âgées (que, décidément ne fonctionnant pas sur le mode clanique, j'ai du mal à appeler « aînés » qui renvoie trop à « nos aînés... ») avait été éludée comme on ôte discrètement le premier cheveu blanc.

Rien d'étonnant à cela, le sujet est frappé d'une double omerta. En premier lieu l'alcool : parler des conséquences pathologiques d'une consommation en pays latin et viticole, comme l'est notre territoire, est indécent. Par ailleurs l'incapacité à les nommer le montre bien (vieux ? personnes âgées ? seniors ? aînés ?), les personnes qui vieillissent mettent mal à l'aise, dans ce siècle qui voudrait presque nous faire croire à notre immortalité par la survalorisation d'un corps perpétuellement efficace et beau.

C'est toute la valeur de ce livre et c'est le mérite que le temps reconnaîtra à son auteur : avoir osé rompre le silence.

Il est certain que si toute personne âgée pouvait dire comme Fontenelle qui mourut à cent ans : « On ne devient pas vieux assez tôt », ce livre, pas plus que la gérontologie, n'aurait sans doute vu le jour.

La réalité est bien différente. Tout le monde, d'abord, n'a pas l'heureux caractère de Fontenelle. Beaucoup, bien au contraire, perdant avec le temps tout ce qui étayait leur psychisme, se retrouvent hésitants, ballottés, solitaires, en perte de repères et d'identité. Le risque est d'autant plus grand qu'après quelques artères débouchées, un ou deux cancers guéris, un long temps d'une vie nouvelle se présente à eux. Certains le prendront allègrement, cannes de marche au poignet. Pour d'autres, la souffrance psychique sera telle, bien souvent innommée, voire non conscientisée, qu'elle en deviendra invivable, sans aucun système pour l'atténuer. Ce seront alors soit des comportements répétitifs, soit plus simplement des produits psychotropes (alcool ou médicaments) qui assumeront cette fonction de calfeutrage permanent et immédiat de la souffrance, abaissant son seuil de perception à des niveaux tolérables. Mais il y aura un prix à payer, celui d'un comportement addictif, c'est-à-dire la perte d'un certain degré de liberté et d'autonomie.

L'alcool, par son statut culturel, sera souvent le premier choisi car il est le plus immédiatement disponible, même s'il n'est pas remboursé par la Sécurité sociale. Or c'est aussi le plus subtil (*äl-Kühl*, selon son étymologie arabe d'antimoine pulvérisé qui, cernant les yeux, modifie subtilement le regard...).

Cet ouvrage le montre bien et insiste à juste titre : sous couvert du produit convivial, du plaisir mis en avant, c'est le médicament psychotrope (calmant, désinhibiteur et euphorisant) qui va être utilisé et dont on occultera la fonction trop gênante à dire. Parfois l'alcool sera associé, pour plus d'effet encore, à une molécule de calmant (benzodiazépine) ou d'anti-dépresseur, fréquente réponse du corps médical aux angoisses de mort que fait planer dans l'air ambiant toute souffrance, autre que rhumatismale, d'une personne âgée.

Le premier mérite de cet ouvrage est de souligner l'importance du déni de la question, tant par le sujet concerné que par l'intervenant qui lui fait face, aboutissant à une absence presque totale de demande d'aide. Comment dès lors « parler d'alcool à des patients qui ne demandent rien » ?

Mais, s'il n'y a pas de demande, ce livre montre bien que les intervenants qui sont en face de l'aîné font tout pour ne rien voir. Cela évoque comme en écho la situation de double aveugle formulée par Lacan : « Offrir ce qu'on n'a pas à quelqu'un qui n'en veut pas. » En l'occurrence, c'est de l'amour qu'il parlait...

Eh bien, précisément, cet ouvrage va aider à offrir ce que l'on a, parce qu'un minimum d'apprentissage addictologique commun à tous les intervenants l'aura permis !

L'auteur répète à l'envi cet adage, prend soin d'étudier chaque intervenant, sa place et sa fonction dans un travail qui ne peut être que de complémentarité au sein d'un système défini, dont il démontre la cohérence.

Ce système actuellement est inexistant. J'ai mémoire de ce qui m'a fait découvrir l'alcoolisation des personnes âgées. Je faisais un enseignement de psychiatrie et d'addictologie à des auxiliaires de vie chevronnées, venues des quatre coins du territoire. Toutes avaient à raconter, tant elles en avaient souffert sans être jamais aidées, deux ou trois histoires de femmes âgées dépendantes de l'alcool. Ces femmes, en manque, étaient insupportables, voire violentes, et transformaient de ce fait bien souvent l'auxiliaire de vie en dealer culpabilisée. En soulignant leur place d'intervenant de première ligne, en analysant leur rôle de décodeur premier de cette non-demande, ce livre leur rend hommage, et sans aucun doute va-t-il contribuer à les faire sortir de cette solitude, lieu de toutes les souffrances.

Mais le mérite de cet ouvrage, qui dépasse à mes yeux tous les autres, est de pourfendre de vieilles idées reçues, de partir en guerre contre les raisonnements poussiéreux et vermoulus à l'origine d'aberrations comportementales trop fréquentes dans l'entourage, toutes personnes confondues, d'un aîné surpris un verre de vin à la main.

La première de ces idées procède d'un bon sens populaire qui ne voit pas plus loin que le bout de son nez : « À cet âge, ils ont bien le droit de prendre du plaisir, vu le peu de temps qu'il leur reste à vivre, le risque n'est pas grand. » La question fondamentale que pose l'auteur n'est pas éludable : « Où est le plaisir ? » Et c'est à juste titre qu'il développe longuement le concept de « souffrance alcoolique », précédant, sur un mode psychique, la conduite addictive, mais considérablement renforcée, sur un mode somato-psychique, par celle-ci.

Un tel déni de la souffrance renvoie, comme il est dit au dernier chapitre, à la capacité de l'intervenant à confronter ses propres angoisses de vieillissement, base minimale d'un savoir gériatologique. Le non-savoir actuel crée une tolérance du phénomène de dépendance à l'alcool de l'aîné, qui est en fait une intolérance qui n'a pas pu être parlée, tant par l'intervenant que la personne âgée et son entourage familial. Or, cela ne fait aucun doute, de telles « tolérances » secrètent toujours un rejet final, renforçant, s'il en est besoin, celui dont la personne âgée fait déjà l'objet dans notre société.

Il faut donc parler. Il faut dire, comme le montre l'auteur parlant des alcoolisations tardives des aîné(e)s, qu'une femme de 75 ans, après avoir méprisé pendant au moins cinquante années de sa vie, ceux qu'on nomme les alcooliques, peut, en un ou deux ans, devenir alcoolodépendante du fait des fragilités liées à son sexe et à son âge.

Il faut dire et redire que les établissements qui acceptent de prendre des sujets alcoolodépendants d'un âge avancé se comptent en France sur les doigts d'une main.

