Document généré le 19 juil. 2025 06:11

Santé mentale au Québec

L'alcoolisme au troisième âge
Alcoholism in the elderly

Guy Vermette

Volume 6, numéro 1, juin 1981

URI : https://id.erudit.org/iderudit/030095ar
DOI : https://doi.org/10.7202/030095ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Vermette, G. (1981). L'alcoolisme au troisième âge. *Santé mentale au Québec*, *6*(1), 144–154. https://doi.org/10.7202/030095ar

Résumé de l'article

L'auteur discute du problème de l'alcoolisme chez les personnes âgées. Dans la première partie, il décrit la situation générale des personnes âgées et les problèmes les plus fréquents qu'elles rencontrent. Il soutient l'hypothèse que les problèmes spécifiques reliés au vieillissement sont un facteur déterminant dans le début ou l'aggravation du problème d'abus d'alcool. Dans la deuxième partie, il présente un bref survol de la littérature sur le sujet et mentionne les difficultés relatives à une demande d'aide par la personne âgée aux prises avec un problème d'abus d'alcool. Finalement, il examine la nature du traitement a être fourni à une telle personne.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1981

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

L'ALCOOLISME AU TROISIÈME ÂGE

*Guy Vermette**

Les personnes âgées, tout comme les handicapés, représentent une population marginale dans notre société. Leur nombre de plus en plus grand rend davantage évidents les problèmes qui sont liés à leurs conditions d'existence. En effet, ces personnes connaissent une baisse de statut social et, par suite d'une réduction de leurs activités, un mode de fonctionnement très restreint. Les effets de cette marginalisation dépassent la simple réalité apparente. La personne âgée a tendance à éprouver un sentiment d'inutilité et se trouve confrontée à un problème d'identité sociale. Elle en vient à perdre confiance en elle et à s'isoler de plus en plus. Bien que certaines personnes âgées possèdent une sécurité financière leur permettant de jouir de leurs vieux jours, beaucoup d'autres doivent, pour maintenir leur autonomie et leur bien-être, faire face à des problèmes considérables.

SITUATION GÉNÉRALE DES PERSONNES ÂGÉES

En vue de décrire le climat difficile dans lequel vivent les personnes âgées, Pelletier (1976) a distingué quatre dimensions de cette situation. Ce sont le revenu, le logement, la santé et les loisirs.

Le *revenu* constitue le nœud de nombreux problèmes qui incombent aux personnes âgées puisqu'environ 63% des personnes de 65 ans et plus vivent en deçà du seuil de pauvreté. Cette réalité économique montre bien l'étau qui se referme sur la personne âgée qui devient incapable de continuer à subvenir à ses besoins.

Le *logement* devient également une source de préoccupation constante pour la personne âgée qui, en premier lieu, peut de plus en plus difficilement assumer la hausse continuelle du prix des loyers. Elle se trouve ainsi reléguée aux logements les moins coûteux ou qui se détériorent progressivement donnant lieu à des conditions d'insalubrité. Jusqu'à présent, des sommes considérables d'énergies et d'argent ont été investies dans la construction de HLM. Mais cet élément de solution apparaît bien modeste devant l'ampleur du problème. Les nombreux centres d'accueil qui ont vu le jour depuis quelques années sont voués à satisfaire une autre proportion de la popula-

* L'auteur est chef d'unité, Unité Réapprentissage, Domrémy-Montréal.

tion âgée. Mais tant et aussi longtemps que les services de santé tarderont à généraliser les programmes de maintien à domicile, les conditions d'habitation de nombre de personnes âgées demeureront problématiques.

