



Centre canadien sur
les dépendances et
l'usage de substances

Données. Engagement. Résultats.

2018

CONSOMMATION DE SUBSTANCES AU CANADA

Meilleure qualité de vie : **usage de substances et vieillesse**





Meilleure qualité de vie : usage de substances et vieillissement

RÉDACTEURS EN CHEF PRINCIPAUX

Alastair J. Flint, M.D., FRCPC, FRANZCP

Professeur et vice-recteur, Recherche, Département de psychiatrie, Université de Toronto
Scientifique chevronné, Institut de recherche générale de Toronto
Spécialiste en psychiatrie gériatrique, Réseau universitaire de santé, Toronto

Zul Merali, Ph.D.

Vice-président, Recherche, Le Royal
Président et directeur général, Institut de recherche en santé mentale, Université d'Ottawa
Directeur scientifique fondateur, Réseau canadien de recherche et d'intervention sur la dépression

Franco J. Vaccarino, Ph.D., MACSS

Professeur, Département de psychologie
Recteur et vice-chancelier, Université de Guelph
Président du Conseil consultatif scientifique du CCDUS

Table des matières

Avant-propos par Rita Notarandrea		01
Avant-propos par Samuel Weiss		02
Introduction		03
Notes terminologiques		07
CHAPITRE 1	Usage de substances et vieillissement réussi : problèmes et facteurs à prendre en considération <i>Graham M.L. Eglit et Dilip V. Jeste</i>	09
CHAPITRE 2	Épidémiologie de l’usage de substances psychoactives chez les personnes âgées <i>Scott B. Patten</i>	27
CHAPITRE 3	Cerveau vieillissant et usage de substances <i>Tarek Rajji et Simon Davies</i>	41
CHAPITRE 4	Conséquences de la consommation d’alcool et de substances chez les personnes âgées <i>Jonathan Bertram et David K. Conn</i>	61
CHAPITRE 5	Problèmes de santé concomitants : facteurs à prendre en considération <i>Karolina Kozak et Tony George</i>	87
CHAPITRE 6	Détection, dépistage et évaluation <i>David K. Conn</i>	107
CHAPITRE 7	Traitement de la consommation de substances chez les personnes âgées <i>Frederic C. Blow</i>	125
CHAPITRE 8	Appel à l’action <i>Franco J. Vaccarino, Elysia Vaccarino et Oriana Vaccarino</i>	147

Ce document est publié par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS).

Les activités et les produits du CCDUS sont réalisés grâce à la contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées par le CCDUS ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.

Les personnes représentées dans les images photographiques de ce document sont des figurants professionnels sans expériences liées au contenu du rapport. Les exemples cliniques sont des récits fictifs et ne se rapportent pas à une quelconque personne réelle.

La traduction des schémas dans le document n'est pas la traduction officielle de leurs auteurs.

Citation proposée : Flint, A., Z. Merali et F. Vaccarino (éd.). *Consommation de substances au Canada : Meilleure qualité de vie : usage de substances et vieillissement*, Ottawa (Ontario), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018.

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018

CCDUS, 500-75 rue Albert
Ottawa, ON K1P 5E7
Tél. : 613-235-4048
Courriel : info@ccsa.ca

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF à www.ccdus.ca.

This document is also available in English under the title: *Substance Use in Canada: Improving Quality of Life: Substance Use and Aging*

ISBN 978-1-77178-469-6



Avant-propos

Le Canada vieillit.

Selon Statistique Canada, le pourcentage de personnes âgées dans la population canadienne passera d'un peu moins de 15 % en 2010 à plus de 25 % en 2036. Cette hausse influera considérablement sur de nombreuses facettes de notre société et se traduira notamment par un fardeau plus lourd pour notre système de santé. Si nous ne prenons pas en charge le problème de plus en plus répandu qu'est l'usage de substances chez les personnes âgées, ce fardeau ne fera que s'alourdir.

Cela dit, bien comprendre la question n'est pas aisé. En général, quand on pense à une personne ayant un trouble de l'usage de substances, ce n'est pas une personne âgée qui nous vient spontanément à l'esprit. Quand un aîné fait une chute ou voit son état de santé physique ou mentale décliner, nous mettons rapidement la situation sur le compte du vieillissement, sans envisager que l'usage de substances pourrait jouer un rôle.

Pour trouver des pistes de solution qui tiennent compte des besoins de cette population grandissante et y répondent efficacement, il nous faut délaisser nos idées préconçues pour plutôt nous en remettre aux données probantes. Nous devons mieux comprendre ce que vivent les gens à cette étape de la vie et pourquoi ils risquent davantage de subir des méfaits liés à l'usage de substances (licites et illicites) et à l'usage problématique.

De fait, des rapprochements intéressants peuvent être faits entre le sujet du présent rapport et celui du précédent dans la série, à savoir la consommation de cannabis pendant l'adolescence. Tout comme les jeunes, les personnes âgées vivent une grande transformation physiologique, psychologique et sociale, à une période aux transitions rapides, dynamiques et difficiles. La création de nouvelles stratégies ciblées de réduction des méfaits liés à l'alcool et à la drogue chez les personnes âgées passe par un examen approfondi des facteurs caractéristiques du troisième âge et de leur lien avec l'usage de substances – ce que nous faisons dans ce rapport.

Maintenant appelée *Consommation de substances au Canada*, la série existe depuis 2005 et aborde des dossiers touchant l'alcool et la drogue auxquels il faut s'attarder davantage. Ce septième rapport a pour prémices deux questions : **comment aider les gens à vieillir en santé?** et **comment s'assurer qu'ils reçoivent l'aide dont ils ont besoin pour maintenir une bonne qualité de vie au troisième âge?**

Pour répondre à ces questions, il faut d'abord se pencher sur l'usage de substances chez les Canadiens âgés. C'est pourquoi le présent rapport souligne l'importance d'informer les fournisseurs de soins et les aidants sur cette question – et y contribue d'ailleurs en présentant une analyse détaillée des plus récentes données sur le « vieillissement réussi », la prévalence de l'usage de substances chez les Canadiens âgés, ses répercussions dans cette population vulnérable et d'autres sujets d'intérêt. Le rapport insiste aussi sur la nécessité d'instaurer un continuum complet de soins adaptés à l'âge, continuum qui devra compter sur des lignes directrices et des services de traitement répondant aux besoins particuliers de cette population et proposer une meilleure formation sur le dépistage et l'évaluation de l'usage problématique chez les personnes âgées.

Ce que nous souhaitons, c'est utiliser les données de ce rapport pour amorcer une conversation sur le sujet partout au pays. Et comme les mots employés dans une conversation sont d'une importance cruciale, nous avons renommé la série, dont le titre est passé de *Toxicomanie au Canada* à *Consommation de substances au Canada*. Rappelons que le nom de notre organisation a fait l'objet d'une révision analogue. L'intention ici est de s'éloigner le plus possible du langage stigmatisant, au profit d'une plus grande sensibilité envers toutes les personnes touchées par les troubles liés à l'usage de substances, y compris les personnes âgées. La sensibilisation et la terminologie ont de l'importance – surtout si elles favorisent l'amélioration des politiques, pratiques et programmes ciblant les Canadiens âgés.

Remerciements

Je tiens à remercier les chercheurs et experts cliniques qui ont pris le temps, malgré leur horaire chargé, de contribuer à la rédaction des chapitres de ce rapport. Un merci tout spécial à Amy Porath, directrice, Recherche et politiques du CCDUS, pour le travail exceptionnel accompli avec ce projet, et aux membres du Conseil consultatif scientifique du CCDUS pour leur expertise et encadrement. Des remerciements sincères aux corédacteurs en chef, Franco Vaccarino, Alastair Flint et Zul Merali, ainsi qu'à Tony George, auteur d'un chapitre. Je remercie aussi chaleureusement Zachary Patterson, Robyn McQuaid et Sarah Wallingford, pour leur contribution de taille à ce rapport. Enfin, un grand merci à l'équipe de graphisme et de production du CCDUS.

Rita Notarandrea

Première dirigeante
Centre canadien sur les dépendances
et l'usage de substances



Avant-propos

Les Canadiens ont plusieurs idées préconçues par rapport à l'usage de substances chez les personnes âgées. Certains n'y voient là aucun problème. D'autres croient qu'il est trop tard pour améliorer la qualité de vie d'une personne âgée qui prend des substances. Pourquoi demander à quelqu'un d'arrêter de fumer après 50 ans? Le mal n'est-il pas déjà fait?

Rien n'est moins vrai.

Nous savons que les personnes âgées consomment des substances : qu'elles soient sur ordonnance ou non, légales ou non. L'usage problématique peut se développer graduellement et ne se remarquer qu'à un âge plus avancé. Même si la prévalence de l'usage de substances des personnes âgées est bien inférieure à celle d'autres groupes d'âge, il reste qu'elles risquent davantage de subir des méfaits liés à l'usage de substances vendues sans ordonnance.

Et surtout, nous savons qu'il est possible, en prenant en charge l'usage problématique, d'améliorer considérablement la qualité de vie d'une personne, peu importe son âge. Les personnes âgées en rétablissement peuvent bel et bien vivre une vie longue, productive et en santé.

Malheureusement, l'usage de substances chez les personnes âgées est un problème auquel il est difficile de faire face, et ce, pour plusieurs raisons. Trop souvent, les cliniciens mettent les signes de déficience sur le compte du vieillissement. De nombreuses personnes âgées vivent dans un isolement social qui dissuade les amis et la famille de prendre de leurs nouvelles. Leur réseau social étant de plus en plus restreint, les personnes âgées hésitent à parler d'usage de substances avec les membres de leur famille ou leurs aidants, de peur d'entrer en conflit avec les quelques proches qui leur restent.

Sur le plan de la recherche, il existe peu de données probantes sur la situation particulière du Canada. Nous devons en apprendre plus sur l'effet de l'usage de substances sur le vieillissement en santé. L'efficacité des outils de dépistage et de traitement adaptés à l'âge devrait aussi faire l'objet d'un examen approfondi.

C'est là que ce rapport entre en jeu. Il synthétise les données existantes et met en lumière les secteurs à étudier davantage. Il décèle les lacunes du système de santé canadien et propose quelques mécanismes ou ressources pour les combler.

Une part importante de notre mandat, à l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies des Instituts de recherche en santé du Canada, consiste à étudier l'usage de substances. Et si cette recherche porte généralement sur les jeunes, nous savons maintenant que cet usage est plus fréquent qu'on ne le croyait chez les personnes âgées. Cela dit, nous savons aussi que le problème **peut** être résolu et que nous n'avons pas le luxe d'attendre. La population canadienne vieillit, et il est temps de passer à l'action.

Il nous faut mettre en place, le plus rapidement possible, des systèmes et stratégies propices à un vieillissement en santé. Pour ce faire, nous devons mieux comprendre les besoins des personnes âgées. Nous devons atténuer la stigmatisation entourant la consommation, pour que les personnes âgées arrivent à parler de leurs difficultés et demandent de l'aide. Finalement, nous devons agir pour que les personnes âgées, leur famille et leurs aidants sachent comment aller chercher les services et l'encadrement dont ils ont besoin.

Samuel Weiss, Ph.D., MSRC, MACSS
Directeur scientifique, Institut des neurosciences,
de la santé mentale et des toxicomanies
Instituts de recherche en santé du Canada

Introduction

La série Consommation de substances au Canada

Depuis 2005, la série *Consommation de substances au Canada* (autrefois appelée *Toxicomanie au Canada*) met en lumière de grandes questions d'actualité en lien avec l'usage de substances et propose des mesures à prendre en matière de politiques et de pratiques. Chaque rapport de la série s'adresse à un large public, notamment les décideurs, les responsables de l'élaboration des programmes, les chercheurs, les éducateurs et les professionnels de la santé. Les journalistes de la santé sont également des destinataires importants de ces rapports, car ils aident à mieux faire connaître les problématiques analysées et à susciter des changements.

Ce rapport, septième dans la série *Consommation de substances au Canada*, porte sur l'usage d'alcool et d'autres substances chez les personnes âgées (65 ans et plus) et aborde plus spécifiquement les points suivants :

- Examiner comment le vieillissement de la population et la hausse de l'usage problématique de substances chez les personnes âgées influent sur l'état de santé et le système de santé canadien;
- Cerner les secteurs où les connaissances sur les méfaits de l'usage de substances et leurs répercussions sur un vieillissement en santé font défaut;
- Résumer les meilleures données disponibles sur les moyens efficaces de prévenir, dépister, évaluer et traiter l'usage problématique de substances chez les personnes âgées.

Le nombre de personnes âgées est en hausse, tout comme le nombre total d'ainés qui consomment de l'alcool et d'autres substances, d'où l'importance grandissante de comprendre leurs besoins et la façon d'adapter le système de santé canadien pour y répondre.

Le présent rapport ne se veut pas un examen systématique du sujet, mais plutôt une vue d'ensemble de haut niveau de cette importante question de santé. Il puise dans la neuroscience et une connaissance du contexte comportemental et social qui influe sur l'usage de substances des personnes âgées. Le rapport fournira aux décideurs, responsables des politiques, infirmières, gériatres, chercheurs et autres intervenants qui travaillent avec des personnes âgées les données nécessaires pour concevoir et déployer des programmes de prévention et d'intervention plus efficaces sur l'usage de substances des personnes âgées.

La série jusqu'à présent

Enjeux et options actuels porte sur divers sujets, notamment la prévention des problèmes d'alcool, les sanctions de rechange pour la consommation et la possession de cannabis, la conduite sous l'influence des stupéfiants et l'abus et le détournement de médicaments sur ordonnance.

Pleins feux sur les jeunes décrit la prévalence de la consommation de substances et des méfaits associés chez les jeunes et la neurobiologie de la consommation chez les adolescents, en plus de mettre en évidence les lacunes dans les services destinés aux jeunes.

Troubles concomitants porte sur la présence simultanée de problèmes de santé mentale et de toxicomanie, et examine les liens entre ces deux types de problèmes, les coûts qu'entraînent les troubles concomitants pour le système de santé ainsi que la nécessité de trouver des moyens nouveaux et novateurs pour traiter ces cas complexes.

Consommation de drogues licites et illicites pendant la grossesse décrit les conséquences médicales et obstétricales de l'usage problématique de drogue et de la dépendance chez les femmes enceintes ainsi que les effets à court et à long terme de l'exposition prénatale à la drogue sur le développement de l'enfant.

Voies menant aux troubles liés aux substances dans l'enfance et l'adolescence aborde les facteurs présents durant l'enfance et l'adolescence influant sur l'usage problématique de substances à un âge plus avancé, ainsi que l'impact de la compréhension de ces facteurs sur la prévention et le traitement.

Les effets de la consommation de cannabis pendant l'adolescence examine les effets du cannabis durant cette phase de la vie et porte plus particulièrement sur l'incidence de cette substance sur l'état de santé et le développement cérébral des jeunes, ainsi que sur les interventions actuellement à notre disposition pour traiter les troubles liés au cannabis.





Résumé chapitre par chapitre

Chapitre 1 : Usage de substances et vieillissement réussi : problèmes et facteurs à prendre en considération

L'âge moyen de la population mondiale augmente à un rythme soutenu, tant et si bien que les personnes âgées représentent le segment de la population qui connaît la plus forte croissance. Au Canada, de 1986 à 2010, le nombre de personnes âgées est passé de 2,7 à 4,8 millions. D'ici 2036, environ le quart de la population canadienne aura au moins 65 ans.

Ce chapitre examine le concept de « vieillissement réussi » et met en évidence l'importance de facteurs précis sur les plans psychologique et du style de vie qui aident les personnes à s'adapter aux changements physiques, cognitifs et émotionnels du troisième âge. Le maintien de contacts sociaux, la pratique d'activités stimulantes et l'entretien d'une raison de vivre sont tous considérés comme des éléments essentiels à un vieillissement réussi. L'absence de ces facteurs semble faire augmenter le risque d'usage problématique de substances. En fait, l'isolement social, des bouleversements soudains du style de vie (comme la retraite) et une détérioration de la santé physique sont certaines des principales raisons qui contribuent à la consommation d'alcool, de médicaments sur ordonnance et d'autres substances chez les personnes âgées.

Les stratégies et interventions visant à promouvoir le vieillissement réussi pourraient être la clé pour réduire l'usage problématique de substances chez les personnes âgées. Ajoutons que les patients, les aidants et les fournisseurs de soins ont tous un rôle important à jouer pour assurer des résultats positifs.

Chapitre 2 : Épidémiologie de l'usage de substances psychoactives chez les personnes âgées

Ce chapitre résume les plus récentes données épidémiologiques sur l'usage de substances chez les Canadiens de 55 ans et plus et examine à quelle fréquence ils consomment cinq catégories de substances psychoactives, soit le tabac, l'alcool, les médicaments sur ordonnance (analgésiques, sédatifs et stimulants), le cannabis et les autres drogues illicites.

Bien que les Canadiens âgés consomment généralement ces substances moins souvent que leurs homologues plus jeunes, les habitudes de consommation quotidienne sont plus fréquentes chez les personnes âgées en ce qui concerne les médicaments sur ordonnance et particulièrement l'alcool. En effet, la consommation d'alcool quotidienne et celle excédant les directives de consommation d'alcool à faible risque atteignent un sommet chez les personnes de 55 ans et plus. Ajoutons que les problèmes de santé associés à l'usage de substances touchent plus durement les personnes âgées. Par exemple, les Canadiens âgés sont plus souvent dépendants à la nicotine que la population générale.

En ce qui concerne le cannabis et les autres drogues illicites, les données évoquent un effet de cohorte. Comme les jeunes générations de Canadiens sont plus susceptibles de consommer et d'avoir été exposées à ces substances, l'usage (et ses problèmes de santé connexes) pourrait donc augmenter dans les prochaines décennies, au fil du vieillissement de la cohorte suivante.

Chapitre 3 : Cerveau vieillissant et usage de substances

Avec le vieillissement de la population, il est essentiel d'en apprendre plus sur les modifications du cerveau causées par le processus de vieillissement pour mieux comprendre l'incidence que peut avoir l'usage de substances sur la santé des personnes âgées.

Ce chapitre commence par une analyse des changements qui surviennent dans le fonctionnement, la structure et les processus compensatoires du cerveau avec l'âge, puis explore en détail l'incidence du vieillissement sur la pharmacodynamie (actions des médicaments sur l'organisme). Il aborde aussi certains changements liés à l'âge qui touchent plusieurs systèmes de neurotransmetteurs, le système endocrinien et les systèmes homéostatiques, et examine l'incidence du vieillissement sur la pharmacocinétique (actions de l'organisme sur les médicaments) et comment les processus d'absorption, de distribution, de métabolisme, d'excrétion et d'élimination des substances changent au troisième âge.

Parfois, des changements pharmacodynamiques et pharmacocinétiques directement associés au vieillissement peuvent faire augmenter le risque d'interactions médicamenteuses néfastes ou de toxicité. De plus, l'usage problématique de substances engendre un stress supplémentaire sur les systèmes de l'organisme (déjà plus vulnérables avec l'âge) et limite la capacité à gérer les répercussions du processus de vieillissement.

Chapitre 4 : Conséquences de la consommation d'alcool et de substances chez les personnes âgées

Les changements physiologiques liés à l'âge touchant le système nerveux, l'appareil gastro-intestinal, l'appareil respiratoire et l'appareil rénal se soldent tous par un déclin fonctionnel, ce qui accroît la vulnérabilité des personnes âgées aux effets de l'usage de substances. Cette plus grande vulnérabilité fait aussi augmenter de façon importante le risque d'effets indésirables – ce qui représente un fardeau accru pour le système de santé et de services sociaux au Canada.

Ce chapitre fait un survol de certaines conséquences néfastes de l'usage de substances chez la population vieillissante, notamment l'hospitalisation, les chutes, les accidents de la route, les troubles cognitifs, la dépression, le sevrage de substances et le décès, notamment par suicide. Les taux de mortalité sont beaucoup plus élevés chez les personnes âgées ayant des troubles liés à l'usage de substances.

Comme la consommation d'alcool et de médicaments – sur ordonnance ou utilisés à mauvais escient – entraîne des méfaits plus importants chez les personnes âgées que les substances illicites, ce chapitre explique comment la prise

d'alcool, d'opioïdes, de benzodiazépines et de cannabis peut avoir des effets nocifs sur la santé. En raison de son accessibilité et de la prévalence de sa consommation, l'alcool est la substance qui représente le plus grand risque et qui est associée à la plus vaste gamme de méfaits chez les personnes âgées. En fait, chaque année au Canada, plus de personnes âgées sont hospitalisées pour des troubles liés à l'alcool que pour des crises cardiaques.

Ce chapitre se termine par une analyse des conséquences sociales liées à l'usage de substances comme la maltraitance, l'itinérance, l'éclatement de la famille, le crime et l'isolement social.

Chapitre 5 : Problèmes de santé concomitants : facteurs à prendre en considération

De nombreuses personnes âgées ayant des troubles psychiatriques consomment des drogues illicites ou s'adonnent au mésusage de médicaments sur ordonnance, ce qui peut en définitive avoir un effet négatif sur la gravité et le pronostic de leur maladie mentale. Certains problèmes de santé physique pourraient aussi être aggravés par l'usage problématique de substances. Lorsque les personnes âgées sont atteintes de troubles psychiatriques et de problèmes médicaux concomitants, elles courent un risque beaucoup plus grand d'être aussi atteintes de troubles liés à l'usage de substances (TLUS) ou de subir des interactions néfastes entre médicaments sur ordonnance et en vente libre.

Ce chapitre présente des données probantes sur la prévalence et les facteurs à l'origine de certains troubles psychiatriques qui accompagnent souvent des TLUS, notamment la schizophrénie, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, le trouble de stress post-traumatique, la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson. Il examine aussi comment les TLUS (et le fait de ne pas les traiter) peuvent aggraver certains problèmes de santé physique tels que les coronaropathies, le diabète, l'insomnie et la douleur chronique.

Dans un contexte où la demande de services intégrés de santé physique et mentale et de traitement des dépendances destinés aux personnes âgées est en hausse, nous devons mener plus d'études axées sur les personnes âgées présentant des troubles liés à l'usage de substances et des maladies physiques ou mentales concomitantes.





Chapitre 6 : Détection, dépistage et évaluation

Plusieurs raisons expliquent pourquoi la plupart des personnes qui font un mésusage de substances ne reçoivent pas le traitement dont elles ont besoin, la plus manifeste étant la non-détection. Certains symptômes de l'usage de substances pourraient être masqués par d'autres problèmes physiques, d'où la difficulté pour les cliniciens de les repérer. Il est aussi possible que les amis, les membres de la famille et les aidants mettent simplement les symptômes de la personne sur le compte du vieillissement et ne demandent pas d'aide.

Ce chapitre examine plusieurs outils et méthodes de dépistage, notamment leur convivialité et leur capacité à détecter avec précision l'usage problématique de substances chez les personnes âgées. En fin de compte, les meilleures méthodes sont celles qui sont adaptées aux préoccupations des personnes âgées. Le chapitre aborde aussi l'importance de procéder à des évaluations plus complètes, les difficultés inhérentes au diagnostic de TLUS et la présentation atypique de l'usage de substances chez les personnes âgées dont les cliniciens doivent tenir compte avant de poser un diagnostic.

Pour conclure, le chapitre souligne la nécessité d'améliorer la formation des étudiants et des professionnels de la santé sur la prévention et la détection des TLUS chez les personnes âgées, en plus de passer brièvement en revue certains des programmes de formation et d'études les plus novateurs en la matière.

Chapitre 7 : Traitement de la consommation de substances chez les personnes âgées

Lorsque des services adaptés à l'âge sont offerts, les personnes âgées sont plus susceptibles de terminer un programme de traitement que les jeunes adultes, et ce, avec des résultats de traitement comparables ou supérieurs, notamment en ce qui concerne la réduction (ou l'abandon) de l'usage de substances ainsi que l'amélioration de leur santé et de leur qualité de vie globales.

Ce chapitre examine certaines des options pharmacologiques qui s'offrent aux cliniciens pour traiter l'intoxication et le sevrage aigus chez les personnes âgées, et présente des lignes directrices et pratiques exemplaires sur la prise en charge des symptômes de la dépendance et des troubles liés à l'usage d'alcool, d'opioïdes, de benzodiazépines, de nicotine et de cannabis. Le chapitre

propose aussi des conseils sur le recours au traitement à l'interne (empêcher l'accès à l'alcool et à la drogue) et au traitement à l'externe (mettre les patients en relation avec des ressources dans leur communauté).

Parmi les autres sujets traités dans ce chapitre, mentionnons les nombreux traitements comportementaux pouvant servir à développer le soutien social, améliorer l'estime de soi et acquérir des habiletés d'adaptation à l'usage de substances, comme les interventions rapides, l'entrevue motivationnelle, la gestion des cas et des soins et la gestion des contingences. Autre point abordé : le traitement de la dépendance en milieux de soins primaires, avec un accent sur l'importance d'offrir un continuum de soins qui favorise les liens aux ressources communautaires.

Chapitre 8 : Appel à l'action

Sommaire des principaux résultats présentés dans les chapitres précédents, cette dernière section du rapport décrit des mesures qui peuvent être prises immédiatement pour traiter des problèmes de sous-diagnostic et de sous-signalisation des TLUS dans la population âgée. Ces mesures permettront à leur tour d'améliorer les issues thérapeutiques et de réduire les méfaits liés à l'usage de substances chez les aînés.

Ce chapitre fait aussi état de la nécessité de mieux comprendre les problèmes croissants associés à l'usage de substances chez les personnes âgées et précise qu'il faut davantage d'études et de politiques ciblant spécifiquement cette population pour changer les attitudes érigées qu'a la société sur l'usage de substances. Une plus grande compréhension passe aussi par une meilleure formation des professionnels de la santé et des étudiants, pour leur permettre de renforcer leurs compétences et leurs capacités à détecter et à diagnostiquer les TLUS chez les personnes âgées.

Enfin, le rapport prône l'élaboration de lignes directrices cliniques et de recommandations pour le diagnostic et le traitement des TLUS adaptées aux besoins propres aux personnes âgées, ce qui passe par une compréhension plus exacte des stades de développement au troisième âge. Il faut améliorer la disponibilité et l'accessibilité des soins et des traitements adaptés à l'âge – et informer efficacement le grand public, les professionnels de la santé, les décideurs et les personnes âgées sur les services offerts.



Notes terminologiques

Plusieurs des termes employés dans ce rapport ont des définitions cliniques (voir plus loin). Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances a cessé d'utiliser « abus de substances », car cette expression est généralement considérée comme stigmatisante et va à l'encontre du consensus actuel en la matière. Cela dit, il arrive que certaines sources citées dans le rapport utilisent « abus de substances » ou des termes approchants pour décrire des indicateurs et résultats cliniques. Donc, pour maintenir l'intégrité des recherches originales citées, nous avons reproduit ce syntagme tel quel dans le rapport et avons ajouté des guillemets, pour bien montrer qu'il s'agit d'une source externe.

Dépendance¹ : Trouble de santé caractérisé par un usage compulsif de drogue, malgré ses conséquences nocives. Une personne ayant une dépendance est incapable de s'abstenir de consommer de façon constante, même en présence de méfaits d'ordre physique, psychologique, social ou économique. Parmi les autres symptômes de la dépendance, mentionnons un état de manque et une difficulté à admettre les problèmes liés à son comportement et à ses relations interpersonnelles.

Dépendance physique à une substance² : Dépendance physiologique à une substance psychoactive qui apparaît après un usage prolongé, où une personne présente des symptômes de sevrage lorsqu'elle cesse de consommer brusquement. La dépendance physique peut survenir en l'absence de tout symptôme psychologique et comportemental associé à la dépendance, comme un usage compulsif et un état de manque.

Mésusage de substances³ : La consommation d'une substance psychoactive d'une façon qui accroît le risque de conséquences néfastes pour la personne. Le mésusage de substances fait particulièrement référence à la prise d'un médicament sur ordonnance par une personne autre que celle à qui le médicament est prescrit, ou d'une façon ou dans un but autre que celui prévu sur le plan médical.

Trouble de l'usage d'une substance : Ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques associés à la consommation d'une substance psychoactive et subis par le sujet qui continue malgré tout à consommer la substance. Un trouble de l'usage d'une substance se caractérise par un mode d'utilisation inadéquat qui se poursuit même s'il nuit à la santé physique ou mentale de la personne ou au bien-être des autres. Un tel trouble peut aussi produire des conséquences sociales préjudiciables, comme l'incapacité à remplir des obligations professionnelles, familiales ou scolaires, des conflits interpersonnels ou des problèmes juridiques.

Usage ou consommation de substances⁴ : Le terme « substance » regroupe l'ensemble des substances licites et illicites et des substances psychoactives, dont l'alcool et le tabac. Comme cette définition est large, le terme s'accompagne souvent d'un qualificatif.

¹ American Society of Addiction Medicine. *Public policy statement: definition of addiction*, 2011. Consulté sur le site : www.asam.org/advocacy/find-a-policy-statement/view-policy-statement/public-policy-statements/2011/12/15/the-definition-of-addiction.

² National Institute on Drug Abuse. *Media guide*, 2014. Consulté sur le site : www.drugabuse.gov/publications/media-guide/dear-journalist

³ Organisation mondiale de la Santé. *Lexicon of alcohol and drug terms*, 2015. Consulté sur le site : www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

⁴ American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e édition (DSM-5), Arlington (VA), American Psychiatric Publishing, 2013.



CHAPITRE

01

Usage de substances et vieillissement réussi : problèmes et facteurs à prendre en considération

Graham M.L. Eglit, Ph.D.

Boursier postdoctoral, Département de psychiatrie, Université de la Californie, San Diego, La Jolla, Californie (É.-U.); Institut Sam et Rose Stein de recherche sur le vieillissement, Université de la Californie, San Diego, La Jolla, Californie (É.-U.).

Dilip V. Jeste, M.D.

Doyen associé principal pour le vieillissement en santé et les soins aux aînés, Chaire Estelle et Edgar Levi sur le vieillissement, professeur émérite de psychiatrie et de neuroscience; Département de psychiatrie, Université de la Californie, San Diego, La Jolla, Californie (É.-U.); Institut Sam et Rose Stein de recherche sur le vieillissement, Université de la Californie, San Diego, La Jolla, Californie (É.-U.).

SURVOL

- Les personnes âgées font partie du segment de la population qui connaît la plus forte croissance. Au Canada, on s'attend à ce que leur nombre augmente plus rapidement que dans la plupart des autres pays développés.
- Les taux d'usage de substances et de troubles liés à l'usage de substances chez les personnes âgées devraient connaître une hausse au cours des prochaines décennies.
- Les facteurs de risque liés à l'usage de substances chez les personnes âgées découlent de difficultés d'adaptation au bouleversement du style de vie et aux défis associés au vieillissement, notamment la disparition d'activités professionnelles significatives (retraite), l'isolement social et la présence de problèmes de santé chroniques.
- Le déclin normal lié au vieillissement n'empruntera pas la même trajectoire pour toutes les personnes âgées; certaines vivront ce qu'on appelle un « vieillissement réussi ».
- Les personnes âgées qui connaissent un vieillissement réussi semblent présenter des attitudes et des traits psychologiques positifs, p. ex. l'optimisme, l'adaptabilité et l'engagement social, qui favorisent la capacité de résilience au moment d'entrer dans le troisième âge.
- En intégrant des stratégies de vieillissement réussi à la vie personnelle et professionnelle des personnes âgées, celles-ci, leurs aidants et les fournisseurs de soins de santé pourraient prévenir l'usage problématique de substances.



