

d é p e n d a n c e s

Octobre 05 • no 26

1 **Editorial**

Corine Kibora

2 **Les abus de substances chez la personne âgée**

Enrico Cancela, Umberto Giardini

6 **Chronicisation des usagers de drogues et réduction des risques**

Christophe Mani

10 **Alcool chez la personne âgée**

Jean-Bernard Daepfen

14 **Soins à domicile et problèmes d'alcool chez les personnes âgées à Genève**

Odile Mollard

17 **Coralie au pays des taupes aveugles**

Olivier Tamarcaz

23 **L'histoire de Rémy**

24 **Consommation de tabac et d'alcool des personnes âgées en France**

Stéphanie Pin

29 **PS: La prévention des dépendances au niveau européen**

Gregor Burkhart

Vieillir et consommer...quelles réponses pour quels problèmes?

Revue éditée par

Institut suisse de prévention de
l'alcoolisme et autres toxicomanies

sfa / ispa



GREAT

Groupement romand d'études
sur l'alcoolisme et les toxicomanies

Editorial

Adresse des éditeurs

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, ISPA, Ruchonnet 14, case postale 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies, GREAT, Pêcheurs 8, case postale 638, 1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction

Rédacteurs:

Corine Kibora, ISPA
Jean-Félix Savary, GREAT

Comité de rédaction:

Pierre-Yves Aubert
éducateur, Genève
Michel Graf
directeur de l'ISPA, Lausanne
Étienne Maffli
psychologue, Lausanne
Jean-Dominique Michel
socio-anthropologue, Genève
Gérald Progin,
responsable Espace Prévention,
Aigle
Louis-Pierre Roy
enseignant EESP, Lausanne

Administration et abonnements

ISPA, case postale 870,
1001 Lausanne,
tél. 021 321 29 85,
fax 021 321 29 40

Parution

3 fois par an

Abonnement

Frs. 45.- par an

Les articles signés n'engagent que leur auteur

Les titres et sous-titres sont de la rédaction

La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction

Ligne graphique

Fabio Favini
Romanel-sur-Morges

Selon l'Office fédéral de la statistique, les Suisses vivent toujours plus vieux. L'espérance de vie à 65 ans des hommes est passée ces dix dernières années de 15,51 ans à 17,12 ans et celle des femmes de 19,72 ans à 20,88 ans (Le Temps, 29 septembre 2005).

Parmi ces personnes, on estime entre 6 et 10% la proportion de celles et ceux souffrant de dépendance à l'alcool, sans compter celle liée aux médicaments et aux autres drogues.

Que l'on se tourne du côté des professionnels du champ des dépendances ou de ceux gravitant autour de la personne âgée, le constat est le même: on est conscient du problème et de son ampleur croissante, mais on est démuné quant aux réponses à donner pour une prise en charge adéquate des personnes concernées. Les ponts entre les domaines de la gériatrie et de la dépendance font encore défaut. Pourtant, les textes qui forment ce numéro le montrent, il est tout à fait valable d'entreprendre une démarche de soin à un âge avancé. Le 17 novembre prochain, lors de la Journée de solidarité avec les personnes touchées par l'alcool, c'est le message que diffuseront les professionnels en sensibilisant le grand public à ce problème largement occulté, et cela pour différentes raisons: d'une part, la personne âgée est souvent en

marge, n'ayant plus de vie professionnelle et une vie sociale plus restreinte. Cette place discrète dans la société rend les problèmes de consommation moins visibles et en apparence moins problématiques. De plus, quand la personne âgée est dans une démarche de soins, il n'est pas toujours aisé d'établir des critères significatifs pour diagnostiquer une dépendance (chutes, dépression, etc. sont courantes à cet âge-là). D'autre part, les offres de traitement dans le domaine des dépendances sont souvent peu adaptées à des hommes et des femmes nécessitant souvent d'autres prises en charge... alors que dans les institutions pour personnes âgées, il nous a été répondu qu'il n'y avait pas de problème de consommation dans l'établissement.

S'attaquer à cette problématique donne l'impression de se retrouver face à un angle mort, comme un reflet de la difficulté de notre société à accepter notre finitude. Pourtant, sans notre condition de mortels, que serait la vie? Se pencher sur les problèmes de dépendance de nos aînés, c'est aussi l'occasion, parmi d'autres, de changer le regard souvent négatif porté sur la vieillesse, cette période charnière qui questionne notre rapport au temps, à la relation, à la vie et à la mort.

Corine Kibora

Enrico Cancela,
chef de clinique
adjoint, Service
d'abus de
substances,
Umberto Giardini,
médecin adjoint,
service de psy-
chiatry géria-
trique, Hôpitaux
Universitaires de
Genève

Difficulté du dépistage, manque de structures ou de soins appropriés, importance du tissu social sont les points saillants qui ressortent de cette revue de la littérature spécialisée consacrée aux abus d'alcool, de médicaments et de drogues chez la personne âgée. (réd.)

Woods et Winger 1995).

Pour les drogues (cocaïne, héroïne, méthadone...) la prévalence parmi les âgés (plus de 65 ans) reste très basse, avec moins de 0,1% de sujets répondant aux critères diagnostics de dépendance décrits dans le DSM-III, comparée à la prévalence de 3,5% parmi les 18-24 ans. L'abus de narcotiques est donc très rare parmi les âgés, et touche surtout de ceux qui ont consommé des opiacés dans leur jeunesse (Jinks et Raschko 1990). Malgré une mortalité élevée, on peut prédire que les années à venir verront augmenter chez l'âgé la prévalence de l'usage de drogues, en lien avec le vieillissement de la génération «baby boom».

Les abus de substances chez la personne âgée

Spécificités chez l'âgé

Pour l'alcool, deux groupes de population aux profils relativement différents ont été définis.

Le premier groupe, qui a développé une dépendance précoce (avant 50 ans), compte 70% des individus (Atkinson, Tolson & Turner 1990). Le contexte de la consommation s'apparente davantage à celui des jeunes toxicomanes. Le contexte familial d'abus de substances est plus fréquent, et leur consommation engendre des problèmes de santé précoces (vers 40 ans). Les co-morbidités psychiatriques sont plus élevées dans ce groupe, en particulier les désordres affectifs (dépression, trouble bipolaire) et les troubles de personnalité (Schonfeld et Dupree 1991; Atkinson 1984; Atkinson et al. 1985, 1990; Stall 1986).

Le deuxième groupe, qui représente 30% des individus, a développé une dépendance à début tardif, habituellement après 50 ans (Liberto et Oslin 1995). Dans ce groupe, des facteurs de stress tels que la perte d'un être cher, le divorce, une atteinte à la santé ou la retraite ont favorisé la problématique alcoolique (Hurt et al. 1988; Finlayson et al. 1988). Comparé au précédent, le groupe des consommateurs à début tardif apparaît en meilleure santé psychique et physique et présente, dans l'ensemble, un meilleur pronostic (Rigler 2000).

Il y a peu de temps encore, les sujets ayant trait à l'abus de substances (alcool, médicaments psychotropes, drogues) chez la personne âgée n'étaient que très rarement traités dans la littérature spécialisée. Les raisons d'un tel silence sont multiples: méconnaissance de la problématique, moindre recherche d'aide de la part du sujet âgé, difficulté à différencier les effets des substances d'autres symptômes tels que ceux rencontrés dans la démence ou la dépression. De ce fait, la majorité des sujets âgés ne bénéficie pas, encore aujourd'hui, d'une prise en soins spécifique et appropriée.

Epidémiologie

La prévalence globale de l'abus de substances va en augmentant, en lien direct avec le vieillissement de la génération «baby boom», et elle concerne 17% de la population générale âgée.

Pour l'alcool, la prévalence des abus et dépendance décline au-delà de 65 ans, pour diverses raisons: la population vieillissante actuelle présente une

consommation moindre que la génération précédente; la consommation d'alcool engendre une atteinte à la santé qui diminue l'espérance de vie; cette espérance de vie est à la base moins bonne pour les hommes, qui sont de plus gros consommateurs. La problématique alcoolique touche 3-9% de la population âgée; 10-50% des patients admis aux urgences avec problème médical lié à l'alcool ont plus de 60 ans; 20-30% des patients âgés hospitalisés en soins généraux présentent une problématique alcoolique; le risque d'alcoolisme chez l'âgé est 5 fois plus élevé chez l'homme que la femme, avec un accroissement de la morbidité et de la mortalité.

Pour les benzodiazépines, 20% des sujets âgés consomment un anxiolytique quotidiennement et environ 25-28% reconnaissent en avoir utilisé dans l'année écoulée, ce qui représente une prévalence bien supérieure à celle du sujet plus jeune. En 1991, les âgés ont reçu 27% de toutes les prescriptions d'anxiolytiques et 38% de toutes celles d'hypnotiques. De plus, l'âgé semble utiliser les benzodiazépines sur des périodes plus prolongées que le jeune (Sheahan et al. 1995;

Pour les **benzodiazépines**, une partie de la problématique est liée à leur mauvaise utilisation, de manière non intentionnelle chez le patient: par exemple prescription excessivement prolongée (au-delà de quatre mois) ou prise de traitements prescrits par plusieurs thérapeutes, ignorant les prescriptions faites par d'autres collègues. Les surdosages, interactions et effets addictifs peuvent être de ce fait potentialisés. En résumé, de nombreux sujets âgés reçoivent un traitement de benzodiazépines sans contrôle adéquat (*Gomberg 1992*).

La mauvaise utilisation évolue vers l'abus et la dépendance si la prise de médicament se fait hors cadre et suivi thérapeutique. Le suivi de sujets âgés, mis au bénéfice d'un traitement de benzodiazépines (anxiolytiques ou hypnotiques), montre une réapparition de 50-60% des symptômes ayant motivé la prise de traitement, dans l'année qui suit l'interruption de traitement; sur de plus longues périodes, la majorité des individus reprend son traitement antérieur, soit de manière continue, soit de façon intermittente (*Finlayson 1994*).

Complications liées à l'âge

Pour l'**alcool**, les recherches restent limitées, mais elles suggèrent une sensibilité accrue à cette substance avec l'âge. Une raison semble être une réduction de la quantité totale d'eau de l'organisme chez l'âgé, réduisant le phénomène de dilution de l'alcool ingéré. Ainsi, pour une capacité à métaboliser identique au jeune, le sujet âgé présente plus de risques d'intoxication (*Dufour & Fuller 1995*). L'âgé présente des signes de sevrage prolongés et plus intenses que chez le jeune (*Brower et al. 1994*).

Les complications somatiques sont nombreuses. Celles plus spécifiques à l'âge concernent les traumatismes et fractures qui augmentent avec la consommation d'alcool (*Bikle et al. 1993; Schnitzler et al. 1988*), et qui s'expliquent par les chutes dans le cadre des intoxications, combinées à la baisse de densité osseuse liée à la consommation (*Council on Scientific*

Affairs 1996). L'alcool peut être directement neurotoxique, et induire une démence alcoolique (détérioration des fonctions cognitives, chronique et progressive), une encéphalopathie de Wernicke (association d'ophtalmoparésie, d'ataxie et de troubles de l'état de conscience, due à une carence en vitamines B1), ou un syndrome de Korsakoff (syndrome amnésique global isolé avec désorientation temporo-spatiale, anosognosie et parfois éléments de confabulation). La résonance magnétique montre davantage d'atrophies cérébrales chez les âgés alcooliques comparativement aux sujets abstinents de même âge, et, pour un nombre identique d'années de consommation, le sujet âgé présente davantage de lésions que le sujet jeune (*Pfefferbaum et al. 1997*). Les lobes frontaux et cérébelleux sont particulièrement vulnérables à l'abus prolongé d'alcool (*Pfefferbaum et al. 1997*). Une stabilisation des déficits cognitifs est par contre observée chez les sujets présentant une démence alcoolique qui deviennent abstinents (*Oslin & Cary 2003*). En clair, l'abus d'alcool contribue de manière significative aux déficits cognitifs de l'âgé.

Pour les **benzodiazépines**, les complications sont directement liées aux effets de ces molécules: sédation résiduelle, baisse de la vigilance, troubles moteurs et des fonctions cognitives (attention, mémoire...), avec augmentation des chutes et des accidents. Les molécules à longue demi-vie ne sont pas conseillées, en raison du risque d'accumulation, surtout en cas de ralentissement du métabolisme. Les molécules de demi-vie courte semblent produire moins d'effets indésirables et addictifs dans leur usage chronique, mais présentent davantage d'effets paradoxaux et amnésiants. A noter que tous ces effets indésirables sont potentialisés par l'alcool ainsi que par certains autres médicaments.

Dépistage

Plusieurs éléments peuvent rendre plus difficile le dépistage d'un abus de substances: le sujet âgé est davantage isolé, il sollicite moins fréquemment les structures d'aide, il est moins confronté aux répercussions sociales de ses abus dans la vie active. Sa présentation clinique et les conséquences de ses abus sur la santé mentale ou physique (dépression, insomnie, malnutrition, chutes répétées) sont davantage attribués à d'autres étiologies. Cette mauvaise interprétation des troubles survient y compris lors des sevrages, où certains signes tels que tremblements, tachycardie, tachypnée, ou même délire et hallucinations sont attribués à d'autres causes. Par ailleurs, de nombreux moyens de dépistage (questionnaires), ou même certains critères diagnostics (DSM-IV) sont inadaptés pour le sujet âgé. Nombre d'instruments de dépistage ont été développés, dont certains spécifiques à l'âgé. Pour l'alcool, le plus facile d'utilisation reste le CAGE (*Ewing 1984*), qui consiste en quatre questions et qui a été validé pour l'âgé. Le MAST-G (*Blow et al. 1992*) est plus long, avec une sensibilité et une spécificité plus élevées.

Pour une capacité à métaboliser identique au jeune, le sujet âgé présente plus de risques d'intoxication et des signes de sevrage prolongés

Traitements

Peu d'études comparent l'efficacité des différentes approches thérapeutiques de l'addiction de l'âgé, mais elles semblent suggérer de meilleurs pronostics chez les âgés par rapport aux jeunes (*Oslin, Pettinati & Volpicelli 2002, Kashner et al. 1992*). Une thérapie adaptée à l'âge, comparée à un groupe réunissant des personnes de tout âge, améliore également le pronostic (*Kofoed et al. 1987, Blow et al. 2000*). L'intervention brève ou de moyenne durée apparaît de bon rapport coût/efficacité. Elle comprend des approches qui vont du

conseil et feedback à une forme plus structurée tel le training autogène (méthode d'entraînement dirigée par la personne elle-même, aboutissant à un état de relaxation et de détente, souvent considérée comme une méthode d'auto-hypnose).

Les recommandations suivantes servent de cadre au traitement de l'âge avec problème d'abus de substances:

- Envisager une thérapie groupale de soutien, adaptée à l'âge, non confrontante et qui vise à améliorer l'estime de soi
- Evaluer les comorbidités psychiatriques telles que dépression et troubles anxieux
- Etre attentifs aux facteurs de stress tels que retraite, isolement, pertes (décès du conjoint, maladie). Dans ce sens, travailler au maintien d'un tissu social autour du patient
- Mettre en place un cadre de soins adapté à l'âge (distance par rapport au logement, fréquence), à l'aide d'une équipe intéressée à travailler avec l'âge, et en réseau avec les différents services participant aux soins de l'âge

Pour l'alcool, Fleming et al. (*Fleming et al. 1999*) relèvent dans un essai randomisé qu'une intervention protocolée et adaptée chez l'âge amène une réduction de consommation d'alcool par rapport au groupe contrôle. L'âge qui débute un traitement spécifique semble le terminer plus fréquemment que le sujet jeune (*Linn 1978; Cartensen et al. 1985*).

Sur le plan pharmacologique, retenons que le **disulfiram** présente de nombreuses contre-indications somatiques. Le **naltrexone**, un opioïde antagoniste et agoniste partiel, s'est montré efficace dans la réduction des rechutes d'alcool chez le sujet jeune. Une étude pilote chez des hommes en dessous de 70 ans a montré de bonnes tolérance et réponse thérapeutique (*Oslin et al. 1997*). L'**acaprosale**, qui a démontré une réduction conséquente de consommation du sujet jeune (*Litten et al. 1996*), n'a pas encore été étudié chez l'âge.

Conclusion

Chez l'âge, la problématique d'abus de substances concerne essentiellement

l'alcool et les benzodiazépines (anxiolytiques/hypnotiques). Les autres drogues ne touchent qu'une frange minime de cette population, bien qu'en augmentation progressive.

Les soignants œuvrant auprès des personnes âgées devraient être davantage sensibilisés aux techniques brèves d'intervention, qui serviraient de traitement primaire ou à amener l'âge à un traitement plus structuré.

Dans le cas d'une prise en soins spécifique, le lieu de soins doit pouvoir être accessible, en tenant compte des limitations de mobilité de la population âgée. Peut-être doit-il s'intégrer dans les lieux de soins ambulatoires déjà existants, ce qui réduirait la stigmatisation. Ainsi, le dépistage ou les soins s'incluant dans les Centres de jour ou les homes pour personnes âgées semble être une alternative intéressante.

