

Fernandez, L., Finkelstein-Rossi, J., Bernoussi A., (2009). *Le tabagisme des seniors*. In les addictions du sujet âgé. Paris : In Press, 27-41.

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

1.1.1. L'impact du tabagisme chez les seniors

Le tabagisme est une des principales causes de décès chez les seniors. Les complications du tabagisme sont bien connues (Vetter, 1999 ; Fernandez & Letourmy, 2007). Comme pour les sujets adultes, il provoque des maladies invalidantes et mortelles, en particulier des cancers (dont le cancer du poumon), des maladies du cœur (hypertension, infarctus du myocarde), du système circulatoire, ainsi que des maladies respiratoires comme l'emphysème, ou les bronchites chroniques. Parmi les autres pathologies, on trouve le diabète et le cholestérol, les ulcères duodénaux, l'ostéoporose, les cataractes, les troubles du sommeil, la diminution du goût et de l'odorat. À 70 ans, les fumeurs ont une densité osseuse moindre et un facteur de risque plus élevé que les non-fumeurs. Par ailleurs, les femmes qui fument risquent davantage de souffrir d'ostéoporose post-ménopausique. Des études réalisées sur des personnes âgées, fumeuses depuis 15 ou 20 ans, ont montré que celles-ci avaient deux fois plus de chances de présenter des niveaux réduits de capacité et de fonctionnement physique que les personnes âgées qui n'avaient jamais fumé.

Le tabac représente un facteur de risque de pathologies cardio-vasculaires, (qui augmentent elles-mêmes l'incidence de pathologies démentielles (Tyas et al., 2005). Il semble que : 1) fumer plus d'un paquet par jour expose à une baisse des capacités cognitives chez les plus de 65 ans ; 2) le déclin cognitif est plus rapide chez les fumeurs de plus de 75 ans comparés aux anciens fumeurs du même âge qui ont arrêté de fumer. Enfin, le tabac n'a pas d'effet protecteur vis-à-vis de la maladie d'Alzheimer (Reitz et al., 2005 ; Leibovi et al, 1999).

Les fumeurs de longue date, soit sont décédés des suites d'une maladie attribuable au tabagisme, soit ont souffert de maladies chroniques attribuables au tabagisme avant de mourir à un âge plus avancé (Burns, 2000 ; Cataldo, 2003 ; Fernandez & Letourmy, 2007).

Le tabagisme des seniors, en tant que facteur de risque de complications cardio-vasculaires et cancéreuses nécessite une campagne d'information pour sensibiliser les fumeurs seniors au besoin de prise en charge et de soins. Mais la réduction spontanée, voire l'arrêt du tabagisme avec l'avancée en âge, représente une forme de « guérison spontanée » et ne représente pas une préoccupation majeure de santé publique comparé à l'alcoolisme (Maheut-Bosser, 2007).

1.1.2. Le profils des fumeurs seniors

En 1953, 69% des hommes et 6 % des femmes âgés de plus de 65 ans étaient fumeurs (Mauffret et al., 1999). Le phénomène du tabagisme concerne peu les femmes jusque dans les années soixante mais frappe fortement les hommes. Mises en évidence, depuis la première moitié du XX^{ème} siècle, les conséquences sanitaires du tabagisme et notamment le lien entre la consommation de tabac et le cancer du poumon - (Broders, 1920 ; Pearl, 1938 ; Doll, Hill,

1950 ; Wynder, Graham, 1950) ont mis cependant du temps à intégrer la conscience collective.

En 2001, 18,4% des seniors hommes et 9,2% des seniors femmes, entre 60 et 75 ans, continuent à fumer régulièrement (*cf.* Tableau). Parmi les 5,5% de la population dépendante au tabac des seniors, la majorité sont des hommes (6 fois sur 10). La consommation quotidienne est en moyenne de 20 cigarettes par jour, et la plupart (84 %) présentent des signes de dépendance au tabac. Ces individus se distinguent aussi par une consommation d'alcool relativement élevée : buvant en moyenne plus de 3 verres par jour, 59 % déclarent un usage quotidien et 16 % sont potentiellement dépendants. Dans une certaine mesure, ces individus tendent donc à cumuler les usages de tabac et d'alcool. En revanche, leurs consommations d'antidépresseurs et de tranquillisants se situent dans la moyenne de leur classe d'âge (Beck, Legleye & Peretti-Watel, 2001).