1.1 Introduction

L'âge moyen de la population mondiale augmente à un rythme soutenu, tant et si bien que les personnes âgées représentent maintenant le segment de la population qui connaît la plus forte croissance. Les personnes vieillissantes sont confrontées à une panoplie de défis, allant de l'isolement à une incidence accrue de problèmes de santé chroniques. Les difficultés d'adaptation qui en résultent exposent les personnes âgées à un risque plus élevé d'usage problématique de substances (Arndt et Schultz, 2015).

Compte tenu de ces réalités, on prévoit que le nombre de personnes âgées ayant un usage problématique de substances augmentera au cours des prochaines décennies (Jeste et coll., 1999; Patterson et Jeste, 1999). Cette tendance est préoccupante, étant donné que chez les personnes âgées, ce problème est associé à des conséquences physiques, cognitives et affectives négatives qui peuvent mener à une hausse du coût des soins de santé (Koh, Gorney, Badre et Jeste, 2016).

La recherche sur le « vieillissement réussi » a mis en évidence l'importance de facteurs précis sur les plans psychologique et du style de vie pour aider les personnes à s'adapter aux défis du troisième âge (Harmell, Jeste et Depp, 2014). Il se pourrait aussi que ces facteurs soient la clé pour réduire les taux d'usage de substances chez les personnes âgées.

1.2 Tendances démographiques et vieillissement

Le vieillissement de la population constitue une tendance démographique sans précédent : par rapport à la population totale, il y a maintenant plus de personnes âgées et en plus grande proportion qu'à aucune autre époque de l'histoire (Bloom, Canning et Fink, 2010). Dans le monde, le nombre de personnes de plus de 60 ans est passé de 200 millions en 1950 à environ 760 millions en 2011, et le pourcentage de personnes âgées dans la population totale est passé de 8 % à 11 % (Beard et coll., 2012).

Cette tendance est susceptible de se poursuivre pour plusieurs décennies. Selon les prévisions actuelles, dans le monde, le nombre de personnes de plus de 60 ans franchira le cap des deux milliards d'ici 2050, ce qui

représentera 22 % de la population totale (Beard et coll., 2012). On prévoit que la population mondiale en 2050 sera 3,7 fois plus élevée qu'en 1950; pendant cette période, la population de personnes de 60 ans et plus sera décuplée (Bloom, Boersch-Supan, McGee et Seike, 2011).

Le Canada ne fait pas exception. De 1986 à 2010, le nombre de personnes âgées y est passé de 2,7 à 4,8 millions, et la proportion de ce groupe est passée de 10 % à 14 % de la population totale (Institut canadien d'information sur la santé, 2011). En 2011, 14,4 % de la population canadienne était âgée de 65 ans et plus; le pourcentage de personnes âgées au pays était donc légèrement supérieur à la moyenne mondiale (Statistique Canada, 2011).

D'ici 2036, environ le quart de la population canadienne aura au moins 65 ans (Statistique Canada, 2007). En fait, au pays, la population vieillissante devrait croître plus rapidement que dans la plupart des pays développés : selon les projections actuelles, le nombre de personnes de 65 ans et plus connaîtra une hausse de 10 % en 33 ans seulement. Par comparaison, il faudrait aux États-Unis près de 50 ans pour parvenir à cette même augmentation proportionnelle (Institut canadien d'information sur la santé, 2011).

1.2.1 Causes et conséquences de la tendance mondiale du vieillissement

Trois grands facteurs semblent expliquer cette croissance disproportionnée (Institut canadien d'information sur la santé, 2011) :

- L'espérance de vie a considérablement augmenté depuis un siècle, principalement en raison d'avancées économiques et sanitaires. Dans le monde, l'espérance de vie moyenne est passée de 48 ans en 1950 à 68 ans en 2010, et on s'attend à ce qu'elle atteigne 76 ans d'ici 2050.
- Le taux de fécondité a diminué, entraînant une baisse de la proportion de jeunes par rapport à la population générale. En 1950, le taux de fécondité était de 5 enfants par femme; depuis, il a chuté à environ 2,5. On s'attend à ce qu'il diminue encore au cours des prochaines décennies pour atteindre 2,2 enfants par femme d'ici 2050.
- La grande cohorte d'enfants nés après la Seconde Guerre mondiale (les « baby-boomers ») modifie la distribution de la population en vieillissant.

Étant donné que les personnes âgées sont des utilisateurs fréquents des services de santé, il n'est pas étonnant que cette tendance contribue à la hausse des coûts en la matière. De 1998 à 2008, ces dépenses ont augmenté de 7,4 % au Canada, et 11 % de cette augmentation est attribuable au vieillissement de la population. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) estime qu'au Canada, la part du produit intérieur brut (PIB) consacrée à la santé et aux soins de longue durée visant la population âgée augmentera de 1,9 % entre 2010 et 2025 (Institut canadien d'information sur la santé, 2011). En chiffres absolus, cela équivaut à une augmentation des coûts de santé de 30,9 milliards de dollars, ou de 905 \$ par Canadien.

Les personnes âgées constituent un segment de la population en croissance rapide et important d'un point de vue économique. Il sera donc essentiel de mettre en place des stratégies de promotion du vieillissement réussi pour assurer des résultats positifs et le contrôle des coûts de santé (pour en savoir plus à ce sujet, voir le chapitre 2). Avant d'aborder les recherches sur le vieillissement réussi, commençons par décrire la trajectoire habituelle du processus de vieillissement.

1.3 Effets typiques du vieillissement sur la santé

Le troisième âge est associé à des changements dans plusieurs sphères de la santé, particulièrement sur les plans physique, cognitif et affectif.

1.3.1 Santé physique

Les maladies non transmissibles et les maladies chroniques sont très prévalentes chez les personnes âgées. L'arthrite et les rhumatismes, qui touchent 44 % de cette population au Canada, sont les affections chroniques les plus courantes. Les maladies cardiovasculaires sont aussi très fréquentes; en 2009, 23 % des personnes âgées au pays ont rapporté être atteintes d'une cardiopathie, et 56 %, avoir reçu un diagnostic d'hypertension. Une forte proportion des Canadiennes âgées (29 %) souffrent aussi d'ostéoporose. De plus, les personnes âgées sont surreprésentées dans les nouveaux cas de cancer : en 2006, 39 % de tous les nouveaux cas ont été diagnostiqués chez des personnes de 65 à 79 ans, et 17 %, chez des personnes de 80 ans et plus. Enfin, bon nombre de personnes âgées font état de problèmes auditifs et visuels, comme la cataracte et le glaucome (Agence de la santé publique du Canada, 2010).

1.3.2 Santé cognitive

Un léger déclin cognitif apparaît au troisième âge, et de nombreuses études tentent de caractériser ces déficits dans des processus et des domaines cognitifs précis. L'intelligence cristallisée, qui fait intervenir les connaissances surappries et familières (p. ex. vocabulaire, connaissances générales), reste essentiellement stable jusqu'aux sixième (50 à 60 ans) et septième (60 à 69 ans) décennies de vie. Par comparaison, l'intelligence fluide – la capacité de traiter et d'apprendre de nouveaux renseignements, de raisonner et de résoudre des problèmes, et de porter attention à son environnement et de le manipuler – connaît un déclin graduel durant l'âge adulte (Salthouse, 2012).

Parmi les altérations les plus importantes de l'intelligence fluide, mentionnons la diminution de la vitesse d'exécution des activités cognitives et des réactions motrices (appelée « vitesse de traitement »). Cette vitesse atteint habituellement son maximum entre 20 et 29 ans, puis elle diminue graduellement pendant le reste de l'âge adulte et au troisième âge (Salthouse, 2010). La diminution de la vitesse de traitement peut toucher d'autres domaines cognitifs, dont la mémoire (Luszcz et Bryan, 1999).

Les déclin de l'attention complexe (p. ex. diviser l'attention entre plusieurs tâches) et du fonctionnement exécutif (auto-observation, planification, organisation, raisonnement, résolution de problèmes, etc.) sont également importants chez les personnes âgées, puisque ces capacités commencent habituellement à décliner pendant la septième décennie de vie (Salthouse, 2010; Salthouse, Fristoe, Lineweaver et Coon, 1995). Le mécanisme neurologique à l'origine de ces changements cognitifs est complexe; on observe surtout une réduction du volume de la matière grise et de la matière blanche, ainsi qu'une diminution de l'intégrité des tractus de matière blanche (Harada, Natelson Love et Triebel, 2013).

1.3.3 Santé affective

Contrairement à la santé physique et cognitive, le bien-être subjectif et la santé psychologique peuvent augmenter au troisième âge. Selon plusieurs études, pendant le développement, la santé mentale suit une distribution en U : on observe un déclin au début de l'âge adulte et à l'âge moyen, suivi d'une amélioration au troisième âge (Blanchflower et Oswald, 2008; Jeste et Oswald, 2014; Stone, Schwartz, Broderick et Deaton, 2010). De même, des études épidémiologiques d'envergure ont fait état de

taux inférieurs de maladie mentale chez les personnes âgées (de Graaf, ten Have, van Gool et van Dorsselaer, 2012; Hasin, Goodwin, Stinson et Grant, 2005).

D'autres études se sont intéressées plus particulièrement aux domaines affectifs. Leurs résultats indiquent que l'évolution du bonheur, du plaisir et du contraire de la tristesse prend la forme d'une courbe en U au fil du développement. Le stress et la colère diminuent de façon linéaire avec l'âge, tandis que l'inquiétude demeure élevée à l'âge moyen avant de diminuer au troisième âge (Stone et coll., 2010; Gonçalves et Byrne, 2013).

En vedette : étude sur le vieillissement réussi

L'étude communautaire Successful Aging Evaluation (Évaluation du vieillissement réussi, ou SAGE), menée dans le comté de San Diego (Californie), portait sur la santé physique, cognitive et mentale d'adultes de 20 à 100 ans non atteints de démence. Les participants ont été sélectionnés par composition aléatoire, et les personnes de plus de 75 ans ont fait l'objet d'un suréchantillonnage. Après une prise en compte des facteurs démographiques pertinents (sexe, scolarité, état matrimonial), les analyses ont révélé dans les groupes plus âgés un déclin de la santé cognitive et physique et une amélioration de la santé mentale, comparativement à leurs pairs plus jeunes. Plus précisément, la santé physique et la santé cognitive affichent une dégradation non linéaire, avec une accélération à partir d'environ 70 ans. La santé mentale, en revanche, s'améliore de façon linéaire avec l'âge. Il s'agit d'une tendance paradoxale : malgré la détérioration de leur santé physique et cognitive, les personnes âgées font état d'une meilleure santé mentale que leurs pairs plus jeunes (Thomas et coll., 2016).

1.4 Qu'est-ce que le vieillissement réussi?

Bien que dans la plupart des cas, le vieillissement suive les tendances décrites précédemment en matière de santé physique, cognitive et affective, dans une minorité de cas, la progression est plus favorable sur certains, voire la totalité de ces aspects. Dans leur revue décisive, Rowe et Kahn (1987) ont posé pour hypothèse qu'une bonne partie du déclin habituellement observé dans le vieillissement ne serait pas attribuable au processus de vieillissement comme tel, mais qu'il serait plutôt le fait de facteurs externes comme les choix relatifs au style de vie. Ils ont aussi avancé qu'il serait possible d'améliorer ce processus en étudiant les personnes chez qui il se déroule particulièrement bien. Dans le même ordre d'idées, des études de jumeaux portent à croire que la longévité et le fonctionnement au troisième âge ne seraient héréditaires que dans une proportion de 20 à 30 %, ce qui indique que des facteurs externes auraient un grand rôle à jouer (Gurland, Page et Plassman, 2004). Le concept de vieillissement réussi a été proposé pour identifier les personnes affichant des résultats favorables sur le plan du vieillissement et mettre en évidence les comportements et les stratégies qu'elles ont adoptés pour favoriser ces résultats (Fiocco et Yaffe, 2010).

1.4.1 Définir le vieillissement réussi

Le syntagme « vieillissement réussi » a été introduit dans la littérature biomédicale dans les années 1970 et 1980. Rowe et Kahn (1987) ont proposé le premier modèle ayant fait école, qui comportait trois volets : absence de maladie et d'incapacité, niveau de fonctionnement cognitif et physique élevé, et engagement social et productif. Ce modèle a ensuite été intégré à l'étude de la fondation MacArthur sur le vieillissement réussi, qui a suivi 1 000 personnes âgées et a été la première étude longitudinale d'envergure sur le sujet.

Malgré l'influence qu'a eue la définition proposée par Rowe et Kahn, il n'y a à ce jour aucun consensus quant à la définition du vieillissement réussi. Depp et Jeste (2006) ont examiné 28 études sur le sujet et en ont tiré 29 définitions distinctes. Comme c'était le cas dans la définition de Rowe et Kahn, la plupart des concepts dégagés par Depp et Jeste sont multidimensionnels. Les dimensions les plus courantes, en ordre de fréquence : incapacité/fonctionnement physique (26 définitions sur



29), fonctionnement cognitif (13 sur 29), satisfaction à l'égard de la vie/du bien-être (9 sur 29), engagement social/productif (8 sur 29), présence de maladie (6 sur 29), longévité (4 sur 29), autoévaluation de l'état de santé (3 sur 29), personnalité (2 sur 29), environnement/finances (2 sur 29) et autoévaluation de la réussite du vieillissement (2 sur 29).

Les auteurs d'une revue récente ont recensé 105 définitions opérationnelles du vieillissement réussi dans 84 études (Cosco, Prina, Perales, Stephan et Brayne, 2014). Ces définitions ont été regroupées en cinq grandes notions :

- Aspect physiologique (fonction physique/incapacité, fonction cognitive, présence de maladie, état de santé, longévité, santé mentale);
- Bien-être (état affectif, satisfaction à l'égard de la vie/du bien-être);
- Engagement (vie active/engagement social, système de soutien);
- Ressources personnelles (ressources personnelles, indépendance/autonomie);
- Facteurs extrinsèques (environnement/finances).

Les auteurs ont aussi constaté que la majorité des définitions étaient multidimensionnelles : en moyenne, les définitions intégraient 2,2 grandes notions. C'est l'aspect physiologique qui était inclus le plus souvent, figurant dans 91 % des définitions de vieillissement réussi, suivi de l'engagement (51 %), du bien-être (49 %), des ressources personnelles (25 %) et des facteurs extrinsèques (6 %). Ces travaux donnent à penser que le vieillissement réussi est un concept complexe et multidimensionnel qui ne se limite pas à l'absence d'incapacité ou de maladie.

Sans définition faisant consensus, il est difficile d'évaluer avec précision la prévalence du vieillissement réussi. Depp et Jeste (2006) ont fait état d'une proportion moyenne de 35,8 % de la population, mais ils ont souligné que la prévalence dépendait grandement de la définition opérationnelle utilisée. L'aspect incapacité/fonction physique est celui qui a influé le plus sur la prévalence : les études l'intégrant ont fait état d'une prévalence moyenne de 27,2 %, et les autres, d'une prévalence moyenne de 63,8 %. Parallèlement, Cosco et ses collaborateurs (2014) ont signalé un vaste intervalle d'estimations et ont souligné l'incidence considérable du nombre de notions comprises dans la définition opérationnelle du vieillissement sur la



PATRICE

À l'âge de 60 ans, Patrice a été victime d'un accident de la route qui a grandement réduit sa mobilité et l'a laissé avec des douleurs chroniques au dos, le forçant à prendre une retraite prématurée de son emploi à une usine de fabrication automobile. Comme plusieurs des amis proches de Patrice étaient aussi des collègues, il a vécu de l'isolement et de la solitude après son départ. Après avoir bu de l'alcool en petites quantités toute sa vie, il s'est mis à boire plus souvent, tant pour soulager ses douleurs physiques que pour tromper l'ennui et la solitude. Au début, Patrice ne prenait qu'une ou deux bières par jour, mais avec le temps, ce nombre est passé à cinq ou six.

Préoccupée par la consommation d'alcool de son mari et croyant qu'il souffrait de dépression, la femme de Patrice l'a encouragé à consulter un médecin, ce qu'il a refusé. Après le décès de sa femme, lorsqu'il avait 64 ans, Patrice est devenu encore plus renfermé, passant souvent plusieurs jours sans prendre de douche. Inquiets pour lui, ses deux fils ont insisté pour qu'il voie un médecin, ce qu'il a finalement accepté.

Le médecin a proposé un plan pour réduire l'usage de substances de Patrice et améliorer son humeur. Lorsque Patrice a mentionné que la plupart de ses anciens collègues étaient maintenant retraités, son médecin l'a encouragé à reprendre contact avec eux. Son fils aîné lui a demandé de venir vivre avec lui, arguant qu'il avait du mal à trouver une garderie pour sa fille et qu'il avait besoin d'aide. En outre, le médecin de Patrice lui a conseillé de voir un thérapeute pour parler de sa tristesse, surveiller sa consommation d'alcool et trouver des stratégies comportementales pour l'aider à vivre avec la douleur chronique.

Six mois plus tard, Patrice vit avec son fils. Il aime s'occuper de sa petite-fille et se sent à nouveau utile. Il a repris contact avec plusieurs anciens collègues et a été d'une grande aide pour son meilleur ami lors du décès de sa femme. Même si Patrice garde quelques réserves quant à la thérapie, il aime avoir quelqu'un avec qui parler de sa femme. Aujourd'hui, il ne prend qu'une ou deux bières à la fois, et seulement en contexte social. Même si ses limitations fonctionnelles demeurent pour lui une source de frustration, il sait qu'il y a beaucoup de positif dans sa vie et qu'il ne devrait pas autant se concentrer sur les choses négatives sur lesquelles il n'a aucune emprise.



prévalence observée. Pour les définitions opérationnelles comportant une seule notion, la prévalence moyenne se chiffrait à 32,5 %, tandis que pour celles qui en comportaient quatre, la prévalence était de 23,3 %.

1.4.2 Point de vue qualitatif sur le vieillissement réussi

Dans d'autres tentatives de définition du vieillissement réussi, des chercheurs se sont penchés sur le point de vue des principaux intéressés, à savoir les personnes âgées. Ces études ont systématiquement montré que les personnes âgées accordent une plus grande importance au bien-être psychologique qu'au fonctionnement physique et cognitif lorsqu'il est question de vieillissement réussi. Par exemple, von Faber et ses collaborateurs (2001) ont constaté que même lorsque les personnes âgées reconnaissent les répercussions de leurs limites physiques et cognitives, elles estiment que leur capacité à s'adapter à ces changements et à en tirer le meilleur parti est plus importante.

Le maintien de contacts sociaux a aussi été considéré comme un élément clé. Knight et Ricciardelli (2003), par exemple, ont constaté que les personnes âgées plaçaient la capacité d'adaptation aux pertes et aux limites au cœur d'un vieillissement réussi. Encore une fois, les personnes âgées ont répondu que même si des problèmes de santé pouvaient faire obstacle à la poursuite d'activités autrefois appréciées, le fait d'apprendre à s'adapter à ces défis et de trouver des activités convenant mieux à leurs capacités actuelles était selon elles plus indispensable à un vieillissement réussi.

Reichstadt et ses collaborateurs (2010) ont réalisé des entrevues qualitatives auprès de personnes âgées dans le but de caractériser leur idée du vieillissement réussi. Ils ont constaté qu'elles le voient comme un équilibre entre deux tendances apparemment opposées : acceptation de soi/satisfaction de soi et croissance personnelle/engagement. L'acceptation de soi a été décrite comme une autoévaluation réaliste et une acceptation des expériences passées et de la situation actuelle, tandis que la croissance personnelle passe par une vie active, notamment par la pratique de nouvelles activités, le maintien de relations sociales, l'adoption d'une attitude positive et la contribution au bien-être d'autrui. Mises ensemble, les études sur l'expérience subjective des personnes âgées font ressortir d'importantes composantes psychologiques et comportementales qui sont souvent absentes des définitions objectives.

1.4.3 Facteurs de réussite

Compte tenu de la variabilité des définitions existantes, il n'est pas étonnant que les estimations objectives et subjectives de la prévalence du vieillissement réussi varient grandement. Par exemple, Strawbridge et ses collaborateurs (2002) ont effectué une comparaison directe des critères de Rowe et Kahn et de l'autoévaluation du vieillissement réussi dans un échantillon de 867 personnes âgées de 65 à 99 ans. Alors que la prévalence calculée selon les critères de Rowe et Kahn était de 18,8 %, la prévalence calculée à partir de l'autoévaluation était bien plus élevée, avec 50,3 %. La présence de maladie et d'incapacité est ressortie comme le principal facteur réduisant la prévalence du vieillissement réussi calculée selon une définition objective.

De nombreuses personnes âgées estiment vivre un vieillissement réussi même si elles sont atteintes de problèmes de santé chroniques. Un phénomène semblable a été observé par Vahia et ses collaborateurs (2010) dans une étude menée auprès de 1 979 femmes de plus de 60 ans. Dans une autoévaluation sur une échelle de 1 (vieillesse non réussie) à 10 (vieillesse réussie), près de 90 % des répondantes se sont donné une note supérieure ou égale à 7, même si seulement 15 % des femmes de l'échantillon avaient fait état d'une absence de maladie, et seulement 38 %, d'une absence d'incapacité (voir aussi Montross et coll., 2006; von Faber et coll., 2001).

Ces résultats semblent indiquer que les personnes qui vivent un vieillissement réussi pourraient posséder des traits psychologiques qui favorisent leur résilience. Dans deux études longitudinales, des personnes âgées ayant une perception positive de leur vieillissement affichaient une santé fonctionnelle et un taux de survie supérieurs à long terme (Levy, Slade et Kasl, 2002; Levy, Slade, Kunkel et Kasl, 2002). Giltay et ses collaborateurs (2004) ont constaté que la disposition à l'optimisme, définie comme la croyance générale que plus de choses positives que négatives vont se produire à l'avenir, était un prédicteur de mortalité toutes causes confondues inférieure, et que l'optimisme avait un effet particulièrement protecteur contre la mortalité cardiovasculaire chez les hommes. Avoir une raison de vivre est aussi important pour les personnes âgées : celles qui donnaient plus de sens à leur vie affichaient une meilleure santé physique, ce qui a donné lieu à des taux inférieurs de mortalité sur une période de cinq ans (Krause, 2009).

Dans le même ordre d'idées, les personnes âgées ont elles-mêmes tendance à considérer que les facteurs psychosociaux sont au cœur d'un vieillissement réussi. Reichstadt et ses collaborateurs (2007) ont mené des entrevues de groupe avec 72 personnes âgées de 60 à 99 ans. Les participants ont relevé 33 facteurs relatifs au vieillissement réussi, qui peuvent être regroupés en quatre grandes catégories :

1. L'importance de l'attitude adoptée et de la capacité à s'adapter au changement;
2. Un sentiment de sécurité et de stabilité, souvent lié au milieu de vie, au soutien social et aux ressources financières;
3. Une vie remplie, notamment par la pratique d'activités stimulantes, la contribution au bien-être d'autrui et l'entretien d'une raison de vivre;
4. La santé physique et le bien-être, même s'il convient de souligner que les participants ne considéraient pas tous cette catégorie comme nécessaire à un vieillissement réussi.

Il existe des corrélats du vieillissement réussi autres que les traits psychologiques positifs, comme des facteurs liés à l'âge et à la santé physique. Dans leur revue, Depp et Jeste (2006) ont constaté que l'âge (pas trop éloigné de 60 ans), l'absence d'arthrite ou de diabète, l'absence de problèmes d'audition, de saines activités de la vie quotidienne et le fait de ne pas fumer étaient les meilleurs facteurs prédictifs d'un vieillissement réussi. Un lien modéré a aussi été observé en ce qui concerne la pratique d'activités physiques, l'autoévaluation positive de la santé, une pression systolique inférieure, un nombre moindre d'affections et l'absence de dépression, et un lien restreint en ce qui a trait à un revenu plus élevé, une scolarité plus longue, le fait d'être marié et l'appartenance à la race blanche.

1.5 Pourquoi les personnes âgées consomment-elles de l'alcool, des médicaments sur ordonnance et d'autres substances?

Il peut être difficile d'estimer la prévalence de l'usage de substances chez les personnes âgées étant donné que les critères diagnostiques actuels pourraient ne pas convenir à cette population (Arndt et Schultz, 2015). Les personnes âgées font le plus souvent état d'une consommation problématique d'alcool, de nicotine ou de médicaments sur ordonnance, bien que la consommation de cannabis a augmenté dans les dernières années (Simoni-Wastila et Yang, 2006).

Les personnes âgées ne font pas état de taux élevés de consommation problématique de psychotropes, mais près d'une sur quatre dit avoir déjà pris un médicament psychotrope présentant un potentiel d'abus (Simoni-Wastila et Yang, 2006). La génération des baby-boomers, et particulièrement les personnes de 50 à 64 ans, indique consommer plus de drogues illicites et de médicaments à des fins non médicales que les cohortes plus âgées. Si on combine ces deux tendances, selon les projections actuelles, le nombre de personnes âgées ayant un trouble lié aux substances devrait augmenter de façon considérable (Wu et Blazer, 2011). Aux États-Unis, on s'attend à ce que ce nombre double de 2002-2006 à 2020 (Han, Gfroerer, Collier et Penne, 2009). Il n'existe aucune estimation correspondante pour le Canada.

1.5.1 Évolution du style de vie

De nombreux changements au style de vie et défis propres au troisième âge pourraient contribuer à l'usage de substances. La retraite, phénomène quasi universel chez les personnes âgées, est synonyme de changements majeurs, notamment la disparition d'activités professionnelles significatives, la diminution des contacts sociaux et l'augmentation du temps libre. Dans certains cas, ces changements peuvent entraîner une hausse du risque de dépression et une diminution du sentiment de bien-être, surtout si la retraite est soudaine ou qu'elle est perçue comme prématurée (Szinovacz et Davey, 2004). Selon certaines études, le fait de ne pas travailler serait associé à une augmentation de l'usage de substances chez les personnes âgées (Bryant et Kim, 2012); toutefois, dans d'autres études, cette corrélation n'a pas été observée (Lin et coll., 2011). Il est probable qu'il n'y ait aucun lien direct entre le départ à la retraite et l'usage de substances,



et que ce soit plutôt la nature du réseau social qui joue un rôle déterminant dans le lien entre retraite et usage de substances. En effet, les personnes dont le réseau social est restreint à l'extérieur du travail pourraient présenter des taux supérieurs d'usage de substances après le départ à la retraite (Kuerbis et Sacco, 2013).

1.5.2 Santé physique

La santé physique peut aussi avoir une incidence sur l'usage de substances. En effet, selon plusieurs études, les personnes âgées en bonne santé sont plus susceptibles d'avoir une consommation problématique d'alcool (Bryant et Kim, 2012; Merrick et coll., 2008; Platt, Sloan et Costanzo, 2010). Dans d'autres études, c'est le phénomène inverse qui a été observé : les personnes en moins bonne santé étaient plus susceptibles de faire état d'une consommation problématique d'alcool (St. John, Montgomery et Tyas, 2009). Globalement, il semble y avoir un sous-ensemble de personnes âgées en bonne santé qui boivent de façon excessive; or, lorsque leur état de santé commence à se détériorer, il se peut qu'elles diminuent leur consommation d'alcool (Arndt et Schultz, 2015). Seule exception notable :

les personnes âgées atteintes de troubles médicaux causant de la douleur chronique, qui prennent parfois de l'alcool pour réduire la douleur, ce qui peut mener à des problèmes de consommation (Moos, Brennan, Schutte et Moos, 2010).

Le lien entre santé physique et usage de médicaments sur ordonnance à des fins non médicales est plus clair. En effet, les recherches reconnaissent systématiquement un mauvais état de santé général et la présence de maladies chroniques ou de plusieurs maladies physiques comme des facteurs de risque de consommation de médicaments sur ordonnance à des fins non médicales (Sarkar, Parmar et Chatterjee, 2015). Les troubles comme la douleur chronique, l'insomnie et l'anxiété font augmenter la probabilité d'exposition à des médicaments sur ordonnance présentant un potentiel d'abus, particulièrement les benzodiazépines, les analgésiques opioïdes et les relaxants musculo-squelettiques (Culberson et Ziska, 2008). Dans la majorité des cas, la consommation de médicaments sur ordonnance à des fins non médicales est non intentionnelle chez les personnes âgées (Sarkar et coll., 2015).

1.5.3 Isolement social

Enfin, l'isolement social est un facteur de risque connu d'usage de substances. Il peut être divisé en deux types : l'isolement objectif, vécu par une personne qui a peu de contacts sociaux, et l'isolement perçu, vécu par une personne qui peut avoir une quantité de contacts sociaux typique, mais inférieure à celle désirée. Cet isolement perçu est aussi communément appelé « solitude ».

Les taux cliniquement significatifs de solitude augmentent considérablement au troisième âge, une période où ils peuvent atteindre les 40 % (Pinquart et Sorensen, 2001; Weeks, 1994). Soulignons que la solitude est associée à une propension accrue à l'« abus » d'alcool et qu'elle peut être à la fois un facteur d'initiation et un facteur d'entretien (Akerlind et Hornquist, 1992). En revanche, l'isolement social objectif, surtout lorsqu'il découle du fait de vivre seul, semble contribuer à une probabilité accrue de consommation de médicaments sur ordonnance à des fins non médicales chez les personnes âgées (Jinks et Raschko, 1990; Sarkar et coll., 2015). Les mécanismes à la base de ce lien ne sont pas clairs pour le moment et méritent d'être étudiés plus en profondeur.

Au troisième âge, les personnes mariées peuvent vivre des changements considérables susceptibles de créer de l'isolement social, le veuvage étant le plus important. Les recherches ont démontré à plusieurs reprises un lien entre l'état matrimonial et l'usage de substances. Comparativement aux personnes âgées mariées, les célibataires sont plus susceptibles de consommer de l'alcool (Blazer et Wu, 2009; Lin et coll., 2011; Merrick et coll., 2008; Moore et coll., 2009), du cannabis (Blazer et Wu, 2009) et de la nicotine (Blazer et Wu, 2012).

1.6 Comment les patients, les aidants et les fournisseurs de soins de santé peuvent-ils favoriser un vieillissement réussi?

Il existe beaucoup de chevauchements entre les facteurs de risque de consommation problématique de substances et les processus associés à un vieillissement réussi. Les personnes âgées voient le vieillissement réussi comme la capacité à accepter les défis médicaux et sociaux liés au troisième âge et à s'y adapter (Knight et Ricciardelli, 2003; Reichstadt et coll., 2010; von Faber et coll., 2001). Le maintien de contacts sociaux, la pratique d'activités

stimulantes et l'entretien d'une raison de vivre sont aussi considérés comme des éléments importants (Reichstadt et coll., 2010; von Faber et coll., 2001). L'absence de ces facteurs protecteurs semble être associée à une augmentation du risque d'usage problématique de substances. Plus précisément, les contacts et les réseaux sociaux limités (Akerlind et Hornquist, 1992; Jinks et Raschko, 1990; Kuerbis et Sacco, 2012; Sarkar et coll., 2015), la diminution des activités significatives (Bryant et Kim, 2012; Kuerbis et Sacco, 2012) et la présence de problèmes de santé chroniques et de difficultés à s'y adapter (Sarkar et coll., 2015; St. John et coll., 2009),



particulièrement en ce qui concerne la douleur chronique (Culberson et Ziska, 2008; Moos et coll., 2010), contribuent à la consommation problématique de substances chez les personnes âgées. Cette corrélation donne à penser que des interventions visant à promouvoir le vieillissement réussi

pourraient aussi réduire la consommation problématique de substances, et que les patients, les aidants et les fournisseurs de soins de santé ont tous un rôle important à jouer dans la préservation des éléments protecteurs.

1.6.1 Patients

Étant donné que plusieurs facteurs modifiables liés au style de vie contribuent tant au vieillissement réussi qu'à l'usage de substances chez les personnes âgées, il est recommandé de recourir à une approche multifactorielle s'articulant autour de trois objectifs : la réduction de la maladie physique, l'augmentation de l'engagement social et l'amélioration du bien-être psychologique.