Les établissements gériatologiques spécialisés (EHPAD) qui n'abordent pas la question du risque alcool sur un mode préventif et celle curative des soins de sujets dépendants de l'alcool ont une lourde responsabilité qu'ils devraient assumer de la même façon que les pertes liées au vieillissement. Là encore, cet ouvrage fait œuvre de pionnier en y consacrant un large chapitre.

Il faut parler enfin avec la personne âgée et avec son entourage. L'alcool est encore indicible ? On parlera du halo de souffrance qui l'entoure pour créer un lien avec la personne et être à la distance qui permettra un accompagnement.

Pour ce qui est de l'entourage, la parole va tenter de modifier les représentations imaginaires qu'il a des « alcooliques », toujours si négativement connotées, source de ce mépris social si lourd pour la personne addictée.

Le savoir alcoologique, à ce titre, devient un excellent outil permettant de s'extraire du champ de la morale, avec ses pièges enfermant, comme ceux du coupable et de la victime, de la réussite et de l'échec, de la toute-puissance et de l'impuissance...

J'ai mémoire d'un patient qui, à l'annonce de la découverte d'un cancer du larynx quelque dix ans après qu'il eut installé

une abstinence d'alcool, fut tellement choqué de l'injustice de la situation qu'il se réalcoolisa. Quelques semaines après, toutefois, il décidait de refaire une démarche pour s'extraire d'une dépendance qui se réinstallait au galop. Il avait réfléchi. Il me confiait que malgré ses 74 ans, il voulait tenter de guérir et savait que la première règle thérapeutique pour y parvenir était d'arrêter l'alcool. Il rajoutait toutefois que, même s'il devait mourir, il voulait rester conscient pour le faire dans la dignité.

C'est à cet homme que rend hommage ce livre.

Rompant de nombreux silences, faisant œuvre de pionnier en alcoologie-addictologie, il contribue sans aucun doute à poser les fondements d'une gériatologie humaniste et joyeuse.

François Gonnet  
Médecin-addictologue



## *Avant-propos*

### Pourquoi parler d'aînés et d'alcool ?

Le vieillissement des populations françaises ou des pays occidentaux aboutit à un fort accroissement du groupe des personnes âgées, en lien avec l'augmentation des espérances de vie. En parallèle, le développement des connaissances à propos des conduites addictives et l'individualisation des soins spécifiques aux personnes âgées sont en essor depuis quelques décennies. À l'intersection de la gériatrie et de l'addictologie, se trouvent la question des conduites addictives chez des aînés, et plus largement celle des relations entre vieillissement et consommations de substances psychoactives.

Parmi ces substances dont les aînés font usage, l'alcool est en première place dans nos sociétés. Le vieillissement ne s'accompagne pas de la disparition des dommages ou des risques liés à ces prises. Cependant, la question de l'alcoolisme chez les vieillards (pour reprendre une terminologie plus ancienne) est rarement abordée. Parfois envisagé dans quelques rares chapitres de traités médicaux ou par quelques articles de revues médicales (françaises ou anglo-saxonnes), le mésusage d'alcool chez les aînés ne semble pas avoir donné lieu à la publication d'ouvrage spécifique jusqu'à ce jour, tant en médecine qu'en sociologie ou dans d'autres disciplines.

Parler d'alcool et de sujets âgés semble relever d'un tabou (Anonyme, 2007). La première réaction à cette évocation est de

s'entendre dire : « Pourquoi leur enlever cela en plus ? » « À leur âge il ne faut pas tout leur interdire », ou « c'est leur dernier plaisir ». Cette levée de bouclier voudrait justifier le fait de se désintéresser d'une question qui concerne cependant de plus en plus d'ânés. Consommer de l'alcool à un âge avancé n'exclut pas la possibilité de s'exposer à des risques ou de ressentir une souffrance induite. Aborder cette question ne veut pas dire non plus prohiber l'usage d'alcool chez les plus vieux. La question centrale est celle de l'intérêt, du rapport bénéfice-risque et inconvénients à consommer de l'alcool et jusqu'à quelles quantités pour une personne âgée.

Le choix de consacrer exclusivement ce texte au sujet des ânés et de l'alcool réside non seulement dans la rareté des écrits sur la question, mais surtout dans la nécessité de faire un point des connaissances actuelles à la croisée des chemins de la gérontologie et de l'addictologie. En effet, chacune de ces disciplines s'est grandement développée depuis quelques décennies. Les particularités de leur recoupement deviennent un enjeu d'importance pour le groupe notable et en pleine croissance des ânés pour qui la relation à l'alcool justifie attentions ou soins. La centration sur l'alcool ne doit pas pour autant faire sous-estimer la place d'autres substances psychoactives ou d'autres conduites addictives.

## Le choix des mots

« Vieil alcoolique », chaque terme est lourdement chargé de représentations négatives, aussi bien autour de l'alcool que de la vieillesse. La terminologie est délicate à propos de cette double question. Combien de détours pour ne pas prononcer le mot « vieux » : les seniors, les ânés (surtout pour les Canadiens ou les Suisses francophones), les âgés, les anciens... ! Oser nommer les vieux n'est pas accepté, et l'écrire encore moins. Les termes de vieillesse ou de vieillards (et parfois de grands vieillards, de vieillards fragiles...) semblent mieux tolérés dans un langage plus technique. Mais pourquoi qualifier sans difficultés les jeunes par l'adjectif, et ne pas pouvoir faire de même pour les vieux ? L'évolution de notre société encourageant les valeurs de la jeunesse avec à l'opposé sa négation fréquente du vieillissement, de la vieillesse et de la mortalité des hommes

n'est sûrement pas étrangère à ces difficultés linguistiques. Tous les euphémismes et le malaise qu'ils véhiculent pourraient très simplement s'estomper en écoutant comment les personnes âgées se nomment elles-mêmes : le terme de vieux ne leur fait pas vraiment peur. « Personnes âgées » semble être la dénomination la mieux acceptée et la plus largement employée, mais elle comporte aussi un évitement : l'âge et pas la vieillesse. Le choix du terme âné, même s'il ne fait pas habituellement partie d'une terminologie francophone métropolitaine, est peut-être le moins mauvais : c'est celui qui sera privilégié ici.

La même réflexion peut être conduite autour des termes pour désigner les personnes relevant d'un mésusage d'alcool. Encore plus négativement connotés, les mots alcoolisme et alcoolique sont de moins en moins employés et presque bannis en pratique clinique. On peut s'en réjouir. Alors, entre diverses notions qui ne se superposent pas – difficultés avec l'alcool, maladie alcoolique, consommation excessive, abus (qui n'a pas la même charge sémantique péjorative dans son origine anglophone de la classification du DSM IV : *abuse*), dépendance... ou souffrance alcoolique –, les alternatives sont nombreuses. Chacune relève d'une approche spécifique et renvoie à un référentiel particulier qui n'est pas toujours souhaité. Le concept de maladie alcoolique, par exemple, peut ouvrir à de nombreuses discussions entre avantages et inconvénients de cette appellation. La dénomination malade de l'alcool, un peu plus neutre, évite d'assener l'étiquette d'alcoolique mais positionne toujours la réflexion dans le domaine sanitaire qui n'est pas forcément recherché. Faute de mieux, et en s'accordant sur le fait qu'alcoolique ou alcoolisme sont des termes qui ont pu être utiles au XIX<sup>e</sup> siècle, mais qui aujourd'hui n'ont plus leur place, le choix des mots reste délicat. Alors, entre difficultés avec l'alcool, mésusage d'alcool, souffrance alcoolique et des terminologies propres aux classifications employées (parfois mélangées), la désignation oscille avec bien des incertitudes. Le choix d'âné, faute d'oser écrire « les vieux », est possible, mais une dénomination simple et consensuelle afin de remplacer alcoolique et alcoolisme reste à trouver. Tout au long de ce texte, les incertitudes demeureront.