Si l'on s'intéresse aux fumeurs seniors (60-75 ans) en fonction de leur état de santé physique, mentale et sociale, on remarque que ceux qui présentent des signes de dépendance au tabac (Beck, Legleye & Peretti-Watel, 2001) :

- estiment souvent qu'ils auraient du mal à monter un étage ou à courir cent mètres. Ils rapportent également qu'ils ont sauté un repas au cours des derniers 7 jours (effet anorexigène du tabac).
- sont soit des individus anxieux ou dépressifs qui trouvent parfois un exutoire dans l'usage du tabac, soit des fumeurs dont le tabagisme peut favoriser ou entretenir l'anxiété et/ou la dépression souvent présentes chez les seniors.
- se caractérisent surtout par leur faible sociabilité : au cours des 8 derniers jours, 26 % n'ont rencontré ni famille ni ami, 56 % n'ont eu aucune activité de groupe ou de loisir (contre respectivement 18 et 44 % parmi le reste des seniors). À une époque où le tabagisme se fait plus rare, où les individus sont davantage sensibles à ses conséquences sur la santé, la tolérance à l'égard des fumeurs est sans doute moindre, ce qui a un impact sur leur sociabilité : ainsi le tabac, dont l'usage à l'adolescence a souvent été décrit comme un élément important de socialisation, pourrait bien devenir au contraire un facteur d'exclusion à partir d'un certain âge « avant, nous les vieux, on se retrouvait au café pour fumer, pour boire, jouer aux cartes et discuter. Aujourd'hui on ne fume plus au café, on rester chez soi, à fumer et à boire, en regardant la télévision pour faire passer les moments de solitude... ». « Aujourd'hui, ce n'est pas le tabac qui isole mais la société qui choisit d'isoler ceux qui fument... ».

Plus des trois quarts des seniors ont commencé à fumer régulièrement dans les années 1960 avant l'âge de 25 ans, « époque où fumer était non seulement licite mais encouragé... on distribuait gratuitement des cartouches de cigarettes à ceux qui partaient au service militaire, c'étaient des "gauloises", mais les "françaises" et les "gitanes" étaient aussi très appréciées, des cigarettes fortes... c'était une époque où il était permis de fumer dans les transports mais aussi dans les cinémas et l'après-68 a vu l'autorisation s'étendre aux établissements scolaires. Dans les facs, on fumait pendant les cours, sur chaque table on trouvait des cendriers (coquille Saint-Jacques)... Fumer était la norme. L'image du fumeur bénéficiait d'une perception positive ». Fumer en public est l'une des manifestations sociales de la virilité masculine (représentation sociale positive). « Les hommes se retrouvent entre eux dans des espaces sociaux et des forums d'expression publique [...], où ils discutent autour d'un verre d'alcool tout en fumant. Le même comportement, de la part d'une femme, trahit fréquemment une liberté inhabituelle, une certaine licence des mœurs, voire un rapport quelque peu trouble aux choses de la bouche » (Wyckoff, 1997). Jean-Pierre Corbeau (1997) remarque que dans plusieurs sociétés, « la levée des interdits buccaux (boissons, tabac) s'accompagne du droit de

dire que l'on pense et ressent ». Pour les femmes (« femmes rebelles, femmes affranchies des normes sociales ou aux trajectoires sociales hors normes »), la cigarette devient l'un des symboles de l'émancipation féminine dans les grandes villes occidentales (Rudy, 2005). Le tabagisme est un signe distinctif de revendication (Ferland, 2007).

Les vies humaines, la souffrance et le prix que paye la société à cause du tabagisme mais aussi une évolution des normes et des valeurs sociales vers l'hygiénisme et la qualité de vie, ont fait de la consommation du tabac la cible d'une croisade amenant à l'adoption d'une série de mesures pour diminuer les coûts liés au tabagisme. Ainsi de nos jours, nos fumeurs seniors se retrouvent dans un contexte social qui leur est défavorable (« les valeurs que j'ai connues avec le tabac et que je partageais avec mes vieux copains fumeurs ne sont plus à la mode ; mon identité de fumeur en a pris un sacré coup ») mais qui dans le même temps tolère cette consommation (« à mon âge, on me laisse tranquille avec mon tabagisme ») et en tire bénéfice. Difficile situation que celle du fumeur senior, menacé dans son identité, ébranlé dans ses croyances et valeurs de toujours et pris en tenaille entre deux tendances : celle qui, sur la base du coût pour la collectivité, vise à éradiquer la consommation de tabac et celle qui, sur la base du respect de la société de consommation et du libre choix, tolère le tabagisme tout en stigmatisant et discriminant le fumeur (perception et représentation sociale négative du fumeur). Les fumeurs seniors sont devenus des malades, des nerveux... et des oubliés des analyses et des interventions médicalisantes et psychologisantes (Falomir-Pistachor & Mugny, 2004).

Fumer pour les seniors ne se limite pas à une simple dépendance au tabac ayant des conséquences sur la santé. Fumer remplit une série de fonctions symboliques et contribue à définir une identité sociale et personnelle. Le fumeur est un fumeur au sein d'une catégorie sociale bien définie. Le fait de fumer est associé à des valeurs (plaisir, relaxation, stimulation,...) ou à des façons de concevoir la réalité quotidienne (visibilité sociale – appartenance à un groupe social saillant et bien défini) remplissant des fonctions (pas nécessairement ni principalement en rapport avec la santé) auxquelles le senior est particulièrement attaché, consciemment ou non, depuis de nombreuses années. Le fumeur senior est concerné par les méfaits de la consommation et de la dépendance tabagique mais aussi par le traitement que la société accorde à ce comportement si important et à son identité (sentiment d'être fumeur).