De nombreuses études ont démontré que l'activité physique réduit le risque de maladie cardiovasculaire, de maladie métabolique et d'arthrose lors du vieillissement (Harmell et coll., 2014). L'augmentation de l'activité physique semble aussi améliorer la fonction cognitive et réduire le risque de déclin cognitif (Brown, Peiffer et Martins, 2013). L'American College of Sports Medicine recommande aux personnes âgées de pratiquer au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine (30 minutes par jour, 5 jours par semaine) pour obtenir ces bienfaits pour la santé (Chodzko-Zajko et coll., 2009).

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la prévalence du retrait social et de la solitude augmente au troisième âge, principalement en raison du déclin physique et du départ à la retraite (Pinquart et Sorensen, 2001; Weeks, 1994). Il a été démontré que chez les personnes âgées, le manque d'engagement social se répercute sur l'autoévaluation de l'état de santé, le fonctionnement cognitif et la dépression, ainsi que sur l'« abus » d'alcool et de médicaments sur ordonnance (Akerlind et Hornquist, 1992; Jinks et Raschko, 1990; Sarkar et coll., 2015). Les interventions visant à réduire l'isolement social devraient faire une large place à l'amélioration des compétences sociales et des mesures de soutien social, à l'augmentation des possibilités de contacts sociaux et à la restructuration cognitive des manifestations d'inadaptation sociale (Masi, Chen, Hawkey et Cacioppo, 2011).

Le renforcement des traits psychologiques positifs constitue aussi une stratégie prometteuse pour favoriser le vieillissement réussi et réduire l'usage de substances. La résilience, l'optimisme et l'adaptabilité sont des facteurs psychologiques qui semblent contribuer de façon particulièrement importante à un vieillissement réussi

(Engberg et coll., 2013; Jeste et coll., 2013). Aucune intervention structurée n'a été menée pour favoriser ces traits psychologiques positifs, mais on a avancé que l'augmentation du soutien social, une meilleure connaissance de ses propres capacités et la structuration des tâches en fonction des capacités pourraient renforcer ces traits (Southwick et Charney, 2012).

1.6.2 Aidants

Les aidants peuvent jouer un rôle crucial dans la promotion du vieillissement réussi et la réduction de l'usage de substances en favorisant l'engagement social et en faisant la promotion d'un style de vie sain. Pour accroître l'engagement social, les aidants devraient proposer des activités qui seront jugées dignes d'intérêt et agréables par leur proche. Ces activités devraient correspondre aux capacités de la personne âgée; si ce n'est pas le cas (p. ex. en raison d'une incapacité physique), elles devraient être structurées d'une façon lui permettant de les pratiquer avec succès. Souvent, les personnes âgées indiquent que les activités sociales (particulièrement celles avec la famille et les amis) et les occasions de contribuer au bien-être d'autrui sont particulièrement importantes pour un vieillissement réussi (Reichstadt, Sengupta, Depp, Palinkas et Jeste, 2010).

Les aidants peuvent aussi promouvoir un mode de vie actif. L'exercice d'intensité modérée ou même un simple programme de marche peuvent contribuer à l'amélioration de la capacité cardiovasculaire et du fonctionnement cognitif (Erickson et coll., 2011). La pratique d'activités stimulantes sur le plan cognitif comme les jeux de société, les jeux de cartes et les mots croisés pourrait aussi contribuer à réduire le risque de déclin cognitif (Hughes, Chang, Vander Bilt et Ganguli, 2010).

1.6.3 Fournisseurs de soins de santé

Les fournisseurs de soins de santé peuvent jouer un rôle déterminant dans la surveillance du vieillissement réussi et de l'usage de substances chez leurs patients âgés. Ils devraient promouvoir et superviser des programmes visant à augmenter l'activité physique, l'engagement social et le bien-être psychologique. Pour cette tâche, ils devront discuter avec les patients et les aidants pour déterminer les stratégies appropriées à la situation, l'efficacité de ces stratégies et le besoin potentiel de modifications. Les fournisseurs de soins devraient aussi veiller à ne pas s'informer seulement sur la santé physique dans leurs discussions avec les patients et les aidants, étant donné que les facteurs psychologiques



semblent être aussi importants (voire plus) que la santé physique pour l’obtention d’issues positives en ce qui concerne le vieillissement et l’usage de substances.

Les fournisseurs doivent tout de même rester conscients des limites potentielles de la capacité décisionnelle des personnes âgées ayant une dépendance physique à des substances. En effet, chez de nombreuses personnes ayant une dépendance physique, cette capacité est amoindrie, ce qui se traduit généralement par la préférence pour des actions associées à des gains à court terme et la propension à accorder peu d’importance aux pertes à long terme, ainsi que la probabilité accrue de choisir des actions risquées (Bechara et Damasio, 2002; Lane et Cherek, 2000). Chez les personnes âgées, ces problèmes relatifs à la prise de décisions peuvent être exacerbés en raison des déclin cognitifs associés au vieillissement (Harada et coll., 2013).

Étant donné qu’il existe une grande hétérogénéité quant à la capacité décisionnelle des personnes ayant une dépendance physique à une substance, aucune conclusion ne devrait être tirée à ce propos strictement en fonction du diagnostic (Jeste et Saks, 2006). Lorsque des questions sont soulevées sur la capacité à consentir au traitement, les fournisseurs devraient envisager le recours à un outil structuré pour évaluer la capacité décisionnelle relativement au traitement, comme le MacArthur Competence Assessment Tool – Treatment [outil d’évaluation des compétences de la fondation MacArthur – traitement] (Grisso, Appelbaum et Hill-Fotouhi, 1997) ou le Hopkins Competency Assessment Test [test d’évaluation des compétences de Hopkins] (Janofsky, McCarthy et Folstein, 1992).

1.7 Conclusion

Chez les personnes âgées, de nombreux facteurs de risque d’usage de substances découlent de difficultés d’adaptation aux défis d’ordre socioenvironnemental propres au troisième âge, notamment le départ à la retraite, le retrait social, le veuvage et les problèmes de santé chroniques. Des études menées auprès de personnes vivant un vieillissement réussi ont révélé diverses stratégies d’adaptation – stratégies qui pourraient aussi constituer une approche rigoureuse de prévention de l’usage de substances chez les personnes âgées.

Compte tenu du recours croissant aux médicaments psychotropes et du vieillissement de la génération du baby-boom, on s’attend à ce que la consommation problématique de substances augmente au cours des prochaines années (Han et coll., 2009). Pour mettre au point des interventions plus efficaces, les décideurs, les cliniciens et les professionnels paramédicaux devront mieux comprendre la prévalence de certaines substances psychoactives ainsi que les facteurs de risque et de protection relatifs à la consommation problématique de substances chez les personnes âgées.

Bibliographie

Agence de la santé publique du Canada. *L’administrateur en chef de la santé publique – Rapport sur l’état de la santé publique au Canada 2010 : Vieillir – Ajouter de la vie aux années*, 2010. Consulté sur le site : www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/pdf/cpho_report_2010_f.pdf

Akerlind, I. et J.O. Hornquist. « Loneliness and alcohol abuse: a review of evidences of an interplay », *Social Science & Medicine*, vol. 34, n° 4 (1992), p. 405–414

Arndt, A. et S.K. Schultz. « Epidemiology and demography of alcohol and older persons ». Dans I. Crome, T. Wu, R. Roa et P. Crome (éd.), *Substance use and older people*, Oxford (Royaume-Uni), Wiley-Blackwell, 2015.

Beard, J.R., S. Biggs, D.E. Bloom, L.P. Fried, P. Hogan, A. Kalache et S.J. Olshansky (éd.). « Global population ageing: peril or promise? », Genève (Suisse), Forum économique mondial, 2012.

Bechara, A. et H. Damasio. « Decision-making and addiction (part I): Impaired activation of somatic states in substance dependent individuals when pondering decisions with negative future consequences », *Neuropsychologia*, vol. 40, n° 10 (2002), p. 1675–1689.

Blanchflower, D.G. et A.J. Oswald. « Is well-being U shaped over the life cycle? », *Social Science & Medicine*, vol. 66, n° 8 (2008), p. 1733–1749.

Blazer, D.G. et L.T. Wu. « The epidemiology of substance use and disorders among middle aged and elderly community adults: national survey on drug use and health », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 17, n° 3 (2009), p. 237–245. doi:10.1097/JGP.0b013e318190b8ef

Blazer, D.G. et L.T. Wu. « Patterns of tobacco use and tobacco-related psychiatric morbidity and substance use among middle-aged and older adults in the United States », *Aging and Mental Health*, vol. 16, n° 3 (2012), p. 296–304. doi:10.1080/13607863.2011.615739

Bloom, D.E., A. Boersch-Supan, P. McGee et A. Seike. « Population aging: facts, challenges, and responses », *Benefits and Compensation International*, vol. 41, n° 1 (2011), p. 22–32.

Bloom, D.E., D. Canning et G. Fink. « Implications of population ageing for economic growth », *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 26, n° 4 (2010), p. 583–612. doi:10.1093/oxrep/grq038

Brown, B.M., J.J. Peiffer et R.N. Martins. « Multiple effects of physical activity on molecular and cognitive signs of brain aging: can exercise slow neurodegeneration and delay Alzheimer’s disease? », *Molecular Psychiatry*, vol. 18, n° 8 (2013), p. 864–874. doi:10.1038/mp.2012.162

Bryant, A.N. et G. Kim. « Racial/ethnic differences in prevalence and correlates of binge drinking among older adults », *Aging and Mental Health*, vol. 16, n° 2 (2012), p. 208–217. doi:10.1080/13607863.2011.615735

Chodzko-Zajko, W.J., D.N. Proctor, M.A. Fiatarone Singh, C.T. Minson, C.R. Nigg, G.J. Salem et J.S. Skinner. « American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults », *Medicine & Science in Sports & Exercise*, vol. 41, n° 7 (2009), p. 1510–1530. doi:10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c

Cosco, T.D., A.M. Prina, J. Perales, B.C. Stephan et C. Brayne. « Operational definitions of successful aging: a systematic review », *International Psychogeriatrics*, vol. 26, n° 3 (2014), p. 373–381. doi:10.1017/s1041610213002287

Culbertson, J.W. et M. Ziska. « Prescription drug misuse/abuse in the elderly », *Geriatrics*, vol. 63, n° 9 (2008), p. 22–31.

de Graaf, R., M. ten Have, C. van Gool et S. van Dorsselaer. « Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 47, n° 2 (2012), p. 203–213. doi:10.1007/s00127-010-0334-8





Depp, C.A. et D.V. Jeste. « Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 14, n° 1 (2006), p. 6–20.

Engberg, H., B. Jeune, K. Andersen-Ranberg, T. Martinussen, J.W. Vaupel et K. Christensen. « Optimism and survival: Does an optimistic outlook predict better survival at advanced ages? A twelve-year follow-up of Danish nonagenarians », *Aging Clinical and Experimental Research*, vol. 25, n° 5 (2013), p. 517–525. doi:10.1007/s40520-013-0122-x

Erickson, K.I., M.W. Voss, R.S. Prakash, D. Basak, A. Szabo, L. Chaddock, ... et A.F. Kramer. « Exercise training increases size of hippocampus and improves memory », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 108, n° 7 (2011), p. 3017–3022.

Fiocco, A.J. et K. Yaffe. « Defining successful aging: the importance of including cognitive function over time », *Archives of Neurology*, vol. 67, n° 7 (2010), p. 876–880.

Giltay, E.J., J.M. Geleijnse, F.G. Zitman, T. Hoekstra et E.G. Schouten. « Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly Dutch men and women », *Archives of General Psychiatry*, vol. 61, n° 11 (2004), p. 1126–1135. doi:10.1001/archpsyc.61.11.1126

Gonçalves, D.C. et G.J. Byrne. « Who worries most? Worry prevalence and patterns across the lifespan », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 28, n° 1 (2013), p. 41–49.

Grisso, T., P.S. Appelbaum et C. Hill-Fotouhi. « The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions », *Psychiatric Services*, vol. 48, n° 11 (1997), p. 1415–1419. doi:10.1176/ps.48.11.1415

Gurland, B.J., W.F. Page et B.L. Plassman. « A twin study of the genetic contribution to age-related functional impairment », *Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, vol. 59, n° 8 (2004), p. 859–863.

Han, B., J.C. Gfroerer, J.D. Colliver et M.A. Penne. « Substance use disorder among older adults in the United States in 2020 », *Addiction*, vol. 104, n° 1 (2009), p. 88–96. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02411.x

Harada, C.N., M.C. Natelson Love et K.L. Triebel. « Normal cognitive aging », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 29, n° 4 (2013), p. 737–752. doi:10.1016/j.cger.2013.07.002

Harmell, A.L., D. Jeste et C. Depp. « Strategies for successful aging: a research update », *Current Psychiatry Reports*, vol. 16, n° 10 (2014), p. 476. doi:10.1007/s11920-014-0476-6

Hasin, D.S., R.D. Goodwin, F.S. Stinson et B.F. Grant. « Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions », *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, n° 10 (2005), p. 1097–1106. doi:10.1001/archpsyc.62.10.1097

Hughes, T.F., C.C. Chang, J. Vander Bilt et M. Ganguli. « Engagement in reading and hobbies and risk of incident dementia: the MoVIES project », *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, vol. 25, n° 5 (2010), p. 432–438. doi:10.1177/1533317510368399

Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins de santé au Canada 2011 : regard sur les personnes âgées et le vieillissement*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2011.

Janofsky, J.S., R.J. McCarthy et M.F. Folstein. « The Hopkins Competency Assessment Test: a brief method for evaluating patients' capacity to give informed consent », *Hospital & Community Psychiatry*, vol. 43, n° 2 (1992), p. 132–136.

Jeste, D.V., G.S. Alexopoulos, S.J. Bartels, J.L. Cummings, J.J. Gallo, G.L. Gottlieb, ... et B.D. Lebowitz. « Consensus statement on the upcoming crisis in geriatric mental health: research agenda for the next 2 decades », *Archives of General Psychiatry*, vol. 56, n° 9 (1999), p. 848–853.

Jeste, D.V. et A.J. Oswald. « Individual and societal wisdom: Explaining the paradox of human aging and high well-being », *Psychiatry*, vol. 77, n° 4 (2014), p. 317–330.

Jeste, D.V. et E. Saks. « Decisional capacity in mental illness and substance use disorders: empirical database and policy implications », *Behavioral Sciences & the Law*, vol. 24, n° 4 (2006), p. 607–628. doi:10.1002/bsl.707

Jeste, D.V., G.N. Savla, W.K. Thompson, I.V. Vahia, D.K. Glorioso, A.S. Martin, ... et C.A. Depp. « Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression », *American Journal of Psychiatry*, vol. 170, n° 2 (2013), p. 188–196. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12030386

Jinks, M.J. et R.R. Raschko. « A profile of alcohol and prescription drug abuse in a high-risk community-based elderly population », *Annals of Pharmacotherapy*, vol. 24, n° 10 (1990), p. 971–975.

Knight, T. et L.A. Ricciardelli. « Successful aging: perceptions of adults aged between 70 and 101 years », *International Journal of Aging & Human Development*, vol. 56, n° 3 (2003), p. 223–245. doi:10.2190/cg1a-4y73-wew8-44qy

Koh, S., R. Gorney, N. Badre et D.V. Jeste. « Substance use among older adults ». Dans A.H. Marck, K.T. Brady, S.I. Miller et R.J. Frances (éd.), *Clinical textbook of addictive disorders*, New York (NY), Guilford Press, 2016.

Krause, N. « Meaning in life and mortality », *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 64, n° 4 (2009), p. 517–527. doi:10.1093/geronb/gbp047

Kuerbis, A. et P. Sacco. « The impact of retirement on the drinking patterns of older adults: a review », *Addictive Behaviors*, vol. 37, n° 5 (2012), p. 587–595. doi:10.1016/j.addbeh.2012.01.022

Lane, S.D. et D.R. Cherek. « Analysis of risk taking in adults with a history of high risk behavior », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 60, n° 2 (2000), p. 179–187.

Levy, B.R., M.D. Slade et S.V. Kasl. « Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health », *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 57, n° 5 (2002), p. 409–417.

Levy, B.R., M.D. Slade, S.R. Kunkel et S.V. Kasl. « Longevity increased by positive self-perceptions of aging », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 83, n° 2 (2002), p. 261–270.

Lin, J.C., M.P. Karno, C.E. Grella, U. Warda, D.H. Liao, P. Hu et A.A. Moore. « Alcohol, tobacco, and nonmedical drug use disorders in U.S. adults aged 65 years and older: data from the 2001–2002 National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 19, n° 3 (2011), p. 292–299. doi:10.1097/JGP.0b013e3181e898b4

Luszcz, M.A. et J. Bryan. « Toward understanding age-related memory loss in late adulthood », *Gerontology*, vol. 45, n° 1 (1999), p. 2–9.

Masi, C.M., H.Y. Chen, L.C. Hawkey et J.T. Cacioppo. « A meta-analysis of interventions to reduce loneliness », *Personality and Social Psychology Review*, vol. 15, n° 3 (2011), p. 219–266. doi:10.1177/1088868310377394

Merrick, E.L., C.M. Horgan, D. Hodgkin, D.W. Garnick, S.F. Houghton, L. Panas, ... et F.C. Blow. « Unhealthy drinking patterns in older adults: prevalence and associated characteristics », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 56, n° 2 (2008), p. 214–223. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01539.x

Montross, L.P., C. Depp, J. Daly, J. Reichstadt, S. Golshan, D. Moore, ... et D.V. Jeste. « Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adults », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 14, n° 1 (2006), p. 43–51. doi:10.1097/01.JGP.0000192489.43179.31

Moore, A.A., M.P. Karno, C.E. Grella, J.C. Lin, U. Warda, D.H. Liao et P. Hu. « Alcohol, tobacco, and nonmedical drug use in older U.S. adults: data from the 2001/02 National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 57, n° 12 (2009), p. 2275–2281. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02554.x

Moos, R.H., P.L. Brennan, K.K. Schutte et B.S. Moos. « Older adults' health and late-life drinking patterns: a 20-year perspective », *Aging and Mental Health*, vol. 14, n° 1 (2010), p. 33–43. doi:10.1080/13607860902918264

Patterson, T.L. et D.V. Jeste. « The potential impact of the baby-boom generation on substance abuse among elderly persons », *Psychiatric Services*, vol. 50, n° 9 (1999), p. 1184–1188. doi:10.1176/ps.50.9.1184

Pinquart, M. et S. Sorensen. « Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis », *Basic and Applied Social Psychology*, vol. 23, n° 4 (2001), p. 245–266. doi:10.1207/S15324834BASP2304_2

Platt, A., F.A. Sloan et P. Costanzo. « Alcohol-consumption trajectories and associated characteristics among adults older than age 50 », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 71, n° 2 (2010), p. 169–179.

Reichstadt, J., C.A. Depp, L.A. Palinkas, D.P. Folsom et D.V. Jeste. « Building blocks of successful aging: a focus group study of older adults' perceived contributors to successful aging », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 15, n° 3 (2007), p. 194–201. doi:10.1097/JGP.0b013e318030255f

Reichstadt, J., G. Sengupta, C.A. Depp, L.A. Palinkas et D.V. Jeste. « Older adults' perspectives on successful aging: qualitative interviews », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 18, n° 7 (2010), p. 567–575.

Rowe, J.W. et R.L. Kahn. « Human aging: usual and successful », *Science*, vol. 237, n° 4811 (1987), p. 143–149.

Salthouse, T.A. « Consequences of age-related cognitive declines », *Annual Review of Psychology*, vol. 63 (2012), p. 201–226. doi:10.1146/annurev-psych-120710-100328

Salthouse, T.A. « Selective review of cognitive aging », *Journal of the International Neuropsychological Society*, vol. 16, n° 5 (2010), p. 754–760. doi:10.1017/s1355617710000706

Salthouse, T.A., N.M. Fristoe, T.T. Lineweaver et V.E. Coon. « Aging of attention: does the ability to divide decline? », *Memory & Cognition*, vol. 23, n° 1 (1995), p. 59–71.

Sarkar, S., A. Parmar et B. Chatterjee. « Substance use disorders in the elderly: a review », *Journal of Geriatric Mental Health*, vol. 2, n° 2 (2015), p. 74. doi:10.4103/2348-9995.174271

Simoni-Wastila, L. et H.K. Yang. « Psychoactive drug abuse in older adults », *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, vol. 4, n° 4 (2006), p. 380–394. doi:10.1016/j.amjopharm.2006.10.002

Southwick, S.M. et D.S. Charney. « The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression », *Science*, vol. 338, n° 6103 (2012), p. 79–82. doi:10.1126/science.1222942

Statistique Canada. *Tendances sociales canadiennes : aperçu du Recensement du Canada – âge et sexe de la population*, 2007. Consulté sur le site : www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2007006/article/10379-fra.pdf

Statistique Canada. *La population canadienne en 2011*, 2011. Consulté sur le site : www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/98-311-x2011001-fra.cfm

St. John, P.D., P.R. Montgomery et S.L. Tyas. « Alcohol misuse, gender and depressive symptoms in community-dwelling seniors », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 24, n° 4 (2009), p. 369–375. doi:10.1002/gps.2131

Stone, A.A., J.E. Schwartz, J.E. Broderick et A. Deaton. « A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 107, n° 22 (2010), p. 9985–9990. doi:10.1073/pnas.1003744107

Strawbridge, W.J., M.I. Wallhagen et R.D. Cohen. « Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn », *The Gerontologist*, vol. 42, n° 6 (2002), p. 727–733.

Szinovacz, M.E. et A. Davey. « Retirement transitions and spouse disability: Effects on depressive symptoms », *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 59, n° 6 (2004), p. S333–342.

Thomas, M.L., C.N. Kaufmann, B.W. Palmer, C.A. Depp, A.S. Martin, D.K. Glorioso, ... et D.V. Jeste. « Paradoxical trend for improvement in mental health with aging: a community-based study of 1,546 adults aged 21–100 years », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 77, n° 8 (2016), p. e1019–1025. doi:10.4088/JCP.16m10671

Vahia, I.V., T.W. Meeks, W.K. Thompson, C.A. Depp, S. Zisook, M. Allison, ... et D.V. Jeste. « Subthreshold depression and successful aging in older women », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 18, n° 3 (2010), p. 212–220. doi:10.1097/JGP.0b013e3181b7f10e

von Faber, M., A. Bootsma-van der Wiel, E. van Exel, J. Gussekloo, A.M. Lagaay, E. van Dongen, ... et R.G. Westendorp. « Successful aging in the oldest old: who can be characterized as successfully aged? », *Archives of Internal Medicine*, vol. 161, n° 22 (2001), p. 2694–2700.

Weeks, D.J. « A review of loneliness concepts, with particular reference to old age », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 9, n° 5 (1994), p. 345–355.

Wu, L.T. et D.G. Blazer. « Illicit and nonmedical drug use among older adults: a review », *Journal of Aging and Health*, vol. 23, n° 3 (2011), p. 481–504. doi:10.1177/0898264310386224



CHAPITRE

02

Épidémiologie de l'usage de substances psychoactives chez les personnes âgées

Dr Scott B. Patten

Professeur, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Calgary

SURVOL

Tabac

- Les hommes sont plus susceptibles de fumer du tabac que les femmes, mais cet écart est moins prononcé chez les 55 ans et plus.
- Bien que les Canadiens âgés soient moins susceptibles de fumer du tabac que leurs homologues plus jeunes, ils consomment de plus grandes quantités de cigarettes et sont plus souvent dépendants à la nicotine.

Alcool

- La fréquence de la consommation quotidienne ou quasi quotidienne d'alcool culmine chez les personnes de 65 à 74 ans : elle y est près de trois fois plus élevée que chez les 15 à 54 ans.
- Plus de 13 % des Canadiens de 55 ans et plus font état de comportements problématiques de calage d'alcool.

Médicaments sur ordonnance

- Bien que la fréquence de l'usage d'opioïdes sur ordonnance soit moins élevée chez les 55 ans et plus que dans les groupes plus jeunes, les habitudes de consommation quotidienne sont plus fréquentes chez les personnes âgées.

Cannabis

- L'usage du cannabis et la dépendance à cette substance ont tendance à diminuer avec l'âge. Ce phénomène cadre avec un effet de cohorte : l'usage de cannabis chez les personnes âgées pourrait donc augmenter dans les générations futures avec le vieillissement de la cohorte des consommateurs actuels.
- La fréquence de l'usage de cannabis à des fins médicales est inférieure chez les personnes âgées malgré une augmentation des indications associées (p. ex. douleur chronique) dans cette population.

Autres drogues illicites

- La fréquence de l'usage de drogues illicites est moins élevée chez les 55 ans et plus que chez les groupes plus jeunes.
- Les tendances d'usage de drogues illicites au cours de la vie indiquent un possible effet de cohorte, ce qui soulève des préoccupations quant à l'augmentation possible de cette pratique dans les générations futures de personnes âgées au Canada.

2.1 Introduction

Ce chapitre résume les données épidémiologiques récentes sur l'usage de substances chez les Canadiens âgés et cherche à présenter les meilleures données disponibles sur la prévalence de l'usage de substances psychoactives chez les personnes de 55 ans et plus.

Les estimations présentées proviennent de deux enquêtes de Statistique Canada, soit l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC–SM) de 2012 et l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) de 2015.

- L'ESCC–SM a été la première enquête nationale à recourir à une mesure diagnostique pour évaluer les troubles liés à l'usage de substances (Statistique Canada, 2012). Au total, 25 113 Canadiens de 15 ans et plus ont été sondés en 2012, le plus souvent possible lors d'entrevues en personne. Les responsables de l'enquête ont utilisé une version adaptée pour le Canada de l'entrevue composite diagnostique internationale [Composite International Diagnostic Interview], un outil de diagnostic psychiatrique structuré.
- L'ECTAD est un sondage biennal sur les tendances en matière de tabagisme et de consommation d'alcool et de drogues (Statistique Canada, 2016). En 2015, des données ont été recueillies auprès de 15 154 Canadiens de 15 ans et plus lors d'entrevues téléphoniques assistées par ordinateur. À partir d'un échantillon aléatoire de numéros de téléphone et en fonction de la composition du ménage, un ou deux répondants par numéro ont été sélectionnés. Un nombre égal de répondants a été choisi dans chaque province.

Pour en savoir plus sur les deux sondages, consultez le www.statcan.gc.ca.

2.1.1 Comment la prévalence est-elle calculée?

Il existe plusieurs types de prévalence. La plus courante est la **prévalence à un moment donné**, soit la proportion d'une population qui possède un attribut (p. ex. usage de cannabis) à un certain moment. Cependant, certaines des estimations présentées dans le chapitre sont fondées sur la **prévalence au cours d'une période donnée**, soit la proportion d'une population possédant un attribut à tout moment durant un intervalle donné (p. ex. une semaine, un mois, un an).

En plus d'estimations globales de la prévalence pour la population générale du Canada, des estimations selon le sexe et l'âge sont aussi présentées. Bien que le présent rapport s'intéresse principalement à la population âgée (personnes de 55 ans et plus), les estimations de la prévalence pour d'autres groupes sont souvent présentées aux fins de mise en contexte.



Deux types d'estimations de l'usage de substances psychoactives sont présentés dans la plupart des analyses qui suivent. Nous décrivons d'abord la fréquence d'usage de chaque substance, puis nous présentons la fréquence estimée de troubles pertinents définis cliniquement (consommation problématique, dépendance et autres syndromes cliniques caractérisés par un mode d'usage pathologique). Les prévalences de l'usage de substances et de troubles liés à l'usage de substances sont exposées ici sous forme de pourcentages, avec les intervalles de confiance (IC) à 95 % associés. Autrement dit, il est certain à 95 % que la prévalence réelle se trouve entre les limites de confiance inférieure et supérieure fournies pour chaque estimation.

En vedette : défis liés à la collecte et à l'analyse de données

Les données recueillies par Statistique Canada sont généralement disponibles en deux formats : fichiers de microdonnées à grande diffusion (FMGD) et fichiers maîtres. Les FMGD protègent la confidentialité des répondants; les fichiers maîtres comprennent plus d'information, mais leur accès est restreint : seules les personnes autorisées peuvent y accéder, dans un environnement sécurisé et seulement lorsque les analyses ne peuvent être effectuées à l'aide de FMGD. C'est pourquoi toutes les estimations présentées dans ce chapitre reposent sur des FMGD.

Étant donné que l'ESCC–SM et l'ECTAD sont des enquêtes nationales, la collecte de données avec de simples échantillons aléatoires y est impossible. On commence plutôt par choisir des régions géographiques, puis des ménages, et enfin des personnes faisant partie de ces ménages. Or, cette méthode entraîne des complications sur le plan de l'analyse statistique. Premièrement, les gens qui vivent dans une même région se ressemblent dans une certaine mesure, ce qui signifie que le degré de variabilité dans la population pourrait être sous-estimé. Deuxièmement, si une seule personne par ménage est sélectionnée, les membres de ménages plus nombreux ont moins de chances d'être choisis. Ces facteurs doivent être pris en compte dans l'analyse. De plus, afin d'assurer la production d'estimations pour les petites provinces, Statistique Canada doit délibérément y réaliser un suréchantillonnage, ce qui nécessite d'autres ajustements.

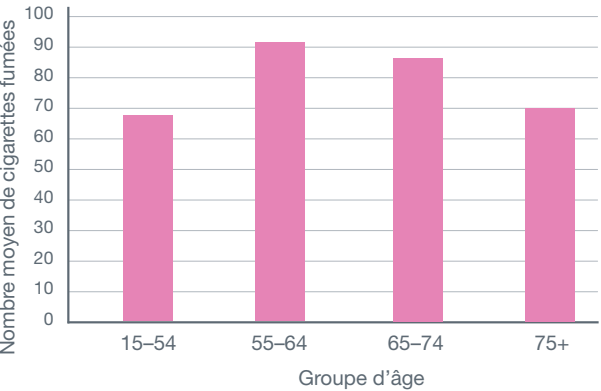
2.2 Tabac

Selon la version la plus récente de l'ECTAD, 12,9 % des Canadiens fument la cigarette (9,3 % au quotidien et 3,7 % de façon occasionnelle). Dans la population générale, le tabagisme est plus fréquent chez les hommes (15,6 %) que chez les femmes (10,4 %). Cette tendance est aussi observée dans la plupart des groupes d'âge.

La prévalence du tabagisme est de 17,6 % (IC à 95 % : 15,4-19,7) chez les hommes de 15 à 54 ans, contre 10,9 % (IC à 95 % : 9,0-12,8) chez les femmes du même groupe d'âge. Chez les 55 ans et plus, 11,8 % (IC à 95 % : 8,9-14,7) des hommes fument, ce qui est semblable à la prévalence de 9,3 % (IC à 95 % : 7,0-11,6) enregistrée chez les femmes. La croyance répandue selon laquelle la prévalence du tabagisme serait beaucoup plus élevée chez les hommes ne semble pas s'appliquer chez les personnes âgées. Il se pourrait aussi que l'effet protecteur associé au sexe féminin diminue avec l'âge.

Globalement, 10,5 % (IC à 95 % : 8,7-12,3) des Canadiens de 55 ans et plus fument, contre 14,3 % (IC à 95 % : 12,9-15,6) de ceux de moins de 55 ans. Pourtant, même si la fréquence générale du tabagisme est moins élevée chez les personnes âgées, des données portent à croire que les problèmes de santé qui guettent les fumeurs âgés sont plus graves : par exemple, les Canadiens âgés fument plus de cigarettes que les jeunes. L'ECTAD recense le nombre de cigarettes fumées au cours de la semaine précédant le sondage, et comme le montre la figure 1, le nombre moyen de cigarettes fumées par les 15 à 54 ans était de 67; chez les 55 à 64 ans, ce nombre était de 91. Les estimations sont aussi plus élevées chez les 65 à 74 ans et les 75 ans et plus que chez les 15 à 54 ans.

