

**Fernandez, L., Finkelstein-Rossi, J. (2009). *Clinique des addictions chez les seniors*. In L. Fernandez (Ed.), *Les addictions du sujet âgé*. Paris : In Press, 131-156.**

## **Clinique des addictions chez les seniors (L. Fernandez, J. Finkelstein-Rossi)**

### 1.1. L'addiction et son parcours : de l'initiation à l'installation

L'addiction est le résultat d'un itinéraire qui comporte des phases ou des passages et des stades (Lesourne, 2007 ; Fernandez, 2004). Chacun des sujets addictés suit un long chemin avec des avancées, des arrêts, des retours en arrière. Ces phases sont différentes selon le produit et l'individu. Ce qui détermine le passage d'une phase à l'autre est indépendant du produit lui-même.

Les discours des sujets addictés dévoilent les nombreux épisodes de leur parcours (premières expériences et qualité de l'expérience [sympathie, excitation] ou vécu physique de ces expériences [plaisir/déplaisir]) et de leurs comportements d'addiction depuis l'initiation du comportement (recherche d'affirmation de soi, identification au groupe des pairs,...) jusqu'à l'installation (habitude, état de besoin, manque, dépendance).

Au début du parcours, les premières consommations (initiation) sont volontaires et tout à fait conscientes. Elles ont lieu dans un contexte psychologique, social ou familial bien déterminé (convivialité). Les sujets en gardent un souvenir précis : Monsieur S., 70 ans : « *j'ai commencé à fumer avec mon grand-père, un samedi après le déjeuner, il avait l'habitude de s'installer dans le salon et d'allumer sa pipe et un jour, il m'a fait essayer sa pipe, j'avais 15 ans* ». Les actes de consommation sont isolés les uns des autres, bénins, sans conséquences immédiates (« *prendre une bouffée dans sa pipe, c'était de temps en temps, ça ne me paraissait pas dangereux ni risqué* »). Ils produisent généralement du plaisir (« *prendre une bouffée dans sa pipe, ça m'a fait plaisir et j'ai aimé* ») et ils ont un caractère identificatoire positif à un groupe valorisé (avec notre jeune fumeur de pipe, il s'agit du groupe des hommes, celui auquel appartient son grand-père). Les motifs de la première consommation sont presque toujours futiles, il s'agit par exemple de faire une nouvelle expérience intéressante et excitante : « *quand mon grand-père m'a proposé d'essayer sa pipe, je n'ai pas hésité, je me suis dit c'est existant et nouveau, comme une expérimentation* ». Pour notre jeune fumeur de pipe, l'engagement est brutal : il « découvre » un produit (le tabac) et une pratique (fumer la pipe). Chez d'autres, le cheminement est plus long, passant par une consommation ludique, puis par la reconnaissance d'une dépendance que le sujet est sûr de pouvoir contrôler et rompre le moment venu.

Monsieur P., 67 ans : « *J'ai commencé à fumer du tabac vers 12 ans et à fumer du cannabis vers 13 ans, je voulais essayer avec ma bande de copains. On se voyait presque tous les mercredis après-midi à une certaine heure, pour fumer des joints, on s'asseyait en cercle, on les allumait et on se les passait, c'était un moment de retrouvailles sympathiques et on prenait ça comme un jeu. Je ne pensais pas à cette époque, que ça allait devenir une véritable dépendance quelques années plus tard* ». *Aujourd'hui, je ne fume que du tabac. J'ai arrêté de fumer depuis très longtemps du cannabis.*

Durant le parcours, les actes de consommation se suivent les uns après les autres. Il est difficile d'en faire le compte : « Monsieur J., 60 ans : « *je ne me souviens pas combien de verres, je suis arrivé à boire dans une journée. Je buvais beaucoup, c'est certain* ». On ne doit pas perdre de vue que l'addiction – en tant que processus – commence en tant que

comportement voulu ou accepté et devient un choix pleinement assumé. L'addiction a tendance à faire un tout qui devient la caractéristique principale de l'individu : Monsieur U., 61 ans : « *je suis un joueur depuis de très longues années, c'est ma particularité* » (catégorie sociale d'appartenance bien définie). L'addiction apparaît comme un comportement qui procure du plaisir et/ou permet de limiter une forme de déplaisir. Le sujet n'a pas le sentiment d'être prisonnier du comportement et a la certitude de pouvoir le contrôler : Monsieur U., 61 ans : « *je me suis toujours dit : je joue un peu et je m'arrête* ».

Mais au bout du parcours, que trouve-t-on ? L'addiction est souvent au bout d'un chemin. Le sujet devient dépendant à un produit ou à une situation recherché et consommé avec avidité (Pedinielli et al., 1997a). « *Du voulu ou accepté, le geste devient obligatoire, d'exécuté à l'instigation d'autrui, il devient totalement personnel ; d'intégrateur au groupe, il devient séparateur. De bénin, il devient grave. D'isolé, dans le temps, correspond à un certain contexte, il devient un parmi de nombreux actes, tous semblables et déconnectés du geste de l'existence* » (Lesourne, 2007, p. 24).

La dépendance physique quand elle existe peut s'accompagner d'une souffrance psychique, repérable à travers ce que nous dit le sujet de son histoire (Pedinielli & Rouan, 2000). Les sujets retracent avec lucidité, leur manière d'être « sous l'emprise », d'être possédés par l'addiction, véritable compulsion, toujours présente qu'ils jurent de contrôler ou à laquelle ils promettent de renoncer : Monsieur P., 67 ans : « *j'avais décidé d'arrêter de fumer du cannabis, j'ai résisté quelques jours mais je me suis surpris à reprendre les joints* ». Ils tiennent à distance quelques heures voire quelques jours, le produit ou la situation qu'ils semblent avoir dominé, mais qui revient en un instant leur faire perdre leur résolution : Monsieur U., 61 ans : « *je me suis dit, je joue et j'arrête mais je n'ai pas vu passer les heures et j'ai joué toute la nuit* ». L'addiction apparaît lorsqu'après la rencontre avec le produit, les sujets sont confrontés à une situation de souffrance. Ils découvrent qu'ils ne peuvent pas rompre leur addiction, qu'ils sont envahis par l'addiction malgré des essais de maîtrise qui se sont souvent soldés par des échecs. Certains sujets évoquent d'emblée que l'addiction est au centre de leur mal être alors que d'autres dissimulent et ne révèlent que plus tardivement leur addiction à cause d'un sentiment de honte (impliquant le regard des autres et de la société sur leur addiction). Ils ne veulent pas être parqués dans des endroits spécifiques, séparés des autres ou montrés du doigt.

Monsieur V., 68 ans : « *Avant j'éprouvais une certaine fierté de dire que j'étais fumeur, surtout à mon âge, aujourd'hui j'ai honte, je cache mon tabagisme à l'extérieur et je fume chez moi (« ou alors quand je l'affiche à l'extérieur, c'est par bravade, je suis avec d'autres vieux copains fumeurs qui, comme moi, font de la résistance. Nous sommes des vieux fumeurs provocateurs »).*

Pour d'autres sujets encore, d'une certaine manière ce que l'addiction apporte, contrebalance dans une certaine mesure les inconvénients qu'elle crée. Odile Lesourne (2007) parle d'une phase « d'état », situation intermédiaire, qui peut être plus ou moins longue ou durer indéfiniment. On voit de vieux alcooliques qui ont toujours trop bu mais cela ne les a pas empêché de vivre normalement. Les grands fumeurs âgés qui vivent dans un milieu tolérant existent et ne se sentent pas atteint dans leur santé. Ils ont trouvé une sorte d'équilibre dans une situation intermédiaire où ils sont des sujets pré-addictés ou addictés fonctionnant à bas bruit.

Pour Marc Valleur et Jean Claude Matysiak (2006a, p. 61), « *un buveur ou un fumeur dépendants qui, librement, feraient le choix de continuer à boire ou à fumer ne seraient pas des addicts au plein sens du terme. D'une certaine manière, si une addiction d'abord*

*inconsciemment choisie, devient un choix pleinement assumé, elle cesse d'en être une ». La position subjective du sujet est donc centrale. Ces sujets en phase « d'état » ne font pas de l'addiction « une identité, ni un processus spécifique d'aliénation, mais simplement des adjuvants importants, des modes d'investissement ou de défense » (Pedieli & Rouan, 2000 ; Lesourne, 2007) qui leur permettent de trouver un certain équilibre. Pour certains d'entre eux (certains vieux sujets addicts par exemple), l'addiction évoque plus le fait d'avoir recours au produit [usage] (tabac, alcool, jeu, ...) que d'être un alcoolique, un fumeur, un joueur (dépendance) révélant souvent la dimension restitutive et auto-thérapeutique de l'addiction (Pedieli & Rouan, 2000).*

*Monsieur C., 69 ans : « Je joue beaucoup aux cartes et à toutes sortes de jeux de société avec mes vieux copains mais pas d'argent, juste des jetons de couleur qui représentent des sommes d'argent. On se retrouve pour jouer chez moi et chez eux et on peut passer de nombreuses heures à jouer chaque jour. Nous ne sommes pas des joueurs, nous jouons juste pour éviter l'ennui, pour nous occuper et ne pas nous sentir isoler ou seuls chez nous à regarder la télévision ».*

Ils ne sont généralement pas sensibles aux campagnes de lutte contre les toxicomanies, ils n'ont jamais envisagé d'arrêter de fumer, de boire, de jouer,... Ils ne perçoivent les effets négatifs sur leur santé que s'ils sont touchés par une maladie chronique invalidante.

*Monsieur A., 65 ans : « Fumons heureux en attendant la mort, c'est ma devise. Je suis un fumeur de cigares (havane) et la fumée du cigare ne m'a pas encore envoyé au paradis. A 65 ans, j'ai de la chance, je suis en bonne santé car malgré mon âge, j'ai eu une très bonne hygiène de vie, une vie agréable et heureuse et j'étais plutôt sportif alors je suis encore bien conservé physiquement. Vous savez Raymond Devos disait : « il n'y a pas que le tabac qui soit nocif. La vieillesse aussi, c'est dangereux. Je connais des gens qui en sont morts ». Alors, je n'ai jamais envisagé d'arrêter de fumer le cigare jusqu'ici mais je suis sans doute un cas à part peut être que si un jour je suis atteint par la maladie, je changerai d'avis ».*

Mais certains ne vont pas trouver leur équilibre dans une situation intermédiaire. Il apparaît alors qu'un mouvement de bascule dans l'addiction, généralement inaperçu sur le moment, s'opère. Il est constitué par un double facteur : une initiation (rencontre initiatique, révélation), puis une intolérance grandissante des sujets à se supporter tels qu'ils sont en l'absence du produit (Pedieli & Rouan, 2000). Leur situation psychique de base (narcissisme très fragile, vacillation identitaire, tendance à l'agir, ...) et les circonstances extérieures (échec, deuil, déception amoureuse, défi, ...) sont propres à faire basculer les sujets, dans des états où ils vont commencer à se sentir obligé de prendre un ou des produits, de s'isoler dans leur pratique, pour s'évader sortir de leur souffrance, penser à autre chose, se sentir autre ou tout-puissant. Il existe toujours un ou plusieurs événements de vie ou des crises qui font passer les sujets d'un état relativement modéré à un état chronique : pour bien des alcooliques, le décès d'un proche aimé à la suite d'un accident (quelquefois causé par eux) et qu'ils ne parviennent pas à assumer ; pour les fumeurs, la mort d'un proche. Les sujets addicts arrivent alors dans l'état de besoin, de manque et s'installent dans la dépendance.

