

DÉBAT

Des bars en Ehpad : promotion de la citoyenneté des résidents ou leurre potentiellement risqué ?

Nicolas FOUREUR
Ingrid VOLÉRY

Cette rubrique « débat » cherche à faire valoir des points de vue à propos d'un thème lié à la vieillesse et aux personnes âgées, afin d'alimenter les échanges chez les professionnels, les chercheurs et au sein de la société.

Dans ce numéro, nous avons essayé de rendre compte d'une réflexion actuellement conduite sur « les bars en Ehpad ». D'apparence anodine, la question soulevée est d'importance car elle touche à des dimensions structurant la réflexion collective concernant l'accompagnement des personnes très âgées : la tension entre l'accès à la prévention et aux soins addictologiques et le droit à la consommation d'alcool accordé aux autres âges ; le statut social et symbolique des Ehpad et leur degré d'inclusion dans la ville ; la prise en compte du parcours biographique des personnes âgées dans la gestion de la consommation et l'encadrement des modes de vie en Ehpad ; le respect du sujet âgé, y compris lorsqu'il souffre de pathologies neurodégénératives pouvant susciter des consommations compulsives... Bref, les connaissances accumulées sur les risques sanitaires liés à la consommation d'alcool ne sauraient, à elles seules, résoudre les questionnements et dilemmes éthiques rencontrés dans les établissements. Pourtant, le présent débat est né difficilement – en particulier lorsqu'il s'est agi de trouver des médecins acceptant de réagir au libre propos d'Antoine Gérard. Ces difficultés sont-elles liées à un sujet jugé sans enjeux, comparativement à d'autres troubles ou questions plus médiatisés du grand-âge ? Découlent-elles au contraire du sentiment que le débat est déjà clos par les connaissances accumulées en addictologie ? Ou renseignent-elles sur une division interne au groupe professionnel des médecins selon l'importance qu'ils accordent aux savoirs médicaux dans l'élucidation d'enjeux sanitaires qui sont toujours aussi des enjeux sociaux et moraux ? La réflexion est ouverte et nous remercions sincèrement ceux qui ont bien voulu jouer le jeu du débat. Nous aimerions que ces quelques lignes soient reçues comme une simple matière à penser.

La proposition comprend le libre propos « Faut-il ouvrir des bars en Ehpad ? Une tentative de prise de distance... » d'*Antoine Gérard*, sociologue de formation et maintenant président de l'association Bertha qui « met en place des bars en Ehpad » et les contributions de deux médecins, celle de *Dominique Somme*, professeur en gériatrie à Rennes et ancien corédacteur en chef de la revue *Gérontologie et société*, et celle de *Jean Saric*, ancien professeur en chirurgie digestive à Bordeaux. Nous avons demandé à ces médecins de réagir au libre propos initial à partir de ces quatre questions :

1. Dans le domaine gériatrique, quels sont les types de recherches conduites sur les effets de l'alcool chez les personnes âgées ? Savons-nous quels sont les niveaux moyens de consommation des personnes âgées, à domicile notamment où la consommation n'est pas « surveillée » ? Que montrent les recherches en termes de risques mais aussi de bénéfices pour les consommateurs âgés, tant d'un point de vue sanitaire que social ?
2. Dans votre accompagnement auprès de personnes âgées, à domicile ou en résidence autonomie, comment abordez-vous la question de la consommation d'alcool (en consultation par exemple) ? Quelles sont vos recommandations et en fonction de quoi les faites-vous ? Par rapport à ces pratiques, quelles sont les questions spécifiques que pose l'accès à des boissons alcoolisées en Ehpad ? Dans ces différentes situations, pensez-vous la balance bénéfices-risques différemment ?
3. Quelles sont ou seraient les répercussions d'un débit de boissons, entre autres alcoolisées, sur le fonctionnement d'un Ehpad ? Quels risques et bénéfices, sanitaires, sociaux, éthiques ou professionnels y voyez-vous ? Et pour quels types de personnes âgées ?
4. Quelles régulations de la consommation d'alcool en établissement vous sembleraient-elles possibles ? Souhaitables ? Et pour quels types de personnes âgées ?

Chacun y a répondu à sa façon, faisant valoir des positions qui vont bien plus loin que la question des bars, et de l'alcool, en Ehpad...

Faut-il ouvrir des bars en Ehpad ? Une tentative de prise de distance...

Antoine GÉRARD

Sociologue et Président de l'association Bistrot Bertha

Depuis quelques mois, une question surprenante agite les professionnels du secteur de la gérontologie : faut-il ou non ouvrir des bars servant de l'alcool dans les Ehpad¹ ? Si, à première vue, cette interrogation peut prêter à sourire, elle représente en réalité un véritable enjeu : jusqu'où les établissements pour personnes âgées doivent-ils aller pour s'intégrer à leur territoire et combattre l'isolement des seniors ? Cette question suscite un vif débat car elle vient remettre en discussion le point d'équilibre de la balance bénéfice-risque qui guide habituellement les décisions dans ce type d'établissement. Pourtant, cette question ne me semble pas être le cœur du sujet.

Contexte

Je m'appelle Antoine Gérard et je suis le président de Bistrot Bertha, une association dont la mission est de replacer l'Ehpad² au cœur du village. Concrètement, nous aidons les établissements pour personnes âgées à créer et exploiter des bistrots, ouverts à tous, avec licence de débit de boissons (Licence III), dans leurs locaux. Chaque bistrot est un café associatif, indépendant de l'établissement, géré par un bistrotier. Les recettes du bistrot permettent d'en couvrir les charges. Une programmation ludique et culturelle intense parallèle à l'activité de débit de boissons permet d'attirer le grand public (exemples : karaoké, bals, pique-nique, etc.).

L'association, née en 2023, émerge à la suite de différents projets menés ces dernières années en tant que chercheur (doctorat de sociologie et Responsable pôle de Recherche Domitys) ou entrepreneur (Fondateur et dirigeant de Briscard et de Bistrot Bertha), et qui m'ont amené aux trois convictions suivantes. Premièrement, s'impose aujourd'hui la nécessité de changer l'Ehpad. Les exigences des familles en matière d'accompagnement des personnes dépendantes ont évolué et ne correspondent plus à ce que proposent les établissements. Pour autant, les Ehpad ne doivent pas se transformer en hôpitaux gériatriques et, au contraire, réaffirmer leur nature de lieux de

¹ Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

² Nous parlerons ici principalement de l'Ehpad, toutefois nous ouvrons des bistrots dans différents types d'établissement pour personnes âgées.

vie et s'ouvrir à leur territoire. Deuxièmement, des lieux de convivialité doivent être développés. Il semble urgent et important de développer des solutions pour la satisfaction des besoins relationnels des résidents en établissements, qu'il s'agisse d'offrir plus d'opportunités de rencontre, d'encourager la venue des familles, ou de permettre d'autres formes de relation avec les équipes que celles permises par un acte de soin. Troisièmement, il faut rappeler qu'une personne âgée reste un adulte jusqu'au bout. En cela, le bistrot est un espace de liberté offert aux résidents, lui permettant de s'extraire de l'Ehpad et d'exercer son autonomie tant dans l'usage de son propre argent que dans le choix de ses consommations. Y compris donc de consommer de l'alcool.

C'est autour de ce troisième point que je vais articuler ma réflexion, en essayant de dépasser le classique débat opposant la liberté individuelle à la sécurité, que vient poser la question de la consommation d'alcool dans un établissement, pour poser une question qui me semble davantage fondamentale pour l'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées : comment considérons-nous la personne âgée que nous accompagnons ?

