

# Introduction sur les lignes directrices sur les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives chez les personnes âgées de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA)

[ccsmh.ca](http://ccsmh.ca)



# Introduction sur les lignes directrices sur les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives chez les personnes âgées de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA)

Document préparé par le comité directeur des lignes directrices sur les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives de la CCSMPA (membres présentés à l'Annexe A)

Le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) de Santé Canada a accordé à la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) une subvention pour élaborer un ensemble de quatre lignes directrices sur la prévention, l'évaluation et le traitement des troubles liés à l'utilisation de l'alcool, des benzodiazépines, du cannabis et des opioïdes chez les personnes âgées (définies ici comme étant âgées de 65 ans ou plus). La description de la méthode utilisée est fournie dans un document distinct qui se trouve au [ccsmh.ca](http://ccsmh.ca).

Le présent document vise à offrir une introduction et une description des problèmes courants qui s'appliquent à tous les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives chez les personnes âgées.

Selon les prévisions actuelles, on estime que le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans sera de deux milliards à l'échelle mondiale en 2050 et représentera 22 % de la population totale (Beard et coll., 2012). En raison de cette hausse de la population âgée, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS, 2018) prévoit une hausse importante du nombre de Canadiens âgés consommant des drogues et de l'alcool. Dans le rapport du CCDUS sur l'usage de substances et le vieillissement, Vaccarino et ses collègues (2018) font les recommandations suivantes et lancent un « Appel à l'action » :

- Il faut sensibiliser davantage les fournisseurs de soins de santé, les aidants et les personnes âgées à l'usage de substances chez les personnes âgées.
- Il faut former davantage les professionnels de la santé et les étudiants sur les troubles liés à l'usage de substances chez les personnes âgées.
- Il faut des lignes directrices et des recommandations sur l'usage de substances chez les personnes âgées adaptées à la nature particulière de ce groupe démographique.
- Il faut améliorer la disponibilité et l'accessibilité des soins personnalisés et des traitements adaptés à l'âge des troubles liés à l'usage de substances.
- Les lignes directrices et les traitements destinés aux personnes âgées doivent être communiqués aux professionnels de la santé et au public.

## Définitions

**Le trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives (TUSP)** désigne, selon la définition apparaissant dans le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association, 2013), un schéma problématique d'utilisation de substances psychoactives qui entraîne une incapacité ou une détresse d'importance clinique, qui se manifeste par la survenue d'au moins deux des événements suivants au cours d'une période de 12 mois. Chez les personnes âgées, leur rôle social (p. ex., retraité du monde du travail) ou le processus de vieillissement peuvent modifier certaines de ces conditions, donnant lieu à des manifestations plus subtiles (Kuerbis et coll., 2014).

- La substance est prise en plus grande quantité ou sur une période plus longue que ce qui était prévu.
- Désir persistant ou efforts infructueux de réduire ou de contrôler l'utilisation de la substance.
- La personne passe beaucoup de temps dans des activités visant à se procurer des substances, à les consommer ou à se rétablir de leurs effets.
- Envie, désir fort ou pulsion à consommer une substance.
- Consommation récurrente de substances menant à une incapacité à remplir ses principales obligations professionnelles, scolaires ou domestiques.

- Utilisation persistante de la substance malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents causés ou exacerbés par ses effets.
- Abandon ou diminution d'activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes en raison de l'utilisation de substances.
- Utilisation récurrente de substances dans des situations où cela pose un danger physique.
- Utilisation persistante de substances bien que la personne sache qu'elle a un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'usage de la drogue.
- Tolérance, définie soit par le besoin d'une quantité notablement plus grande de substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ou par un effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance (remarque : on considère que ce critère n'est pas satisfait dans le cas d'une personne prenant la drogue sous supervision médicale, selon la prescription).
- Sevrage se manifestant soit par des symptômes de sevrage caractéristiques (c.-à-d. hyperactivité autonome, tremblement des mains, insomnie, nausées ou vomissements, hallucinations ou illusions sensorielles transitoires, agitation psychomotrice, anxiété ou convulsions) ou par la prise de la substance (ou d'une substance très proche comme l'alcool) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Le **tableau 1** présente une description des facteurs particuliers à prendre en considération pour les personnes âgées en ce qui a trait aux critères susmentionnés (voir la section ci-bas intitulée « Défis liés au dépistage »).

L'American Society for Addiction Medicine (ASAM) définit la **dépendance** comme « un trouble médical chronique traitable dans lequel se produisent des interactions complexes entre la circuiterie cérébrale, la génétique, l'environnement et les expériences de vie d'une personne. Les gens souffrant d'une dépendance utilisent des substances psychoactives ou adoptent des comportements qui deviennent compulsifs et qui souvent se poursuivent malgré les conséquences négatives. »

Les efforts de prévention et les méthodes de traitement des dépendances ont généralement autant de succès que ceux des autres maladies chroniques (ASAM, 2019).

L'Organisation mondiale de la Santé définit le **mésusage de substances psychoactives** comme étant « la consommation d'une substance psychoactive d'une façon qui accroît le risque de conséquences néfastes pour la personne. » Le mésusage de substances fait référence autant à la prise d'un médicament sur ordonnance par une personne autre que celle à qui le médicament est prescrit qu'à la consommation d'une façon ou dans un but autre que celui prévu sur le plan médical (OMS, 2015).

## Épidémiologie

Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (TUSP) chez les personnes âgées ont été qualifiés d'« épidémie invisible » (Royal College of Psychiatrists, 2015). Un éditorial dans le *British Medical Journal* a souligné l'ampleur croissante du mésusage de substances psychoactives chez les personnes âgées (Rao et Roche, 2017). Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale de 2012 (Statistique Canada, 2012) indiquent qu'environ 21,6 % de la population canadienne (environ 6 millions de personnes) satisferaient aux critères du TUSP au cours de leur vie. À 18,1 %, l'alcool est la substance la plus fréquemment utilisée par les personnes qui satisfont aux critères du TUSP. Les données de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues indiquent que la fréquence de consommation quotidienne ou quasi quotidienne d'alcool atteint un sommet chez les personnes de 65-74 ans et est presque trois fois supérieure à celle chez les personnes de 15-54 ans (Statistique Canada, 2016). La prévalence de l'utilisation de sédatifs, y compris les agonistes des récepteurs des benzodiazépines (BZRA), au cours de la dernière année est supérieure chez les personnes âgées que chez les adultes plus jeunes (14,6 % comparativement à 8,3 %), leur utilisation étant particulièrement élevée chez les femmes âgées (18,9 %, comparativement à 10 % chez les hommes âgés). La prévalence à vie du trouble lié à l'utilisation du cannabis était de 2,6 %, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (Statistique Canada, 2012). La proportion de personnes âgées utilisant du cannabis au Canada était de 4 % au début de 2018, un taux relativement faible avant la légalisation de cette substance en octobre 2018. Cette proportion a augmenté à 4,4 % au cours du premier trimestre de 2019 à la suite de la légalisation (Statistique Canada, 2019). Cependant, la proportion de personnes âgées de 45 à 64 ans utilisant du cannabis a également augmenté au cours de cette période, de 8,8 % à 14 %.

Les estimations actuelles indiquent que le nombre de personnes âgées qui développeront un TUSP augmentera au cours des prochaines avec le vieillissement de la génération des baby-boomers. Cette hausse est due à la fois au taux supérieur d'utilisation à vie de drogues chez les baby-boomers et à la taille de cette génération (Colliver et coll., 2006). Il est important de tenir compte de la vie entière des personnes âgées et du contexte social de la période à laquelle elles ont vécu, étant donné que ces facteurs influenceront leurs attitudes envers l'utilisation de substances psychoactives plus tard dans leur vie.