*Monsieur F., 70 ans : « J'ai commencé à boire tardivement quelques jours après le décès de ma femme à la suite d'une longue maladie, j'avais 67 ans. Je me suis senti subitement seul et j'ai eu la sensation d'un grand vide à l'intérieur de moi (comme si j'avais perdu ou cassé quelque chose) et autour de moi (avec la disparition de ma femme, j'ai réalisé que je serai désormais seul à la maison et que j'avais perdu la femme de ma vie). Je n'avais jamais bu avant cet événement de vie tragique. Je buvais un peu quand nous recevions des amis à dîner mais sans plus. Je ne sais pas ce qui m'a pris mais un jour où j'étais très triste et déprimé, je me suis mis à penser à l'alcool et j'ai eu une très forte envie de boire un alcool très fort. Je n'arrivais pas à m'ôter cette idée de la tête. J'ai senti que j'en avais besoin, je n'ai pas pu résister, je me suis dirigé vers le meuble où l'on rangeait quelques bouteilles et j'ai bu en quelques jours tout ce que le meuble contenait. Je voulais ne plus penser, avoir la tête*

*vide. A partir de ce jour là, je ne me suis plus arrêté de boire. Je me rappelle toujours ce jour fatidique où j'ai basculé dans l'alcool ».*

## 1.2. Les caractéristiques de l'addiction : lorsque l'addiction est installée

### 1.2.1. L'addiction : une compulsion et un agir

L'addiction obéit à une impulsion personnelle qui surgit à l'intérieur du sujet. Il s'agit d'un irrésistible désir ou besoin (compulsion) de continuer à prendre le produit ou à réaliser un comportement pour chercher une sortie à la confrontation au manque. Confrontation qui peut s'avérer insupportable de part ses effets de production d'angoisse chez le sujet. Dans ces conditions, le sujet cherche une solution qu'il croit retrouver dans une nouvelle prise compulsive de produit.

La compulsion déborde les capacités de contrôle de l'individu. Le sujet se sent dans l'impossibilité d'échapper à sa conduite. Ce vécu compulsif incontrôlable et automatique entraîne de la souffrance chez l'individu. Il est contraint ou se sent contraint de recourir au produit (répétition). Il ne peut pas rompre avec l'addiction et découvre que celle-ci ne remplit plus son rôle de restauration de l'équilibre ou d'extinction de la souffrance (Lesourne, 2007 ; Varascon, 2005 ; Fernandez, 2004 ; Pedinielli, Rouan, 2000 ; Hantouche, 1997). Dès lors, la compulsion apparaît.

Monsieur B., 65 ans : « *Quelquefois, je ne sais pas si je suis triste ou en colère ou si j'ai faim, c'est alors que je commence à boire. Je ne peux pas m'empêcher de boire, c'est plus fort que moi* ».

Madame R., 66 ans : « *Je ne comprends pas, c'est absurde mais je ne peux pas m'empêcher d'allumer une cigarette dès que je suis devant la télévision à regarder mon feuilleton. Je ne pense à rien d'autre, je fume devant la télévision* ».

Madame F., 68 ans : « *Quand j'ai de l'argent, je ne peux pas m'empêcher de le dépenser. J'ai une envie irrésistible d'entrer dans un magasin et d'acheter. Je suis très impulsive dans mes achats, j'ai souvent acheté sans pouvoir me retenir des objets dont je n'avais pas besoin alors que je manquais d'argent* ».

L'addiction est un agir qui traduit immédiatement en actes des impulsions, des fantasmes et des désirs (décharge dans l'agir), afin d'éviter les idées et les émotions conflictuelles ou pénibles qui, sous leur pression, risquent d'émerger. Il se produit un court-circuitage du psychisme (la pensée est réduite à son minimum ; les états affectifs sont innommables – cf. alexithymie), une faille dans la capacité de symbolisation, donc dans l'aptitude à élaborer mentalement l'impact de certains vécus conflictuels (Catteuw, 2000 ; McDougall, 1982 ; 1996). Pour J. McDougall (1989), l'addiction est un agir immédiat et répétitif de qualité compulsive (« *les sujets dans l'addiction éprouvent un besoin incontrôlable de médicaments, nourriture, tabac, alcool, opiacés* ») qui vise à réduire la douleur psychique et les conflits pour compenser la carence dans l'élaboration psychique. L'addiction est une forme de désinvestissement par une répudiation des représentations difficiles et une évacuation des affects.

M<sup>elle</sup> R., 93 ans : elle est hospitalisée dans un service de soins et de réadaptation à la suite d'une fracture de la cheville. M<sup>elle</sup> R. n'a jamais été marié et n'a pas d'enfant. Elle a travaillé toute sa vie en tant que modiste. Elle vit dans un contexte de désocialisation. Son réseau social est pauvre. M<sup>elle</sup> R. sort peu de chez elle et les derniers temps, avant son hospitalisation, elle ne sortait plus de son domicile pour faire les courses. Elle attendait que sa nièce lui porte des provisions.

M<sup>elle</sup> R. présente des troubles anxieux et dépressifs importants qui semblent être liés :

- à sa solitude (« *mes amies sont toutes mortes ou ont déménagé et mes nièces, surtout une en particulier, me rendent peu visite. De plus, depuis que je suis à l'hôpital, aucune activité ne m'est proposée* »). Le vécu de solitude apparaît dans le discours de M<sup>elle</sup> R. de façon récurrente « *je suis toute seule, je n'ai personne. Y., ce*

*n'est pas ma fille. Je la considère comme ma fille car c'est ma nièce. Pour elle, je ne suis que sa tante et puis elle a son travail, sa famille, elle ne peut pas venir me voir tous les jours. Je me sens seule, je n'ai personne à qui parler à part vous ».*

- ainsi qu'à ses problèmes de santé (problèmes auditifs, visuels et locomoteurs – elle se déplace avec un déambulateur de plus en plus difficilement, elle a peur de ne plus arriver à se déplacer et de se retrouver en fauteuil roulant).

M<sup>elle</sup> R. consomme des benzodiazépines quotidiennement (depuis le début de son hospitalisation, il y a 5 mois : Imovane 7,5 mg : 1 comprimé au coucher). Elle explique que ce médicament est indispensable pour elle : « *J'en ai besoin. Avec lui, au moins, je dors la nuit, ça m'empêche de rester éveillée et surtout de penser à tout un tas de choses* », « *avant je passais une partie de la nuit, pour ne pas dire toute la nuit, assise sur mon lit. Je pensais à plein de choses qui me contrariaient et parfois ça me faisait pleurer* ».

Lors de la distribution des médicaments, elle vérifie que son comprimé est bien présent dans le pilulier (« *il faut qu'il soit là, dans le pilulier, j'ai besoin de le prendre tous les jours, ça me reconforte, je suis moins anxieuse, ça m'aide à dormir. Je ne pourrai pas imaginer de m'en passer ou de l'oublier, sans ce médicament, je souffrirai beaucoup* »).

Il existe des formes d'agirs où prédomine la dimension impulsive dans lesquelles les agirs comportementaux, souvent polymorphes, ne semblent pas reliés à des affects représentés.

Monsieur T., 55 ans : « *Quand je joue au poker, je joue depuis des années car je suis joueur professionnel, ce que je ressens en jouant, c'est surtout une excitation, une impulsion à jouer. Le poker, c'est un sport mental, je me considère comme un sportif. Il faut être patient, se maîtriser, contrôler ses émotions et avoir une excellente hygiène de vie* ».

Nous trouvons également des formes d'agirs où prédomine une conflictualité intrapsychique plus compulsive dans lesquelles les mises en actes spécifiques et différées sont liées à des affects anxieux et dépressifs donnant lieu à des représentations mentales (Venisse et al., 1989).

Monsieur F., 70 ans ne parvient pas à assumer la perte de sa femme (conflit). Il se sent perdu, seul, triste (affects dépressifs) et il bascule dans l'alcool. Il se met quelques jours après le décès de sa femme à vider compulsivement des bouteilles et des verres d'alcool (mise en actes différée) pour ne plus penser (court-circuitage de l'activité de pensée).

### 1.2.2. L'addiction : auto-érotisme réussi ou raté ?

L'*auto-érotisme* pourrait être le ressort des addictions (Lesourne, 1984 ; Pedinielli, 1994 ; Pirlot, 1997, 2002 ; Fernandez, 1999, 2004 ; Lesourne, 2007).

Pour Pedinielli (1994), toute addiction (se piquer, manger, boire, fumer, ...) est une forme spécifique d'auto-érotisme (se substituant à une activité sexuelle impossible, car supposant un investissement objectal menaçant pour le sujet) repérable dans l'acte qui lie l'objet et le sujet. Dans cet auto-érotisme, l'acte et l'effet de l'acte (réduplication dans l'agir de l'opposition entre plaisir préliminaire et plaisir terminal) doivent être pris en compte. Il ne s'agit pas seulement de se protéger, de se soulager mais de se remplir, de faire « le plein de vie ». Car ce dont se plaint, par exemple, l'amateur de sensations, qu'il soit fumeur, sportif, joueur ..., c'est justement de ne pas ressentir, de s'ennuyer, de ne pas « vivre à plein ». Le phénomène d'addiction apparaît généralement comme l'expression psychique d'un attachement aux effets du produit. Il maintient un lien étroit entre un objet extérieur, un corps (autant pulsionnel que biologique) et une forme de soulagement.

Se référer à l'hypothèse d'activité auto-érotique réussie (c'est-à-dire d'une activité dirigée vers une satisfaction auto-érotique), c'est accepter l'idée que cette satisfaction auto-érotique pourrait éviter au sujet de passer une demande vers un autre pour la satisfaction de ses besoins. Et le recours à l'addiction serait interprété comme une réduction du désir à la simplicité du besoin.

Pour O. Lesourne (2007), l'addiction est clairement un acte « auto ». Le vécu et la sensation ne sont pas partagés et isolent d'autrui. Mais ce vécu n'est pas un vécu érotique (exception faite du tabagisme pour cet auteur). Il comporte l'excitation des plaisirs préliminaires mais l'acte addictif terminé n'apporte aucun soulagement. Il ne donne que l'envie, le besoin de recommencer. Comme si, chaque fois, la tentative était ratée et que le sujet n'arrivait pas à trouver d'autres solutions pour s'apaiser. C'est seulement lorsque l'acte addictif rend le sujet physiquement incapable de continuer qu'il s'arrête (*cf.* les soûleries en chaînes de l'alcoolique).