Figure 1. Nombre moyen de cigarettes fumées dans la semaine précédente, par groupe d'âge



Les Canadiens âgés sont aussi plus susceptibles que les plus jeunes d’être dépendants à la nicotine (avoir une dépendance physique à la nicotine suivant une consommation prolongée et ressentir des symptômes de sevrage en cas d’arrêt). Il s’agit d’un indicateur important, car les personnes ayant une dépendance physique doivent recourir à des approches différentes d’abandon du tabagisme. Par exemple, ces personnes sont plus susceptibles d’avoir besoin de traitements plus intensifs (comme du counseling factuel ou un traitement de substitution de la nicotine) que les fumeurs non dépendants. Un bon indicateur de dépendance physique à la nicotine est le temps écoulé entre le réveil et la première cigarette. Chez les personnes âgées, 20,4 % (IC à 95 % : 12,8-27,9) des fumeurs peuvent attendre plus de 60 minutes avant d’allumer leur première cigarette de la journée. En comparaison, près du tiers (28,9 %; IC à 95 % : 22,6-35,2) des fumeurs de 15 à 54 ans peuvent attendre plus de 60 minutes.

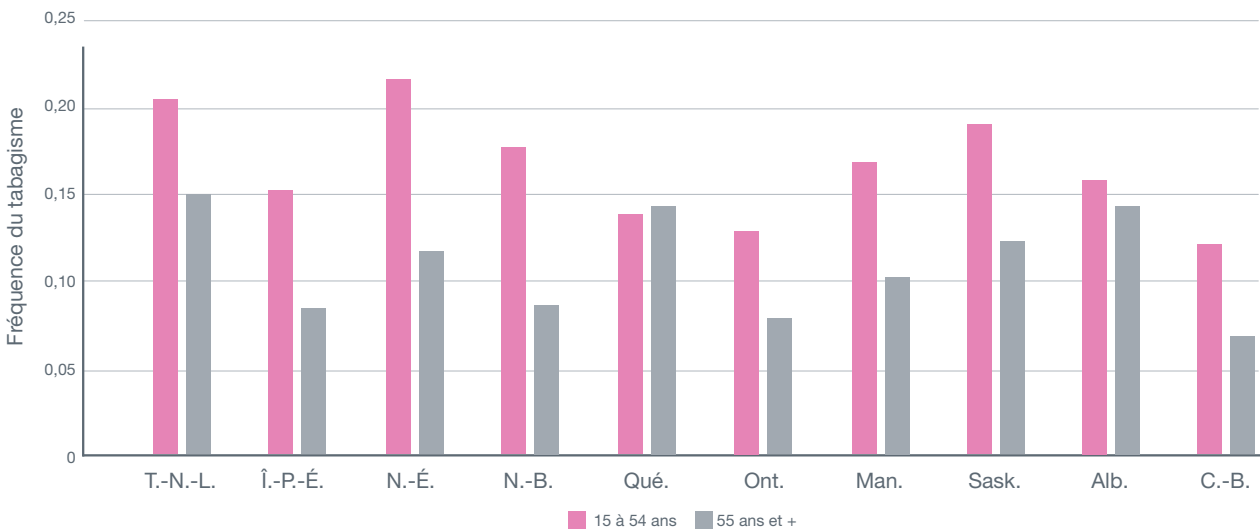
2.2.1 Différences interprovinciales dans la prévalence du tabagisme

La figure 2 montre les estimations provinciales par groupe d’âge. Sans surprise, les taux de tabagisme sont généralement plus bas chez les personnes âgées que chez les 15 à 54 ans. Dans les provinces où la fréquence du tabagisme est la plus faible chez les 55 ans et plus, l’écart entre les deux groupes d’âge a tendance à être

particulièrement important, tandis que dans les autres provinces (Terre-Neuve-et-Labrador, Québec, Alberta), il a tendance à être moins prononcé. Ces résultats pourraient donner à penser que dans certaines provinces, les programmes d’abandon du tabagisme sont plus efficaces.

De nombreux facteurs peuvent expliquer ces différences interprovinciales, notamment les différentes politiques régissant l’âge légal pour se procurer des produits du tabac. Les jeunes de 18 ans peuvent acheter des produits du tabac dans quatre provinces : le Québec, le Manitoba, la Saskatchewan et l’Alberta. Sans grande surprise, la fréquence du tabagisme chez les 15 à 54 ans est plus élevée dans ces provinces : 15,2 % (IC à 95 % : 12,7-17,7) dans ces quatre provinces réunies, contre 13,6 % (IC à 95 % : 11,7-15,5) dans les autres provinces (le chevauchement des intervalles de confiance indique toutefois que l’écart pourrait ne pas être statistiquement significatif). Fait étonnant, la même tendance est observée dans les groupes plus âgés : la prévalence du tabagisme dans les provinces où l’achat de produits du tabac est autorisé dès l’âge de 18 ans est de 14,0 % (IC à 95 % : 10,7-17,3), contre 8,2 % (IC à 95 % : 6,2-10,2) dans les autres provinces. Ici, les intervalles de confiance ne se recoupent pas, ce qui indique une différence statistiquement significative. Pour évaluer la fiabilité de ces résultats, les mêmes estimations ont été calculées à l’aide de l’ensemble de données de l’ECTAD pour 2013; les écarts observés allaient dans le même sens.

Figure 2. Fréquence du tabagisme, par province et par groupe d’âge



2.3 Alcool

L’ECTAD demande à tous les répondants la fréquence à laquelle ils ont consommé des boissons alcoolisées dans les 12 mois précédents. Comparativement aux Canadiens plus jeunes, ceux de 55 ans et plus sont plus susceptibles de ne pas boire du tout : 28,8 % (IC à 95 % : 26,3-31,3) contre 20,1 % (IC à 95 % : 18,5-21,7) pour les moins de 55 ans. Cependant, dans les réponses concernant la consommation d’alcool quotidienne ou quasi quotidienne, on observe la tendance inverse : 11,0 % (IC à 95 % : 9,1-12,9) des répondants de 55 ans et plus boivent chaque jour, contre seulement 4,0 % (IC à 95 % : 3,2-4,8) de ceux de 15 à 54 ans. La fréquence de la consommation quotidienne ou quasi quotidienne d’alcool culmine chez les personnes de 65 à 74 ans : elle y est près de trois fois plus élevée que chez les 15 à 54 ans.

Que contient un verre?

La méthodologie de l’ECTAD repose sur la définition d’un « verre standard », qui équivaut à 341 millilitres (ml) de bière ou de cidre, à 142 ml de vin ou à 43 ml de spiritueux (avec ou sans mélange).

Ces statistiques sur la consommation quotidienne d’alcool sont inquiétantes, car les *Directives de consommation d’alcool à faible risque du Canada* recommandent des jours sans alcool chaque semaine, dans une optique de prévention de la dépendance (Centre canadien sur les dépendances et l’usage de substances, 2017). En outre, un phénomène semblable à celui observé pour le tabagisme se profile : bien que la fréquence de la consommation d’alcool soit légèrement moins élevée chez les personnes âgées que dans la population générale, les problèmes connexes sont plus fréquents et plus graves.

2.3.1 Calage d’alcool

Autre habitude de consommation qui comporte des risques pour la santé : le calage d’alcool, défini comme la prise de cinq verres ou plus en une occasion chez les hommes, et de quatre verres ou plus chez les femmes. Dans l’ECTAD, tous les répondants ayant dit avoir bu dans l’année précédente se sont fait demander combien de fois ils avaient pris cinq verres ou plus en une occasion dans les 12 mois précédents. (Les fréquences présentées ici correspondent à la fréquence du calage d’alcool dans l’année précédente seulement chez les personnes disant avoir bu de l’alcool durant cette période.)

La prévalence totale estimée du calage d’alcool dans l’année précédente dans la population canadienne se chiffre à 44,7 %, et elle est plus élevée chez les hommes (52,0 %) que chez les femmes (37,7 %). La fréquence du calage d’alcool est moins élevée chez les personnes âgées que chez les 15 à 54 ans : parmi les répondants de 55 ans et plus, 27,5 % (IC à 95 % : 25,1-30,0) ont dit s’être adonnés à cette pratique dans l’année précédente, contre 54,0 % (IC à 95 % : 51,8-56,2) des répondants plus jeunes.

Comme le calage d’alcool suppose des habitudes hétérogènes de consommation, il ne peut pas être bien représenté par la fréquence de la consommation dans l’année précédente. L’ECTAD recueille donc des renseignements complémentaires sur la fréquence de cette pratique. Si elle survient tous les mois (ou plus souvent), elle est considérée comme particulièrement problématique. Chez les Canadiens âgés, la prévalence estimée du calage d’alcool mensuel (ou plus fréquent) est de 13,2 % (IC à 95 % : 11,3-15,0); bien que ce pourcentage soit certes inférieur à celui des 15 à 54 ans, il demeure assez élevé.

Une adaptation des directives de consommation d’alcool à faible risque a été créée pour la présente analyse; les données sur la consommation d’alcool dans la dernière semaine ont été utilisées, et la consommation hebdomadaire maximale globale (10 verres pour les femmes, et 15 pour les hommes) a été combinée à l’exigence d’un maximum de deux verres pour les femmes et de trois pour les hommes, quatre jours par semaine. D’après ce modèle, la prévalence de la consommation « à risque » chez les personnes âgées est de 10,2 % (IC à 95 % : 8,4-12,0).



Les taux de calage d'alcool dans l'ensemble des groupes d'âge ont augmenté au fil du temps. Selon une récente analyse de séries chronologiques, l'augmentation suit un rythme semblable chez les Canadiens âgés et dans les autres groupes d'âge (Bulloch, Williams, Lavorato et Patten, 2016).

2.3.2 Consommation problématique d'alcool

Le calage d'alcool est un grave problème de santé chez les Canadiens de 55 ans et plus. Dans ce groupe d'âge, il existe non seulement un lien entre cette habitude et certaines conséquences néfastes (comme un risque accru de chutes), mais le lien est encore plus étroit avec les troubles liés à l'usage d'alcool.

Dans la population canadienne générale et tous les groupes d'âge, l'abus d'alcool et la dépendance à l'alcool sont plus fréquents chez les hommes¹. La prévalence globale de l'abus d'alcool dans l'année précédente se chiffre à 2,2 % (IC à 95 % : 1,7-2,7); chez les hommes, elle est de 3,4 % (IC à 95 % : 2,6-4,2) et chez les femmes², de 1,1 % (IC à 95 % : 0,6-1,6)^M. La prévalence globale de la dépendance à l'alcool dans l'année précédente est de 0,9 % (IC à 95 % : 0,6-1,4)^M.

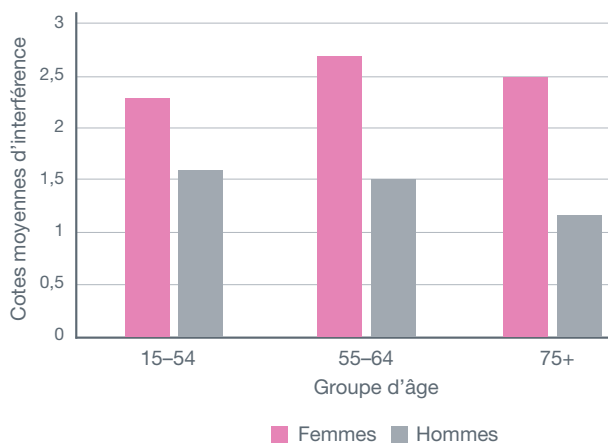
En raison de similitudes entre les habitudes associées à l'âge et au sexe, les deux catégories (abus et dépendance) sont regroupées ici sous l'appellation « troubles liés à l'usage d'alcool ».

Interférence de l'alcool dans la vie quotidienne

L'ESCC–SM demande aux répondants si leur consommation d'alcool a entraîné des problèmes sur les plans des responsabilités à la maison, de la fréquentation scolaire, de la capacité de travailler et d'établir et d'entretenir des liens étroits avec d'autres personnes et d'avoir une vie

sociale. Comme le montre la figure 3, Statistique Canada a mis au point une « cote d'intensité » de l'interférence représentant la valeur moyenne des cotes pertinentes pour chaque répondant.

Figure 3. Cotes moyennes d'interférence, par sexe et par groupe d'âge



Bien que les cotes d'interférence ne montrent pas les différences associées à l'âge ou au sexe qui sont évidentes dans les données sur la prévalence, notons que les femmes signalent une interférence plus élevée de l'alcool dans leur vie quotidienne. De plus, le degré moyen d'interférence ne diminue pas beaucoup avec l'âge. Cette constatation vient confirmer ce qui a souvent été observé dans ces sources de données : même si la prévalence des habitudes problématiques de consommation de substances a tendance à être moins élevée chez les personnes âgées (et particulièrement chez les femmes), leur gravité ou leurs répercussions ne sont pas nécessairement moins élevées comparativement aux groupes plus jeunes.

¹ L'ESCC–SM a été réalisée en 2012. Elle utilise donc les définitions de la quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, ou DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), et non celles du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Le DSM-IV emploie les termes « abus d'alcool » et « dépendance à l'alcool », tandis que le DSM-5 parle plutôt de troubles légers, moyens ou graves de l'usage d'une substance. Le terme « consommation problématique d'alcool », moins stigmatisant, est utilisé ailleurs dans ce rapport, mais dans ce chapitre, « abus d'alcool » est employé, étant donné qu'il s'agissait d'un diagnostic clinique distinct au moment de la collecte de données. La définition de « trouble léger de l'usage d'une substance » dans le DSM-5 correspond grosso modo à celle d'« abus d'alcool » dans le DSM-IV.

² Puisque l'ESCC–SM et l'ECTAD font appel à des échantillons aléatoires, il se pourrait que l'utilisation d'un autre échantillon aléatoire donne des résultats différents. Même si cette variabilité aléatoire est faible, il est possible qu'elle augmente lorsque des estimations sont faites pour des sous-groupes, comme celui des 55 ans et plus, ce qui veut dire qu'une perte de précision est possible. Statistique Canada propose des mesures de variabilité (appelées « coefficients de variation ») qui peuvent être utilisées pour quantifier la vulnérabilité d'une estimation aux erreurs aléatoires. Lorsqu'une estimation est accompagnée de la lettre M en exposant, cela indique que son interprétation doit être faite avec prudence en raison des coefficients de variation.



Lien entre calage d'alcool et troubles liés à l'usage d'alcool

L'ESCC–SM évalue aussi le calage d'alcool, mais elle définit simplement ce concept par la prise de cinq verres ou plus en une occasion (c.-à-d. que contrairement à l'ECTAD, elle n'utilise pas le seuil de quatre verres ou plus chez les femmes). Selon cette définition, la fréquence de cette pratique dans tous les groupes d'âge au Canada est de 20,9 %, ce qui est légèrement inférieur aux 22,1 % rapportés dans l'ECTAD. L'inclusion du calage d'alcool dans l'ESCC–SM rend possible un examen du lien avec les troubles liés à l'usage d'alcool dans différents groupes d'âge. Cette distinction est importante : par définition, les troubles liés à l'usage d'alcool font référence à des habitudes pathologiques (p. ex. perte de contrôle de la consommation) associées à une détresse importante, à un dysfonctionnement grave ou à un grand danger pour la santé (American Psychiatric Association, 2013).

Des questions sont souvent soulevées quant à la mesure dans laquelle le calage d'alcool est indicatif d'une psychopathologie. Par exemple, même si le calage d'alcool occasionnel est associé à certains risques (p. ex. violence, accidents), il n'est pas toujours indicateur d'un trouble lié à l'usage de substances. Dans le même ordre d'idées, seulement 7,6 % (IC à 95 % : 6,3-8,9) de l'échantillon total de l'ESCC–SM ayant fait état d'au moins un épisode de calage dans l'année précédente répond aux critères du trouble lié à l'usage d'alcool. Chez les personnes âgées, cette fréquence est encore moins élevée, avec 4,7 % (IC à 95 % : 2,0-7,2)^M.

Quoi qu'il en soit, le lien entre calage d'alcool et troubles liés à l'usage d'alcool est fort, peu importe l'âge. Chez les 15 à 24 ans, le rapport de cotes pondéré du lien entre les troubles liés à l'usage d'alcool et des épisodes au moins mensuels de calage se chiffre à 19,6. En d'autres mots, la probabilité qu'une personne s'adonnant au calage soit atteinte d'un trouble lié à l'usage d'alcool est près de 20 fois plus élevée que chez les personnes ne s'adonnant pas au calage. Ce lien s'intensifie même avec l'âge. Chez les 55 à 64 ans, le rapport de cotes est de 24,3 et chez les 65 ans et plus, de 64,3. Bref, le calage d'alcool diminue avec l'âge, mais pas la gravité des problèmes qui y sont associés.

2.4 Médicaments sur ordonnance

L'ECTAD traite de l'usage de trois catégories de médicaments sur ordonnance : les analgésiques, les stimulants et les sédatifs. La première concerne en particulier les opioïdes, le type de médicaments le plus problématique. Puisque certains opioïdes (p. ex. l'héroïne) ne sont pas disponibles sur ordonnance au Canada, ils ne sont abordés que dans la section « Autres drogues illicites ». Pour des raisons analogues, certains stimulants (p. ex. la cocaïne) sont aussi abordés dans cette section.

2.4.1 Analgésiques

Dans les questions de l'ECTAD portant sur la consommation d'analgésiques sur ordonnance, on fait explicitement référence à des produits contenant des opioïdes, comme la codéine, la morphine ou des médicaments apparentés (autres que le Tylenol^{MD}, l'Advil^{MD} ou l'aspirine ordinaires). Même si la plupart de ces produits nécessitent une ordonnance, certains produits contenant de la codéine sont accessibles en vente libre. La fréquence pondérée des répondants qui n'ont jamais pris d'analgésiques de ce type est de 42,6 % (IC à 95 % : 40,7-44,5). Parmi les personnes de 55 ans et plus, 43,9 % (IC à 95 % : 40,8-47,0) ont déjà pris des analgésiques, un pourcentage semblable à celui de 41,8 % (IC à 95 % : 39,8-43,8) observé chez les 15 à 54 ans. La fréquence de la consommation n'est pas particulièrement plus élevée chez les hommes (43,1 %) que chez les femmes (42,1 %).

Dans le contexte actuel de la crise des opioïdes et des changements réglementaires connexes, il est important d'évaluer l'exposition à vie aux préparations contenant de l'oxycodone. Par conséquent, l'ECTAD comporte des questions sur le recours à ces préparations dans l'année précédente. Dans la population générale, la fréquence de la consommation déclarée de préparations contenant de l'oxycodone est de 2,3 % (IC à 95 % : 1,7-2,9). Elle est presque identique chez les 15 à 54 ans (2,4 %; IC à 95 % : 1,7-3,0) et les 55 ans et plus (2,1 %; IC à 95 % : 1,2-2,9)^M, ainsi que chez les hommes (2,4 %) et les femmes (2,2 %).

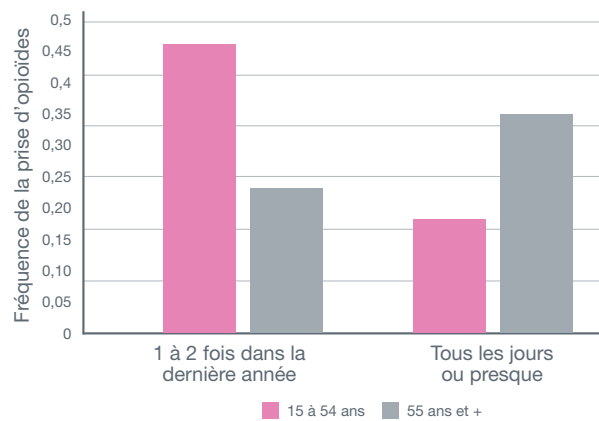
L'analyse de la fréquence de la prise d'opioïdes chez les consommateurs déclarés révèle une distribution bimodale (comme l'illustre la figure 4), avec des valeurs maximales aux deux extrémités de l'échelle : la consommation minimale (une



à deux fois dans l'année précédente), et la consommation quotidienne ou quasi quotidienne. Fait intéressant, la valeur modale (la plus fréquente) variait d'un groupe d'âge à l'autre. La consommation minimale est la plus fréquente chez les 15 à 54 ans, mais chez les 55 ans et plus, c'est la consommation quotidienne ou quasi quotidienne qui est la plus fréquente – même après exclusion du recours aux opioïdes après une intervention chirurgicale.

Pour mettre en contexte la fréquence très élevée de la consommation quotidienne ou quasi quotidienne (35,7 %; IC à 95 % : 25,1-46,4)^M d'opioïdes chez les personnes âgées, il est utile de tenir compte du fait que la prévalence globale de ces habitudes dans l'ensemble de la population âgée se chiffre seulement à 1,1 % (IC à 95 % : 0,6-1,5)^M.

Figure 4. Fréquence de la prise d'opioïdes (chez les consommateurs autodéclarés), par groupe d'âge



À noter que des catégories intermédiaires (p. ex. consommation mensuelle) font partie des dénominateurs des proportions signalées, mais qu'elles ne sont pas présentées de façon séparée en raison de grands coefficients de variation.

2.4.2 Sédatifs

Même si traditionnellement le terme « sédatif » fait référence aux benzodiazépines et aux « drogues Z » comme la zopiclone, il englobe maintenant de nombreux médicaments ayant des propriétés sédatives, y compris ceux conçus pour traiter l'insomnie, favoriser la détente ou relaxer les muscles. L'ECTAD comporte des questions sur le recours à divers sédatifs ou anxiolytiques et mentionne explicitement des produits qui peuvent être obtenus auprès d'un médecin, comme le diazépam, le lorazépam, l'alprazolam et le clonazépam.

Le mode de consommation de ces substances dans la population générale dans l'année précédente diffère de celui des autres catégories de médicaments : la prévalence de la consommation est plus élevée chez les femmes (13,5 %; IC à 95 % : 11,9-15,1) que chez les hommes (7,3 %; IC à 95 % : 6,0-8,6), et plus élevée chez les personnes âgées (14,6 %; IC à 95 % : 12,5-16,6) que chez les adultes plus jeunes (8,3 %; IC à 95 % : 7,1-9,5). La prévalence chez les femmes âgées est particulièrement élevée : 18,7 % (IC à 95 % : 15,6-21,8), soit environ deux fois plus que chez les hommes âgés (10,0 %; IC à 95 % : 7,2-12,8)^M. Environ la moitié des personnes âgées qui prennent des sédatifs le font de façon quotidienne ou quasi quotidienne, ce qui équivaut à 7,7 % de cette population (IC à 95 % : 6,1-9,2).

2.4.3 Stimulants

L'ECTAD recueille aussi des données sur l'usage de stimulants : on y trouve des questions sur des produits comme le Ritalin^{MD}, le Concerta^{MD}, l'Adderall^{MD} et le Dexedrine^{MD}, qui sont prescrits par des médecins pour des troubles de l'attention ou de la concentration.

Environ 1,1 % (IC à 95 % : 0,7-1,4)^M de la population canadienne a utilisé des stimulants dans l'année précédente. La fréquence d'utilisation est beaucoup plus élevée chez les jeunes; la plus élevée est enregistrée chez les 15 à 24 ans (4,5 %; IC à 95 % : 2,7-6,3)^M. Chez les personnes âgées, la fréquence d'utilisation est très faible, avec environ 0,2 %, ce qui est trop peu pour permettre une estimation suffisamment précise.

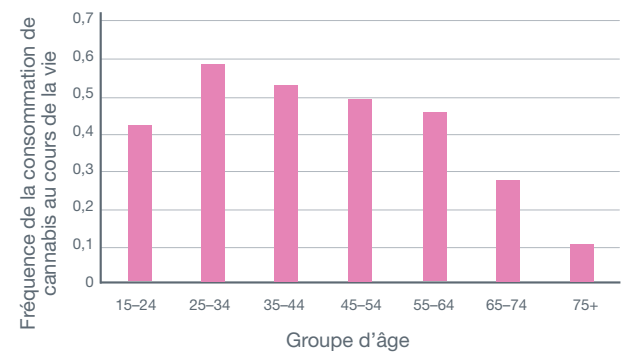
2.5 Cannabis

Des données épidémiologiques sur l'usage de cannabis sont disponibles dans l'ESCC–SM, qui évalue les troubles qui y sont associés (divisés en deux catégories : l'abus et la dépendance), et dans l'ECTAD, qui mesure la fréquence d'usage et la quantité consommée.

L'ECTAD comporte des questions sur la consommation de marijuana (plus précisément : marijuana, hachisch, huile de cannabis ou toute autre préparation faite à partir d'un plant de cannabis) au cours de la vie, à plus d'une reprise ainsi que dans les 12 mois précédents. Malgré la conviction répandue que la consommation de cannabis est omniprésente, seulement 44,5 % (IC à 95 % : 42,9-46,1) des répondants avaient déjà consommé du cannabis. Une faible majorité d'hommes ont dit en avoir déjà consommé (52,0 %; IC à 95 % : 49,4-54,5); chez les femmes, ce pourcentage se chiffrait à 37,2 % (IC à 95 % : 34,9-39,5). Environ le tiers des personnes âgées (32,6 %; IC à 95 % : 29,7-35,5) en avaient déjà pris, tandis que plus de la moitié des personnes de 15 à 54 ans (50,9 %; IC à 95 % : 48,8-53,0) ont indiqué en faire l'usage.

Comme le montre la figure 5, la tendance de la consommation de cannabis au cours de la vie évoque un effet de cohorte : les jeunes Canadiens sont plus susceptibles d'avoir été exposés à cette substance. S'il n'y avait aucun effet de cohorte (c.-à-d. si la probabilité de consommer du cannabis demeurerait stable au fil du temps), les répondants plus âgés signaleraient probablement des taux d'exposition au cours de la vie semblables à ceux des groupes plus jeunes. Or, il semblerait que les répondants nés avant 1980 sont moins susceptibles d'avoir été exposés au cannabis que ceux nés plus tard. Cet effet de cohorte pourrait annoncer une hausse des problèmes connexes chez les Canadiens âgés, à mesure que les cohortes de naissance récentes atteindront l'âge de 55 ans.

Figure 5. Consommation de cannabis au cours de la vie, par groupe d'âge



À noter que l'estimation présentée chez les 75 ans et plus devrait être interprétée avec prudence en raison d'un coefficient de variation marginal.

Parmi les répondants qui ont dit avoir déjà consommé du cannabis, 84,1 % l'ont fait à de nombreuses reprises; des fréquences semblables sont observées chez les hommes (86,4 %) et les femmes (81,1 %), ainsi que chez les 15 à 54 ans (85,8 %) et les 55 ans et plus (79,3 %). Environ le tiers (33,5 %) des usagers avaient consommé du cannabis dans l'année précédente, ce qui représente 12,1 % (IC à 95 % : 10,9-13,3) de la population générale. Dans l'ensemble, 14,7 % des hommes et 9,6 % des femmes avaient pris du cannabis dans l'année précédente. La fréquence de la consommation dans l'année précédente était plus élevée chez les 15 à 54 ans (16,8 %; IC à 95 % : 15,2-18,4) que chez les personnes âgées (3,5 %; IC à 95 % : 2,4-4,6).

Dans l'ECTAD, on demande aux répondants qui consomment du cannabis s'ils estiment le faire à des fins médicales. Même si les personnes âgées sont aux prises avec plus de problèmes (p. ex. douleur chronique) pour lesquels elles sont susceptibles d'utiliser du cannabis à des fins médicales, la fréquence autodéclarée de cette pratique n'est pas plus élevée dans ce groupe. Dans l'ensemble, seulement 7,7 % (IC à 95 % : 5,8-9,6) des répondants s'adonnaient à cette pratique. La fréquence était près de deux fois plus élevée chez les 15 à 54 ans (8,6 %; IC à 95 % : 6,8-10,3) que les 55 ans et plus (4,95 %; IC à 95 % : 2,5-7,4)^M.



2.5.1 Troubles liés à l'usage de cannabis

Les Canadiens âgés font un usage moins fréquent de cannabis, et leur prévalence de troubles liés à l'usage de cannabis est aussi moins élevée. Dans la population générale, la prévalence de ces troubles au cours de la vie (selon l'ESCC–SM) se chiffre à 6,8 % (IC à 95 % : 6,0-7,6) et elle est plus élevée chez les hommes (9,9 %) que chez les femmes (3,9 %). En outre, elle est plus élevée chez les 15 à 54 ans (8,9 %; IC à 95 % : 7,8-10,0) que chez les 55 ans et plus (2,6 %; IC à 95 % : 1,6-3,5)^M.

Étant donné que ces estimations concernent la prévalence au cours de la vie, l'effet apparent associé à l'âge pourrait encore être attribuable à un effet de cohorte. Ce qui ne signifie pas nécessairement que les problèmes diminuent avec l'âge, mais plutôt que les personnes actuellement atteintes d'un trouble lié à l'usage de cannabis ont tendance à être nées plus récemment. À mesure que ces personnes vieillissent, la prévalence de ces troubles chez les personnes âgées est donc susceptible d'augmenter. Il a été impossible d'estimer leur prévalence dans l'année précédente chez les personnes âgées; dans la population générale, elle se chiffre à 1,3 % (IC à 95 % : 0,9-1,7), ce qui est considérablement plus bas que la prévalence au cours de la vie, soit 6,8 %, ce qui donne à penser qu'une grande proportion des personnes parviennent à se rétablir d'un trouble lié à l'usage de cannabis.

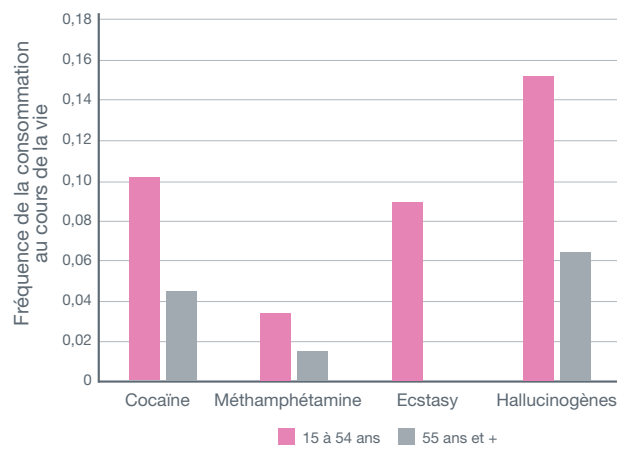
Autre explication possible de la diminution de la prévalence au cours de la vie plus le répondant est âgé : le biais de rappel. Si des personnes âgées qui ont pris du cannabis plus tôt dans leur vie l'ont oublié ou que, pour d'autres raisons, elles ne déclarent pas cette consommation, une baisse des estimations de la prévalence au cours de la vie est possible. La prévalence de la dépendance à l'alcool au cours de la vie a été évaluée afin de déterminer si un effet de cohorte se profilait aussi dans ce cas. Dans l'analyse, la prévalence de cette dépendance était plus élevée chez les 15 à 54 ans (3,4 %; IC à 95 % : 2,6-4,2) que chez les 55 ans et plus (2,2 %; IC à 95 % : 1,3-3,1), ce qui concorderait avec un biais de rappel. Cependant, la différence observée n'était pas aussi prononcée que dans le cas du cannabis.

2.6 Autres drogues illicites

Étant donné que les répondants sont souvent réticents à donner des renseignements sur des activités illicites, il peut être difficile, dans des enquêtes comme l'ECTAD et l'ESCC–SM, de recueillir des données exactes sur l'usage de substances illicites comme la cocaïne, l'ecstasy et la méthamphétamine.