La *santé* représente la troisième dimension considérée dans l'évaluation de la situation des personnes âgées. Bien que la vieillesse ne soit pas une maladie, la personne âgée est plus que les autres catégories d'individus vulnérable à des troubles physiologiques dits de dégénérescence tel l'artériosclérose. Outre la multitude d'affections qui ne sont pas nécessairement reliées à ce processus de dégénérescence, le mode de vie très sédentaire et plutôt passif des personnes âgées ainsi qu'une alimentation souvent négligée contribuent à rendre leur santé précaire. Il convient de souligner que les personnes âgées sont insérées dans une démarche très médicalisée de la santé. Alors que ce groupe de personnes représente 7% de la population, il monopolise 28% du budget de l'assurance-maladie. Ces chiffres ne reflètent pas nécessairement les besoins médicaux réels de cette population mais peut-être davantage leurs attitudes et le réseau d'aide très spécifique auquel la personne âgée s'est intégrée.

La quatrième dimension considérée pour décrire la situation difficile des personnes agées est celle des *loisirs*. Alors que la personne âgée peut jouir d'une très bonne condition physique, elle peut toutefois ne pas disposer de moyens financiers suffisants pour exercer certains loisirs. Le manque de ressources communautaires dans la région peut aussi constituer un handicap à la pratique de loisirs par la personne âgée. Il ne faut pas oublier que le phénomène des loisirs est une réalité très récente. Il sous-tend l'amélioration générale de la qualité de la vie et pourrait théoriquement devenir un aspect primordial du fonctionnement social d'une personne âgée. Il importe cependant que la personne âgée participe au choix des activités qu'elle peut entreprendre, de façon à ce que les besoins spécifiques de cette population soient respectés. Les loisirs devraient comporter pour un individu âgé la possibilité de se créer une nouvelle identité sociale, une source de gratification et un sentiment d'utilité, car une personne vieillit lorsqu'elle se sent seule et inutile. La vieillesse n'est donc pas seulement une question d'âge mais bien aussi une question de valeurs, d'attitudes et de comportements. La formation récente d'associations telles que la Fédération de l'Âge d'or du Québec (1970) et de l'Association québécoise pour la défense des droits des retraités (1980) semble témoigner d'une volonté d'assurer le respect et la revalorisation des personnes âgées.

Je voudrais maintenant souligner deux autres dimensions qui m'apparaissent extrêmement importantes dans la réalité des personnes âgées. La première, la retraite, survient souvent de façon très brutale. On considère la personne inapte à poursuivre son travail et on la convainc qu'elle pourra dorénavant, en quittant son travail, jouir de la vie. Le temps de cette personne n'étant plus absorbé par le travail, la réaction d'envie de ses confrères de travail laisse presque croire en la véracité de ces changements bénéfiques.

Mais l'euphorie des premiers temps peut faire place à une situation de crise qui bouleverse complètement l'identité et le mode de fonctionnement de la personne. Si le retraité demeure avec son conjoint, on assiste souvent alors à une perturbation de la dynamique conjugale. Le retraité est donc confronté à une réadaptation de son mode de vie. Nombreux sont ceux qui connaissent beaucoup de difficultés à vivre cette condition de retraité. Heureusement, des changements se dessinent parmi la population, qui est de plus en plus sensibilisée aux problèmes reliés à la retraite et à l'importance de planifier cette époque de la vie.

Une dernière dimension permettant de mieux comprendre la réalité des personnes âgées fait référence à la mort d'êtres chers. Ainsi, la perte du conjoint a pour effet d'amplifier le sentiment d'isolement et de solitude de la personne âgée. Le lien de dépendance ou d'interdépendance qui existait entre les conjoints se brise brusquement et il arrive qu'une personne âgée décède à la suite de la mort de son conjoint. Cette proximité de la mort est rarement abordée par les gens qui vivent dans l'entourage de la personne âgée. Elle provoque un sentiment de crainte et un malaise. Signalons que la femme âgée connaît davantage que l'homme cette solitude, puisque 48% des femmes de 65 ans et plus vivent seules, tandis que seulement 20% des hommes du même âge vivent la même situation (Zay, 1979).