Tableau 1 : Critères d'identification du trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives (TUSP) et facteurs à considérer chez les personnes âgées

CRITÈRES DU DSM-5 POUR LE TUSP	FACTEURS À CONSIDÉRER POUR LES PERSONNES ÂGÉES
La substance est prise en plus grande quantité ou sur une période plus longue que ce qui était prévu.	Le déficit cognitif peut empêcher le patient de s'auto-surveiller adéquatement. Les substances elles-mêmes peuvent diminuer davantage les fonctions cognitives chez les personnes âgées que chez les adultes plus jeunes.
Désir persistant ou efforts infructueux de réduire ou de contrôler l'utilisation de la substance.	Même chose que pour la population générale adulte.
La personne passe beaucoup de temps dans des activités visant à se procurer la substance, à la consommer ou à se rétablir de ses effets.	Les conséquences de l'usage de la substance peuvent se produire après la consommation d'une quantité relativement faible.
Envie, désir fort ou pulsion à consommer la substance.	C'est la même chose que pour la population adulte générale, mais les personnes âgées ayant des habitudes ancrées ne reconnaîtront peut-être pas les envies de la même façon que la population générale adulte.
Consommation récurrente de substances menant à une incapacité à remplir ses principales obligations professionnelles, scolaires ou domestiques.	Les personnes âgées n'ont peut-être pas les mêmes obligations liées au rôle que les adultes plus jeunes en raison des changements de stade de vie, comme la retraite. Les obligations liées au rôle qui sont plus courantes dans les stades ultérieurs de la vie sont de prendre soin d'un conjoint ou d'un parent malade, comme un petit-enfant.
Utilisation persistante de la substance malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents causés ou exacerbés par ses effets.	Les personnes âgées ne se rendent peut-être pas compte des problèmes qu'elles subissent sont causés par l'utilisation de substances.
Abandon ou diminution d'activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes en raison de l'utilisation de substances.	Qu'elles prennent ou non des substances psychoactives, les personnes âgées peuvent pratiquer moins d'activités, ce qui rend le dépistage plus difficile.
Utilisation récurrente de substances dans des situations où cela pose un danger physique.	Il est possible que les personnes âgées ne comprennent pas ou ne se rendent pas compte que leur consommation pose un danger, en particulier s'ils prennent une petite quantité de substances.
Utilisation persistante de substances bien que la personne sache qu'elle a un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'usage de la drogue.	Les personnes âgées ne se rendent peut-être pas compte des problèmes qu'elles subissent sont causés par l'utilisation de substances.
Tolérance, définie soit par le besoin d'une quantité notablement plus grande de substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ou par un effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance (remarque : on considère que ce critère n'est pas satisfait dans le cas d'une personne prenant la drogue sous supervision médicale, selon la prescription).	Étant donné que les personnes âgées sont plus sensibles aux effets des substances psychoactives à mesure qu'elles vieillissent, leur tolérance peut sembler avoir diminué plutôt qu'augmenter.
Sevrage se manifestant soit par des symptômes de sevrage caractéristiques ou par l'utilisation de la substance pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.	Les manifestations des symptômes de sevrage peuvent être plus subtiles et se prolonger. Il est possible que les personnes qui commencent à consommer des substances psychoactives à une phase tardive de leur vie ne développent pas de dépendance physiologique ou que les utilisateurs de médicaments comme les benzodiazépines qui n'en font pas un usage problématique développent une dépendance physiologique.

## Facteurs de risque

Il existe plusieurs facteurs de risque de développement d'un TUSP chez les personnes âgées, notamment les effets du vieillissement, des différences liées au sexe, des changements physiologiques et psychologiques, du déficit cognitif, de la stigmatisation, de la solitude, des pratiques en matière de prescription et de l'abus des aînés. Les facteurs génétiques, qui peuvent contribuer jusqu'à 50 % au risque d'une personne de développer une dépendance, restent un élément important à prendre en considération au sein de ce groupe d'âge. Il est bon de souligner que la dépendance se manifeste uniquement à la suite d'une exposition. Les substances concernées peuvent altérer le cerveau après l'exposition pour augmenter la vulnérabilité à l'utilisation additionnelle. Des données ont également montré que de nombreux facteurs psychosociaux contribuaient au risque de dépendance. Par exemple, des expériences néfastes au cours de l'enfance (p. ex., abus ou négligence) peuvent être à l'origine de la dépendance (Dube et coll., 2003). Les facteurs environnementaux, tels que le stress, le réseau social, l'isolement, la solitude et la pauvreté, jouent aussi un rôle et peuvent être particulièrement importants chez les personnes âgées. De plus, les lacunes dans le système de santé, la polypharmacie, la surprescription et la méconnaissance des risques associés à l'utilisation de drogues par les personnes âgées peuvent contribuer au développement d'un TUSP.

## Défis liés au dépistage

Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives sont souvent sous-diagnostiqués et sous-traités en raison de la détection insuffisante de ce problème par les professionnels de la santé, qui peuvent attribuer les signes de l'utilisation de substances aux processus courants du vieillissement (CCDUS, 2018). Les facteurs faisant obstacle au dépistage des TUSP chez les personnes âgées sont amplifiés par l'âgisme, le manque d'études sur les TUSP chez les personnes âgées ainsi que la tendance générale des politiques gouvernementales sur ce problème à porter uniquement sur les jeunes adultes.

Le dépistage et le diagnostic d'un TUSP chez les personnes âgées posent de nombreuses difficultés (Tableau 2). Les critères du DSM-5 pour l'identification des TUSP comportent plusieurs critères évaluant la diminution des capacités en fonction de l'effet de l'utilisation d'une substance psychoactive sur l'accomplissement des fonctions sociales ou interpersonnelles ou du fonctionnement dans des domaines qui ne sont pas toujours pertinents dans les cas des personnes âgées, par exemple au travail, à l'école ou lors de la conduite automobile.

Il est également possible de passer à côté des TUSP en raison de la présence accrue d'états médicaux morbides coexistants dont les symptômes peuvent masquer un TUSP chez les personnes âgées.

## Effets du vieillissement

Bien que le vieillissement lui-même ne constitue pas un facteur de risque de développement d'un TUSP, il accroît la vulnérabilité aux effets nocifs en raison du taux accru de comorbidités, de la fragilité et de l'amointrissement des réserves physiologiques (CCDUS, 2018). De nombreux changements liés à l'âge peuvent soit compliquer le dépistage ou accroître le risque potentiel d'événements indésirables tels que les chutes, le déficit cognitif et la perte d'autonomie. Les changements liés à l'âge qui influencent le métabolisme peuvent accroître la sensibilité du système nerveux central aux substances psychoactives et la durée de leurs effets.

Il faut tenir compte autant des altérations pharmacodynamiques (l'effet des drogues sur la personne) que pharmacocinétiques (l'effet de l'organisme sur les drogues). Le vieillissement est associé à diverses altérations de la prise en charge des substances dont il est question dans les lignes directrices et de la réponse du corps à ces substances (McLean et Le Couteur, 2004). Bien que l'importance des altérations du métabolisme hépatique liées à l'âge fasse l'objet de débats, les personnes âgées ont tendance à présenter un taux d'alcool sanguin supérieur à celui des personnes plus jeunes après la consommation d'une quantité standard d'alcool en raison de la diminution du métabolisme gastrique et du volume de distribution (Caputo et coll., 2008; Ferreira et Weems, 2008; Lehman et Fingerhood, 2018). Les personnes âgées sont plus sensibles aux effets des BZRA en plus de subir potentiellement une durée d'action prolongée en raison des altérations pharmacocinétiques du métabolisme et de la distribution des drogues liées à l'âge (Griffin III et coll., 2013; Schroeck et coll., 2016). Il y a malheureusement peu de données probantes sur les effets précis du vieillissement sur la pharmacologie et la toxicité des cannabinoïdes (van den Elsen et coll., 2014; Beauchet, 2018). Dans le cas des opioïdes, le vieillissement entraîne une sensibilité accrue à ces substances de même que d'importantes altérations, liées à l'âge, du métabolisme et de l'excrétion des opioïdes qui peuvent entraîner le prolongement des effets (Naples et coll., 2016). Pris dans leur ensemble, ces changements confirment le vieil adage voulant qu'il faut y aller doucement avec les substances psychoactives en commençant par une faible dose.