Le fait que le comportement tabagique chez les seniors remplisse diverses fonctions pour l'identité des seniors explicitées plus haut, suggère que l'échec des campagnes antitabac pour contrer les tendances de la population à fumer pourrait être en partie expliqué par le décalage existant entre la vision du comportement que propagent les responsables des campagnes et celles que les futurs fumeurs (enfants et adolescents) et les fumeurs actuels ou anciens (jeunes adultes, adultes et seniors) partagent. Différents travaux ont déjà montré l'existence d'un lien entre des dynamiques identitaires et le processus d'arrêt de la consommation de tabac en psychologie (Shadel et al., 1996 ; Falomir & Invernizzi, 1999 ; Contrada & Ashmore, 1999).

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

Parmi les motifs les plus couramment avancés pour fumer et continuer à fumer sont évoqués (Donzé et al., 2007) : le plaisir, la relaxation et l'habitude (motivations positives à fumer), la réduction de la tension, l'absence de bénéfices du sevrage à un âge avancé, le faible impact sur la santé des cigarettes légères ou le faible nombre de cigarettes quotidiennes (idées

fausses solidement ancrées et méconnaissance des méfaits du tabac), les stress psychologiques (Appel, Aldrich, 2003) et les troubles émotionnels et de l'humeur.

Les seniors qui ont des antécédents de tabagisme de longue date (Burns, 2000) ont davantage besoin d'aide pour cesser de fumer (fumeurs invétérés faisant peu d'efforts pour renoncer au tabac et envisageant de ne jamais arrêter ou moins prêts à essayer de cesser de fumer, rapport collectif, 2002). Les seniors cessent de fumer lorsqu'ils en ont perçu les effets négatifs sur la santé. Le fait d'avoir au moins une maladie chronique et de souffrir d'une incapacité fonctionnelle augmente d'une façon significative les chances d'arrêt du tabagisme chez les seniors. Il est donc nécessaire de réfléchir aux interventions les plus adaptées à proposer à ce sous-groupe particulier de seniors. Comme par exemple, des interventions plus vigoureuses (counselling individuel, collectif ou téléphonique), qui fournissent un soutien social et une formation en résolution de problème (avec l'aide des thérapies cognitives et comportementales) et qui sont très efficaces auprès des seniors. Les patients âgés sont aussi réceptifs aux conseils du médecin à l'égard du renoncement au tabac et ils affirment que ces conseils influencent de façon positive leurs décisions de cesser de fumer et leur confiance à cet égard. .

Avec cette population, il est important d'expliquer les impacts négatifs du tabagisme mais également de démontrer qu'il est avantageux de cesser de fumer, et ce, à n'importe quel âge (« *le tabac n'a pas d'âge et il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer* »).

Il faudra s'attarder sur la représentation sociale et sur l'image qu'a le fumeur senior de lui-même. Cela permettra au clinicien de comprendre quels ont été les déterminants de l'initiation tabagique, les éléments ayant contribué à l'acquisition d'une identité personnelle et sociale autour de la consommation de tabac. Le comportement contribue à définir une identité particulière, et une identité particulière influence le comportement. Le comportement contribue à définir comment l'individu se perçoit lui-même et comment les autres le perçoivent. L'enjeu identitaire chez le fumeur senior peut être associé à son histoire de fumeur, à son degré de visibilité sociale, à l'habitude liée à ce comportement, ... Arrêter de fumer, cela peut représenter pour le fumeur senior une menace de son intégrité sociale et personnelle (attaques contre ses croyances, ses valeurs, ses émotions attachées à la consommation de tabac). Un véritable changement n'implique donc pas seulement le comportement spécifique, mais aussi une modification de ces éléments socioaffectifs et sociocognitifs qui lui sont associés (Falomir-Pistachor & Mugny, 2004).