La liste des références peut être commandée à l'ISPA:

021 321 29 85

e-mail: dayer@sfa-ispa

Publicité

h e d s

Haute école de santé
Genève

HES

Formation continue dans le domaine de la santé

Cours postgrade prise en charge interdisciplinaire des plaies et cicatrisation

Formation destinée aux professionnel-le-s de la santé au bénéfice d'une formation de niveau HES ou ES qui sont intéressé-e-s à développer des compétences d'experts dans le domaine de la prise en charge interdisciplinaire de Plaies et Cicatrisation

La formation est construite autour des trois thématiques principales suivantes :

- A) Connaissances théoriques
6 crédits ECTS
- B) Pratiques de prise en charge interdisciplinaire
5 crédits ECTS
- C) Prévention, réseaux et recherche
2 crédits ECTS

Un travail de certification : 2 crédits ECTS

Renseignements
Unité des admissions

Haute Ecole de Santé
47, avenue de Champel
CH - 1206 Genève

Cours postgrade en santé mentale

Formation destinée aux professionnel-le-s de la santé et du social au bénéfice d'une formation de niveau HES ou ES qui sont intéressé-e-s à développer des compétences en santé mentale dans un contexte extra-hospitalier et dans une approche de santé ou d'action communautaire.

La formation est construite autour des trois thématiques principales suivantes :

- A) Apports théoriques sur la Santé mentale
5 crédits ECTS
- B) Pratique réflexive et réseaux ressources
5 crédits ECTS
- C) Veille, prévention et promotion
3 crédits ECTS

Un travail de certification : 2 crédits ECTS

T(+41) 22 346 74 68
F(+41) 22 346 21 41

www.hesge.ch
www.heds-ge.ch

Hes-**SO**
Haute école spécialisée
de Suisse occidentale

CARREFOUR PREVENTION®

J'  les non-fumeurs


CIPRET
PREVENTION TABAGISME
GENEVE



fegpa
prévention alcoolisme

association

Fourchette
verte

**MAÎTRISE
STRESS**

CENTRE DE PRÉVENTION
DES PROBLÈMES DE JEU EXCESSIF
**RIEN
NE VA
PLUS**

Association des diététiciens genevois
ADiGe

Carrefour Prévention

Rue Henri-Christiné 5
CP 567
CH-1211 GENEVE 4
carprev@iprolink.ch
www.prevention.ch

Heures d'ouverture de l'arcade

Lundi-jedi 9.00-17.00
Vendredi 9.00-13.00
Tél. 022 321 00 11 - Fax 022 329 11 27

ADiGe : Permanence tous les mercredis de 17 à 19h.

Chronicisation des usagers de drogues et travail de réduction des risques

Christophe Mani,
directeur de
Première ligne,
association
genevoise de
réduction des
risques liés aux
drogues,
Genève

En traitant la problématique de la chronicisation des usagers de drogues en lien avec le travail de réduction des risques, cet article soulève des questions de fond quant à l'approche de l'utilisateur de drogues dans notre société. (réd.)

Cela fait maintenant quatorze ans que le Groupe sida Genève a initié le Bus itinérant prévention sida – le BIPS – pour réduire les risques liés à la transmission du VIH/sida parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse. Des actions complémentaires ont été développées par la suite: le Bus Boulevards, le travail de rue, le Quai 9 – espace d'accueil et d'injection, jusqu'à la constitution de l'association Première ligne en septembre dernier. Cette association est chargée de poursuivre ces activités gérées par le Groupe sida Genève depuis 1991. En quatorze ans, plus de 3500 usagers de drogues différents ont été rencontrés au BIPS et 1500 ont fréquenté le Quai 9 depuis 2002.

Quelles thématiques aborder en s'interrogeant sur une éventuelle chronicisation favorisée par la réduction des risques? Quels seraient les éventuels facteurs et les indicateurs permettant de mesurer ce phénomène? Si cette chronicisation était constatée, serait-elle pour autant problématique?

Les termes chronicisation ou chronicité font appel à la notion de durée. On pourrait donc se demander si une utilisation durable des mesures de réduction des risques est dommageable.

On pourrait aussi s'interroger sur une éventuelle installation durable dans la consommation qui serait imputable à la réduction des risques. Celle-ci rendrait-elle cette consommation si confortable que les personnes pourraient avoir intérêt à s'y installer à long terme?

Pour tenter d'y répondre, l'idée est d'explorer la problématique en passant en revue quelques objectifs visés par la réduction des risques, en se basant sur la pratique des collaborateurs de notre association:

- Réduire les conséquences négatives liées à la consommation de drogues, notamment relatives aux maladies transmissibles et aux overdoses,
- Favoriser le relais vers les structures de soins et de soutien,
- Favoriser le maintien du lien social et limiter les situations d'exclusion.

Pour terminer, nous aborderons également la question de la chronicité du personnel et des institutions.

Réduire les conséquences négatives liées à la consommation de drogues

Lorsque nous avons débuté notre action, en 1991, de nombreux usagers de drogues étaient décédés du sida ou

porteurs du virus VIH et souvent condamnés à mourir dans un délai relativement bref, jusqu'au développement des premiers antiviraux et des trithérapies. L'histoire a démontré que les usagers de drogues ont su tirer parti de l'accès à la prévention et se sont montrés intéressés à rester en santé, ce dont d'aucuns doutaient observant surtout leur comportement autodestructeur. Le taux de partage de seringues a fortement diminué et par conséquent le risque d'infections aussi. En Suisse, les usagers de drogues représentaient près de 50% du total des nouvelles infections au VIH à la fin des années 80. Ils sont actuellement concernés par uniquement 10 à 20% du total de ces infections. A Genève, aucune nouvelle infection n'a été constatée en 2003 et en 2004. Le rapport avec la chronicité? Il n'y a aucun risque de se chroniciser si l'on meurt!

C'est un élément fondamental à prendre en considération: avec la lutte développée contre le sida, les hépatites, les infections diverses et les overdoses, les usagers de drogues ont augmenté leur espérance de vie. L'objectif est donc partiellement atteint et une adoption durable des mesures de réduction des risques est fondamentale pour limiter ces dommages.

A ce stade, la chronicité est donc une



Photo Interfoto

Les usagers de drogue ont augmenté leur espérance de vie

bonne nouvelle!

Les personnes fréquentent anonymement nos structures. Nous disposons toutefois de quelques statistiques et données provenant d'enquêtes auprès de la clientèle. Il est tout d'abord frappant de constater une augmentation importante de l'âge moyen de la population: de 25 à 27 ans en 1992 au BIPS, nous sommes passés à 33-34 ans en 2002, soit une augmentation d'environ 8 ans en une dizaine d'années. Quels enseignements peut-on en tirer? D'une part, ces chiffres semblent témoigner du vieillissement de la population des usagers de drogues par voie intraveineuse (certains ont plus de 50 ans et sont des "survivants" d'une génération décimée) et, d'autre part, ils semblent montrer que le nombre de jeunes personnes entrant dans la consommation par voie intraveineuse est relativement restreint. Ce constat est d'ailleurs confirmé par une diminution des nouveaux utilisateurs du BIPS et du Quai 9.

Les évaluations menées par l'Institut de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) nous montrent ensuite que l'on peut établir différentes typologies de fréquentation du Quai 9. En analysant les données d'après le pseudonyme et l'année de naissance, on constate qu'environ 25% des personnes ne sont venues qu'une seule fois en 2002. Au-delà du fait que le

Quai 9 n'a peut-être pas convenu à une partie de ces personnes, ce chiffre pourrait montrer une rechute momentanée, un bref passage par Genève, mais aussi le caractère épisodique, voire accidentel, de la consommation pour certains. On pourrait même se demander si le caractère par trop hygiéniste et aseptisé des injections dans une salle d'injection aurait pour effet d'en décourager certains de consommer, mais on ne dispose pas de données permettant de le démontrer. On voit aussi des personnes qui fréquentent très intensément nos structures, mais pour des périodes relativement courtes. A l'opposé, on constate que 25% des personnes ont procédé aux 75% des injections effectuées au Quai 9. Si chronicisation il devait y avoir, c'est certainement parmi ce dernier groupe, soit environ 150 à 200 personnes en 2002, que l'on pourrait la repérer.

Au-delà d'un phénomène de chronicité, c'est de résistance qu'il convient parfois de parler: résistance du corps, résistance psychique, force de vie, pour des personnes qui flirtent parfois avec la mort. Cette capacité de survie est souvent impressionnante chez certains individus dont l'existence ne semble tenir qu'à un fil. Il est frappant de voir que chaque personne conserve toujours l'espoir de cesser la consommation, de passer à autre cho-

se. De nombreux usagers nous disent que, sans la réduction des risques, ils seraient morts depuis longtemps. Leur capacité de rebondir nous interpelle souvent. Notre regard sur les personnes se doit donc de rester éminemment positif et empreint de dignité! La réduction des risques donne aux gens le temps de faire leur chemin. Le maintien du lien, de la communication est peut-être un facteur permettant de limiter une désocialisation qui, sinon, peut s'avérer très rapide.

Dans les équipes, ces situations font évidemment débat, et ce malgré les résultats positifs énoncés précédemment. Même si l'objectif principal est que les personnes se préservent à défaut de s'en sortir immédiatement, chaque collaborateur est amené à s'interroger sur la pertinence de nos interventions: la réduction des risques ne leur donne-t-elle pas bonne conscience... pour poursuivre leur consommation? En n'entravant pas plus manifestement cette consommation, ne favorise-t-on pas une chronicité? Est-ce bien d'entretenir des personnes dans cette situation?

Ces questions nous confrontent à nos ambivalences comme au fait que l'accompagnement n'est pas la toute puissance!

Favoriser le relais vers les structures de soins et de soutien

Il n'est plus à démontrer que l'accès aux soins et aux traitements a été largement facilité durant les années nonante. Au démarrage du BIPS, il n'était pas rare d'attendre plusieurs mois pour obtenir un traitement de méthadone; et on ne parle même pas du résidentiel. On estimait alors entre cinq et sept ans le temps nécessaire pour passer d'une première consommation à une première demande de soins. On sait aujourd'hui qu'après un à deux ans de consommation, la plupart des usagers de drogues ont pu formuler une demande d'aide auprès d'une structure spécialisée. C'est ce qui a permis d'affirmer que près de 90% des usagers dépendants sont maintenant en contact avec le dispositif de soins, alors qu'ils n'étaient

qu'environ 50% au début des années 90. Les offres de réduction des risques ont indéniablement permis d'aller vers les personnes, d'établir le contact et de favoriser le lien ou la reprise de contact avec les lieux de traitement. L'étude qualitative menée par l'IUMSP au Quai 9 a tenté de voir, au moyen d'une quinzaine d'entretiens, l'éventuelle influence d'un lieu d'injection sur la fréquence et la quantité de produits consommés. La moitié des répondants ont affirmé que le Quai 9 n'avait aucune influence. Aux deux pôles, le même nombre de personnes estime que la fréquentation du Quai 9 peut les amener à augmenter leur consommation ou au contraire peut avoir une influence positive dans la gestion ou la diminution de leur consommation.

Ces éléments ont tendance à montrer que les personnes ne sont pas chronicisées par essence dans les structures de réduction des risques. Nous ne pouvons toutefois pas exclure l'hypothèse que, pour certaines personnes, de tels lieux peuvent faciliter un maintien dans une dynamique de consommation.

Sachant que la plupart sont suivies dans le dispositif de soins, comment se fait-il que des personnes utilisent encore les structures de réduction des risques (environ deux tiers des personnes fréquentant le Quai 9 sont en traitement de substitution)?

L'histoire récente a montré qu'il ne suffisait pas toujours d'entrer en traitement pour arrêter définitivement de consommer. Outre le fait que la cocaïne est venue quelque peu brouiller les cartes, la démarche est faite d'ambivalences et de rechutes. Les structures de réduction des risques répondent alors à trois objectifs spécifiques: éviter que les personnes prennent des risques lors d'une rechute ou d'une phase de consommation, offrir un espace d'accueil facilement accessible tout en leur permettant de se confronter à la signification de leur rechute et retisser au plus vite le lien qui permettra de reprendre contact

avec une institution (pour autant que celui-ci ait été rompu).

Néanmoins, on peut difficilement faire l'économie de s'interroger sur cette situation d'utilisation conjointe des structures dites de bas et de moyen ou de haut seuil d'exigence. Les structures de réduction des risques ne sont-elles pas suffisamment stimulantes pour aider les personnes à quitter le milieu de la drogue? La coordination entre les différents niveaux devrait-elle être améliorée? Certaines personnes seraient-elles en traitement davantage par souci de confort que par volonté de quitter la dépendance? Les traitements proposés ne seraient-ils pas suffisamment efficaces? L'abondance de l'offre ne contribue-t-elle pas à une certaine chronicisation? Use-t-on et abuse-t-on du réseau de soins au point d'en devenir dépendant? Les personnes semblent souvent spectatrices. Comment les aider à être davantage actrices de leur propre vie, de leur rapport à l'institution? Les questions restent ouvertes.

En élargissant le champ de réflexion, cela nous ramène à une autre question. Une installation durable dans l'usage de drogues est-elle problématique? Et si oui, aux yeux de qui? En tant qu'intervenant social ou sanitaire, est-ce acceptable d'être confronté à une personne qui a construit tant bien que mal sa vie autour de et avec la toxicomanie ou qui n'a durablement pas réussi à faire d'autre choix que de vivre avec cette problématique? Au risque, pour les intervenants en toxicomanie, d'exercer une activité qui tient parfois du soin palliatif, soit de la force d'un accompagnement à la vie dans le long terme, en acceptant la réalité de la situation et en favorisant la meilleure qualité de vie possible.

Une installation durable dans la dépendance est peut-être bien la meilleure manière possible que la personne a trouvée pour (bien) vivre. Si c'était le cas, qu'est-ce qui nous autoriserait à affirmer qu'une chronicité est problématique?

Favoriser le maintien du lien social et limiter les situations d'exclusion

En portant notre regard sur les aspects de lien social et d'exclusion, on peut trouver certaines explications à une chronicisation des usagers de drogues. Chronicisation dans les structures de soin ou dans une identité de toxicomane?

Cette identité colle souvent à la peau des personnes consommant des drogues, et sur un long terme. Identité qui se construit au cours des années de déboires qui mènent à certaines formes d'exclusion et d'auto-exclusion. Y a-t-il une personne derrière le toxicomane? La manière dont on en parle, par exemple dans les médias, pourrait parfois en faire douter. Toutefois, comme le disait un collègue genevois, "mieux vaut avoir une identité de toxicomane que pas d'identité sociale du tout". Ne trouve-t-on pas là une éventuelle explication à ce phénomène d'installation dans une toxicomanie et une fréquentation institutionnelle au long cours? Dans nos structures d'accueil, des usagers nous disent souvent que ce qu'ils y apprécient c'est d'être considérés comme une personne à part entière et d'être acceptés tels quels, sans devoir montrer autre chose que ce qu'ils sont! L'institution devient ainsi un des seuls ou le seul lieu dans lequel les personnes peuvent exercer un certain lien social, aussi restreint soit-il.

Plus la durée de la toxicodépendance est importante et plus le lien social a été rompu, plus la situation semble difficile. Le système social d'assistance (l'aide sociale, le réseau, l'assurance invalidité) apporte un certain confort, même dans une précarité relative. Avec un curriculum vitae à trous, face à la difficulté de se remettre au travail, de trouver un logement ou de régler des dettes parfois impressionnantes, il faut un courage certain pour sortir de cette identité. Le contexte social et économique actuel n'est pas facile et ne donne pas toujours envie de se battre pour changer.

Malgré l'ennui et le désœuvrement auxquels ils sont confrontés quotidiennement, que vont gagner certains usagers de drogues à sortir de cette situation? Voilà une question que nous entendons souvent.

Ces éléments tendraient à montrer que la chronicisation n'est pas qu'une affaire de lien entre un patient et son institution. Ce n'est pas seulement l'éventuel manque d'efficacité des thérapeutes qui est en jeu. Le problème est bien plus large et touche clairement la manière dont notre société est prête à accepter les personnes dépendantes de substances psychoactives, fussent-elles illégales.

Chronicité du personnel et chronicité des institutions?

La question de la chronicité du personnel fait écho à celle des usagers de drogues. Comment garder une vision novatrice et un regard quotidiennement renouvelé face à des personnes qui, connues depuis plus de dix ans dans nos structures, peuvent présenter une apparence plutôt immobile? Cette situation demande de développer un état d'esprit, personnel et d'équipe, favorisant un renouvellement constant afin de porter un regard positif sur les personnes rencontrées.

Une question qui se pose dans la réduction des risques est donc la durabilité du personnel. Dans la durée, n'a-t-on pas tendance à vouloir que les personnes évoluent avec nous, à hausser notre seuil d'exigence? Le risque est réel de développer une frustration diffuse au cours du temps. Cela est peut-être une des explications aux départs que nous connaissons régulièrement dans nos équipes de travail. C'est pour ces raisons que nous reve-

nons toujours au sens de nos actions, à nos objectifs, pour éviter de dérapier vers une tentation d'augmentation de notre seuil d'exigence. Le regard porté par le personnel peut, à notre sens, être un facteur favorisant la chronicité. Bien que cela soit très difficile au quotidien, un de nos postulats de travail est de tenter de garder constamment un regard neuf par rapport à la personne qui fréquente nos structures, jour après jour, comme si elle était accueillie pour la première fois.