L'éternel débat : liberté contre sécurité

L'opposition entre liberté et sécurité est depuis toujours au cœur des pratiques en institutions gérontologiques, doublement concernées dans leurs missions de « protéger » les personnes de leurs vulnérabilités (sécurité) tout en leur permettant de continuer à vivre au plus près de leurs souhaits (liberté). Toutefois, le « curseur de cette balance » n'a cessé de se déplacer au cours du dernier demi-siècle de prise en charge institutionnelle. Nous sommes passés, dans les années 1980, d'une maison de retraite accueillant un public certes âgé mais aux niveaux de vulnérabilités diverses, à une spécialisation dans l'accueil des personnes avec des difficultés motrices et cognitives (qualifiées de « dépendantes ») dans les années 1990. C'est à cette époque que l'on voit apparaître la notion de maison de retraite médicalisée, qui deviendra Ehpad. Toutefois, au tournant des années 2000, le législateur a jugé bon de rappeler que la mission de ces établissements doit s'inscrire dans le respect des droits et des usages des résidents (article L 311-4 du Code de l'action sociale et des familles). Cette dimension a été rapidement oubliée, puisque les années 2010 ont marqué le développement massif des acteurs privés, dont le discours sécuritaire séduit les aidants souhaitant une protection maximale pour leur parent. Certes, il y a eu quelques voix pour rappeler que l'Ehpad est un lieu de vie avant d'être un lieu de soin, mais elles ont trouvé peu d'écho, la médicalisation de ces établissements se poursuivant (Delouette & Nirello, 2017). Le point culminant de ce paradigme a été le début des années 2020, où le curseur de la « sécurité » a été poussé à son paroxysme lors de la crise du Covid et de ce que les médias ont appelé « l'affaire Orpéa ». Depuis, les établissements connaissent une profonde crise économique mais aussi de sens : un nombre croissant d'Ehpad ont entamé leur mutation pour devenir des lieux de vie qui soignent, et non des lieux de soin où les gens vivent. Toutefois, face au manque de ressources et de compétences pour effectuer cette transition, et l'accroissement du niveau de dépendance des résidents, la plupart des établissements continuent de considérer qu'ils doivent avant tout

protéger les résidents, y compris contre eux-mêmes. Si les premiers estiment alors que la question de la consommation d'alcool est avant tout une question de liberté personnelle, les seconds défendent l'idée que l'alcool n'a pas sa place dans un lieu de soin et qu'il s'agit d'un risque supplémentaire inutile.

Un nouveau point d'équilibre de la balance bénéfice-risque ?

Les bénéfices attendus de l'implantation d'un bistrot en Ehpad recouvrent la création, au sein de l'établissement, d'un espace de convivialité, joyeux et dépaysant, qui permet de « sortir » symboliquement de l'Ehpad et d'y retrouver famille et amis dans un contexte différent. Le bistrot permet également de bénéficier d'une offre ludique et culturelle grand public où l'âge ne compte plus. Ces éléments contribuent à une meilleure santé mentale et relationnelle des résidents ainsi qu'à l'amélioration de leur qualité de vie³. C'est d'ailleurs ce que confirment les établissements qui ont mis en place de tels lieux, notamment en lien avec l'association Bistrot Bertha, même si pour l'instant nous manquons encore de recul sur l'évaluation de telles pratiques. En effet, nos premiers bistrotiers n'ont que quelques mois d'existence et nous n'avons pas de réponses claires aux questions suivantes. Quelle proportion et type de résidents fréquente le lieu ? Quelles conséquences réelles ont ces lieux sur la solitude et l'isolement ? Sur le sentiment de pouvoir d'agir ? Sur le sentiment de liberté ? Certains résidents se sentent-ils exclus ? Pour quelles raisons ? etc. Pour connaître avec précision les bénéfices et les risques d'un tel lieu, et mettre en lumière leurs éventuels angles morts, il faudrait une étude d'impact, qui n'existe pas à ce jour. Les risques liés à l'ouverture de bistrotiers, relatifs à la réintroduction de la monnaie dans l'établissement ou aux entrées et sorties indésirables de l'établissement, sont jugés inférieurs aux bénéfices. Seul un type de risque persiste et cristallise le débat : celui lié à la consommation d'alcool.

L'alcool est un psychotrope bien connu qui altère les capacités motrices et cognitives des individus qui en consomment, au point que sa consommation est légalement limitée dans l'espace public. Sa consommation est donc considérée comme un facteur de risque. Trois risques ressortent principalement des débats autour de cette question (au sein de l'espace public ou même lors de nos échanges avec les équipes d'Ehpad). Le premier risque est souvent celui de l'addiction. Un bistrot au sein même de l'établissement offrirait un accès facilité à l'alcool et donc, une tentation trop grande pour la personne sevrée, qui retomberait inévitablement dans son addiction. Le second risque souvent évoqué recouvre les interactions médicamenteuses. La consommation d'alcool est déconseillée, voire prohibée avec la prise de certains médicaments, le problème étant que les résidents sont peu informés des médicaments qu'on leur donne et des restrictions associées. Et même si c'était le cas, ils pourraient malgré tout décider de consommer de l'alcool et prendre le risque de rendre inopérant ou délétère leur traitement. Le fait que la consommation d'alcool exacerbe des risques déjà présents dans

³ Voir par exemple la méta-analyse de Jennifer Bethell *et al.* (2021).

les établissements, tels que les chutes ou les troubles du comportement, constitue le troisième argument fréquemment convoqué. Équipes et familles s'inquiètent notamment de l'agressivité potentielle des résidents, entre eux ou vis-à-vis des professionnels, ou de leurs désinhibitions, notamment sexuelles.

Face à ces risques liés à la consommation d'alcool, il convient de nous poser quatre questions. Ces risques sont-ils significatifs (leur fréquence et leur gravité sont-elles réellement importantes) ? Ces risques peuvent-ils être prévenus (peut-on réduire leur fréquence d'apparition) ? Ces risques peuvent-ils être maîtrisés (peut-on limiter leurs conséquences si le risque se concrétise) ?

Je ne vais pas détailler les réponses à ces quatre questions ici, laissant chacun se faire son propre avis en fonction du contexte dans lequel il évolue. Rappelons néanmoins quelques évidences, que la raison peut nous faire oublier tant le sujet est sensible, en particulier parmi ceux qui estiment ne pas avoir les ressources suffisantes pour accompagner correctement les résidents. Un bistrot n'est pas un libre-service d'alcool. Il dispose d'horaires, de règles, et les boissons doivent être achetées par les clients. De plus, le gérant peut refuser de servir un client s'il estime que sa consommation n'est pas raisonnable. À ces règles, l'Ehpad et le bistrot peuvent ajouter leurs propres normes et bonnes pratiques. Par exemple, dans nos Bistrots Bertha, nous jugeons qu'une personne anciennement alcoolique ne devrait pas avoir à décider de boire ou non de l'alcool face à la tentation que représente le bar. Nous proposons donc que le résident inscrive dans son projet d'accompagnement personnalisé son souhait que chaque commande d'alcool soit remplacée par une alternative sans alcool. Le bistrotier, disposant de cette information, peut alors servir au résident sa boisson sans alcool sans le stigmatiser. Il est aussi possible de servir avec chaque verre d'alcool un verre d'eau, réduire l'amplitude des horaires d'ouverture du bistrot (qui pourra ouvrir en mode cafétéria et donc sans alcool, en dehors de ces horaires) ou tout simplement proposer des boissons sans alcool plus attractives (par le goût, par l'aspect, par le prix, etc.) que celles avec alcool. Certes, le risque zéro n'existe pas et oui, le risque est plus élevé avec un bistrot dans l'établissement qu'à l'autre bout de la ville. Mais les bénéfices sont aussi significatifs.