Prenons l'exemple du tabagisme. Le tabagisme est considéré comme une pratique auto-érotique typique. La plupart des fumeurs éprouvent un certain plaisir à fumer, même si au début, l'acte de fumer semble dépourvu de tout caractère auto-érotique. La cigarette fait naître un désir inassouvi, mais peut apporter la jouissance. C'est du moins ce que cherche le jeune fumeur. Les premières cigarettes provoquent un phénomène de co-excitation libidinale et c'est sur cette base que va se construire l'auto-érotisme. Le jeune fumeur va opérer un repli auto-érotique. Il va s'efforcer de tirer la jouissance : jouissance du sujet et jouissance de la zone érogène, pour faire de la cigarette une bonne cigarette pourvoyeuse de plaisir. Les « bonnes » cigarettes sont préférentiellement celles qui suivent les repas ; les zones érogènes ont été alors excitées en même temps que le besoin physiologique satisfait. La cigarette prolonge cette excitation comme pour redoubler le phénomène ancien du plaisir d'organe et la satisfaction du besoin, comme si le fumeur était contraint de produire lui-même ce phénomène. Mais le clivage est là pour sauvegarder quelque chose qui risquerait d'être contaminé par le mauvais objet ou détruit par l'agressivité. Ce clivage maintient, sauvegarde le symbolisme de la cigarette renvoyant à la dimension du plaisir (Fernandez, 1999). « *La cigarette est un moyen, en quelque sorte parfait, de donner libre cours à l'autoérotisme. Fumer mime à la perfection les premiers mouvements de l'auto-érotisme, basés sur l'expérience de la tétée. La cigarette, c'est un peu la tétine de l'adulte. Aucun des autres produits d'addiction n'a cette capacité de présence permanente et d'offre acceptable de l'auto-érotisme* » (Lesourne, 2007).

Tous les fumeurs ne parviennent pourtant pas à tenir cette position et pour ceux-là le plaisir devient souffrance. Pour ces fumeurs, plus la cigarette devient mauvaise, plus elle se vide de sa représentation et il n'y a plus d'auto-érotisme sur la base du plaisir (*cf.* auto-érotisme raté (Lesourne, 2007) ou auto-érotisme artificiel - Rado, 1975), mais seulement sur celle de la souffrance. Le tabagisme devient un comportement suicidaire. La cigarette est presque dédramatisée et d'autant plus indispensable qu'elle est vide de signification. Pour eux, plus de clivage entre bonnes et mauvaises cigarettes, elles sont toutes identiques et leur seule caractéristique est d'être indispensable.

### 1.2.3. L'addiction : automédication physique et psychique

Toutes les addictions sont à l'évidence des médicaments détournés de leurs usages faites pour soigner (*cf.* McDougall, 2001 – le comportement addictif comme analgésique), pour faire du bien, pour guérir, pour atténuer les souffrances (*cf.* Jeammet, 2000 – « les

conduites addictives comme « *pansement pour la psyché* ») alors que paradoxalement les addictions font du mal, abîment, voire détruisent : désordres corporels et psychiques – cf. 1.2.4.).

Les addictions [par exemple, tabac (Glassman et al., 1990 ; Anda et al., 1990) ; comportements de prises de risque (Spadone & Baylé, 1995) ; autres drogues (Lôo, 1990)] font fonction d'automédication :

- physique : le produit est utilisé, par exemple, pour soigner un dysfonctionnement interne de nature physique, réduire les symptômes négatifs schizophréniques voire limiter l'apparition de phénomènes psychotique ;

- et/ou psychique : la substance est employée, par exemple, pour chasser une sensation de malaise psychique, pour apaiser des tensions (états d'anxiété, stress, angoisse) ou certains états émotionnels (dépression) [Rado, 1933 ; Wurmser, 1974 ; Mc Dougall, 1982, 1989, 2001 ; Khantzian, 1985, Khantzian et al., 1990 ; Pedinielli, 1994, Fernandez, 2004 ; Lesourne, 2007].

Les addictions ne se réduisent pas à la dépendance biologique à une substance. L'individu addicté n'est pas qu'un sujet biologique, il est aussi un sujet psychologique dont les discours, les comportements, ne s'expliquent pas seulement par l'existence d'une dépendance physiologique au produit. La prise du produit, son utilisation systématique, les particularités de la dépendance, répondent aussi à une souffrance psychique que le sujet tente de résoudre et qu'il ne fait que transformer en une autre. Le sujet dépendant n'est donc « ni le consommateur, ni l'utilisateur, ni la simple victime de la dépendance physique, mais le sujet psychiquement dépendant d'un toxique » Le toxique fait fonction d'automédication (Pedinielli, 1994).

Les addictions représentent des mécanismes de défense massifs contre la douleur psychique, visant à obscurcir, écarter les expériences psychiques irrépressibles, insupportables, qui faute de défenses, pourrait susciter la confusion. Il s'agit d'une tentative d'auto-guérison vis-à-vis d'états menaçants, le sujet se sentant persuadé que la parade est assurée du fait de l'illusion de contrôle omnipotent sur l'objet de substitution (d'addiction) choisi, qui est censé ne jamais faire défaut. Les sujets addictés ont besoin d'échapper au sentiment de malaise et de souffrance qu'ils ressentent et en même temps d'anticiper l'euphorie qui pourra leur apporter cet objet de soulagement (McDougall, 1989, p. 124 ; 2000, p. 37 ; 2001, p. 16).

Nous retrouvons cette tentative d'automédication et de recherche permanente du *bon produit*, de la *bonne solution* chez bon nombre de sujets addictés (cf. M<sup>elle</sup> R., 93 ans : son cachet la reconforte, la rassure. Elle est moins angoissée et peut dormir la nuit).

#### 1.2.4. L'addiction : plaisir, déplaisir, auto-destruction, défi et ordalie

##### - Plaisir et déplaisir

Ce que cherche avant tout, le sujet addicté, c'est consciemment la recherche du plaisir ; ce n'est pas le désir de se faire du mal qui prime. Bien que le sujet addicté puisse se sentir esclave de son objet ou de son comportement addictif, son but n'est en aucun cas de se faire du tort ; bien au contraire, il pense que cette poursuite est celle d'un bon objet qui lui procure un état de bien être voire de normalité perdue ou jamais retrouvée. L'addiction est le

besoin de se débarrasser au plus tôt de tout sentiment d'angoisse, de colère ou de tristesse qui font souffrir voire même de sentiments en apparence agréables ou excitants et qui sont vécus inconsciemment comme défendus ou dangereux. L'addiction implique toujours un mélange de douleur (entraînant un déplaisir) et de plaisir. Tout ce qui relève du déplaisir est principalement psychique (vide, angoisse, ennui, culpabilité, ...) et parfois physique (sensation de manque). Le déplaisir est ressenti avec une acuité particulière parce que rien ne vient tempérer cette douleur dont le poids se révèle écrasant (Mc Dougall, 2001). Les sujets addicts évoquent alors leur sentiment d'être envahis par l'addiction, les drames issus de celle-ci, la souffrance que rien ne peut atténuer et le dépérissement qu'elle entraîne. C'est ainsi que vient l'acte suivant d'addiction qui doit apporter un plaisir censé gommer, effacer annuler la souffrance vécue précédemment (Lesourne, 2007 ; Pedinielli & Rouan, 2000).

#### - Auto-destruction et mort

Les addictions majeures s'attaquent au corps et au psychisme et entraînent des désordres corporels et/ou des désordres psychiques. Toutes les addictions sont des conduites autodestructrices (Lesourne, 2007 ; Pedinielli, 1995) :

- soit directes : celles qui font appel à une intentionnalité avec un effet destructeur immédiat (tentatives de suicide, suicide, overdoses par exemple).
- soit indirectes : celles qui sont les conséquences à terme de leurs comportements d'addiction (maladies chroniques).

Le rapport à la mort est tout à fait différent selon la position actuelle du sujet addicté concernant :

- le présent : son âge, son état de santé physique et psychique, son existence sociale et familiale, sa culture, sa religion ;
- le passé : son histoire, les événements de sa vie qu'il a connus, ...

Avec les sujets addicts, la question de la mort apparaît sous un jour particulier. Ils parlent :

- de la mort d'un proche : la mort de l'autre confronte le sujet à sa propre finitude et à son risque de disparition. Le déni de cette réalité aboutit à l'addiction ou au maintien du fonctionnement addictif (cf. Monsieur F., 70 ans, devenu alcoolique quelques jours après le décès de sa femme) ;
- des risques pour la santé : Madame, T., 70 ans : « *peut-être que je vais mourir d'un cancer du poumon à force de fumer* » ;
- de leur difficulté à vivre et de leur volonté de mourir (M<sup>elle</sup> R., 93 ans : la mort est très présente dans son discours : « *j'ai 93 ans et même si je prends des médicaments, je n'y vois plus, j'entends plus, je marche plus. Qu'est-ce que je fiche ici ? Pourquoi je meurs pas ? J'aimerais mourir au plus vite, j'ai rien à faire ici. Qu'est-ce que j'apporte aux autres ? Je suis une charge* »).

La question de la mort n'apparaît pas seulement sous le jour de la destruction de soi ou de la disparition mais sa représentation, sa mise en acte sont dans certaines circonstances, associées à une tentative de restitution de soi, voire de réinvestissement narcissique et constituent des tentatives de reconstruction (Pedinielli, 1995).

La mort peut apparaître comme l'identique du produit en ce qu'elle est présentée comme permettant de poursuivre une même recherche, sinon d'obtenir un même résultat (la

mort cherchée). Mort et produit se rejoignent dans une même catégorie, celle qui a trait à la résolution d'une situation d'impasse générée par une rupture (l'injonction d'arrêter de fumer).

C'est le cas de Camille, 85 ans, dont l'histoire est rapportée par S. Granotier dans le quotidien Libération du jeudi 13 mars 2008 (<http://www.liberation.fr/actualite/societe/315343.FR.php>) : « la dernière cigarette du retraité ».

La mort peut apparaître comme l'antithèse du produit (Monsieur D., 72 ans : « *je suis aujourd'hui en mauvaise santé parce que je fume et je bois depuis de très nombreuses années, j'ai bien essayé d'arrêter, de m'en sortir mais je retombe dedans, rechercher la mort, c'est peut être la seule solution pour m'en sortir* ». La mort cherchée est ici une tentative pour essayer de rompre avec le processus addictif (discontinuité). Rechercher la mort, c'est tenter de se dégager de l'assujettissement et de l'aliénation par un acte (marquant la rupture avec l'addiction) qui signe l'échec du processus addictif.

Pour Pedinielli (1995), les rapports entre mort et psychisme chez les sujets addicts se ramènent à une opposition entre continuité et discontinuité : la mort peut se situer dans la continuité du processus addictif ou en radicale discontinuité, ce qui est souvent le cas de nombre de comportements concrets. Le recours au produit et ses premiers effets mettent à l'écart certaines défaillances et une souffrance non élaborable mais le prix à payer est l'addiction produite. Le recours à la mort, dans ce contexte particulier, possède soit un rôle de maintien de l'illusion et des bénéfices (continuité-addiction-mort), soit un rôle de rupture de l'addiction et de production de l'identité (cf. Camille, 85 ans).

Les comportements mortels qui tentent de rompre avec l'addiction (discontinuité) possèdent la particularité d'être des prises de risques dont les effets ne sont pas seulement la destruction de soi mais bien une forme de reconstitution d'une identité illusoire ou d'un narcissisme aliénant (Pedinielli, 1995).