Les quelques données descriptives exposées précédemment avaient pour objet de susciter parmi la population une plus grande réceptivité à l'égard de la réalité des personnes âgées en général. Il semble plausible que les conditions de vie difficiles incitent une proportion significative de personnes âgées à l'abus d'alcool. L'alcool joue alors le rôle mondialement reconnu d'anesthésique en fournissant à l'individu un certain réconfort, un support dans la réalité ou dans l'imaginaire face aux vicissitudes de la vie. La prise de médicaments (somnifères, tranquillisants, antidépresseurs) favorise chez les personnes âgées cette recherche de support. Ces dernières consomment plus de médicaments que tout autre groupe dans la société. Et nombreux sont les problèmes d'intoxication reliés à une mauvaise utilisation des médicaments ou à une prise combinée d'alcool et de médicaments.

L'AMPLEUR DE L'ALCOOLISME CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Il est difficile de bien cerner l'ampleur de l'alcoolisme chez les personnes âgées. De nombreuses recherches montrent une diminution de la consommation d'alcool chez les 65 ans et plus (Cahalan *et al.*, 1969). Ces données doivent cependant être interprétées avec prudence. Les informations recueillies reflètent-elles bien la réalité, compte tenu du fait qu'une personne âgée peut avoir tendance à sous-évaluer le niveau de ses consommations et que son entourage peut manifester une tolérance à cet effet? De plus, tel que suggéré par Drew (1968), l'alcoolisme chronique étant une "self-limiting disease", nous retrouvons un taux de mortalité plus élevé chez les vieux buveurs in-

vétérés que chez les autres catégories de buveurs. Ce fait influence sensiblement l'interprétation des résultats obtenus. Drew (1968) suggère également que les personnes âgées qui sont alcooliques peuvent en venir à s'abstenir de boire ou à réduire leur consommation suite à un traitement ou à une baisse de leur tolérance physique. Une autre hypothèse consiste à affirmer qu'en vieillissant, la personne diminue sa consommation par crainte de vivre des complications physiques ou en raison de limitations financières. Finalement, pour bien comprendre les modes de consommation d'alcool chez les personnes âgées, il faudrait se référer à des études longitudinales qui montreraient l'évolution de la consommation dans le temps chez une même personne. Or, il n'existe à peu près pas d'études de ce genre. Dubuc (1980) a cependant établi une grille d'évaluation de la consommation qui, utilisée adéquatement, pourrait apporter des précisions importantes quant aux changements de modes de consommation à travers l'expérience de vie d'une personne.

L'ampleur du phénomène d'abus d'alcool chez les personnes âgées se révèle donc difficile à préciser si on se réfère aux données exposées jusqu'à présent. On peut cependant procéder autrement et se demander quels motifs les personnes âgées auraient d'abuser d'alcool. On constate, dans de nombreuses recherches sur le sujet, que les personnes âgées dont le comportement face à la consommation abusive d'alcool a été étudié dénotaient une très longue histoire éthylique. Leur profil de consommation correspond à celui de l'alcoolique chronique qui boit d'une façon incontrôlée et dont l'alcool a depuis longtemps perturbé le mode de vie. Ces personnes, par suite de l'abus d'alcool, sont devenues diminuées physiquement, ralenties sur le plan intellectuel, isolées socialement, coupées de leur famille et ont maintenant pour unique loisir le partage d'un verre d'alcool avec d'autres personnes qui présentent le même problème qu'elles. On attribue à ces individus peu de motivation ainsi qu'une faible capacité à changer quoi que ce soit dans leur vie. Leur très longue dépendance à l'égard de l'alcool a souvent ses origines dans des traits pathologiques de leur personnalité : problèmes d'identité et d'affectivité et recours intempestif à l'alcool pour faire face aux difficultés de la réalité quotidienne. Ces personnes manquent énormément de confiance en elles-mêmes, possèdent une faible estime de soi et manifestent beaucoup de difficultés à établir et à maintenir des relations inter-personnelles satisfaisantes. Elles se construisent un monde imaginaire qui les centre de plus en plus sur elles-mêmes. Pour elles, le fait d'appartenir à la catégorie des personnes âgées ne fait qu'amplifier une dure réalité qui persiste depuis longtemps. Les sentiments d'incapacité et d'impuissance qui s'emparent de ces personnes les incitent à la dépression et parfois à commettre, sous l'effet d'alcool, des actes d'autodestruction.