Dans la plupart des cas, les fréquences de consommation récente (dans les 12 mois précédents) signalées dans l'ECTAD sont trop peu élevées pour que des estimations stratifiées selon l'âge soient produites; il est toutefois possible d'estimer la consommation au cours de la vie de plusieurs drogues et catégories de drogues. Comme le montre la figure 6, la fréquence de la consommation de nombreuses drogues illicites est plus faible chez les personnes âgées que chez les jeunes adultes. Cette tendance laisse supposer un effet de cohorte, qui annoncerait une augmentation potentielle de la consommation de drogues illicites dans les prochaines cohortes de personnes âgées.

Figure 6. Fréquence de la consommation de certaines drogues au cours de la vie, par groupe d'âge



À noter que l'estimation de la consommation de méthamphétamine chez les 55 ans et plus devrait être interprétée avec prudence en raison d'un coefficient de variation marginal. En ce qui concerne l'ecstasy, l'estimation pour ce groupe ne peut être présentée en raison d'un coefficient de variation très élevé.



L'ESCC–SM propose des estimations de la prévalence de l'abus de substances et de la dépendance à des substances autres que l'alcool et le cannabis. Ainsi définie, cette prévalence au cours de la vie se chiffre à 4,0 % (IC à 95 % : 3,3-4,7) dans la population canadienne générale. Sans surprise, elle est plus élevée chez les hommes (5,1 %) que chez les femmes (3,0 %). Elle est aussi plus élevée chez les 15 à 54 ans (4,9 %; IC à 95 % : 4,0-5,8) que chez les 55 ans et plus (2,1 %; IC à 95 % : 1,3-2,9), un phénomène compatible avec un effet de cohorte, mais pour lequel le biais de rappel constitue une autre explication possible.

2.7 Limites de l'analyse

Comme nous l'avons mentionné précédemment, cette analyse a été faite à partir de fichiers de microdonnées à grande diffusion (FMGD) de Statistique Canada. Il est difficile de déterminer les erreurs-types associées aux estimations issues de ces fichiers, car le recours à des coefficients de variation approximatifs est nécessaire. Une estimation plus précise de la variance serait possible avec les données des fichiers maîtres, qui permettraient la réalisation d'analyses plus approfondies, par exemple par le recours à des ajustements statistiques au moyen d'analyses multivariées.

L'analyse est également limitée en raison de son recours à un petit nombre de sources de données transversales recueillies seulement à quelques années d'intervalle. La mise en commun d'estimations provenant de plusieurs enquêtes différentes permettrait une évaluation des tendances au fil du temps. Par exemple, même si les faibles taux d'exposition au cours de la vie signalés par les personnes âgées indiquent un possible effet de cohorte, des estimations d'enquêtes transversales en série seraient nécessaires pour distinguer l'effet de l'âge de l'effet de cohorte (Keyes, Utz, Robinson et Li, 2010). Des données longitudinales assorties de mesures répétées contribueraient aussi à atténuer le problème potentiel du biais de rappel chez les personnes âgées.

Les sources de données disponibles comportaient aussi des limites inhérentes. Par exemple, l'ECTAD pose des questions sur les « sédatifs », un terme englobant bien plus que les benzodiazépines et correspondant à une catégorie non spécifique. Les sédatifs peuvent aussi comprendre des préparations en vente libre comme les antihistaminiques commercialisés pour leurs propriétés favorisant le sommeil, par exemple. Pendant des années, la fréquence de la consommation de benzodiazépines (et des « drogues Z » connexes) dans la population canadienne générale était d'environ 3 % (Kassam et Patten, 2006). Bien que cette fréquence semble avoir diminué dans les dernières années (Patten et coll., 2016), toute diminution de la consommation de benzodiazépines pourrait avoir été compensée par une augmentation du recours à des antipsychotiques sédatifs de deuxième génération durant la même période. Malheureusement, il a été impossible d'examiner cette question plus en profondeur, compte tenu des sources de données disponibles.

Enfin, il est difficile de faire des comparaisons avec des données internationales, puisque les rapports disponibles utilisent des catégories d'âge différentes. Par exemple, dans un rapport récent résumant les résultats de la National Survey on Drug Use and Health [enquête nationale sur la consommation de substances et la santé] (Bose et coll., 2016) aux États-Unis, la limite inférieure du groupe le plus âgé était de 26 ans. De même, les estimations visant les personnes âgées sont peu visibles dans le Rapport européen sur les drogues de 2016 (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2016). Par-dessus tout, tout cela indique que les personnes âgées sont parfois négligées dans les activités de surveillance.



2.8 Conclusion

L'usage de substances est un problème important chez les Canadiens âgés. Bien que sa prévalence soit généralement moins élevée dans ce groupe que chez les 15 à 54 ans, elle demeure relativement élevée. Fait à noter : les habitudes d'usage de substances sont souvent plus prononcées et plus problématiques dans cette population. Par exemple, les indicateurs de dépendance à la nicotine sont plus prévalents chez les personnes âgées qui fument. En outre, la consommation d'alcool quotidienne ou excédant les directives de consommation d'alcool à faible risque atteint un sommet chez les personnes de 55 ans et plus. Pour comprendre les effets de l'alcool sur le cerveau vieillissant (sujet examiné au chapitre 3) et les conséquences de la consommation de substances chez les personnes âgées (sujet examiné au chapitre 4), il importe de tenir compte de ces constatations.

Même si la consommation autodéclarée d'autres substances (comme le cannabis et la cocaïne) a tendance à être moins élevée chez les 55 ans et plus, nous pourrions nous trouver en présence d'un effet de cohorte. Comme les cohortes de Canadiens plus jeunes ont été davantage exposées à certaines substances, une augmentation de la prévalence de la consommation chez les personnes âgées pourrait être à prévoir dans les prochaines décennies, au fil du vieillissement de la cohorte suivante.

La question de l'effet de cohorte est particulièrement importante dans le contexte de la légalisation du cannabis. Et même si les données actuelles laissent entrevoir un tel effet, un effet de période serait aussi possible. Il s'agit d'un phénomène qui survient lorsqu'un événement (dans le cas qui nous occupe, la légalisation du cannabis) touche des personnes de tout âge; en revanche, l'effet de cohorte touche une seule génération et se déplace d'un groupe d'âge à l'autre au fil du temps.

Au Canada, nous avons la chance de pouvoir consulter des résultats d'enquêtes comme l'ECTAD et l'ESCC–SM, qui sont réalisées de façon régulière et dont les données ont servi à la présente analyse. Cependant, il faut savoir que ces enquêtes sont conçues à des fins de surveillance et que les données ne sont recueillies qu'au moyen de courtes entrevues téléphoniques ou en personne. En outre, elles ne sont pas axées sur les personnes âgées. L'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, une fois terminée, constituera une source de renseignements précieuse pour l'étude plus approfondie des causes et des conséquences de l'usage de substances chez les personnes âgées.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4^e éd.)*, Washington (DC), American Psychiatric Publishing, 2000.
- American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5^e éd.)*, Washington (DC), American Psychiatric Publishing, 2013.
- Bose, J., S.L. Hedden, R.N. Lipari, E. Park-Lee, J.D. Porter et M.R. Pemberton. *Key substance use and mental health indicators in the United States: results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health*, 2016. Consulté sur le site : www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FFR1-2015/NSDUH-FFR1-2015/NSDUH-FFR1-2015.htm
- Bulloch, A.G., J.V. Williams, D.H. Lavorato et S.B. Patten. « Trends in binge drinking in Canada from 1996 to 2013: a repeated cross-sectional analysis », *CMAJ Open*, vol. 4, n° 4 (2016), p. E599–E604. doi:10.9778/cmajo.20150124
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*, 2017. Consulté sur le site : www.ccdus.ca/Resource%20Library/2012-Canada-Low-Risk-Alcohol-Drinking-Guidelines-Brochure-fr.pdf
- Kassam, A. et S.B. Patten. « Hypnotic use in a population-based sample of over thirty-five thousand interviewed Canadians », *Population Health Metrics*, vol. 4 (2006), p. 15. doi:10.1186/1478-7954-4-15
- Keyes, K.M., R.L. Utz, W. Robinson et G. Li. « What is a cohort effect? Comparison of three statistical methods for modeling cohort effects in obesity prevalence in the United States, 1971-2006 », *Social Science & Medicine*, vol. 70, n° 7 (2010), p. 1100–1108. doi:10.1016/j.socscimed.2009.12.018
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *Rapport européen sur les drogues 2016*, 2016. Consulté sur le site : www.emcdda.europa.eu/edr2016

- Patten, S.B., J.V. Williams, D.H. Lavorato, J.L. Wang, K. McDonald et A.G. Bulloch. « Major depression in Canada: what has changed over the past 10 years? », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 61, n° 2 (2016), p. 80–85. doi:10.1177/0706743715625940
- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (ESCC)*, 2012. Consulté sur le site : www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015
- Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues*, 2016. Consulté sur le site : www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4440





CHAPITRE

03

Cerveau vieillissant et usage de substances

Dr Tarek Rajji

Chef, Service du neurodéveloppement chez l'adulte et de psychiatrie gériatrique, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Dr Simon Davies

Clinicien-chercheur, Service de psychiatrie gériatrique, Centre de toxicomanie et de santé mentale

SURVOL

- Le vieillissement est associé à des changements cognitifs et fonctionnels qui peuvent rendre le cerveau vulnérable aux effets de substances.
- Avec le vieillissement, le cerveau connaît des changements qui l'obligent à compenser le déclin fonctionnel ou la maladie. L'usage de substances peut compromettre ces modifications compensatoires et, par le fait même, rendre le cerveau plus vulnérable au déclin ou à la maladie.
- De nombreux systèmes de neurotransmetteurs changent avec l'âge, ce qui peut modifier l'effet d'une substance sur le cerveau et ainsi réduire la capacité d'adaptation aux effets physiologiques concomitants.
- Les changements associés à l'âge peuvent influencer sur l'absorption, la distribution, le métabolisme et l'excrétion des substances. Chez les personnes âgées, c'est le déclin des fonctions rénales et hépatiques qui a la plus forte incidence sur la capacité d'élimination de l'organisme.
- Les personnes âgées ont tendance à avoir plus de maladies physiques et à se faire prescrire plus de médicaments. Comme elles sont exposées à un plus grand nombre de combinaisons de médicaments et plus vulnérables aux effets indésirables associés à l'usage de substances, elles courent un risque accru d'interactions médicamenteuses potentiellement néfastes.
- Chez les personnes âgées, l'usage de substances crée un stress supplémentaire sur les systèmes vulnérables de l'organisme et réduit la capacité d'adaptation aux conséquences du processus de vieillissement.



Exemples d’interactions médicamenteuses chez les personnes âgées

Exemple 1 : Si une personne prend des stimulants (sur ordonnance ou illicite) ou de la méthadone – un opiacé – et qu’on lui prescrit aussi du citalopram pour traiter une dépression ou un trouble anxieux, elle sera exposée à deux substances qui allongent l’intervalle QT (une mesure du cycle électrique du cœur), situation associée à un risque accru d’arythmie cardiaque. Étant donné que l’activité métabolique de l’enzyme hépatique CYP2C19 diminue avec l’âge, on observe une augmentation progressive de la concentration plasmatique de citalopram, peu importe la dose prescrite. Il se pourrait qu’un autre facteur pharmacocinétique entre en jeu dans cette interaction pharmacodynamique.

Exemple 2 : L’agent antinauséeux Graval^{MD} (dimenhydrinate), qui a un potentiel de consommation problématique en raison des effets délirigènes qu’il procure, a des propriétés anticholinergiques puisqu’il s’agit d’un antagoniste des récepteurs muscariniques cholinergiques. Il peut donc avoir un effet négatif sur la cognition s’additionnant à la perte naturelle de fonction anticholinergique qui accompagne le vieillissement – surtout en présence d’autres médicaments ayant aussi des effets anticholinergiques. Il s’agit de médicaments souvent prescrits aux personnes âgées, entre autres les médicaments pris pour traiter l’incontinence (p. ex. tolterodine), plusieurs antipsychotiques (p. ex. olanzapine) et certains antidépresseurs d’anciennes générations (p. ex. imipramine, amitriptyline, paroxétine).

Exemple 3 : Les personnes âgées qui prennent des médicaments associés à l’hypotension orthostatique, comme les alpha-bloquants (p. ex. prazosine) et les antidépresseurs tricycliques, risquent davantage de subir des effets secondaires en raison de l’affaiblissement du réflexe des barorécepteurs associé à l’âge ainsi que de la défaillance progressive d’un mécanisme homéostatique. La prise d’opiacés comme la morphine peut aggraver ce problème, étant donné que certaines de ces substances sont aussi associées à l’hypotension orthostatique.

3.1 Introduction

À l’heure actuelle, plus de 600 millions de personnes dans le monde ont 65 ans ou plus, et on s’attend à ce que ce nombre fasse plus que doubler d’ici 2050 (He, Goodkind et Kowal, 2016). Il est donc essentiel d’en apprendre plus sur les modifications du cerveau causées par le processus de vieillissement pour mieux comprendre l’incidence que peuvent avoir des facteurs externes comme l’usage de substances sur la santé des personnes âgées.

3.2 Incidence du vieillissement sur le cerveau

3.2.1 Changements à la fonction cérébrale

Fonctions cognitives

Au fil du vieillissement des adultes en bonne santé, certaines fonctions cognitives déclinent graduellement, tandis que d’autres demeurent stables ou s’améliorent avec le temps. Par exemple, le vocabulaire et les aptitudes verbales ont tendance à demeurer stables jusqu’à la huitième décennie de vie (Hedden et Gabrieli, 2004; Wisdom,

Mignogna et Collins, 2012) et, selon certaines études, elles s’amélioreraient même avec l’âge (Park et Reuter-Lorenz, 2009; Singh-Manoux et coll., 2012). Toutefois, l’usage de substances peut altérer ces fonctions. En effet, selon des études s’intéressant à l’effet de substances sur le langage, l’alcool et les stimulants facilitent l’élocution (Higgins et Stitzer, 1988, 1989), alors que d’autres substances comme la kétamine nuisent au langage et peuvent entraîner une désorganisation de la pensée (Adler, Goldberg, Malholtra, Pickar et Breier, 1998; Adler et coll., 1999).

Contrairement au vocabulaire et aux aptitudes verbales, la rapidité de perception, le raisonnement et la mémoire ont tendance à diminuer avec l’âge, parfois dès l’âge de 20 ans (Hedden et Gabrieli, 2004; Wisdom et coll., 2012; Salthouse, 2010). Ces déclins peuvent avoir des conséquences importantes sur l’effet des substances sur la vitesse de traitement – processus cognitif fondamental qui influe sur le fonctionnement de presque tous les autres domaines. Par exemple, la consommation de cannabis est associée à une diminution de la vitesse de traitement, qui n’est toutefois pas observée durant la phase aiguë de consommation (Kelleher, Stough, Sergejew et Rolfe, 2004).

Attention et mémoire

Les processus complexes liés à l’attention comme l’attention sélective et l’attention partagée déclinent aussi avec l’âge (Carlson, Hasher, Connelly et Zacks, 1995; Salthouse, Fristoe, Lineweaver et Coon, 1995). L’attention sélective est essentielle pour se concentrer sur une tâche en présence de bruit ou d’autres facteurs de distraction; quant à l’attention partagée, elle permet de réaliser plusieurs tâches en même temps. Il a été démontré que des substances comme les amphétamines, la cocaïne et la nicotine améliorent l’attention à court terme (Mattay et coll., 1996; Del Olmo, Higuera-Matas, Miguens, Garcia-Lecumberri et Ambrosio, 2007; Kenney et Gould, 2008). Compte tenu de cet effet, on peut se demander si le processus de vieillissement rend les personnes âgées plus enclines à devenir physiquement dépendantes à ces substances en raison de leurs bienfaits pour la fonction cognitive. Ce ne sont toutefois pas toutes les substances qui ont le même effet; par exemple, l’exposition chronique à l’alcool, aux amphétamines et au cannabis est souvent associée à des déficits des formes complexes d’attention (Moriyama, Muramatsu, Kato, Mimura et Kashima, 2006; Dalley et coll., 2005; Pope, Gruber et Yurgelun-Todd, 2001).

Autre fonction cognitive qui décline avec l’âge : la mémoire de travail (Salthouse, Mitchell, Skovronek et Babcock, 1989), soit la capacité à emmagasiner et à traiter l’information à court terme (Baddeley, 1996). Il semble aussi que l’exposition chronique à l’alcool (Moriyama et coll., 2006) et à la nicotine (Kenney et Gould, 2008) aurait des effets négatifs sur la mémoire de travail.

La mémoire déclarative (c.-à-d. la capacité consciente de se souvenir de faits ou d’événements précis) se divise en deux catégories :

- La mémoire épisodique, soit la capacité de se souvenir d’événements précis survenus au cours de la vie;
- La mémoire sémantique, soit la capacité de se souvenir de faits et de connaissances assimilés au cours de la vie.

Bien que la mémoire épisodique et la mémoire sémantique connaissent un déclin graduel chez les personnes âgées, la deuxième se perd beaucoup plus tard (Ronnlund, Nyberg, Backman et Nilsson, 2005). La diminution des mémoires épisodique et sémantique peut être accentuée par toute substance altérant la mémoire déclarative (Blagrove et coll., 2011). La cocaïne et l’ecstasy, par exemple, nuisent à la capacité à emmagasiner les souvenirs et à se les remémorer (Tronson et Taylor, 2013).

Contrairement à la mémoire déclarative, la mémoire procédurale reste généralement stable au fil du vieillissement. Ce type de mémoire fait référence à l’exécution de certaines tâches (p. ex. faire de la bicyclette, boutonner une chemise) qui ne nécessitent aucun souvenir conscient et qui sont plutôt effectuées inconsciemment. Même si ces types de mémoire restent stables au fil du temps, des données portent à croire que des drogues comme la cocaïne et l’ecstasy auraient un effet négatif sur la mémoire procédurale (van Gorp et coll., 1999; Blagrove et coll., 2011). Leur consommation chronique pourrait nuire à la stabilité de la mémoire procédurale chez les personnes âgées plus tard dans leur vie.

Fonctions exécutives

Le vieillissement est aussi associé à un déclin des fonctions exécutives, qui englobent la pensée abstraite, la planification, l’alternance entre les tâches, le raisonnement, le contrôle des impulsions et la résolution de problèmes (Fuster, 2009). Ces déclins entraînent une rigidité cognitive chez les personnes âgées (Oosterman et coll., 2010) et contribuent à un déficit du raisonnement inductif (Singh-Manoux et coll., 2012). Plusieurs substances ont un effet négatif démontré sur les fonctions exécutives, notamment le cannabis, la cocaïne et les opioïdes (Pope et coll., 2001; Kelley, Yeager, Pepper et Beversdorf, 2005; Lyvers et Yakimoff, 2003), ce qui pourrait aggraver la situation.

3.2.2 Changements à la structure cérébrale

Parallèlement à la modification des fonctions cérébrales, le processus de vieillissement est aussi associé à des modifications structurelles dans le cerveau qui moduleraient les changements fonctionnels observés aux étapes ultérieures de la vie.



Matière grise

L'un des changements structurels les plus apparents est la diminution du volume de la matière grise dans le cerveau des personnes âgées. Même s'il se peut que la mort neuronale y contribue, cette perte est probablement due à une diminution de la densité synaptique (Terry et Katzman, 2001; Uttara, Singh, Zamboni et Mahajan, 2009). Dans un cerveau vieillissant en bonne santé, des pertes de matière grise sont observées tôt dans le cortex préfrontal (West, 1996); en revanche, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer affichent une diminution précoce de la matière grise dans le cortex entorhinal (Raz, 2000; Terry, 2000; Resnick, Pham, Kraut, Zonderman et Davatzikos, 2003; Raz, Rodrigue, Head, Kennedy et Acker, 2004).

La susceptibilité du cortex préfrontal aux changements structurels liés à l'âge entraîne des modifications du système frontostriatal, notamment une diminution de la neurotransmission dopaminergique, noradrénergique et sérotoninergique (Raz, 2000; Volkow et coll., 2000). Ces trois systèmes neurochimiques sont au cœur des mécanismes d'action de plusieurs substances utilisées à des fins médicales et récréatives. Chez les personnes âgées, l'usage de substances peut modifier ces systèmes de neurotransmetteurs et exacerber les changements structurels qui découlent du vieillissement. Par exemple, l'usage chronique de cannabis a été associé à une diminution bilatérale du volume des gyri du cortex orbitofrontal (c.-à-d. une diminution symétrique de la taille du cortex orbitofrontal; Filbey et coll., 2014). Dans une autre étude, une diminution du volume de la matière grise a été observée chez des femmes qui avaient déjà été dépendantes à des stimulants (cocaïne, amphétamines ou méthamphétamine), même si elles étaient en moyenne abstinentes depuis plus d'un an (Regner et coll., 2015).

Matière blanche

Le vieillissement n'est pas seulement associé à une diminution du volume de la matière grise : il est aussi lié à une altération de l'intégrité et de la connectivité de la matière blanche. Bien que des perturbations de la matière blanche se produisent dans presque toutes les régions corticales du cerveau vieillissant, elles sont plus importantes dans le cortex préfrontal et le corps calleux (Head et coll., 2004). Certaines des modifications de l'intégrité et de la connectivité de la matière blanche ont été associées à un déclin des fonctions exécutives lié à l'âge (O'Sullivan et coll., 2001). Par exemple, des diminutions de l'intégrité de la matière blanche ont été observées dans les structures

cérébrales associées à la formation de la mémoire, comme la région parahippocampique, et elles ont été associées à un déclin de la mémoire (Rogalski et coll., 2012). D'autres études ont permis d'observer des perturbations de l'intégrité de la matière blanche chez des personnes qui font usage de substances comme l'alcool, le cannabis et l'héroïne (Jacobus et coll., 2013; Liu et coll., 2008). Ces perturbations touchent le système frontolimbique du cerveau, celui-là même qui est vulnérable au vieillissement.

Que sont la matière grise et la matière blanche?

La matière grise est une composante cruciale du système nerveux central. Composée de corps cellulaires neuronaux et de synapses, elle est légèrement grisâtre, une couleur attribuable aux vaisseaux sanguins capillaires et aux corps cellulaires neuronaux.

Autre composante cruciale du système nerveux central, la matière blanche est principalement composée d'axones myélinisés. On l'appelle ainsi en raison de sa couleur claire, attribuable à la gaine de myéline, une substance grasse qui sert d'isolant et facilite la communication électrique entre les neurones.

3.2.3 Changements aux processus compensatoires

Même si le cerveau connaît plusieurs types de déclin au fil du vieillissement, on a montré que le cortex préfrontal joue un rôle compensatoire en réaction au déclin de la mémoire (Gutchess et coll., 2005; Davis, Dennis, Daselaar, Fleck et Cabeza, 2008; Rosano et coll., 2012). Chez un adulte en bonne santé, c'est l'axe frontostriatal, dont fait partie le lobe frontal, qui est touché par le processus normal de vieillissement; en présence d'états pathologiques comme la maladie d'Alzheimer, c'est l'axe temporo-pariétal qui est touché (Buckner, 2004; Head, Snyder, Gitron, Morris et Buckner, 2005; Fjell et coll., 2014). Les patients ayant un trouble cognitif léger – un état clinique qui précède habituellement la maladie d'Alzheimer – et dont le niveau de fonctionnement du cortex préfrontal est élevé continuent à obtenir de bons résultats en ce qui a trait à la mémoire épisodique. Ces bons résultats sont associés à l'épaisseur du cortex préfrontal plutôt qu'à celle du lobe



temporal (Chang et coll., 2010), ce qui semble indiquer que l'axe frontostriatal aurait des effets bénéfiques sur les tâches liées à la mémoire. En outre, le fonctionnement du cortex préfrontal chez les patients ayant un trouble cognitif léger est un indicateur de leur progression vers la maladie d'Alzheimer (Gomar et coll., 2011). Les patients atteints présentent des déficits de la circulation sanguine cérébrale dans les lobes temporal et pariétal durant les premiers stades de la maladie; plus tard, ces déficits ne touchent que le lobe frontal (Jagust, Budinger et Reed, 1987; Rapoport, 1991; Brown et coll., 1996; Jagust, Eberling, Reed, Mathis et Budinger, 1997).

Il existe aussi des données venant étayer le rôle du cortex préfrontal pour compenser les effets du vieillissement cognitif. Chez les personnes âgées en bonne santé, le cortex préfrontal affiche une hyperactivation d'un côté du cerveau (il y a donc perte de symétrie) en réponse à une tâche cognitive (Cabeza, 2002; Reuter-Lorenz et Cappell, 2008; Cappell, Gmeindl et Reuter-Lorenz, 2010; Schneider-Garces et coll., 2010; Tyler et coll., 2010).

L'entraînement cognitif chez les personnes âgées peut induire des changements structurels dans le lobe frontal augmentant les possibilités de compensation du déclin cognitif (Anguera et coll., 2013). La plasticité et l'adaptabilité du lobe frontal ont aussi été démontrées dans une étude où le cortex frontal de personnes âgées était stimulé électriquement de façon artificielle, et où cette stimulation a ramené l'activité cérébrale à un niveau habituellement observé chez des adultes plus jeunes (Meinzer, Lindenberg, Antonenko, Flaisch et Floel, 2013). Enfin, la capacité de compensation du cortex frontal est étayée par le fait qu'avec le vieillissement, on observe surtout des pertes de dendrites (mais pas de neurones) dans le lobe frontal (Bennett et coll., 2006).

La capacité de compensation du cortex préfrontal, et d'autres mécanismes de compensation, pourraient retarder l'apparition de la maladie d'Alzheimer chez les personnes très instruites, en dépit de l'ampleur de la neurodégénérescence qui se produit dans leur cerveau (Stern, 2002; Brickman et coll., 2008; Rentz et coll., 2010;





Jagust et Mormino, 2011; Brickman et coll., 2012; Stern, 2012). Si l'usage de substances aggrave le déclin du fonctionnement du cortex préfrontal, il est donc probable qu'il accélère aussi le déclin cognitif chez les personnes âgées ainsi que la progression de la maladie d'Alzheimer chez les personnes à risque élevé.

3.3 Incidence du vieillissement sur la pharmacodynamie

Le vieillissement est directement associé à des modifications pharmacodynamiques (actions des médicaments sur l'organisme) et pharmacocinétiques (actions de l'organisme sur les médicaments). Cependant, déterminer les conséquences de l'usage de substances chez les personnes âgées est un processus complexe, en grande partie attribuable à deux autres conséquences du vieillissement.

Premièrement, les personnes âgées peuvent avoir une capacité moindre à s'adapter au-delà des changements pharmacodynamiques et pharmacocinétiques normaux pour leur âge, qui font intervenir plusieurs organes et systèmes (Klotz, 2009). La diminution de la capacité d'adaptation au changement découle en partie du processus de vieillissement et en partie de la plus grande probabilité de maladie. Deuxièmement, les personnes âgées se font généralement prescrire plus de médicaments que les personnes plus jeunes, ce qui fait augmenter le risque d'interactions médicamenteuses néfastes (Davies, Eayrs, Pratt et Lennard, 2004; Kennerfalk, Ruigómez, Wallander, Wilhelmsen et Johansson, 2002; Pizzuti, Caffari, Binkin et Gruppo Argento, 2006). Aux États-Unis, par exemple, les personnes de plus de 65 ans représentent 13 % de la population, mais elles reçoivent environ le tiers de toutes les ordonnances de médicaments (Avorn, 1995).

3.3.1 Changements aux systèmes de neurotransmetteurs

Les changements pharmacodynamiques influent sur la relation entre la concentration de médicaments circulant dans l'organisme et les réponses comportementales qu'ils entraînent (Bowie et Slattum, 2007). La pharmacodynamie des médicaments peut être altérée par des modifications liées à l'âge du fonctionnement des systèmes de neurotransmetteurs, p. ex. le nombre de récepteurs disponibles et leur affinité pour les neurotransmetteurs (Singh et Bajorek, 2015; Bowie et Slattum, 2007). Les

changements pharmacodynamiques liés à l'âge peuvent aussi être modulés par des systèmes hormonaux et des mécanismes homéostatiques connexes. Ils touchent de nombreux systèmes de neurotransmetteurs, dont les neurotransmetteurs monoaminergiques (p. ex. dopamine, noradrénaline, sérotonine) et le système cholinergique (Rehman et Massoon, 2001).

Neurotransmetteurs monoaminergiques

Au fil du vieillissement, le système dopaminergique présente des changements prononcés, notamment dans la voie tubéro-infundibulaire, l'une des quatre grandes voies dopaminergiques dans le cerveau. Des déclinés liés à l'âge dans les récepteurs dopaminergiques D₂ ont aussi été signalés dans d'autres régions du cerveau, dont le noyau caudé, le putamen, la substance noire et le globus pallidus (Morgan, May et Finch, 1987). Étant donné que la neurotransmission dopaminergique dans ces régions contrôle le mouvement, le déclin lié à l'âge des récepteurs associés pourrait expliquer la sensibilité accrue des personnes âgées aux troubles du mouvement induits par l'usage de substances. Des troubles semblables sont courants en présence d'agents antipsychotiques traditionnels qui agissent spécifiquement sur le système dopaminergique.

D'importants changements liés à l'âge ont aussi été observés dans le système noradrénergique, et des données indiquent une diminution de la densité neuronale dans le locus coeruleus, principal lieu de synthèse de la noradrénaline dans le cerveau (De Kosky et Palmer, 1987).

Enfin, plusieurs études d'imagerie ont fait état de légères diminutions liées à l'âge de la disponibilité des récepteurs de la sérotonine, qui contribuent à la régulation de l'humeur et de l'anxiété. Les diminutions observées touchaient les récepteurs 5-HT_{1A} (Moller, Jakobsen et Gjedde, 2007) et 5-HT₂ (Adams et coll., 2004), bien que les ramifications de ces changements ne soient pas clairement établies.

Système cholinergique

Le vieillissement est associé à une diminution du taux d'acétylcholine ainsi que du nombre de récepteurs de l'acétylcholine dans le noyau caudé, le putamen, l'hippocampe et le cortex frontal (Rinne, 1987). En raison de ces changements, on observe une augmentation de la sensibilité aux anticholinergiques (p. ex. Benadryl^{MD}). Par conséquent, les substances ayant des propriétés

anticholinergiques sont plus susceptibles de causer des troubles évidents, p. ex. d'ordre cognitif, chez les personnes âgées.

Système GABA

De nombreux anxiolytiques (médicaments contre l'anxiété) et somnifères agissent sur le système acide gamma-aminobutyrique (GABA) en se liant au récepteur GABA-benzodiazépines. (Le GABA est le principal neurotransmetteur inhibiteur dans le cerveau; il réduit l'excitabilité neuronale dans tout le système nerveux.) Les benzodiazépines traditionnelles, comme le diazépam, l'alprazolam, le lorazépam et le clonazépam, produisent leurs effets anxiolytiques en activant le système GABA. Dans les années 1990, on a vu arriver sur le marché une nouvelle catégorie de « drogues Z » (p. ex. zopiclone, zaleplon, zolpidem), qui produisent un effet somnifère par l'activation du système GABA. Il existe aussi certains anxiolytiques non benzodiazépines, comme la prégabaline, la buspirone et l'hydroxyzine, qui traitent l'anxiété sans agir sur le système GABA. De même, des médicaments non apparentés aux benzodiazépines, comme les antihistaminiques et la trazodone, sont utilisés pour favoriser le sommeil sans agir sur le système GABA.