#### - Défi et ordalie

Charles-Nicolas (1981, 1985, 1989) décrit des comportements ordaliques chez les sujets addicts. Il parle de la manière qu'ils ont de cheminer au fil du rasoir, de laisser au hasard le soin de décider de leur sort. Nous y reviendrons. Sans aller jusque-là, chaque fois que le fumeur allume une cigarette, chaque fois que l'alcoolique prend un nouveau verre, ils lancent un nouveau défi, puisque ce n'est jamais assez et qu'il faut continuer. Le défi est exprimé au début du parcours du sujet addicté mais plus l'addiction gagne, plus elle est intériorisée. Chez le fumeur, le défi est à la maladie : « Madame H., 65 ans : « *cela fait des années que je partage ma vie avec une artérite des membres inférieurs. Laquelle sera la plus forte ?* ».

Pour Charles-Nicolas et Valleur (1982), les conduites ordaliques, les comportements de prises de risque et de confrontation à la mort, expérimentés dans certaines addictions ne signifient pas paradoxalement l'autodestruction mais une régénération par la confrontation à la mort et une tentative de restitution du Moi par l'affrontement dans le réel à la castration et à la filiation (cf. la métaphore de l'ordalie renvoyant un jugement de Dieu). La conduite ordalique a une fonction défensive contre les pulsions destructrices et autodestructrices. Le risque est la mort du sujet pour préserver le Moi.

La conduite ordalique a trois sources :

- la compulsion de répétition inhérente à la déliaison et au jeu de la pulsion de mort,
- la jouissance mégalomaniacale,
- l'échec de la fonction identifiante de la conduite.

Elle entretient des relations avec :

- l'identité corporelle (se donner des limites, se constituer un corps libidinal unifié),
- les idéaux du Moi (expérience de toute puissance),
- l'identité symbolique (identification primordiale par inscription dans une filiation),
- l'Oedipe (confrontation à la castration inassumée).

Les addictions ne sont pas systématiquement interprétables en termes d'ordalie. Les conduites ordaliques décrites par ces auteurs (certaines toxicomanies, certaines tentatives de suicide, certaines passions du jeu, les conduites de risque et certaines prises de risques : sports violents cascades dans lesquels le hasard et le risque sont maîtrisés) diffèrent de l'ordalie par leur statut. D'une part, elles renvoient à une répétition de comportements à risque comme dans certaines addictions. Insensiblement, A. Charles-Nicolas (1981, 1985, 1989) est passé de l'addiction, quête du plaisir (recherche de l'euphorie, d'une vitalité intérieure, de l'hallucination, de l'inconscience) à l'addiction comme un jeu avec la mort. Il situe la conduite ordalique comme une quête de régénération (teintée de passion) à travers un risque de mort. Mettre son corps en danger pour un tel sujet satisfait le besoin d'éprouver la mort pour vivre. Le paradoxe de ces conduites ordaliques, c'est qu'elles ont pour but la vie, alors qu'elles sont minées par l'autodestruction réelle (Charles-Nicolas, 1989). D'autre part, elles s'adressent « à certains comportements de rupture de la dépendance et de la mise à l'épreuve de l'identité trouvant place dans d'autres addictions comme la toxicomanie, la boulimie, l'alcoolisme qui ne sont pas tournées principalement vers la recherche et la jouissance du risque ». L'ordalie « serait alors une rupture de l'addiction et un moyen plus radical d'assurer l'identité » (Pedinielli et al., 1997 a et b). En raison de leur sentiment d'inefficacité, d'impuissance face à la vie de dépendance, en raison de leur difficulté à trouver une identité, les toxicomanes vont chercher à amortir l'agression d'autrui et à colmater une blessure narcissique à travers des actes singuliers marquant leur différence et leur conférant le sentiment d'exister (Charles-Nicolas, 1985).

*Monsieur C., 60 ans, industriel à la retraite, encore très sportif pour son âge et en très bonne forme physique, n'a rien dans sa vie citadine qui le mobilise et lui apporte plaisir ou inquiétude. Tout est dans la réalité et le sérieux. Le mental est désaffecté. Il n'a aucuns hobbies mais concentre toute son temps et son énergie sur ses fins de semaine et ses vacances. Il prend sa voiture de sport et fonce à toute vitesse vers la destination et les activités sportives de son choix avec sa compagne plus jeune et sportive comme lui. L'entretien avec Monsieur C. révèle qu'il pratique assidûment des sports à risque et qu'il a failli plusieurs fois ne pas en revenir. Il a un peu ralenti ses activités à risques mais explique qu'il n'y a qu'en pratiquant ces sports dangereux qui le confrontent à la mort qu'il a l'impression de vivre et d'exister et surtout qu'il peut avoir des relations sexuelles avec sa compagne.*

### 1.2.5. Les objets d'addiction

Les objets d'addiction peuvent être des substances avec drogue (alcool, tabac, médicaments, opiacés – Fernandez & Catteeuw, 2002 ; Véléa, 2005 ; Lowenstein, 2005 ; Valleur & Matysiak, 2006) ou sans drogue (jeux vidéos, Internet, nourriture). Les êtres humains peuvent également servir d'objets d'addiction (addiction à l'autre, passions, addictions sexuelles – Véléa, 2005 ; Lowenstein, 2005 ; Valleur & Matysiak, 2003, 2006b).

Le choix de l'objet d'addiction est rarement le fait du hasard (objet spécifique). Généralement, il correspond aux périodes particulières du développement du sujet au cours

desquelles il y a une faille dans l'intégration des objets bienfaisants. La substance, la personne ou l'acte choisis revêtira un sens « d'état idéal » que le sujet espère atteindre à travers cet acte : plénitude, exaltation, puissance, ... Les objets d'addiction ne sont pas interchangeables. Ils ne résolvent que momentanément la tension affective car ils sont des solutions psychosomatiques (ils fonctionnent comme des objets de médiation entre le sujet et son propre corps) et non solutions psychologiques à la souffrance psychique. Le but de la solution addictive est de créer ou de réparer une faille dans l'univers psychique interne du sujet. La solution addictive est une tentative d'auto-guérison face aux états psychiques menaçants contre lesquels le sujet addicté veut lutter (McDougall, 1996).

Les addictions tendent à remplir toute la vie du sujet addicté aux dépens de toutes les autres activités. Elles finissent par envahir la vie du sujet pour ne plus lui permettre de s'occuper normalement. Elles fonctionnent comme des objets de remplacement qui viennent se substituer à d'autres activités et comme des objets d'assujettissement qui mettent le sujet dans une position de contrainte.

*Madame, L., 65 ans : « Au lieu de ranger mon appartement, de faire la vaisselle et le ménage, bref, de vaquer à mes occupations, j'allume la télévision dès que je me lève le matin, elle exerce sur moi un attrait si irrésistible que j'oublie de m'occuper des tâches ordinaires ou de sortir. Je me rends compte que la télévision est venue petit à petit remplacer mes activités et que je ne peux plus m'en passer ».*

Pour J. McDougall (1982), tout objet d'addiction peut tenir lieu « d'objet transitionnel à mi-chemin entre la perception de l'autre comme totalement nié par le sujet et l'autre reconnu comme ayant une existence indépendante, des attributs et des désirs propres ». L'addiction apparaît comme une tentative de reconstruction de l'espace et de l'objet transitionnels manquants par le recours aux objets externes transitoires (qu'il faut remplacer continuellement puisqu'ils n'ont ni sens, ni destin). L'objet de l'addiction est un objet signant un échec de l'introjection (de la fonction maternelle). Le recours à la drogue, la nourriture, l'alcool, le tabac, les médicaments... a pour but de pallier à des états de tension douloureuse. L'activité ou la substance addictive sont les substituts d'un objet transitionnel défaillant.

### 1.3. Lorsque les sujets addictés prennent de l'âge

#### 1.3.1. Les sujets addictés vieillissent précocement

Un regard sur le siècle passé révèle que chaque décennie a connu sa substance phare. Les sujets addictés qui ont survécu à leur addiction, ou qui ont réussi à s'en sortir, vieillissent avec leur dépendance ou avec leurs thérapies. Aujourd'hui, le patient le plus âgé bénéficiant d'un traitement de substitution a 68 ans.

Lorsque l'on parle de « vieux toxicomanes », il ne s'agit pas forcément de toxicodépendants ou de patients soignés parvenus à l'âge de la retraite. Une longue carrière d'addiction accélère le processus de vieillissement à tel point que l'état de santé d'un héroïnomanes de 50 ans peut correspondre à celui d'une personne de 70 ou 80 ans. Ces personnes souffrent fréquemment d'hépatites non traitées, susceptibles de conduire à de graves complications après 20 ans. Parmi les autres pathologies que l'on rencontre dans le milieu des drogués, on peut citer la tension artérielle élevée, des problèmes cardiaques (causés par les effets secondaires indésirables de divers médicaments), des maladies du métabolisme dues à une insuffisance du foie, le diabète, des abcès, de l'ostéoporose, la réduction de la masse musculaire et des blessures par chute pendant des périodes de « défonce » ou suite à des

co-médications défavorables. De même, les conséquences de modes de vies défavorables à la santé pendant des décennies, comme le tabagisme ou la consommation excessive d'alcool, une mauvaise alimentation et un manque d'activité physique accélèrent le processus de vieillissement de manière drastique chez les sujets addicts. Leur état mental est tout aussi précaire: démence précoce et dépressions ne sont que deux des nombreuses maladies psychiques dont souffrent ces personnes (Egli, 2008).

### 1.3.2. Diversité des usages, des usagers et dépendance

Une des difficultés auxquelles le clinicien est confronté est la diversité des usages et des usagers de drogue. Il ne semble exister pas de portrait-type de l'utilisateur de drogue, qui ne peut être défini ni par l'âge, ni par le sexe ni par l'appartenance à une catégorie sociale ou culturelle.

Au-delà des significations collectives de l'usage, chaque usager effectue ses choix personnels, en fonction de son histoire, de ses aspirations, de son fonctionnement psychique, mais aussi sans doute de ses caractéristiques physiologiques. Pour les uns, l'usage de drogues est synonyme de recherche d'intensité ou d'aventure, pour d'autres, les drogues soulagent d'une souffrance psychique.

La signification de l'usage de drogues évolue le plus souvent avec le temps. Les addictions avec drogues (licites ou illicites) sont souvent expérimentées au moment de l'adolescence, par curiosité ou pour s'intégrer dans un groupe. Nombre de jeunes vont y avoir recours sur une période plus ou moins longue, puis vont progressivement renoncer à l'usage ou se contenter d'un usage occasionnel au fur et à mesure qu'ils trouvent place dans le monde adulte.