Les caractéristiques de la population âgée alcoolique que nous venons de décrire et qui correspondent aux données recueillies au cours des recherches sur l'alcoolisme du troisième âge, permettent-elles de rendre compte des motifs pour lesquels une personne âgée peut être alcoolique? Dans leurs études, Rosin et Glatt (1971) ont identifié deux catégories principales de

motifs pouvant expliquer l'alcoolisme chez des personnes âgées. La première catégorie coïncide avec la description faite précédemment. L'abus d'alcool serait donc surtout relié, pour ce groupe, à des facteurs que les auteurs qualifient de "primaires", en référence à l'étiologie de leur alcoolisme qui a sa source au niveau d'un dysfonctionnement de la personnalité. Une deuxième catégorie de motifs, reliée à un autre type de population, implique plutôt une étiologie récente de l'abus d'alcool. Ce dernier serait déterminé en bonne partie par des facteurs dits "réactionnels". Ces facteurs représentent des conditions physiques, sociales ou familiales désagréables auxquelles la personne ne parvient pas à s'adapter. De ces facteurs, le deuil représente le facteur le plus susceptible de provoquer l'abus d'alcool chez la personne âgée. Viennent ensuite la retraite, les conflits conjugaux, la diminution des revenus, du statut social et de la santé, ainsi que tout autre facteur conduisant à l'ennui et à la solitude. Sans minimiser les composantes psychologiques, Rosin et Glatt attribuent cependant une importance beaucoup plus grande aux facteurs de l'environnement pour expliquer les abus d'alcool chez les personnes âgées de ce deuxième groupe.

Les conditions de vie spécifiques des personnes âgées joueraient donc un rôle déterminant dans l'amorce ou l'aggravation d'un problème d'alcoolisme chez la personne âgée.

Compte tenu des résistances qu'une personne âgée peut exprimer à l'égard de la reconnaissance de son propre problème d'alcoolisme et compte tenu également des différences d'étiologie qui viennent d'être présentées, Carruth (1973) suggère d'évaluer l'alcoolisme des personnes âgées à partir de la manifestation concrète et vérifiable de neuf catégories de symptômes qui apparaîtraient à la suite de la consommation excessive d'alcool :

- Symptômes physiques, tels la perte de mémoire, les tremblements, la "gueule de bois".
- Dépendance psychologique envers l'alcool qui se manifeste par une incapacité ou une difficulté d'assumer les responsabilités quotidiennes. La prise d'alcool devient un élément nécessaire au fonctionnement de la personne.
- Problèmes médicaux : ulcères, cirrhose, complications cardiaques.
- Problèmes financiers.
- Problèmes conjugaux ou familiaux.
- Problèmes de relations avec des amis.
- Problèmes en milieu de travail.
- Agressivité verbale ou physique.
- Problèmes judiciaires ou légaux.

Dans le cadre d'une recherche approfondie sur l'alcoolisme des personnes âgées, Williams (1973) considère qu'une personne manifeste un problème d'alcoolisme lorsque 3 des 9 symptômes énumérés apparaissent à la suite de

consommation d'alcool. Compte tenu du fait que les personnes âgées sont plus susceptibles de boire seules ou en famille qu'en société, Mishara et Kastenbaum (1980) considèrent que l'identification de ces différents symptômes se révèle peut-être plus difficile chez les buveurs âgés que chez d'autres catégories de buveurs.

