

L'ABUS D'ALCOOL ET DE PILULES CHEZ LES FEMMES AGEES: UN SYMPTOME D'UN MALAISE PLUS PROFOND

Marie Lecavalier et Guy Vermette

Research on drug addiction has not taken into consideration the fact that the level of addiction to medical drugs and alcohol is higher for older women than for older men. This addiction in older female population results in large part from their living conditions. They often live alone and are poor, feel socially isolated, and have a low self-esteem since they have lived their whole life dependent on their family. Medical drugs and alcohol help them to escape this reality. One out of four prescribed drugs for women are psychotropes, twice as much as for older men. Too little has been, and is being, done for these addicted older women. Doctors, who tend to prescribe drugs too easily to calm older women's anxieties, should be alerted. Social services will have to help older women develop new interests or new abilities.

L'alcoolisme et les autres toxicomanies chez les femmes âgées? Connais pas! On sait bien qu'elles consomment beaucoup de médicaments, mais il paraît que leur condition de santé le justifie. On s'étonne cependant de rencontrer de plus en plus de problèmes iatrogéniques¹ reliés à cette médication. Le phénomène existe en centres d'accueil pour soins prolongés, mais également chez la population des femmes âgées à domicile. Plus encore, des intervenants commencent à exprimer leur impuissance devant un "nouveau" phénomène qui est celui de "la femme âgée à la bouteille".

Les problèmes de dépendance à l'alcool et aux médicaments chez les femmes âgées existeraient donc, bien que la littérature scientifique y a accordé très peu d'importance ou d'attention. Cette omission s'expliquerait, en partie, par le fait que les recherches en "gérontoxicomanie" nous sont apparues asexuées. A savoir, que le sexe est rarement pris comme variable dépendante pour vérifier son influence sur les autres variables à l'étude, quand il ne s'agit pas d'exclure carrément les femmes âgées des échantillons. De plus, la littérature concernant la toxicomanie féminine a négligé, de son côté, d'isoler suffisamment la variable âge pour permettre une explication du phénomène chez les femmes âgées de 65 ans et plus.

Quelle que soit notre position pour percevoir la réalité, il nous apparaît essentiel que la compréhension des problèmes vécus par l'ensemble des femmes âgées repose en priorité sur la connaissance de leurs valeurs et de leurs conditions de vie.

Contexte de vie

Dans notre société revalorisant la jeunesse, la productivité et la femme-objet, être actuellement une femme âgée représente, pour plusieurs, une double épreuve. Les femmes âgées d'aujourd'hui ont consacré toute leur vie à défendre la pensée judéo-chrétienne concernant l'abnégation de soi afin de satisfaire les besoins de leurs parents, de leur conjoint ou de

leurs enfants. Elles se sont donc données pour des personnes qui sont maintenant décédées ou faisant partie d'un monde disloqué, en profonde mutation aux niveaux des valeurs et des structures. La famille, univers sacré des femmes âgées, se meurt ou se transforme en provoquant souvent chez elles un choc culturel, un sentiment d'être dépassées, d'être exclues, d'être inutiles. Dans une telle situation, les femmes âgées se renvoient l'image que leur vie n'appartient qu'au passé, qu'elles ne sont plus femmes mais simplement personnes âgées et que la mort représente leur prochaine et dernière expérience de vie. Elles se rapprochent de plus en plus de cette expérience ultime lorsqu'elles vivent, parfois péniblement, la mort d'êtres chers.