Quelques uns vont s'engager, soit progressivement soit directement, dans un usage intensif. L'usage le plus intensif est généralement réservé aux premières années de consommation. Pour une partie des usagers, on parle de "lune de miel" dans les premières années, puis le prix à payer en termes d'exclusion et de marginalité devient de plus en plus lourd. Les effets du produit peuvent aussi devenir moins satisfaisants, ou être vécus comme simplement répétitifs et une partie des usagers de drogues entrent alors dans une démarche d'éloignement du produit et/ou du monde de la drogue. En moyenne, cette démarche s'amorce après quatre ou six ans d'addiction, moment des premières demandes de soin et n'aboutit généralement qu'après une dizaine d'années d'addiction. Enfin, une autre partie des usagers n'envisagera pas de s'arrêter et les consommations vont s'installer sur de nombreuses années voire toute une vie (véritables carrières de sujets addicts).

Les seniors addicts que nous avons rencontrés, appartiennent à cette dernière catégorie d'utilisateurs, celle « des vieux routards » de l'addiction qui n'ont pas mis fin à leurs addictions.

Les discours des seniors nous apprennent que leur maintien dans l'addiction peut être expliqué par :

- *des raisons ou motivations positives :*
- la recherche du plaisir et l'habitude

Madame N., 68 ans : « *J'ai commencé à fumer par plaisir et toute ma vie la cigarette m'a apporté ce plaisir ressenti dès l'initiation, je ne suis pas encore prête à renoncer à ce plaisir* ».

Madame B., 67 ans : « *Je me mets devant la télé pendant des heures. C'est devenu une habitude et ça me divertit. De telle heure à telle heure, je regarde ce feuilleton, de telle heure à telle heure ce jeu télévisé* ».

On peut se demander de quel plaisir, il s'agit ? Moments de plaisir (fumer après les repas, après l'amour, après les situations de convivialité) ; plaisirs répétés ou faux plaisirs (car fumer ou regarder la télévision est devenu un réflexe conditionné, associé à tous les moments de la vie, une habitude) ; satisfactions orales, anales et phalliques subsumés par la satisfaction de résister, de s'opposer, d'être le plus fort, d'écraser l'autre (Lesourne, 2007).

#### - le besoin de stimulation et d'excitation

Monsieur V., 75 ans : « *Ce que j'aime, c'est parier sur des chevaux. J'ai perdu et j'ai gagné beaucoup d'argent en pariant mais je continue car j'aime voir les courses et les chevaux galoper, c'est très excitant, stimulant que je perde ou que je gagne* ».

Aller au champ de courses, c'est sortir de chez soi, le plus souvent plusieurs fois par semaine. C'est se retrouver dans une ambiance particulière : l'intensité des paris, l'effet de foule, le spectacle de la course pour rechercher un mystérieux frisson (excitation et tension) et pour éliminer purement et simplement les désagréments liés au principe de réalité au profit du seul principe de plaisir (Valleur & Bucher, 2006c).

#### - la nécessité de reconnaissance sociale et identitaire

Monsieur W., 72 ans : « *J'ai eu deux carrières dans ma vie, une carrière de banquier et une carrière de fumeur de cigares* ». *J'ai arrêté ma carrière de banquier mais je n'ai pas arrêté ma carrière de fumeur de cigares pour conserver un ancrage social et amical au sein de notre groupe de fumeur de cigares. C'est une façon de continuer d'exister après la mort professionnelle* ».

La pratique tabagique fait partie des comportements et des attitudes fortement impliquant pour l'individu, du fait qu'il y ait fortement engagé et directement concerné par ses conséquences, et que les enjeux identitaires sont essentiels. Ces enjeux identitaires ont la particularité d'être associés à une menace de l'identité de l'individu liée à trois dimensions sur lesquelles la position du fumeur est affaiblie : le manque de justification pour fumer, la stigmatisation sociale du fumeur (compte tenu de la représentation sociale négative du fumeur, de son image et de sa consommation de tabac) et le manque de légitimité sociale. Cette menace est intériorisée par le fumeur lui-même qui emploie des stratégies le mettant à l'écart de cette menace. Les études issues de la théorie de l'identité sociale ont montré que face à une menace de l'identité sociale, un individu aura tendance à s'engager dans des comportements collectifs, en particulier lorsqu'il présente une forte identification à son groupe (Falomir-Pistachor & Mugny, 2004).

#### - l'automédication psychique, la relaxation et la détente

Monsieur T., 79 ans : « *Je joue seul aux machines à sous, je perds beaucoup d'argent parce que je joue régulièrement mais chaque fois que je joue, mes angoisses s'envolent, c'est ma psychothérapie, pas la peine de me bourrer de cachets comme la plupart des petits vieux que je connais* ».

Madame E., 67 ans : « *J'ai toujours été d'un tempérament anxieux et fumer m'a toujours détendu et relaxé surtout quand je travaillais intensément* ».

Certains fument lorsqu'ils sont tendus ou en colère pour décharger leur agressivité. Ils peuvent fumer cigarette sur cigarette sans aller au bout, remplir leur cendrier, polluer les lieux avec leurs cendres, leurs mégots, leur fumée. Certains fument pour se sentir à l'aise lorsqu'ils sont en compagnie d'autres, lorsqu'ils parlent au téléphone. Tout ce qui ont eu des difficultés dans l'établissement de relations par manque de confiance en eux, par peur de déplaire ont tendance à fumer dans des circonstances sociales pour se tenir à quelques chose, pour se protéger des agressions. D'autres fument après une activité intense pour se détendre, pour se relaxer, pour rééquilibrer et pour apaiser (Fernandez, 2004 ; Lesourne, 2007).

Monsieur T. joue solitairement aux machines à sous pour ressentir des sensations, des stimulations (quelque soit le résultat de ses gains ou de ses pertes), pour calmer ses angoisses (rituel compulsif de décharge des tensions) et prend des risques (risques choisis et vécus positivement).

- *des raisons ou motivations ou négatives :*

- la dépendance

L.F. : « *Vous me dites que vous êtes dépendant(e) de/du.... de quelle dépendance s'agit-il selon vous ? Que représente pour vous votre dépendance ?* ».

Quelques exemples :

- à cause de la passivité

Madame P., 72 ans : « *Je suis dépendante de la télévision, une télé addictée paraît-il. La télévision est allumée au moins 30 heures par semaine et je la regarde en moyenne 3 heures par jour, quelquefois plus, j'ai calculé vous savez. Quelle dépendance ? Ça doit être psychologique. C'est une compagnie pour moi et un passe temps pour éviter l'ennui et puis ça m'aide à planifier ma journée. Je sais qu'après tel feuilleton tel jour, c'est l'heure de mes courses. Comme je vis seule, je regarde la télé le plus souvent seule, assise immobile dans mon fauteuil confortable. Je suis assez passive, je me laisse guider par les divers programmes. Ma dépendance, ça représente la passivité. Comme ma vie, j'ai toujours été une spectatrice, toujours à me laisser guider par mes parents quand j'étais plus jeune et par mon mari ensuite et j'ai toujours suivi. Jamais dans l'activité, c'est toujours mes amies qui viennent me chercher pour m'obliger à faire d'autres activités car je n'ai pas réellement de hobbies.*

Certains individus regardent la télévision lorsqu'ils sont contraints ou qu'ils se contraignent à être inactifs pour se défendre contre la passivité.

- pour combler des besoins

Monsieur D., 60 ans : « *Je suis dépendant de l'alcool. Les deux dépendances physique et psychologique. Ma dépendance représente des besoins jamais assouvis, j'ai toujours besoin des femmes (pour me prouver que je suis un homme), de l'amour (parce que je suis un grand sentimental) et du sexe. Je me sens toujours frustré et alors je me replie sur moi-même, je remâche mon amertume ou je pars et la boisson vient éponger tout ça ». Ça représente la honte surtout à la sortie d'abominables cuites après les vomissements, et l'oubli de ce qui s'est passé et surtout quand je recommence alors que je m'étais juré que ça n'arriverait plus ».*

Besoin d'amour jamais satisfaits du côté de la mère et du côté du père. Monsieur D. n'a jamais trouvé une personne qui se soit vraiment intéressée à lui et qui l'a vraiment aimé. Il ne parviendra pas à avoir une vie sexuelle et une relation durable avec une femme. Il a besoin des femmes mais en même temps, elles l'effraient. Chaque fois qu'il a fallu franchir le pas, il n'y est jamais arrivé. Alors, il boit avec excès pour oublier, pour ne pas penser. Lorsqu'il se

sent frustré, il se replie sur lui-même ou il fuit de chez lui pour se rendre indifférent à tout, pour ne plus sentir les blessures que la vie lui inflige.

- le vécu de l'isolement, la solitude et le sentiment d'ennui

*Madame J., 85 ans : « Je suis très dépendante de la télévision. Chez moi, elle est allumée dès que je me lève le matin et même si je ne la regarde pas, le bruit de fond me suffit. Comme je suis seule, c'est une compagnie, un passe temps pour éviter l'ennui ».*

Il semble que ce qui pose problème, c'est l'isolement, au sens de raréfaction des liens affectifs, familiaux et amicaux qui conduit la personne âgée à utiliser la télévision comme un substitut relationnel artificiel.

- la quête d'une image de soi positive ou le rejet d'une image négative

*Madame G., 69 ans : « J'ai toujours aimé fumer car cela m'a toujours donné un style, un certaine prestance. J'ai toujours été très bien habillée et la cigarette avec tous ses accessoires, ça m'a vraiment permis d'avoir une image de moi très positive. C'est un style de vie que je conserve ».*

*Madame H., 60 ans : « Je n'ai jamais su me mettre en valeur et j'ai toujours tendance à me déprécier alors pour lutter contre cette tendance, je joue aux cartes, au bridge, dans un cercle privé d'habitues où les femmes sont admises. Et comme, il paraît que je suis une excellente joueuse, puisque j'ai déjà gagné de nombreuses parties où les mises étaient importantes. Alors, c'est sans doute ma façon de me revaloriser ».*

La cigarette est le symbole de soi-même (prestance, style, rééquilibration narcissique). Elle permet de réguler les rapports entre soi (image de soi) et autrui (regard d'autrui) et de s'affirmer dans un rôle féminin.

La pratique du bridge doit être avant tout basée sur le plaisir de jouer en société, entre amis. Il permet d'ailleurs de multiplier ses relations, avec ses partenaires mais aussi avec les autres joueurs, ce qui stimule la communication et les échanges autour d'une table. Madame H. a trouvé avec ce jeu, un moyen d'utiliser des qualités de concentration, de mémorisation, et même d'imagination, qualités qui sont largement développées par la pratique de ce jeu et qui lui ont permis de rétablir une estime de soi défaillante.

- la résignation, la perception réduite des avantages pour la santé

*Madame P., 78 ans : « Cela fait longtemps que je ne me pose plus la question de savoir pourquoi je fume et si je dois arrêter. Je fume et j'ai renoncé à arrêter de fumer depuis longtemps parce que j'y trouve des bénéfices plaisants. Je ne vois pas quels avantages j'aurai à cesser de fumer même au niveau de la santé après tant d'années de tabagisme ».*

Certains sujets âgés ont tendance, malgré les campagnes de sensibilisation à l'arrêt tabagique, à ne pas percevoir les avantages pour la santé au renoncement du tabac à un âge avancé. En ne n'abandonnant pas le tabac, madame P., n'a pas renoncé à une partie d'elle-même, à toutes les sensations externes ou internes que le tabac lui procure.