Bien que la reconnaissance d'un problème d'alcoolisme chez des personnes âgées demeure bien souvent ardue, la capacité d'une personne de faire face aux situations de stress associées au vieillissement semble un facteur déterminant dans la manifestation du problème.

En résumé, l'alcoolisme connaît de nombreux adeptes parmi les personnes âgées qui y trouvent un palliatif à leurs problèmes d'existence. Toutefois, l'ampleur du phénomène demeure difficile à évaluer, car les données actuelles nous présentent une vision partagée du problème. Derrière l'abus d'alcool se cache la personne qui vit une condition très particulière en tant que personne âgée. Il se peut que son alcoolisme remonte à ses vingt ans ou qu'au contraire, il soit très récent. Dans ces deux cas, nous devons nous interroger sur notre façon de répondre aux besoins d'une personne en difficulté et qui demande de l'aide. Cette personne vit la double contrainte d'être à la fois vieille et alcoolique. Or, il s'agit de deux attributions négatives dans l'échelle des valeurs transmises dans la société. Quelles attitudes manifestons-nous à l'égard des personnes âgées ayant ou pouvant avoir un problème de consommation excessive d'alcool ou de médicaments? Quels services leur sont offerts pour les aider à faire face à leur problème? Nous aborderons ces questions dans la prochaine partie.

DEMANDE D'AIDE DE LA PART DE PERSONNES ÂGÉES ABUSANT D'ALCOOL

Si nous reconnaissons l'existence possible d'un problème d'abus d'alcool chez les personnes âgées, nous pouvons affirmer leur droit de recevoir des services spécialisés pour les aider à faire face à ce problème. Dans les faits, nous constatons une grande réticence des personnes en poste dans les services spécialisés à accepter la demande d'aide d'une personne âgée qui est aux prises avec un problème d'alcool. Dans un premier temps, lors de la formulation de la demande d'aide, l'abus d'alcool ne représente pas toujours le motif apparent de la visite. L'investigation porte sur des problèmes physiques ou psychologiques et des soins appropriés sont donnés. Malheureusement, il arrive qu'une enquête peu poussée conduise un médecin à prescrire à une personne âgée des médicaments qui auront pour effet de nourrir sa dépendance à l'égard des drogues. Cette complicité apparente du médecin révèle plutôt chez lui un manque de connaissances gériatriques et une grande difficulté à traiter une situation perçue comme incurable. On entretient ainsi l'image de la personne âgée, malade, qui nécessite des services de santé pour continuer de fonctionner dans la société. Donc, les attitudes du

personnel médical confirment souvent la personne âgée dans sa vision d'elle-même en tant que personne malade et vouée irrémédiablement à cette situation.

Dans un deuxième temps, lorsque la personne âgée demande de l'aide par suite d'abus d'alcool et qu'elle présente, lors d'une admission aux services d'urgence d'un hôpital, des symptômes associés à un début de sénilité, les personnes ressources doivent distinguer les problèmes relatifs au vieillissement de ceux qui résultent de l'abus d'alcool. Ainsi, une première évaluation peut conclure à l'existence de problèmes de sénilité, alors qu'il peut en fait s'agir d'un syndrome cérébral sub-aigu consécutif à un abus d'alcool et dont les symptômes observés disparaîtront à la suite d'une période de désintoxication. Les personnes âgées abusant d'alcool sont susceptibles de développer de tels symptômes (pertes de mémoire, confusion dans le temps et dans l'espace, fabulations), en raison du fait qu'elles présentent souvent des carences alimentaires, surtout un manque de thiamine, vitamine qui joue un rôle important dans le fonctionnement des processus cognitifs.