Ces bénéfices ont déjà été évoqués plus haut, mais on peut se demander pourquoi il faudrait en passer par l'ouverture d'un bistrot pour les obtenir. Un salon de thé ne ferait-il pas l'affaire ? Je pense que non et pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il faut revenir au but premier d'un tel lieu, qui n'est pas de simplement créer un espace bien décoré pour les résidents, mais d'ouvrir véritablement l'établissement sur son territoire. L'expression est mal choisie car, en réalité, pour « ouvrir » l'Ehpad, ouvrir ne suffit pas ; il faut attirer ; il faut faire venir. Ce n'est pas si facile de répondre aux besoins des habitants d'un territoire, mais proposer une carte de boissons plus étendue (avec et sans alcool, fraîches et chaudes) y contribue indéniablement. À ce titre, nous ne créons pas de bistrot s'il en existe déjà un à proximité immédiate de l'établissement. Économiquement aussi, le choix du bistrot n'est pas anodin. Ce dernier ne doit pas peser sur les coûts d'exploitation de l'Ehpad ni dépendre de subventions aléatoires. Le bistrot est un commerce simple à opérer, dont les marges permettent de couvrir les charges d'exploitation, y compris celles relatives à la programmation ludique et

culturelle proposée. Culturellement enfin, le bistrot, le bar, le café, est déjà identifié comme un lieu de convivialité et de renforcement des liens communautaires ; il ne nécessite aucun apprentissage et permet au contraire de retrouver des gestes ordinaires mais perdus : aller commander son café, payer sa consommation, retrouver des amis, offrir un verre à son petit-fils. Les Ehpad ne manquent pas d'imagination quand il est question de tiers-lieux, comme une épicerie solidaire, une crèche, un fablab, une bibliothèque, etc. Néanmoins, aucun n'a le pouvoir de rassembler les gens de tous âges, de permettre l'émergence de nouvelles relations comme le fait un bistrot tout en étant économiquement viable.

L'alcool, dans notre modèle, est donc un choix pragmatique. Mais c'est aussi une conviction. Pas celle que l'alcool soit intrinsèquement positif, ni que l'alcool soit nécessaire à la convivialité, mais la conviction que le résident est un adulte à part entière et que le choix de ce qu'il souhaite consommer lui revient. Ce qui n'est pas interdit par la loi est autorisé pour moi, pour vous, comme pour lui. Et c'est là que la question devient vraiment intéressante.

■ **Comment considérons-nous les personnes âgées ?**

Voilà la question centrale de ce débat de mon point de vue, qui ne devrait pas opposer les défenseurs du risque zéro à ceux qui pensent que les bénéfices l'emportent sur les risques, mais qui met en lumière deux conceptions de ce qu'est une personne âgée, notamment en établissement. D'un côté, la personne âgée est avant tout considérée tel un adulte, doté de droits, certes avec des fragilités qui justifient un besoin d'accompagnement, mais sans jamais outrepasser son autonomie. De l'autre, la personne âgée est perçue comme un individu fragile, qu'il convient de protéger, parfois même contre elle-même, puisqu'elle aurait perdu son discernement. La différence se joue donc sur un point bien précis : est-ce à nous de décider ce qui est préférable pour elle, ou à la personne elle-même ?

Dans un contexte tel que l'Ehpad, avec de nombreux résidents atteints de troubles cognitifs, il semble sage de penser que nous, professionnels ou aidants, savons mieux que la personne ce qui est bon pour elle et avons donc le devoir de décider à sa place. Pourtant, c'est cette « sagesse » qui nous a amenés à faire des Ehpad ce qu'ils sont aujourd'hui, et nous conduira demain à les transformer en hôpitaux gériatriques. Pour ma part je travaille à construire un autre modèle d'Ehpad, mais est-ce réaliste ?

Peut-on vraiment laisser une personne incapable de défendre ses propres intérêts faire ses choix ? Oui ! D'abord parce que considérer les personnes âgées comme des adultes est essentiel pour maintenir leur place dans la société et garantir le respect nécessaire à leur accompagnement. Ensuite, parce que, même atteintes de troubles sévères, les personnes peuvent communiquer par leur comportement, leur désir ou leur refus de fréquenter le bistrot. De plus, comme je l'ai expliqué précédemment, différents dispositifs, règles ou bonnes pratiques peuvent être mis en place pour gérer la consommation d'alcool, prévenir et maîtriser les risques qui y sont inhérents, et accompagner la prise de décision. D'ailleurs, rappelons que l'accompagnement à la

prise de décisions éclairées fait partie des missions des professionnels en Ehpad. Enfin, parce que les personnes totalement et durablement incapables d'exprimer une préférence sont, même en Ehpad, une minorité. Trop souvent, nous nous cachons derrière cette minorité plutôt que de chercher à adapter nos approches et il me semble préférable d'appliquer la posture inverse : partons du principe que la personne est autonome et adaptons-nous si ce n'est vraiment pas le cas.

Conclusion

Mon but avec cette réflexion sur l'ouverture des bars en Ehpad n'est pas tant de savoir si l'alcool est un risque ou même si l'alcool est nécessaire à la convivialité, mais plutôt d'amener chacun à réfléchir à la manière dont il considère, dans sa pratique professionnelle, le résident qu'il accompagne au quotidien. Chez Bistrot Bertha, nous choisissons de traiter les résidents comme des adultes, capables de faire des choix éclairés, bien que parfois ayant besoin d'être accompagnés pour les faire. Jusqu'à maintenant, nos expérimentations confirment que cela est possible. Si cela est possible, cela reste néanmoins difficile. Ouvrir un bistrot en Ehpad, et c'est en réalité là le principal risque perçu, nécessite de redéfinir ce que signifie « accompagner une personne dépendante » et amène à un repositionnement de l'identité professionnelle des professionnels.

Références

- Bethell, J., Aelick, K., Babineau, J., Bretzlaff, M., Edwards, C., Gibson, J.-L., Hewitt Colborne, D., Iaboni, A., Lender, D., Schon, D., & McGilton K.S. (2021). Social Connection in Long-Term Care Homes: A Scoping Review of Published Research on the Mental Health Impacts and Potential Strategies During Covid-19. *JAMDA*, 22(2), 228-237. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.11.025>
- Delouette I., & Nirello L., (2017). La régulation publique dans le secteur des Ehpad. *RECMA*, (344), 58-72. <https://doi.org/10.3917/recma.344.0058>

e-mail auteur

antoine@bistrotbertha.fr

Boire au bar en Ehpad : défense de droits du citoyen ou imposture ?

Dominique SOMME

Professeur en gériatrie, Univ Rennes, CHU Rennes, CNRS
ARENES UMR6051, INSERM U1309-RSMS

Il m'est demandé de réagir à l'ouverture de bars en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)⁴ en tant que « gériatre ». Ma réaction sera en partie issue de cette expertise et expérience du soin aux personnes âgées mais également de mon cursus de chercheur en organisation des soins et services (champ de la recherche qui est internationalement reconnu sous le terme de *health services research*) qui m'a amené à côtoyer beaucoup d'utilisateurs (c'est à dessein que je n'utilise pas le terme d'usagers) et d'acteurs du médico-social à la fois au domicile et en Ehpad et également nourrie de mon expérience de chef d'un service comprenant un Ehpad et animateur d'un réseau d'Ehpad de territoire qui se réunit de façon régulière depuis la crise Covid-19 grâce à des web-conférences.