Au niveau institutionnel, la question qui pourrait se poser est la suivante: comment transformer les usagers de drogues chronicisés en personnes ressources en s'appuyant sur leur expérience? Trouverait-on ici un facteur de "déchronicisation"?

Conclusion

Nous ne pensons pas avoir trouvé de réponses définitives à la question de départ, à savoir l'influence de la réduction des risques sur la chronicisation des usagers de drogues. Par contre, nous nous sommes trouvés confrontés à de nombreuses questions qui mériteraient chacune un traitement plus approfondi.

Nous sommes toutefois tentés de dire que la réduction des risques favorise la vie, qui est elle-même une maladie chronique, dont on meurt un jour. La chronicité n'est donc pas par définition un problème. Elle offre des points de repère à des personnes qui ont parfois de la peine à en trouver ou qui n'en n'ont pas trouvé d'autres que vivre avec la drogue et un suivi en institution.

Par contre, la chronicisation peut devenir un problème, particulièrement si le réseau institutionnel favorise une

forme d'enfermement dans la problématique, s'il favorise le fait que la personne ne soit plus actrice de sa propre vie et d'un cheminement empreint de dignité. Il est donc nécessaire de se reposer la question du fonctionnement institutionnel et du réseau, honnêtement et régulièrement.

En gardant à l'esprit que ces efforts peuvent être vains si un véritable travail de fond n'est pas mené pour remettre en question l'identité et l'image du toxicomane dans notre société!

Bibliographie

Malatesta Dominique, Joye Dominique, Toxicomanie et prévention du sida en milieu urbain, Enquête auprès des usagers d'un service de prévention itinérant à Genève, Rapport de recherche 110, IREC-DA/EPFL Lausanne, 1993

Malatesta Dominique, Kübler Daniel, Joye Dominique, Voyage à travers la ville: Le BIPS, prévention du sida en milieu urbain, l'exemple genevois, Rapport de Recherche 122, IREC-DA/EPFL, Lausanne, 1994

Hausser Dominique, Politique genevoise en matière de drogue, les cahiers de l'action sociale et de la santé No 14, mai 2001, Genève
Benninghoff Fabienne, Solai Sandra, Huissoud Thérèse, Dubois Arber Françoise, Evaluation de Quai 9 "espace d'accueil et d'injection" à Genève, période 12/2001 - 12/2002, IUMSP, Lausanne, Avril 2003

Solai Sandra, Benninghoff Fabienne, Meystre-Agostoni Giovanna, Jeannin André, Dubois Arber Françoise, Evaluation de l'espace d'accueil et d'injection "Quai 9" à Genève, deuxième phase :2003, IUMSP, Raisons de santé 102, Lausanne, mars 2004

Dr. Véronique Schiffer, Pr Bernard Hirschel, Infections récentes par le VIH: une comparaison entre Genève et Lausanne, Hôpitaux universitaires de Genève, Novembre 2004

Groupe sida Genève, Rapports d'activité annuels

Alcool chez la personne âgée

Jean-Bernard
Daepfen,
médecin-chef
du Centre de
traitement en
alcoologie,
Lausanne

Les personnes âgées constituent dans la population suisse le groupe dont la croissance est la plus rapide. Au cours du dernier siècle, la proportion des plus de 65 ans a passé de 10% à 16% dans notre pays (Office fédéral de la statistique, 2005). Cet article présente des données de consommation et de fréquence des problèmes d'alcool chez les personnes âgées. Il souligne certains aspects de vulnérabilité en relation avec la consommation d'alcool durant l'âge avancé, et résume finalement les connaissances relatives aux besoins spécifiques des personnes âgées en terme de traitement de l'alcoolodépendance.

diennement (Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, 2005). Dans cette tranche d'âge, on trouve une proportion de 24% de consommateurs d'alcool à risque (plus de 2 verres par jour en moyenne ou 5 verres ou plus par occasion pour les hommes, 4 verres ou plus par occasion pour les femmes, 2 fois par mois ou plus), des individus dont la consommation d'alcool entraîne un risque accru de problèmes de santé (Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, 2005).

En contraste avec les études menées dans la population générale qui indiquent que le volume d'alcool total consommé annuellement par la population des 65 ans et plus a été relativement stable au cours des vingt dernières années, celles conduites en milieu hospitalier ou au cabinet médical montrent une augmentation de la prévalence de l'alcoolodépendance dans les populations âgées. On trouve approximativement 10% de patients avec alcoolodépendance dans les services de soins généraux, à peu près 15% dans les services d'urgence et 20% en milieu psychiatrique (Adam et coll., 1993). Ce résultat devrait faire des problèmes d'alcool une préoccupation importante des soignants face aux personnes âgées hospitalisées. En effet, dans cette classe d'âge, les hospitalisations liées à des problèmes de santé relatifs à l'alcool sont aussi fréquentes que pour une pathologie aussi répandue que l'infarctus (Adam et coll., 1993). Malgré cela, les problèmes d'alcool sont insuffisamment recherchés et particulièrement peu souvent reconnus, les équipes médicales mettant moins facilement en évidence les problèmes d'alcool chez les personnes âgées que chez les patients plus jeunes. Il est vrai que l'identification des problèmes d'alcool chez les personnes âgées pose un cer-

De nombreuses études épidémiologiques montrent que le volume total d'alcool consommé diminue avec l'âge. Autrement dit, les personnes de 65 ans et plus consomment moins d'alcool et ont moins de conséquences néfastes de cette consommation que les plus jeunes. Si on observe une tendance générale allant dans le sens d'une baisse de la consommation avec l'âge, certaines études indiquent aussi que, pour un individu donné, le mode de consommation est relativement stable au cours de la vie, au 3e âge compris. Ce paradoxe apparent pourrait s'expliquer

par le fait que l'alcool étant à l'origine de nombreux décès prématurés, la population des 65 ans et plus est sélectionnée parmi ceux qui ne sont pas décédés plus tôt en relation avec un abus d'alcool. Il faut aussi noter que même si la tendance générale tend vers une diminution du volume d'alcool consommé avec l'âge, certaines personnes boivent plus d'alcool lorsqu'elles atteignent l'âge de la retraite, ce qui peut les mener à des dépendances d'installation tardive (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1998).

En Suisse, parmi les 65 ans et plus, 86% des hommes et 65% des femmes consomment de l'alcool, 44% des hommes et 18% des femmes quoti-

tain nombre de problèmes (Beulens et coll., 2004). Parmi ceux-ci, on peut mentionner le fait que les questionnaires de dépistage sont parfois inadaptés pour les 65 ans et plus qui ne présentent pas toujours les problèmes socioprofessionnels généralement pris en compte pour diagnostiquer un problème d'alcool chez un plus jeune. De plus, les conséquences de l'alcoolodépendance telles que dépression, insomnie, dénutrition et chutes sont peu spécifiques au 3ème âge et par conséquent peu contributives pour poser ce diagnostic.

Effets combinés de l'alcool et du vieillissement

L'interaction de l'alcool et du vieillissement est complexe, multiple, touchant de nombreux organes et systèmes. En voici quelques exemples fréquents:

- Le risque de fracture de hanche chez la personne âgée augmente avec le niveau de consommation d'alcool (Bikle et coll., 1993). Cette association s'explique par une augmentation des chutes sous l'effet de l'alcool chez des individus souffrant d'une déminéralisation osseuse favorisée par un excès chronique d'alcool. Ces chutes sont également favorisées par d'autres facteurs dépendants ou non de l'alcool tels que des troubles visuels et des troubles de l'équilibre.
- Certaines études montrent qu'une consommation d'alcool modérée, jusqu'à 2 verres par jour pour les hommes, 1 verre par jour pour les femmes, est protectrice sur le plan cardiovasculaire, cette protection s'appliquant également aux individus de 65 ans et plus. Malgré ce facteur protecteur, les risques associés à une consommation de 2 verres par jour ou plus incitent à recommander aux personnes âgées des deux sexes de ne pas dépasser une consommation d'un verre par jour (Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, 2005).
- Le risque d'accident de la circulation

s'élève à partir de l'âge de 55 ans, excédant celui des jeunes conducteurs à partir de l'âge de 80 ans. Le nombre de personnes âgées qui conduisent un véhicule ne cesse de croître, les 65 ans et plus étant particulièrement vulnérables, en raison notamment de l'interaction de l'alcool avec de nombreux médicaments résultant en une accentuation de l'effet sédatif de l'alcool.

- L'usage chronique et abusif d'alcool active le système qui dégrade dans le foie des substances toxiques, notamment certains médicaments. L'interaction de l'alcool avec les médicaments pris quotidiennement par la plupart des personnes âgées peut provoquer une diminution de l'efficacité de ces médicaments.
- Une importante association existe entre dépression et alcoolisme. Cette association est particulièrement marquée chez les personnes âgées qui présentent des taux élevés de dépression. Les données montrent que, parmi les personnes de plus de 65 ans, les alcooliques ont trois fois plus de risques d'avoir une dépression que ceux qui ne souffrent pas de dépendance à l'alcool (approximativement à 30% des alcoolodépendants de 65 ans et plus).

Le vieillissement augmente-t-il la sensibilité à l'alcool?

La sensibilité à l'alcool semble augmenter avec l'âge. Une des raisons évoquées est la diminution de la masse maigre dans laquelle l'alcool est dilué (compartiments sanguin et intracellulaire) au profit de la masse grasseuse. Ainsi, l'alcool se dilue dans un volume moindre chez les personnes âgées que chez les plus jeunes, générant des alcoolémies plus élevées à quantité d'alcool égale et à poids égal. Ce phénomène s'ajoute au fait que le vieillissement est associé à une diminution de la tolérance à l'alcool, des alcoolémies moins élevées générant une sensation d'ébriété. En outre, l'alcool accélère les phénomènes de sénescence cérébrale. En résonance magnétique, on observe un vieillissement

cérébral prématuré chez les alcoolodépendants caractérisé par une atrophie du cortex cérébral (diminution de la substance grise) associée à une perte des fonctions cognitives, de la mémoire récente en particulier.

Traitement de l'alcoolodépendance chez les personnes âgées

Si 16% de la population suisse a 65 ans et plus, cette tranche d'âge ne représente que 2,6% des hommes et 4,5% des femmes qui entreprennent une prise en charge spécialisée ambulatoire pour le traitement d'un problème d'alcool (Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, 2004).

Ce constat paraît regrettable puisque les études montrent que les personnes âgées présentant des problèmes d'alcool bénéficient autant que les plus jeunes d'un traitement spécialisé (Sattar et coll. 2003). Les résultats semblent même plus favorables pour les personnes ayant des problèmes d'alcool survenus tardivement. De plus, certains travaux suggèrent que les résultats thérapeutiques peuvent être améliorés en traitant les personnes âgées séparément des autres parce qu'elles présentent certaines spécificités: une sévérité de dépendance à l'alcool moindre, des troubles psychiatriques associés moins fréquents mais des atteintes somatiques plus sévères. Alors qu'elles présentent des taux d'abstinence comparables aux plus jeunes au cours du mois qui suit un traitement résidentiel, les personnes âgées s'engagent moins dans des soins ambulatoires que les plus jeunes (Oslin et coll. 2005). Ce résultat suggère que l'offre thérapeutique ambulatoire devrait être adaptée aux besoins spécifiques des personnes âgées, tenant compte par exemple de leur mobilité réduite et de leur état de santé. L'usage de médicaments promoteurs de l'abstinence suggère que les médicaments addictolytiques disponibles aujourd'hui, naltrexone (Nemexin®) et acamprosate (Campral®) sont également efficaces chez les 65 ans et plus. De plus le disulfiram (Antabus®) serait plus efficace chez les

personnes âgées socialement stabilisées que chez les patients plus jeunes (Blanc, 2005).

Conclusion

Les problèmes d'alcool sont plus fréquents qu'on ne le croit chez les personnes âgées, et plus difficiles à mettre en évidence. Pour les patients hospitalisés, ces problèmes devraient être recherchés et un traitement spécialisé envisagé, les résultats thérapeutiques étant aussi bénéfiques que pour les patients plus jeunes. Pour le Canton de Vaud, le constat de l'absence de programme répondant spécifiquement aux besoins des 65 ans et plus, en particulier en terme de suivi ambulatoire ou de groupes d'entraide, pourrait conduire à une réflexion au-

tour des prestations manquantes et qui restent à développer.

Références principales

Adams WL, Yuan Z, Barboriak JJ et al. Alcohol-related hospitalizations of elderly people. *JAMA* 270:1222-25, 1993

Blanc M, Daepfen JB. L'Antabus a-t-il encore sa place dans le traitement de la dépendance à l'alcool? *Revue Médicale Suisse* 1:1728-33, 2005

Beulens J, Aertgeerts B. Screening for alcohol abuse and dependence in older people using DSM criteria: a review. *Aging & Mental Health* 8:76-82, 2004

Bickle DD, Stesin A, Halloran B et al. Alcohol-induced bone disease: Relationship to age parathyroid hormone levels. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research* 17:690-95, 1993

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/t>

[hemen/bevoelkerung.html](http://www.sfa-ispa.ch/index.php?IDtheme=95&IDarticle=948&IDcat40visible=1&langue=F) Office fédéral de la statistique, 2005

<http://www.sfa-ispa.ch/index.php?IDtheme=95&IDarticle=948&IDcat40visible=1&langue=F>

Chiffres et données, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, 2005

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Alert No. 40: Alcohol and Aging. Bethesda, MD: the Institute, 1998

Oslin DW, Slaymaker VJ, Blow FC et coll. Treatment outcome for alcohol dependence among middle-aged and older adults. *Addictive Behaviours* 30:1431-36, 2005

Rapin CH et al., ss la dir. de Guilbert JJ, Stratégies pour une vieillesse réussie, pp. 66-75, 2004

Sattar SP, Petty F, Burke WJ. Diagnosis and treatment of alcohol dependence in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine* 19:743-61, 2003

Publicité



Cette brochure a été éditée en collaboration avec le GREAT, la Croix-Bleue, le Fachverband Sucht et Ingrado avec le soutien financier de l'OFSP. Commandes dès le 17 nov : 021 321 29 35, librairie@sfa-ispa.ch, www.sfa-ispa.ch



Festival de film "Filmar en America Latina"

Cycle Dépendances: Drogues - alcool

En collaboration avec le Cinéma des trois mondes



Le GREAT organise, avec l'association du Cinéma des trois mondes, un cycle de films sur les addictions, avec des projections prévues à Genève, Lausanne, La Chaux-de-Fonds, Delémont, Bienne, Fribourg et Sion. Ce cycle propose d'investiguer la réalité des produits psychotropes, de leur consommation et de leur production sous l'angle des pays d'Amérique latine.

En présentant des films sur ces questions, nous voulons provoquer une réflexion plus large. Ces films et documentaires permettent de sortir de notre cadre national et d'aborder le sujet dans toutes ses dimensions. Nous regardons en effet souvent par le prisme étroit de notre pays, la Suisse, alors que les implica-

tions économiques, sociales et politiques le dépassent de loin.

Dans chacun des lieux de projection, des institutions actives dans le domaine seront présentes pour assurer un accompagnement et amorcer une discussion avec le public.

Programme complet et descriptif des films sur le site internet du GREAT : <http://www.great-aria.ch>

PROGRAMME DES FILMS



GENEVE

10.11.2005, ALHAMBRA

17h00 Maria, Ilena eres de gracia
19h00 **Débat** Great-FGC avec des spécialistes d'Amérique latine de Genève, *Réduire les risques liés à la drogue*
20h00 El Rey
22h00 El Cielito

11.11.2005, CINE-VERSOIX

20h15 Maria, Ilena eres de gracia

12.11.2005, FONCTION: CINEMA

15h45 La Hoja Sagrada
La Ley del monte

18h00 **Débat**: *Impact socio-politique du trafic de produits illégaux dans les pays*, par la FCG et le Great. Avec des experts de l'IUED.