Troisièmement, lorsque la personne âgée ayant abusé d'alcool demande de l'aide et que son intoxication est apparente, on est peu enclin à lui offrir un programme de désintoxication. Une telle attitude s'explique soit par l'inexistence d'un tel programme soit par une évaluation négative posée à l'égard de la personne âgée. On juge qu'elle ne désire pas cesser sa consommation et on l'accuse de manquer de motivation, alors qu'en réalité, son cerveau est embrouillé par l'alcool, ce qui rend excessivement difficile toute forme de prise de décision. À cet effet, il arrive fréquemment que la personne âgée ayant abusé d'alcool ne formule pas elle-même de demande d'aide. C'est plutôt une personne de son entourage, la voyant désorganisée, qui se chargera de la référer à un service spécialisé. Cette consultation médicale ou psychosociale survient tardivement dans le cas de personnes qui vivent isolées dans leur ghetto et sont alors en proie à la solitude, au découragement ou à la résignation. Au cours d'une recherche approfondie effectuée dans un secteur restreint du Centre-Sud de Montréal, Pelletier (1979) a constaté que la très grande majorité des chambreurs de plus de 50 ans étaient des buveurs à problèmes. Ce fait confirme cette notion de ghetto psychologique et social qui entoure une partie des personnes âgées abusant d'alcool.

Quatrièmement, même dans l'éventualité où la personne âgée intoxiquée puisse bénéficier d'un programme de désintoxication en milieu hospitalier dont les conditions favorisent la récupération physique et psychologique, la personne âgée ne possède pas ainsi l'assurance d'un mieux-être. Les connaissances empiriques sur l'alcoolisme nous révèlent l'existence d'une période stratégique d'une durée moyenne de 2 semaines suivant une désintoxication, à l'intérieur de laquelle la personne peut ressentir plus intensément un désir obsédant de boire de l'alcool. Elle est donc sujette à une rechute à brève échéance. Cette personne aurait alors avantage à être référée à un centre de réadaptation pour alcooliques.

Cinquièmement, les personnes âgées, en raison même de leur isolement social, manquent souvent de renseignements précis quant aux ressources existantes dans le domaine de l'alcoolisme. Derrière une certaine rigidité s'associant à la vieillesse se cachent parfois une crainte, une insécurité, une peur maladive d'avoir à vivre une période de sevrage difficile. La décision de demander de l'aide et de cesser toute consommation est capitale et il peut s'écouler des mois et même des années avant qu'elle ne se prenne.

Sixièmement, la notion "d'alcoolisme" véhicule encore beaucoup de préjugés dans la société. Bien qu'on traite maintenant l'alcoolisme en tant que maladie, les valeurs qui lui sont associées tentent encore à considérer l'alcoolique comme l'unique et seul responsable de ses intoxications. La dimension morale demeure encore très présente dans le jugement qui se fait et l'alcoolique est souvent perçu comme un être diminué. La personne âgée est peu encline à s'attribuer une identité négative qui lui porte un préjudice aussi considérable. Elle doit déjà faire face à son identité de personne âgée, et intégrer du même coup les valeurs négatives qui y sont associées. Elle se retrouve alors avec cette double contrainte, exprimée précédemment, qui consiste à être vieille et alcoolique.

Nous constatons donc qu'il est très difficile pour la personne âgée abusant d'alcool de demander de l'aide ou d'en recevoir. Cette difficulté découle autant de facteurs internes qu'externes à la personne. Les personnes ressources qui agissent dans ce secteur doivent se sensibiliser davantage à la problématique déjà exprimée afin de mieux dépister et aider les personnes âgées qui sont aux prises avec un problème éthylique.

TRAITEMENTS DE L'ABUS D'ALCOOL CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Si les personnes âgées qui sont aux prises avec un problème d'alcoolisme éprouvent d'énormes difficultés à obtenir de l'aide, on pourrait énoncer l'hypothèse suivante pour expliquer cette situation : les intervenants ont tendance à porter sur ces personnes un pronostic négatif. En effet, on les classe souvent dans la catégorie des gens présentant peu de chances de s'en sortir ("Poor risk") car on leur attribue une faible capacité de changement. On véhicule la croyance qu'en avançant en âge, il est normal qu'une personne se retire progressivement de la vie active. Cette croyance rejoint une théorie psychosociale en gérontologie élaborée par Cumming et Henry (1961) selon laquelle :

> "Le nombre des activités et des rôles sociaux d'un individu diminue et les liens affectifs qui l'unissent à ses univers sociaux perdent leur intensité à mesure qu'il avance en âge. Ce processus de marginalisation de la personne vieillissante s'effectue sans heurt, ni difficulté car il est perçu comme normal et bénéfique tant par l'individu concerné que par son entourage" (Lauzon, 1980, p. 3).