Un petit nombre d'études sur les résultats des traitements, examinant en particulier les indicateurs de réussite liés au renoncement du tabac chez les fumeurs âgés, ont confirmé l'importance des facteurs suivants : dépendance à la nicotine peu élevée, auto-efficacité accrue du renoncement, niveau de scolarité, hospitalisation pour cause de maladie, réussite antérieure en matière de renoncement au tabac, motivation plus forte, perception accrue des avantages pour la santé, perception réduite des obstacles liés au renoncement, utilisation d'un plus grand nombre de stratégies de renoncement, avoir un conjoint non fumeur et peu ou pas de connaissances qui fument, rencontres fréquentes avec un pharmacien ou un médecin pour les personnes âgées utilisant des timbres à la nicotine. Ces indicateurs de réussite ont été utilisés afin de mettre au point des traitements adaptés à chaque personne âgée (timbre à la nicotine par exemple). Les recherches publiées depuis les années 1990 ont démontré notamment que les fumeurs les plus âgés sont très ouverts aux programmes ciblés de renoncement au tabac. Ils ont autant de chances de réussir que des fumeurs plus jeunes, et ce, par leurs propres moyens, à l'aide d'un programme individuel ou de consultation, qu'il soit

pharmacologique ou non. Les recherches indiquent que la disponibilité accrue des thérapies de remplacement de la nicotine (et autres techniques de renoncement) peuvent aider de nombreux fumeurs âgés à cesser de fumer, tout particulièrement lorsque ces thérapies sont jumelées à d'autres interventions comme la hausse des taxes sur les cigarettes, l'interdiction de fumer dans des endroits publics, l'interdiction globale de faire la promotion et le marketing de produits de tabac et l'apposition plus visible d'avertissement pour la santé sur les produits du tabac, l'action globale contre la contrebande des produits du tabac. Bien que la grande majorité des seniors qui fument aient la perception d'être suffisamment informé sur le tabac et de connaître les risques pour la santé liés à sa consommation, les conséquences sur la santé de la consommation de tabac sont mal connues, imprécises ou incomplètes par cette population. Les risques sont souvent sous-estimés (rapport collectif, 2002 ; Halfen & Grémy, 2003).

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

Démarche d'évaluation clinique

Il s'agit d'évaluer la position des seniors face au tabagisme (Conférence de Consensus, 1998 ; AFSSAPS, 2003 ; Fernandez & Letourmy, 2007). Cette première étape est indispensable pour fournir une prise en charge adaptée.

Pour les fumeurs seniors qui ne souhaitent pas faire une tentative d'arrêt

Le professionnel de santé doit fournir le conseil minimal. Ce simple conseil minimal au cours d'une consultation de routine augmente de façon significative le nombre de fumeurs qui s'arrêtent pour une durée d'au moins 6 mois. Ce conseil minimal est constitué de deux questions : Fumez-vous ? et voulez-vous arrêter de fumer ? Une brochure sur le tabac est également remise au fumeur.

Pour les fumeurs seniors qui souhaitent s'arrêter

Un ou plusieurs entretiens cliniques permettront une évaluation des facteurs de gravité (co-dépendances ou de polyconsommations problématiques) et des dommages aussi bien somatiques (un examen clinique général pour repérer la présence de signes ou de symptômes évocateurs d'une pathologie liée au tabagisme, pour rechercher une pathologie chronique aggravée par le tabagisme ainsi que des antécédents ou des pathologies évolutives qui représentent des contre-indications à certains traitements pharmacologiques de la dépendance nicotinique) que psychiques (comorbidités psychiatriques - troubles anxieux et/ou dépressifs associés par exemple, cf. annexe 3) ou sociaux (isolement, pertes des liens familiaux, précarité...).

L'évaluation des facteurs de gravité et des dommages sont indispensables à l'élaboration d'un projet de soins et à l'orientation adaptée du fumeur senior. Les dommages sociaux représentent parfois une véritable urgence et nécessitent l'intervention d'un professionnel du champ sanitaire et social.

Les entretiens cliniques dans le respect de l'autonomie fumeur senior doivent aussi permettre d'apprécier :

- la nature et l'importance de la dépendance tabagique (dépendance physiologique à la nicotine et dépendance psychologique et comportementale au tabac, cf. annexes 1 et 2).

- la présence de co-dépendances ou de polyconsommations problématiques.
- la motivation à l'arrêt (un des principaux facteurs prédictifs du succès à l'arrêt du tabac) et au changement (*cf.* annexe 4).

Ils doivent encore permettre :

- de réfléchir avec le sujet âgé aux fonctions que prend la consommation de tabac (et/ou la consommation d'autres produits) dans son histoire (raisons pour lesquelles le sujet âgé a initié sa consommation tabagique (mode d'entrée dans le tabagisme) et les effets bénéfiques qu'il en retire après de nombreuses années de tabagisme (son importance actuelle), les arrêts ou les tentatives d'arrêt).
- d'évaluer les capacités de sa famille et de son entourage (quand le sujet n'est pas isolé familialement ou socialement) à participer au projet de soins.

Démarche de prise en charge thérapeutique

Après la phase d'évaluation, tout clinicien doit proposer un traitement efficace de la dépendance tabagique chez les seniors fortement ou moyennement dépendants. Deux phases très différentes se distinguent dans la prise en charge :

- la première phase consiste à instaurer le sevrage avec notamment des traitements pharmacologiques chez les fumeurs seniors fortement ou moyennement dépendants ou une prise en charge cognitivo-comportementale. Les meilleurs taux de succès étant obtenus en combinant les deux stratégies.
- la deuxième phase a pour but d'aider le senior à maintenir son abstinence et utilise les stratégies de prévention de la rechute.