13.11.2005, ALHAMBRA

15h45 Maria, Ilena eres de gracia
17h45 Face addict



CHAUX-DE-FONDS

23.11.2005, ABC

20h45 El Cielito

24.11.2005, ABC

20h45 Maria, Ilena eres de gracia

25.11.2005, ABC

20h45 Face Addict

26.11.2005, ABC

20h45 El Rey

27.11.2005, ABC

18h45 La Hoja Sagrada
La Ley del Monte

20h45 Face addict



DELEMONT

26.11.2005, LA GRANGE

16h30 Maria, Ilena eres de gracia

27.11.2005, LA GRANGE

14h30 La Hoja Sagrada
La Ley del Monte



LAUSANNE

18.11.2005, BELLEVAUX

18h15 La Hoja Sagrada
La Ley del Monte
21h00 El Cielito

19.11.2005, BELLEVAUX

18h15 La Hoja Sagrada
La Ley del Monte

21h00 Face addict, avant-première. **Débat** animé par le Great

24.11.2005, CITY-CLUB PULLY

19h00 Maria, Ilena eres de gracia
21h00 El Rey

29.11.2005, CITY-CLUB PULLY

19h00 El Cielito



BIENNE

20.11.2005, FILMPODIUM

17h00 La Hoja Sagrada
La Ley del Monte. Débat organisé par le Great

20h30 Maria, Ilena eres de gracia

28.11.2005, FILMPODIUM

20h30 El Cielito



FRIBOURG

20.11.2005, REX

11h00 Face Addict

27.11.2005, REX

11h00 Maria, Ilena eres de gracia



SION

02.12.2005

15h00 Maria, Ilena eres de gracia
18h00 El Rey

03.12.2005

20h00 La Hoja Sagrada
La Ley del Monte

Odile Mollard,
infirmière au
Centre d'action
sociale et de
santé, CASS de
Meyrin, Genève

Les soignants à domicile, en partageant une partie du quotidien des personnes âgées dont ils s'occupent, se retrouvent encore trop souvent démunis lorsqu'ils sont face à un problème d'alcool. Etat des lieux et perspectives. (réd).

Soins à domicile et problèmes d'alcool chez les personnes âgées à Genève

Depuis fort longtemps, la population genevoise porte un intérêt à l'aide et l'accompagnement à domicile de personnes en difficulté sociale ou sanitaire. L'Hospice Général (HG) et la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD) collaborent depuis 2001 au sein de 22 Centres d'action sociale et de santé (CASS) répartis géographiquement dans tout le canton. Chaque CASS, placé sous la responsabilité d'un administrateur, est composé d'une unité d'aide et de soins (une ou plusieurs équipes), d'une unité d'action sociale individuelle et d'une unité d'accueil.

Clientèle

L'aide à domicile s'adresse à des personnes dont l'état de santé physique ou mentale nécessite des soins, du soutien ou de l'aide temporairement

ou durablement. Le but de cette aide est de favoriser le maintien à domicile des clients dans des conditions qui correspondent à leurs besoins.

Les prestations proposées se situent dans plusieurs domaines: soins infirmiers, soins d'hygiène corporelle, tâches ménagères, ergothérapie, livraisons de repas, mise en place d'appareils de sécurité, ainsi que logement dans des appartements avec encadrement social de proximité. Ces prestations sont offertes à tout type de clientèle, de tout âge. Les 73% de la clientèle ont

atteint l'âge de la retraite.

Nous observons, au niveau infirmier, qu'une partie non négligeable de notre clientèle du troisième âge souffre de dépendance à l'alcool. Pour un certain nombre de ces clients, les diagnostics infirmier et médical sont clairement posés. Pour d'autres, par contre, aucun diagnostic n'est posé, même si les professionnels de la santé (aides à domicile, aides familiales, livreurs de repas, gérantes sociales) observent qu'ils consomment abusivement de l'alcool.



Photo Interfoto

Problèmes d'alcool

Les soins à domicile donnent aux professionnels de la santé le privilège d'être en lien direct avec le client et son environnement. Les observations de son milieu de vie, de ses habitudes, ainsi que le recueil de données concernant son histoire de vie, sont des éléments importants d'informations.

Si un problème lié à la consommation d'alcool peut exister avant l'âge de la retraite et se poursuivre, on peut également observer qu'il peut se développer après. De nombreux facteurs de risques liés à cette période de la vie peuvent favoriser l'accentuation d'un tel problème. A titre exemplaire seront mentionnés la perte du conjoint ou l'arrêt d'une activité professionnelle, qui peuvent entraîner une diminution des liens sociaux pouvant aller jusqu'à l'isolement; pour combler cette solitude, le petit verre d'apéritif de week-end devient quotidien, habituel, et la dépendance peut s'installer à l'insu du consommateur.

En tant que professionnel se rendant à domicile, il est fréquent de constater des signes de dépendance à l'alcool chez les clients. Mais c'est seulement après plusieurs visites, et une fois une relation de confiance installée entre le client et le soignant, que le problème de la consommation d'alcool pourra être abordé. Ceci se fera dans le respect et avec délicatesse, par des paroles exemptes de jugement ou d'accusation.

La demande de soins émanant de clients ayant une dépendance à l'alcool n'est pour le plus souvent pas en lien direct avec la problématique de l'alcool, cette clientèle présentant des souffrances nombreuses et variées. Le diagnostic médical ainsi que nos premières interventions sont basés d'abord sur ces autres problèmes (troubles de la mémoire, chute, douleurs, etc.), car il n'est pas aisé pour la personne en souffrance de reconnaître sa dépendance à l'alcool.

Exemple:

Monsieur Pierre est âgé de 75 ans. D'origine italienne, il vit en Suisse de-

puis cinquante ans. Sa consommation d'alcool, principalement de vin rouge, remonte à plusieurs années. C'est seulement après lui avoir prodigué des soins pendant plusieurs mois que j'ai pu parler de son problème lié à sa consommation d'alcool, en faisant le lien entre certaines de ses douleurs et son abus d'alcool. Il a banalisé et a estimé que le vin qu'il buvait n'était pas un problème (malgré une consommation de trois bouteilles par jour).

Monsieur Pierre est hospitalisé deux à trois fois par an pour chute à domicile ou sur la voie publique. A chaque sortie de l'hôpital, il promet de diminuer sa consommation d'alcool. Depuis cinq ans, nous sommes toujours dans le même scénario. Une prise en charge de ce problème n'a jamais vraiment été entreprise.

Dans certaines situations, même si l'isolement social est une cause reconnue de l'alcoolisme, l'augmentation de la fréquence des passages des soignants et/ou de bénévoles ne change rien. Au contraire, ces clients peuvent se sentir envahis, leur angoisse redouble et ils l'apaisent avec la consommation d'alcool. L'alcool est devenu la compagnie avec laquelle ils se sentent bien mais qui les a rendus également dépendants.

Si nous ne pouvons pas avoir d'action sur la consommation d'alcool de nos clients, nous essayons au moins d'être attentifs à ce qu'ils consomment «en sécurité».

Exemple:

Madame Charlotte, d'origine suisse, est âgée de 63 ans. Elle a occupé un poste important dans un banque. Elle vit seule et son état de santé ne lui permet plus de sortir de son appartement. Auparavant, elle ne sortait que pour faire ses courses et achetait principalement de l'alcool. Maintenant, elle se fait livrer par une société privée des cartons de bouteilles de bière et de vin rouge. Elle ne cache plus ses bouteilles d'alcool et nous demande de les lui mettre près de son lit. Son médecin traitant connaît bien la dépendance à l'alcool de sa pa-

tiante, qui est capable de discerner et refuse de se faire soigner. Lorsque nous essayons de la rendre attentive à sa consommation abusive d'alcool, elle répond qu'elle est chez elle, et qu'elle est libre de faire ce qu'elle veut.

Cette situation est difficile car nous assistons démunis à son alcoolisme. Nous ne pouvons malheureusement qu'essayer de limiter ses chutes en lui mettant ses «cannettes» à sa portée.

Dans les situations où la personne âgée se met régulièrement en danger à cause de sa dépendance à l'alcool, il serait important de pouvoir faire appel à une structure de soins spécialisés dans ce domaine et d'intervenir ensemble au domicile du client. La tâche des soignants serait alors d'obtenir du client le consentement à une telle intervention.

Moyens d'action

L'intervention brève

A domicile, nous pouvons avoir une action préventive sur les clients en nous efforçant de les sensibiliser à leur consommation journalière ou périodique d'alcool. Nous essayons, avec le client, d'identifier les raisons et les circonstances qui le poussent à augmenter sa consommation d'alcool. Nous le rendons vigilant à la facilité de dérapage lors d'une consommation abusive. Nous l'encourageons à diminuer les boissons alcoolisées.

Le lien thérapeutique

L'intervention du soignant est essentiellement basée sur le renforcement du lien thérapeutique avec le client. Le professionnel est attentif à avoir un échange sans jugement ni paroles culpabilisantes; l'écoute et le soutien sont primordiaux face à cet être en souffrance. Il est nécessaire de réfléchir à une intervention régulière, basée sur des objectifs précis à moyen et long termes; dans ces situations, que je qualifierais de dramatiques, il est en effet illusoire de penser à court terme. Il ne suffit pas de dire «il n'a qu'à arrêter de boire et ça ira mieux » car le mal est plus profond et ne dépend pas

d'une question de volonté. La dépendance à l'alcool est une vraie maladie, et l'adéquation de la prise en charge entre l'équipe de soins et le médecin ne peut se faire qu'avec le consentement du client.

Information

Parallèlement, notre rôle en tant que soignants à domicile est aussi de donner des informations sur tout ce qui est possible de mettre en place pour aider ces clients en désarroi.

Formation

Tout le personnel de la FSASD en contact avec la clientèle doit suivre une formation obligatoire en santé mentale. Ces formations permettent au personnel de mieux comprendre certains comportements des clients, d'avoir une attitude plus professionnelle et de moins s'épuiser. Dans le domaine des addictions, la préférence de formation sera en lien avec l'alcool. Depuis deux ans, une infirmière clinicienne en santé mentale est présente dans chaque CASS, dans le but de soutenir et d'aider les membres de l'équipe confrontés à des situations complexes. Par une analyse de situa-

tion d'un client avec la clinicienne, des pistes ou des solutions peuvent être trouvées, la tension des intervenants diminue et le client en bénéficie indirectement.

Le réseau primaire

La famille et l'entourage de la personne alcoolique sont des collaborateurs à part entière dans l'aide apportée. Il est nécessaire qu'ils puissent prendre du recul afin de ne pas se sentir coupables ou responsables de l'alcoolisation de leur proche, de ne pas se sentir isolés ou d'être pris dans un système de dépendance. Ils peuvent faire appel à des associations d'entraide tel que Al-Anon.

Exemple:

Madame Louise est âgée de 80 ans, elle vit seule depuis le décès de son mari il y a dix ans. Elle souffre de solitude, et a utilisé le vin blanc comme soutien. Une amie lui fait ses courses, et a réussi à diminuer très progressivement la quantité de bouteilles de vin blanc qu'elle lui apporte. La cliente a eu des comportements agressifs vis-à-vis de cette amie, mais nous avons pu, en tant que soignants, sou-

tenir et encourager autant la cliente que son amie dans cette démarche de diminution de consommation d'alcool. Madame Louise est maintenant sevrée depuis deux ans, elle ne boit plus d'alcool et «cela ne me manque pas » dit-elle.

Conclusion

Les problèmes liés à la consommation d'alcool sont fréquents aussi auprès des personnes âgées demandant de l'aide et des soins à domicile. Les soignants à domicile ont un rôle privilégié pour dépister les problèmes d'alcool. Si plusieurs moyens d'action sont à leur disposition, et notamment par le biais d'une formation en adéquation avec les problèmes rencontrés, ils se retrouvent cependant parfois limités dans l'aide qu'ils peuvent apporter, notamment face à un refus de se soigner. Des relais avec d'autres intervenants spécialisés dans le domaine des soins de la dépendance sont à envisager pour favoriser des leviers de changement chez les personnes concernées.

Merci au Dr Beat Stoll pour sa relecture.

Publicité



Coralie au pays des taupes aveugles

Olivier Taramarcas,
coordinateur
romand de l'action
sociale et de la
formation
continue à Pro
Senectute Suisse,
Vevey

Hegel parle du travail invisible des taupes aveugles, qui creusent des galeries souterraines. A un certain moment, ces galeries font soudainement s'effondrer le sol.

L'alcoolisme chez les personnes âgées peut faire penser à cette métaphore. Tout semble aller très bien, vu de l'extérieur, jusqu'au jour où la situation éclate pour une raison indirectement liée à l'alcool: épuisement des proches, surendettement, hospitalisation d'urgence, accident...

«Ce que l'esprit ne veut pas savoir (...) nous le savons même si nous ne voulons pas le savoir. Tant qu'aucun mot ne vient (r)établir la vérité, le non-dit se manifeste par des symptômes qui tendent à s'amplifier». Jean Maisondieu (1999,99)

L'alcool peut être utilisé comme un dérivatif, un médicament, une «potion magique» (Gillet, 2003,184), permettant de diluer une sensation de souffrance trop difficile à supporter, de réduire le sentiment de ses propres manques, d'évacuer momentanément le poids d'une histoire chargée de tensions non résolues... Les vertus psychotropes de l'alcool le rendent très attrayant, d'autant plus que ses effets anxiolytiques, désinhibants, euphorisants, anesthésiants sont très rapides, qu'il est facilement accessible, relativement bon marché, socialement valorisé. Cependant, les bénéfices psychologiques d'une consommation d'alcool n'échappent pas au risque

d'une dépendance possible, sans que la personne s'en rende compte au moment où cela se produit. Ce qui peut expliquer en partie le déni des personnes concernées, qui n'ont pas appris à s'auto-observer, à prendre conscience de ce qui se passe en soi, à le ressentir, à l'exprimer, à l'analyser.

Pearlin et Scholler (1978; voir Maggiori, 2002) ont exploré la notion de coping en la définissant ainsi: «les choses que l'individu fait pour éviter d'être troublé face à des expériences stressantes». Le stress est considéré comme le deuxième facteur d'influence de la santé des individus pour l'ensemble de la population. Il est considéré comme une «épidémie» par l'OMS. Devant des situations stressantes, menaçant son équilibre, chacun réagit à sa manière pour réduire l'impact négatif du stress sur sa vie quotidienne. Lorsque des conditions de tension durable, ou fréquente, se manifestent dans la vie de tous les jours, la tentation est grande de rechercher à en réduire les effets par une anesthésie du ressenti. Ainsi, les difficultés économiques, les conflits de couple durables, les tensions non résolues

avec les enfants adultes, une maladie chronique, un handicap, la dépendance à une autre personne pour les besoins de la vie quotidienne représentent des stress continus qui peuvent entraîner une usure psychologique et entamer la capacité des personnes âgées dans leur sentiment de bien-être.

Un temps sans temps. Un temps de désorganisation

L'Office fédéral de la statistique (OFS, 2003) indique que la moitié des personnes qui se sont adressées pour la première fois à un centre de consultation en 1997, en 2000, comme en 2001, avaient commencé à consommer de l'alcool vingt ans auparavant. L'abus d'alcool se manifeste comme un véritable problème seulement lorsqu'il atteint un «stade avancé», conséquemment dans la majorité des situations avec «des dommages physiques, sociaux et/ou psychiques irréparables» souligne l'OFS. De surcroît, seulement 17% des personnes souffrant de problèmes liés à l'alcool consultent de leur propre initiative un service d'aide. Parmi les personnes âgées accompa-

gnées à Pro Senectute, le principe des taupes aveugles se confirme, ainsi que l'observe Françoise Ducommun, assistante sociale à la Chaux-de-Fonds: «En dix ans d'activité, toutes les personnes accompagnées concernées par un problème d'alcool étaient déjà dépendantes bien avant l'âge de la retraite, avec de nombreuses aggravations au plan de la vie sociale, de couple, de la santé, avec dans l'entourage ou chez la personne les signes d'un état dépressif persistant, un sentiment de solitude, une situation financière précaire.»

Dans pratiquement toutes les situations évoquées par les professionnels engagés à Pro Senectute, la problématique de la dépendance à l'alcool n'est pourtant pas abordée directement: «La demande porte sur d'autres aspects, comme l'aide financière, un appui à la gestion, la mise en place d'un réseau d'aide à domicile.» C'est ainsi, lorsque d'autres problèmes surgissent, que la nécessité d'entreprendre quelque chose s'impose, souvent avec un entremêlement de difficultés accumulées à plusieurs niveaux, rendant un accompagnement encore plus lourd. Stéphanie Moret, assistante sociale à Pro Senectute Valais, relève la difficulté à mesurer l'impact de l'alcool sur le quotidien des personnes âgées dépendantes, dans la mesure où la consommation d'alcool vient souvent se juxtaposer à des problèmes relationnels: «J'ai accompagné une femme qui a appelé au secours lorsque son quotidien n'était plus gérable. Elle était maltraitée par son ami. Après un lent travail de soutien, cela a conduit à une séparation, celle-ci posant d'autres questions, notamment sur la capacité réduite de cette personne de vivre seule à domicile.» Les situations de maltraitance sont fréquentes dans les situations de consommation d'alcool, aussi chez les personnes âgées. De fait, dans les situations de fragilité psychologique, d'isolement social, de handicap, de dépendance affective, de perte de rôle, la vulnérabilité augmente.