Cette approche est très contestée et il est faux de prétendre qu'il n'existe qu'une façon de vieillir. La personne âgée possède la capacité de maintenir un fonctionnement dynamique et est en mesure de résoudre des situations de conflits (Lauzon, 1980). Pourquoi devrions-nous donc nous interroger à savoir s'il est possible d'apporter une aide aux personnes âgées abusant d'alcool?

Les données recueillies dans la littérature démontrent l'importance de cette dernière question, car elle conditionne en bonne partie les attitudes des intervenants à l'égard des personnes âgées abusant d'alcool. Plus encore, elle détermine en partie les résultats obtenus à la suite du traitement. Mishara et Kastenbaum (1980) en viennent à la conclusion qu'il existe des preuves à l'effet que le pronostic des personnes âgées soit meilleur que ce qu'il laisse croire. La personne âgée peut nécessiter un traitement en raison de facteurs liés à la motivation, à l'étiologie, à la personnalité ou à l'environnement et ainsi parvenir à minimiser les problèmes consécutifs à sa consommation d'alcool. Les mêmes auteurs précisent que la notion de succès thérapeutique n'a pas une valeur unidimensionnelle; on peut la représenter de 3 façons différentes :

- simple abstinence totale.
- abstinence avec amélioration significative du fonctionnement de la personne.
- amélioration du fonctionnement de la personne, sans abstinence.

Les recherches relatées corroborent l'existence de cette conception plus élaborée du "succès". Dans cette perspective, l'abstinence totale ne constituerait pas le but ultime d'un traitement mais plutôt une condition biologique nécessaire au rétablissement psychosocial de la personne.

Un traitement doit donc avoir pour objectifs l'amélioration du fonctionnement psychologique, physique et social de la personne âgée. Il semble que les personnes âgées puissent surtout bénéficier de traitements en cliniques internes. Les interventions ne doivent cependant pas se limiter à la seule personne, mais inclure ses interactions avec son environnement physique et social, d'où l'importance d'un traitement externe à l'institution. Cette approche psychosociale du traitement apparaît fondamentale dans l'optique où l'on veuille offrir une aide véritable à la personne âgée abusant d'alcool. Une telle démarche requiert une plus grande connaissance de la réalité des personnes âgées et des besoins qu'elles manifestent. Il faut comprendre qu'un besoin obsessionnel de boire peut être le fruit d'un effort d'adaptation à la réalité et la manifestation d'un manque d'alternatives face à des problèmes tels que l'ennui, la solitude, souvent rencontrés chez les personnes âgées. En effet, quelles alternatives réalistes et raisonnables sont offertes dans une société qui place l'aide aux personnes âgées au bas des priorités sociales?

Dans un document préparé par Parker Marden (1976) de l'Institut américain sur l'abus d'alcool et l'alcoolisme, on recommande d'élaborer des programmes d'aide pour les personnes âgées abusant d'alcool, à partir des ressources et des services existants. Les auteurs précisent que l'application d'une telle politique nécessitera une certaine campagne d'éducation afin de faire accepter la rentabilité de tels programmes. De plus, ils affirment que les intervenants auraient avantage à être informés de notions gérontologiques, afin qu'ils puissent remplir plus adéquatement leurs fonctions d'assistance aux personnes âgées.