## Hétérogénéité de la population de personnes âgées

Les personnes âgées présentent des différences dans leur vécu, leurs croyances, leurs préférences, leur situation et leurs aspirations. Une personne qui vieillit n'en reste pas moins un individu. Il faut aussi reconnaître que le troisième âge est une étape de vie qui peut durer trente ans ou plus. Bien que le vieillissement soit associé à un déclin général des capacités et à une hausse des besoins en matière de soins de santé, les personnes âgées présentent une variabilité substantielle dans leur état de santé, dans l'équilibre entre la vulnérabilité (fragilité) et la résilience de même que dans le pronostic. De nombreuses personnes de ce groupe présentent une différence notable entre leur âge chronologique (c.-à-d. leur âge selon le calendrier) et leur âge biologique (c.-à-d. l'âge qu'elles semblent avoir) (Lowsky et coll., 2014; Hadley et coll., 2017; Mitnitski et coll., 2017). Cette variabilité est due à des caractéristiques telles que le bagage génétique particulier d'une personne, ses caractéristiques socioéconomiques, l'endroit où elle vit et des facteurs comportementaux comme l'alimentation, l'activité physique, l'engagement social, le soutien, le degré de stress (et les réponses au stress) et le tabagisme (Lowsky et coll., 2014). La présence de nombreuses affections chroniques, notamment la démence et la présence de multiples états morbides (c.-à-d. des maladies concomitantes), de même que la douleur chronique deviennent plus courantes à mesure qu'une personne vieillit (Turcotte et Schellenberg, 2007; Roberts et coll., 2015; Agence de la santé publique du Canada, 2017). Le traitement des comorbidités peut accroître le risque d'utilisation des substances psychoactives dont il est question dans les lignes directrices. L'invalidité est également plus fréquente au troisième âge (Statistique Canada, 2013). Tous ces facteurs mettent en lumière la nécessité d'utiliser une approche personnalisée pour établir les objectifs de soins pour une personne âgée.

## Rôle de la stigmatisation

Les attitudes et les présomptions négatives au sujet des personnes âgées ou des utilisateurs de drogues peuvent avoir une grande influence sur la qualité de vie d'une personne et peuvent entraîner des sentiments de crainte, de colère, de honte, de désespoir ou de dépréciation. Cela peut empêcher autant les gens d'obtenir de l'aide que les cliniciens de s'apercevoir qu'une personne a besoin d'aide (CCDUS, 2017).

Les gens ont souvent la perception erronée que les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et les problèmes de consommation de substances ne touchent pas la population âgée ou ne valent pas la peine d'être traités. C'est pourquoi les discussions au sujet de l'usage de substances psychoactives doivent être menées de façon non âgiste et exempte de jugement et faire ressortir les expériences et les valeurs de la personne. La stigmatisation et le stéréotypage s'observent lorsqu'on fait des présomptions, consciemment ou non, au sujet du degré de soins auquel a droit une personne âgée, de la valeur de la vie d'une personne âgée ou des raisons sous-jacentes au mode de vie d'une personne. La stigmatisation peut être exercée par la société ou par soi-même. Les gens font preuve de stigmatisation lorsqu'ils présument que les symptômes d'un usage problématique de substances psychoactives ne sont simplement que les symptômes du vieillissement.

Dans son rapport récent sur l'usage de substances et le vieillissement, le CCDUS souligne que les TUSP sont souvent sous-traités et sous-diagnostiqués en raison de la stigmatisation à l'endroit des personnes âgées et de la détection insuffisante de ce problème par les professionnels de la santé, qui peuvent attribuer les signes de l'utilisation de substances aux processus du vieillissement (CCDUS, 2018).

Les fournisseurs de soins de santé doivent se questionner eux-mêmes et entre eux pour surmonter les présomptions et les stéréotypes et s'assurer de fournir les meilleurs soins possibles à leurs patients. La stigmatisation peut être réduite par l'utilisation des mots appropriés et par l'ouverture, la volonté et la capacité à entamer des discussions parfois difficiles au sujet de l'utilisation de substances psychoactives avec les patients âgés.

## Peuples autochtones

La population autochtone du Canada est composée de trois grands groupes : les Indiens (terminologie gouvernementale historique), les Métis et les Inuits. Les Autochtones représentent 4,9 % de la population totale (Statistique Canada, 2016). Les personnes autochtones du Canada ont en moyenne un état de santé plus défavorable que les Non-Autochtones et ont subi un fardeau disproportionné d'effets nocifs liés à l'utilisation de substances psychoactives (Urbanowski, 2017). Ces inégalités en matière de santé sont le résultat de l'histoire de colonisation qui a entraîné le déplacement et l'isolement de personnes autochtones de leur communauté, de leur famille et de leur culture (Adelson, 2005). Il n'existe pratiquement aucune donnée concernant spécifiquement les personnes âgées autochtones souffrant de problèmes de consommation de substances psychoactives, à l'exception notablement de la réserve de Kanawahke au Québec où, dans le cadre d'une évaluation des besoins de la communauté, l'alcool est classé comme l'une des trois plus importantes sources de préoccupation pour les personnes âgées autochtones (Spencer, 2000).

Les traditions et les valeurs autochtones ont influencé diverses méthodes de traitement qui facilitent le processus de guérison et dans lesquelles la communication narrative, les cercles d'enseignement et différentes cérémonies, telles que les danses du Soleil, les sueries, les cérémonies du calumet et les gîtes de guérison, dénotent le rôle de la spiritualité et de la reprise de contact avec l'environnement naturel (Poonwassie et Charter, 2001). De même, on accorde une grande valeur au rôle des aînés de la tribu. Un aîné est perçu comme une personne possédant la richesse de l'histoire et des traditions de sa culture ainsi qu'une expérience de vie suffisante pour faire profiter les autres de ses connaissances. L'accent qui est placé récemment sur les bienfaits des approches thérapeutiques axées sur la culture reflète la reconnaissance que le traitement doit être adapté aux besoins de l'individu (Poonwassie et Charter, 2001). Rowan et ses collègues (2014) ont réalisé une revue systématique de 19 études qui ont évalué les données probantes concernant l'efficacité des interventions axées sur la culture autochtone, souvent intégrées aux approches occidentales, dans le traitement des TUSP. Ils en ont conclu que les interventions axées sur la culture étaient associées à une amélioration positive de la santé et du bien-être et à une diminution de la consommation de substances psychoactives. Ils ont également recommandé de mener des études supplémentaires, étant donné la faiblesse relative de la méthodologie des études. Le document *Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada* (Santé Canada, 2011) fournit une approche axée sur la culture.

Malheureusement, il manque de données ou d'études portant spécifiquement sur l'utilisation de substances psychoactives chez les personnes âgées autochtones. Cette lacune reflète l'absence d'études de recherche pertinente et représente un aspect à améliorer dans l'élaboration de lignes directrices pouvant être adaptées à différentes cultures. Nous n'avons pas réussi à obtenir la participation de représentants des communautés autochtones à l'élaboration des lignes directrices, mais nous espérons que ces communautés participeront à la phase d'application des connaissances du projet, afin de rendre les recommandations applicables aux personnes âgées de cette population. L'utilisation des lignes directrices au sein des communautés autochtones du Canada doit faire l'objet de discussions et de négociations transparentes et être modifiées au besoin pour assurer le respect de l'harmonisation avec la culture et de l'intégrité culturelle.