La notion de dépendance pour des personnes âgées renvoie beaucoup plus aujourd'hui aux actes de la vie quotidienne (perte d'autonomie physique ou psychique) qu'à la dépendance à une

substance psychoactive. Il y a trente ans, c'était l'inverse qui prévalait. La proximité sémantique autour du terme de dépendance induit des rapprochements qui sont de potentielles sources de confusion et de mélange des concepts (Ennuyer, 2003). Ces recoupements ne sont pas dans l'intérêt des personnes âgées elles-mêmes, mais la langue française et le choix des mots imposent de s'en accommoder.

## Vieillesse et addictions

Les personnes âgées ne sont pas toutes semblables, et les aînés ne constituent pas un groupe homogène. Entre les seniors de 60 ou 65 ans, parfois encore en activité professionnelle, les vieillards septuagénaires ou octogénaires, les grands vieillards fragiles (dans une terminologie consacrée), le groupe croissant des centenaires, voire le groupe émergent des « super-centenaires », l'amalgame n'est pas possible, et les approches doivent être adaptées. Outre l'âge chronologique et surtout physiologique, les maladies associées ou les traitements psychotropes participent à accentuer la vulnérabilité aux substances psychoactives et plus particulièrement à l'alcool. La vieillesse ne se résume pas à un seul âge ; elle regroupe plusieurs sous-catégories qu'il convient de différencier.

Les conduites addictives du sujet âgé relèveraient d'une issue psychopathologique inhérente et spécifique au vieillissement. Ce sont surtout des addictions par choix d'objets externes (substances psychoactives, jeux...) [Jaulin, 2008]. L'addiction est « une affection grave, amputant la santé et l'autonomie de la personne âgée », rappelait C. Hazif-Thomas en 2007. Les conduites addictives sont lourdes de conséquences individuelles et environnementales en termes de souffrances, et l'âge ne change rien à l'affaire. Les substances psychoactives consommées sont essentiellement l'alcool, mais aussi les médicaments (sur prescription ou en automédication), ou le tabac dans une moindre mesure. Quant aux produits illicites (les drogues), seules quelques observations sporadiques en rapportent l'usage ou le mésusage chez des aînés. On est (encore) loin des groupes de toxicomanes devant arriver en maison de retraite, comme cela a pu parfois être imaginé. Les aînés d'aujourd'hui n'ont majoritairement eu d'expériences psychoactives qu'avec des

produits autorisés (alcool, tabac). Quelques rares vieillards ont pu être morphinomanes, mais on ne les rencontre pas souvent en gériatrie. La diffusion des drogues et leur consommation dans les années 1960 concernent des individus qui n'aborderont pas le dispositif gériatrique avant quelques décennies. Dans ce contexte, « l'alcoolisme reste la plus massive et la plus meurtrière aux plans somatique et psychique des addictions » (Descombey, 2004). Pour autant, les conduites addictives sans substances ne doivent pas être oubliées, avec notamment la part croissante du jeu pathologique chez les aînés depuis quelques années (Grall-Bronnec et coll., 2009).

Il n'est pas habituel d'associer la vieillesse aux problèmes avec l'alcool. C'est avant tout un silence gêné qui prévaut. Le même silence qui entoure la sexualité ou les questions de maltraitance chez les aînés. Sujet tabou parmi d'autres, l'alcoolisme du sujet âgé est vite relégué aux questions imaginées comme exceptionnelles, anecdotiques, dont on fait le choix de ne pas parler. Parfois on ne l'évoque que par l'ironie ou la plaisanterie bienveillante, ce qui revient au même, et annule toute prise en compte. Aussi important que de faire le point des connaissances, l'approche et les réflexions conduites autour du sujet sont autant d'avancées pour tenter de lever le poids du silence. Lever le tabou, sans intrusion irréfléchie, participera à la préservation de la qualité de vie des aînés. Parler d'alcool ou de conduites addictives chez les aînés trouve sa justification d'abord dans leur intérêt : c'est un enjeu d'avenir important dans les soins aux aînés.

## Repères historiques, mythologiques et religieux

Dans l'histoire de l'humanité, quelques situations concernent le sujet. La Bible fait souvent référence au vin et à l'alcool, mais plus rarement à l'ivresse, et parfois seulement à l'alcoolisation de vieillards. C'est d'abord Noé, et un épisode d'ivresse représenté de nombreuses fois par la peinture (Sys, 2004). Noé trouva la vigne qu'Adam avait emportée du paradis ; il la planta, fit du vin et le goûta. Cette première expérience le rendit ivre, et il s'endormit nu (entre autres actions incontrôlées). Deux de ses fils couvrirent sa nudité d'un manteau, mais le troisième se contenta de le regarder. Après diverses péripéties, « Noé se

réveilla de son vin » (Genèse, IX, 20-24). Cet épisode ne fait pas spécifiquement référence à la vieillesse si ce n'est que Noé mourut à l'âge respectable de 950 ans et eut ses enfants après l'âge de 500 ans, ce qui est commun aux personnages de l'Ancien Testament. Cependant son dernier fils, Cham qui s'était moqué de lui et avait tenté de l'empêcher de procréer dans ce moment, fut maudit : sa descendance naîtra avec des yeux rouge (pour avoir vu sa nudité), et avec des malformations des lèvres (pour avoir prononcé des paroles malséantes), et il devint « pour ses frères le dernier des esclaves » (Genèse, IX, 25-27). N'est-ce pas un aperçu de ce qui pourrait advenir à celui qui oserait aborder l'alcoolisation d'un aïeul ? La malédiction de Cham est habituellement envisagée différemment (à l'origine des peuples noirs et de l'esclavage), mais une relecture de la Bible ne peut-elle autoriser un rapprochement hasardeux entre cette parabole et les réticences à aborder l'alcoolisme des aînés ? Sans tomber dans une interprétation forcenée, il est possible d'associer cette description des théoriques premiers hommes aux réserves persistantes à considérer l'alcoolisation des aînés d'aujourd'hui.