CONCLUSION

Depuis quelques années, l'importance numérique croissante des personnes âgées et leur regroupement ont amené au sein de la population une amorce de prise de conscience des problèmes complexes vécus par le 3e Âge : solitude, isolement, pauvreté. Longtemps perçus dans leur seule dimension individuelle, ces problèmes apparaissent maintenant dans leur dimension sociale et politique. Toutefois, avant qu'on assiste à des changements majeurs dans la façon de percevoir et d'intégrer la personne âgée comme citoyenne à part entière, cette dernière continuera à subir en partie les conséquences de son vieillissement. D'être perçue comme passive, dépendante, rigide ou limitée contribue à restreindre le champ de compétence d'une personne âgée et son niveau d'autonomie. Tout autre problème majeur vécu par la personne âgée amplifie sa difficulté à recevoir une aide adaptée à ses besoins. On se doit donc de s'ouvrir à la réalité des personnes âgées quelque soit la problématique existante et d'organiser des services appropriés. Dans certaines situations, les personnes âgées s'organisent elles-mêmes pour se donner de tels services. Dans d'autres situations, telle l'alcoolisme des personnes âgées, la population en général et les intervenants en particulier doivent partager cette responsabilité de répondre à la demande d'aide. Cela implique une réflexion préalable à toute action afin de prendre conscience de nos valeurs, de nos préjugés et de nos attitudes à l'égard des personnes âgées sans perdre de vue que la vieillesse ne nous est pas étrangère.

RÉFÉRENCES

CAHALAN, D., I.H. CISIN et H.M. CROSSLEY, 1969, *American Drinking Practices : A National Study of Drinking Behavior and Attitudes,* (Monograph n° 6), New-Brunswick, N.S., Rutgers Center of Alcohol Studies.

CARRUTH, B. (1973), Toward a Definition of Problem Drinking among Older Persons : Conceptual and Methodological Considerations, in E.P. Williams *et al.* (Eds), *Alcohol and Problem Drinking among Older Persons*, Springfield, Va : National Technical Information Service.

CUMMING, E. et W. HENRY, 1961, *Growing Old*, Basic Books, New York.

DREW, L.R.H., 1968, Alcoholism as a Self-Limiting Disease, *Quarterly Journal of Studies on Alcoholism*, 29, 956-967.

DUBUC, P., 1980, *Pour réussir une sobriété heureuse*, Stanké.

LAUZON, J.S., 1980, Aperçu de quelques théories psychosociales du vieillissement, *Santé mentale au Québec*, V, 2, 3-11.

MARDEN, P., 1976, *Alcohol abuse and the aged*, Unpublished report to the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, obtenu de Mishara et Kastenbaum, 1980.

MISHARA, B.L. et R. KASTENBAUM, 1980, *Alcohol and Old Age,* Grune and Stratton, New York.

PELLETIER, J., 1976, Problèmes liés à la consommation excessive d'alcool chez les personnes âgées, *Toxicomanies*, 9, 121-143.

ROSSIN. A. et M.M. GLATT, 1971, Alcohol Excess in the Elderly, *Quarterly Journal of Studies on Alcoholism*, 32, 53-59.

WILLIAMS, E.P., 1973, Alcoholism and Problem Drinking among Older Persons : Community Agency Study, in E.P. William *et al.* (Eds), *Alcohol and Problem Drinking among Older Persons*, Springfield, Va., National Technical Information Service.

ZAY, N., 1979, Implications sociales du vieillissement de la population québécoise, *Service Social*, 28, 2-3, 15-28.

SUMMARY

The author discusses the problem of alcoholism in the elderly. In the first part he describes the general situation of old people and the problems they most frequently encounter. He puts forward the hypothesis that the specific problems related to old age are a determining factor in the on-set or aggravation of an alcool abuse problem. In the second part he presents a brief survey of the literature on the subject and mentions the difficulties relative to a request for help by an elderly person grappling with an alcool abuse problem. Finally, he examines the nature of the treatment to be provide to such a person.