## Différences entre les sexes

McHugh et ses collègues (2018) ont récemment passé en revue et résumé la littérature scientifique sur les différences entre les sexes et entre les genres dans les cas de TUSP chez les personnes de tout âge. Ils ont remarqué que l'écart entre les genres, caractérisé par une prévalence accrue de TUSP chez les hommes, s'amenuise. Les auteurs ont suggéré que le genre (c.-à-d. les rôles des hommes et des femmes définis par des critères environnementaux et socioculturels) contribue à l'apparition et à l'évolution de l'utilisation de substances psychoactives et des TUSP. Ils ont également souligné que les différences entre les sexes biologiques sont apparentes dans plusieurs systèmes organiques, notamment la structure et le fonctionnement du cerveau de même que les fonctions endocrines et métaboliques. Les conséquences indésirables associées aux TUSP sont souvent plus graves chez les femmes. Les auteurs ont toutefois observé que l'issue du traitement est semblable entre les hommes et les femmes. Ils ont fait état de la nécessité de réaliser des études supplémentaires pour élucider les différences entre les sexes et les genres.

Des différences entre les genres s'observent également dans les habitudes de prescription (p. ex., taux accru de prescriptions de BZRA pour les femmes) et dans la sensibilité aux effets indésirables de l'alcool chez les femmes. Ces différences ont été prises en considération dans l'élaboration des lignes directrices.

## Dépistage

Lors du dépistage d'un TUSP, il faut faire attention dans l'application des critères diagnostiques aux personnes âgées. Il faut, lorsque c'est possible, envisager de procéder à une évaluation gériatrique complète, où les capacités fonctionnelles, la santé physique, les fonctions cognitives, la santé mentale et la situation socioenvironnementale d'une personne âgée sont évaluées afin d'élaborer un plan de soins coordonnés. Il faut également tenir compte de problèmes tels que l'utilisation de plusieurs substances psychoactives, le deuil et l'isolement. Il peut être difficile pour les personnes âgées de comprendre la différence entre l'utilisation à des fins médicales et l'utilisation à des fins non médicales, ce qui peut influencer le dépistage et l'évaluation des TUSP. Les cliniciens oublient souvent la possibilité que les personnes âgées présentent un problème de surconsommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives. Ils peuvent attribuer les symptômes à des problèmes de santé concomitants plutôt qu'à l'utilisation de substances. Il existe de nombreux obstacles à la détection de cette utilisation problématique au sein de cette population (Koh et coll., 2016). Les outils et les procédures de dépistage doivent être adaptées aux personnes âgées et tenir compte des caractéristiques qui leur sont propres, y compris les préoccupations liées à la stigmatisation (Conn, 2018). Le dépistage de l'utilisation de substances psychoactives doit être réalisé à chaque hospitalisation, à chaque examen médical périodique, à chaque fois qu'une personne subit un important événement ou changement stressant dans sa vie ou à l'apparition de divers problèmes de santé physique ou mentale. Il existe une gamme d'outils pour dépister les problèmes liés à l'utilisation d'une seule substance psychoactive ou de plusieurs substances.

Il est important de souligner de nombreuses personnes présentent des problèmes de consommation de plusieurs substances en même temps. Les outils généraux de dépistage sont entre autres le test ASSIST (« Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test »; test de dépistage de l'utilisation d'alcool, de tabac et de substances psychoactives), le questionnaire PDUQp (« Prescription Drug Use Questionnaire Patient Version »; questionnaire sur l'utilisation de drogues, version pour les patients) et le test DADT-10 (« Drug Abuse Screening Test »; test de dépistage de l'abus de drogues). Taylor et ses collègues (2014) ont effectué une analyse approfondie des divers outils offerts pour dépister les problèmes de consommation d'alcool chez les personnes âgées. Les outils conçus pour les personnes âgées sont entre autres le test SMAST-G (« Short Michigan Alcohol Screening Test–Geriatric »; test bref de dépistage de la consommation d'alcool du Michigan, version gériatrique) et l'indice SAMI (« Senior Alcohol Misuse Indicator »; indicateur du mésusage de l'alcool chez les aînés) (Blow et coll., 1998; Lum, 2005). Il existe d'autres outils dont le test de dépistage CAGE et le test AUDIT (« Alcohol Use Disorders Identification Test »; test de dépistage des troubles liés à l'utilisation de l'alcool), qui a été conçu par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Chacun des quatre documents de lignes directrices de la CCSMPA fournit des renseignements supplémentaires sur le dépistage de l'usage de l'alcool, des BZRA, du cannabis ou des opioïdes.

Le dépistage de l'utilisation inappropriée de médicaments d'ordonnance nécessite des questions portant sur le respect de la prescription, les prescriptions obtenues auprès de plusieurs médecins, l'endroit et le moment où les ordonnances sont exécutées ainsi que l'utilisation de médicaments en vente libre et de produits de médecine douce (Conn, 2018). Simoni-Wastila et Yang (2006) ont énuméré plusieurs autres signaux d'avertissement qui pourraient indiquer une utilisation inappropriée de médicaments d'ordonnance, notamment : inquiétude excessive à savoir si les médicaments psychoactifs fonctionnent ou au sujet de la quantité et du moment de prise des médicaments, connaissance détaillée d'un médicament particulier ou affection pour un médicament particulier, plaintes au sujet d'autres médecins qui refusent de rédiger des ordonnances, somnolence diurne excessive, modifications des habitudes en matière d'hygiène et de soins personnels et retrait social. De plus, la présence de divers symptômes physiques, énumérés au [tableau 2](#), chez une personne âgée doit susciter le dépistage de problèmes d'utilisation de substances psychoactives (Center for Substance Abuse Treatment, 1998).

**Tableau 2 : Symptômes physiques devant susciter le dépistage (Center for Substance Abuse Treatment, 1998)**

- Problèmes de sommeil; changement observable des habitudes de sommeil; fatigue, malaise ou somnolence diurne inhabituel; sédation apparente (p. ex., une personne âgée auparavant ponctuelle commence à se réveiller trop tard et n'est pas prête lorsque la navette du centre pour personnes âgées vient la chercher)
- Déficit cognitif, troubles de mémoire ou de concentration, désorientation ou confusion (p. ex., les membres de la famille ont de la difficulté à suivre ce qu'une personne âgée dit, la personne âgée n'est plus capable de participer à sa partie de bridge hebdomadaire ou de suivre l'intrigue des téléromans quotidiens)
- Convulsions, malnutrition, atrophie musculaire
- Anomalies de la fonction hépatique
- Irritabilité persistante (sans cause manifeste) et changement d'humeur, dépression ou anxiété
- Plaintes inexplicables au sujet d'une douleur chronique ou d'autres affections somatiques
- Incontinence, rétention urinaire, difficulté à uriner
- Mauvaise hygiène et autonégligence
- Fébrilité et agitation inhabituelles
- Plaintes au sujet d'une vision floue ou d'une sécheresse buccale
- Nausées, vomissements ou troubles gastro-intestinaux inexplicables
- Modification des habitudes alimentaires
- Trouble de l'élocution
- Tremblements, mauvaise coordination motrice, démarche traînante
- Chutes fréquentes et ecchymoses inexplicables



## Évaluation

Une évaluation exhaustive des personnes âgées est essentielle. Cette évaluation doit comprendre la prise des antécédents complet d'utilisation de substances psychoactives et de médicaments et de problèmes médicaux et psychiatriques comorbides, la prise des antécédents sociaux et familiaux, une évaluation fonctionnelle, un examen de l'état mental comprenant un dépistage du déficit cognitif et un examen physique. Des investigations doivent être réalisées selon le meilleur jugement du clinicien et peuvent comprendre des analyses de sang, d'urine et de neuro-imagerie en cas d'antécédents de blessure récente à la tête ou de signes de déficit cognitif. Le guide d'information du Royal College of Psychiatrists (2015) sur le mésusage de substances psychoactives chez les personnes âgées offre un excellent aperçu du processus d'évaluation optimal. Les personnes âgées souffrent fréquemment de multiples affections médicales qui se chevauchent, ce qui peut poser des défis diagnostiques complexes. Les symptômes peuvent être attribués à une ou des affections médicales sous-jacentes plutôt qu'à l'usage ou au mésusage de substances psychoactives. La présence concomitante d'un déficit cognitif ou de la démence et de la surconsommation d'alcool ou d'autres substances n'est pas rare. Il y a également un lien solide entre les troubles anxieux et de l'humeur et les TUSP. Le tableau clinique atypique peut comprendre l'isolement, un déficit staturo-pondéral, une perte d'intérêt ou de motivation, une perte de poids ou la malnutrition, le délirium lié au sevrage, des chutes, des ecchymoses, l'incontinence urinaire ou une fragilité accrue. Il est important de toujours envisager des effets indésirables de drogues chez toute personne âgée présentant un problème médical.