- des problèmes familiaux et des conditions de vie défavorables

*Monsieur A., 65 ans : « La vie n'est pas un long fleuve tranquille...j'ai commencé à fumer assez tard vers 25 ans, à la suite du décès de ma mère. J'ai perdu mon père peu de temps après. La cigarette a été une béquille à ce moment là. J'ai rencontré ma femme, une fumeuse (elle avait 25 ans et moi 27) et nous nous sommes mariés assez rapidement. J'ai continué à fumer pendant toutes ces années. Je n'ai jamais envisagé d'arrêter de fumer. J'en tirai des bénéfices (toujours l'effet soutien et béquille). Ma femme m'a quitté pour partir avec mon meilleur*

*copain à 40 ans (un vrai choc pour moi) et nous avons du divorcer, vendre la maison, partager nos biens. Je me suis retrouvé dans une situation financière difficile (frais de la vie, pension alimentaire à verser, ...). Avec un salaire, c'est plus difficile qu'avec deux salaires... Et je me suis retrouvé seul à 42 ans. Je me suis investi dans mon travail pendant dix ans, dix ans où j'ai oublié de vivre mais où j'ai réussi à stabiliser mon budget et où j'ai continué à fumer. Quand j'ai commencé à avoir quelques problèmes de santé à 55 ans, j'ai essayé d'arrêter de fumer, j'ai tenu un an et faute de soutien et de volonté, j'ai rechuté. J'essaie d'arrêter, je fais des tentatives, je tiens 6 à 12 mois et je rechute. J'ai remarqué que mes rechutes correspondent toujours à des moments où je suis en difficulté dans ma vie (moments de déprime, séparation). Je n'ai pas réussi à refaire ma vie ». Je n'ai pas encore arrêté de fumer aujourd'hui et je dois même dire que cela fait un moment que je n'y pense plus.*

Chez un certain nombre de grands fumeurs vieillissants, la vie leur a apporté plus ou moins d'insatisfactions, de stress, de contraintes de tout ordre. Les problèmes qui dominent sont d'ordre narcissique. C'est de leur être tout entier qu'ils veulent s'assurer. Ils éprouvent « une certaine difficulté d'être ». Ils ne sont pas sentis suffisamment aimés, soutenus, compris dans leur plus jeune âge. La cigarette est pour eux, un signe, une indication de ce petit quelque chose d'essentiel qui leur manque, mais qui ne les empêche pas de travailler et de vivre (Lesourne, 2007).

En conclusion, nous pouvons dire que la clinique des addictions chez les seniors dévoilent des épisodes de parcours de vie, le plus souvent reliés aux comportements d'addiction. Le clinicien confronté à la diversité des usages et des usagers de drogues se doit d'être à l'écoute et de repérer comment et pourquoi, en fonction de son histoire, de ses aspirations, de son fonctionnement psychique et de ses caractéristiques physiologique, l'usager de drogue effectue ses choix d'addiction. Il sera ainsi en mesure d'offrir au sujet âgé addicté une prise en charge psychothérapeutique adaptée à sa problématique addictive.

## Bibliographie

- Anda, R.F., Williamson, D.F., Escobedo, L.G., Mast, E.E., Giovino, G.A., Remington, P.L. (1990). Depression and Dynamics of Smoking. A National Perspective. *JAMA*, 264, 12, 1541-1545.
- Catteeuw, M. (2000). *Phobie du penser et fonctionnalités addictives : étude psychodynamique de l'addiction aux substances psychoactives*, Thèse de doctorat en psychologie : Université Toulouse Le Mirail.
- Charles-Nicolas, A. (1981). Addiction, passion et ordalie. In J. Bergeret, *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*, Paris : Dunod, 63-74.
- Charles-Nicolas, A., Valleur, M. (1982). Les conduites ordaliques. In C. Olievenstein, *La vie du toxicomane*. Paris : P.U.F., 82-99.
- Charles-Nicolas, A. (1985). A propos des conduites ordaliques : une stratégie contre la psychose? *Topique*, 35-36, 207-239.
- Charles-Nicolas, A. (1989). Fantasma et conduites ordaliques. In *L'anorexique, le toxicomane et leur environnement*, Paris : E.S.F., 76-85.
- Egly, T. (2008). Question d'âge : toxicomanes vieillissants: un problème récent. *Spectra*, newsletter, décembre 2007-janvier 2008, 66, 2.
- Estermann, T. (2008). Question d'âge : la consommation des médicaments chez la personne âgée. *Spectra*, newsletter, décembre 2007-janvier 2008, 66, 2.
- Falomir-Pistachor, J.M., Mugny, G. (2004). *Société contre fumeur. Une analyse psychosociale de l'influence des experts*. Grenoble : PUG.
- [Fernandez L., Sztulman H. \(1999\). La dépendance en psychopathologie. L'Encéphale, XXV\(1\), 233-243.](#)
- Fernandez, L., Catteeuw, M. (2002). *Cliniques des addictions. Théories, évaluation, prévention et soins*. Paris : Nathan Université.
- Fernandez, L. (2004). *Actualités des addictions en psychopathologie : diversité des approches, des méthodologies et perspectives*. Synthèse d'Habilitation à diriger des recherches, Université de Provence, France.
- Glassman A.H., Helzer, J.E., Covey, L.S., Cattler, L.B., Stener, F., Tipp, J.E., Johnson, J. (1990). Smoking, Smoking cessation and Major Depression. *JAMA*, 264, 26, 1546-1549

- Hantouche, E.G. (1997). Addictions et compulsions : similitudes conceptuelles. *Pratiques psychologiques*, 4, 25-36.
- Jeammet, P. (2000). Les conduites addictives : un pansement pour la psyché. In S. Le Poulichet, *les addictions*. Monographies de psychopathologie. Paris : PUF, 93-108.
- Khantzian, E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Khantzian, E.J., Halliday, K.S., M.C. Auliffe, W.E. (1990). *Addiction and the vulnerable self: modified dynamic group therapy for substance abuses*, New York : Guilford Press.
- Lesourne, O. (2007). *La genèse des addictions. Essai psychanalytique sur le tabac, l'alcool et les drogues*. Paris : PUF.
- Lôo, H. (1990). Toxicomanies ou pharmacodépendances non alcooliques. In P. Deniker, Th. Lempérière, V. Gutoyat, *Précis de Psychiatrie Clinique de l'Adulte*. Paris : Masson, 310-317.
- Lowenstein, W. (2005). *Ces dépendances qui nous gouvernent comment s'en libérer ?* Paris : Calmann-lévy.
- McDougall, J. (1982). *Théâtre du Je*. Paris : Gallimard.
- McDougall, J. (1989). *Théâtre du corps*. Paris : Gallimard.
- McDougall, J. (1996). *Eros aux mille et un visages*. Paris : Gallimard.
- McDougall, J. (2001). L'économie psychique de l'addiction. In J. McDougall, *Anorexie, Addictions et fragilités narcissiques*, Monographies de psychopathologie, Paris : P.U.F., 11-36.
- Pedinielli, J.L. (1994). Corps et dépendance. In D. Bailly, J.L. Venisse, *Dépendance et conduite de dépendances*. Paris : Masson, 111-126.
- Pedinielli, J.L. (1995). Le toxicomane et la mort. *Cliniques Méditerranéennes*, 47/48, 37-57.
- Pedinielli, J.L., Rouan, G., Bertagne, P. (1997a). *Psychopathologie des addictions*. Paris : PUF. Nodules
- Pedinielli, J.L., Rouan, G., Bertagne, P. (1997b). Addictions et dépendance. *Pratiques psychologiques*, 4, 5-12.
- Pedinielli, J.L., Rouan, G. (2000). Les logiques de l'addiction. In S. Le Poulichet, *les addictions*. Monographies de psychopathologie. Paris : PUF, 81-92.
- Pirlot, G. (1997). *Les passions du corps. La psyché dans les addictions et les maladies auto-immunes : possessions et conflits d'altérité*. Paris : PUF, collection Le fil rouge.
- Pirlot, G. (2002). Complexité psychopathologique du phénomène d'addiction réévalué avec des concepts psychosomatiques et métapsychologiques. *Psychotropes*, 8, 2, 97-118.
- Rado, S. (1933). La psychanalyse des pharmacothymies. In J.L. Chassaing, *Ecrits psychanalytiques classiques sur les toxicomanies*. Paris : Editions de l'association freudienne internationale, 1998.
- Rado, S. (1975). *La psychanalyse des pharmacothymies*. Revue Française de psychanalyse, 4, 611.
- Spadone, C., Bayle, F.J. (1995). Conduites à risque et dépression. In J.P. Olié, M.F. Poirier, H. Lôo, *Les maladies dépressives*. Paris : Flammarion, 52-57.
- Valleur, M., Matysiak, J.C. (2003). *Sexe, passion et jeux video. Les nouvelles formes d'addiction*. Paris : Flammarion.
- Valleur, M., Matysiak, J.C. (2006a). *Les addictions. Panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge*. Paris : Armand Colin.
- Valleur, M., Matysiak, J.C. (2006b). *Les pathologies de l'excès. Sexe, alcool, drogue, jeux...Les dérives de nos passions*. Paris : J.C. Lattès.
- Valleur, M., Bucher, C. (2006c). *Le jeu pathologique*. Paris : Armand Colin, collection 128.
- Varascon, I. (2005). *Psychopathologie des conduites addictives*. Paris : Belin Sup.
- Véléa, D. (2005). *Toxicomanies et conduites addictives*. Paris : Editions Heures de France.
- Venisse, J.L., Rault, A., Sanchez, M. (1989). Conduites addictives. Objet de l'addiction. *Psychologie médicale*, vol 21(12), 1767-1770.
- Wurmser, L. (1994). Psychodynamics in compulsive drug use. In J.D. Levin, R.H. Weiss (Eds). *The dynamics and treatment of alcoholism : Essential papers*, Northvale, NJ, US : Jason Aronson, Inc., 176-206.

# Les addictions du sujet âgé

Sous la direction de Lydia Fernandez

## 4<sup>ème</sup> de couverture

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, l'addiction n'a pas de limite d'âge. Et les sujets âgés sont eux aussi exposés aux dépendances : alcoolisme, tabagisme, consommation de médicaments psychotropes ... touchent de plus en plus souvent cette population. Mais il existe également d'autres addictions plus rarement évoquées : les psycho-stimulants (café, thé, chocolat) ou encore le jeu, la télévision... Comment aider les personnes âgées à se déprendre de ces dépendances, souvent dangereuses, qui peuvent les conduire à un isolement accru ?

De nombreuses questions cliniques et thérapeutiques concernant les sujets addictés âgés restent encore mal comprises, alors même qu'une fois admis en traitement, ils obtiennent des résultats souvent supérieurs à ceux des adultes plus jeunes.

Cet ouvrage fait le point sur les connaissances actuelles concernant les addictions du sujet âgé : il offre un panorama exhaustif de la diversité de ces dépendances, illustré par de nombreux cas cliniques ; il prend en compte la psychopathologie et la clinique des addictions à cette période de la vie. Les auteurs ont ainsi mis en commun leurs compétences théoriques, pratiques et cliniques pour permettre de mieux comprendre, de mieux prendre en charge et de mieux vaincre ces dépendances du sujet âgé, bien souvent autodestructrices.