L'histoire de Madame Coralie¹ âgée de 70 ans, mariée durant 36 ans, séparée de son mari depuis 14 ans, raconte la lente dégradation de l'état de santé de son mari, aujourd'hui âgé de 70 ans,

dépendant de l'alcool durant toute sa vie active. Tout de suite, elle indique: «Le problème était plus pour mon fils et pour moi que pour mon mari.» Lorsque j'évoque avec elle les circonstances dans lesquelles s'est installée une consommation abusive d'alcool, elle indique: «C'est presque depuis le départ que mon mari buvait. Il avait le permis poids lourd et travaillait chez un marchand de vin. Le soir, il prenait régulièrement des verres au café, et il rentrait de plus en plus tard. On a eu un enfant qui est décédé suite à un accident de voiture. Depuis cet événement dramatique, sa consommation s'est amplifiée. Il se laissait aller comme si la mort de son fils était une excuse supplémentaire pour se saouler. Un autre élément a aussi en partie contribué à une dégradation de la situation. Pour se déplacer à son poste de travail, il devait prendre le train. Le soir, en attendant le train, il passait toujours au café. Parfois, il loupait le dernier train, et ses copains de bistrot le ramenaient... tard. Quelques années après, il a eu un accident sous effet d'alcool. Son permis a été retiré. Il a alors travaillé à la cave. Ce qui n'a guère arrangé les choses... Après la séparation, mon mari a ensuite eu une copine qui buvait aussi. Il a perdu sa place de travail. Il s'est retrouvé au chômage. Puis son amie est décédée. A ce moment-là, il a cherché à reprendre contact avec moi. J'ai accepté de m'occuper des paiements, c'est tout. Son rapport à l'argent a toujours été problématique, dépensant tout ce qu'il avait sans réfléchir. Maintenant, il n'a plus de copains. Il a aussi été renvoyé de son appartement, parce qu'il dérangeait démesurément les voisins. Il a retrouvé un deux pièces... Récemment, il a été opéré d'une tumeur au foie, souffrant d'une cirrhose, la moitié de son foie a été enlevé. Il a pris un peu conscience du risque de mourir qu'il encourt. Je crois qu'il ne boit plus...»

L'épuisement des proches

Anne Pittet, assistante sociale à Pro Senectute Fribourg, évoque la situation de femmes qui s'épuisent à domi-



cile à vouloir trouver des solutions pour protéger le conjoint dépendant de l'alcool: «Lorsqu'elles n'en peuvent plus, elles font appel à un service d'aide. Mais elles sont prises dans un conflit de loyauté, un conflit de dépendance. Ces femmes se sentent d'une part prises en otage à l'égard d'un conjoint qui peut menacer de se suicider si elles partent et, d'autre part, ont de la peine à ne pas soutenir leur conjoint devenu âgé, qui a des difficultés liées à la vieillesse en plus des problèmes de dépendance à l'alcool.» Ainsi, la situation de double dépendance, liée à la vieillesse et liée à l'alcool, crée une difficulté supplémentaire pour la personne proche à refuser de fournir une aide. Une troisième dépendance peut être évoquée, soit la dépendance financière à l'égard du conjoint.

Anne Pittet indique alors un sentiment d'impuissance devant certaines situations tellement lourdes et qui ont duré des années: «J'ai le sentiment de proposer des pistes orientées davan-



Photo Interfoto

L'alcoolisme chez les personnes âgées tend à être occulté

tage vers la personne dépendante à l'alcool, qui ne demande rien par ailleurs, qu'en direction de la personne proche, en face de moi, dont je perçois la souffrance et l'épuisement, et qui ne formule pas non plus de demande pour elle.»

Avec l'âge les risques augmentent

Avec l'avance en âge, les personnes ont tendance à réduire leur consommation d'alcool. Cette diminution «spontanée» a notamment été observée chez des personnes avec des fragilités psychiques qui buvaient pour compenser leur mal-être et qui, avec l'âge, ont évolué vers une «normalisation du besoin d'alcool». Mégroz (2000, 38) explicite cette nouvelle attitude de modération par la baisse du seuil de tolérance à l'alcool due au vieillissement: «Avec l'âge, la priorité est mise sur la protection du corps devant les risques accrus de déchéance physique.» Une conscience de soi et des limites de ses capacités adaptatives sti-

mulerait selon Archambault (1992, 34-35) «un désir de préserver l'énergie restante et de réduire la baisse pulsionnelle».

Les effets négatifs de l'alcool augmentent chez les personnes âgées, d'une part parce que l'organisme supporte moins l'alcool, d'autre part notamment par une altération des facultés visuelles, un plus grand risque de perte d'équilibre, une diminution du contrôle sphinctérien. Ainsi, même en quantité modérée, la consommation d'alcool chez une personne âgée peut avoir des conséquences graves: chute, confusion, état de somnolence. Les accidents vasculaires cérébraux peuvent aussi être une conséquence de l'abus d'alcool. Une altération du système immunitaire favorise l'apparition d'infections rendues plus difficiles à soigner. Par ailleurs, la combinaison alcool et sédatifs, somnifères, calmants, analgésiques, antidépresseurs, hypotenseurs..., largement consommés par ce groupe de population, forme des cocktails implosifs.

Outre l'aggravation potentielle des situations de dépendance à l'alcool dans la vie adulte, qui se prolonge durant la vieillesse, il y a un véritable enjeu de santé publique pour le tiers des personnes âgées qui sont des «débutants tardifs», ayant commencé à boire «abusivement» après 60 ans. Ces personnes ont développé en quelque sorte un «alcoolisme réactionnel», comme moyen de faire face à la nouvelle étape de la retraite et aux enjeux sous-estimés, voire occultés jusque-là... Je soulève ici en particulier la difficulté pour une partie des jeunes retraités à envisager cette phase de transition. Les événements qui ont été enfouis, occultés, reviennent à la surface dans les phases de vie de transition, ou de bilan.

Le déni et l'occultation

L'alcoolisme chez les personnes âgées tend à être occulté non seulement par les personnes elles-mêmes, mais par l'entourage, ainsi que par les professionnels. La tendance des personnes âgées concernées par une consommation abusive d'alcool est de «s'alcooliser seules, chez elles». De ce fait, elles sont placées dans une situation d'invisibilité sociale, avec comme conséquence que l'environnement social tend aussi à les ignorer. Les attentes à l'égard des personnes âgées de la part de la société sont souvent réduites à des recommandations que Guillemard (1997,23) qualifie de «plates»: «Restez actifs, trouvez un centre d'intérêt, n'en faites pas trop, soignez-vous, nourrissez-vous bien». Ce temps libre peut aussi devenir un temps vide, de désorganisation, d'ennui. L'arrivée de la retraite ne constitue pas une potion miraculeuse. De jeunes retraités y font écho à leur manière: «On attend la surprise du jour, il n'y en a pas».

L'abus d'alcool chez les personnes âgées de plus de 75 ans peut aussi être considérée comme une forme de défense, de résistance aux tensions intrapsychiques liées à la difficulté à appréhender la fin de sa vie: «Les appréhensions face à la mort inévitable, face à la souffrance morale et physique qui peut la précéder ainsi que face à la so-

litude qui l'accompagne, amènent certaines personnes âgées à s'anesthésier pour s'éviter une trop grande lucidité en rapport à ces appréhensions ou au maintien de contacts stériles avec une vie qui n'est plus la leur.» (Letourneau, Vermette, Barbeau, 1987, 69-71) L'alcoolisation peut représenter un moyen de sauver son image idéale. D'échapper à la contrainte d'affronter sa propre insuffisance.

La disparition

Pour supporter l'absence de l'attention, l'absence de la sollicitude de l'autre, pour supporter l'indifférence sociale à l'égard de soi, mais aussi sa propre difficulté à affronter son vieillissement, la disparition est une stratégie jugée efficace. Elle est en correspondance à l'absence de regard des autres: comme je n'existe pas aux yeux des autres, je réponds par ma propre disparition, en renonçant à mon propre regard. En étant sous effet d'alcool, je ne vois plus l'autre qui ne me voit pas et je ne vois plus qu'il ne me voit pas. Je suis dès lors en relation avec cet autre qui n'attend rien de moi, en attendant moi-même rien de moi-même, et en me soustrayant à la propre conscience de mon être au monde, en me soustrayant à ma capacité réflexive. Le livre «La disparition», de Georges Perec, illustre bien ce phénomène. Tout le livre est composé sans usage de la lettre «e». Le fait de ne pas évoquer en préambule le choix de ne pas utiliser la lettre «e», tout en ne l'utilisant à aucun moment, mais en l'indiquant par le titre même, en rouge, crée cette situation où l'absence de la lettre «e» n'est pas perceptible à la lecture de l'ouvrage. Ainsi, nombre de journalistes critiques du texte ne l'ont pas remarquée. Il en est de même pour notre relation à l'autre qui ne nous intéresse pas. Nous l'ignorons de fait, c'est écrit sur notre visage. Cependant, nous ne le disons pas clairement. Le ressenti passe alors par les pores. Et cet autre qui n'existe plus organise sa propre disparition, en conformité au non-dit social de rejet du vieux qui rappelle ce que soi-même nous refusons de reconnaître com-

me appartenant à notre propre condition humaine (Voir Maisondieu, 1999).

Défaut de structures de soutien

Pour les proches familiaux, ou pour les aidants formels, la dépendance à l'alcool peut être sous-estimée, voire considérée comme «solution palliative» (Menecier et al, 2003, 135). Cette attitude demande à être interrogée de la part des soignants, notamment en lien avec l'hypothèse sous-jacente qu'une personne âgée dispose de moins de capacité à renoncer à une consommation d'alcool problématique pour elle. «Peut-on envisager que, contrairement à l'idée reçue, le sujet âgé puisse aussi souffrir des conséquences de sa consommation d'alcool et tirer bénéfice d'une réduction des prises en cas d'usage nocif ou d'un sevrage en cas d'alcoolodépendance? En d'autres termes, reconnaître, considérer la souffrance du sujet âgé, en lien avec sa consommation d'alcool devenue délétère, est la première étape vers les soins» (Menecier et al., 2003, 136). Il semble qu'une majorité de personnes âgées confrontées à une dépendance à l'alcool, ainsi que les proches, ne bénéficient pas d'un accompagnement approprié en lien avec le traitement de la dépendance alcoolique. A titre d'illustration, dans le canton de Fribourg, les centres de traitement pour alcooliques n'acceptent pas de personnes en âge AVS. Anne Pittet, assistante sociale à Pro Senectute, soupire: «Ils doivent alors se rendre à l'Hôpital psychiatrique pour un sevrage, mais pour une durée brève et sans un véritable accompagnement psychosocial. Le réseau institutionnel de soutien aux personnes âgées dépendantes de l'alcool est très restreint. Les portes se ferment du fait de l'âge...» Par ailleurs, combien de professionnels sont vraiment en mesure d'accompagner des personnes âgées en prenant en compte la multiplicité des facteurs en jeu, tant les situations apparaissent comme impossibles à démêler? Combien de professionnels spécialisés en gérontologie sont au fait des enjeux de la dépendance à l'alcool? Combien de professionnels spécialisés

en alcoologie sont en mesure d'accompagner des personnes âgées dépendantes de l'alcool en prenant en compte les enjeux du vieillissement? La vieillesse peut représenter une étape de vie difficile durant laquelle le risque de consommer abusivement de l'alcool est réel, bien que sous-estimé, sous-diagnostiqué, et sous-traité. Menecier et al, (2003, 38) interrogent cette réalité en ces termes: «Il semble indispensable de prendre en compte les possibles difficultés des soignants dans cette gestion.» Si cette dimension n'est pas prise en compte, les professionnels du secteur médico-social développeront aussi une relation d'aide marquée par une attitude défensive, par des préjugés, par l'évitement, par le recours à des formules, à des règles formelles, sans être en mesure de véritablement soutenir ces personnes ni de les accompagner vers une possibilité de changer leur regard sur elles-mêmes.

La recherche de pacification avec soi-même

La phase de vie de la retraite constitue une étape importante de recherche de pacification avec soi-même, et avec les autres. Si ce chemin ne peut être emprunté, alors le risque de cristallisation, d'enfermement, peut constituer une option de survie, par le retrait symbolique de son monde intérieur, devenu trop sombre, par le retrait d'une vie relationnelle significative, devenue fragile, par le retrait d'une vie sociale locale, ne parvenant pas à trouver sa place dans son village, son quartier. Comme l'indique Danielle Bastien (2002, 194) sur le processus de relecture de vie: « Dans certains cas, ce qui est transmis entre les sujets s'élabore un peu plus à chaque génération. L'effet de la parole énoncée permet alors qu'à chaque génération les enjeux soient recomposés, remétiés, renoués de manière différente, installant ainsi une création symptomatique espérée moins souffrante. Dans d'autres cas, par contre, la transmission est non élaborée, transmise "brute" sans possibilités directes d'appropriation par les différentes générations. Ce qui est

alors transmis l'est sous une forme non élaborable par le biais habituel de la recomposition symptomatique. C'est une béance qu'il faudra d'abord cerner, entourer, délimiter avant qu'elle puisse être énoncée. (...) Qu'est-ce qui peut nous permettre de comprendre que, dans certains cas, il s'agisse de transmission positive, c'est-à-dire en élaboration constante et, dans d'autres, qu'elle soit négative, c'est-à-dire encryptée, encapsulée, venant de la sorte faire retour dans la réalité à travers les générations sans pouvoir être décodée par les sujets, c'est-à-dire en étant essentiellement subie dans son poids de réel?»

Madame Coralie, a eu très tôt conscience d'une situation impossible: «Il y a très longtemps que je voulais me séparer de mon mari, qui de toute façon ne rentrait que très peu à la maison. Il était par ailleurs colérique, et parfois violent ». Et de rajouter dans un timbre de voix plus retenu: «Dans le fond, je pense que j'en avais peur et que je n'osais pas partir. J'avais peur des représailles. Il rentrait parfois à 23h00, en «m'engueulant» parce que je ne me levais pas pour lui servir à manger. Cela lui arrivait régulièrement de crier, de taper les portes, voire de lancer à travers l'appartement du pain... Il me provoquait aussi verbalement de manière agressive, méchante: «alors, la vieille elle n'a pas l'air contente de me voir...». Il me traitait durement. Ce à quoi je ne réagissais pas, parce que sinon, cela aurait de toute façon accentué son agressivité. J'ai vécu ainsi dans le silence, sans chercher à parler de ce que je vivais. J'ai vécu des moments très difficiles. J'ai vu mon enfant de quatre ans se faire emporter par une voiture sur trente mètres. Je l'ai vu mourir sous mes yeux. Quatre mois après, mon papa s'est pendu. Ma maman est morte quelques mois plus tard. J'en ai beaucoup souffert. A mon époque, il n'y avait pas de soutien psychologique. Je me suis retrouvée seule, démunie. Puis, nous avons eu un autre enfant. J'ai reçu un réel et précieux soutien de la part de mes sœurs. Nous étions très proches. La première année que j'ai quitté mon mari, je ne pouvais pas en parler. Je culpabilisais. J'avais beau-

coup de peine à admettre le fait d'être séparée. Je me faisais encore du souci pour lui. J'avais peur qu'il n'arrive plus à s'occuper de lui... C'est mon fils qui m'a aidée à prendre cette décision. C'est lui qui m'a trouvé un appartement. J'avais malgré tout peur de ne pas pouvoir m'en sortir financièrement, car j'avais un petit salaire. Je n'ai jamais touché un centime de mon mari après la séparation.

Aujourd'hui, nous sommes séparés, sans être divorcés. J'ai toujours gardé le même nom. J'ai toujours travaillé pour pouvoir assumer les charges familiales, durant 30 ans. Je n'ai pas eu de 2ème pilier. Je dois faire avec le minimum vital. Mais j'ai appris à vivre simplement. Je ne suis jamais partie en vacances de ma vie. Aujourd'hui, je ne peux même pas envisager prendre un billet de train pour aller par exemple me promener une journée à Genève. Toute ma vie, j'ai dû compter, calculer, pour arriver à la fin du mois. J'ai appris à me contenter de peu. Pour moi, le minimum me suffit. Aujourd'hui je suis heureuse. Ce qui compte pour moi, c'est la paix. Nous nous voyons souvent avec mon fils. J'aime m'occuper de mes petits-enfants, les recevoir, rendre service à mes proches. Cela a beaucoup plus de valeur que ce que je pourrais m'offrir avec de l'argent. Aujourd'hui, je peux sortir avec des amies. Je n'ai pas besoin de rendre compte à quelqu'un à quelle heure je rentre. Je n'ai pas peur de rentrer à la maison. Maintenant, cela fait 14 ans que je suis seule. Je suis heureuse d'avoir pris cette décision. Je me sens enfin bien».

La capacité réflexive

Qu'est-ce qui fonde le sentiment de confiance en soi? De confiance à l'égard de ce qui survient? Finalement, est-ce que l'acceptation a quelque chose à voir avec la capacité d'envisager des adaptations tout au long de sa vie, de négocier avec la question du

En acceptant de revenir sur certains aspects de sa vie, nous pouvons construire du sens, établir des liens, intégrer des événements particuliers

sens que chacun nourrit en rapport avec sa vie? L'adaptation n'est pas à saisir comme un simple comportement adaptatif, mécanique. Elle est plutôt à considérer comme un va-et-vient entre introspection et expression de soi, entre écoute de sa vie intérieure, de ses sentiments, reconnaissance des faits et événements qui constituent son histoire, évaluation et réorganisation de

ses choix de vie. Le récit de Madame Coralie l'exprime avec une authenticité reflétant une démarche d'intégrité.