Il faut privilégier une approche biopsychosociale intégrant plusieurs facteurs potentiels pouvant contribuer au développement d'un TUSP (Skewes et Gonzalez, 2013). En plus d'intégrer des facteurs biologiques tels que la génétique, ce modèle intègre des facteurs psychologiques tels que la personnalité et le tempérament, le conditionnement et les systèmes de croyances de même que des facteurs sociaux tels que la dynamique familiale, l'influence des pairs et l'utilisation de substances psychoactives par les partenaires intimes. Ce modèle peut également incorporer des influences environnementales, l'ethnicité et la culture. Une évaluation exhaustive tiendra compte de tous ces facteurs d'influence potentiels.

## Points de transition des soins

Les points de transition des soins se rapportent aux changements dans le degré de soins, l'endroit où ils sont prodigués ou les personnes qui les fournissent lorsque la personne est déplacée au sein du système de santé (Kim et Flanders, 2013). Les personnes âgées sont particulièrement susceptibles de subir ces transitions étant donné leurs besoins souvent complexes en matière de soins de santé. Elles pourraient par exemple être admises à l'hôpital ou dans un centre de soins de longue durée. La diversité de la population âgée en termes de facteurs comme l'état de santé, les états comorbides et le pronostic peut influencer la façon dont la transition de soins se fait. Bien que les transitions de soins soient souvent nécessaires pour la prestation des soins requis, il arrive aussi parfois que l'interruption de la stabilité ait des conséquences négatives. Par exemple, la cessation soudaine de la consommation d'alcool posant un risque lors de l'admission à l'hôpital pourrait précipiter un syndrome de sevrage, alors que l'instauration d'un traitement par BZRA pour une courte période pendant l'hospitalisation peut parfois entraîner une utilisation de longue durée au retour dans la communauté. Il est essentiel, à ces points de transition des soins, de procéder à une évaluation personnalisée des risques, d'établir un bilan comparatif des médicaments (c.-à-d. communication systématique au sujet des médicaments et administration cohérente des médicaments à tous les points de transition), de s'assurer de la coopération de la personne âgée et de sa famille et de s'assurer que l'échange d'information entre les intervenants des soins de la personne âgée se fasse avec exactitude et dans les plus brefs délais. Une des principales erreurs lorsque plusieurs fournisseurs de soins interviennent est de présumer qu'un autre intervenant s'occupe d'un aspect comme le dépistage d'un TUSP. Sauf s'il est explicitement mentionné qu'un problème de santé particulier est traité, il est plus sécuritaire que le clinicien présume que personne d'autre ne s'en occupe et qu'il doit s'en occuper.

Un des points de transition particuliers par lequel une personne âgée présentant un TUSP peut passer est l'orientation vers un programme de traitement spécialisé. Les cliniciens de soins primaires sont censés être en mesure de dépister un TUSP ou d'en évaluer les symptômes évocateurs et de procéder à une brève évaluation suivie d'une intervention en cabinet en cas de détection (SAMHSA, 1997). Selon leurs intérêts et leur expertise, certains cliniciens peuvent réaliser des interventions approfondies si l'approche initiale échoue, bien qu'une orientation vers un programme de traitement spécialisé soit généralement requise dans cette situation. L'orientation vers un de ces programmes reste toujours une option si la situation se dégrade au fil du temps. Les cliniciens de soins primaires doivent connaître les ressources de traitement offertes dans leur région aux personnes âgées présentant un TUSP, mais leur responsabilité envers la personne âgée ne cesserait pas à l'admission de celle-ci à un programme de traitement spécialisé. Il est probable que le clinicien continue à

participer à la prise en charge des autres problèmes de santé de la personne âgée en collaborant avec l'équipe de traitement, en encourageant la personne âgée à maintenir sa participation au programme et en faisant le suivi de la personne âgée après la conclusion du traitement pour surveiller ses progrès et aider à éviter les rechutes.

## Conduite automobile et utilisation de substances psychoactives

Les accidents de la route sont la principale cause de décès accidentel chez les personnes de 65 à 74 ans au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2015). Ensemble, les chutes et les accidents de voiture représentent environ 91 % de toutes les hospitalisations liées à des blessures chez les personnes âgées.

Il est établi depuis longtemps que de conduire sous l'influence de l'alcool augmente le risque d'être impliqué dans un accident. Une méta-analyse sur l'utilisation des benzodiazépines et la conduite automobile a révélé que les consommateurs de benzodiazépines présentaient un risque significativement accru de subir un accident de la route comparativement aux non-consommateurs, le risque relatif approché étant de 1,6 (Rapoport et coll., 2009). Les utilisateurs de « médicaments Z » tels que le zopiclone et le zolpidem présentent également un risque accru de subir un accident de la route (Gunja, 2013). Dans le cadre d'une revue systématique sur l'utilisation de médicaments et le risque de collision, 15 médicaments, y compris les opioïdes et les médicaments sédatifs-hypnotiques, ont été associés à un risque accru d'accident de la route (Rudisill et coll., 2016).

Dans une étude récente examinant les facteurs de risque pour les personnes âgées conduisant sous l'influence de l'alcool ou de drogues, on a rapporté que 14,5 % des personnes âgées de 50 à 64 ans et 6,2 % de celles âgées de plus de 65 ans ont autodéclaré avoir conduit avec les facultés affaiblies (Choi et coll., 2014). Dans ces deux groupes, la probabilité de conduire avec les facultés affaiblies augmente significativement lorsqu'il y a présence de consommation d'alcool à une fréquence accrue, d'hyperalcoolisation rapide, de consommation de marijuana et d'un épisode de dépression majeure.

Il pourrait être utile de faire la distinction entre le risque lié à l'utilisation continue d'un médicament et le risque lié à une première utilisation pour déterminer le risque d'effets nocifs chez les personnes âgées. Une analyse des données sur les accidents de la route liés aux sédatifs-hypnotiques (y compris les benzodiazépines et les « médicaments Z » apparentés) a montré que les nouveaux utilisateurs de sédatifs présentaient un risque accru de collision comparativement aux non-utilisateurs (Hansen et coll., 2015). Ces études indiquent que d'autres approches sont requises pour empêcher les personnes âgées de conduire avec les facultés affaiblies, y compris la question épineuse au sujet du moment d'invoquer le signalement obligatoire aux autorités, comme l'exigent de nombreux États. Pour les personnes ayant perdu leur permis de conduire en raison du mésusage de substances psychoactives, les lignes directrices australiennes indiquent que des preuves de rémission du problème de consommation de substances et l'absence d'altérations des fonctions cognitives sont requises pour envisager les demandes de renouvellement de permis (Ogden et coll., 2018). Le guide de l'Association médicale canadienne sur la conduite automobile (9<sup>e</sup> édition) fournit aux médecins des renseignements utiles sur l'évaluation médicale de l'aptitude à conduire un véhicule automobile et fait spécifiquement référence à l'usage de médicaments et de substances médicamenteuses, de même qu'aux effets du vieillissement et du déficit cognitif sur la conduite automobile (Association médicale canadienne, 2017).