La deuxième histoire biblique, plus spécifique à la vieillesse et à l'alcool, est celle de Loth. Il avait deux filles, et il est dit qu'à cette époque, elles ne trouvaient pas d'hommes avec qui s'unir pour assurer une descendance, voire la pérennité de l'humanité (après la destruction de Sodome et Gomorrhe et la mort de leur mère). Elles considérèrent donc le seul homme présent : leur père. L'aînée dit à la cadette que leur père était âgé, et qu'il n'y avait aucun autre homme dans le pays pour s'unir à elles. Dans cette perspective, elles ont prévu de lui faire boire du vin, puis de coucher avec lui. La première nuit ce fut l'aînée, la seconde nuit la cadette, dans les mêmes conditions d'ivresse. Deux fils naquirent de cette union incestueuse, permise par l'alcool, et dont le père n'eut jamais conscience (Genèse, XIX, 31). Cet épisode fait spécifiquement référence à l'ivresse d'un homme âgé, ivresse quelque peu contrainte, mais qui permit d'assurer une descendance.

La mythologie grecque donne une place non négligeable à la vigne, au vin et à ses excès, avec un dieu spécifique : Dionysos, qui eut comme père adoptif, nourricier et précepteur, Silène. Silène est toujours représenté comme un homme de grand-âge, laid, bedonnant et constamment ivre..., au point de ne pouvoir se

déplacer que juché sur un âne. C'est une des rares représentations où un vieillard et l'alcool sont invariablement associés. Silène personnifiait l'ivresse et a pu être considéré comme son dieu. C'est aussi une représentation positive, car Silène était réputé pour sa sagesse, son don de prophétie. Il était enfin et avant tout l'esprit des eaux, dieu des sources et des cours d'eau...

## Repères dans les lettres ou dans les arts

Historiquement, un des premiers à parler d'alcool et de vieillesse fut Platon, qui proposa d'autoriser le recours à l'alcool de manière croissante au fur et à mesure de la vie pour le laisser libre chez les plus vieux : « Ne faut-il pas commencer par faire une loi qui interdise absolument aux enfants jusqu'à l'âge de 18 ans l'usage du vin, leur remontrant qu'il ne faut pas jeter de feu sur le feu qui dévore leur corps et leur âme, avant qu'ils se livrent aux travaux qui les attendent, et qu'ils doivent se garder avec soin des folies propres à la jeunesse ? Ensuite nous leur permettrons d'y goûter modérément jusqu'à 30 ans, mais en s'abstenant absolument pendant leur jeunesse d'en boire à l'excès et jusqu'à l'ivresse. Quand ils atteindront la quarantaine, ils prendront part aux banquets en commun et appelleront les dieux et inviteront en particulier Dionysos à leur fête et à leurs divertissements ; car ce dieu, en donnant le vin aux hommes, leur a procuré un remède pour adoucir l'austérité de la vieillesse, remède qui nous rajeunit, nous fait oublier nos chagrins, amollit la dureté de notre caractère, en sorte que, comme le fer placé dans le feu, il devient ainsi plus malléable. Dans les dispositions où le vin les aura mis, est-ce que nos vieillards ne se porteront pas plus volontiers et avec moins de honte à chanter, non pas devant les foules, mais devant un nombre restreint de spectateurs, et non des spectateurs étrangers, mais des amis, et à pratiquer, comme nous l'avons dit souvent, leurs incantations ? » Ce point de vue associe l'usage d'alcool chez les aînés à l'apaisement et au plaisir. La phrase : « L'alcool est le lait des vieillards » lui est aussi attribuée. Platon ne prend pas en compte les notions de souffrance alcoolique, de maladies induites par l'alcool ou de risque liés à la consommation, qui ne furent théorisées et unifiées que beaucoup plus tard, au XIX<sup>e</sup> siècle.

La littérature est riche de références à l'alcool, à sa consommation, ses dommages et à l'alcoolisme, depuis les temps les plus anciens. Cette richesse se nourrit aussi des liens entre alcool et écrivains, maintes fois décrits. Plusieurs tentatives de synthèses existent, dans des revues littéraires ou des ouvrages. Mais la question de l'alcool ou de l'alcoolisme chez les plus vieux se fait plus rare dans la littérature. Quelques descriptions peuvent être parfois retrouvées çà et là.

Alphonse Daudet, dans *Sapho : mœurs parisiennes*, en 1884, propose une brève description d'un vieux cocher ivrogne et aux cheveux blancs, père de l'héroïne éponyme du roman. Ce n'est que le portrait en quelques lignes, d'un vieil alcoolique, qui par ailleurs avait eu d'autres travers tout au long de sa vie.

Émile Zola livre un curieux tableau d'alcoolisme du sujet âgé à début tardif, dans un roman édité en 1893, *Le docteur Pascal*, vingtième et dernier volume du cycle des Rougon-Macquart. L'oncle Macquart, 84 ans, « ivre mort chaque soir depuis ses 60 ans », fut retrouvé mort après « une crise d'ivrognerie extraordinaire, ne dessoûlant pas depuis quinze jours ». Par une chaude journée d'été, il fut découvert certes mort, mais surtout dans un état de combustion spontanée. Il avait brûlé en entier, sa pipe étant tombée lors d'un probable coma éthylique. Il s'était entièrement consumé à la faveur de son imprégnation alcoolique, jusqu'à ne laisser qu'un petit tas de poussière grise. Cette histoire, pour le moins anecdotique et rare, ne reflète pas la question du mésusage d'alcool chez les aînés, même si elle décrit une forme à début tardif, rarement envisagée au XIX<sup>e</sup> siècle.

Antoine Blondin, avec *Un singe en hiver*, est une référence littéraire que l'on retrouve dans de nombreux traités d'alcoolologie. Il décrit le parcours d'un malade de l'alcool rétabli depuis des années, qui repense à ses alcoolisations, puis se ré-alcoolise. Âgé de 60 ans, ce jeune vieillard (Quentin Albert), gérant d'hôtel en activité, n'est pas une représentation typique de la vieillesse, même s'il décrit le ressenti très crédible d'un alcoolodépendant.

La vie et l'œuvre de Charles Bukowski se rejoignent sur diverses conduites, parmi lesquelles l'alcoolisation a une place importante. Le lien avec la vieillesse est plus ténu, même si, jusqu'à la fin de sa vie à 73 ans, il a poursuivi à la fois une existence et une production littéraire provocantes dans lesquelles l'alcool prédominait.

François Nourissier a consacré en 2008 un livre à l'histoire de sa femme, malade de l'alcool, qui vieillit et mourut âgée après un parcours de vie entre alcoolisations, sevrages, ré-alcoolisations, souffrances. Ce texte, d'une grande précision sur le vécu de la maladie alcoolique et sur la souffrance perçue par l'entourage, parle de la vieillesse et de l'alcoolisme d'une femme âgée. C'est une exception dans un ensemble marqué par l'évitement du sujet. L'âge avancé de l'auteur lui-même, parlant sans complaisance de sa vie et de sa compagne, peut en partie l'expliquer. C'est peut-être le seul livre consacré à la vieillesse et à l'alcool.