S'il existe d'autres consommations associées au tabagisme, il faudra privilégier chaque fois que cela est possible le sevrage conjoint, simultané ou successif rapproché, des différents produits consommés en association. En aucun cas, il ne faudra refuser au sujet âgé la prise en charge de l'usage problématique d'un seul produit s'il le demande.

Spécificités de la prise en charge des seniors

Le conseil minimal, les thérapies comportementales et cognitives et les substituts nicotiques ont montré leur efficacité chez des sujets âgés de plus de 65 ans. L'utilisation des thérapeutiques évaluées dans cette classe d'âge est recommandée. Chez les seniors de plus de 65 ans, le bénéfice de l'arrêt du tabac persiste à la fois en termes d'amélioration de l'espérance de vie et de qualité de vie.

Il est essentiel (recommandations de la commission d'audition, mai 2007):

- d'informer les seniors sans les culpabiliser sur les risques de la consommation ou des consommations.
- de prendre en compte le contexte de fragilité qui impose de respecter tout particulièrement les recommandations d'utilisation des psychotropes chez des seniors souvent déjà particulièrement polymédicamentés.
- de prendre en charge la souffrance psychique et les troubles anxio-dépressifs (liés à l'isolement, à la perte des liens familiaux par exemple).
- de rechercher un appui dans l'entourage familial ou amical pour construire un projet de soin.

1.1.5. Paroles d'une fumeuse senior, ancienne polyconsommatrice

Rolande et ses « vieilles addictions »

Rolande, 63 ans, ancien officier dans l'armée se présente : *« je suis dans l'abstinence alcoolique et sexuelle depuis un peu plus de trois ans, abstinente de tabac et de hash depuis six mois »*. Elle raconte qu'elle a un problème avec ses « dépendances » et un long parcours derrière elle d'addiction à l'alcool, au tabac et au cannabis. Elle a même essayé la cocaïne, les acides et l'ecstasy (*« pour ne pas mourir idiot » ; « pour faire des expérimentations »*). Cette consommation n'a pas dépassé le stade de l'expérience parce que *« la cocaïne était trop chère, les acides trop dangereux, l'ecstasy, c'était pour voir »*. Le cannabis (*« le shit plus que l'herbe »*) est devenu une habitude (*« j'ai toujours considéré le pétard comme une drogue innocente »*). Il est utilisé pour dormir, planer : *« mon calmant préféré pour compenser le manque d'alcool quand j'ai décidé de cesser de boire »*. Le tabac faisait partie de son identité, de sa respiration ! La cigarette était une amie fidèle et l'alcool était son meilleur ennemi (*« j'avais peur de sombrer dans l'alcoolisme dégradant et je vivais ce que certains appellent un alcoolisme mondain »*).

Déjà petite fille, adolescente, elle cherchait l'ivresse sans produit (*« sans drogue je me suis enivrée de liberté, de révolte, ensuite les produits m'ont aidée pour trouver cette ivresse »*). Elle a commencé à boire avec sa mère (*« qui ne crachait pas sur le vin rouge »*). L'alcool familial est devenu convivial et lui apportait un certain bonheur. *« Il n'y avait point d'interdit, de sacrilège de mettre de l'eau dans son vin, et même, il arrivait à ma mère de rire lorsqu'elle avait bu un coup, elle qui ne sortait jamais de sa douleur, de son veuvage. Elle n'a jamais accepté la mort de mon père, elle entretenait l'illusion du voyage, d'un retour possible »*. Elle avait aussi le droit d'allumer les cigarettes de sa mère et d'en fumer une de temps en temps... *« Le tabac, petit récompense que ma mère m'accordait si je faisais bien tout comme elle le souhaitait, à savoir rester auprès d'elle »*.

S'addicter pourquoi ?

Rolande explique : *« mes addictions, principalement l'alcool et le tabac, étaient liées à ma mère. Tout est lié à ma vie avec ma mère. Une enfance privée de liberté, une enfance au chevet d'une mère dans la souffrance, rigide et sévère et en même temps très permissive, en particulier dans cette relation alcool-tabac, elle se ménageait et dans le même temps nous autorisait, des récréations, des espaces de liberté, de joie, de pseudo bonheur à travers la prise de ces produits et maintenait son pouvoir. Ma mère a été le personnage le plus important dans ma vie, autant qu'il m'en souviennent, elle représente ma seule famille en dehors de mes deux sœurs et de mon frère. Je n'ai jamais connu de grands parents décédés avant la mort de mon père, ma mère n'a jamais entretenu de relation véritable avec la famille de mon père et avec sa propre fratrie. Nous vivions dans une sorte d'isolement, repliées sur nous mêmes... telle une poule qui protège ses poussins. Ma mère était ma tutrice légale, mon institutrice pendant mes trois dernières années de primaire, j'étais sa petite femme, pas de sexe mais un rapport très charnel de proximité, avec qui elle couchait jusqu'à ce que je parte pensionnaire »*.