Au niveau de leurs conditions de vie, les femmes âgées vivent souvent une situation de pauvreté, de maladie et de solitude. Pauvres à cause de leur dépendance financière découlant d'une situation antérieure de sans-emploi, d'emplois sous-rémunérés ou de fonds de pension inexistantes. Malades et seules parce qu'elles survivent en moyenne huit ans après la mort de leur conjoint. La maladie qui a conduit à cette mort, ainsi que l'adaptation au fait de vivre sans l'autre, leur ont pris une bonne quantité d'énergie au point de détériorer leur propre santé physique ou mentale. De plus, les femmes âgées vivent, fréquemment, des problèmes du système ostéo-articulaire, ce qui les limite davantage dans leurs activités. Les femmes vivraient donc plus longtemps, mais plus longtemps malades. Finalement, leurs conditions de femmes malades, pauvres et seules accentuent leurs difficultés de maintenir un contact avec le milieu social et les immobilisent davantage dans la solitude de leur logement.

C'est dans ce contexte que nous allons nous interroger sur l'utilisation problématique que les femmes âgées feraient de l'alcool et des médicaments.

Consommation de médicament

Il est établi qu'en vieillissant, une personne devient davantage

vulnérable à des maladies dites de dégénérescence pour lesquelles des médicaments sont prescrits. Plus la personne développe de problèmes physiques, plus elle est susceptible de prendre des médicaments.

Comment expliquer cependant le fait que quatre des dix médicaments les plus prescrits chez les personnes âgées sont des psychotropes (Task Force on Prescription Drugs, 1968) c'est-à-dire des médicaments dont la propriété pharmacologique n'est pas d'agir sur des problèmes physiques mais davantage au niveau du système nerveux central? En fait, un peu plus du tiers de tous les psychotropes offerts par ordonnances le sont aux personnes âgées (Harding, 1978). Cette situation devient encore plus inquiétante lorsque les statistiques précisent que les femmes âgées recevraient deux fois plus de ce type de médicament que les hommes âgés (Régie d'assurance maladie du Québec, 1979).

Les femmes âgées représentent donc des surconsommatrices tout au moins de psychotropes et se mettent ainsi dans une position très vulnérable: elles développent des problèmes multiples consécutifs à la consommation de ces médicaments; les pilules créent alors des symptômes pour lesquels de nouvelles pilules sont offertes. Ce phénomène de surconsommation et de maladie iatrogénique chez les femmes âgées a de profondes racines dans les conditions de vie difficiles qui ont été décrites précédemment. Elles vivent un sentiment d'impuissance et d'insécurité ainsi qu'une réaction d'anxiété à tenter de s'adapter à leur réalité.

Elles se sont conditionnées à consulter le médecin afin de rechercher une solution à leurs problèmes. Toute leur vie a été ponctuée par l'intervention médicale (menstruation, contraception, accouchement, ménopause, santé des enfants...) et cette dépendance à l'acte et au corps médical représente bien souvent l'unique voie que les femmes âgées ont apprise pour se faire entendre.

De plus, la maladie permet de briser leur isolement social. La consultation médicale s'apparente, alors, à une démarche de socialisation où la salle d'attente devient un lieu de

rencontre, de partage, de support et le cabinet médical, l'endroit privilégié où quelqu'un prend de son temps juste pour elles.

A cet effet, nous observons chez les femmes âgées un paradoxe qui est celui du sentiment d'autonomie relié à la maladie. Elles nourrissent l'impression de contrôler leur maladie à travers l'utilisation des services de santé tout en retirant les gains secondaires reliés à leur besoin de support et d'attention ainsi qu'au besoin de briser leur isolement social. Cependant, la maladie et leur relation avec les services de santé les contrôlent en les maintenant dans une situation de dépendance et de passivité qui empêche toute forme de réaménagements qui puisse conduire, chez elles, à une plus grande prise en charge.

Dans ce contexte, la maladie serait une forme de langage établi entre la personne et l'organisation sociale qui ne lui laisse pas d'autres possibilités de s'exprimer (Balier, 1975). D'une façon générale, la surconsommation de psychotropes chez les femmes s'insère dans un rapport de pouvoir qu'une société patriarcale impose à la femme et qui la prédispose aux yeux des médecins à devenir une personne vulnérable, dépendante et malade (Nadeau, 1981). Pour les femmes âgées, la prescription de psychotropes est peut-être encore plus la manifestation d'une impuissance des médecins à apporter de réelles solutions aux problèmes qui sont au-delà des symptômes observés. La diminution de leurs capacités vitales, le manque de support extérieur, ainsi qu'une espérance de vie restreinte, nourrissent cet acte d'anesthésier les douleurs et les insécurités vécues par les femmes âgées.