La première question que l'on pose en général au médecin est la relation entre le fait de boire de l'alcool, ce qui paraît être sous-jacent à l'idée d'ouvrir un bar, et la santé, dans sa pleine définition dans le très grand âge. La plupart des données issues de la littérature internationale ne comportent que très peu de données pour les plus âgés (âge supérieur à 80 ans). Dans les recommandations nationales (Gouvernement, 2022) ou dans les statistiques nationales, on manque également de données pour les consommations des adultes âgés de plus de 85 ans (Andler, 2023). Il est toutefois instructif de noter que la génération du baby-boom avait tendance au début des années 2010 à maintenir une consommation d'alcool supérieure à la moyenne de celle des générations antérieures (Barry & Blow, 2016 ; White *et al.*, 2023) ; ce que les chiffres français semblent confirmer (au moins pour les hommes) (Andler, 2023). De même une étude longitudinale suédoise de grande qualité, montre que la proportion de personnes de 85 ans et plus ayant une consommation d'alcool problématique est passée en trente ans de 4,3 % à 14,9 % (Falk Erhag *et al.*, 2023). Or c'est cette génération qui entre à présent dans la catégorie 75 ans et plus qui

⁴ Je précise que je n'apprécie pas cette terminologie et que, plus loin dans le texte, je tenterai de m'en passer mais il me semble important de l'utiliser pour faciliter la compréhension du propos.

sera concernée par les décisions que nous prendrons durant la décennie à venir concernant les Ehpad (ou ce qui en tiendra lieu d'ici 10 ans). Les données concernant l'état de santé sont aussi plus nombreuses en 6^{es} décennies et 7^{es} décennies qu'au-delà.

Comme les recommandations nationales s'en font écho (et cela paraît d'ailleurs plausible si l'on s'en tient au seul bon sens), la consommation d'alcool semble augmenter le risque de chute (White *et al.*, 2023), notamment par atteinte des fonctions cérébrales de coordination (Matthews & Rossmann, 2023) et par une augmentation de la sarcopénie ou « fragilité » (Zhai *et al.*, 2022). Elle augmente aussi le risque de troubles cognitifs majeurs (Wang *et al.*, 2023 ; Zarezadeh *et al.*, 2024), et lorsque ces troubles existent pour une autre raison de symptômes psychologiques et comportementaux liés à la démence (Sundakov-Krumins *et al.*, 2022). Citons également les risques liés aux interactions entre médicaments et alcool (Moore *et al.*, 2007), les risques de différents cancers (White *et al.*, 2023) ou encore de diabète (Takahashi *et al.*, 2024). L'usage d'alcool est à la fois lié à l'anxiété du fait de l'effet anxiolytique de l'alcool. On peut souligner que l'anxiété fait partie des symptômes les plus souvent rapportés par les habitants de structures de soins de long terme tels que les Ehpad (Jun & Grabowski, 2024). Cet usage est aussi lié aux risques de violence familiale moins étudiés chez les personnes âgées (Johannesen & LoGiudice, 2013 ; Sundakov-Krumins *et al.*, 2022). C'est aussi un facteur de risque de dépression et de passage à l'acte suicidaire (Lange *et al.*, 2024) et bien sûr d'insomnie et troubles du sommeil (Tighe *et al.*, 2024) mais aussi de jeu pathologique (Brewer *et al.*, 2010). De plus, l'usage d'alcool est lié à une dégradation de la santé bucco-dentaire qui est souvent une source de préoccupation en secteur de soins de longue durée (Oliveira *et al.*, 2023). Enfin, la consommation d'alcool diminue la capacité du corps à réagir aux vagues de chaleur (Morris *et al.*, 2024). Il a été pendant quelque temps véhiculé l'idée que certains alcools (vin ou bière selon les pays) auraient des effets différents des autres. Les études épidémiologiques de qualité amènent à penser que c'est faux. Aucune boisson alcoolisée n'a d'effet positif sur la santé. De même et contrairement à une idée fausse répandue, boire de l'alcool n'est pas bon pour les vaisseaux (Schutte *et al.*, 2024) et augmente donc le risque de lésions vasculaires cérébrales (Del Brutto *et al.*, 2024). Enfin, à état de santé et statut socio-économique comparable, la consommation d'alcool est un facteur de risque indépendant d'être admis en institution ; ce qui semble indiquer que l'alcool est bel et bien un facteur fragilisant la relation sociale (Malisauskaite *et al.*, 2024).

Existe-t-il des avantages à la consommation d'alcool ? En réalité, les preuves d'un tel avantage manquent totalement tant d'un point de vue biologique que physiologique ou physiopathologique. Les personnes qui pointent ce potentiel avantage remarquent en général la courbe en J du lien statistique entre mortalité et la consommation d'alcool, retrouvant dans beaucoup d'études un léger avantage de mortalité aux consommateurs « légers » *versus* les « non-consommateurs ». Cet aspect de la courbe semble pour beaucoup de chercheurs être le fruit de facteurs confondants (notamment sociaux) et lorsque ces facteurs sont mieux pris en compte, l'avantage semble disparaître (Stockwell *et al.*, 2024). L'explication simplifiée serait que l'abstinence complète ou la consommation d'alcool importante sont plus souvent associées aux niveaux

socio-économiques défavorisés que la consommation d'alcool faible. Cette absence d'effet protecteur de la faible consommation est retrouvée dans une étude comportant uniquement des personnes âgées (Ortolá *et al.*, 2024). Notons d'ailleurs dans cette étude comme dans d'autres (Ma *et al.*, 2021) que le fait de boire de l'alcool pendant les repas pourrait être moins relié à la mortalité, ce qui plaide plutôt en défaveur de la consommation d'alcool en « bar » où cela est souvent indépendant de la prise d'un repas.

Les recommandations internationales sur la consommation d'alcool ne donnent pas de seuil différent en fonction de l'âge (2 verres/jour en moyenne pour un homme et 1 pour une femme) (NIAAA, 2024). Il est en effet extrêmement difficile de démontrer la relation entre mortalité et consommation alcoolique dans le très grand âge car les facteurs confondants de mortalité deviennent trop nombreux (Lang *et al.*, 2007). Les recommandations nationales françaises sont plus permissives pour les femmes (même seuil que pour l'homme à 2 verres en moyenne par jour) pour une raison peu claire et non soutenue par les données de la science (Gouvernement, 2022).

Soulignons enfin que l'on manque de données sur l'effet du sevrage en alcool chez une personne âgée de 80 ans ou plus et qui en consommait précédemment de façon excessive. Il est imprudent d'affirmer que le bénéfice serait évident et il se pourrait qu'un certain nombre de risques puissent être associés à ce sevrage mais là encore les facteurs confondants sont nombreux (représentation sociale de l'alcool dans la catégorie socio-professionnelle de l'individu, ancienneté de l'usage, usage solitaire ou non, usage pendant les repas ou non, utilité sociale de la consommation...).

Pour résumer sur cette réponse « médicale » à la question, il n'y a aucun doute sur le fait que l'alcool est une menace pour la santé dans tous les domaines de sa définition, et ce dès une « faible » consommation et à tout âge. Il ne semble pas possible de soutenir la thèse qu'il pourrait y avoir un bénéfice physiologique ou biologique à la consommation d'alcool. Ces messages sont valables à tout âge et donc valables *a priori* chez les sujets les plus âgés et donc sans doute également en Ehpad. La prévention étant une préoccupation à tout âge, dont il ne faut pas exclure les plus âgés – ce qui est une forme de discrimination –, il n'y a donc pas lieu de diminuer nos efforts de prévention en lien avec la consommation d'alcool pour des raisons médicales.