S'addicter « pour compenser » :

- un manque affectif avec son compagnon de huit ans plus jeune, dépendant matériellement, inhibé, incapable de communiquer en dehors des moments alcoolisés ou « pétardisés ». Il a été contraint de s'arrêter à la suite d'un accident de voiture sous l'emprise de l'alcool.

- la souffrance liée à un sentiment de culpabilité vis-à-vis de sa mère qui lui a toujours reproché d'avoir quitté le giron maternel et vis-à-vis de son fils qu'elle n'a pas su protéger, à cause de son alcoolisme et ses absences, d'un abus sexuel pédophile.
- et pour oublier l'échec de sa vie sentimentale (*« après des expériences multiples décevantes »*) et de sa vie de mère (*« car en me détruisant j'ai « aidé » mon fils à gâcher sa vie, il était polytoxico lui aussi et abstinent aujourd'hui depuis neuf mois »*).

S'addicter pour se libérer de sa dépendance affective avec sa mère « forte et toxique » et pour oublier l'échec de sa vie (fuir les moments difficiles de sa vie).

Rolande et ses abstinences

Les abstinences de Rolande sont à mettre en relation avec la mort de sa mère (vieille femme démente au regard perdu les deux dernières années de sa vie). *« Le deuil de ma mère s'est fait à travers mes abstinences, en me libérant de toutes mes addictions, je me libérais de ma mère, une façon de faire mon deuil, j'ai arrêté de boire un an après la mort de ma mère, j'ai compensé le manque d'alcool par le tabac et le shit, trois ans après je supprime tabac et shit, j'arrête le lexo, il me faut casser ce cycle infernal et maintenant »*. Il lui arrive ponctuellement quand elle est angoissée de compenser par « la bouffe », surtout le soir, elle se met « à grignoter comme une malade », pour combler cette sensation de vide à l'estomac qu'accompagne ses crises d'angoisse mais elle ne se sent pas « accro à la bouffe ». Elle insiste pour dire qu'elle n'a jamais été « accro à la bouffe » et qu'elle a tendance à réfléchir deux fois avant de trop « se jeter sur la bouffe » car « elle ne rentre plus dans ses pantalons ». Elle reconnaît passer beaucoup de temps à pianoter sur son ordinateur et elle l'emporte partout, même en vacances (*« je prends mon petit Mac avec moi puisqu'il ne fait pas partie des mes addictions ! »*). Elle se lance dans de multiples activités qui lui plaisent (*« toujours dans l'excès et dans le but inavoué de s'oublier, de fuir »*).

Rolande explique ses abstinences par la prise de conscience que se libérer des produits lui permettra :

- d'abandonner cette fausse identité de polytoxicomane qui l'a accompagnée durant toutes ces années de défonce (*« il y avait les apparences que j'ai toujours sauvegardé par rapport à ma vie professionnelle qui m'a servi de béquille, de garde fou et il y avait la réalité, quand je laissais au vestiaire l'habit de lumière, apparaissait une femme, mal dans ses baskets, angoissée, déconnectée à qui il ne restait plus comme dans la chanson qu'à se beurrer la gueule ! et dont l'identité n'était plus celle du petit soldat bien structuré mais celle d'une joyeuse fêtarde, d'une « bonne vivante ». C'est l'abandon de cette double identité (fausse) qui fait que je me sens plus en phase avec moi-même grâce à l'abstinence »*),
- de renouer avec sa vraie nature (*« je dois faire face aux regards des autres qui ne reconnaissent pas dans cette femme, plus réfléchie, qui s'autorise à exprimer ce qu'elle ressent, sans faux semblants, plus d'écran de fumée pour amortir la colère. Aujourd'hui, beaucoup me reprochent mon agressivité, j'ai seulement l'impression de dire ce que je pense et de vouloir être écoutée. Plus d'alcool et ses violences, davantage de réflexion, plus d'illusions, quelqu'un qui sait partir quand la fête bat son plein et qui sait qu'il n'y a rien à attendre de ces fins de soirée destroy. Une nouvelle nature ? Ma vraie nature ? Ce que je sais c'est que je me sens de mieux en mieux dans ce nouveau personnage »*).

- de sortir de cet état dépressif chronique qu'elle soignait à coup d'alcool, cannabis, tabac et shit (« *l'alcool, le tabac, le shit, et le lexo c'est maintenant derrière moi, et je n'ai pas envie de rétablir une quelconque relation avec ces produits* »),
- « *de se réveiller enfin pour mourir éveillée* ».