Ce livre novateur ouvre de nouvelles voies de réflexion dans un domaine amené à se développer à l'heure du vieillissement de la population.

### Les auteurs :

Marie Anaut, Valérie Bergua, Amal Bernoussi, Agnès Bonnet, Jean Buisson, Isabelle Boulze, Solange Carton, Serge Combaluzier, Carole Fantini-Hauwel, Lydia Fernandez, Jacqueline Finkelstein-Rossi, Pascal Hachet, Michel Launay, Jean-Claude Matysiak, Pascal Menecier, Patricia Samacoits, Marc Valleur.

21 €Prix TTC France

ISBN : 978-2-84835-177-3

**Sortie : 22 septembre 2009**

La plupart des travaux publiés en France sur les addictions du sujet âgé le sont dans des revues scientifiques spécialisées. Il s'agit surtout d'articles théorico-cliniques ou empiriques le plus souvent consacrés aux addictions les plus communes telles que l'alcoolisme, le tabagisme, les médicaments psychotropes. En revanche, certaines addictions avec ou sans drogues sont beaucoup plus rarement évoquées à propos du sujet âgé. Or, les problèmes d'addiction chez le sujet âgé existent et sont de plus en plus rencontrés dans un hôpital général ou par les médecins généralistes. Ils touchent préférentiellement l'alcool, le tabac, le cannabis et les médicaments (BZD) mais également plus rarement avoués les addictions aux psychostimulants (café, thé, chocolat) et aux opiacés (héroïne, morphine), moins pour les addictions avec drogues. Ils concernent également les addictions sans drogues (comme le jeu, la télévision, ...). Le phénomène des addictions en constante mutation montre son nouveau visage du côté du sujet âgé, ancienne ou récente proie des vieilles ou nouvelles formes d'addiction si l'on examine la littérature internationale actuelle sur les addictions du sujet âgé.

Cet ouvrage est issu de collaborations avec des médecins (psychiatres, pharmacologues, gériatres), des psychologues et des universitaires qui ont mis en commun leurs compétences théoriques, pratiques et cliniques dans le domaine des addictions. Les objectifs de l'ouvrage sont : d'offrir au lecteur un panorama exhaustif de la diversité des addictions chez le sujet âgé à travers une revue de la littérature théorico-clinique ou clinique permettant de faire le point sur l'actualité des connaissances ; de prendre en compte la psychopathologie et la clinique des addictions du sujet âgé ; d'illustrer la présentation des différents types d'addiction du sujet âgé par des vignettes ou cas cliniques. Les intérêts de l'ouvrage sont doubles : intérêt théorique : faire le point sur les connaissances actuelles autour des addictions du sujet âgé compte tenu de l'extension actuelle du domaine des addictions tant dans la sphère privée que sociale ; intérêt clinique : aborder la psychopathologie et la clinique des addictions du sujet âgé afin de mieux les comprendre (et de mieux traiter les différents aspects). Cet ouvrage

propose de rendre compte de la diversité des addictions chez le sujet âgé. Divers auteurs apporteront leurs contributions et leurs réflexions sur les addictions avec drogues et sans drogues et sur la psychopathologie et clinique des addictions chez le sujet âgé.

Diversité des addictions chez le sujet âgé : Les addictions avec drogues : Le tabagisme des seniors (L. Fernandez, J. Finkelstein-Rossi, A. Bernoussi) ; Addiction à l'alcool (V. Bergua , J. Bouisson); Aspects institutionnels du mésusage d'alcool chez les sujets âgés : à l'hôpital ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées (P. Menecier); Addiction à l'alcool et crise identitaire des seniors (I. Boulze, P. Samacoits, M. Launay); Qui sont les « vieux » qui fument des « joints » ? (P. Hachet); Les addictions sans drogues : Jeu pathologique et personnes âgées (M. Valleur, J.C. Matysiak); La télévision : une addiction pourtant visible (S. Combaluzier) ; Psychopathologie et clinique des addictions chez le sujet âgé : Clinique des addictions chez les seniors (L. Fernandez, J. Finkelstein-Rossi); Addictions et résilience : convergences et différences (M. Anaut); 3.

Du mésusage à l'addiction : le rapport au corps et à la santé au cours du vieillissement (C. Fantini-Hauwel); Affects et émotions dans les addictions de la personne âgée (S. Carton); Addictions et troubles de l'humeur chez la personne âgée (A. Bonnet).

Sommaire

## **I- Diversité des addictions chez le sujet âgé**

### **1- Les addictions avec drogues**

#### **1.1. Le tabagisme des seniors (L. Fernandez, J. Finkelstein-Rossi, A. Bernoussi)**

1.1.1. L'impact du tabagisme chez les seniors

1.1.2. Le profil des fumeurs seniors

1.1.3. Les motifs de poursuite ou d'arrêt du tabagisme chez les seniors

1.1.4. Quelles démarches de soins et d'accompagnement adopter avec des seniors confrontés à des problèmes de tabagisme ?

1.1.5. Paroles d'une fumeuse senior, ancienne polyconsommatrice

Bibliographie

#### **1.2. Addiction à l'alcool (V. Bergua , J. Bouisson)**

1.2.1. Introduction

1.2.1. Données épidémiologiques

1.2.3. Contexte de vulnérabilité dans la vieillesse

1.2.4. Vulnérabilité liée à l'alcool et vulnérabilité liée à l'âge: quels liens ?

1.2.5. L'alcoolisme dans la vieillesse : perspectives de recherche futures

1.2.6. Conclusion

Bibliographie

#### **1.3. Aspects institutionnels du mésusage d'alcool chez les sujets âgés : à l'hôpital ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées (P. Menecier)**

1.3.1. Introduction

1.3.2. Au fil du temps...

1.3.3. Niveaux de consommation d'alcool et vieillissement

1.3.4. Repères épidémiologiques

1.3.5. Malgré l'absence de repères épidémiologiques fiables

1.3.6. Nécessité d'améliorer la reconnaissance

1.3.7. Ou difficultés des soignants à soigner

1.3.8. Différencier les situations à début précoce ou tardif

1.3.9. Particularités du milieu institutionnel

1.3.10. En Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées

1.3.11. A l'hôpital

1.3.12. Et lorsqu'il existe un trouble cognitif associé

1.3.13. Illustrations cliniques

1.3.14 Conclusion

## Bibliographie

### 1.4. **Addiction à l'alcool et crise identitaire des seniors** (I. Boulze, P. Samacoits, M. Launay)

- 1.4.1. Contexte clinique
- 1.4.2. Crise identitaire du sujet vieillissant et alcoolisation
- 1.4.3. Fragilité précoce identitaire
- 1.4.4. Les points de fixations régressions
- 1.4.5. Discussion
- 1.4.6. Conclusion

#### Bibliographie

### 1.5. **Qui sont les « vieux » qui fument des « joints » ?** (P. Hachet)

- 1.5.1. Une épidémiologie et une représentation sociale congruentes
- 1.5.2. Le désintérêt des plus de 60 ans pour le cannabis : hypothèses
- 1.5.3. Les fumeurs réguliers de « joints » les plus âgés : « quadras » et « quinquas »
- 1.5.4. La crise du milieu de la vie influence l'auto-perception de l'usage régulier
- 1.5.5. Conclusion

#### Bibliographie

## 2. **Les addictions sans drogues**

### 2.1. **Jeu pathologique et personnes âgées** (M. Valleur, J.C. Matysiak)

- 2.1.1. Du jeu d'habitude à l'addiction
- 2.1.2. Les chiffres du jeu
- 2.1.3. Le jeu d'argent et de hasard : un loisir fréquent chez les personnes âgées.
- 2.1.4. Les personnes âgées : un groupe à risque de jeu pathologique ?
- 2.1.5. Le cas des traitements antiparkinsoniens

#### Bibliographie

### 2.2. **La télévision : une addiction pourtant visible** (S. Combaluzier)

- 2.2.1. Introduction
- 2.2.2. Illustrations cliniques
- 2.2.3. Commentaires
- 2.2.4. Conclusion

#### Bibliographie

## II – **Psychopathologie et clinique des addictions chez le sujet âgé**

### 1. **Clinique des addictions chez les seniors** (L. Fernandez, J. Finkelstein-Rossi)

- 1.1. L'addiction et son parcours : de l'initiation à l'installation
- 1.2. Les caractéristiques de l'addiction : lorsque l'addiction est installée
  - 1.2.1. L'addiction : une compulsion et un agir
  - 1.2.2. L'addiction : auto-érotisme réussi ou raté ?
  - 1.2.3. L'addiction : automédication physique et psychique
  - 1.2.4. L'addiction : plaisir, déplaisir, auto-destruction, défi et ordalie
  - 1.2.5. Les objets d'addiction
- 1.3. Lorsque les sujets addictés prennent de l'âge
  - 1.3.1. Les sujets addictés vieillissent précocement
  - 1.3.2. Diversité des usages, des usagers et dépendance

#### Bibliographie

### 2. **Addictions et résilience : convergences et différences** (M. Anaut)

- 2.1. Introduction
- 2.2. La résilience aux différents âges de la vie

- 2.3. Le cheminement des conduites addictives : de l'adolescence à la vieillesse
  - 2.4. Des mécanismes de la dépendance aux mécanismes de la résilience ?
  - 2.5. Processus psychique de la résilience et mécanismes défensifs
  - 2.6. Les phases du processus de résilience et la conduite addictive
  - 2.7. Résilience et sortie de la dépendance
- Bibliographie

### 3. **Du mésusage à l'addiction : le rapport au corps et à la santé au cours du vieillissement** (C. Fantini-Hauwel)

- 3.1. Introduction
  - 3.2. Conduites addictives et rapport au corps chez les seniors
    - 3.2.1. Faire taire à la douleur psychique et physique
    - 3.2.2. Une question de santé publique
    - 3.2.3. Représentations de santé et alimentation
  - 3.3. Existe-t-il un lien en addiction et somatique chez les seniors ?
    - 3.3.1. Intérêt des concepts psychosomatiques chez le sujet vieillissant
  - 3.4. Conclusion
- Bibliographie

### 4. **Affects et émotions dans les addictions de la personne âgée** (S. Carton)

- 4.1. Introduction
  - 4.2. L'alexithymie dans les addictions : points en suspens
    - 4.2.1. Précurseurs
    - 4.2.2. Alexithymie et dépression
      - Dépression et stabilité de l'alexithymie*
      - Quelle dépression ?*
      - Quels affects ?*
    - 4.2.3. L'auto-évaluation de l'alexithymie en question: une autre approche et conception théorique de l'alexithymie
  - 4.3. Devenir du traitement cognitif des émotions et alexithymie chez la personne âgée
  - 4.4. Devenir des affects au cours du vieillissement : un retour sur le modèle de la pensée opératoire
    - Le devenir pulsionnel*
    - La dépression essentielle*
    - La « dépsychisation »*
  - 4.5. Conclusion
- Bibliographie

### 5. **Addictions et troubles de l'humeur chez la personne âgée** (A. Bonnet)

- 5.1. Introduction
  - 5.2. Données épidémiologiques
    - 5.2.1. Santé mentale et dépression chez les sujets âgés
    - 5.2.2. Les troubles comorbides
  - 5.3. Clinique des états dépressifs chez le sujet âgé
    - 5.3.1. Description clinique des états dépressifs
    - 5.3.2. Nosologie et formes cliniques
    - 5.3.3. Etiologie des troubles de l'humeur chez le sujet âgé
    - 5.3.4. Approche psychopathologique de la dépression chez le sujet âgé
- Bibliographie

## **Le choix des libraires**

Voici les cinq "questions décalées". Vous pouvez répondre à une ou plusieurs questions.