Il faut comprendre, finalement, que toute stratégie d'adaptation basée sur l'utilisation des psychotropes diminue les capacités d'une personne à développer des réponses efficaces à ses problèmes. Les femmes âgées qui en consomment voient donc rétrécir leur champ de compétence et de pouvoir. Elles s'en remettent à la compétence et au pouvoir des autres. Elles deviennent hyper-conformistes et préoccupées par les attentes d'autrui et par le désir de "ne pas déranger". L'utilisation massive de médicaments

chez les femmes âgées, leurs nombreuses pathologies et leur contexte psychosocial difficile amènent Barbeau à "considérer la consommation des drogues comme la rançon de la vieillesse (1980, p. 137).

Problèmes d'alcool

En parallèle à une surconsommation de médicaments, grandement cautionnée par la société, apparaît de plus en plus fortement chez les femmes âgées un problème de consommation d'alcool. Cette réalité commence à être décrite par des intervenants de première ligne qui ont décidé d'avouer leur impuissance à aider les femmes âgées aux prises avec un tel problème. Ces intervenants travaillent principalement dans les programmes de maintien à domicile où ils desservent une population âgée, isolée socialement et diminuée au niveau de leurs capacités physiques.

Il semble que les femmes âgées alcooliques utiliseraient en plus, fréquemment, des tranquillisants mineurs. Nadeau (1981) suggère que chez la femme une telle utilisation parallèle de tranquillisants mineurs s'inscrirait dans un désir de diminuer sa consommation abusive d'alcool; car la stigmatisation qu'engendre une telle consommation est lourde lorsqu'on est femme et par surcroît âgée. Les femmes alcooliques, parce qu'elles boivent, vivent dans la honte, la culpabilité, et le sentiment d'être de mauvaises femmes et de mauvaises mères. Leur auto-critique très négative est entretenue par l'entourage: pour dix maris alcooliques, en effet, il n'y a qu'une femme qui se sépare, alors que pour dix femmes alcooliques il y a neuf maris qui se séparent (Govier, 1976). Les femmes alcooliques sont donc bien souvent rejetées par leur entourage. Chez les femmes âgées alcooliques, ce rejet est moins apparent. D'une part, à cause de leur situation plus fréquente de personne veuve ou de personne seule. D'autre part, le rejet peut prendre la forme d'une négation du problème par l'entourage, au point où leur condition médicale ou psychologique se détériore et nécessite une hospitalisation ou même une institutionnalisation.

Compte tenu de la forte stigmatisation rattachée à l'image de la "femme âgée à la bouteille", il est difficile de bien comprendre les motivations qui poussent les femmes âgées à s'adonner quand même à une telle consommation. Une explication possible est inspirée des théories sociologiques du contrôle social (Peck, 1979). Les femmes âgées vivraient une condition d'anomie² créant chez elles une ambiguïté de leur statut, un conflit au niveau des attentes et un désengagement social. Ces changements auraient pour effet de diminuer leur attachement au tissu social. L'abus d'alcool serait alors chez les femmes âgées un comportement déviant qui servirait de mécanisme d'adaptation à leurs conditions de vie stressantes, à leurs sentiments d'isolement social et de dégradation et à leur faible estime de soi. Ce comportement déviant serait aussi une réaction à la forte stigmatisation et aux stéréotypes négatifs associés à la vieillesse.