Ainsi, en acceptant de revenir sur certains aspects de sa vie, nous pouvons construire du sens, établir des liens, intégrer des événements particuliers, mettre en per-

spective des aspects qui apparaissaient comme hétéroclites, percevoir une cohérence dans notre manière d'être au monde, faire évoluer les représentations de soi, être plus nuancé dans son bilan de vie, être plus compatissant avec soi-même, consolider son identité personnelle et sociale, développer la confiance et l'estime de soi, rechercher la paix intérieure, s'orienter vers la sérénité. Hilmann (1993) invite à rapatrier dans nos vies la dimension dramatique de la vie, qui rejoint l'universel, l'existential, l'expérientiel. Il émet des réserves à l'égard d'une psychologie pétrée de science, mais désymbolisée, déracinée de l'historicité de chaque vie. Se mettre à l'écoute de soi est une manière de s'approprier son parcours de vie, en allant à sa propre rencontre, en renouant avec son histoire, pour la recomposer, pour la déployer dans sa musicalité à soi.

L'identité personnelle se forme dans une attitude réflexive. Celle-ci peut être favorisée par une relation significative, dans laquelle la sollicitude de l'autre m'aide à affronter ma propre insuffisance. D'abord en prenant conscience de ma manière de penser et d'agir. Puis, dans le fait de le communiquer à quelqu'un d'autre. Par le récit, je peux commencer à élaborer une

mise en lien entre les événements, entre les histoires... Comme l'exprime le psychanalyste jungien Hillman (1993): «Parfois, ce ne sont pas les personnes qui ont besoin d'être soignées, mais leur histoire.»

Favoriser les liens sociaux

La vocation de Pro Senectute n'est pas de se focaliser uniquement sur les situations à risque, mais d'œuvrer au renforcement du bien-être dans la vieillesse, en touchant le plus grand nombre de personnes. Cependant, sur les questions de la retraite et de la vieillesse, nous devons nous pencher sur la situation des personnes les plus fragilisées, trouver des moyens de leur apporter un soutien concret, prévenir certaines difficultés. C'est le postulat de Françoise Ducommun, assistante sociale: «En permettant aux gens de se rencontrer et d'échanger, cela les aide à relativiser les différentes difficultés auxquelles elles sont confrontées en constatant que ces difficultés ne représentent pas une faiblesse personnelle, uniquement individuelle, soulignant un manque d'adaptation de leur part, mais qu'elles font partie des difficultés propres à la population de leur âge, voire aux types de problèmes qu'elles ont dû affronter.»

Ainsi, en réduisant les facteurs de stress chronique, en accompagnant les personnes dans une démarche réflexive autour des événements critiques de leur histoire de vie, en offrant aux personnes des possibilités de participer à la vie sociale, elles éprouveront peut-être alors moins le besoin de compenser les pertes successives par une consommation abusive d'alcool. A ce titre, un projet me semble significativement orienté vers une démarche de participation sociale: «Quartiers solidaires» est un projet initié à Pro Senectute Vaud, visant à développer avec les habitants des quartiers des actions qu'ils estiment utiles, pour favoriser les liens sociaux, la rencontre, le dialogue entre générations. Cela se

traduit par des espaces ouverts à chacun, quel que soit son âge, sa culture, sa situation personnelle, espaces dans lesquels il devient alors possible de trouver une place, de communiquer avec quelqu'un, de se sentir appartenir à une société vivante, de jouer un rôle. Il s'agit moins alors de trouver des réponses efficaces que d'inventer, de créer des espaces favorisant les échanges, la convivialité, l'expression d'une vie humaine, nourrie par la rencontre avec d'autres personnes, dans une reconnaissance mutuelle (Tamarcaz, 2000; 2005a; 2005b; voir le site www.intergeneration.ch).

Nos institutions visent surtout l'efficacité. Mais comment savons-nous que nous sommes efficaces? J'ai envie de vous raconter une histoire: un jour, un homme assis dans le train, entre Martigny et Genève, en face de qui je me trouvais, lançait de temps à autre par la fenêtre de la poudre qu'il sortait d'une boîte qui avait l'air précieuse. Au bout d'un moment, je lui demandai pourquoi il lançait cette poudre par la fenêtre. Il me répondit: «C'est de la poudre anti-éléphant». Je lui rétorquai: «Mais il n'y a pas d'éléphant entre Martigny et Genève». Il me répliqua alors: «C'est parce que ma poudre est efficace». Est-ce que nous sommes efficaces parce que les réponses que nous donnons ne répondent à aucune question? Ou alors est-ce que nous sommes efficaces parce que dans les actions que nous mettons en place se joue quelque chose? Parce que l'on y découvre son humanité en formation? Homo Sapiens contient en lui le parfum puisque sapiens signifie sentir les saveurs et les fragrances (Serres, 1991,120). Ce sont tous les sens qui définissent l'homo sapiens: le goût, l'ouïe, l'odorat, le toucher, la vue... et la parole.

Note

1) Prénom d'emprunt. Je manifeste ma reconnaissance à Mme Coralie pour son attitude d'ouvertrice, de franche expression de son récit.

Bibliographie

- Archambault (J.-C.) – Comprendre et traiter les alcooliques, Paris, Editions Frison-Roche, 1992.
- Bastien (D.) – « Clinique de la paternité et objet de la transmission », Métiss'Âges. Rapports croisés entre générations et cultures, Actes du 2e cycle de séminaires centrés sur l'interaction entre générations, Bruxelles, Service de l'Education permanente, 2002, 5, 193-215.
- Gillet (D.) – « Entretiens... », Gérontologie et Société n° 105, 2003, 183-192.
- Guillemard (A.-M.) – " La préparation à la retraite: surmonter une crise ou normer les conduites ? ", Gérontologie, 1997, 26, 18-25.
- Hilmann (J.) – La beauté de la Psyché : L'âme et ses symboles, Montréal, Le Jour, 1993.
- Letourneau (G.); Vermette (G.); Barbeau (R.) – « Gérontoximanie: une expérience en mini réseau », Psychotropes N° 1, 1987, vol.4, 69-91.
- Maisondieu Jean – L'idole et l'abject, Paris, Bayard, 1999.
- Maggiore (C.) – La gestion du stress chez les personnes âgées, Fribourg, Mémoire de licence présenté à la Faculté des Lettres de l'université de Fribourg, 2002.
- Mégroz (A.) – Les personnes âgées et l'abus d'alcool. Quelles réponses sociales ? Genève, Institut d'études sociales, 2000.
- Menecier (P.) et al. – « L'alcool et le sujet âgé en institution », in Gérontologie et Société n° 105, 2003, 133-149.
- Office fédéral de la statistique – « Prise en charge ambulatoires des problèmes de dépendances en 2001. Interruptions de traitement en diminution dans le secteur alcool », Neuchâtel, Office fédéral de la statistique, N°0351-031-00, 2003.
- Pearlin (L.I.) ; Schooler (C.) – "The structure of coping", Journal of Health and Social Behavior, 1978, 19, 2-21.
- Serres (M.) – Le Tiers-Instruit, Paris, Editions François Bourin, 1991.
- Tamarcaz (O.) Liechti (A.) ; dir.) (sous la direction de) – GénérAction. Cycle de vie - relations interpersonnelles – lien social, Zürich, Editions Pro Senectute, 2000, 100p.
- Tamarcaz (O.) – Le savoir silencieux des générations, Sion, INAG, 2005a.
- Tamarcaz (O.) – Générations et mémoire sociale, Sion, INAG, 2005b.
- Thomas (V.-L.) – La mort en question, Paris, L'Harmattan, 1991.

L'histoire de Rémy

Rencontré par l'intermédiaire des Alcooliques Anonymes, Rémy nous raconte comment le passage à la retraite et ses conséquences l'ont fragilisé face à l'alcool et, surtout, comment il a su refaire surface. (réd.)

J'ai travaillé dans l'import-export. Je voyageais beaucoup, et l'alcool – le whisky en particulier – était souvent présent dans la discussion et la conclusion des affaires et lors de voyages souvent difficiles, sans que cela trouble pour autant ma vie professionnelle ou familiale. Mon parcours professionnel n'a pas été des plus faciles. Après des années de lutte et de combats, malgré de belles réussites, la situation s'est détériorée de par l'agissement de notre Président qui était et avait toujours été alcoolique, et qui, à la fin de sa vie, en a été victime et en est mort, me laissant sur les bras une société au bord de la faillite. J'ai dû en quelque sorte sauver l'entreprise et procéder à sa liquidation. J'avais alors 62 ans. J'ai passé assez aisément six mois de chômage et ai heureusement pu retrouver du travail pour les trois dernières années. C'est au moment de la retraite que les choses ont commencé à se gâter. D'abord dans ma vie de couple, qui a été jalonnée de sérieuses difficultés avec mon épouse (grave incompatibilité de caractère). Les problèmes qui étaient masqués par ma vie professionnelle où j'étais souvent absent, ont ressurgi avec force.... me poussant à préférer très lentement mais sûrement la compagnie de l'alcool dont j'avais besoin, pensant que cela m'aiderait et me soutenait avant de pousser la porte de la maison le soir... Je suis quelqu'un d'actif, très sociable. Je me souviens même avoir préparé une liste de nombreuses tâches à accomplir une fois à la retraite, comme nettoyer le garage, par exemple, le genre de choses qu'on remet toujours à plus tard quand on est pris par son travail.

Pendant une année, deux ans, ça va, on s'occupe. Mais on est aussi dans un rythme plus lent, on a moins l'énergie de faire les choses, on s'installe dans une espèce d'oisiveté. Je croyais être préparé, mais la retraite a réellement représenté une coupure, une cassure. Alors, comme j'ai toujours bien aimé les cocktails, j'ai commencé à en boire plus souvent pensant que cela m'aiderait à garder le moral. J'ai découvert le punch, et, peu à peu, la dégringolade a commencé.

Je réalisais que je glissais, j'hésitais à rentrer chez moi tellement l'ambiance était insupportable. On me faisait remarquer que je buvais trop, mais je me disais: on ne me comprend pas. C'est du plaisir, rien d'autre! Mon frère aussi s'inquiétait à mon sujet. C'est lui qui, un beau jour, m'a proposé d'aller voir son médecin qui, disait-il, s'occupait de cas comme le mien.

Après beaucoup de réticence et de faux-fuyants, j'ai pris la décision d'y aller. J'ai tout de suite eu confiance en ce médecin. Il m'a demandé de raconter ma vie. Pendant mon exposé, à plusieurs reprises, il a interrompu mon récit en me posant cette question: «Monsieur, êtes-vous vraiment décidé à en finir avec l'alcool?». J'ai répondu trois fois oui, et il m'a proposé, si je l'acceptais, de prendre de l'Antabus et de rester sous son contrôle, en attirant mon attention sur les effets et dangers de ce traitement. J'ai accepté et suivi exactement les prescriptions de ce médicament.

Les premières semaines ont été très pénibles. Non pas à cause du sevrage d'alcool mais des effets secondaires. J'ai tenu le coup, luttant seul contre

moi. Je me souviens de m'être retrouvé, quatre jours après le début du traitement, incapable de lacer mes chaussures tant mes mains tremblaient. Ou d'être resté coincé dans ma baignoire, tant les forces me manquaient pour me lever et sortir. Cela a duré environ cinq semaines, période excessivement difficile et solitaire! Les forces me revenant petit à petit, j'ai commencé à sortir un peu pour prendre l'air mais je vacillais terriblement sur mes jambes, et pourtant, un certain jour, en rentrant à pied à mon domicile, je me suis tout à coup rendu compte que je pouvais marcher normalement, bien droit et beaucoup plus solide.

C'est alors que j'ai pensé soudain d'essayer de me rendre à une réunion des Alcooliques anonymes. Je me sentais hors d'affaires, mais c'est un peu par curiosité que j'y suis allé. J'y ai trouvé de l'amitié, de la chaleur et un encouragement extraordinaire.

C'est important pour moi de parler de mon expérience, de montrer aux autres qu'on peut s'en sortir. Un jour quelqu'un me parlait du deuil de l'alcool. Je répondis que pour moi, il ne s'agit pas d'un deuil, mais d'une victoire.

Malgré ma consommation excessive d'alcool, j'ai toujours essayé, pas toujours réussi, à garder une certaine tenue qui fait qu'aujourd'hui, bon nombre de personnes sont étonnées quand je dis que j'ai arrêté de boire. Je n'oublie pas que j'ai eu affaire à l'alcool qui est puissant, déroutant, sournois, et mortel. Sans aide, c'était trop pour moi.

Pourtant, maintenant, je sais et je sens que je suis un ressuscité.

Stéphanie Pin,
sociologue,
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES),
à Saint-Denis
(France).

En présentant les résultats de l'enquête française Baromètre santé sur la consommation d'alcool et de tabac chez les 55-75 ans, Stéphanie Pin souligne la nécessité d'actions de prévention envers cette population. (réd.)

Consommation de tabac et d'alcool des personnes âgées en France

Etudier les consommations de tabac, d'alcool et de médicaments des personnes âgées peut sembler à première vue anecdotique au regard des priorités actuelles de santé publique tant du point de vue des dépendances que de la santé des personnes âgées. En France comme dans la plupart des pays occidentaux, la priorité en matière de prévention des dépendances est portée sur les populations jeunes, afin d'empêcher ou de retarder l'initiation et de contrer ainsi au plus tôt, avant que la dépendance ne s'installe et que l'arrêt soit rendu plus difficile, les effets dévastateurs des substances psychoactives.

Du point de vue de la santé des personnes âgées, et malgré l'importance du tabac et de l'alcool dans la survenue de bon nombre de maladies chroniques survenant à un âge avancé, en France et aux USA, l'intérêt s'est porté principalement sur la promotion de comportements favorables à la santé globale ou sur la prévention secondaire d'incapacités: l'activité physique régulière, une alimentation équilibrée, un contrôle de la médica-

tion, et une réduction des risques liés à l'environnement sont les principales mesures de prévention en direction de cette population. A ces mesures s'ajoutent la promotion de la vaccination contre la grippe et quelques autres maladies infectieuses, ainsi que, depuis peu de temps, la réduction des suicides et la lutte contre la maltraitance. Le tabac, et plus rarement l'alcool, sont pourtant mentionnés dans les guides de bonnes pratiques et les recommandations en matière de prévention à destination des personnes âgées (cf. par exemple IUHPE, 1999; OMS, 2002), mais font l'objet d'actions plus éparées, principalement aux USA, et d'un intérêt plus limité que les autres mesures.

Ces orientations ne peuvent pas simplement s'expliquer par des critères épidémiologiques. La plupart des revues systématiques et des méta-analyses placent en effet l'arrêt du tabac sur le même plan que l'activité physique en termes de réduction du risque, d'incapacité et d'augmentation des chances de retrouver une bonne santé fonctionnelle et une bonne mobilité (OMS, 2002; Nusselder et al, 2000; Stuck, 1999; Surgeon

General, 1997). Le faible intérêt pour la question du tabagisme durant la vieillesse est également dû à une certaine conception du vieillissement et de la prévention de la santé durant la vieillesse.

La question sous-jacente est en effet de savoir s'il est pertinent de proposer des conseils d'arrêt du tabac ou de réduction de la consommation d'alcool à une population peu nombreuse, qui a adopté ces comportements depuis longtemps et dont l'espérance de vie est de toute façon fortement réduite: la cigarette et le verre de vin ne sont-ils pas, comme le soulignent certains auteurs (Maxwell, 1993), le dernier plaisir des personnes âgées? Cette dernière interrogation, rarement formulée, soulève deux autres questions: premièrement, cela signifie-t-il qu'il existe des comportements favorables à la santé ou néfastes qui soient spécifiques à un groupe d'âge et, si oui, quels sont les critères permettant de déterminer la pertinence des mesures de prévention adoptées? Deuxièmement, quels sont les bénéfices attendus des actions de prévention à destination des personnes âgées et quelles sont les mesures efficaces permettant d'atteindre ces bénéfices?

Cet article n'a bien entendu pas l'ambition de répondre à ces problèmes qui dépassent largement la population spécifique des personnes âgées et nécessiteraient un travail approfondi.

Il se propose plus modestement d'ébaucher un cadre à ces réflexions en fournissant quelques données, principalement françaises, sur la consommation de tabac, d'alcool et de médicaments de personnes âgées de 55 à 75 ans.

Sources de données

Cette communication s'appuiera essentiellement sur des données issues du Baromètre santé 2000. Cette enquête, répétée depuis 1992, permet de suivre les évolutions des opinions, des comportements et de certains indicateurs de santé; plusieurs thèmes sont abordés dans un questionnaire d'une trentaine de minutes environ (tabac, alcool, drogues illicites, accidents de la

vie courante, qualité de vie, etc.). Réalisée par téléphone, l'enquête a porté en 1999 sur un échantillon de 13 685 personnes de 12 à 75 ans, vivant à leur domicile, résidant en France métropolitaine et parlant français¹.