Dans la bande dessinée, l'ironie à propos de l'alcool ou au sujet des « vieux » est fréquente. Malgré tout, le croisement de ces deux sujets n'est pas davantage représenté. Dans un ouvrage de synthèse sur la santé dans la bande dessinée (Videlier et Piras, 1992), un chapitre de quinze pages est consacré à l'alcool et aux alcooliques, avec une seule référence indirecte à la vieillesse : Jimmy Mc Clure, sympathique ivrogne de *Blueberry* qui apparaît sous les traits d'un homme âgé. Par ailleurs, le papa Talon, de son vrai nom Alambic Dieudonné Corydon Talon, au fil des albums du nom de son fils, est souvent présenté consommant de la bière en quantité non négligeable. Jovial et bon vivant, le regard qui lui est porté est bienveillant, et aucune gêne ni aucun inconvénient n'accompagnent ces alcoolisations. Dans le même registre, Agecanonix, doyen du village d'Astérix et Obélix, du haut de ses 93 ans, s'alcoolise parfois, mais toujours dans une franche rigolade gauloise. On s'étonne surtout de sa verdeur (témoin sa jeune femme qui n'a jamais aimé que lui), ou de sa capacité à boire (ivre il affirme avoir rajeuni de dix ans) [Goscinny et Uderzo, 1968].

Un concentré de consommations et de références à l'alcool peut être trouvé dans *Tintin* (Delesse, 2004), au point qu'un ouvrage de 180 pages a pu y être consacré (Boulin, 1995). À la croisée du grand-âge et de la consommation d'alcool, peu de choses là non plus, si ce n'est l'image d'un chef de tribu d'un pays imaginaire d'Amérique du sud, avec qui ni Tintin ni le capitaine Haddock ne peuvent partager l'alcool (du whisky en l'occurrence) après un repas au cours duquel le professeur Tournesol a introduit un antabuse dans la marmite commune.

À l'opposé, le vieil Indien tente de lutter contre l'ivrognerie de ses « Arumbayas » qu'un général abreuve gratuitement par des parachutages de caisses de whisky en forêt (*Tintin et les Picaros*, 1976). Dans cette série, on rencontre différentes formes d'ivresses alcooliques, chez des hommes adultes, des animaux : Milou à différentes reprises, mais aussi un requin (*Le trésor de Rackham le Rouge*, 1947), des singes (*Tintin et les Picaros*, 1976)... et même le yéti (*Tintin au Tibet*, 1960) qui a vidé les bouteilles du capitaine Haddock ; mais toujours pas de personnes âgées alcoolisées.

Plus spécifiques des personnes âgées, *Carmen Cru* (Lelong, 1984-2008) et *Sœur Marie-Thérèse des Batignolles* (Maester, 1989-2008) montrent deux images directes mais différentes de la vieillesse, dans lesquelles l'alcool a une grande part. Chacune consomme notablement des boissons alcoolisées en diverses occasions sans s'en cacher, mais la rigolade est plus discrète. Pour autant la souffrance liée à une alcoolisation n'apparaît pas franchement ; on ne s'étonne que de leur gaillardise. Il reste une description assez abrupte de la vieillesse, l'alcool étant un élément du quotidien et les consommations élevées. *Carmen Cru* apparaît comme une très vieille femme, sans concession sur son apparence, dans une représentation rarement osée. Elle s'alcoolise abondamment, mais l'alcoolique de l'histoire est un homme plus jeune, le voisin. *Sœur Marie-Thérèse des Batignolles* est une religieuse vieillissante qui succombe autant à l'alcool qu'aux drogues ou à d'autres plaisirs. L'alcool a cependant un rôle annexe, même s'il est très présent dans les albums.

Dans le cinéma, quelques films ont abordé spécifiquement l'alcoolisme et la vieillesse. *Les vieux de la vieille*, de Gilles Grangier, décrit, en 1960, le périple de trois vieillards s'enivrant en toutes occasions avant d'entrer à l'hospice... et perdre leur liberté. Jean Gabin, dans *Un singe en hiver* de Henri Verneuil en 1962, incarne le personnage du livre de A. Blondin. Cependant, le regard sur ces alcoolisations reste bienveillant ou complaisant, rien n'est dit sur la souffrance alcoolique ; c'est plutôt la dureté de la vie sans alcool qui est suggérée. Le thème de l'alcoolisme, la souffrance alcoolique chez des vieillards n'est pas repérable dans la filmographie récente.

Quelques tableaux représentent des vieillards alcoolisés, le plus souvent en référence à des épisodes de la Bible ou de la mythologie grecque. Certains impressionnistes, ou Toulouse-Lautrec dans les représentations de scènes de bar ont pu suggérer la souffrance alcoolique, mais pas avec des personnages très âgés. La vieillesse, lorsqu'elle est figurée, n'est pas associée à l'image de l'alcoolisme. Les représentations de sujets âgés alcoolisés ou en difficulté avec l'alcool sont rares, voire exceptionnelles en peinture.

Dans la littérature médicale enfin, la question de la maladie alcoolique et des sujets âgés n'a été que rarement abordée par quelques articles anecdotiques jusque dans les années 1990. La littérature anglo-saxonne a été plus riche, mais en France le sujet a peu souvent été l'objet unique d'une publication. Depuis les années 2000, plusieurs revues gériatologiques françaises ont produit des numéros spécifiques sur les conduites addictives des aînés (*Gérontologie et société*, *Revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, *Neurologie psychiatrie gériatrie...*). Là encore la place de l'alcool n'est pas majeure, ce qui ne fait que refléter la pauvreté de la recherche médicale, psychologique ou sociologique sur le sujet.

Dans de rares ouvrages d'alcoolologie ou de géronto-psychiatrie, des chapitres ont pu être consacrés à l'alcoolisation des personnes âgées (Penin, 1988 ; Clément et Bourlot, 1999), mais pas dans ceux publiés récemment. Dans les deux plus récents traités d'addictologie français, aucun chapitre ne concerne les sujets âgés... Ces ouvrages de synthèse, qui constituent une référence importante pour la discipline, ont simplement occulté la situation des plus âgés et leurs spécificités (Reynaud, 2006-1 ; Lejoyeux, 2009). Plus largement, en France, quel que soit le traité d'alcoolologie, d'addictologie, ou l'expertise collective produite, les formes cliniques de l'alcoolisme concernent les particularismes de certains sous-groupes de la population : femmes, enfants et adolescents, migrants, sujets en grande précarité sociale, sujets relevant d'addictions croisées, sujets avec une comorbidité psychiatrique sévère (troubles psychotiques...) ou somatique (hépatite C...), mais jamais les aînés. En France métropolitaine, les plus de 60 ans représentaient 21 % de la population, fin 2008 (Source INSEE). Pour autant, les spécificités de ce sous-groupe

ne sont qu'exceptionnellement considérées ; or cette part de la population ne fera que croître dans les décennies à venir (selon l'INSEE, 31 % de la population aura plus de 60 ans en 2035). Exception à ce constat, un livre est paru en 2009 sur les addictions du sujet âgé, dont un quart concerne particulièrement le mésusage d'alcool (Fernandez, 2009).

Dans le domaine de la santé publique, la Suisse, le Canada, entre autres pays francophones, ont diffusé des documents spécifiques aux aînés, avec le soutien des services de l'État. À ce jour, rien n'a été publié dans ces conditions en France. L'industrie pharmaceutique a bien diffusé un petit fascicule en 2008. Un groupe de travail de la Société française d'addictologie s'est mis en place afin de produire des recommandations.