Comme pour la consommation de médicaments, l'abus d'alcool représenterait donc une stratégie d'adaptation face à certaines réalités difficiles. A un stade moins avancé, cette consommation d'alcool pourrait prendre la forme d'une auto-médication, les femmes âgées utilisant l'alcool comme médicament pour s'endormir plus facilement, se donner la force d'assumer leurs tâches quotidiennes ou pour réduire leurs tensions et leurs douleurs. A un stade plus avancé, elle serait davantage une forme d'aliénation, un mécanisme d'adaptation devenu inopérant de par le dysfonctionnement provoqué suite à l'intoxication. Finalement, cette consommation abusive d'alcool peut prendre la forme d'un comportement auto-destructeur en réaction à des sentiments d'échec, d'impasse et d'impuissance, ainsi qu'à un manque d'espoir en des jours meilleurs.

Au-delà de la stigmatisation rattachée à la consommation abusive d'alcool chez les femmes âgées, nous assistons depuis peu à une évolution des modèles de consommation ainsi qu'à une évolution des valeurs et des perceptions associées à ces modèles. Nous manquons cependant d'études épidémiologiques pour en vérifier l'impact au niveau des modèles de consommation chez les femmes

âgées. Nous émettons l'hypothèse qu'avec l'infiltration massive du vin comme "produit de notre alimentation", les femmes âgées, en particulier, vont vivre éventuellement une augmentation de leur consommation d'alcool. Cette évolution serait favorisée par la très grande accessibilité du vin dans les lieux qu'elles fréquentent pour se procurer leurs aliments. Aucune stigmatisation n'est rattachée aux femmes âgées qui s'achètent une bouteille de vin au dépanneur ou à l'épicerie du quartier, alors qu'il en est autrement si elles se procurent un petit 10 on. de spiritueux ou de la bière. Nous assistons donc à une normalisation de la consommation d'alcool à travers une publicité agressive et envahissante qui vante les mérites de l'alcool comme source de plaisir et de vie, comme lubrifiant social. Le taux d'alcoolisme dans toute société varie proportionnellement à la quantité d'alcool consommée. Si les femmes âgées amorcent ou augmentent leur consommation d'alcool, il devient pensable que les problèmes d'alcool, chez elles, vont également augmenter.

Cette perspective semble malheureusement déjà amorcée lorsque nous constatons dans le vécu des intervenants qu'il y aurait chez les femmes âgées alcooliques un pourcentage appréciable d'entre elles qui ont développé leur alcoolisme depuis peu d'années. Ces femmes auraient abusé d'alcool pour tenter de faire face aux conséquences de certains événements de la vie, tels que la mort d'un conjoint ou d'êtres chers, le départ des enfants de la maison, l'apparition de maladie dégénérative; en fait, des événements qui provoquent ou accentuent un sentiment de solitude, d'ennui, d'inutilité et d'incapacité. Contrairement aux femmes alcooliques qui le sont depuis très longtemps, elles n'auraient pas de dysfonctionnement au niveau de la personnalité. Les facteurs explicatifs de leur alcoolisme seraient davantage situationnels.

Que les femmes âgées manifestent un problème d'alcool ou de médicaments depuis peu de temps ou depuis très longtemps, elles ont le droit, si elles le désirent, de se faire aider pour se défaire de ces dépendances qui entretiennent leur image

de personne malade et irrémédiablement vouée à le demeurer. Faut-il encore qu'elles soient informées des services existants, susceptibles de répondre à leurs besoins et que ces services leur soient offerts.

Traitement

Nous n'avons pas voulu prétendre, dans ce texte, que la prévalence des toxicomanies chez les femmes âgées est très élevée. Notre intention était de révéler l'existence du phénomène, d'apporter des tentatives d'explications et d'en venir à ce stade-ci à proposer des perspectives de solutions.