La deuxième question qui se pose est donc, à l'inverse, celle de savoir quelle est la possibilité de boire de l'alcool pour une personne âgée ou très âgée. Les adultes, quel que soit leur âge, sont à mon avis à considérer de ce point de vue de façon identique. Ma pratique de médecin est de considérer l'habitant d'une structure d'hébergement de longue durée d'abord comme un citoyen. Si la consommation d'alcool – même non recommandable – est possible pour les adultes plus jeunes, il me semble normal que les personnes les plus âgées aient le même accès à l'alcool. Je leur donne des informations sur les risques encourus (que j'ai résumés dans le paragraphe précédent) mais je n'ai pas vocation, en tant que médecin gériatre, ni à interdire ni à surveiller la consommation d'alcool en soi. Bien sûr, on sera particulièrement attentif aux médicaments (nombreux) ayant des interactions avec l'alcool dans les conseils à donner (Moore *et al.*, 2007). Une situation clinique mérite l'attention, c'est celle de

l'apparition d'une consommation excessive d'alcool chez le patient atteint de troubles neurocognitifs majeurs soit pour pallier l'anxiété que ce trouble fait naître, soit de façon assez fréquente par des mécanismes de comportement répétitifs stéréotypés en partie non volontaire. Dans ce type de situation à domicile, il arrive que la stratégie de faire disparaître l'alcool puisse s'avérer nécessaire du fait de notre impératif éthique de « non-malfaisance » qui en l'occurrence semble l'emporter sur le respect de « l'autonomie » (Schou-Juul *et al.*, 2023). Il est bien sûr plus difficile de traiter la question du patient atteint du même type de pathologie mais dont la consommation est ancienne et est une partie de son identité. Même si je continue de penser que pour ces personnes aussi le discours de prévention est porteur de sens, je n'aurais pas le même type de pratique de « suppression ». Dans ce domaine, comme souvent dans le cas de troubles cognitifs majeurs (maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées), la bonne question à se poser pour le clinicien est souvent « QUI souffre DE QUOI ? ». Il faudra donc différencier la souffrance des proches, des professionnels, de celle de la personne que l'on soigne et différencier la souffrance liée à la consommation d'alcool, d'autres types de souffrance (et notamment d'attentes plus ou moins fantasmatisques de « guérison » en cas de sevrage). Pour résumer cette partie de ma réponse, où je n'ai pas encore abordé la question du lieu de vie – de façon volontaire – c'est que l'accès à l'alcool, de façon non régulée, quel que soit le lieu de vie, est un enjeu qui a trait au respect de la citoyenneté. Si je considère que les adultes de tout âge peuvent avoir accès à l'alcool, il n'y a pas de raison d'en priver une partie des adultes en fonction de leur âge.

De façon imbriquée à cette deuxième question, on pourrait se poser la question de savoir si le fait d'habiter une structure d'hébergement de longue durée (que l'on désigne sous le terme « les résidents d'Ehpad »), doit modifier cela. Dans mon esprit, si le fait de devoir envisager de vivre dans ce type de structure est souvent lié à la présence de troubles cognitifs (Balavoine, 2022), elle « densifie » la question que je décris au chapitre précédent mais elle ne devrait pas du tout faire disparaître l'accès à l'alcool sous peine de menacer la citoyenneté comme des données un peu anciennes que j'avais analysées tendaient à le démontrer (Saint-Jean *et al.*, 2003). Du coup, en pratique, se pose la question de l'ivresse. Il est certain que les adultes peuvent avoir un usage abusif et non pénalisé de l'alcool (dans la mesure où ils ne troublent pas « l'ordre public »). Je ne dispose pas de statistiques nationales sur la question, mais je pense qu'une bonne partie de la population française a eu au moins une fois dans sa vie une expérience de l'ivresse (excès de la prise d'alcool de 7 verres en une prise, moindre coordination motrice, désinhibition plus ou moins prononcée, etc.). Là encore, la règle doit être d'appliquer aux citoyens de ces « lieux de vie » les mêmes droits et devoirs qu'aux autres. L'accès à l'ivresse devrait donc être possible tant que cela ne trouble pas « l'ordre public ». En considérant bien sûr que la limite de la présence de ce trouble baisse naturellement dans un lieu de vie collectif. En soi, c'est déjà un défi de tenter de faire appliquer cela que ce soit dans un sens (accès à l'alcool et même à sa consommation éventuellement excessive) ou dans l'autre (régulation en cas de troubles liés à la vie en collectivité eu égard au contrat de séjour et obligation de protection pour les personnes ayant des pathologies cognitives et « souffrant » de leur consommation alcoolique). Cela nécessite une individualisation de l'accompagnement qui se heurte à

La réalité d'un personnel à fort turn-over, ayant souvent une formation insuffisante sur les pathologies cognitives et obligé *de facto* de faire face à des situations de dilemmes éthiques avec leur seul bon sens mais surtout les préjugés et l'âgisme ambiant dans lequel ils baignent du fait de leur ancrage dans la société (Fernandez-Ballesteros *et al.*, 2016). La limitation de l'usage de l'alcool, y compris quand cette consommation peut poser quelques problèmes pour la vie collective peut également se heurter à la question de la « futilité » des efforts de sevrage eu égard au fait qu'un certain nombre de professionnels peuvent considérer que l'alcool est le « dernier plaisir » des personnes dont ils s'occupent (Klein & Jess, 2002). En effet, une des caractéristiques des personnes âgées et notamment très âgées (après 90 ans notamment), c'est qu'elles ont conscience d'être dans la « dernière partie de leur vie ». Je préfère éviter l'expression « en fin de vie » pour éviter les représentations que cette expression véhicule mais il serait naïf de penser que ces représentations ne sont pas à l'œuvre dans la société (et donc parmi les professionnels) eu égard aux habitants des structures d'hébergement de longue durée. Si tel est le cas, et si tant est que l'on considère que la consommation d'alcool apporte réellement un « plaisir » (ou au moins que le sevrage même partiel amène une situation d'inconfort), se poser la question du rapport bénéfique sur risque de la décision est approprié. Il est apparent, je crois, dans la façon dont je pose la question qu'y répondre n'est pas aisé et forcément individualisé. Ce n'est pas parce qu'une personne est très âgée et habite une structure d'hébergement de longue durée qu'elle ne pourrait pas trouver du plaisir à améliorer sa santé en tentant un sevrage (les effets bénéfiques du sevrage en alcool sont assez rapides). Ne pas proposer au nom « du dernier plaisir », c'est parfois priver la personne d'un plaisir encore plus fort, celui de ressentir qu'elle peut encore avoir le contrôle de sa propre santé et de son corps. Mais inversement, faire subir à quelqu'un qui est dans la dernière partie de sa vie et qui ne le veut pas les souffrances d'un sevrage non accompagné (tremblement, sueurs, hallucinations, anxiété, troubles physiologiques divers...) n'est évidemment pas plus éthique. Pour résumer ma réponse à cette sous-question, il n'y a pas lieu de considérer le lieu de vie lorsque l'on traite de l'accès à l'alcool mais les enjeux éthiques de la pratique professionnelle dans les structures d'hébergement de long terme sont plus denses encore qu'à domicile.

La question suivante est « l'organisation » de l'accès à l'alcool en structure d'hébergement de longue durée. Puisque la sollicitation qui m'était faite portait sur les bars, je vais me focaliser sur cette question en laissant de côté la question (pourtant en soi importante) de l'accès pendant les repas et dans le logement. Écrit autrement, la question devient « Faut-il ouvrir des "bars" en Ehpad ? ». La réponse pour moi pose en fait plusieurs nouvelles questions :

- Pourquoi les personnes qui habitent ce type de structure d'hébergement de long terme n'ont-elles pas accès à tous les bars de nos villes ?
- Du coup en creux cela pose la question de « qui » habite ces structures, et comment pourrait-on penser des alternatives à celles-ci ?
- Et *de facto* est-ce que la logique du « bar » et la logique de « l'Ehpad » sont vraiment compatibles au-delà d'un certain « affichage » ?