Ce panorama limité à des productions françaises ou à une tradition biblique ou gréco-latine n'a rien d'exhaustif. Les exemples illustrant le mésusage d'alcool par des vieillards ont été difficiles à trouver, et leur faible nombre reflète surtout leur rareté. Le peu de références ou de représentations d'aînés alcoolisés suggère combien cette question est taboue.

Ce n'est pas simplement une mortalité précoce qui fait disparaître les malades de l'alcool avec l'âge. Les soignants font le constat quotidien que des sujets en difficultés avec l'alcool peuvent vieillir jusqu'à des âges avancés, ou que des difficultés avec l'alcool peuvent apparaître durant la vieillesse. Ne s'agit-il pas avant tout d'une impossibilité à penser un aîné, un parent ivre ou alcoolique ?

Cet apparent déni communautaire laisse peu d'espace à l'expression et encore moins à l'écoute de la souffrance alcoolique de personnes âgées. En conséquence, développer des soins est très difficile. Doit-on simplement le constater et le regretter ? Ne peut-on souhaiter favoriser l'abord de la question, diffuser les connaissances disponibles et participer à une promotion de soins adaptés ? Ce sont les objectifs de ce texte qui se propose de faire la synthèse des notions actuelles autour de l'usage et du mésusage d'alcool par des aînés.

## *Les aînés, un public vulnérable face à l'alcool*

# 1

## *Vieillir et consommer de l'alcool*

### Vieillir

« Vieillir, la belle affaire », disait Boris Vian qui mourut avant sa quarantième année. Il ajoutait cependant que vieillir n'était pas chose aisée. Les derniers mots d'un texte mis en chanson « Quand j'aurais du vent dans mon crâne », étaient : « ... Ah comme j'ai mal de devenir vieux. » Le travail du vieillir est une tâche lourde et complexe (Cuisinier, 2002) que le temps qui passe ne suffit pas à accomplir. Cette tâche peut être conçue comme une « élaboration intérieure des épreuves que donne à vivre la vieillesse, consistant en un travail d'intégration et de mise en sens de ce que le vieillissement donne à vivre au sujet, ainsi qu'un réaménagement psychique » (Langendorff, 2001).

L'idéal du vieillissement réussi, du « bien-vieillir », ne doit pas occulter l'existence de solutions inadaptées. La dépression, la démence ou le recours tardif à l'alcool ne sont-ils pas des alternatives inadéquates, des ajustements défectueux, des compromis (Ploton, 2004) auxquels le sujet vieillissant recourt à défaut de pouvoir faire mieux ? Ce modèle psychodynamique,



qui n'est qu'une hypothèse, a l'avantage de laisser une place à des soins en gériatrie, à l'accompagnement au travers des crises de la vie jusqu'à celles de la vieillesse (qui sont envisagées au pluriel en référence à ses différents âges). Il permet d'aborder les liens entre dépression et alcoolisation autrement que dans la seule relation de causalité (rarement retrouvée dans les faits), et de considérer ces situations de souffrances comme des alternatives – « L'acte de boire permettrait d'éviter la dépression » (Hazif-Thomas, 2008) – et non comme un simple résultat. Ce modèle permet enfin d'envisager des formes de prévention.

La vieillesse a été historiquement associée à des images de sagesse, d'expérience, de cumul des savoirs à transmettre, de respectabilité, de dignité, d'exemplarité... Toutes ces qualités communément reconnues aux aînés sont aujourd'hui contrebalancées par le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie et son cortège d'incapacités. D'autres représentations se font jour et prévalent : la faiblesse, la fragilité, la vulnérabilité, la maladie, la dépendance, l'inutilité, l'improductivité... « Le prestige de la vieillesse a beaucoup diminué du fait que la notion d'expérience est discréditée. La société technocratique d'aujourd'hui n'estime pas qu'avec les années le savoir s'accumule, mais qu'il se périmé. L'âge entraîne une disqualification » (de Beauvoir, 1970). Ce point de vue pessimiste, déjà noté il y a quarante ans, n'a fait que se confirmer depuis, avec l'accélération technologique et la survalorisation permanente de la jeunesse, de l'activité, de la performance. Quel passage du plus positif au plus négatif ! Même si ce ne sont que des représentations, et si rien n'autorise une généralisation, chaque aîné en ressent probablement le poids, comme autant de regards lourds de discrédit posés sur lui.

En considérant le vieillard avant tout comme victime des pertes de capacités qu'il subit, l'image négative d'une vieillesse « malheureuse » se dessine. Elle fait partie des projections redoutées par de nombreux adultes. C'est une réalité bien connue, et les exemples de vieillissements heureux et réussis ne sont pas majoritaires. Considérer le malade de l'alcool comme une victime de l'alcool en souffrance (Besançon, 1996) est une réalité parfois éludée. Pour cet auteur, « les alcoolodépendants sont des malades avant tout parce qu'ils souffrent ». À l'opposé,

la responsabilité supposée de l'aîné dans la genèse de sa propre maladie alcoolique est une représentation fréquente chez les adultes (« on ne l'a pas forcé à boire »), y compris parmi les malades de l'alcool (« je m'arrête quand je veux » ou « j'ai encore fait des bêtises... »). La maladie alcoolique, de ce fait, est considérée plutôt comme un vice, une déviance. Le vieil alcoolique devient la cible d'une double disqualification : en raison de son âge et à cause de son alcoolisme. Il cumule les défauts. Son identification, puis son accès à des soins empathiques, bien traitants, en seront d'autant plus compliqués.

### Parcours de vie et consommation d'alcool

En France, les « vieux » d'aujourd'hui ont grandi entre les deux guerres. Alors, il n'y avait pas de réelle prévention de l'alcoolisme, mais plutôt une valorisation des consommations d'alcool, de vins ou de liqueurs, dans des circonstances qui paraissent inouïes aujourd'hui. Par exemple : « Ne prenez jamais la route, aussitôt un bon repas sans un verre de... », tel était, sur un journal de l'époque, le slogan publicitaire d'une liqueur, à l'adresse des conducteurs automobiles. Une autre réclame affirmait : « Les cheminots qui ont besoin de tout leur esprit ont adopté... » une boisson alcoolisée anisée célèbre. Proposer et valoriser une prise de boisson alcoolisée avant de conduire, y compris un transport en commun (un train), sont à l'opposé de toutes les considérations actuelles.

Si nous limitons la réflexion à l'Europe et surtout à la France, la prohibition des boissons alcoolisées n'y a jamais été déclarée, à la différence notamment de l'Amérique du Nord. Cette période de la prohibition, qui a couvert les années 1920-1930, est un point essentiel inconnu de l'histoire des aînés français d'aujourd'hui. Si la mise à distance de l'alcool, dans d'autres pays, a pu retarder les premières expérimentations et réduire les consommations, elle n'a pas opéré en France. La position socioculturelle autour de l'alcool différait donc grandement de ce que nous connaissons aujourd'hui ; c'était une période de valorisation et de grande acceptation sociale à propos de la consommation d'alcool.