Cependant, la prévalence de ce phénomène ne serait pas inférieure aux 10 p. 100 de personnes alcooliques et toxicomanes que nous retrouvons en industrie et pour lesquelles des millions de dollars ont été dépensés depuis dix ans, en Amérique du Nord, afin de leur venir en aide au travers des programmes de dépistage. Qu'en est-il pour les personnes âgées et particulièrement les femmes âgées aux prises avec un problème semblable? Pourquoi le centième des mêmes montants n'est-il pas dépensé pour leur venir en aide? Il est vrai que dans le secteur de l'industrie, ces montants dépensés deviennent un investissement car ils visent à rehausser la productivité d'un employé ou d'une façon préventive à réduire les risques d'une baisse de productivité consécutive à des problèmes de toxicomanies. Cet écart flagrant au niveau des services offerts à ces deux populations-cibles, les travailleurs et les personnes âgées, nous paraît discriminatoire et à dénoncer, car il nous confronte à l'absence de rôle et au manque d'importance que nous réservons individuellement et collectivement aux personnes âgées. Ces dernières sont perçues comme n'étant plus capables de produire, d'être utiles. Plus encore, la capacité qu'on leur accorde de modifier leurs conditions de vie et plus particulièrement de se défaire d'une problématique de toxicomanie est très réduite sinon inexistante. Cette perception préjudiciable découle, peut-être, d'une compréhension inavouée des problèmes de fond qu'implique une toxicomanie chez les personnes âgées

en général et chez les femmes âgées en particulier, ainsi que des sentiments d'incapacité, d'impuissance et d'appréhension que ce phénomène fait vivre en chacun de nous.

Dans une des premières publications sur le traitement des femmes âgées alcooliques, Rathbone-McCuan et Roberds (1980) suggèrent, premièrement, que les programmes en toxicomanie féminine ainsi que ceux en gérontoxicomanie (largement dispensés aux hommes âgés) soient évalués pour leur capacité à répondre aux besoins de la clientèle des femmes âgées. Ces dernières partageraient plusieurs réalités vécues par une clientèle de femmes plus jeunes, mais leurs conditions de vie ainsi que les différents effets du processus de vieillissement leur feraient grandement partager d'autres réalités vécues par une clientèle d'hommes âgés.

Se cantonner exclusivement à l'intérieur d'une conception soit féministe, soit gérontologique des toxicomanies chez les femmes âgées risque de réduire la compréhension du problème et la capacité d'y répondre. La réalité doit donc être perçue et analysée dans sa complexité et tenir compte de ces deux principales composantes.

A cause de l'isolement vécu par bon nombre de ces femmes âgées et à cause de l'effet stigmatisant de leur toxicomanie, les auteurs suggèrent, deuxièmement, qu'il serait important d'élaborer des services pour les dépister et les orienter vers des ressources spécialisées. D'autre part, se basant sur des données montrant que la période de désintoxication serait plus longue chez la femme que chez l'homme (Marden et Kolodner, 1979), elles considèrent la désintoxication comme une étape cruciale dans le traitement en gérontoxicomanie féminine. Elles y accordent beaucoup d'importance à cause de la fréquence très grande de problèmes physiques chez ces femmes âgées, de leur sous-alimentation ou d'une carence vitaminique, et des risques accrus lors de la période de retrait des symptômes d'intoxication (sevrage). Compte tenu des pertes successives souvent vécues par les femmes âgées, ces auteurs suggèrent, finalement, de tenir compte du processus de deuil qu'engendre ces pertes afin d'aider la femme à résorber sa peine et à

développer de nouveaux centres d'intérêt, de nouvelles aptitudes ou à redécouvrir des intérêts acquis mais délaissés au fil du temps et des événements.

Considérant que la toxicomanie la plus connue chez les femmes âgées est celle acceptée et nourrie par le corps médical, nous croyons fondamental que tout médecin travaillant en clinique médicale, en salle d'urgence et en centre hospitalier puisse s'interroger sur la pratique de prescrire des médicaments aux personnes âgées et aux femmes âgées en particulier. Les médecins détiennent une position privilégiée pour réorienter les femmes âgées dans les moyens utilisés pour faire face aux symptômes pour lesquels elles consultent. Faut-il encore qu'elles acceptent ce nouveau mode d'intervention et qu'elles s'y adaptent!