La première question pose à nouveau la question du respect de la citoyenneté. En effet, un des droits fondamentaux des citoyens français est la liberté d'aller et venir. Cette liberté est fréquemment empêchée en Ehpad par l'architecture (porte à code, obstacles architecturaux divers...) mais aussi par les « procédures » de surveillance pour lesquelles toute sortie de la personne qui ne prévient pas de sa sortie est suspecte d'être une « fugue » selon l'expression consacrée (et pourtant inadaptée puisque ce terme présuppose la « minorité » de celui qui fugue). Ainsi, lorsqu'un habitant de ces structures sort pour aller au bar, il est d'abord suspect d'avoir « fugué ». Dès lors, il paraît pour le moins curieux de « rapprocher » le bar afin d'éviter les « fugues » en permettant l'accès à la boisson alcoolisée. Ne pourrait-on pas inverser la réflexion et permettre aux personnes (même celles en situation de handicap) d'aller jusqu'au bar si elles le désirent ? Cela nécessiterait probablement de revoir la dotation en personnel et donc en dépense mais d'un point de vue sociétal la dépense publique ne serait pas si différente (installer un bar dans un Ehpad va enclencher de la dépense publique) et on pourrait au moins y voir un message réellement inclusif. Mais les bars seraient-ils « accueillants » pour les personnes âgées notamment celles en situation de handicap ? La question est légitime dans cette société où on enferme les habitants des structures d'hébergement de longue durée. Ces structures sont dans leur majorité « protégée » par des codes, des barrières et autres obstacles... Mais qui protège-t-on ainsi ? Est-ce vraiment les habitants ou plutôt le monde extérieur qui a peur de ces personnes. Il est parfois mis en avant le risque pour ces habitants d'être sur la voie publique. Ce risque me paraît exagéré. Il existe, c'est certain. Mais il existe aussi pour toutes ces personnes qui traversent la chaussée en téléphonant ou qui au guidon de leur vélo passent au feu rouge. Je ne crois pas que ces deux dernières catégories de personnes qui ont pourtant des comportements à haut risque soient privées de l'espace public. Si on prive d'espace public les personnes les plus âgées et notamment celles en situation de handicap c'est parce que leur image « dérange ». La société vraiment inclusive est encore à construire ; dans cette société, la présence de personnes âgées et très âgées dans les bars, même en situation de handicap ne poserait pas de question et les structures d'hébergement de long terme seraient ouvertes et suffisamment dotées en personnel pour faciliter l'accès à la citoyenneté des personnes qui y habitent.

C'est bien la deuxième question, car, en effet, l'hétérogénéité immense qui existe entre les populations qui habitent les structures d'hébergement de long terme entraîne un biais dans la possibilité de répondre à la question. Comme il a été vu plus haut, plus fréquente sera la question cognitive et comportementale, plus importante sera la multimorbidité (la coexistence de plusieurs maladies actives en même temps), plus importante sera la question de la proximité du décès et plus dense seront les questions éthiques complexes à traiter de façon individualisée et donc quasiment insolubles dans des structures qui accueillent aujourd'hui en moyenne plus de 80 individus différents (et souvent plus de 120). J'ai pu m'exprimer sur cette question (Somme, 2021), tant que le système d'hébergement que l'on nomme Ehpad sera en place, il ne sera pas possible de prioriser les besoins des individus sur les besoins du collectif. C'est pourquoi je pense et j'ai pu dire et écrire que le « système Ehpad » n'a pas d'avenir et qu'il est inutile de chercher à imaginer « l'Ehpad de demain ». Il faut pour pouvoir penser

l'avenir différemment intégrer la question du domicile ordinaire et des structures d'hébergement. L'épicentre de l'organisation et des financements ne doit pas être la structure d'hébergement mais le domicile. Un système qui serait « domicilio-centré » pourrait répondre de façon réactive et dense aux besoins des personnes dans leur logement ordinaire. En pariant sur ce virage domiciliaire, il ne serait pas tant question de savoir s'il faut construire de plus en plus d'Ehpad ou de structures de ce type mais au contraire de conserver des structures de petites tailles (sans doute avec un maximum de 10-12 habitants) pour les situations les plus complexes à la fois sur le plan cognitivo-comportemental et sur le plan éthique. Avec cette taille de communauté, il serait sans doute possible d'individualiser les réponses aux besoins de citoyenneté, y compris le droit « d'aller au bar ». Donc dans un monde idéal, la question de mettre des bars dans les Ehpad ne se poserait pas car les Ehpad n'existeraient plus. La question de l'accès au bar des personnes en situation de handicap vivant à domicile serait certes toujours d'actualité et renvoie à la question traitée plus haut de la société inclusive. Mais dans les structures d'hébergement qui resteraient, on pourrait individualiser l'accompagnement pour qu'il soit possible à chacun de faire valoir son droit d'aller et venir.

Pour finir, est-ce que la logique « bar » et la logique « Ehpad » sont vraiment compatibles ? Il me semble que cela pose quelques problèmes pratiques. Un bar ne filtre pas vraiment son entrée, il y a régulièrement quelques personnes qui abusent (de façon variable d'un jour à l'autre et d'un bar à l'autre) de l'alcool. Le professionnel du bar n'est pas un professionnel de santé et n'a pas vocation à être un agent de la santé publique (son métier ne fait pas partie de ceux qui sont régis par ce code). Bien sûr, il peut refuser de servir un client manifestement ivre (il en a même de façon « morale » au moins l'obligation) mais il ne lui est pas demandé de surveiller les premiers signes de l'ivresse ou d'avoir un regard critique sur la consommation alcoolique. C'est ce que l'on vient chercher en général dans un bar, la possibilité de demander un whisky puis un deuxième sans nécessairement que la personne qui vous serve vous demande si c'est bien raisonnable. Ce que l'on vient chercher aussi, c'est « l'extérieur ». Il est d'ailleurs probable que l'alcoolisation en « bar » soit de ce point de vue un peu moins morbide que l'alcoolisation solitaire. Mais est-ce que la question se pose de faire un bar « chez soi » ? Probablement pas ou en tout cas avec un tout autre sens. La logique des structures d'hébergement est celle de la protection des habitants qui y habitent. Cette obligation de protection est parfois mise en avant dans des procédures judiciaires à l'encontre des Ehpad, c'est celle qui a été poussée à l'extrême au moment de la crise Covid-19 conduisant certains Ehpad à fermer leurs portes à toute visite au nom de la protection des populations vulnérables qui y habitaient. Cette coexistence de l'acceptation libre du risque (bar) et de contrôle du risque (Ehpad) risque bien sûr de nuire profondément à la première. Le « bar » sera dégradé dans ce qu'il représente pour le citoyen ordinaire. Il sera une sorte de « contrefaçon » du « bar » et cela pose évidemment question. D'autres questions connexes se posent : pourra-t-on jouer aux jeux d'argent dans ce « bar » comme c'est le cas dans la plupart de ceux qui sont à l'extérieur ? Pourra-t-on y acheter des cigarettes ? Bref, il me semble que dans la grande majorité des Ehpad que je connais, le « bar » à l'intérieur de l'Ehpad ne serait pas vraiment un « bar » (et par exemple probablement pas le « dernier bar »

de la commune lorsque ces lieux de socialisation disparaissent). Je pense qu'on peut imaginer un monde sans « Ehpad » mais l'histoire du XX^e siècle et notamment de la prohibition aux États-Unis nous démontre à quel point un monde sans bar n'est pas particulièrement souhaitable.

Je comprends et j'apprécie l'effort qui est fait par certains directeurs avec leur équipe pour tenter de proposer des solutions innovantes pour « réinclure » la société dans les Ehpad. Je pense que ces efforts sont non seulement salutaires mais nécessaires pour faire évoluer la société et les décisions à prendre, mais ne nous trompons pas de débat. La question qui est ainsi soulevée n'est pas de généraliser ces initiatives questionnantes mais de faire évoluer la société afin que les vraies questions soient traitées.

En conclusion, l'alcool est un moyen sûr de dégrader sa santé, ne privons personne de la possibilité de réfléchir à son comportement et d'adopter une attitude positive pour sa santé. Il y a un vrai plaisir à se faire du bien. Mais ne prenons pas le prétexte de la santé pour priver certaines personnes de leur plein droit de citoyen, y compris ceux qui sont associés à des comportements à risque. La question de la citoyenneté prend une dimension particulière en structure d'hébergement de long terme, mais les questions posées doivent conduire à revoir complètement la politique médico-sociale de réponse à la perte d'indépendance, y compris dans son financement (Somme, 2019) et la fragmentation de sa gouvernance (Somme, 2013). En attendant, il faut saluer ceux qui posent la question par des initiatives décalées mais il ne faudrait pas tomber dans le piège de généraliser ces initiatives qui ne sont que ce qu'un système « défaillant » est capable de produire au mieux. Attendons la suite...