Les consommations moyennes d'alcool par adulte de plus de 15 ans n'ont cessé de diminuer depuis un siècle, et surtout

depuis la Seconde Guerre mondiale. Elles ont encore décliné de moitié sur les quarante dernières années. Le souvenir de toutes ces modifications permet d'éviter de confondre nos représentations et nos connaissances environnementales actuelles avec celles des aînés, pour qui la mesure ou la norme se situait bien au-delà des recommandations d'aujourd'hui.

### Physiologie de l'alcool dans le corps humain, évolution dans la vieillesse

« Avec l'âge, la tolérance de l'organisme à l'alcool diminue » (Engelberts, 1983). Tout se passe comme si le sujet âgé développait une fragilité particulière ou une hypersensibilité aux effets de l'alcool. Des quantités même minimales d'alcool peuvent induire des effets graves : chutes, syndromes confusionnels ou toute alcoolopathie. La polymédication fréquente du sujet âgé ne fait qu'amplifier ces effets (Engelberts, 1986 ; Bourlot et coll., 1989).

Considérant que le vieillissement de l'organisme s'accompagne d'une perte de poids et d'une diminution de la masse maigre, il en résulte une alcoolémie plus élevée que chez un sujet jeune pour un ingestat donné d'alcool (Dunne et Schipperheijn, 1989). Ces points ont été reliés à une diminution de l'espace de diffusion de l'alcool ; cela peut aussi être dû à une diminution d'efficacité des systèmes de catabolisme hépatiques de l'alcool (Schuckit, 1982). L'élimination de l'alcool est plus lente. Ce qui est essentiellement lié à l'existence d'un plus grand volume de distribution de toutes les substances liposolubles (par accroissement de la masse grasse de l'organisme), et qui induit une décroissance du taux d'élimination (l'alcool associant la double propriété rare d'être hydrosoluble et de diffuser facilement en milieu lipidique) [Schuckit, 1982].

L'alcool est un inducteur enzymatique qui peut augmenter le catabolisme de certaines substances. Mais chez le sujet âgé, la plupart des substances ingérées avec de l'alcool semblent moins catabolisées qu'elles ne le seraient sans alcool (selon un mécanisme de compétition ?) [Dunne et Schipperheijn, 1989]. L'alcool interagit avec de nombreuses substances confusogènes et notamment les psychotropes (Schuckit, 1982). Il semble exister une plus grande sensibilité aux substances dépressives

du système nerveux central. De petites doses d'alcool peuvent être à l'origine d'altération des capacités cognitives, de troubles de la vigilance ou de syndromes confusionnels chez le sujet âgé (Schuckit, 1982). Enfin, chez le sujet âgé, la tolérance et la dépendance ont été décrites comme des phénomènes plus rares que chez l'adulte (à consommation alcoolique égale) et n'apparaissant que plus tardivement (Miller et coll., 1991). La prise d'alcool s'accompagne alors plus souvent d'effets délétères qui aboutiraient à un résultat plutôt anxiogène que tranquillisant (Wattis, 1981).

Toutes ces particularités induites par le vieillissement physiologique ou pathologique et la vieillesse sont autant d'explications qui sous-tendent la vulnérabilité à l'alcool des plus âgés. C'est le point essentiel à retenir.

### Modes de consommation d'alcool

L'avancée en âge s'accompagne d'un accroissement de la sensibilité à l'alcool. Cela rejoint en partie le concept de « vieillard fragile » dans la terminologie consacrée (*frail elderly* des Anglo-Saxons), qui correspond à des situations de réduction multi-systémique des réserves fonctionnelles de l'organisme, avec un risque majeur de décompensation. La fragilité des aînés, en regard de l'élément extérieur qu'est l'alcoolisation, peut aussi être conçue selon ce modèle. Dans le même temps, l'augmentation avec l'âge de la fréquence des maladies et des traitements médicamenteux pouvant interagir avec l'alcool ne fait que potentialiser la vulnérabilité des aînés à ce produit. Plus fragiles, plus sensibles pour de moindres quantités d'alcool consommées, les plus âgés ont besoin d'une grande considération.

Quel que soit l'âge, les modes de consommation d'alcool sont les mêmes : la non-consommation, l'usage simple, l'usage à risque, l'usage à problème (abus du DSM IV), et l'alcoolodépendance. Il en est de même chez les aînés dans des proportions différentes : moins de consommateurs avec des niveaux abaissés de quantités ingérées. Cette notion généralement diffusée ne s'appuie malheureusement que sur peu d'études épidémiologiques fiables. L'opinion inverse est aussi défendue : le maintien, avec l'âge, des modalités et des niveaux de consommation d'alcool (Klein, 2002 ; Pierucci-Lagha, 2003-1). Malgré

les incertitudes et les divergences toujours possibles, un point commun émerge : le mésusage d'alcool ne disparaît pas avec les années.

En premier lieu, l'abstinence de toute consommation croît avec l'âge. Le choix de ne pas boire d'alcool augmente après 60 ans, sans qu'il y ait eu de difficultés antérieures avec ce produit. C'est une décision délibérée de nombreux aînés confrontés à une sensibilité accrue aux effets psychiques de minimes prises d'alcool. C'est aussi une option prise par défaut, en lien avec la limitation des occasions de consommer de l'alcool dans la convivialité, parallèlement à la diminution des relations sociales. Ce peut enfin être simplement le reflet des difficultés d'approvisionnement de certains sujets âgés isolés, ou des difficultés économiques, ce qui concerne l'ensemble des courses et pas seulement l'accès aux substances psycho-actives.

Parallèlement, la proportion de consommateurs quotidiens d'alcool ne fait qu'augmenter avec l'âge, jusqu'à un maximum entre 65 et 75 ans (INSERM, 2003) : les données n'étant pas disponibles après 75 ans... La typologie des consommations a grandement évolué depuis quelques décennies, mais n'a jamais concerné les aînés d'aujourd'hui : en effet, les alcools de grains (whisky, gin, vodka...) ainsi que les bières fortement alcoolisées et surtout les préparations de soda et alcool (pré-mix) n'ont jamais fait partie de leur environnement. Les alcoolisations massives brutales, *binge-drinking* (bitures express dans la traduction la plus commune) n'ont jamais été expérimentées par eux, même si l'ivresse ne leur est pas inconnue. Les tendances actuelles en vogue ne concernent en rien les aînés. C'est une raison supplémentaire pour ne pas faire d'amalgame rapide, quel que soit l'âge, autour des consommations d'alcool.

Il reste des consommateurs sans risque, mais le niveau doit être abaissé avec le vieillissement. Les recommandations de l'Organisation mondiale pour la santé (OMS) pour une consommation d'alcool sans risque doivent être révisées après 65 ans. De moins de trois verres standard par jour pour un homme, ou deux pour une femme, et moins de quatre verres en une occasion, l'American Geriatric Society ainsi que certains auteurs ont proposé un seuil à moins d'un à deux verres quotidiens et moins de trois verres en une seule occasion (Lang, 2006). Ces niveaux maximum de consommations ne sont applicables qu'en

l'absence de pathologie évolutive, notamment cérébrale au sens large, ou de traitement psychoactif en cours.