La prise de benzodiazépines peut être risquée chez les personnes âgées. Par exemple, celles qui en prennent sont environ 50 % plus susceptibles de se fracturer une hanche (Cumming et Le Couteur, 2003). À l'instar des benzodiazépines, l'alcool agit principalement sur le système GABA, mais aussi ailleurs, comme sur le système dopaminergique et les récepteurs N-méthyl D-aspartate (NMDA). Lorsqu'on étudie les interactions médicamenteuses et l'effet synergique des substances qui convergent vers le système GABA, il est important de ne pas oublier les mécanismes d'action communs de l'alcool et des benzodiazépines. Bon nombre des méfaits associés à l'usage de benzodiazépines sont aggravés en présence d'alcool, étant donné que ces deux substances ciblent les mêmes récepteurs et systèmes de neurotransmetteurs.

De nombreuses études ont montré que la sensibilité accrue à un médicament précis (comme les benzodiazépines) peut s'expliquer par la pharmacocinétique. Par exemple, Greenblatt et ses collaborateurs (1991) ont constaté un lien entre des degrés plus élevés de sédation et de défaillance du fonctionnement psychomoteur et de la mémoire, d'une part, et des concentrations plasmatiques de triazolam, qui

sont plus élevées chez les personnes âgées, d'autre part. Cependant, selon une minorité d'études, la sensibilité aux benzodiazépines pourrait augmenter indépendamment de facteurs pharmacocinétiques. Par exemple, une étude portant sur l'alprazolam a montré que la concentration du médicament demeurerait semblable chez les participants jeunes et âgés (Bertz et coll., 1997); cet effet pourrait s'expliquer par une différence de densité des récepteurs GABA-benzodiazépines plutôt que par des modifications de leur affinité pour la fixation.

Système opioïde

La majorité des analgésiques qui ont un potentiel de consommation problématique agissent sur le système opioïde. Bien qu'il existe peu d'information dans la littérature sur les modifications du fonctionnement de ce système liées à l'âge, comme des altérations de la sensibilité ou de la densité des récepteurs, les effets pharmacodynamiques chez les personnes âgées sont importants. Ces dernières prennent souvent des opioïdes sur ordonnance pour traiter la douleur. Même si le soulagement de la douleur est produit par l'activation des récepteurs opioïdes de type mu dans le système nerveux central, le recours aux opioïdes active inévitablement les récepteurs de type mu en périphérie. L'activation de ces récepteurs périphériques, comme ceux se trouvant dans le système gastro-intestinal, entraîne souvent des problèmes de constipation chez les personnes âgées, particulièrement à partir de l'âge de 80 ans (Chokhavatia, John, Bridgeman et Dixit, 2016).

Système cannabinoïde

Le tétrahydrocannabinol, principal composé psychoactif du cannabis, agit sur un système de récepteurs précis qui a une affinité pour les endocannabinoïdes naturels. En ce qui concerne les changements pharmacodynamiques liés à l'âge qui touchent le système endocannabinoïde – et les risques potentiels liés à l'usage de cannabis chez les personnes âgées –, les données sont rares, et d'autres études seront nécessaires. Cependant, les effets négatifs du cannabis sur la mémoire ont été étudiés chez des populations plus jeunes (Ranganathan et D'Souza, 2006). Ces résultats peuvent être extrapolés aux personnes âgées, qui présentent une plus grande vulnérabilité au déclin cognitif, ce qui donne à penser que cette population pourrait courir un risque relativement plus grand de connaître des troubles de mémoire en cas d'usage régulier de cannabis.



Système adénosine

La caféine, la principale substance stimulante dans le café, produit ses effets par antagonisme du récepteur de l'adénosine, ce qui entraîne la libération de monoamines et d'acétylcholine. Peu de données montrent des différences entre les adultes plus jeunes et les personnes âgées quant aux effets pharmacodynamiques de la caféine. Cependant, des différences ont été constatées chez les personnes âgées, comme une hausse plus forte de la tension artérielle induite par la caféine et une incidence accrue sur le métabolisme du calcium (Massey, 1998).

3.3.2 Changements au système neuroendocrinien

Chez les personnes âgées, de nombreux changements neuroendocriniens ont été décrits, dont une diminution de la testostérone, de l'aldostérone, de l'hormone de croissance, de la thyroïdostimuline, de l'ocytocine et de la mélatonine (Rehman et Massoon, 2001). À l'inverse, selon certains constats, la concentration sanguine de l'hormone lutéinisante, de l'hormone folliculostimulante et de l'hormone antidiurétique augmente chez les personnes âgées (Deslypere et Vermeulen, 1984).

3.3.3 Changements aux mécanismes homéostatiques

Les importants changements pharmacodynamiques observés chez les personnes âgées sont associés à des déclin des systèmes homéostatiques, qui aident à contrôler l'équilibre hydrique, la posture, les réponses circulatoires et la thermorégulation (Bigos, Bies et Pollock, 2013). La modification de ces systèmes peut nuire à la capacité d'adaptation aux effets physiologiques des médicaments. Par exemple, le vieillissement est associé à une diminution du réflexe des barorécepteurs, ce qui signifie que l'hypotension orthostatique (une baisse de la tension artérielle lors du passage de la position assise à la position debout) est plus susceptible de se produire lors de la prise de médicaments comme la prazosine et les antidépresseurs tricycliques. La prescription conjointe de diurétiques pourrait aussi aggraver l'hypotension orthostatique en raison d'une diminution du volume liquidien.

Autres exemples d'altérations des mécanismes homéostatiques : la diminution des réponses du système nerveux parasympathique périphérique (p. ex. le mode « repos-digestion »), qui dépendent des récepteurs de l'acétylcholine et des récepteurs cholinergiques

muscariniques, ainsi qu'un risque accru de syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique chez les personnes prenant des antidépresseurs sur ordonnance.

En général, la défaillance des mécanismes homéostatiques crée des vulnérabilités qui pourraient être aggravées par un traitement médicamenteux standard ou la consommation problématique de substances. Par exemple, le risque accru de chutes chez les personnes âgées est attribuable à de multiples facteurs, dont les troubles liés à la posture et les réactions orthostatiques. Des liens ont été établis avec l'usage de médicaments prescrits, notamment la plupart des psychotropes, dont les effets pourraient être exacerbés par la consommation problématique de substances comme les benzodiazépines et l'alcool.

3.4 Incidence du vieillissement sur la pharmacocinétique

À l'inverse de la pharmacodynamie, la pharmacocinétique décrit les actions de l'organisme sur les médicaments. Une fois dans la circulation sanguine (processus d'absorption), le médicament doit être acheminé au site d'action prévu et ailleurs (processus de distribution), puis être évacué de l'organisme (processus d'élimination et d'excrétion). Seule une minorité de médicaments sont excrétés par l'appareil rénal sans être modifiés. Cependant, ils sont pour la plupart d'abord convertis en composés polaires (processus métabolique) avant d'être excrétés sous forme de métabolites.

3.4.1 Absorption

Le vieillissement est associé à divers changements pharmacocinétiques. Certains concernent principalement le processus d'absorption, qui est soit amélioré, soit réduit. Par exemple, la réduction de la motilité gastrique et la diminution de la surface luminale disponible associées au vieillissement ont tendance à réduire le taux d'absorption des médicaments (Singh et Bajorek, 2015).

Certaines substances, comme la codéine, s'ionisent en milieu acide et sont normalement présentes dans l'estomac sous forme ionisée. La diminution de la sécrétion d'acide gastrique liée à l'âge est associée à une réduction de l'ionisation de la codéine, qui améliore la liposolubilité de la molécule et fait augmenter son absorption dans l'estomac. En outre, la réduction du métabolisme de premier passage – processus par lequel les médicaments

administrés par voie orale doivent être transformés dans le foie avant d'avoir un effet sur d'autres organes – signifie que certains médicaments, comme la morphine, ont une biodisponibilité plus élevée chez les personnes âgées. En revanche, selon plusieurs études, l'absorption de nombreux médicaments (comme le lorazépam) ne change pas avec l'âge chez des personnes en santé (Greenblatt et coll., 1991).

3.4.2 Distribution

L'augmentation de la masse grasse souvent observée chez les personnes âgées accroît le volume de distribution et pourrait du coup accroître la demi-vie des médicaments liposolubles (Klotz, Avant, Hoyumpa, Schenker et Wilkinson, 1975). De plus, la diminution du pourcentage d'eau dans la composition de l'organisme associée au vieillissement entraîne une hausse de la concentration sérique de substances comme l'éthanol et la morphine. Parmi les autres changements liés à l'âge, mentionnons une diminution de la sérum-albumine (la protéine la plus courante dans le plasma sanguin humain), qui fait augmenter la quantité de médicaments fortement liés aux protéines.

3.4.3 Métabolisme

La grande majorité des médicaments sur ordonnance et en vente libre doivent subir des transformations métaboliques avant d'être excrétés ou éliminés. Le métabolisme comprend deux phases : la modification de groupements fonctionnels, qui se produit habituellement dans le foie, où les enzymes du cytochrome P450 (CYP) catalysent des réactions comme l'oxydation ou la réduction; et l'ajout de groupements fonctionnels (p. ex. conjugaison avec le sulfate ou l'acide glucuronique). La première phase est plus sensible aux changements liés à l'âge. Par exemple, son efficacité est réduite en présence d'une maladie du foie ou d'une réduction du volume hépatique, situation souvent observée dans le vieillissement en santé, ce qui entraîne une augmentation de la concentration plasmatique de médicaments comme le diazépam et l'alprazolam.

Qu'est-ce que le cytochrome P450?

Le terme *cytochrome P450* (CYP) fait référence à une famille d'enzymes présentes dans le foie et d'autres sites (p. ex. intestin, cerveau) importantes dans le métabolisme de la plupart des médicaments. Les enzymes CYP2D6, CYP3A4, CYP1A2, CYP2C19, CYP2C9, CYP2B6 et CYP2E1 sont parmi celles qui interviennent le plus souvent dans le métabolisme des médicaments.

De nombreuses interactions médicamenteuses pharmacocinétiques sont dues à une réduction de la capacité d'au moins une enzyme CYP à métaboliser des médicaments en raison d'une inhibition (que ce soit par la présence d'un médicament en compétition pour le même mécanisme métabolique ou d'un médicament qui neutralise l'activité enzymatique) ou au métabolisme anormalement rapide des médicaments (présence d'un médicament qui induit l'activité enzymatique).

Pour en savoir plus, voir Davies et Nutt, 2007.

Selon de nombreuses études, l'activité de certaines enzymes hépatiques, p. ex. la CYP3A4 et la CYP2D6, est peu touchée en cas de vieillissement en santé. Cependant, puisque la vitesse du métabolisme lié à l'enzyme CYP3A4 dépend du débit sanguin hépatique, les observations selon lesquelles les benzodiazépines métabolisées par cette enzyme seraient éliminées plus lentement chez les personnes âgées pourraient être attribuables au déclin progressif de l'irrigation hépatique associé au vieillissement. Le fonctionnement de l'enzyme CYP2C19, importante pour le métabolisme du citalopram et de l'escitalopram, semble être vulnérable à une détérioration liée à l'âge (Jin et coll., 2010); l'âge avancé est associé à une diminution de la capacité à métaboliser ces deux médicaments.

Dans l'ensemble, l'effet des changements liés à l'âge sur le métabolisme produit par les CYP est beaucoup moins prononcé que l'effet de médicaments prescrits conjointement, qui peuvent avoir une forte incidence sur l'inhibition de l'activité d'une enzyme précise, ou que l'effet de polymorphismes génétiques connus, comme le génotype métaboliseur lent CYP2D6 (Kirchheiner et Seeringer, 2010).





Les personnes possédant ce génotype pourraient présenter des concentrations plasmatiques élevées des médicaments métabolisés par cette enzyme, à moins que d’autres voies métaboliques soient disponibles.

3.4.4 Excrétion et élimination

En ce qui concerne l’excrétion, il est probable que le fonctionnement du foie et des reins devienne sous-optimal avec l’âge. Autrement dit, le vieillissement est associé à une insuffisance hépatique ou rénale, ce qui ralentit le métabolisme et l’excrétion des médicaments. (Mentionnons également qu’une diminution du débit cardiaque, comme celle qui survient en cas d’insuffisance cardiaque, réduit le débit sanguin vers le foie et les reins, ralentissant par le fait même l’élimination des médicaments par ces deux voies.)

La détérioration de la fonction rénale est le changement pharmacocinétique directement associé au vieillissement le plus universel. Le débit de filtration glomérulaire, considéré comme le meilleur moyen de mesurer la fonction rénale et de déterminer le stade d’une néphropathie, ralentit graduellement chaque année après 40 ans (Wildiers, Highley, de Bruijn et van Oosterom, 2003). Cependant, environ le tiers des personnes âgées ne présentent aucune détérioration de leur fonction rénale jusqu’à l’âge de 89 ans (Lindeman, Tobin et Shock, 1985). La diminution de la fonction rénale est un problème particulièrement important dans le cas des médicaments excrétés uniquement par voie rénale, comme le carbonate de lithium, la gabapentine et la prégabaline. La posologie de ces médicaments pourrait devoir être ajustée en fonction de la gravité de l’insuffisance rénale.

La codéine et son métabolite actif, la morphine, sont principalement éliminés par les reins, ce qui rend problématique leur utilisation chez les patients souffrant d’insuffisance rénale. La morphine ne devrait pas être utilisée à long terme par les personnes atteintes d’insuffisance rénale modérée ou grave en raison du potentiel d’accumulation de métabolites. En ce qui concerne l’oxycodone, même si moins de 20 % de cette substance est excrétée par voie rénale, il pourrait être nécessaire de diminuer les doses en présence d’insuffisance rénale.



3.5 Incidence des changements pharmacocinétiques sur le métabolisme de médicaments ayant un potentiel de consommation problématique

3.5.1 Opioïdes

Plusieurs antidépresseurs fréquemment prescrits sont des inhibiteurs d’enzymes hépatiques qui jouent un rôle clé dans le métabolisme de médicaments ayant un potentiel de consommation problématique. La paroxétine et la fluoxétine, deux inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), la duloxétine, un inhibiteur sélectif du recaptage de la noradrénaline (ISRN), et le bupropion, un antidépresseur dopaminergique, sont tous des inhibiteurs relativement puissants de l’enzyme hépatique CYP2D6, qui métabolise la méthadone et l’hydrocodone (Flockhart, 2016). Si la méthadone ou l’hydrocodone sont utilisées en même temps que des ISRS, des ISRN ou des antidépresseurs dopaminergiques, leur métabolisme sera probablement ralenti, ce qui donnera lieu à une concentration plus élevée que prévu. Ce déficit métabolique est associé à un risque accru de toxicité et d’effets indésirables. Begre et ses collaborateurs (2002) ont décrit une interaction entre la méthadone et la paroxétine dans laquelle l’antidépresseur a causé une augmentation de la concentration plasmatique de méthadone.

Dans le cas de certains opioïdes, comme la codéine et le tramadol, la transformation en analgésique actif par la CYP2D6 (p. ex. codéine vers méthadone et tramadol vers O-déméthyltramadol) est essentielle à l’obtention des effets thérapeutiques prévus. Selon une étude récente, le nombre de chutes dans les 28 jours suivant le début de la prise de codéine ou de tramadol chez des personnes ayant aussi une ordonnance d’un inhibiteur de la CYP2D6 était moins élevé que chez un groupe contrôle (Möller, Laflamme et Söderberg Löfdal, 2015). Autrement dit, la présence d’un inhibiteur de la CYP2D6 dans ces circonstances a empêché la formation de l’analgésique actif, réduisant ainsi l’incidence des effets secondaires.

Plusieurs antidépresseurs inhibent l’enzyme hépatique CYP3A4, p. ex. la fluoxétine (par son métabolite actif à longue durée d’action, la norfluoxétine) et la fluvoxamine (Nemeroff, DeVane et Pollock, 1996). La CYP3A4 intervient dans le métabolisme d’un plus grand nombre de médicaments sur ordonnance que toute autre enzyme. En effet, le fentanyl, la méthadone, certaines benzodiazépines (dont l’alprazolam, le diazépam et le triazolam) et les « drogues Z » (zaleplon et zolpidem) sont tous métabolisés par cette enzyme. Des concentrations sanguines supérieures des médicaments ci-dessus sont à prévoir lorsqu’ils sont prescrits conjointement avec un antidépresseur inhibiteur de la CYP3A4, ce qui fait augmenter le risque d’effets indésirables.

L’analgésique tramadol revêt un intérêt particulier (Brown et Davies, 2016). Il s’agit d’un « promédicament », c.-à-d. que son effet analgésique dépend de sa conversion par la CYP2D6 en un métabolite actif, l’O-déméthyltramadol. En présence d’un inhibiteur de la CYP2D6 (comme la paroxétine, la fluoxétine ou la duloxétine), ou chez une personne dont le patrimoine génétique est associé à un faible métabolisme de cette enzyme, la conversion peut être bloquée, de sorte qu’une quantité faible ou nulle du métabolite est produite, et que seul un effet analgésique limité peut être obtenu. Dans ce cas, le métabolisme du tramadol doit se faire par d’autres voies, dont une qui dépend de la CYP3A4.

Parfois, ces autres voies sont elles aussi bloquées – p. ex. si une personne prend l’antibiotique érythromycine, il y aura inhibition de l’enzyme CYP3A4 –, ce qui signifie que le tramadol demeurerait présent à des concentrations supérieures plus longtemps. Attention toutefois : comme le tramadol a une certaine activité pro-sérotoninergique, plusieurs cas de syndrome sérotoninergique ont été signalés lors de la prise de tramadol en combinaison avec un antidépresseur sérotoninergique, comme la paroxétine ou la fluoxétine. Ce syndrome grave, caractérisé par l’instabilité du système nerveux autonome, une tachycardie, la diaphorèse et de l’agitation, peut être mortel.



3.5.2 Tabac

La cigarette est associée à un risque d'interactions médicamenteuses, étant donné qu'elle est un inducteur de l'enzyme hépatique CYP1A2. Plus précisément, elle provoque une augmentation de l'activité métabolique par la synthèse de plus grandes quantités de l'enzyme. L'effet des substances inhibitrices d'enzymes hépatiques précises sur d'autres substances peut être limité; cependant, si ces dernières peuvent être métabolisées par une autre enzyme, l'effet des inducteurs peut être plus important, en ce sens qu'une augmentation soudaine de la capacité de métabolisation peut entraîner une diminution marquée de la concentration des médicaments prescrits conjointement.

On pense que l'induction de la CYP1A2 découle non pas de la nicotine (Hukkanen, Jacob, Peng, Dempsey et Benowitz, 2012), mais plutôt des hydrocarbures aromatiques polycycliques libérés par la cigarette. Étant donné que plusieurs médicaments importants sont métabolisés par la CYP1A2 (notamment l'antipsychotique clozapine), l'initiation du tabagisme est associée à une accélération du métabolisme et, par conséquent, à une diminution de l'exposition à la clozapine, ce qui peut compromettre l'effet thérapeutique. Inversement, si une personne qui fume la cigarette et qui prend de la clozapine doit cesser de fumer (p. ex. lors de l'admission à un hôpital où la cigarette est interdite), la disparition de l'effet d'induction peut être associée à une augmentation de la concentration plasmatique de clozapine et à un risque accru d'effets secondaires et de toxicité.

Étant donné que la caféine est partiellement métabolisée par la CYP1A2, l'abandon du tabagisme peut, par le même mécanisme, se traduire par une exposition accrue à la caféine et à un risque accru de toxicité.

3.5.3 Cannabis

Les enzymes CYP3A4 et CYP2C9 métabolisent les tétrahydrocannabinols (Watanabe, Yamaori, Funahashi, Kimura et Yamamoto, 2008). Puisque l'activité de la CYP3A4 peut être induite par plusieurs psychotropes, dont la carbamazépine et le millepertuis (Flockhart, 2016), il est possible que des personnes qui prennent ces médicaments présentent une réponse à une exposition précise au cannabis qui sera inférieure à celle attendue en l'absence de l'inducteur. Cependant, les publications présentant des observations cliniques des interactions entre les enzymes CYP et le cannabis sont peu nombreuses.

3.5.4 Alcool

Les enzymes CYP ne jouent qu'un rôle mineur dans le métabolisme de certaines substances ayant un potentiel de consommation problématique. Par exemple, c'est l'alcool déshydrogénase qui est l'enzyme la plus importante dans le métabolisme de l'éthanol, et l'enzyme CYP2E1 n'intervient qu'en cas de consommation d'une grande quantité d'alcool. Même si nous ne savons pas avec certitude si l'activité de ces deux enzymes diminue avec l'âge en l'absence d'autres changements, les facteurs habituels liés à l'âge, soit la diminution de l'irrigation et du volume hépatiques, influent négativement sur l'élimination de l'alcool. Autre problème : l'alcool déshydrogénase, une enzyme présente dans la muqueuse gastrique, stimule le métabolisme de premier passage, qui réduit l'exposition des autres organes à l'alcool; toutefois, elle diminue de façon marquée avec le vieillissement. L'effet protecteur du métabolisme de premier passage s'en trouve donc réduit (Meier et Seitz, 2008).

3.6 Conclusion

Le vieillissement est associé à des modifications du fonctionnement des organes et à la défaillance des mécanismes compensatoires, tant dans le cerveau qu'en périphérie. Parfois, des changements pharmacodynamiques et pharmacocinétiques directement associés au vieillissement peuvent faire augmenter le risque d'interactions médicamenteuses néfastes ou de toxicité. Cependant, dans de nombreux cas, ces changements sont secondaires, le facteur le plus important étant l'augmentation du fardeau associé aux maladies physiques et à l'exposition à plusieurs médicaments sur ordonnance, de plus en plus courants chez les personnes âgées.

La consommation problématique de substances engendre un stress supplémentaire sur les systèmes vulnérables et limite la capacité à gérer les répercussions du processus de vieillissement. Par conséquent, le risque de méfaits et de conséquences associés à l'usage de substances peut augmenter chez les personnes âgées, un thème abordé dans le prochain chapitre.





Bibliographie

Adams, K.H., L.H. Pinborg, C. Svarer, S.G. Hasselbalch, S. Holm, S. Haugbol, ... et G.M. Knudsen. « A database of [(18)F]-altanserin binding to 5-HT(2A) receptors in normal volunteers: normative data and relationship to physiological and demographic variables », *Neuroimage*, vol. 21 (2004), p. 1105–1113.

Adler, C.M., T.E. Goldberg, A.K. Malhotra, D. Pickar et A. Breier. « Effects of ketamine on thought disorder, working memory, and semantic memory in healthy volunteers », *Biological Psychiatry*, vol. 43, n° 11 (1998), p. 811–816.

Adler, C.M., A.K. Malhotra, I. Elman, T. Goldberg, M. Egan, D. Pickar et A. Breier. « Comparison of ketamine-induced thought disorder in healthy volunteers and thought disorder in schizophrenia », *American Journal of Psychiatry*, vol. 156, n° 10 (1999), p. 1646–1649.

Anguera, J.A., J. Boccanfuso, J.L. Rintoul, O. Al-Hashimi, F. Faraji, J. Janowich, ... et A. Gazzaley. « Video game training enhances cognitive control in older adults », *Nature*, vol. 501, n° 7465 (2013), p. 97–101.

Avorn, J. « Medication use and the elderly: current status and opportunities », *Health Affairs*, vol. 14, n° 1 (1995), p. 276–286.

Baddeley, A. « The fractionation of working memory », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 93, n° 24 (1996), p. 13468–13472.

Begre, S., U. von Bardeleben, D. Ladewig, S. Jaquet-Rochat, L. Cosendai-Savary, K.P. Golay, ... et C.B. Eap. « Paroxetine increases steady-state concentrations of (R)-methadone in CYP2D6 extensive but not poor metabolizers », *Clinical Psychopharmacology*, vol. 22 (2002), p. 211–215.

Bennett, D.A., J.A. Schneider, Z. Arvanitakis, J.F. Kelly, N.T. Aggarwal, R.C. Shah et R.S. Wilson. « Neuropathology of older persons without cognitive impairment from two community-based studies », *Neurology*, vol. 66, n° 12 (2006), p. 1837–1844.

Bertz, R.J., P.D. Kroboth, F.J. Kroboth, I.J. Reynolds, F. Salek, C.E. Wright et R.B. Smith. « Alprazolam in young and elderly men: sensitivity and tolerance to psychomotor, sedative and memory effects », *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, vol. 281 (1997), p. 1317–1329.

Bigos, K.L., R.R. Bies et B.G. Pollock. « Pharmacokinetics and pharmacodynamics in late life ». Dans H. Lavretsky, M. Sajatovic et C.F. Reynolds (éd.), *Late-life mood disorders*, New York (NY), Oxford University Press, 2013, p. 655–674.

Blagrove, M., J. Seddon, S. George, A.C. Parrott, R. Stickgold, M.P. Walker, ... et M.J. Morgan. « Procedural and declarative memory task performance, and the memory consolidation function of sleep, in recent and abstinent ecstasy/MDMA users », *Journal of Psychopharmacology*, vol. 25, n° 4 (2011), p. 465–477.

Bowie, M.W. et P.W. Slattum. « Pharmacodynamics in older adults: a review », *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, vol. 5, n° 3 (2007), p. 263–303.

Brickman, A.M., L.S. Honig, N. Scarmeas, O. Tatarina, L. Sanders, M.S. Albert, ... et Y. Stern. « Measuring cerebral atrophy and white matter hyperintensity burden to predict the rate of cognitive decline in Alzheimer disease », *Archives of Neurology*, vol. 65, n° 9 (2008), p. 1202–1208.

Brickman, A.M., I.B. Meier, M.E. Korgaonkar, F.E. Provenzano, S.M. Grieve, K.L. Siedlecki, ... et M.E. Zimmerman. « Testing the white matter retrogenesis hypothesis of cognitive aging », *Neurobiology of Aging*, vol. 33, n° 8 (2012), p. 1699–1715.

Brown, D.R., R. Hunter, D.J. Wyper, J. Patterson, R.C. Kelly, D. Montaldi et J. McCulloch. « Longitudinal changes in cognitive function and regional cerebral function in Alzheimer's disease: a SPECT blood flow study », *Journal of Psychiatric Research*, vol. 30, n° 2 (1996), p. 109–126.

Brown, E. et S.J. Davies. « Potential for drug–drug interactions with adjunctive tramadol use in treatment of obsessive-compulsive disorder », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 61, n° 5 (2016), p. 305–306.

Buckner, R.L. « Memory and executive function in aging and AD: multiple factors that cause decline and reserve factors that compensate », *Neuron*, vol. 44, n° 1 (2004), p. 195–208.

Cabeza, R. « Hemispheric asymmetry reduction in older adults: the HAROLD model », *Psychology and Aging*, vol. 17, n° 1 (2002), p. 85–100.

Cappell, K.A., L. Gmeindl et P.A. Reuter-Lorenz. « Age differences in prefrontal recruitment during verbal working memory maintenance depend on memory load », *Cortex*, vol. 46, n° 4 (2010), p. 462–473.

Carlson, M.C., L. Hasher, S.L. Connelly et R.T. Zacks. « Aging, distraction, and the benefits of predictable location », *Psychology and Aging*, vol. 10, n° 3 (1995), p. 427–436.

Chang, Y.L., M.W. Jacobson, C. Fennema-Notestine, D.J. Hagler, R.G. Jennings, A.M. Dale, ... et Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. « Level of executive function influences verbal memory in amnesic mild cognitive impairment and predicts prefrontal and posterior cingulate thickness », *Cerebral Cortex*, vol. 20, n° 6 (2010), p. 1305–1313.

Chokhavatia, S., E.S. John, M.B. Bridgeman et D. Dixit. « Constipation in elderly patients with noncancer pain: focus on opioid-induced constipation », *Drugs & Aging*, vol. 33, n° 8 (2016), p. 557–574.

Cumming, R.G. et D.G. Le Couteur. « Benzodiazepines and risk of hip fractures in older people: a review of the evidence », *CNS Drugs*, vol. 17 (2003), p. 825–837.

Dalley, J.W., D.E. Theobald, D. Berry, J.A. Milstein, K. Laane, B.J. Everitt et T.W. Robbins. « Cognitive sequelae of intravenous amphetamine self-administration in rats: Evidence for selective effects on attentional performance », *Neuropsychopharmacology*, vol. 30, n° 3 (2005), p. 525–537.

Davies, S.J., S. Eayrs, P. Pratt et M.S. Lennard. « Potential for drug interactions involving cytochromes P450 2D6 and 3A4 on general adult psychiatric and functional elderly psychiatric wards », *British Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 57, n° 4 (2004), p. 464–472.

Davies, S.J. et D.J. Nutt. « Pharmacokinetics for psychiatrists », *Psychiatry*, vol. 3, n° 7 (2007), p. 5–9.

Davis, S.W., N.A. Dennis, S.M. Daselaar, M.S. Fleck et R. Cabeza. « Que PASA? The posterior-anterior shift in aging », *Cerebral Cortex*, vol. 18, n° 5 (2008), p. 1201–1209.

De Kosky, S.T. et A.M. Palmer. « Neurochemistry of ageing ». Dans A.L. Albert et J.E. Knoefel (éd.), *Clinical neurology of ageing*, New York (NY), Oxford University Press, 1994, p. 79–101.

Del Olmo, N., A. Higuera-Matas, M. Miguens, C. Garcia-Lecumberri et E. Ambrosio. « Cocaine self-administration improves performance in a highly demanding water maze task », *Psychopharmacology*, vol. 195, n° 1 (2007), p. 19–25.

Deslypere, J.P. et A. Vermeulen. « Leydig cell function in normal men: effect of age, life-style, residence, diet, and activity », *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, vol. 59, n° 5 (1984), p. 955–962.

Filbey, F.M., S. Aslan, V.D. Calhoun, J.S. Spence, E. Damaraju, A. Caprihan et J. Segall. « Long-term effects of marijuana use on the brain », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 111, n° 47 (2014), p. 16913–16918.

Fjell, A.M., L. McEvoy, D. Holland, A.M. Dale, K.B. Walhovd et Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. « What is normal in normal aging? Effects of aging, amyloid and Alzheimer's disease on the cerebral cortex and the hippocampus », *Progress in Neurobiology*, vol. 117 (2014), p. 20–40.

Flockhart, D. *Flockhart Table: P450 drug interaction table*, 2016. Consulté sur le site : medicine.iupui.edu/clinpharm/ddis/main-table

Fuster, J.M. « Cortex and memory: emergence of a new paradigm », *Journal of Cognitive Neuroscience*, vol. 21, n° 11 (2009), p. 2047–2072.

Gomar, J.J., M.T. Bobes-Bascaran, C. Conejero-Goldberg, P. Davies, T.E. Goldberg et Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. « Utility of combinations of biomarkers, cognitive markers, and risk factors to predict conversion from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease in patients in the Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative », *Archives of General Psychiatry*, vol. 68, n° 9 (2011), p. 961–969.

Greenblatt, D.J., J.S. Harmatz, L. Shapiro, N. Engelhardt, T.A. Gouthro et R.I. Shader. « Sensitivity to triazolam in the elderly », *New England Journal of Medicine*, vol. 324, n° 24 (1991), p. 1691–1698.





Gutchess, A.H., R.C. Welsh, T. Hedden, A. Bangert, M. Minear, L.L. Liu et D.C. Park. « Aging and the neural correlates of successful picture encoding: frontal activations compensate for decreased medial-temporal activity », *Journal of Cognitive Neuroscience*, vol. 17, n° 1 (2005), p. 84–96.

He, W., D. Goodkind et P. Kowal. *An aging world: 2015 (International Population Reports P95/16-1)*, Washington (DC), United States Census Bureau, 2016.

Head, D., R.L. Buckner, J.S. Shimony, L.E. Williams, E. Akbudak, T.E. Conturo, ... et A.Z. Snyder. « Differential vulnerability of anterior white matter in nondemented aging with minimal acceleration in dementia of the Alzheimer type: evidence from diffusion tensor imaging », *Cerebral Cortex*, vol. 14, n° 4 (2004), p. 410–423.