À votre santé !

Références

- Andler, R. Q. G., Gautier A., Nguyen-Thanh, V., & Beck, F. (2023). Consommation d'alcool : part d'adultes dépassant les repères de consommation à moindre risque à partir des données du Baromètre de Santé publique France 2021. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (11), 178-186. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/11/2023_11_2.html
- Balavoine, A. (2022). Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. *Études et résultats Drees*, (1237). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/des-residents-de-plus-en-plus-ages-et>
- Barry, K. L., & Blow, F. C. (2016). Drinking Over the Lifespan: Focus on Older Adults. *Alcohol Res*, 38(1), 115-120. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27159818>
- Brewer, J. A., Potenza, M. N., & Desai, R. A. (2010). Differential associations between problem and pathological gambling and psychiatric disorders in individuals with and without alcohol abuse or dependence. *CNS Spectrums*, 15(1), 33-44. <https://doi.org/10.1017/s1092852900000286>

- Del Brutto, O. H., Rumbea, D. A., & Mera, R. M. (2024). Binge drinking and progression of white matter hyperintensities of presumed vascular origin in older men. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 33(9), 107886. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2024.107886>
- Falk Erhag, H., Ahlner, F., Wetterberg, H., Mellqvist Fassberg, M., & Skoog, I. (2023). Alcohol use and drinking patterns in Swedish 85 year olds born three decades apart – findings from the Gothenburg H70 study. *Age Ageing*, 52(3). <https://doi.org/10.1093/ageing/afad041>
- Fernandez-Ballesteros, R., Bustillos, A., Santacreu, M., Schettini, R., Diaz-Veiga, P., & Huici, C. (2016). Is older adult care mediated by caregivers' cultural stereotypes? The role of competence and warmth attribution. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 545-552. <https://doi.org/10.2147/CIA.S96235>
- Gouvernement. (2022). *Consommation d'alcool : avec l'âge, des risques accrus pour la santé*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/consommation-d-alcool-avec-l-age-des-risques-accrus-pour-la-sante> consulté le 8 octobre 2024.
- Johannesen, M., & LoGiudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing*, 42(3), 292-298. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs195>
- Jun, H., & Grabowski, D. C. (2024). Mental health in nursing homes: The role of immigration in the long-term care workforce. *Social Science & Medicine*, 351, 116978. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116978>
- Klein, W. C., & Jess, C. (2002). One last pleasure? Alcohol use among elderly people in nursing homes. *Health & Social Work*, 27(3), 193-203. <https://doi.org/10.1093/hsw/27.3.193>
- Lang, I., Guralnik, J., Wallace, R. B., & Melzer, D. (2007). What level of alcohol consumption is hazardous for older people? Functioning and mortality in U.S. and English national cohorts. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(1), 49-57. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.01007.x>
- Lange, S., Llamosas-Falcon, L., Kim, K. V., Lasserre, A. M., Orpana, H., Bagge, C. L., Roerecke, M., Rehm, J., & Probst, C. (2024). A dose-response meta-analysis on the relationship between average amount of alcohol consumed and death by suicide. *Drug and Alcohol Dependence*, 260, 111348. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2024.111348>
- Ma, H., Li, X., Zhou, T., Sun, D., Shai, I., Heianza, Y., Rimm, E. B., Manson, J. E., & Qi, L. (2021). Alcohol Consumption Levels as Compared With Drinking Habits in Predicting All-Cause Mortality and Cause-Specific Mortality in Current Drinkers. *Mayo Clinic Proceedings*, 96(7), 1758-1769. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.02.011>
- Malisaukaite, G., Nizalova, O., Gousia, K., Teo, H., & Forder, J. (2024). Understanding policy amenable risk factors : Alcohol consumption and long-term care use among people over 65 years old. *Social Science & Medicine*, 347, 116746. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116746>
- Matthews, D. B., & Rossmann, G. (2023). Using animal models to identify clinical risk factors in the older population due to alcohol use and misuse. *Alcohol*, 107, 38-43. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2022.05.003>

- Moore, A. A., Whiteman, E. J., & Ward, K. T. (2007). Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 5(1), 64-74. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1543594607000074>
- Morris, N. B., Ravanelli, N., & Chaseling, G. K. (2024). The effect of alcohol consumption on human physiological and perceptual responses to heat stress: a systematic scoping review. *Environmental Health*, 23(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12940-024-01113-y>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (2024). *Older Adults and Drinking*. <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/alcohol-topics/older-adults> consulté le 8 octobre 2024.
- Oliveira, L. M., Pelissari, T. R., Demarco, F. F., & Zanatta, F. B. (2023). Binge drinking and oral health-related quality of life in older adults: Socioeconomic position matters. *Gerodontology*, 40(4), 529-534. <https://doi.org/10.1111/ger.12711>
- Ortolá, R., Sotos-Prieto, M., Garcia-Esquinas, E., Galan, I., & Rodriguez-Artalejo, F. (2024). Alcohol Consumption Patterns and Mortality Among Older Adults With Health-Related or Socioeconomic Risk Factors. *JAMA Network Open*, 7(8), e2424495. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.24495>
- Saint-Jean, O., Somme, D., de Stampa, M., & Thomas, H. (2003). Boire de l'alcool en institution. Un privilège témoin de maintien de la citoyenneté ? *Gérontologie et société*, 26(105), 151-160. <https://doi.org/10.3917/g.s.105.0151>
- Schou-Juul, F., Norgaard, S., & Lauridsen, S. M. R. (2023). Ethical issues in dementia guidelines for people with dementia and informal caregivers in Denmark: A qualitative thematic synthesis. *Dementia (London)*, 22(1), 28-45. <https://doi.org/10.1177/14713012221131856>
- Schutte, R., Zhang, J., Kiran, M., & Ball, G. (2024). Alcohol and arterial stiffness in middle-aged and older adults: Cross-sectional evidence from the UK Biobank study. *Alcohol, Clinical and Experimental Research*, 48(10), 1915-1922. <https://doi.org/10.1111/acer.15426>
- Somme, D. (2019). Financement de la perte d'indépendance : l'urgence à changer d'outil. *Gérontologie et société*, 41(158), 175-182. <https://doi.org/10.3917/g.s.1.158.0175>
- Somme, D. (2021). *Il faut en finir avec les Ehpad*. <https://www.ouest-france.fr/sante/video-il-faut-en-finir-avec-les-ehpad-estime-le-professeur-dominique-somme-20176e89-a78a-4000-80ee-25002a6d761b>
- Somme, D., Trouvé, H., Passadori, Y., Corvez, A., Jeandel, C., Bloch, M. A., Ruault, G., Dupont, O., & de Stampa, M. (2013). Prise de position de la société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration. *Gérontologie et société*, 36(145), 201-226. <https://doi.org/10.3917/g.s.145.0201>
- Stockwell, T., Zhao, J., Clay, J., Levesque, C., Sanger, N., Sherk, A., & Naimi, T. (2024). Why Do Only Some Cohort Studies Find Health Benefits From Low-Volume Alcohol Use? A Systematic Review and Meta-Analysis of Study Characteristics That May Bias Mortality Risk Estimates. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 85(4), 441-452. <https://doi.org/10.15288/jsad.23-00283>
- Sundakov-Krumins, T. E., Lubbe, S., & Wand, A. P. F. (2022). Homicide and Dementia: A Systematic Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 51(1), 1-17. <https://doi.org/10.1159/000521878>