Sa psychothérapeute et son « suivi psy » l'aident beaucoup à poursuivre ses efforts et à ne pas craquer (« *je ne suis pas encore super woman, je suis libérée mais pas guérie, cependant mettre à plat mon parcours m'aiderait à mieux vivre ce qui me reste à vivre* ») et à essayer de dénouer « le sac de nœud » de sa vie qu'elle « trimballe » sur son dos.

Bibliographie

- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé – AFSSAPS (2003). Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandations, 39 p.
- Appel, D. W., Aldrich, T. K. (2003). Smoking cessation in the elderly. *Clinics in Geriatric*, 19, 77–100.
- Aubin, H.J., Lagrue, G., Légeron, P., Azoulay, G., Péliissolo, S., Humbert, L., Renon, D. (2004). Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac. Construction et validation. *Alcoologie et Addictologie*, 26, 4, 311-316.
- Beck, F., Legleye, S., Peretti-Watel, P (2001). Alcool, tabac et médicaments psychotropes chez les seniors. Les usages de substances psychoactives licites entre 60 et 75 ans. *Tendances*, 16, 1-4.
- Beck, F., Legleye, S. (2003). Les adultes et les drogues en France : niveaux d'usage et évolutions récentes. *Tendances*, 30, 1-6.
- Burns, D.M. (2000). Cigarette smoking among the elderly: Disease consequences and the benefits of cessation. *Am J Health Promo*, 14, 357-361.
- Broders, A.C. (1920). Squamous cell epithelioma on the lip. A study five hundred and thirthy seven cases. *Journal of the American Medical Association*, 74, 656-664.
- Cataldo, J.K. (2003). Smoking and Aging. Clinical Implications. Part I : Health and Consequence. *Journal of Gerontological Nursing*, 29, 9, 15-20.
- Conférence de consensus - ANAES (1998). *Arrêt de la consommation du tabac* - Paris, Hôpital Pitié-Salpêtrière - 8 et 9 octobre 1998, 26 p.
- Cohen, D. et Collin, J. (1997). *Pour une approche pragmatique de la prévention en toxicomanie. Orientation et stratégie : les toxicomanies liées aux médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants : recension et analyse des écrits*. Université de Montréal.
- Contrada, R.J., Ashmore, R.D. (1999). *Self, social identity and health : Interdisciplinary explorations*. New York : Oxford University Press.
- Corbeau, Jean-Pierre. (1997). Bacchantes mutantes et nouveaux buveurs. *Cultures, nourriture. Internationale de l'imaginaire, nouvelle série* – n° 7. Paris : Babel / Maison des cultures du monde, 253-268.
- Doll, R, Hill, A.B. (1950). Smoking and carcinoma of the lung. *British Medical Journal*, 2, 739-748.
- Donzé, J. Ruffieux, C., Cornuz, J. (2007). Determinants of smoking and cessation in older women. *Age and Ageing*, 36, 1, 53-57.
- Falomir, J.M., Invernizzi, F. (1999). The role of social influence and smoker identity in resistance to smoking cessation. *Swiss Journal of Psychology*, 58, 73-84.
- Falomir-Pistachor, J.M., Mugny, G. (2004). *Société contre fumeur. Une analyse psychosociale de l'influence des experts*. Grenoble : PUG.
- Ferland, C. (2007). Mémoires tabagiques. L'usage du tabac, du XVe siècle à nos jours. *Drogues, Santé et Société*, 6,1, 17-48.
- Fernandez-Galan, L. (1997). *Addiction tabagique et disposition narcissique chez des fumeurs consultant pour sevrage tabagique*. Thèse de Doctorat Nouveau Régime, Université Toulouse Le Mirail, UFR de Psychologie, 3 Octobre 1997.
- Fernandez, L., Cassagne-Pinel C. (2001). Addiction aux benzodiazépines et symptomatologie anxieuse et dépressive chez les sujets âgés. *L'Encéphale*, XXVII, 459-474.
- Fernandez, L., Letourmy, F. (2007). Le tabagisme des sujets âgés. In L. Fernandez, F. Letourmy, *le tabagisme : de l'initiation au sevrage*, 65-67.
- Guilbert, P., Gauthier, A., Beck, F., Peretti-Watel, P., Wilquin, J.L., Léon, C., Legleye, S., Arwidson, P. (2005). Tabagisme : estimation de la prévalence déclarée. Baromètre Santé, France 2004-2005. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 21/22, Mai 2005, 97-98.