Head, D., A.Z. Snyder, L.E. Girton, J.C. Morris et R.L. Buckner. « Frontal-hippocampal double dissociation between normal aging and Alzheimer's disease », *Cerebral Cortex*, vol. 15, n° 6 (2005), p. 732–739.

Hedden, T. et J.D. Gabrieli. « Insights into the ageing mind: a view from cognitive neuroscience », *Nature Reviews Neuroscience*, vol. 5, n° 2 (2004), p. 87–96.

Higgins, S.T. et M.L. Stitzer. « Effects of alcohol on speaking in isolated humans », *Psychopharmacology*, vol. 95, n° 2 (1988), p. 189–194.

Higgins, S.T. et M.L. Stitzer. « Monologue speech: effects of d-amphetamine, secobarbital and diazepam », *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, vol. 34, n° 3 (1989), p. 609–618.

Hukkanen, J., P. Jacob, M. Peng, D. Dempsey et N.L. Benowitz. « Effect of nicotine on cytochrome P450 1A2 activity », *British Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 72, n° 5 (2011), p. 836–838.

Jacobus, J., R.E. Thayer, R.S. Trim, S. Bava, L.R. Frank et S.F. Tapert. « White matter integrity, substance use, and risk taking in adolescence », *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 27, n° 2 (2013), p. 431–442.

Jagust, W.J., T.F. Budinger et B.R. Reed. « The diagnosis of dementia with single photon-emission computed-tomography », *Archives of Neurology*, vol. 44, n° 3 (1987), p. 258–262.

Jagust, W.J., J.L. Eberling, B.R. Reed, C.A. Mathis et T.F. Budinger. « Clinical studies of cerebral blood flow in Alzheimer's disease », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 826 (1997), p. 254–262.

Jagust, W.J. et E.C. Mormino. « Lifespan brain activity, beta-amyloid, and Alzheimer's disease », *Trends in Cognitive Sciences*, vol. 15, n° 11 (2011), p. 520–526.

Jin, Y., B.G. Pollock, E. Frank, G.B. Cassano, P. Rucci, D.J. Muller, ... et R.R. Bies. « Effect of age, weight, and CYP2C19 genotype on escitalopram exposure », *Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 50, n° 1 (2010), p. 62–72.

Kelleher, L.M., C. Stough, A.A. Sergejew et T. Rolfe. « The effects of cannabis on information-processing speed », *Addictive Behaviors*, vol. 29, n° 6 (2004), p. 1213–1219.

Kelley, B.J., K.R. Yeager, T.H. Pepper et D.Q. Beversdorf. « Cognitive impairment in acute cocaine withdrawal », *Cognitive and Behavioral Neurology*, vol. 18, n° 2 (2005), p. 108–112.

Kennerfalk, A., A. Ruigómez, M.A. Wallander, L. Wilhelmsen et S. Johansson. « Geriatric drug therapy and healthcare utilization in the United Kingdom », *Annals of Pharmacotherapy*, vol. 36 (2002), p. 797–780.

Kenney, J.W. et T.J. Gould. « Modulation of hippocampus-dependent learning and synaptic plasticity by nicotine », *Molecular Neurobiology*, vol. 38, n° 1 (2008), p. 101–121.

Kirchheiner, J. et A. Seeringer. « Clinical implications of pharmacogenetics of cytochrome P450 drug metabolizing enzymes », *Biochimica et Biophysica Acta*, vol. 1770, n° 3 (2007), p. 489–494.

Klotz, U. « Pharmacokinetics and drug metabolism in the elderly », *Drug Metabolism Reviews*, vol. 41 (2009), p. 67–76.

Klotz, U., G.R. Avant, A. Hoyumpa, S. Schenker et G.R. Wilkinson. « The effects of age and liver disease on the disposition and elimination of diazepam in adult man », *Journal of Clinical Investigation*, vol. 55 (1975), p. 347–359.

Lindeman, R., J. Tobin et N. Shock. « Longitudinal studies on the rate of decline in renal function with age », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 33, n° 4 (1985), p. 278–285.

Liu, H.H., L. Li, Y.H. Hao, D. Cao, L. Xu, R. Rohrbaugh, ... et Z.N. Liu. « Disrupted white matter integrity in heroin dependence: a controlled study utilizing diffusion tensor imaging », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 34, n° 5 (2008), p. 562–575.

Lyvers, M. et M. Yakimoff. « Neuropsychological correlates of opioid dependence and withdrawal », *Addictive Behaviors*, vol. 28, n° 3 (2003), p. 605–611.

Massey, L.K. « Caffeine and the elderly », *Drugs & Aging*, vol. 13, n° 1 (1998), p. 43–50.

Mattay, V.S., K.F. Berman, J.L. Ostrem, G. Esposito, J.D. VanHorn, L.B. Bigelow et D.R. Weinberger. « Dextroamphetamine enhances “neural network-specific” physiological signals: a positron-emission tomography rCBF study », *Journal of Neuroscience*, vol. 16, n° 15 (1996), p. 4816–4822.

Meier, P. et H.K. Seitz. « Age, alcohol metabolism and liver disease », *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, vol. 11 (2008), p. 21–26

Meinzer, M., R. Lindenberg, D. Antonenko, T. Flaisch et A. Floel. « Anodal transcranial direct current stimulation temporarily reverses age-associated cognitive decline and functional brain activity changes », *Journal of Neuroscience*, vol. 33, n° 30 (2013), p. 12470–12478.

Möller, J., L. Laflamme et K. Söderberg Löfdal. « CYP2D6-inhibiting drugs and the increased risk of fall-related injuries due to newly initiated opioid treatment: a Swedish, register-based case-crossover study », *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, vol. 116, n° 2 (2015), p. 134–139.

Moller, M., S. Jakobsen et A. Gjedde. « Parametric and regional maps of free serotonin 5HT1A receptor sites in human brain as function of age in healthy humans », *Neuropsychopharmacology*, vol. 32, n° 8 (2007), p. 1707–1714.

Morgan, D.G., P.C. May et C.E. Finch. « Dopamine and serotonin systems in human and rodent brain: effects of age and neurodegenerative disease », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 35 (1987), p. 334–345.

Moriyama, Y., T. Muramatsu, M. Kato, M. Mimura et H. Kashima. « Family history of alcoholism and cognitive recovery in subacute withdrawal », *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, vol. 60, n° 1 (2006), p. 85–89.

Nemeroff, C.B., C.L. DeVane et B.G. Pollock. « Newer antidepressants and the cytochrome P450 system », *American Journal of Psychiatry*, vol. 153, n° 3 (1996), p. 311–320.

O'Sullivan, M., D.K. Jones, P.E. Summers, R.G. Morris, S.C. Williams et H.S. Markus. « Evidence for cortical “disconnection” as a mechanism of age-related cognitive decline », *Neurology*, vol. 57, n° 4 (2001), p. 632–638.

Oosterman, J.M., R.L. Vogels, B. van Harten, A.A. Gouw, A. Poggesi, P. Scheltens, ... et E.J. Scherder. « Assessing mental flexibility: neuroanatomical and neuropsychological correlates of the Trail Making Test in elderly people », *Clinical Neuropsychologist*, vol. 24, n° 2 (2010), p. 203–219.

Park, D.C. et P. Reuter-Lorenz. « The adaptive brain: aging and neurocognitive scaffolding », *Annual Review of Psychology*, vol. 60 (2009), p. 173–196.

Pizzuti, R., B. Caffari, N. Binkin et Gruppo Argento. « Prescription drugs and the elderly: results of the Argento study » [article en italien], *Igiene e Sanita Pubblica*, vol. 62 (2006), p. 11–26.

Pope, H.G., A.J. Gruber et D. Yurgelun-Todd. « Residual neuropsychologic effects of cannabis », *Current Psychiatry Reports*, vol. 3, n° 6 (2001), p. 507–512.

Ranganathan, M. et D.C. D'Souza. « The acute effects of cannabinoids on memory in humans: a review », *Psychopharmacology*, vol. 188, n° 4 (2006), p. 425–444.



- Rapoport, S.I. « Positron emission tomography in Alzheimer's disease in relation to disease pathogenesis: a critical review », *Cerebrovascular and Brain Metabolism Reviews*, vol. 3, n° 4 (1991), p. 297–335.
- Raz, N. « Aging of the brain and its impact on cognitive performance: integration of structural and functional findings ». Dans F.I. Craik et T.A. Salthouse (éd.), *The handbook of aging and cognition*, Mahwah (NJ), Lawrence Erlbaum Associates, 2000, p. 1–90.
- Raz, N., K.M. Rodrigue, D. Head, K.M. Kennedy et J.D. Acker. « Differential aging of the medial temporal lobe: a study of a five-year change », *Neurology*, vol. 62, n° 3 (2004), p. 433–438.
- Regner, M.F., M. Dalwani, D. Yamamoto, R.I. Perry, J.T. Sakai, J.M. Honce et J. Tanabe. « Sex differences in gray matter changes and brain-behavior relationships in patients with stimulant dependence », *Radiology*, vol. 277, n° 3 (2015), p. 801–812.
- Rehman, H.U. et E.A. Masson. « Neuroendocrinology of ageing », *Age and Ageing*, vol. 30, n° 4 (2001), p. 279–287.
- Rentz, D.M., J.J. Locascio, J.A. Becker, E.K. Moran, E. Eng, R.L. Buckner, ... et K.A. Johnson. « Cognition, reserve, and amyloid deposition in normal aging », *Annals of Neurology*, vol. 67, n° 3 (2010), p. 353–364.
- Resnick, S.M., D.L. Pham, M.A. Kraut, A.B. Zonderman et C. Davatzikos. « Longitudinal magnetic resonance imaging studies of older adults: a shrinking brain », *Journal of Neuroscience*, vol. 23, n° 8 (2003), p. 3295–3301.
- Reuter-Lorenz, P.A. et K.A. Cappell. « Neurocognitive aging and the compensation hypothesis », *Current Directions in Psychological Science*, vol. 17, n° 3 (2008), p. 177–182.
- Rinne, J.O. « Muscarinic and dopaminergic receptors in ageing human brain », *Brain Research*, vol. 404 (1987), p. 161–168.
- Rogalski, E., G.T. Stebbins, C.A. Barnes, C.M. Murphy, T.R. Stoub, S. George, ... et L. de Toledo-Morrell. « Age-related changes in parahippocampal white matter integrity: a diffusion tensor imaging study », *Neuropsychologia*, vol. 50, n° 8 (2012), p. 1759–1765.
- Ronnlund, M., L. Nyberg, L. Backman et L.G. Nilsson. « Stability, growth, and decline in adult life span development of declarative memory: cross-sectional and longitudinal data from a population-based study », *Psychology and Aging*, vol. 20, n° 1 (2005), p. 3–18.
- Rosano, C., H.J. Aizenstein, A.B. Newman, V. Venkatraman, T. Harris, J.Z. Ding, ... et Health ABC Study. « Neuroimaging differences between older adults with maintained versus declining cognition over a 10-year period », *Neuroimage*, vol. 62, n° 1 (2012), p. 307–313.
- Salthouse, T.A. « Selective review of cognitive aging », *Journal of the International Neuropsychological Society*, vol. 16, n° 5 (2010), p. 754–760.
- Salthouse, T.A., N.M. Fristoe, T.T. Lineweaver et V.E. Coon. « Aging of attention: does the ability to divide decline? », *Memory & Cognition*, vol. 23, n° 1 (1995), p. 59–71.
- Salthouse, T.A., D.R. Mitchell, E. Skovronek et R.L. Babcock. « Effects of adult age and working memory on reasoning and spatial abilities », *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, vol. 15, n° 3 (1989), p. 507–516.
- Schneider-Garces, N.J., B.A. Gordon, C.R. Brumback-Peltz, E. Shin, Y. Lee, B.P. Sutton, ... et M. Fabiani. « Span, CRUNCH, and beyond: working memory capacity and the aging brain », *Journal of Cognitive Neuroscience*, vol. 22, n° 4 (2010), p. 655–669.
- Singh, S. et B. Bajorek. « Pharmacotherapy in the ageing patient: the impact of age per se (a review) », *Ageing Research Reviews*, vol. 24, n° Pt B (2015), p. 99–110.
- Singh-Manoux, A., M. Kivimaki, M.M. Glymour, A. Elbaz, C. Berr, K.P. Ebmeier, ... et A. Dugravot. « Timing of onset of cognitive decline: results from Whitehall II prospective cohort study », *BMJ*, vol. 344 (2012), p. d7622.
- Stern, Y. « What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept », *Journal of the International Neuropsychological Society*, vol. 8, n° 3 (2002), p. 448–460.
- Stern, Y. « Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease », *Lancet Neurology*, vol. 11, n° 11 (2012), p. 1006–1012.
- Terry, R.D. « Cell death or synaptic loss in Alzheimer disease », *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, vol. 59, n° 12 (2000), p. 1118–1119.
- Terry, R.D. et R. Katzman. « Life span and synapses: will there be a primary senile dementia? », *Neurobiology of Aging*, vol. 22, n° 3 (2001), p. 347–348.
- Tronson, N.C. et J.R. Taylor. « Addiction: a drug-induced disorder of memory reconsolidation », *Current Opinion in Neurobiology*, vol. 23, n° 4 (2013), p. 573–580.
- Tyler, L.K., M.A. Shafto, B. Randall, P. Wright, W.D. Marslen-Wilson et E.A. Stamatakis. « Preserving syntactic processing across the adult life span: the modulation of the frontotemporal language system in the context of age-related atrophy », *Cerebral Cortex*, vol. 20, n° 2 (2010), p. 352–364.
- Uttara, B., A.V. Singh, P. Zamboni et R.T. Mahajan. « Oxidative stress and neurodegenerative diseases: a review of upstream and downstream antioxidant therapeutic options », *Current Neuropharmacology*, vol. 7, n° 1 (2009), p. 65–74.
- van Gorp, W.G., J.N. Wilkins, C.H. Hinkin, L.H. Moore, J. Hull, M.D. Horner et D. Plotkin. « Declarative and procedural memory functioning in abstinent cocaine abusers », *Archives of General Psychiatry*, vol. 56, n° 1 (1999), p. 85–89.
- Volkow, N.D., J. Logan, J.S. Fowler, G.J. Wang, R.C. Gur, C. Wong, ... et N. Pappas. « Association between age-related decline in brain dopamine activity and impairment in frontal and cingulate metabolism », *American Journal of Psychiatry*, vol. 157, n° 1 (2000), p. 75–80.
- Watanabe, K., S. Yamaori, T. Funahashi, T. Kimura et I. Yamamoto. « Cytochrome P450 enzymes involved in the metabolism of tetrahydrocannabinols and cannabinal by human hepatic microsomes », *Life Sciences*, vol. 80, n° 15 (2007), p. 1415–1419.
- West, R.L. « An application of prefrontal cortex function theory to cognitive aging », *Psychological Bulletin*, vol. 120, n° 2 (1996), p. 272–292.
- Wisdom, N.M., J. Mignogna et R.L. Collins. « Variability in Wechsler Adult Intelligence Scale-IV subtest performance across age », *Archives of Clinical Neuropsychology*, vol. 27, n° 4 (2012), p. 389–397.
- Wildiers, H., M.S. Highley, E.A. de Bruijn et A.T. van Oosterom. « Pharmacology of anticancer drugs in the elderly population », *Clinical Pharmacokinetics*, vol. 42, n° 14 (2003), p. 1213–1242.



CHAPITRE

04

Conséquences de la consommation d'alcool et de substances chez les personnes âgées

Jonathan Bertram

Médecin membre du personnel, Centre de toxicomanie et de santé mentale

David. K. Conn

Vice-président, Éducation, et psychiatre membre du personnel, Baycrest Health Sciences

SURVOL

- Les changements physiologiques rendent les personnes âgées plus vulnérables aux effets physiques de substances, ce qui fait considérablement augmenter le risque d'effets indésirables dans cette population.
- La consommation d'alcool et de médicaments – sur ordonnance ou utilisés à mauvais escient – entraîne des méfaits plus importants chez les personnes âgées que les substances illicites. Dans cette population, c'est l'alcool qui représente le plus grand risque de méfaits d'intensité variable.
- Chez les personnes âgées, il existe une forte corrélation entre l'usage de substances et le risque de chutes, les accidents, les troubles cognitifs, la dépression et le suicide.
- Les personnes âgées sont souvent hospitalisées en raison d'effets indésirables découlant de la consommation d'opioïdes, d'alcool et d'autres substances. Le taux de mortalité est considérablement plus élevé chez celles ayant des troubles liés à l'usage de substances.
- Les personnes âgées peuvent subir diverses conséquences sociales liées à l'usage de substances comme la maltraitance, l'itinérance, l'éclatement de la famille, le crime et l'isolement social.



4.1 Introduction

Les personnes âgées sont une population particulièrement vulnérable en raison de taux élevés de fragilité et de comorbidités, ainsi que de réserves physiologiques amoindries (Davies et O'Mahony, 2015). Étant donné que l'usage de substances est en hausse chez cette population, nous assisterons probablement au Canada à une augmentation de la morbidité, notamment des visites à l'urgence et des hospitalisations liées à l'usage de substances – ce qui représentera un lourd fardeau pour le système de santé et de services sociaux au pays. L'usage de substances chez la population vieillissante s'accompagne de conséquences néfastes, notamment l'hospitalisation, le décès, les chutes, les accidents, les troubles cognitifs aigus et chroniques, la dépression, le suicide et le sevrage de substances. Des conséquences sociales doivent aussi être prises en compte.

Au fil du vieillissement, chaque grand système organique subit des changements physiologiques. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les changements pharmacodynamiques et pharmacocinétiques touchant le système nerveux, l'appareil gastro-intestinal (en particulier le foie), l'appareil respiratoire et l'appareil rénal se soldent tous par un déclin fonctionnel, ce qui accroît la vulnérabilité physiologique aux effets de l'usage de substances.

Le vieillissement est aussi associé à une prévalence élevée de comorbidités physiques et psychiatriques. Une étude de grande envergure menée auprès de patients recevant des soins primaires a fait état de multimorbidité chez 81,5 % des personnes de plus de 85 ans (Barnett et coll., 2012) et, selon une étude écossaise, les affections les plus courantes chez les patients de plus de 75 ans recevant des soins primaires et présentant une multimorbidité étaient l'hypertension (61,9 %), la cardiopathie ischémique (31,2 %) et la douleur (23,6 %) (McLean et coll., 2014). Parmi les autres affections signalées, mentionnons la néphropathie chronique, la dépression, le diabète, la constipation, l'accident vasculaire cérébral, les maladies de la thyroïde et la perte auditive. Violan et ses collaborateurs (2014) ont réalisé une revue systématique des taux de multimorbidité dans 39 études sur les soins primaires; dans toutes ces études, une corrélation positive et significative a été observée entre la multimorbidité et l'âge, et d'autres liens ont été mis en évidence en ce qui concerne le statut socio-économique faible, le sexe féminin et les troubles mentaux.

4.2 Hospitalisations et décès

Une étude récente menée en Suède a examiné la mortalité associée à l'« abus de substances » et a découvert que le rapport de risque de mortalité (risque comparatif de décès) est 11,3 fois plus élevé chez les toxicomanes que chez ceux qui n'ont aucun antécédent en la matière – et qu'il est considérablement plus élevé dans les cas d'usage à des fins non médicales (Kendler et coll., 2017). La concomitance du tabagisme et de la consommation d'alcool n'explique qu'une petite proportion de la surmortalité associée aux substances étudiées. Le rapport de risque de mortalité est plus élevé chez les consommateurs d'opioïdes, suivis des consommateurs de sédatifs, de cocaïne/stimulants et de cannabis. Les auteurs soulignent que la surmortalité découle tant de causes indirectes que directes, et que les effets directs sont les plus forts de l'âge moyen à l'âge avancé. Dans une autre étude, Kendler et ses collaborateurs (2016) se sont intéressés aux troubles liés à l'usage d'alcool (TLUA), trouvant un rapport de risque de mortalité de 5,83 et remarquant que l'effet direct des TLUA prend progressivement de l'importance plus tard dans la vie et plus le trouble dure depuis longtemps.

Les sections de ce chapitre s'intéressent aux méfaits décrits généralement par les termes « usage de substances », mais des résultats propres à certaines des substances mentionnées seront également abordés. Bien que ces sections recoupent les méfaits catégorisés plus loin dans le rapport, elles constituent une entrée en matière utile mettant en évidence des méfaits uniques et importants chez les personnes âgées, surtout dans le contexte des taux d'hospitalisation et de mortalité.

4.2.1 Alcool

En raison de son accessibilité et de la prévalence de sa consommation, l'alcool est la substance qui représente le plus grand risque et qui est associée à la plus vaste gamme de méfaits chez les personnes âgées. Selon un rapport australien sur les méfaits liés à l'alcool et à d'autres substances chez les adultes de 65 à 74 ans, la cirrhose et l'accident vasculaire cérébral hémorragique sont les principales causes de décès dans ce groupe d'âge (Chikritzhs et Pascal, 2005). Les chutes, la dysrythmie cardiaque supraventriculaire et la dépendance à l'alcool

sont d'importantes causes d'hospitalisation liées à l'alcool. Un rapport récent de l'Institut canadien d'information sur la santé (2017) indique que les taux d'hospitalisation entièrement attribuables à l'alcool atteignent des sommets chez les hommes de 55 à 69 ans et les femmes de 45 à 59 ans. Selon ce rapport, en 2015-2016, les hospitalisations attribuables à l'alcool ont dépassé celles liées aux crises cardiaques au Canada.

La consommation excessive d'alcool expose les personnes âgées à un risque accru de coronaropathie, d'hypertension et d'accident vasculaire cérébral (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1998). Une association causale a également été observée entre la consommation d'alcool et divers cancers gastro-intestinaux (dont le cancer du foie) ainsi que le cancer du sein (Boffetta et Hashibe, 2006).

Les personnes âgées qui s'adonnent à une consommation problématique et chronique d'alcool sont plus susceptibles de développer une maladie alcoolique du foie. Les signes et symptômes de cette maladie et ses complications chez les personnes âgées sont semblables à ceux observés chez tous les patients, peu importe l'âge (Seitz et Stickel, 2007). Cela dit, jusqu'à 79 % des personnes atteintes qui ont 60 ans et plus souffrent de complications comme la cirrhose (Kim, Kisseleva et Brenner, 2015). Parmi les personnes âgées atteintes de cirrhose alcoolique, 40 % ont aussi une hépatite, dont le taux de mortalité est de 15 à 25 %. Autres conséquences de la cirrhose : hypertension portale, ascite et varices œsophagiennes, avec ou sans hémorragie digestive haute. Par conséquent, la moitié des patients âgés atteints d'une cirrhose décèdent dans l'année suivant leur diagnostic (Smith, 1995).

Dans une étude réalisée en 2013 sur le fardeau mondial de la maladie alcoolique du foie, Rehm et ses collaborateurs (2013) ont toutefois signalé que les répercussions générales de la cirrhose alcoolique étaient les plus élevées à l'âge moyen : 62,1 % de tous les décès attribuables sont survenus chez des personnes de 35 à 64 ans contre 33,0 % chez les 65 ans et plus.

Au Royaume-Uni, une analyse des hospitalisations et des décès à l'hôpital a établi que même si les personnes âgées sont moins susceptibles de dépasser les directives

de consommation d'alcool, celles qui s'adonnent à une consommation « modérée » (prise hebdomadaire de 21 unités chez les hommes et de 14 chez les femmes) sont plus susceptibles que les jeunes adultes d'être hospitalisées en raison d'une affection liée à l'alcool (Wadd et Papodopoulos, 2014). Pendant la période étudiée (2002 à 2010), les taux d'hospitalisation liée à l'alcool avaient augmenté le plus chez les 55 à 74 ans.

Bien que le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, aux États-Unis, recommande aux personnes en santé de plus de 65 ans de ne pas prendre plus d'un verre par jour, aucune limite appropriée à l'âge n'a été définie pour les personnes âgées dans la plupart des pays (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, s. d.). Ces limites devraient être inférieures à celles établies pour les personnes plus jeunes en raison des changements métaboliques, des problèmes de santé et de la sensibilité accrue aux effets de l'alcool liés à l'âge.

4.2.2 Opioïdes

Dans une étude menée auprès de personnes âgées, 9,2 % des visites à l'urgence et des hospitalisations liées à des événements iatrogènes médicamenteux étaient dues à la consommation d'opioïdes, au troisième rang derrière les anticoagulants et les agents chimiothérapeutiques. Plus de 20 % des visites se sont soldées par une hospitalisation (Bayoumi, Dolovich, Hutchison et Holbrook, 2014).

Au Canada, les adultes de 65 ans et plus affichaient les taux d'hospitalisation liée aux opioïdes les plus élevés en 2014–2015 (Institut canadien d'information sur la santé, 2016), et les intoxications accidentelles, surtout dans un usage thérapeutique, étaient responsables du plus fort pourcentage d'hospitalisations (55 %) dans cette population. Les personnes âgées représentaient près du quart de toutes les hospitalisations liées à une intoxication aux opioïdes pendant cette période, même si ce groupe d'âge ne représente que 16 % de la population canadienne. Dans un rapport publié par un organisme canadien, une hausse de 142 % du nombre de jours passés à l'hôpital en raison de troubles liés à l'usage d'opioïdes (TLUO) avait été signalée entre 2006 et 2011 chez les personnes âgées (Young et Jesseman, 2014).



Une association a été observée entre les hospitalisations et la mortalité associées à l'usage thérapeutique d'opioïdes et une comorbidité supérieure et un âge plus avancé. Des problèmes de vision et de mémoire peuvent faire leur apparition avec l'âge, faisant augmenter le risque de surconsommation de médicaments sur ordonnance, particulièrement chez les patients dont le traitement curatif médical est complexe. La consommation problématique d'opioïdes – et plus précisément les troubles liés à l'usage d'opioïdes – peut aggraver la situation de personnes ayant des problèmes de santé préexistants. Une étude menée aux États-Unis entre 2000 et 2011 s'est intéressée aux répercussions chez les personnes âgées de l'usage d'opioïdes sur la mortalité attribuable à diverses affections. Durant cette période, les adultes de 50 ans et plus ayant un TLUO étaient plus susceptibles de mourir de n'importe quelle cause que les jeunes adultes ayant un TLUO. En outre, les décès liés au VIH et aux maladies du foie étaient plus nombreux chez les personnes âgées ayant un TLUO comparativement à leurs pairs n'ayant aucun TLUO (Larney et coll., 2015).

4.2.3 Benzodiazépines et sédatifs hypnotiques

Chez les personnes âgées, le recours aux benzodiazépines et aux sédatifs hypnotiques présente un risque grave d'effets indésirables, notamment l'altération du fonctionnement cognitif (Zhang, Zhou, Meranus, Wang et Kukull, 2016), une diminution des aptitudes de conduite (Meuleners et coll., 2011) et un risque accru de chutes (Diem et coll., 2014). Plus particulièrement, le risque de chutes est accru lorsque la personne prend des benzodiazépines dont la demi-vie est plus longue (Woolcott et coll., 2009). Les benzodiazépines à action prolongée peuvent être particulièrement risquées chez les personnes âgées en raison des changements pharmacodynamiques et pharmacocinétiques liés à l'âge (Madhusoodanan et Bogunovic, 2004).

Selon des études des résultats réalisées en France et au Royaume-Uni, les benzodiazépines seraient associées à un risque accru de décès : le taux de mortalité des personnes exposées à ces substances était de 1,2 à 3,7 fois supérieur (Palmaro, Dupouy et Lapeyre-Mestre, 2015). Cependant, on ignore si cette association est causale, ou si ces médicaments sont prescrits plus souvent à des personnes déjà exposées à un risque de mortalité accru (Markota, Rummans, Bostwick et Lapid, 2016).

Une grande étude de cohorte populationnelle menée aux États-Unis semble indiquer qu'il n'y aurait aucune augmentation (ou au plus une légère augmentation) du risque de mortalité toutes causes confondues associé au début de l'usage de benzodiazépines (Patorno, Glynn, Levin, Lee et Huybrechts, 2017). En outre, une étude de cohorte rétrospective finlandaise sur la mortalité associée à l'usage de benzodiazépines et de substances semblables chez les personnes de 65 ans et plus a initialement détecté un risque accru de mortalité. Cependant, après prise en compte de l'âge, du sexe, de la consommation d'antipsychotiques et de facteurs de confusion diagnostiques, il a été jugé que l'usage de ces substances n'était associé à aucune surmortalité (Gisev, Hartikainen, Chen, Korhonen et Bell, 2011).

4.2.4 Cannabis

Comparativement aux autres drogues, le fardeau de la maladie associé au cannabis semble être relativement faible (Degenhardt et Hall, 2012). Fischer et ses collaborateurs (2015) ont tenté de calculer la mortalité et la morbidité attribuables au cannabis au Canada en fonction de données épidémiologiques et en recourant à une évaluation comparative des risques. Se concentrant sur les accidents de la route, les troubles liés à l'usage de cannabis, la santé mentale (particulièrement la psychose) et le cancer du poumon, ils ont conclu que les deux premiers dépassent de loin les deux autres en ce qui a trait à la morbidité (nombre de cas). Ils ont aussi constaté que les accidents de la route et le cancer du poumon seraient les deux seules causes de mortalité attribuable au cannabis. Il ne semble toutefois pas y avoir de données portant explicitement sur les personnes âgées.

Selon une étude de quatre ans menée au Danemark auprès de personnes entamant un traitement pour un trouble lié à l'usage de cannabis, les ratios standardisés de mortalité sont les plus élevés pour les accidents (8,2) et le suicide (5,3), suivis des homicides/violence et des causes naturelles (Arendt, Munk-Jørgensen, Sher et Jensen, 2013).

4.3 Chutes

De 20 à 30 % des Canadiens âgés vivant dans la communauté font au moins une chute par an (Agence de la santé publique du Canada, 2014). La plupart de ces chutes découlent de multiples facteurs dont la combinaison affecte la capacité à garder l'équilibre ou à le retrouver. Si on étudiait la relation entre l'usage d'alcool et de substances et l'interaction de ces facteurs, on pourrait arriver à mieux isoler ces risques aux fins d'étude et de prévention. Selon une étude menée à Taïwan auprès d'adultes de 65 ans et plus ayant été hospitalisés pour un traumatisme à la suite d'une chute, les personnes âgées avaient des blessures plus graves, des issues plus négatives et un taux de mortalité plus élevé comparativement aux jeunes adultes (Rau et coll., 2014).

Le lien entre alcool et chutes a été abondamment étudié, mais les résultats concernant les personnes âgées sont parfois contradictoires (Choi et coll., 2014). Par exemple, Tait et ses collaborateurs (2013) ont fait état d'un risque accru de chutes chez les personnes abstinentes souffrant de dépression ou de diabète et, chez les femmes, de troubles musculo-squelettiques. Toutefois, selon une étude transversale et longitudinale menée auprès de personnes âgées dans quatre collectivités américaines, la consommation d'au moins 14 verres par semaine serait associée à un risque accru de chutes (Mukamal et coll., 2004). Les auteurs ont mentionné que les études transversales pourraient s'avérer insuffisantes pour repérer ce risque de consommation abusive parce que les personnes âgées susceptibles de faire une chute réduisent leur consommation d'alcool au fil du temps, ou parce que les gros buveurs exposés à un risque de chutes n'ont pas tendance à participer à des études de cohorte. De plus, les personnes qui consomment de grandes quantités d'alcool et celles qui font usage d'opioïdes (surtout pour soulager la douleur) sont moins susceptibles de se déplacer, ce qui pourrait réduire la fréquence des chutes. Dans une étude menée en Suède, la consommation élevée d'alcool et l'usage de sédatifs ou de somnifères étaient significativement associés à de graves chutes chez les femmes de plus de 60 ans (Stenbacka, Jansson, Leifman et Romelsjö, 2002).