- 1) Qui êtes-vous ?!

Lydia Fernandez, Professeur des universités (psychopathologie, psychologie clinique), psychologue clinicienne, tabacologue.

Auteur de huit ouvrages (<http://www.polycopenligne.com/pages/lfernandez-livres/index.html>) et de très nombreux articles scientifiques (en consultation libres : <http://www.polycopenligne.com/pages/psych-articles/lfernandez.html>).

Je tiens à préciser que ce livre est un livre collectif réalisé sous ma direction.

2) Quel est le thème central de votre livre ?

Les addictions du sujet âgé.

Les problèmes d'addiction chez le sujet âgé existent et sont de plus en plus rencontrés dans un hôpital général ou par les médecins généralistes. Ils touchent préférentiellement l'alcool, le tabac, le cannabis et les médicaments (BZD) mais également plus rarement avoués les addictions aux psychostimulants (café, thé, chocolat) et aux opiacés (héroïne, morphine), moins pour les addictions avec drogues. Ils concernent également les addictions sans drogues (comme le jeu, la télévision, ...).

3) Si vous deviez mettre en avant une phrase de votre livre, laquelle choisiriez-vous ?

Les phrases des extraits d'entretiens réalisés avec les personnes âgées rencontrées qui savent nous parler très justement des addictions qui les accompagnent ou les ont « guidées » depuis de très nombreuses années.

Monsieur B, 65 ans : « *Quelquefois, je ne sais pas si je suis triste ou en colère ou si j'ai faim, c'est alors que je commence à boire. Je ne peux pas m'empêcher de boire, c'est plus fort que moi* ».

4) Si votre livre était une musique, quelle serait-elle ?

Vivaldi les 4 saisons (sans doute l'automne).

5) Qu'aimeriez-vous partager avec vos lecteurs en priorité ?

Nos connaissances et nos expériences cliniques auprès de ces personnes âgées trop souvent oubliées dont les addictions sont rarement évoquées.

**Mensuel N° 210 Sciences humaines  
décembre 2009  
Le travail en quête de sens**

[http://www.scienceshumaines.com/les-addictions-du-sujet-age\\_fr\\_24531.html](http://www.scienceshumaines.com/les-addictions-du-sujet-age_fr_24531.html)

[http://www.scienceshumaines.com/le-travail-en-quete-de-sens\\_fr\\_361.htm](http://www.scienceshumaines.com/le-travail-en-quete-de-sens_fr_361.htm)

**Les addictions du sujet âgé**

**Lydia Fernandez (dir.), In Press, 2009, 236 p., 21 €**

Jean-François Marmion

Voilà un thème inattendu en diable : l'addiction chez les personnes âgées. Car ce n'est pas le privilège des plus jeunes que d'empoisonner non seulement leur vie, mais celle de leur entourage et, le cas échéant, celle du personnel soignant. Bien que les données chiffrées soient encore rares et fragmentaires en France, à quoi est-on accro une fois blanchi sous le harnais ? Surtout au tabac, à l'alcool et aux médicaments, parfois à tout en même temps. Le tabac : 5,5 % des fumeurs âgés seraient gravement dépendants de la cigarette. La plupart ayant commencé à fumer très jeunes, ils n'envisagent pas de rompre avec cette habitude s'ils n'en perçoivent pas la nécessité. L'alcool : les plus de 65 ans ne devraient pas consommer plus d'un verre quotidien. La majorité considère que boire trois ou quatre verres de bière ou de vin par jour relève de la tradition et ne présente pas de danger. L'alcoolique, c'est celui qui boit entre les repas « *parce qu'il ne sait pas se tenir* ». Et selon eux, il faut huit ou neuf verres pour être soûl. Or les risques de dépendance à l'alcool s'aggravent avec l'âge, pour des

raisons psychologiques (dépression, isolement) mais aussi biologiques (diminution de la capacité de filtration par les reins). Les médicaments, enfin : 40 % des seniors vivant chez eux et 65 % en institution consommeraient plus de quatre médicaments par jour. La consommation triple après 65 ans : en 2001, les plus de 65 ans consommaient à eux seuls 39 % des médicaments vendus en ville. Certaines ordonnances prescrivent jusqu'à dix substances. Pour son plaisir, par habitude ou parce qu'il faut bien se soigner, la frontière semble donc souvent difficile à définir entre « mésusage » (consommation inappropriée), abus ponctuels et dépendance réelle. D'autres types d'addictions sont marginaux, comme le cannabis ou les jeux de hasard. L'addiction à la télévision est également envisagée, avec 28 % des plus de 65 ans qui la regardent plus de 30 heures par semaine. Tout cela pose en filigrane la question de la nécessité d'intervenir ou non : à partir de quand faut-il limiter l'accès aux plaisirs qui restent accessibles aux personnes âgées ? Quand les années sont comptées, au-delà de quel seuil est-il raisonnable de sacrifier *Derrick*, le petit verre de rouge et la cigarette au balcon ? On le voit, ce sujet soulève bien des questions délicates méritant d'être débattues.

Carnet psy

LES ADDICTIONS DU SUJET AGÉ  
Sous la direction du Professeur Lydia FERNANDEZ

Les addictions ne sont pas atteintes par l'âge de la retraite. Contrairement à une idée assez largement répandue elles persistent, voire apparaissent au cours du 3<sup>ème</sup> et du 4<sup>ème</sup> âge. Ces addictions sont de nature très diverse, avec ou sans drogue, mais révèlent certaines similitudes cliniques et psychopathologiques.

Le premier mérite de cet ouvrage, coordonné et dirigé par Lydia Fernandez, est de mettre à la disposition des spécialistes et des publics concernés cet ensemble de connaissances jusque là réservé aux revues spécialisées. Une autre qualité de l'ouvrage tient à sa conception même : il est issu de la collaboration de médecins (psychiatres, gériatres, pharmacologues), de psychologues cliniciens et d'universitaires qui ont mis en commun et en débat leurs compétences de pratiques cliniques et de référencements théoriques dans le domaine des addictions du sujet âgé. Enfin, et ce n'est pas la moindre de ses qualités, l'ouvrage est abondamment illustré et enrichi par des témoignages ou récits cliniques.

L'ouvrage est divisé en deux grandes parties, la première consacrée à la description de la diversité des addictions, la seconde dévolue aux parcours cliniques et aux caractéristiques psychopathologiques des sujets âgés addictés.

L'impact du tabagisme, le profil des fumeurs seniors, les motifs de poursuite ou d'arrêt, les démarches de soins ou d'accompagnement et un témoignage clinique remarquable nourrissent le premier chapitre très documenté (Lydia Fernandez, Jacqueline Finkelstein-Rossi et Amal Bernoussi).

S'agissant de la consommation excessive d'alcool par les personnes âgées, Valérie Bergua et Jean Bouisson choisissent la perspective épidémiologique pour étudier les vulnérabilités (l'une liée à la vieillesse, l'autre à l'alcool). Pascal Menecier se penche sur les aspects institutionnels du mésusage de l'alcool à l'hôpital ou dans les différents lieux d'hébergement, en définissant des niveaux de consommation, décrivant des parcours et trajectoires. Une approche métapsychologique de la problématique alcoolique chez les seniors est proposée par Isabelle Boulze, Patricia Samacoits et Michel Launay : ces auteurs mettent l'accent sur la fragilité narcissique, sur la crise identitaire liée à l'âge et à ses conséquences. Ces trois contributions constituent un ensemble diversifié et cohérent.

« Qui sont les « vieux » qui fument des joints ? » s'interroge Pascal Hachet. A la lueur des statistiques, des études et de ses propres observations cliniques l'auteur nous conduit à la rencontre de ces « oiseaux rares et plutôt méconnus qui fument des joints ».

Nous passons ensuite aux addictions sans drogues. Le jeu pathologique (essentiellement jeux d'argent et de hasard) est soigneusement étudié par Marc Valleur et Jean-Claude Matysiak qui définissent le jeu pathologique et excessif et signalent clairement les personnes âgées comme un groupe à risque. La délicate question de l'écoute de la télévision par les personnes âgées est traitée sur un mode interrogatif par Serge Combaluzier qui se refuse à stigmatiser un comportement mais en décrit les risques éventuels.

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée à la psychopathologie clinique des addictions chez le sujet âgé. Lydia Fernandez et Jacqueline Finkelstein-Rossi retracent les parcours de ces sujets de l'initiation à l'installation, décrivent les caractéristiques majeures de ces addictions (compulsions, agirs, autoérotismes, automédications physique et/ou psychique, autodestruction, ordalie) et illustrent avec pertinence leurs réflexions.

C'est sur la résilience et ses liens avec les dépendances que se penche Marie Anaut, et cela aux différents âges de la vie ; le point commun réside dans la recherche de sources de satisfaction, tels les étayages affectifs et les liens structurants par exemple.

Le lien au corps et à la santé, si essentiels pour des personnes vieillissantes apparaît sous la plume de Carole Fantini-Hauwel, qui établit les liens entre conduites addictives et difficultés du sujet dans sa relation avec son propre corps. A elle seule la douleur et son traitement constitue un enjeu majeur de santé publique.

Solange Carton étudie la question du devenir des affects dans le processus de vieillissement, dans une perspective de psychosomatique psychanalytique qui la conduit à l'alexithymie ; et de là aux liens entre dépression, addiction et alexithymie chez les personnes âgées.

Les relations entre troubles de l'humeur et addictions sont le sujet de l'étude finale due à Agnès Bonnet : épidémiologie, approche clinique, psychopathologie sont toujours discutées dans le contexte du processus de vieillissement, et en associant un abord structural et un abord développemental.

Comme le lecteur peut le mesurer cet ouvrage, sans prétendre à l'exhaustivité, a le mérite de prendre en compte de très nombreuses addictions, tant dans la démarche clinique que dans une, voire des, perspective(s) psychopathologique(s). Il permet ainsi de mieux les comprendre et donc de mieux les prévenir et les soigner. Cette dimension est essentielle dans la mesure où il s'agit de pathologies méconnues autant que mal connues. L'augmentation de l'espérance de vie et la nature des environnements sociaux conduisent les prévisionnistes à projeter un doublement du nombre de sujets addictés, au sein de l'Union Européenne, dans le premier quart du XXIème siècle.

C'est dire combien la lecture de ce livre bien écrit, agréablement présenté et bénéficiant d'une excellente architecture interne est recommandée à tous les praticiens intervenant dans ces champs, mais aussi aux enseignants et aux étudiants et enfin aux familles soucieuses du bien être de leurs ainé(e)s.