- Takahashi, F., Okada, H., Hashimoto, Y., Kurogi, K., Murata, H., Ito, M., & Fukui, M. (2024). Association between alcohol consumption and incidence of type 2 diabetes in middle-aged Japanese from Panasonic cohort study 12. *Scientific Reports*, 14(1), 20315. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-71383-6>
- Tighe, C. A., Quinn, D. A., Boudreaux-Kelly, M., Atchison, K., & Bachrach, R. L. (2024). Insomnia and unhealthy alcohol use in a National Sample of Women Veterans 50 years and older enrolled in the Veterans Health Administration. *Journal of Women & Aging*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/08952841.2024.2395105>
- Wang, G., Li, D. Y., Vance, D. E., & Li, W. (2023). Alcohol Use Disorder as a Risk Factor for Cognitive Impairment. *Journal of Alzheimer's Disease*, 94(3), 899-907. <https://doi.org/10.3233/JAD-230181>
- White, A. M., Orosz, A., Powell, P. A., & Koob, G. F. (2023). Alcohol and aging – An area of increasing concern. *Alcohol*, 107, 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2022.07.005>
- Zarezadeh, M., Mahmoudinezhad, M., Faghfour, A. H., Mohammadzadeh Honarvar, N., Regestein, Q. R., Papatheodorou, S. I., Mekary, R. A., & Willett, W. C. (2024). Alcohol consumption in relation to cognitive dysfunction and dementia: A systematic review and dose-response meta-analysis of comparative longitudinal studies. *Ageing Research Reviews*, 100, 102419. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102419>
- Zhai, J., Ma, B., Qin, J., Lyu, Q., Khatun, P., Liang, R., Cong, M., Guo, L., & Kong, Y. (2022). Alcohol consumption patterns and the risk of sarcopenia: a population-based cross-sectional study among chinese women and men from Henan province. *BMC Public Health*, 22(1), 1894. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14275-6>

e-mail auteur

dominique.somme@chu-rennes.fr fr



Comment réfléchir la consommation d'alcool en Ehpad ?

Jean SARIC

Ancien professeur de chirurgie hépatique au CHU de Bordeaux

La consommation d'alcool au sein d'une institution, du type d'un Ehpad, pose question. Je propose de réfléchir à ce sujet en trois temps.

L'alcool au grand âge : quels avantages et inconvénients ?

L'alcool coche trois cases : le plaisir gustatif et de convivialité, le médicament psychotrope, la cause de maladies graves et mortelles. Naviguer entre ses avantages et ses inconvénients est un sujet complexe, avec des réponses que l'on doit apporter à l'échelle de la société et à titre individuel.

Pour schématiser, la toxicité de l'alcool dépend de deux types de facteurs. Les premiers facteurs sont impossibles à modifier. Ils correspondent à l'ensemble des éléments individuels liés au plaisir à consommer de l'alcool, aux risques d'inflammation et de cancérisation, mais aussi aux capacités à cicatriser, ou encore à la composition du microbiote de chacun. Les seconds facteurs, sont des cofacteurs « maîtrisables », dont la dose consommée, la durée de l'exposition, le tabagisme associé, l'obésité abdominale, la sédentarité, le régime carné, les antécédents d'hépatite B ou C, la présence de papillomavirus ORL, la prise d'alcool en dehors des repas, les maladies génétiques du foie.

C'est l'ensemble de ces deux types de facteurs et leurs associations aléatoires chez un même individu, qui expliquent que la toxicité de l'alcool est variable, que certains « gros buveurs » n'auront aucune conséquence et que d'autres « petits buveurs » feront des maladies graves. On pourrait presque remettre en question la maxime « *l'abus d'alcool est dangereux pour la santé* » lorsqu'on la décline individu par individu. La toxicité de l'alcool n'est pas identique pour chaque consommateur. À chacun de comprendre, de s'informer et d'arbitrer au mieux dans ses choix.

Par ailleurs, si la prise d'alcool doit être mortelle, elle le sera davantage entre 55 et 65 ans, et plus rarement plus tard, comme si les buveurs excessifs qui ont passé ce cap sont ceux qui ont eu la chance qu'une conjonction de facteurs incontournables et de cofacteurs maîtrisables de la toxicité leur ait été favorable. Ce qui laisse penser aussi que, passé ce cap, la poursuite de la prise d'alcool alimentera moins le risque potentiel.

Les résidents en Ehpad : quel objectif de leur accompagnement ?

La population est âgée de plus de 70 ans, de moins en moins autonome, avec très peu de résidents ayant gardé leurs capacités cognitives. Le pourcentage de personnes atteintes au plan cognitif est en augmentation permanente. L'avenir pour ces personnes est de se dégrader jusqu'à la mort dans ce dernier lieu de vie, plus ou moins vite, en fonction ou pas des soins d'accompagnement, avec des familles en souffrance le plus souvent, et du personnel considéré le plus souvent à tort comme maltraitant. La prise en charge des pathologies dont ces personnes sont porteuses ou qui adviendront ne se fait pas avec le même objectif que dans le cas des bien-portants autonomes. Cette marche vers la mort doit être accompagnée au mieux, en privilégiant sa qualité plus que sa durée.

Au sujet de la prise d'alcool : que proposer ?

L'idée ici n'est pas de continuer à y réfléchir au regard de ce qu'en dit la science, mais d'y penser au regard de la complexité humaine.

Il existe une majorité de résidents pour qui le sujet de l'alcool n'en est pas un. Il existe une petite partie des résidents qui peuvent encore trouver du plaisir à cette prise, ou qui sont encore assez présents à eux-mêmes pour continuer de se soumettre à une addiction déjà ancienne. Que ce plaisir de la prise soit lié au simple rituel, ou lié au besoin de la drogue alcool, ou lié au mélange de ces deux facteurs.

Il existe aussi des avis familiaux qui s'autorisent à arbitrer pour le résident, entre ses désirs et les protections que nous leur devons. C'est à cette petite partie de résidents que nous devons répondre.

Je pars donc de ces trois *a priori*. Je considère qu'à l'âge des résidents en Ehpad, les buveurs excessifs qui continueraient de boire ont peu de risque de développer des maladies graves et mortelles liées à cette prise. Je pense aussi qu'il est fort probable qu'aucun des résidents n'aura besoin d'une dose forte d'alcool. Enfin, il faut bien mourir de quelque chose, et si l'alcool doit y participer, où est le problème ? La mort a besoin d'un facteur ajouté au vieillissement pour faire son œuvre. Empêcher ces facteurs intercurrents pour des raisons de prolongation de la vie, dont celle « imparfaite » des Ehpad, ne doit pas être un acharnement à protéger.

Des bars en Ehpad : promotion de la citoyenneté des résidents ou leurre potentiellement risqué ?

Alors les questions deviennent les suivantes. Premièrement, la privation d'alcool et du plaisir liée à cette prise (effet drogue, effet rituel, ou mélange des deux) pénalise-t-elle le résident ? Si c'est le cas, il faut prendre le temps de répondre à la question. Deuxièmement, la prise d'alcool par un résident entraîne-t-elle des inconvénients pour ceux qui partagent son existence dans l'institution ?

À ces deux questions, la réponse que j'apporterais pourrait être la suivante. Il faut faire avec ces différentes priorités. Je ne préconiserais aucun interdit de principe face à la prise d'alcool. Il est davantage nécessaire d'évaluer au cas par cas les avantages et les inconvénients pour un résident demandeur, et notamment les inconvénients de la non-prise d'alcool. Cette évaluation devrait se faire par ceux qui connaissent le résident, c'est-à-dire lui-même, sa famille, ses aidants, ses soignants, les médecins le prenant en charge au plan médical. L'objectif est de prendre une décision au cas par cas, au regard de l'épanouissement de la personne, et en prenant de la distance vis-à-vis des principes en santé. Cela peut ainsi aller de la suppression totale de toute prise d'alcool à la tolérance de cette prise, en proposant une palette large de réponses, permettant toutes les finesses de décision au mieux de chacun des résidents, pris un par un.

e-mail auteur

turonlacroix@gmail.com