Aucun autre moyen utilisé pour composer avec la réalité aura un effet aussi rapide et magique que l'alcool et les médicaments. Pour se défaire d'une toxicomanie, la personne se doit de réaménager différents aspects de son fonctionnement et d'accepter que cette démarche demande de l'effort, du temps et de l'aide. Faute de solution alternative, les médicaments et l'alcool représentent une solution privilégiée pour altérer sa perception ou les conditions de sa réalité. La personne se maintient dans une situation de dépendance au point d'en être aliénée.

Il en va de soi de sa qualité de vie!

Bibliographie:

- BALIER, C. (1975). Les fondements psychologiques de l'image dévalorisée de la vieillesse dans *Gérontologie*, 20, p. 26.
- BARBEAU, G. (1980). La sexualité de la personne âgée et les médicaments dans *Santé Mentale au Québec*, V, 2, p. 137.
- GOVIER, K. (1976). Ladies on the rock: the anonymous alcoholics in *Weekend Magazine*, April 3. Vol 26. pp. 4-6, 8.
- HARDING, J. (1978). A socio-demographic profile of people prescribed. Mood-Modifiers in Saskatchewan: Final Report. Regina: Alcoholism Commission of Saskatchewan Research Division, ca 50 p.
- MARDEN, P. et KOLODNER, K. (1979). Alcohol abuse among women: Gender differences and their implications for the delivery of services prepared for the division of special treatment programs. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville, Maryland.
- NADEAU, L. (1981). Féminité et drogues: l'impossible réconciliation? dans *Va te faire soigner, t'es malade!* A. Stanké (ed.). Montréal. pp. 99-139.

PECK, D.G. (1979). Alcohol abuse and the elderly: Social control and conformity. *Journal of drug issues*, Vol. 91. pp. 63-71.

Régie de l'Assurance-Maladie du Québec (1979). Statistiques annuelles. Québec: Direction des relations publiques de la régie de l'assurance-maladie du Québec.

RATHBONE-MCCUAN, E. et ROBERDS, L.A. (1980). Treatment of the older female alcoholic. Focus on women: *Journal of addictions and health* 1(2): pp. 104-129.

Task Force on Prescription Drugs (1968). The drug users. Washington D.C. U.S. Government Print Office.

ZAY, N. (1981). Dictionnaire - Manuel de Gérontologie Sociale: Les Presses de l'Université Laval. p. 38.

1. Iatrogénique: Se dit d'un trouble ou d'une affection survenu à la suite d'un acte médical quelconque, le plus souvent après administration plus ou moins prolongée d'un médicament.
2. Anomie: Concept sociologique utilisé parfois en gérontologie pour décrire la situation des personnes âgées auxquelles la société n'a aucun but à proposer ni de rôle à offrir. (Zay, 1981, p. 38).

Marie Lecavalier est intervenante en toxicomanie au Centre d'Accueil Domrémy-Montréal et chargée de cours à l'Université de Sherbrooke.

Guy Vermette est chef d'unité de réadaptation au Centre d'Accueil Domrémy-Montréal depuis six ans et est activement impliqué dans le domaine de la gérontoxicomanie.

A KNOWN LINE

These moments, poems, memory, use
is a wooden clothes pin we have used
to anchor ourselves to a known line

But a wooden clothes pin grows brittle,
wintering over and over, aging
until in the cold face
of some bright February morning
it splinters and snaps
dropping the sheet that catches
the slight wind like a sail
scattering the entire week's wash
in a torn mime
across the frozen ground

We run to follow
gathering the stained collection
of mis-matched clothes we have worn
and with numb fingers
hold the faded familiar pieces
of cloth in our arms

Jan McMillin
Toronto, Ontario