## Traitement, prestation de services et ressources

Des études ont montré que les fournisseurs de soins connaissent mal les TUSP (CCDUS, 2018). Une étude australienne sur le rôle des médecins généralistes a révélé des lacunes dans l'utilisation des outils de dépistage, la prestation de services de counseling et l'orientation vers des services spécialisés (Marshall et Deanne, 2004). Des facteurs organisationnels, comme le manque de lignes directrices cliniques, d'outils de dépistage adéquats et d'occasions de formation pour les professionnels de la santé en matière de soins aux personnes âgées présentant un TUSP, constituent des obstacles au dépistage des TUSP dans cette population (CCDUS, 2014). L'écart qui existe entre la formation des médecins et les besoins cliniques est un rappel frappant du travail nécessaire pour former les étudiants et les professionnels du domaine de la santé au dépistage, à la prévention et au traitement des TUSP chez les personnes âgées. Polydorou et ses collègues (Polydorou et coll., 2008) souligne le besoin d'offrir une formation interactive et pertinente sur le plan clinique afin de réduire au minimum le sous-traitement dû à un diagnostic erroné ou à l'absence de détection. La Commission de la santé mentale du Canada a publié en 2011 des lignes directrices relatives à la planification et à la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens.

Ce document contient un ensemble de valeurs et de principes, énumérés au [tableau 3](#), que devraient respecter à la fois les intervenants individuels, le système et les facilitateurs d'un système complet. Le modèle comprend également une carte décrivant l'ensemble complet des services qui devraient être offerts au sein d'un système optimal. Cet ensemble de principes, de valeurs et de services requis s'applique grandement aux personnes âgées présentant un TUSP.

**Tableau 3 : valeurs et principes directeurs** (Tiré du document intitulé « Guidelines for Comprehensive Mental Health Services for Older Adults in Canada », Commission de la santé mentale du Canada, 2011)

#### ÉCHELLE DE L'INDIVIDU

- respect et dignité
- auto-détermination, autonomie et choix
- participation, relation et inclusion sociale
- justice et équité
- sécurité

#### ÉCHELLE DU SYSTÈME

- accessibilité
- orientation sur la personne et la relation
- axé sur le rétablissement
- soutien pour la famille et les soignants
- éducation et soutien pour les fournisseurs de services
- diversité et sécurisation culturelle
- exhaustivité

- modèle intégré, souple et continu
- promotion de la santé mentale
- fondé sur des données probantes

#### FACILITATEURS D'UN SYSTÈME COMPLET

- centres universitaires
- sécurisation culturelle
- diversité
- les soignants sont des partenaires cruciaux des soins
- soutien aux fournisseurs de services
- modèles de prestation de services
- partenariats/collaboration inter-sectoriels
- utilisation de la technologie
- application des connaissances et des données probantes

Dans le rapport de la CCDUS de 2018 sur l'usage de substances et le vieillissement, Blow (2018) donne une description du traitement des TUSP. Il y souligne que l'augmentation du nombre de personnes âgées aux prises avec un TUSP rend particulièrement importante la prestation de services adaptés à l'âge par les centres de traitement. Il précise également que les obstacles sociétaux et les particularités uniques que présentent les personnes âgées sur les plans de la santé physique et mentale compliquent le dépistage et le traitement des TUSP chez cette population. Diverses approches et techniques axées sur le patient peuvent être intégrées à la pratique clinique pour faciliter le dépistage de l'usage de substances chez les personnes âgées ainsi que l'orientation et le traitement de cette population. Bien que les services adaptés à l'âge puissent améliorer les résultats thérapeutiques chez les personnes âgées, ils demeurent limités au Canada et aux États-Unis, en particulier dans les régions rurales et éloignées. Comme dans d'autres domaines de la santé, la télémédecine peut permettre aux habitants des régions mal servies d'avoir accès à des spécialistes.

Les personnes âgées qui demandent un traitement pour leur usage problématique de substances ont souvent de la difficulté à s'y retrouver dans les divers services de traitement et d'aide offerts (Blow, 2018). Les fournisseurs de soins primaires manquant de temps et de ressources, il est donc important pour eux de connaître les ressources offertes dans leur milieu et d'être prêts à orienter les patients vers ces ressources. Il est souvent difficile pour les personnes âgées d'admettre leur usage problématique de substances. Les cliniciens peuvent les aider en leur donnant des renseignements sur les changements métaboliques associés au vieillissement et sur les interactions entre l'alcool et les drogues. Il est également important de renseigner les personnes âgées sur le risque de problèmes associés à l'utilisation de substances psychoactives, comme les chutes, les accidents, le déficit cognitif et la dépression. Il est possible que certaines personnes doivent être admises dans un centre de traitement ou hospitalisées.

Plusieurs études indiquent que les personnes âgées obtiennent de meilleurs résultats lorsqu'elles reçoivent des soins adaptés à l'âge prodigués par des cliniciens conscients des enjeux propres à cette population (Kuerbis et coll., 2014). Le programme doit être personnalisé et facilement accessible et favoriser la participation de la famille de la personne âgée lorsqu'il y a lieu. Le [tableau 4](#) présente une liste des approches thérapeutiques que préfèrent les personnes âgées (Blow, 2018). Des données indiquent que la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie de soutien peuvent toutes deux être d'une aide utile pour les personnes âgées.

**Tableau 4 : Préférences générales des personnes âgées en matière de services**

- Programmes structurés mais flexibles
- Traitement adapté au genre
- Axés sur le développement de l'estime de soi
- Documents rédigés en gros caractères
- Personnel spécialisé dans les enjeux propres aux aînés
- Comportant une échelle d'intensité dégressive
- Soutien ou counseling personnalisé
- Participation facultative de la famille et des amis
- Adaptés aux déficiences physiques
- Approches de groupe
- Transport
- Soutien par les pairs
- Nourriture, vêtements ou hébergement
- Conseillers prenant bien soin d'eux-mêmes
- Axés sur les habiletés d'adaptation
- Conseillers se souciant vraiment de leurs patients
- Liens avec des services à l'externe
- Adaptés au déclin et aux déficits sensoriels

Tiré de : Blow (2018) dans le rapport du CCDUS intitulé *Meilleure qualité de vie : usage de substances et vieillissement*

La méthode SBIRT (« Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment »; dépistage, intervention brève et orientation vers un traitement) est une intervention simple à réaliser qui peut être intégrée à la pratique clinique. Cette approche objective et motivationnelle est fondée sur le principe de l'intégration du dépistage universel aux soins régulièrement prodigués. Des modèles plus intensifs de gestion des cas peuvent également s'avérer utiles pour certaines personnes. Parmi les autres méthodes, notons le soutien par les pairs ainsi que l'organisation des contingences, qui est fondée sur une approche comportementale systématique. Il est également important de mentionner que la qualité de la relation entre le patient et le fournisseur de soins peut s'avérer un déterminant plus important de la réussite que les compétences particulières du fournisseur. Les médecins de famille et les membres de l'équipe de soins primaires, tels que les travailleurs sociaux et le personnel infirmier, peuvent et doivent offrir un soutien constant. Le counseling de soutien de même que les conseils d'un professionnel de la santé de confiance peuvent se révéler immensément utiles. Certaines personnes présentant un TUSP traînent depuis longtemps un bagage d'adversité et peuvent souffrir d'un syndrome de stress post-traumatique. Par conséquent, le recours à une méthode de soins sensibles aux traumatismes est d'une importance capitale pour certaines personnes.