- Halfen, S., Grémy, I. (2003). Les connaissances, attitudes et perceptions des franciliens à l'égard du tabac. Spécificités des personnes plus âgées (55-75 ans), *Gérontologie et Société*, 105, 161-175.
- Heartherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C., Fagerström, K.O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence : A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 9, 1119-1127.
- Laguerre, G., Légeron, P., Azoulay, G., Péliolo, S., Aubin, H.J. (2002). Elaboration d'un test permettant d'évaluer la motivation à l'arrêt du tabac. *Alcoologie et Addictologie*, 24, 1, 33-37.
- Lesourne, O. (2007). *La genèse des addictions. Essai psychanalytique sur le tabac, l'alcool et les drogues*. Paris : P.U.F.
- Leibovi, D., Ritchie, K., Ledesert, B., Touchon, J. (1999). The effects of wine and tobacco consumption on cognitive performance in the elderly : a longitudinal study of relative risk. *International Journal of Epidemiology*, 28, 77-81.
- Maheut-Bosser, A. (2007). Les conduites addictives chez les seniors. *Alcoologie & Addictologie*, 29,4, 456-462.
- Mauffret, M., Rousseau-Giral, A. C., Zaidman, C. (1999). La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Rapport d'évaluation. Conseil National de l'Évaluation, 462 p.
- Pearl, R. (1938). Tobacco smoking and longevity. *Science*, 87, 216-217.
- Pierucci-Lagha, A. (2003). Alcool et vieillissement. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Psychol NeuroPsychiatr Vieillesse*, 3, 197-205.
- Rapport collectif (2002). *Vieillesse en santé : tabagisme et renoncement au tabac chez les aînés*. Santé Canada : Canada, Ministère de Travaux Publics et Services Gouvernementaux.
- Recommandations de la commission d'audition (2007). Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. *Alcoologie & Addictologie*, 29, 4, 305-313.
- Reitz, C., Luchsinger, J., Tang, M.X., Maueux, R. (2005). Effect of smoking and time on cognitive function in the elderly without dementia. *Neurology*, 65, 870-875.
- Rudy, Jarrett. (2005). *The Freedom to Smoke. Tobacco Consumption and Identity*. Montreal : McGill-Queen's University Press, 232 p.
- Rouleau, A., Proulx, C., O'Connor, K., Bélanger, C., Dupuis, G. (2003). Usage des benzodiazépines chez les personnes âgées : état des connaissances. *Santé mentale au Québec*, XXVIII, 2, 149-164.
- Shadel, W.G., Mermelstein, R., Borrelli, B. (1996). Self-concept changes over cognitive behavioral treatment for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 21, 659-663.
- Schellinck, T., Schrans, T. Walsh, G., Grace, J. (2002). *Sondage 2002 auprès des personnes âgées. Prévalence de la consommation d'alcool, de drogues et du jeu chez les adultes âgés de 55 ans et plus au Nouveau-Brunswick*. Ministère de la Santé et du Bien-être du Nouveau-Brunswick. Halifax (Nouvelle-Écosse) : Focal Research Consultants Ltd.
- Tyas, S.L., White, L.R., Petrovitch, H., Webster Ross, G., Foley, D.J., Heimovitz, H.K., Launer, L.J. (2005). Mid-life smoking and late-life dementia: the Honolulu-Asia Aging Study. *Neurobiology of Aging*, 24, 589-596.
- Vetter, N.J. (1999). The impact of smoking in elderly people. *Review in Clinical Gerontology*, 9, 273-280.
- Vigne, C. (2003). Alcoolisme et addictions en gériatrie. *Revue de Gériatrie*, 28, 741-743.
- Wynder, E.L., Graham, E.A. (1950). Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma. *Journal of American Medical Association*, 143, 329-336.
- Wyckoff, Elizabeth. (1997). « Dry Drunk ». Exposition (20 sept. 1997 – 3 janv. 1998), The New York Public Library, Center for the Humanities. Pages consultées les 18 janvier et 25 octobre 2006 sur le site : <http://www.nypl.org/research/chss/spe/art/print/exhibits/drydrunk/intro.htm>.

Prévalence d'expérimentation et de consommations régulières de substances psychoactives selon l'âge (45-65 ans) en pourcentages (Beck et al., 2001)

Substances psychoactives	45-75 ans (hommes et femmes confondus)		60-75 ans (hommes et femmes)	
	Expérimentation	Consommations régulières	Consommations actuelles et régulières	
			hommes	femmes
Alcool	98	42,4	67,6	37
Tabac	80,5	18,9	18,4	9,2
Cannabis	8,4			
Médicaments psychotropes	24,7	14	19,8	33,3
Colles et solvants	0,6			
Cocaïne	0,4			
LSD	0,5			
Amphétamines	1,1			
Ecstasy	0,1			
Champignons hallucinogènes	0,3			
Héroïne	0,4			

Légende :

Exemple pour l'expérimentation : 98 % des 45-75 ans ont déjà bu de l'alcool au cours de leur vie.

Exemple pour les consommations régulières : 42,4% des 45-75 ans consomment régulièrement de l'alcool.

Les addictions du sujet âgé

Sous la direction de Lydia Fernandez

4^{ème} 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/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^{ème} et du 4^{ème} 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.