Ainsi, pour une personne de 80 ans, qui souffre d'une maladie neuropsychiatrique au sens large, ou qui suit un traitement psychotrope, ce qui correspond à une proportion élevée de cette tranche d'âge, quel niveau de consommation d'alcool peut être considérée sans risque ? Le niveau se situe probablement en deçà d'un verre par jour. Il est donc ni prohibitionniste ni traumatisant de recommander à des grands vieillards, malades et polymédiqués, de ne pas consommer d'alcool. C'est une recommandation, mais pas une interdiction et encore moins une prescription médicale absolue. Comme pour tout raisonnement en termes de risques pour une population, les données globales ne sont pas immédiatement et directement transposables à l'échelle de chaque individu.

Les usagers à risques sont définis par des niveaux de consommation d'alcool au-delà des seuils précédemment envisagés. Il convient de connaître ces niveaux et surtout de les adapter en cas d'association à une maladie ou à un traitement susceptibles d'induire une interaction. Si les recommandations de l'OMS sont connues, leurs adaptations pour les aînés sont beaucoup moins répandues. Leur diffusion reste une perspective importante pour l'avenir, notamment dans les pays européens, et fait partie d'un travail de prévention.

Les usagers à problèmes – « abuseurs » pour les Anglo-Saxons et le DSM IV – sont déjà difficiles à identifier parmi les adultes ; chez les aînés, c'est presque un challenge impossible. Si l'alcoolodépendance est complexe à reconnaître, et les seuils de risques méconnus, le groupe intermédiaire est encore plus difficile à cerner (tableau 1). Entre l'apparition de dommages dus à une alcoolisation et la reconnaissance d'une alcoolodépendance, tout l'espace correspond au sous-groupe. Ce mode de relation à l'alcool concerne une part au moins égale à celle des alcoolodépendants chez les adultes plus jeunes, et rien ne laisse présager leur disparition avec la vieillesse. Si l'on tient compte de la sensibilité à des soins peu complexes, et de l'efficacité validée d'interventions paramédicales, on ne peut qu'encourager leur repérage et leur prise en compte chez les plus âgés. Il demeure cependant essentiel que des travaux puissent préciser leur importance épidémiologique en population gérontologique,

et adapter les modalités d'intervention, si elles doivent l'être, avec l'avancée en âge.

Les alcoolodépendants (tableau 2), c'est-à-dire les classiques « alcooliques », dans une dénomination ancienne et lourde de sens, sont d'autant plus difficiles à repérer qu'ils sont âgés. Les outils du diagnostic clinique ont été validés pour des adultes jeunes, mais aucun n'a été confirmé dans des populations âgées ou très âgées. Ils représentent le sous-groupe le moins méconnu en théorie parmi les aînés en difficulté avec l'alcool. Cependant, l'épidémiologie est incertaine, avec des données souvent controversées et peu concordantes. Ils ne disparaissent pas pour autant. Les définitions de l'alcoolodépendance ont pu évoluer avec les années, depuis la perte de la liberté de s'abstenir de boire de M. Fouquet, jusqu'au référentiel actuel du DSM-IV (et bientôt V). Le point commun fait référence à la notion actuelle de conduite addictive et à l'assujettissement (la contrainte par corps étymologique) que sous-tend le terme d'addiction.

## Classifications de l'alcoolisme

Il existe une multitude de classifications des modes d'alcoolisme (Smaniotto, 2007), chaque médecin – ou presque – qui s'est intéressé au sujet ayant énoncé la sienne. On peut les compter par dizaines. En 1849, Magnus Huss a créé le terme d'alcoolisme, qui succéda à l'ivrognerie et permit de réunifier les conséquences d'alcoolisations chroniques. L'unicité du concept a bien vite trouvé ses limites, et de ce fait, de multiples tentatives ont voulu préciser des sous-catégories. Peut-être parce que c'est une gageure, aucune n'est unanimement reconnue à ce jour. Au fil des années, chacune ajoute un point de vue complémentaire, utile à la compréhension des phénomènes ; même si les terminologies peuvent se recouper, les confusions entre approches sont fréquentes, et les correspondances difficiles à préciser.

La référence internationale actuelle reste le DSM-IV TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, dans sa quatrième édition révisée) associé à la CIM-10 (Classification internationale des maladies dans sa dixième édition) [tableaux 1 et 2]. C'est un langage commun international qui permet de comprendre les typologies utilisées (Guibert et coll., 2006). Malgré les nombreuses critiques qu'ils continuent de susciter,

ces deux systèmes de classification demeurent les plus employés, et ce sont des références incontournables.

Cependant aucune classification ne s'est penchée sur la situation particulière des aînés (Smaniotto, 2007). Les référentiels les plus usités chez les adultes ont des limites d'âge, voire perdent leur validité chez les aînés. Cela concerne d'abord le DSM-IV TR, dont les critères de dépendance à une substance deviennent incertains pour le grand-âge. Ainsi l'item 1-a concernant la tolérance est contrebalancé par la sensibilité accrue avec l'âge qui majore les effets pour le même ingestat d'alcool ; la tolérance peut alors passer inaperçue pour des consommations stagnantes ou décroissant quantitativement en apparence. L'item 2 sur les manifestations de sevrage se retrouve confronté aux apparences paucisymptomatiques de nombreuses maladies chez les vieillards, et aux risques de méprise en attribuant à certains symptômes peu spécifiques une origine due à l'alcool : les tremblements par exemple, ou les syndromes confusionnels si fréquents chez les aînés. Pour l'item 6 et la réduction des activités sociales, professionnelles ou de loisirs, la fréquence du repli sur soi des vieillards et l'absence de nécessités sociales en raison de la retraite rendent une fois de plus inapparentes les conséquences recherchées. Ainsi parmi 7 critères, seuls 4 resteraient utiles pour les plus âgés. S'il faut répondre positivement au moins à trois pour retenir le diagnostic de dépendance à une substance selon le DSM-IV TR, il devient difficile de remplir ces conditions. Pour autant l'alcoolodépendance ne disparaît pas chez les plus âgés, mais l'outil diagnostique de référence est en défaut : la méconnaissance est possible, et peut même être en partie expliquée. Alors que les définitions communes d'abus ou de dépendance alcoolique ne sont pas directement applicables aux sujets âgés (Rigler, 2000), il a été proposé d'adapter à la vieillesse les critères du DSM (Jaulin, 2008). C'est un travail lourd et complexe qui reste à conduire.

La seule différenciation spécifique aux aînés en difficultés avec l'alcool relève d'une distinction binaire : mésusage à début précoce ou mésusage tardif. Cette séparation remonte à plusieurs décennies, et demeure une des rares sous-catégorisations en cours. Elle différencie les alcooliques qui vieillissent et ne meurent pas prématurément d'alcoolopathies (pathologies