Il faut offrir aux personnes âgées aux prises avec un TUSP un continuum de soins cohérent pour leur assurer un soutien adéquat, du dépistage jusqu'au rétablissement. Le DSM-5 définit la rémission précoce comme trois mois d'absence de symptômes et la rémission prolongée comme une période de plus de 12 mois sans symptômes. Les professionnels de la santé ont présentement tendance à fournir des soins actifs épisodiques pour traiter la dépendance en association avec du soutien qui dure rarement aussi longtemps qu'il serait nécessaire pour obtenir une rémission précoce. Aucun autre problème médical n'est si paradoxalement sous-traité et les personnes qui ne réussissent pas à s'en sortir en portent souvent le blâme et sont victimes de stigmatisation. Il s'agit là beaucoup plus d'un échec du système que d'un échec de la personne, mais ce sont les patients et leur famille qui en portent le blâme et la honte. Des efforts de sensibilisation et l'amélioration continue de la qualité fondée sur des données probantes sont requis pour réparer les brisures du système de santé.

Le CCDUS a récemment publié un document intitulé *Trouver des traitements de qualité pour les dépendances au Canada* (Guide sur le traitement de la consommation d'alcool et de drogue). Ce document, qui constitue un guide utile pour les personnes qui cherchent de l'aide pour traiter leur problème, comprend une série de questions à poser avant d'entreprendre un programme de traitement. Il contient une introduction discutant du meilleur moment pour chercher de l'aide ainsi qu'une section détaillée sur la planification du traitement. On y décrit les milieux de soins, c'est-à-dire à l'externe (dans la communauté), à l'interne (hôpital), en établissement, en centre de prise en charge du sevrage et en soins continus. On y décrit également les programmes de traitement structurés qui peuvent être intensifs et suivre un horaire quotidien strict de traitement et d'activités. Le traitement peut comprendre une thérapie individuelle ou de groupe, des séances d'information, le développement d'habiletés sociales et des activités de planification du traitement. On y mentionne que ces programmes sont généralement utilisés par des gens qui ont des problèmes de longue date et qui n'ont pas tiré de bénéfices d'autres types de traitement. Pour les personnes ayant un problème de consommation de substances psychoactives jumelé à un problème de santé mentale ou physique grave, un programme de traitement structuré en milieu hospitalier peut s'avérer nécessaire. Ce document présente également une liste des services d'information offerts au Canada ainsi que leurs coordonnées.

Les points de transition des soins relatifs aux TUSP constituent des moments importants pour vérifier que la gestion du cas répond aux besoins uniques de chaque patient. Les gens doivent recevoir du soutien pour rester en sécurité pendant qu'ils attendent une cure de désintoxication. De plus, la période de sevrage aigu pendant la désintoxication doit être adéquatement prise en charge chez les personnes âgées qui peuvent présenter une fragilité ou des états comorbides importants. La période suivant le sevrage aigu, où le cerveau revient à son nouvel état normal, est une période de quelques semaines à quelques mois au cours de laquelle le taux de rechute est élevé en raison des envies impérieuses et de la présence fréquente d'éléments déclencheurs. Le soutien est donc nécessaire pendant la transition vers un programme de réadaptation et la sortie d'un tel programme. Enfin, le clinicien doit rester engagé pour soutenir la transition du patient vers le rétablissement. On décrit souvent ce processus comme un parcours au cours duquel le patient doit apprendre à vivre sans béquille chimique, à régler ses nombreux problèmes et à se remettre à vivre. Un aspect important du rôle du clinicien et de la relation clinique est d'être conscient de ces transitions et d'offrir du soutien approprié, sans se faire complice. Un traitement approprié et des soins longitudinaux complets peuvent donner d'aussi bons résultats pour les TUSP que pour toute autre maladie chronique.

**Annexe A : Comité directeur du projet de lignes directrices sur les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives de la CCSMPA**

Président du comité, co-président de la CCSMPA . . . . .	D <sup>r</sup> David Conn
Co-président, CCSMPA . . . . .	D <sup>r</sup> Kiran Rabheru
Directrice administrative, CCSMA . . . . .	Claire Checkland
Co-responsables, trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées . . . . .	D <sup>r</sup> Peter Butt et Marilyn White-Campbell
Co-responsables, trouble lié à l'utilisation des BZRA chez les personnes âgées . . . . .	D <sup>r</sup> David Conn et D <sup>r</sup> David Hogan
Co-responsables, trouble lié à l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées . . . . .	D <sup>r</sup> Jonathan Bertram, D <sup>re</sup> Amy Porath et D <sup>r</sup> Dallas Seitz
Co-responsables, trouble lié à l'utilisation des opioïdes chez les personnes âgées . . . . .	D <sup>re</sup> Launette Rieb et D <sup>re</sup> Zainab Samaan

## Références

- Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity: Health disparities in Aboriginal Canada. *Can J Public Health, 96* : S45-S61.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed). Arlington, VA, American Psychiatric Publishing.
- American Society of Addiction Medicine. Définition adoptée par le conseil d'administration de l'ASAM, 15 septembre 2019. Consultée le 9 décembre 2019 à l'adresse : <https://www.asam.org/resources/definition-of-addiction>
- Beauchet, O. (2018). Medical cannabis use in older patients: Update on medical knowledge. *Maturitas, 118* : 56-59.
- Blow, F.C. (2018). Traitement de la consommation de substances chez les personnes âgées. Dans : Meilleure qualité de vie : usage de substances et vieillissement. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Ottawa, Ontario.
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2017). Trouver des traitements de qualité pour les dépendances au Canada (Guide sur le traitement de la consommation d'alcool et de drogue). Ottawa, Ontario.
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2018). Meilleure qualité de vie : usage de substances et vieillissement. Ottawa, Ontario.
- Association médicale canadienne. (2019). Évaluation médicale de l'aptitude à conduire – Guide du médecin de l'AMC (9<sup>e</sup> éd.).
- Caputo, F., Vignoli, T., Leggio, L. et coll. (2012). Alcohol use disorders in the elderly: a brief overview from epidemiology to treatment options. *Exp Gerontol, 47(6)* : 411-16.
- Choi, N. G., DiNitto, D. M. et Marti, C. N. (2014). Risk factors for self-reported driving under the influence of alcohol and/or illicit drugs among older adults. *Gerontologist, 56(2)* : 282-291.
- Colliver, J. D., Compton, W. M., Gfroerer, J. C. et Condon, T. (2006). Projecting drug use among aging baby boomers in 2020. *Ann Epidemiol, 16(4)* : 257-265.
- Conn, D. (2018). Détection, dépistage et évaluation. Dans : Flint A., Merali Z. et Vaccarino F. (éd.). Consommation de substances au Canada : Meilleure qualité de vie : usage de substances et vieillissement. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Ottawa, Ontario.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H. et Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics, 111(3)* : 564-572.
- Ferreira M.P. et Weems M.K.S. (2008). Alcohol Consumption by Aging Adults in the United States: Health Benefits and Detriments. *J Am Diet Assoc, 108* : 1668-1676.
- Griffin III C.E., Kaye A.M., Bueno F.R. et Kaye D. (2013) Benzodiazepine Pharmacology and Central Nervous System-Mediated Effects. *Ochsner J, 13* : 214-23.
- Gunja, N. (2013). In the Zzz zone: the effects of Z-drugs on human performance and driving. *J Med Toxicol, 9(2)* : 163-171.
- Hadley E.C., Kuchel G.A., Newman A.B. et coll. (2017). Report: NIA Workshop on Measures of Physiologic Resiliencies in Human Aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 72(7)* : 980-990.
- Han, B. H. et Palamar, J. J. (2018). Marijuana use by middle-aged and older adults in the United States, 2015–2016. *Drug Alcohol Depend, 191* : 374-381.
- Hansen, R. N., Boudreau, D. M., Ebel, B. E., Grossman, D. C. et Sullivan, S. D. (2015). Sedative hypnotic medication use and the risk of motor vehicle crash. *Am J Public Health, 105(8)* : e64–e69.
- Santé Canada (2011). Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada. Ottawa, Ontario
- Santé Canada (2018). Document d'information : Consultation publique sur le renforcement de l'approche du Canada à l'égard des enjeux liés à la consommation de substances. Ottawa, Ontario.
- Kim C.S. et Flanders S.A. (2013). In the Clinic. Transitions of Care. *Ann Intern Med, 158 (5 Partie 1)* : ITC3-1–ITC3-16.
- Kuerbis, A. et Sacco, P. (2012). The impact of retirement on the drinking patterns of older adults: a review. *Addic Behav, 37(5)* : 587-595.
- Kuerbis, A., Sacco, P., Blazer, D. G. et Moore, A. A. (2014). Substance abuse among older adults. *Clin Geriatr Med, 30(3)* : 629-654.
- Kushner, H. I. (2010). Toward a cultural biology of addiction. *BioSocieties, 5(1)* : 8-24.
- Lehmann, S. W. et Fingerhood, M. (2018). Substance-Use Disorders in later Life. *N Engl J Med, 379(24)* : 2351-2360.
- Lowsky, D.J., Olshansky, S.J., Bhattacharya, J. et Goldman, D.P. (2014). Heterogeneity in Healthy Aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 68(6)* : 640-649.