Source importante d'informations sur les comportements des personnes âgées, le Baromètre santé présente toutefois quelques limites pour étudier cette thématique. Les personnes de plus de 75 ans ne sont pas interrogées: cette population comporte en effet un pourcentage plus important de personnes fragilisées, souffrant de troubles sensoriels (et notamment de troubles de l'audition) ou de troubles cognitifs rendant difficile la participation à une enquête téléphonique de cette durée. De la même façon, les personnes résidant en institution sont exclues de l'étude. Si le Baromètre santé permet d'avoir un aperçu des comportements des personnes âgées vivant à leur domicile et autonomes, la population concernée par l'enquête n'est pas forcément représentative de l'ensemble des personnes âgées.

Pour cette communication, nous avons retenu une définition très élargie de la population âgée en nous intéressant aux personnes entre 55 et 75 ans (N = 3 344 dans le Baromètre santé 2000). Cette limite inférieure est parfois retenue dans les programmes de prévention en direction des personnes âgées dans une perspective de prévention primaire des incapacités et une promotion de stratégies d'adaptation à la retraite. Par ailleurs, en élargissant la population étudiée, nous pouvons comparer des seniors encore insérés dans la vie active, plus jeunes, à des seniors plus âgés et peut-être plus fragilisés sur le plan de leur santé.

En sus des résultats issus du Baromètre santé, nous aurons recours ponctuellement à d'autres sources de données françaises. Malgré un intérêt relatif des chercheurs et des acteurs en santé publique pour la consommation de produits psychoactifs chez les personnes âgées, il existe toutefois une littérature anglophone de plus en plus fournie sur le sujet qui sera évoquée

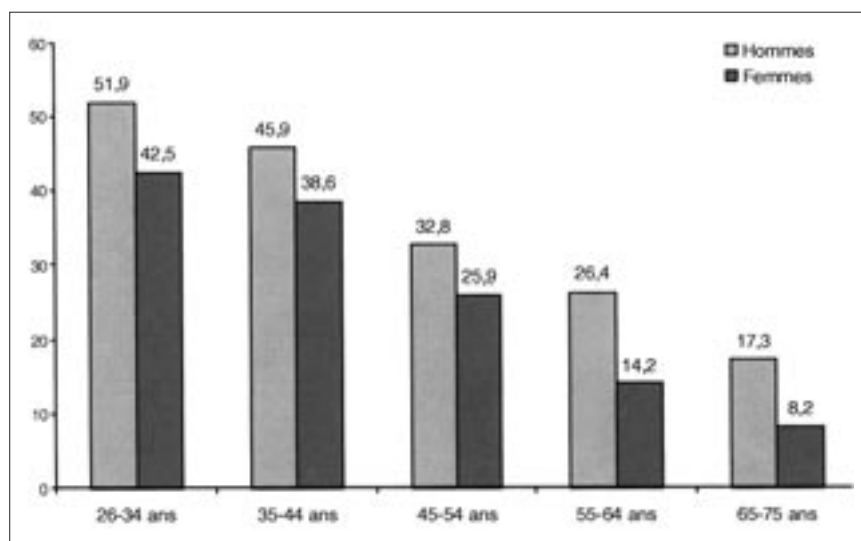
tout au long du texte pour éclairer et élargir le propos.

Spécificités de la population âgée

Une prévalence de tabac plus faible chez les plus âgés...

Les données du Baromètre santé 2000 mettent en évidence une diminution de la prévalence du tabagisme avec l'âge: alors que l'on compte 37 % de fumeurs et 28% de fumeuses chez les 26-75 ans, ils ne sont plus respectivement que 26% et 14% entre 55 et 64 ans et 17% et 8% entre 65 et 75 ans (Oddoux et al, 2001; Pin, 2004). Cette diminution est plus flagrante chez les femmes que chez les hommes, ce qui accentue la différence de prévalence entre les sexes: après 65 ans, on comp-

Graphique 1: Pourcentage de fumeurs selon l'âge et le sexe



Source: Oddoux et al, 2001

te ainsi deux fois plus de fumeurs que de femmes fumeuses (Graphique 1). Ces deux constats – diminution du tabagisme avec l'âge et faible prévalence du tabagisme chez les femmes âgées – se retrouvent dans d'autres pays européens, ainsi qu'en Amérique du Nord (Pampel et al, 2003; Husten et al, 1997). Des données transversales, comme celles fournies par le Baromètre santé, ne permettent pas de fournir d'explication à ce constat, mais plusieurs hypothèses sont fréquemment évoquées dans la littérature.

Cette faible proportion de fumeurs peut s'expliquer d'abord par le peu de

diffusion de ce comportement dans les générations les plus anciennes. D'abord réservé aux couches aisées de la population, le tabac s'est généralisé après la Première Guerre mondiale aux Etats-Unis et après la Seconde Guerre mondiale en Europe du Nord et en France. Les populations âgées font partie des générations encore épargnées par le tabac. Ce faible pourcentage de fumeurs dans la population âgée est également à rapporter au taux important de mortalité parmi les fumeurs âgés de 50 à 60 ans: les fumeurs âgés au moment de l'enquête pourraient ainsi être considérés comme des «survivants». Une autre explication peut être donnée en comparant le taux d'anciens fumeurs aux différentes périodes de la vie: la prévalen-

ce d'anciens fumeurs est ainsi plus élevée chez les personnes âgées que parmi les autres groupes d'âge. Le tabac pourrait ainsi être considéré comme un comportement de «population jeune». Les données manquent toutefois à ce jour pour vérifier la pertinence de ces trois hypothèses, même si les auteurs tendent à privilégier la seconde (Pampel et al, 2003; Nusselder et al, 2000; Husten et al, 1997).

Si la prévalence de tabagisme est faible dans la population âgée en comparaison d'autres groupes d'âge, il faut noter toutefois une forte proportion d'anciens fumeurs (réguliers ou occa-

sionnels): en prenant en compte à la fois les fumeurs et les anciens fumeurs, la consommation de tabac concerne ainsi près de six personnes sur dix au-delà de 55 ans.

Par ailleurs, si l'on considère les personnes ayant fumé ou déclarant fumer actuellement, l'âge de leur première cigarette se situe, pour une majorité d'entre elles, entre 15 et 20 ans (moyenne: 18 ans). Pour cette population âgée, la durée de consommation du tabac est longue, tant pour les fumeurs actuels (moyenne: 44 ans) que pour les anciens fumeurs (moyenne: 23 ans). Cependant, pour plus des deux tiers des anciens fumeurs, leur arrêt du tabac s'est déroulé plus de 10 ans avant l'enquête (Tableau 1).

personnes âgées est le vin dont la consommation augmente de façon presque linéaire avec l'âge. Les quantités consommées par la population âgée sont inférieures à celles bues par les plus jeunes: chez les 65-75 ans, le nombre moyen de verres bus la veille au cours de la dernière semaine est de 2,6 pour les hommes et de 1,5 pour les femmes (contre 3,2 pour les hommes et 1,6 chez les femmes de 55-64 ans)(voir graphique 3, page 27).

Ces quelques données confirment la place importante de l'alcool, et plus spécifiquement du vin, dans la culture française de ces générations. Si l'on tente d'examiner plus en profondeur les comportements à risque en matière de consommation d'alcool dans ces

générations, on doit prendre en considération à la fois la consommation régulière et excessive d'alcool et l'ivresse, occasionnelle ou non. Le premier comportement peut conduire à une dépendance, physique ou psychique, et être à l'origine de nombreuses maladies dégénératives (cancers, maladies cardiovasculaires) (Mizrahi et Mizrahi, 2003). Un peu moins du tiers des hommes et 6,6% des femmes de 60 à 75 ans déclarent avoir bu respectivement plus de 3 et 2 verres la veille de l'interview, dépassant ainsi les recommandations en matière de consommation quotidienne d'alcool (Perrin-Escalon et al, 2004). L'ivresse, quant à elle, cause directe d'accident de la route, de violence, de difficultés, concerne moins la population âgée que les jeunes adultes: la prévalence d'ivresses, occasionnelles ou répétées, décroît ainsi progressivement selon l'âge (Legleye et al, 2001).

La prévalence de l'alcoolisme chez les sujets âgés est mal estimée en France, mais des études américaines font état de prévalences élevées (jusqu'à 50%) parmi les patients âgés hospitalisés ou consultants (Michaud et Lécallier, 2003). Ces données doivent être considérées avec prudence. En effet, la consommation d'alcool est nettement plus répandue en France qu'aux Etats-Unis où la part de non-consommateurs est très élevée.

Tableau 1: Âge moyen de la première cigarette, durée de la consommation de tabac chez les fumeurs et les anciens fumeurs; durée de l'arrêt chez les anciens fumeurs (Base: 55-75 ans)

	Fumeurs actuels	Anciens fumeurs
Age moyen de la première cigarette (écart-type)	18,7 (17,1-19,4)	17,9 (17,6-18,2)
Durée moyenne de la consommation (écart-type)	43,9 (43,1-44,7)	23,0 (22,1-23,8)
Durée de l'arrêt (%)		
Inférieure ou égale à 10 ans		23,5
Supérieure à 10 ans		76,5

Source : Pin, 2004

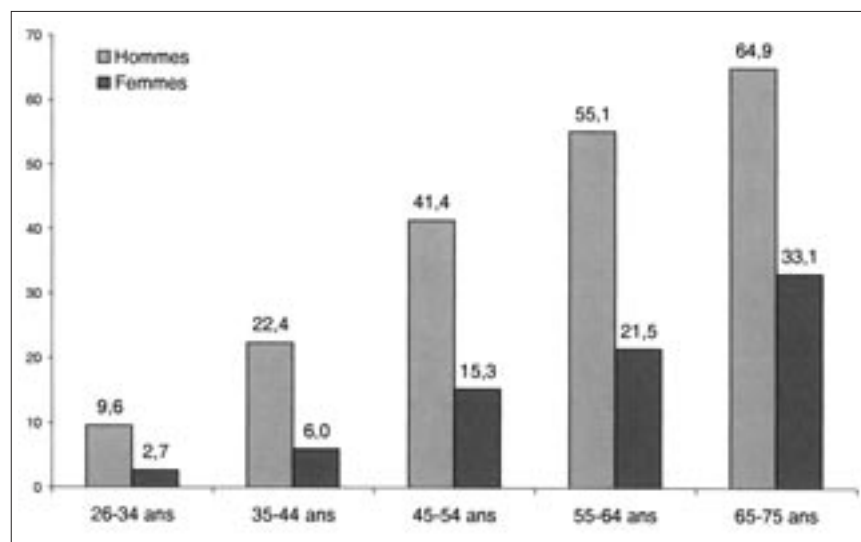
... mais une consommation d'alcool plus importante

La situation pour la consommation d'alcool est assez différente de celle du tabac tout en révélant également des spécificités marquées de la population âgée par rapport aux populations plus jeunes.

Contrairement à la prévalence du tabagisme, la consommation régulière d'alcool tend en effet à augmenter avec l'âge pour atteindre un pic chez les 65-75 ans (Legleye et al, 2001): 65% des hommes et 33% des femmes dans cette tranche d'âge déclarent consommer de l'alcool au moins une fois par jour, alors qu'ils ne sont respectivement que 55% et 22% à déclarer la même chose entre 55 et 64 ans (Graphique 2).

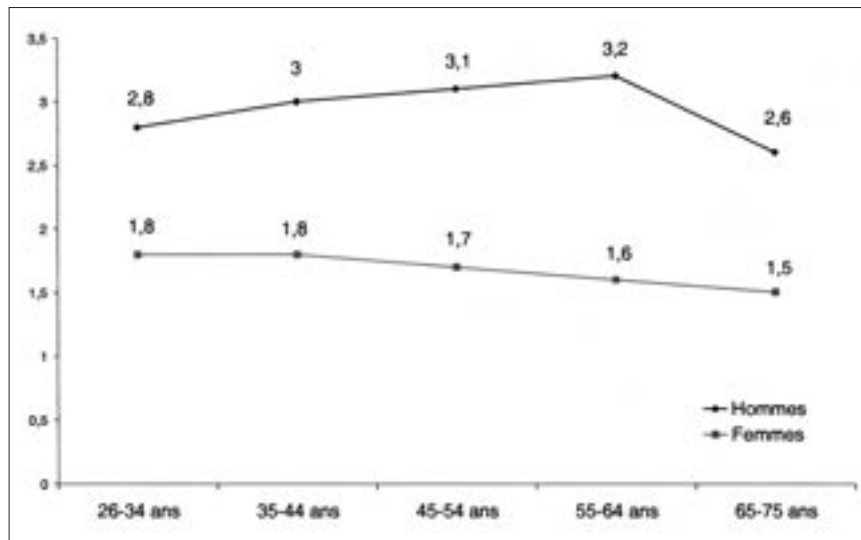
La boisson la plus consommée par les

Graphique 2: Pourcentage de personnes déclarant avoir consommé de l'alcool au moins une fois par jour au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge



Source : Legleye et al, 2001

Graphique 3: Nombre moyen de verres bus la veille au cours de la dernière semaine, selon l'âge et le sexe



Source : Legleye et al, 2001

Et les autres substances «psychoactives»?

La consommation de drogues illicites est anecdotique au-delà de 45 ans. Ainsi, seuls 4% des hommes et 1% des femmes entre 65 et 75 ans déclarent avoir essayé du cannabis, alors que 39% des 15-34 ans déclarent en avoir déjà consommé au cours de leur vie (Beck et al, 2001a).

Par contre, la prise de médicaments est un problème de santé publique important dans la population âgée qui fait l'objet de nombreuses actions de sensibilisation et d'information auprès des personnes elles-mêmes et des professionnels de santé concernés. Avec l'âge en effet, les maladies chroniques sont plus fréquentes et il n'est pas rare qu'une personne présente plusieurs maladies chroniques en même temps, ce qui contribue, entre autres facteurs, à l'allongement des ordonnances chez les personnes âgées.

Selon les données de l'enquête Santé et protection sociale (Auvray et Sermet, 2002), en 2000, 67% des personnes âgées de 65 ans et plus déclarent avoir acheté au moins une fois un médicament dans le mois qui précède l'enquête (contre 35% des moins de 65 ans). Cette proportion est plus élevée chez les femmes que chez

les hommes et augmente avec l'âge. La polymédication est la principale caractéristique de la consommation de médicaments chez les personnes âgées, et la plus dangereuse également. On compte en moyenne 3,6 médicaments par jour et par personne âgée de 65 ans et plus. Elle passe de 3,3 médicaments différents par jour chez les 65-74 ans, à 4,0 pour les 75-84 ans et 4,6 pour les 85 ans et plus (Auvray et Sermet, 2002).

Boire et fumer: un cumul de désavantages

La littérature et les analyses préliminaires réalisées au moyen des données du Baromètre santé permettent enfin d'établir des profils de consommateurs âgés et d'identifier les facteurs associés à la consommation de l'un ou de l'autre des produits considérés (Beck et al, 2001b; Dannefer, 2003). Ainsi, chez des personnes âgées de 55 à 75 ans, la consommation de tabac semble augmenter dans les milieux défavorisés, chez les personnes célibataires et présentant un surpoids ou une obésité (Pin, 2004). De plus, on constate une corrélation marquée entre le tabagisme et un faible niveau d'activité physique, un risque accru de problèmes de santé et d'incapacités (Stuck et al, 1999; Husten et al, 1997;

LaCroix et al, 1993).

De la même façon, on peut distinguer deux formes d'alcoolisme chez les personnes âgées (Michaud et Lécallier, 2003; Alcoweb, 2003):

- celle qui a commencé précocement, avant 60 ou 65 ans, et qui se pérennise;
- celle qui a commencé tardivement, à l'occasion de la retraite ou d'un autre événement majeur (deuil du conjoint, institutionnalisation, etc.): on estime que cette forme d'alcoolodépendance concerne entre 30 à 50% des cas de dépendance à l'alcool chez les personnes âgées; elle se caractérise par de plus faibles niveaux de consommation, une moindre intensité de la dépendance et une plus grande fréquence de déni (Michaud et Lécallier, 2003).

Enfin, à l'instar de Beck et al (2001b) qui analysent les relations entre différents types de consommation (tabac, alcool et médicaments psychotropes), il est possible de dessiner plusieurs profils de vieillards qui tendent à cumuler les facteurs de risque:

- le groupe le plus important (63% des 60-75 ans) se caractérise par un usage quotidien mais modéré d'alcool, et un usage restreint des autres produits, ce qui révèle sans doute un effet générationnel associant l'alcool à un produit alimentaire courant;
- un second groupe, très masculin, (11% des seniors) présente une consommation d'alcool élevée, avec une consommation actuelle ou ancienne de la cigarette et un recours extrêmement rare aux médicaments;
- la consommation conjointe de tabac et d'alcool, en grandes quantités, concerne 6% des personnes de 60 à 75 ans, en majorité des hommes;
- les femmes sont par contre majoritaires dans les deux autres groupes qui sont marqués par une forte consommation de médicaments psychotropes (tranquillisants et/ou antidépresseurs) et un usage modéré de tabac et d'alcool.

Quelles perspectives pour la prévention?

La consommation de tabac, d'alcool et de médicaments n'est pas anodine chez les seniors. Quelques données de cadrage suffisent à souligner l'intérêt et l'importance, à différents niveaux, de la question des dépendances dans cette population.