- Li, X., Sun, H., Marsh, D. C. et Anis, A. H. (2013). Factors associated with pretreatment and treatment dropouts: comparisons between Aboriginal and non-Aboriginal clients admitted to medical withdrawal management. *Harm Reduct J*, 10(1) : 38.
- McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E. et Greenfield, S. F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clin Psychol Rev*, 66 : 12-23.
- McLean, A.J. et Le Couteur, D.G. (2004). Aging Biology and Geriatric Clinical Pharmacology. *Pharmacol Rev*, 56 : 163-184
- Commission de la santé mentale du Canada (2011). Guidelines for comprehensive mental health services for older adults in Canada. Ottawa, Ontario.
- Mitnitski, A., Howlett, S.E. et Rockwood, K. (2017). Heterogeneity of Human Aging and Its Assessment. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 72(7) : 877-884.
- Moore, A. A., Karno, M. P., Grella, C. E., Lin, J. C., Warda, U., Liao, D. H. et Hu, P. (2009). Alcohol, tobacco, and nonmedical drug use in older US adults: Data from the 2001/02 National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. *J Am Geriatr Soc*, 57(12) : 2275-2281.
- Moos, R. H., Schutte, K. K., Brennan, P. L. et Moos, B. S. (2010). Late-life and life history predictors of older adults' high-risk alcohol consumption and drinking problems. *Drug Alcohol Depend*, 108(1-2) : 13-20.
- Naples J.G., Gellad W.F. et Hanlon J.T. (2016). The Role of Opioid Analgesics in Geriatric Pain management. *Clin Geriatr Med*, 32 : 725-735.
- Ogden, E. J. D., Verster, J. C., Hayley, A. C., Downey, L. A., Hocking, B., Stough, C. K. et Bonomo, Y. (2018). When should the driver with a history of substance misuse be allowed to return to the wheel? A review of the substance misuse section of the Australian national guidelines. *Intern Med J*, 48(8) : 908-915.
- Platt, A., Sloan, F. A. et Costanzo, P. (2010). Alcohol-consumption trajectories and associated characteristics among adults older than age 50. *J Stud Alcohol Drugs*, 71(2) : 169-179.
- Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Prévention des blessures chez les aînés*. Tiré du site <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/ips-pba-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada (2017). La démence au Canada, y compris la maladie d'Alzheimer. Consulté le 10 janvier 2019 au <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/demence-faits-saillants-systeme-canadien-surveillance-maladies-chroniques.html>
- Rao, R. et Roche, A. (2017). Substance misuse in older people. *Br Med J*, 358 : J3885.
- Rapoport, M. J., Lanctôt, K. L., Streiner, D. L., Bédard, M., Vingilis, E., Murray, B., Schaffer, A., Shulman, K. I. et Herrmann, N. (2009). Benzodiazepine use and driving: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 70 (5): 663-673.
- Roberts K.C., Rao D.P., Bennett T.L., Loukine L. et Jayaraman G.C. (2015). Prevalence and patterns of chronic disease multimorbidity and associated determinants in Canada. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*, 35(6) : 87-94.
- Rowan, M., Poole, N., Shea, B., Gone, J. P., Mykota, D., Farag, M., Hopkins, C., Hall, L., Mushquash, C. et Dell, C. (2014). Cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: findings from a scoping study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 9(1) : 34.
- Royal College of Psychiatrists (2015). Substance misuse in older people: an information guide. Londres, R.-U.
- Rudisill, T. M., Zhu, M., Kelley, G. A., Pilkerton, C. et Rudisill, B. R. (2016). Medication use and the risk of motor vehicle collisions among licensed drivers: a systematic review. *Accid Anal Prev*, 96 : 255-270.
- SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (É.-U.) (1997). A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians. Rockville (MD) : (Treatment Improvement Protocol [TIP] Series, no 24) Chapitre 5 – Specialized Substance Abuse Treatment Programs. Consulté le 10 janvier 2019 au <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64815/>
- Schroek J.L., Ford J., Conway E.L. et coll. (2016). Review of Safety and Efficacy of Sleep Medicines in Older Adults. *Clin Ther*, 38(11) : 2340-2372.
- Simoni-Wastila, L. et Yang, H. K. (2006). Psychoactive drug abuse in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother*, 4(4) : 380-394.
- Skewes, M. C. et Gonzalez, V. M. (2013). The biopsychosocial model of addiction. *Princ Addic*, 1 : 61-70.
- Statistique Canada (2012). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC-SM).
- Statistique Canada (2013). L'incapacité au Canada : premiers résultats de l'Enquête canadienne sur l'incapacité. Consulté le 10 janvier 2019 au <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-654-x/89-654-x2013002-fra.pdf?st=TlhB9i9H>
- Statistique Canada (2016). Les peuples autochtones au Canada : faits saillants du Recensement de 2016. Consulté le 10 novembre 2019 au <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/171025/dq171025a-fra.pdf?st=ibGr0J6F>



Statistique Canada (2016). Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues. Gouvernement du Canada.

Statistique Canada (2019). Enquête nationale sur le cannabis, premier trimestre de 2019. Gouvernement du Canada.

Turcotte, M. et Schellenberg, G. (2007) Un portrait des aînés au Canada, 2006. Ministère de l'Industrie. Ottawa, Ontario

Urbanowski, K.A. (2017). Need for equity in treatment of substance use among Indigenous people in Canada. *CMAJ*, 189(44) : E1350-E1351.

US Department of Health and Human Services. (2016). Facing addiction in America: The Surgeon General's report on alcohol, drugs, and health. *Washington, DC; HHS*, 6.

van den Elsen, G.A.H., Ahmed, A.I.A., Lammers, M. et coll. (2014). Efficacy and safety of medical cannabinoids in older subjects: A systematic review. *Ageing Res Rev*, 14 : 56-64.

Vaccarino, F.J. et coll. (2018) Appel à l'action. Dans : Meilleure qualité de vie : usage de substances et vieillissement. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Ottawa, Ontario.

Wood, E., Li, K., Palepu, A. et coll. (2005). Sociodemographic disparities in access to addiction treatment among a cohort of Vancouver injection users. *Subst Use Misuse*, 40 : 1153-1167.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2015). Lexicon of Alcohol and Drug Terms. Organisation mondiale de la santé.

Wu, L. T. et Blazer, D. G. (2013). Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review. *Int J Epidemiol*, 43(2) : 304-317.

[ccsmh.ca](http://ccsmh.ca)



Canadian Coalition  
for Seniors' Mental Health

Coalition Canadienne pour  
la Santé Mentale des  
Personnes Âgées