Pour le chercheur, une étude approfondie des modes et des types de consommation des personnes âgées aide à mieux cerner l'évolution des comportements de santé tout au long du parcours de vie et à identifier les facteurs facilitant ou entravant les changements de comportements. L'analyse des effets distincts de l'âge et de la génération pourrait être ainsi un axe de travail prometteur. Il apparaît comme nécessaire toutefois de disposer de données longitudinales et d'études incluant également des personnes très âgées ou fragiles.

Pour l'acteur en santé publique, différents profils de personnes âgées se dégagent qui permettent de mieux cibler les actions de prévention ou de promotion de la santé à mettre en place: des actions de prévention des dépendances dans la population âgée mériteraient ainsi de cibler prioritairement des hommes, polyconsommateurs et affectés dans leur état de santé.

Enfin, pour le politique ou le décideur,

l'investissement dans la prévention des dépendances chez les personnes âgées semble une stratégie efficace et efficiente pour réduire les coûts de santé sur le moyen et le long terme et améliorer la qualité de vie de cette population. Même si les personnes âgées semblent actuellement peu confrontées par le tabagisme et si l'on peut penser que leur consommation élevée d'alcool est un phénomène générationnel, reconnaître ces dépendances comme un enjeu de santé publique est sans doute une façon de changer le regard sur ces consommations et de promouvoir plus globalement une attitude protectrice à l'égard de sa santé tout au long de sa vie.

Toutefois, il convient de ne pas négliger les problèmes éthiques qui peuvent surgir au détour d'une action de prévention en direction de personnes âgées: l'arrêt du tabac est peut-être un problème secondaire quand la personne est isolée, dénutrie ou à risque de dénutrition et dépressive. Il est également absolument nécessaire d'envisager la santé dans sa globalité: l'évaluation globale de la personne assortie à des conseils et à des actions de prévention multifactorielles et pluridisciplinaires est, à ce jour, la stratégie de prévention la plus efficace pour prévenir les incapacités et améliorer la qualité de vie des personnes âgées (cf. par exemple: Bourdessol et Pin, 2005).

Notes

1) Pour une présentation plus complète de la méthodologie de l'enquête, voir Guilbert et al. (2001).

Pour aller plus loin

Alcoolisme, tabagisme et autres dépendances, *Gérontologie et société*, n°105, 2003, 204p.

Center of Social Gerontology, *Bibliography of Tobacco and the Elderly Articles*, 1997.

Disponible au lien suivant (Dernière connexion: 31/08/2005):

<http://www.tcsg.org/tobacco/biblio.htm>

Santé Canada, Meilleures pratiques : traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et autres drogues, 2003. Disponible au lien suivant (dernière connexion : 31/08/05) : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/drugs-drogues/treat_senior-trait_ainee/index_f.html.

Références

La liste des références peut être commandée à l'ISPA:

021 321 29 85

e-mail: dayer@sfa-ispa



La prévention des dépendances au niveau de l'Union européenne

Gregor Burkhart est médecin de santé publique et responsable du domaine de la prévention à l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies à Lisbonne. Il a participé au colloque "La prévention dans tous ses Etats" organisé par le GREAT le 26 mai 2005 à Lausanne. Interview réalisée par M. Frank Zobel.

GREAT : Durant les dix dernières années, le rôle et les ressources mises à disposition de la prévention ont-ils changé dans les programmes et stratégies nationales en matière de drogue des pays de l'Union européenne ?

GB: Oui, il y a eu des changements. En Espagne, par exemple, il y a eu une hausse des ressources alors qu'en France il y a eu une baisse. Les chiffres sont toutefois difficilement comparables car l'argent provient de différentes sources et il est aussi utilisé à travers des systèmes différenciés. Mais les ressources disponibles sont aussi liées au contrôle de qualité (seuls les projets basés sur des données probantes sont soutenus), et dans ce domaine les choses ont beaucoup changé dans de nombreux pays (Grèce, Espagne, Tchéquie, Hongrie, Pologne, Slovaquie, Royaume-Uni).

GREAT: Vous utilisez la classification de l'Institute of Medicine américain plutôt que celle de l'OMS pour observer et analyser l'offre de prévention dans l'UE. Qu'est ce qui les différencie et quels sont les avantages de la classification de l'IOM ?

GB: L'ancienne classification (primaire, secondaire, tertiaire) est beaucoup

trop orientée sur la consommation comme variable décisive. Celle de l'IOM s'oriente de manière plus pragmatique sur le niveau de risque: la prévention universelle concerne la population générale sans profil de risque particulier; la prévention sélective concerne les groupes chez qui l'on observe généralement des facteurs de risque sociaux; la prévention indiquée concerne des personnes qui présentent des facteurs de risque observables au niveau de l'individu (ex. troubles de l'attention (ADD)). On intègre ainsi mieux des variables sociales et individuelles car la consommation de substances seule n'est pas un bon indicateur des risques.

GREAT: Quelles observations faites-vous dans le domaine de la prévention universelle au niveau européen? Existe-t-elle dans tous les pays, y a-t-il une unité s'agissant des ressources et des contenus, est-elle basée sur des données probantes?

GB: Il y a d'importantes différences entre les pays. Certains insistent sur l'innovation et l'evidence-based (Espagne, Irlande, Royaume-Uni, Tchéquie, Hongrie) alors que d'autres basent plutôt leur prévention sur des croyances (transmettre de l'informa-

tion, améliorer l'estime de soi) ou mandatent leurs institutions de traitement pour qu'elles fassent aussi - à côté - un peu de prévention (Italie, France). Dans ce cas, la prévention est plutôt orientée sur les déficits (centres de conseil pour ceux qui reconnaissent avoir des problèmes).

GREAT: Et quelle est la situation s'agissant de la prévention sélective et indiquée?

GB: On observe que c'est dans les pays où la prévention universelle répond à des critères de qualité, et où l'on discute à un niveau hiérarchique élevé du contenu, des frontières et de la logistique nécessaire (Espagne, Irlande, Royaume-Uni, Hongrie, Autriche) que l'on trouve aussi le développement le plus avancé en matière de prévention sélective. Dans ces pays, l'on trouve des projets intéressants, et aussi parfois évalués, pour les différents groupes à risque. Cette situation est probablement en lien avec l'existence de modèles de répartition des ressources plus rationnels et de stratégies de prévention plus claires.

GREAT: En résumé, quelles devraient être les caractéristiques de l'offre de prévention des dépendances au ni-

veau national aujourd'hui? Que devrait-on éviter et que devrait-on promouvoir ?

GB: La prévention est une discipline de la santé publique. L'objectif est donc d'atteindre une partie importante de la population et de couvrir l'ensemble du territoire en faisant bon usage des ressources à disposition, ainsi que d'aborder des facteurs de risque de manière ciblée. Il ne s'agit donc vraiment pas d'entrer en matière de façon "holistique" sur la complexité de l'individu - ce qui n'est en fait important que dans le secteur de la prise en charge - mais de planifier de manière efficace au niveau de la population. C'est bien sûr beaucoup plus facile à faire au niveau de la prévention universelle, par exemple en implantant des programmes standardisés et evidence-based de prévention pour l'ensemble des écoliers. Une telle approche se laisse d'ailleurs beaucoup plus facilement évaluer et nécessite bien moins de ressources que, par exemple, de vouloir former tous les enseignants à la prévention des dépendances ou de lancer de grandes campagnes sur les risques liés aux substances, sans même parler de semaines de la prévention sporadiques ou de visites d'experts ponctuelles. De telles mesures sont plutôt susceptibles de produire des dommages et, dans certains pays membres, on cible maintenant leur disparition. Donc, si l'on utilise la prévention universelle de manière ciblée et limitée, il reste suffisamment de

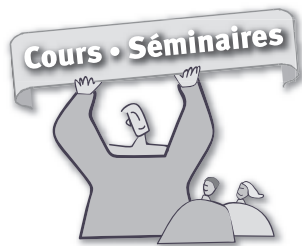
ressources pour offrir de bonnes mesures de prévention sélective à des groupes vulnérables ou à des quartiers défavorisés. Dans ce cas, il ne faudrait pas se résigner (ils ont tous déjà consommé des substances...) à des mesures de réduction des risques et de transmission d'informations, mais se rappeler que des interventions dont le contenu porte sur les compétences sociales, les normes (Normative Beliefs) et la réflexion sur les risques, ont aussi de bons résultats chez les groupes à risque, c'est-à-dire que des facteurs de résilience peuvent être construits et que les comportements problématiques peuvent être questionnés et modifiés. Finalement, dans la prévention indiquée, il serait sans doute adéquat, par exemple, que des enfants qui ont des troubles de l'attention, dont on sait qu'ils impliquent une hausse importante de risque d'avoir des problèmes liés à la drogue, soient pris en charge et accompagnés de manière précoce. Cela pourrait aussi s'élargir à quelques autres facteurs de risque présents durant l'enfance.

GREAT: Quelles sont les ressources que l'Observatoire met à disposition des décideurs et des professionnels dans le domaine de la prévention ?

GB: D'abord, il y a notre rapport annuel (<http://www.emcdda.eu.int>) qui n'aborde toutefois que brièvement le thème de la prévention. Ensuite, il y a notre publication *Drugs in Focus* dont trois numéros jusqu'ici (5, 6 et 10)

concernaient la prévention et qui peuvent être téléchargés dans différentes langues. Cette publication a plutôt été pensée pour les décideurs, c'est-à-dire qu'elle est simple et facile à lire. Nous avons ensuite développé la base de données EDDRA (<http://eddra.emcdda.eu.int>) où l'on peut consulter différents projets de prévention qui ont été évalués dans les pays membres de l'UE. Les professionnels peuvent aussi consulter la page dédiée à la prévention sur notre site. Là, ils peuvent notamment télécharger un rapport sur la prévention sélective en Europe (en anglais seulement). Ces jours-ci nous avons aussi mis sur le site une version test de notre Kit de ressources en prévention et en évaluation PERK (Prevention and Evaluation Resource Kit). Pour l'instant il ne s'agit que d'une base de discussion pour le développement d'une seconde version avec les Etats membres. Il s'agit d'essayer de réunir les connaissances existant sur la prévention et l'évaluation et de les mettre à disposition des professionnels. C'est justement pour des projets comme celui-ci que la non-participation de la Suisse à l'Observatoire est regrettable parce qu'elle pourrait, d'une part, beaucoup y contribuer et, d'autre part, recourir aux connaissances des autres pays et à nos données pour sa propre réflexion. Mais, peut-être cela pourra-t-il se faire dans un proche futur.

GREAT: Merci.



Perfectionnement professionnel ARIA

Sexualité et toxicodépendance: quelle place pour la prévention?

Marie-Ange Calatayud, Centre St-Martin, Lausanne; Françoise Méan, PROFA, Lausanne; Dr Adeline Quach, PROFA, Lausanne.

1 jour: 31 janvier 2006

Délai d'inscription: 15 décembre 2005

Adolescence et cannabis: adolescence et consommation de produits psychotropes

Holger Schmid, ISPA, Lausanne; Marie-Claude Amacker, ISPA, Lausanne; Dr Sophie Le Garrec, Université de Fribourg; Vincent Delicado, Infor Jeunes - Epic, Genève; Dr Barbara Broers, HUG, Genève; Renaud Stachel et Patrice Charpentier, Centre Saint-Martin, Lausanne; Viviane Prats, Rel'ier, Lausanne.

3 jours: 23 et 30 septembre, 7 octobre 2005

Délai d'inscription:

1er septembre 2005

Les mots et leurs maux: consommations, prévention, promotion de la santé: quels concepts pour quelles pratiques?

Dr Philippe Granget, Service Santé Jeunesse, Genève; Pierre-Yves Aubert, Infor Jeunes, Genève; Dwight Rodrick, ISPA, Lausanne; Michel Graf, ISPA, Lausanne; Viviane Prats, Rel'ier, Lausanne.

3 jours: 4, 11 et 18 novembre 2005

Délai d'inscription: 19 octobre 2005

Nouvelles drogues, nouveaux consommateurs, quelles interventions ?

Dr Pablo Sanchez-Mazas, DAS, Lausanne; Léonie Chinet, SSP, Lausanne; Thierry Humair, CAPTT, Fleurier; Viviane Prats, Rel'ier, Lausanne; Alexandra Rubin, Prevtech, Prilly; Frank Zobel, IUMSP, Lausanne; Dr Daniele Zullino, HUG, Genève.

3 jours: 5, 6 et 7 décembre 2005

Délai d'inscription: 10 novembre 2005

Modules de formation fordd 2005-2006

Établir, gérer et maintenir une collaboration dans la relation d'aide ou de soins

Dr Charly Cungi, médecin psychiatre, thérapeute spécialiste des thérapies comportementales et cognitives, chargé de cours à l'Université de Lyon.

3 jours: 7 novembre 2005, 23 janvier et 3 avril 2006

Délai d'inscription: 19 octobre 2005

Dépendance et lien social, comorbidité sociale

Olivier Amiguet, EESP, Lausanne; Pierre-Yves Aubert, Infor Jeunes, Genève; Pierre Aubert, SST, Lausanne; Lydia Schneider, HG, Genève; Luigi Bertolli, OFSP, Berne; Catherine Jaquet, Les Oliviers, Lausanne; Patricia Fontannaz et Lionel Vandiel, Rel'aids, Morges; Fernand Poupon, trans-AT, Delémont; Renaud Stachel, Centre St-Martin, Lausanne; Viviane Prats, Rel'ier, Lausanne.

3 jours: 28, 29 et 30 novembre 2005

Délai d'inscription: 2 novembre 2005

Approche centrée sur la personne et dépendances

Renaud Stachel, Centre St-Martin, Lausanne; Jean-Marc Randin, psychologue ACP indépendant, Lausanne.

3 jours: 9, 16 et 22 novembre 2005

Délai d'inscription: 18 octobre 2005

Dépendance et lien social, comorbidité sociale

Olivier Amiguet, EESP, Lausanne; Pierre-Yves Aubert, Infor Jeunes, Genève; Pierre Aubert, SST, Lausanne; Lydia Schneider, HG, Genève; Luigi Bertolli, OFSP, Berne; Catherine Jaquet, Les Oliviers, Lausanne; Patricia Fontannaz et Lionel Vandiel, Rel'aids, Morges; Fernand Poupon, trans-AT, Delémont; Renaud Stachel, Centre St-Martin, Lausanne; Viviane Prats, Rel'ier, Lausanne.

3 jours: 28, 29 et 30 novembre 2005

Délai d'inscription: 2 novembre 2005

Groupes d'entraide

Enzo Negro, formateur en ressources humaines, Belmont.

3 jours: 30 novembre, 1er et

2 décembre 2005

Délai d'inscription: 1er novembre 2005

Sexualité et toxicodépendance: quelle place pour la prévention?

Marie-Ange Calatayud, Françoise Méan; Dr. Adeline Quach

1 jour: 31 janvier

Délai d'inscription: 20 décembre

Programme complet et informations:

ARIA - Fordd

*case postale 638, 1401 Yverdon,
024 426 34 34, fax 024 426 34 35,
e-mail: info@great-aria.ch*

Remise des Certificats interprofessionnels en addiction fordd

Le 28 septembre à Neuchâtel, 13 personnes ont reçu leur certificat interprofessionnel en addiction. Certificat soutenu par l'Office Fédéral de la Santé Publique et reconnu certificat postgrade HES. Il s'agit de:

Monsieur Christian BUSCHAN
Monsieur Nicolas FROTE
Monsieur Christophe JAGGI
Monsieur Jacques-André KUMMER
Monsieur Pascal MAURER
Madame Marie-France MOURON
Monsieur François PERRINJAQUET
Monsieur Mathias RENTSCH
Madame Danielle ROMANENS-GAILLE
Monsieur Serge RUDAZ
Monsieur Jean-Marc SIGRIST
Madame Patricia VERGERES
Monsieur René-Georges ZASLAWSKY

La revue «**dépendances**» s'adresse à toute personne intéressée par le champ des toxicomanies légales et illégales.

Elle paraît trois fois l'an et traite de ces questions sous les angles social, politique, de prise en charge, de prévention et de réduction des risques.

Fr. 20.- par numéro
Abonnement :
Fr. 45.- par an
Fr. 150.- pour 5 ex.
Fr. 250.- pour 10 ex.

Parmi les thèmes publiés

Faut-il avoir peur de la cocaïne?

(no 18)

Adolescences et consommation de psychotropes:

images de société (no 19)

Peut-on parler de rétablissement dans le domaine des addictions? (no 20)

Dépendance à l'alcool et vie professionnelle:

quels enjeux (no 21)

Faire face au dopage festif (no 22)

Grandir dans une famille touchée par l'alcool (no 23)



A consommer sans modération !

Abonnements: «**dépendances**», case postale 870, 1001 Lausanne, 021 321 29 85, fax 021 321 29 40, www.ispa.ch

Revue éditée par

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies

sfa/ispa



Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies



Je souhaite m'abonner à la revue «**dépendances**»

Nom:

Prénom:

Adresse:

NP, ville:

Profession:

Institution ou service:

Tél.

Signature:

A retourner à: «**dépendances**», case postale 870, 1001 Lausanne, fax 021 321 29 40

dépendances



Revue éditée par

sfa/ispa