Le risque de chutes et de fractures chez les personnes âgées a été associé à l'usage d'opioïdes pour des affections causant de la douleur (Papaleontiou et coll., 2010; Rolita, Spegman, Tang et Cronstein, 2013), principalement en ce qui concerne la consommation précoce et la consommation de courte durée. Dans une étude réalisée au Québec (Buckeridge et coll., 2010), après neutralisation des effets de l'usage concomitant de substances et de facteurs de risque de base, des opioïdes de puissance faible et intermédiaire ont été associés à un risque de blessure. Le recours à des combinaisons de codéine a été associé au risque de blessure le plus élevé, avec une hausse du risque de 127 % par augmentation de la dose chez l'adulte.

Woolcott et ses collaborateurs (2009) ont réalisé une méta-analyse sur l'incidence de neuf catégories de médicaments sur les chutes chez les personnes âgées, observant un risque accru de chutes associé à l'usage de benzodiazépines, d'antipsychotiques, d'antidépresseurs, de sédatifs hypnotiques et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. De même, dans une étude menée en Irlande auprès d'adultes d'âge moyen et de personnes âgées, un lien a été trouvé entre l'usage de benzodiazépines et un risque accru de chutes – ainsi qu'entre les chutes **causant des blessures** et les benzodiazépines lorsque jumelées à l'usage concomitant de plusieurs médicaments (Richardson, Bennett et Kenny, 2015). Dans une étude prospective sur le risque de chutes ajusté selon l'âge, un lien a aussi été observé entre la prise de sédatifs hypnotiques non benzodiazépines et un risque accru de chutes de tout type ainsi que de chutes répétées. Dans la même étude, l'usage de benzodiazépines a aussi été associé à une augmentation semblable du risque de chutes ajusté selon l'âge (Diem et coll., 2014).

Selon une étude de 2014 évaluant le risque de chutes chez les personnes atteintes de démence, bien que la prévalence des chutes soit assez importante (17 %), l'usage problématique de substances faisait augmenter considérablement le risque de chutes, avec un rapport de cotes de 1,68 (Eshkoor et coll., 2014).



4.4 Accidents de la route

Même si les chutes sont la principale cause de blessure chez les personnes âgées au Canada, les accidents de la route sont la principale cause de décès accidentel chez les 65 à 74 ans (Agence de la santé publique du Canada, 2015). Mises ensemble, ces deux causes représentent environ 91 % de toutes les hospitalisations pour blessure chez les personnes âgées.

Il a été démontré il y a longtemps que la conduite sous l'influence de l'alcool fait augmenter le risque d'accident (Borkenstein, 1964). Dans une étude du Fatality Analysis Reporting System [système de rapports sur l'analyse des décès] aux États-Unis, il a été déterminé que l'usage global de drogue et d'alcool était considérablement moins fréquent chez les conducteurs âgés blessés mortellement que chez ceux d'âge moyen (Zhu et Rudisill, 2014). En outre, les conducteurs âgés ont obtenu des résultats positifs à des tests de dépistage de médicaments plus souvent que pour des drogues illicites, et les narcotiques comme l'hydrocodone et les sédatifs ont souvent été détectés séparément ou en association avec des médicaments.

Dans une étude récente, Choi, DiNitto et Marti (2014) se sont intéressés aux facteurs de risque de conduite sous l'influence de l'alcool ou de drogue chez les personnes âgées. Parmi celles ayant pris de l'alcool ou de la drogue dans la dernière année, 14,5 % des 50 à 64 ans et 6,2 % des 65 ans et plus ont rapporté avoir conduit avec les facultés affaiblies. Chez les deux groupes, la probabilité de conduire sous l'influence d'une substance augmentait de façon importante en présence d'une fréquence plus élevée de consommation d'alcool, de calage d'alcool et de consommation de cannabis ainsi que d'un épisode dépressif majeur.

Dans une revue systématique de la consommation de médicaments et du risque d'accident de la route, 15 médicaments (parmi 53 étudiés) ont été associés à un risque accru, dont 13 opioïdes et sédatifs hypnotiques, certains étant utilisés couramment par les personnes âgées (Rudisill, Zhu, Kelley, Pilkerton et Rudisill, 2016).

Il pourrait être utile de distinguer les risques associés à la consommation continue par rapport à la première utilisation de médicaments pour décrire les méfaits chez les personnes âgées. Une analyse des données sur les accidents de la route et les sédatifs hypnotiques (témazépam, une benzodiazépine, et zolpidem, une « drogue Z ») a montré que les nouveaux consommateurs de sédatifs étaient exposés à un risque accru d'accident comparativement aux personnes qui n'en consommaient pas (Hansen, Boudreau, Ebel, Grossman et Sullivan, 2015). Ces études mettent en lumière la nécessité d'autres approches de prévention de la conduite sous l'influence de l'alcool ou de la drogue chez les personnes âgées, ainsi que la question difficile du signalement obligatoire aux autorités, déjà en vigueur à certains endroits.

4.5 Troubles cognitifs

La relation entre usage de substances et troubles cognitifs est complexe au troisième âge. Étant donné que le déclin cognitif est fréquent chez les personnes âgées ainsi que chez les personnes qui prennent des substances, la mesure dans laquelle les substances abaissent le seuil de changements cognitifs ou accélèrent ceux-ci revêt un intérêt particulier. Selon une étude réalisée en Australie auprès de 99 personnes de 50 à 71 ans utilisant des services de traitement de la consommation de drogue et d'alcool, 40 % des clients ont obtenu des résultats correspondant à des troubles cognitifs plus graves (Lintzeris et coll., 2016). Les substances consommées le plus fréquemment dans ce groupe étaient l'alcool (46 %), les benzodiazépines (40 %) et le cannabis (38 %).

Le chapitre 3 du présent rapport contient des renseignements détaillés sur les déclinés liés à l'âge dans la fonction, la structure et les processus compensatoires du cerveau, ainsi que sur les changements aux systèmes de neurotransmetteurs, à la fonction neuroendocrinienne et aux mécanismes homéostatiques.

4.5.1 Changements cognitifs aigus

Des changements cognitifs aigus peuvent être précipités par bon nombre de substances, notamment divers médicaments sur ordonnance, des drogues illicites et l'alcool. Ces changements peuvent varier de subtils à profonds, comme dans les cas de délire aigu, qui peuvent être précipités par la toxicité ou le sevrage. Les substances ayant des effets anticholinergiques importants (p. ex. psychotropes, antihistaminiques) sont reconnues pour précipiter le délire ou exacerber les facteurs de risque connexes, particulièrement chez les personnes âgées (Tune, 2000).

Selon une revue systématique, le risque de délires semble être augmenté par les benzodiazépines, les opioïdes et les dihydropyridines (inhibiteurs calciques), et possiblement par les antihistaminiques (Clegg et Young, 2010). Ses auteurs recommandent donc que les personnes à risque évitent de se faire prescrire des benzodiazépines ou qu'elles envisagent de réduire ou de cesser leur consommation de ces médicaments, dans la mesure du possible. Ils appellent également à la prudence en ce qui concerne la prescription d'opioïdes à des personnes à risque de délires, observant toutefois que la douleur intense non traitée peut elle-même provoquer le délire.

Dans une étude sur les effets aigus de la consommation d'alcool, cette substance a été associée à une moins bonne mémoire de travail chez les personnes âgées (55 à 70 ans), mais pas chez les jeunes adultes (Boissoneault, Sklar, Prather et Nixon, 2014). Elle a aussi été associée à de moins bons résultats à un examen d'alternance de l'attention (Trail Making Test – Partie B) chez des sujets âgés. Tout de suite après sa consommation, le cannabis peut altérer la mémoire à court terme, l'attention et le fonctionnement exécutif (Lundqvist, 2010). Les effets aigus et chroniques des substances peuvent aussi nuire à la capacité de conduire, particulièrement chez les personnes âgées, ce qui en fait un enjeu de sécurité publique important.

4.5.2 Changements cognitifs associés à l'usage de substances à long terme

Alcool

La consommation excessive d'alcool à long terme peut altérer la structure et le fonctionnement du cerveau (Harper, 2009), et les antécédents de TLUA font augmenter le risque de troubles graves de la mémoire plus tard dans la vie (Kuźma et coll., 2014). Cependant, étant donné que la démence alcoolique (DA) ne présente aucun profil physiopathologique distinct, elle est peu reconnue en tant qu'entité distincte (Bowden, 2010). Par ailleurs, sa cause exacte – neurotoxicité de l'alcool lui-même, neurotoxicité liée à une cause connexe (comme une carence en thiamine) ou causes multiples – est loin de faire l'unanimité. Parmi les facteurs de confusion, notons des comorbidités courantes comme les troubles psychiatriques, l'usage d'autres substances, les traumatismes crâniens et les facteurs de risque accru d'ordre vasculaire. Comparativement aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, celles atteintes de DA ont tendance à mieux exécuter les tâches sémantiques et à moins bien exécuter les tâches visuo-spatiales (Ridley, Draper et Withall, 2013).

Pour stimuler la recherche sur la DA et améliorer la reconnaissance des problèmes liés à l'alcool chez les personnes âgées, Oslin et Cary (2003) ont mis au point des critères diagnostiques en la matière, puis ont étudié 192 résidents de maisons de soins infirmiers dans le but de valider leurs critères. (Le tableau 1 ci-dessous résume les critères de classification de DA probable.) Parmi les participants à l'étude, 82 % ont reçu un diagnostic d'une forme quelconque de démence, et 10 %, un diagnostic de DA. Les participants atteints de DA présentaient un déficit cognitif moindre, étaient plus souvent célibataires et affichaient une stabilité sur les plans de la cognition et de l'état fonctionnel. En revanche, les participants atteints de la maladie d'Alzheimer ou de démence vasculaire affichaient un déclin général sur les plans cognitif et fonctionnel. Les données de neuroimagerie et de neuropathologie des personnes ayant un diagnostic de DA montrent des pertes importantes de matière blanche et de neurones dans le cortex associatif frontal supérieur, l'hypothalamus et le cervelet (Ridley et coll., 2013).



Tableau 1. Classification de la démence alcoolique probable

Critères de diagnostic clinique – DA probable
- Diagnostic clinique de démence au moins 60 jours après la dernière exposition à l'alcool. - Consommation importante d'alcool, soit en moyenne un minimum de 35 verres standard par semaine chez les hommes et de 28 chez les femmes, pendant plus de cinq ans. La période de consommation importante doit survenir dans les trois ans précédant l'apparition de déficits cognitifs.
Diagnostic de DA étayé par la présence de l'un ou l'autre des facteurs suivants
- Maladie hépatique, pancréatique, gastro-intestinale, cardiovasculaire ou rénale liée à l'alcool (lésions à des organes vitaux). - Ataxie ou polyneuropathie périphérique sensorielle (attribuables à aucune autre cause connue). - Stabilisation ou amélioration des symptômes cognitifs après 60 jours d'abstinence. - Données de neuroimagerie montrant une amélioration dans la dilatation des ventricules ou des sillons après 60 jours d'abstinence. - Données de neuroimagerie montrant une atrophie cérébelleuse, particulièrement du vermis.
Caractéristiques cliniques mettant en doute le diagnostic de DA
- Présence de troubles du langage, particulièrement de dysnomie ou d'anomie. - Présence de signes ou de symptômes neurologiques en foyer (à l'exception d'une ataxie ou de polyneuropathie périphérique sensorielle). - Données de neuroimagerie montrant un infarctus cortical ou sous-cortical, un hématome sous-dural ou une autre pathologie cérébrale focale. - Score élevé sur l'échelle d'ischémie de Hachinski.
Caractéristiques cliniques ne confirmant ni n'infirmant un diagnostic de DA
- Données de neuroimagerie montrant une atrophie corticale. - Présence de lésions périventriculaires ou de lésions profondes de la matière blanche à la neuroimagerie, en l'absence d'infarctus focaux. - Présence de l'allèle E4 de l'apolipoprotéine E.

Source : Oslin et Cary, 2003.



Des données indiquent que le lobe frontal des personnes atteintes de DA serait particulièrement vulnérable aux lésions. Il se pourrait aussi que la carence en thiamine joue un rôle important dans l'apparition de la DA. Les personnes ayant un TLUA ont un risque très élevé de carence en thiamine en raison de leur alimentation inadéquate et parce que l'alcool compromet directement le métabolisme de cette vitamine. Cette carence peut causer l'encéphalopathie de Wernicke, un trouble neurologique aigu caractérisé par des anomalies sur le plan oculomoteur, un dysfonctionnement cérébelleux et une altération de l'état mental. Le syndrome de Korsakoff, caractérisé par des troubles importants de la mémoire, peut aussi faire son apparition, et semble être associé à des lésions supplémentaires des circuits diencephaliques et hippocampiques.

La démence et le déclin cognitif sont associés à des facteurs de risque cardiovasculaire; par ailleurs, certaines données semblent indiquer que l'alcool pourrait réduire le risque de coronaropathie et d'accident ischémique

cérébral. Cet effet protecteur pourrait être lié à l'effet inhibiteur de l'alcool sur l'agrégation plaquettaire et à une diminution des marqueurs inflammatoires, ainsi qu'à une modification du profil lipidique (Hulse, Lautenschlager, Tait et Almeida, 2005).

Dans une revue systématique et une méta-analyse, Peters et ses collaborateurs (2008) ont postulé qu'en petites quantités, l'alcool pourrait avoir un effet protecteur contre la démence et ont observé un rapport de risques de 0,63. (Les auteurs étudiaient explicitement la diminution du risque de maladie d'Alzheimer, et non de la démence vasculaire ou du déclin cognitif général, mais en raison du caractère hétérogène des données, ces résultats devraient être interprétés avec prudence.) Anstey et ses collaborateurs (2009) ont aussi réalisé une méta-analyse de 15 études prospectives. Les risques relatifs groupés de maladie d'Alzheimer, de démence vasculaire et de tout type de démence chez les personnes qui boivent peu ou modérément, comparativement aux personnes



abstinentes, se chiffraient tous entre 0,72 et 0,75. Ces résultats donnent à penser que ce groupe de personnes aurait un risque réduit de démence plus tard dans la vie par rapport aux personnes abstinentes. Cependant, on ignore si cette situation est due à un effet de la sélection dans les études de cohorte commençant au troisième âge, à un effet protecteur de la consommation d'alcool à l'âge adulte ou à un bienfait particulier de l'alcool au troisième âge.

Cannabis

Très peu d'études sur les effets du cannabis ont été réalisées auprès des adultes de plus de 50 ans. Il est donc urgent d'évaluer l'incidence de cette substance sur cette population.

Dans une revue systématique sur les effets des cannabinoïdes sur la cognition humaine, Broyd et ses collaboratrices (2016) ont constaté que l'apprentissage verbal, la mémoire et l'attention sont le plus souvent altérés à la fois par l'exposition aiguë et chronique au cannabis. Elles avancent que la fonction psychomotrice est surtout touchée durant l'intoxication aiguë, et certaines études indiquent une persistance chez des personnes qui font un usage chronique du cannabis et après l'abandon de la consommation. Elles soulignent aussi qu'une altération de la mémoire verbale, de l'attention et de certaines fonctions exécutives peut subsister même après une période d'abstinence prolongée.

Inversement, les auteures d'un rapport récent du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) ont présenté des données indiquant que la consommation chronique de cannabis n'entraîne pas d'altération grave ou débilite de la mémoire, de l'attention, du fonctionnement psychomoteur et du fonctionnement cognitif (McInnis et Porath-Waller, 2015). Elles avancent que les effets sur ces capacités cognitives sont généralement subtils. Cependant, malgré le grand nombre d'études s'intéressant à l'incidence du cannabis sur divers aspects du fonctionnement cognitif, on ignore si les effets sur la cognition sont réversibles après l'arrêt de la consommation. Les auteures du rapport soulignent que de nouvelles publications avancent que l'usage chronique du cannabis peut avoir un effet sur le développement et le fonctionnement du cerveau dans des zones importantes pour les processus cognitifs et affectifs, ce qui soulève des inquiétudes quant à sa consommation chez les adolescents

et les jeunes adultes. Compte tenu du vieillissement de la génération des baby-boomers, il est important de poser des questions sur l'usage précoce de cannabis lors de l'évaluation clinique de cette population.

Fait intéressant : il a été suggéré que les cannabinoïdes pourraient avoir un effet positif sur la neurodégénérescence. En effet, le système cannabinoïde se dessine comme un facteur important dans la détermination de la destinée neuronale, puisqu'il offre une protection aux neurones par l'activation de voies de survie et le contrôle de la neurogenèse (Gowran, Noonan et Campbell, 2011). Bien que les maladies neurodégénératives soient associées à la toxicité des neurones en raison de leur hyperactivation, du stress oxydatif et de la neuroinflammation, il a été démontré que certaines molécules de cannabinoïdes inhibent ces manifestations. Aucune recherche clinique n'est toutefois venue étayer ce concept à ce jour.

Benzodiazépines

Dans une méta-analyse portant sur le lien entre l'usage de benzodiazépines et la démence, Zhong et ses collaborateurs (2015) ont constaté qu'un accroissement d'environ 50 % du risque de démence était observé chez les personnes qui font un usage chronique de benzodiazépines, comparativement aux personnes qui n'en ont jamais pris. Dans le même ordre d'idées, selon une revue systématique d'études d'observation, les personnes qui font l'usage de benzodiazépines à long terme ont un risque de démence près de deux fois plus élevé que les autres (Billioti de Gage et coll., 2015).

Cependant, le lien observé entre usage de benzodiazépines et démence pourrait être attribuable à des facteurs de confusion comme l'utilisation prévue et la causalité inverse. Par exemple, les symptômes avant-coureurs de la démence – troubles du sommeil, anxiété, dépression, etc. – peuvent survenir 10 ans avant un diagnostic clinique, et ils peuvent contribuer de façon importante à un recours accru aux benzodiazépines. Différents mécanismes peuvent déterminer l'influence potentielle des benzodiazépines sur l'apparition de la démence. Par exemple, en raison des concepts de compensation neurale et de réserve cognitive, certaines personnes peuvent s'adapter aux lésions neurodégénératives initiales en recourant à d'autres réseaux ou en en créant de nouveaux (Pariente, de Gage, Moore et Bégaud, 2016). La diminution de l'activation cérébrale par l'usage de benzodiazépines pourrait limiter cette capacité.



ARTHUR

Arthur, 65 ans, a commencé à prendre des opioïdes sur ordonnance il y a une dizaine d'années en raison de calculs biliaires douloureux. Un chirurgien a recommandé une cholécystectomie. Réticent à l'idée de prendre un congé sans solde, Arthur a plutôt opté pour la prise en charge des épisodes de douleur avec l'aide de son médecin de famille.

En raison de douleurs persistantes – et des absences du travail en découlant –, Arthur a été incapable de conserver son emploi de bibliothécaire à temps plein. Il a donc dû s'éloigner de la ville pour trouver un emploi d'aide-comptable à temps partiel, qu'il occupe toujours, et s'installer dans un petit appartement au troisième étage. Après le départ à la retraite de son médecin de famille, il y a quelques années, Arthur a dû voir plusieurs médecins dans des cliniques sans rendez-vous pour obtenir d'autres ordonnances d'hydromorphone; il a aussi obtenu des comprimés par l'entremise de connaissances. Au fil des années, il est devenu de plus en plus tolérant à ce médicament et a graduellement augmenté sa consommation. Actuellement, il admet prendre cinq comprimés de 3 milligrammes (mg) d'hydromorphone à action prolongée par jour. Il a commencé à faire un usage inapproprié en raison de nombreux facteurs de stress – douleur persistante, problèmes financiers, décès de sa femme –, mais maintenant, il prend souvent de l'hydromorphone le matin, avant de se rendre au travail, afin d'éviter des symptômes de sevrage. Parfois, Arthur arrive en retard au travail ou s'absente parce qu'il ne lui reste plus de comprimés, et il a commencé à gérer son stress en prenant du diazépam, qu'il se procure sans prescription auprès d'un ami, à raison de trois à cinq comprimés de 10 mg la plupart des jours de la semaine.

Bien qu'il n'ait aucun problème de mobilité diagnostiqué, Arthur admet que le fait d'habiter au troisième étage est une source d'inquiétude, surtout lorsque l'ascenseur est en panne. On lui a suggéré un traitement de substitution aux opioïdes. Il n'a encore jamais essayé ce traitement et a entendu diverses histoires sur la méthadone dans son milieu. Il aimerait en savoir plus sur les conséquences de sa consommation passée et sur les mesures de soutien dont il pourrait bénéficier.

EXEMPLE CLINIQUE





Opioïdes

Même si jusqu’à présent, il y a eu peu de recherches sur la possibilité que les opioïdes fassent augmenter le risque de démence, il a été suggéré qu’ils modulent le comportement des microglies (une forme de défense immunitaire active du système nerveux central) en favorisant l’initiation de la mort cellulaire programmée, ce qui pourrait contribuer à l’apparition de maladies neurodégénératives (Hu, Sheng, Lokensgard et Peterson, 2002). À l’issue d’une étude menée auprès de personnes âgées non atteintes de démence, Dublin et ses collaborateurs (2015) ont conclu que celles dont la consommation d’opioïdes ou d’anti-inflammatoires non stéroïdiens était la plus élevée présentaient un risque légèrement accru de démence comparativement à celles qui en consommaient peu ou pas du tout. Cependant, étant donné que ces résultats pourraient être l’expression d’un effet direct de la douleur chronique sur la cognition, peu d’indications portent à croire que des dommages cognitifs à long terme sont associés aux opioïdes.

4.6 Troubles de l’humeur et autres troubles connexes

4.6.1 Alcool

Les personnes âgées qui souffrent de dépression sont de trois à quatre fois plus susceptibles que celles non déprimées d’avoir un TLUA : ce dernier est présent chez 15 à 30 % des patients faisant une dépression majeure au troisième âge (Devanand, 2002). Par ailleurs, un fort pourcentage de personnes âgées ayant un diagnostic de TLUA ont des antécédents de dépression.

Plusieurs relations de cause à effet pourraient expliquer le lien entre TLUA et dépression majeure. Le TLUA pourrait causer la dépression. La dépression majeure pourrait causer le TLUA (par l’automédication). Il pourrait aussi y avoir une relation de cause à effet réciproque dans laquelle chaque trouble fait augmenter le risque que l’autre survienne simultanément. Voici quelques explications possibles des facteurs et des processus donnant lieu à ces liens de causalité :

- Le mésusage d’alcool entraîne souvent des perturbations dans la vie familiale et sociale, ainsi que des problèmes physiques. Même si on peut avancer que ces difficultés sont la source du lien entre TLUA et dépression, les études qui ont essayé de tenir compte de ces facteurs ont conclu que ces liens persistaient même après neutralisation des effets des facteurs sociaux et environnementaux (Boden et Ferguson, 2011).
- Les troubles pourraient être liés par des facteurs génétiques relatifs au fonctionnement des neurotransmetteurs.
- L’alcool pourrait provoquer des changements métaboliques (p. ex. diminution du taux de folate, modification des rythmes circadiens) augmentant le risque de dépression.
- De nombreuses personnes âgées prennent de l’alcool en réaction à des facteurs déclencheurs de nature psychosociale comme la solitude et l’humeur dépressive.

Dans leur examen de la littérature portant sur le lien entre TLUA et dépression, Boden et Ferguson (2011) ont découvert que la présence de l’un ou l’autre des troubles fait doubler le risque que l’autre survienne. Selon eux, l’association causale la plus plausible serait celle où le TLUA augmente le risque de dépression majeure et non l’inverse. Dans une revue systématique, Sullivan et ses collaborateurs (2005) ont observé une prévalence médiane de problèmes liés à l’alcool actuels ou au cours de la vie chez des personnes atteintes de dépression de 16 % et de 30 %, respectivement. (Dans la population générale, la prévalence est de 7 % et de 16 à 24 %, respectivement.) Des études indiquent que les problèmes liés à l’alcool seraient associés à des issues négatives durant l’épisode de dépression, notamment en ce qui a trait au risque de suicide et de décès, au fonctionnement social et au recours aux services de santé. Des données indiquent également que les antidépresseurs pourraient améliorer les issues de la dépression chez les personnes ayant une dépendance à l’alcool.

4.6.2 Opioïdes

Les auteurs d’une étude récente menée auprès de personnes souffrant de douleur chronique traitées avec des opioïdes sur ordonnance, du cannabis à des fins médicales ou les deux ont découvert que les patients à qui on avait prescrit des opioïdes étaient nettement plus susceptibles d’avoir un résultat positif à des tests de dépistage de la dépression et de l’anxiété (Feingold, Goor-Aryeh, Bril, Delayahu et Lev-Ran, 2017). Dans le groupe, les personnes recevant à la fois des opioïdes et du cannabis étaient aussi plus enclines à la dépression que celles prenant seulement du cannabis. De même, de nouvelles données épidémiologiques donnent à penser que l’incidence de dépression à la suite de l’instauration d’un traitement aux analgésiques opioïdes sur ordonnance est élevée (Fischer, Murphy, Kurdyak et Goldner, 2016). En effet, dans une étude portant sur deux grandes cohortes de patients, ceux qui s’étaient remis d’une dépression et qui avaient été exposés à des analgésiques opioïdes étaient de 77 à 117 % plus susceptibles de connaître un nouvel épisode de dépression que ceux qui n’avaient pas pris d’opioïdes (Scherrer et coll., 2016). De plus, des données semblent indiquer un lien entre la dépression majeure et la consommation à des fins non médicales d’opioïdes sur ordonnance (Fink et coll., 2015).

4.6.3 Benzodiazépines

Même si on estime généralement que les benzodiazépines causeraient la dépression, il manque de données pour confirmer cette hypothèse (Patten, 2008). Cependant, dans une étude portant sur les déterminants de la dépression réfractaire au traitement, Parker et Graham (2015) ont constaté que l’usage de benzodiazépines était considérablement plus fréquent dans le groupe de patients résistant le plus au traitement.

4.6.4 Cannabis

Diverses revues et méta-analyses ont établi un lien entre l’usage excessif ou problématique de cannabis et la dépression (Degenhardt, Hall et Lynskey, 2003; Lev-Ran et coll., 2014). Par exemple, Bersani et ses collaborateurs (2016) ont découvert que les patients ayant un trouble lié à l’usage de cannabis présentaient des symptômes dépressifs plus graves comparativement aux autres patients. Ils soulignent aussi que l’usage de cannabis est courant chez les patients dépressifs et qu’il pourrait

entraîner l’apparition d’un « syndrome amotivationnel », qui allie des symptômes d’indifférence affective et de perte de réactivité affective.

Malheureusement, la littérature portant sur le lien entre dépression et usage de cannabis ne porte presque exclusivement que sur les adolescents ou les jeunes adultes, et très peu d’études ont choisi pour sujet les personnes âgées. On ignore si les résultats peuvent être extrapolés à cette population.

4.7 Suicide

Le taux de suicide effectif est disproportionnellement élevé chez les personnes âgées, et plus particulièrement chez les hommes. Les troubles liés à l’usage de substances (TLUS), en particulier les TLUA, sont le deuxième type de trouble psychiatrique le plus fréquemment associé au suicide dans la population âgée, derrière la dépression (Blow, Brockmann et Barry, 2004).

La consommation d’alcool accroît le risque de suicide par les interactions avec de nombreux facteurs liés à l’âge, notamment la maladie, la perception négative de l’état de santé et le faible soutien socio-économique. La consommation aiguë est aussi associée à une probabilité accrue de tentative de suicide, particulièrement en grandes quantités (Borges et coll., 2017). Des données indiquent également que la présence d’un TLUA augmente de façon importante le risque d’idées suicidaires, de tentatives de suicide et de suicide effectif – ce qui permet de croire que ces troubles pourraient être un indicateur prévisionnel important de suicide et de décès prématuré (Darvishi et coll., 2015). Dans une étude réalisée en Suède auprès de personnes de 70 ans et plus ayant fait une tentative de suicide, une forte corrélation a été observée entre les TLUA et les personnes ayant tenté de se suicider traitées à l’hôpital, chez les deux sexes : des TLUA ont été observés dans 26 % des cas, contre seulement 4 % dans un groupe témoin (Morin et coll., 2013).

Le mésusage d’alcool et les troubles psychiatriques concomitants forment une combinaison potentiellement mortelle qui est responsable d’un grand nombre de suicides au troisième âge. Toutefois, compte tenu de la complexité du lien entre la consommation d’alcool et le suicide dans cette population, d’autres recherches seront nécessaires pour mettre au point de meilleures stratégies de détection et de prévention (Koh, Gorney, Badre et Jeste, 2015).





Lors d'une étude sur des visites à l'urgence pour cause de tentative de suicide liée à des médicaments chez des adultes d'âge moyen (45 à 64 ans), une hausse spectaculaire du taux de ce type de visite a été constatée entre 2005 et 2011 (Tesfazion, 2013). En 2011, la majorité de ces tentatives mettaient en jeu des médicaments sur ordonnance et en vente libre, comme les anxiolytiques et les somnifères (48 %), les analgésiques (29 %) et les antidépresseurs (22 %). Plus récemment, Bohnert et ses collaborateurs (2017) ont étudié les TLUS et le risque de mortalité par suicide chez des vétérans américains. Ils ont constaté que le diagnostic de tout TLUS actuel et un diagnostic actuel précis de trouble lié à l'usage d'alcool, de cocaïne, de cannabis, d'opioïdes, d'amphétamines ou de sédatifs sont tous fortement associés à un risque accru de suicide, tant chez les hommes que chez les femmes. Bien que ce risque accru chez les femmes ait été observé seulement chez celles ayant tout type de TLUS actuel et chez celles ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes, les corrélations étaient nettement plus élevées chez les femmes que chez les hommes, ce qui permet de croire que la présence d'un TLUS pourrait constituer un marqueur particulièrement important chez elles. Les auteurs soulignent que d'autres troubles psychiatriques concomitants pourraient expliquer en partie les liens entre TLUS et suicide.

4.8 Consommation de substances et interactions médicamenteuses

L'un des méfaits les plus préoccupants liés à l'usage de substances chez les personnes âgées est le potentiel d'interactions avec des médicaments et les conséquences qui en découlent. Par exemple, l'interaction entre alcool et médicaments peut avoir une incidence sur le métabolisme des médicaments par le système microsomal d'oxydation de l'éthanol (MEOS). La consommation chronique d'alcool provoque une hausse de la capacité enzymatique dans le MEOS, qui doit travailler à contenir le taux d'alcool. Les personnes âgées prennent souvent de nombreux médicaments sur ordonnance qui sont aussi métabolisés par le MEOS; une induction enzymatique provoquée par l'alcool pourrait saturer le MEOS des métabolites de ces médicaments et se traduire par des concentrations potentiellement toxiques de ces métabolites dans le foie (Moore, Whiteman et Ward, 2007). Dans une étude

transversale menée auprès de personnes âgées en Irlande, 72 % des participants avaient été exposés à des médicaments interagissant avec l'alcool; parmi eux, 60 % disaient boire de l'alcool (Cousins et coll., 2014). Parmi les participants disant faire usage d'antihistaminiques, 28 % se considéraient comme de gros buveurs, près du cinquième combinaient consommation abusive et prise d'anticoagulants/antiplaquettaires et d'agents cardiovasculaires, et 16 % combinaient consommation abusive et prise de médicaments agissant sur le système nerveux central.

Il se pourrait que les personnes âgées ne reçoivent pas de renseignements adéquats concernant leur consommation de médicaments et d'alcool, ce qui complique la prise de décisions éclairées sur la consommation simultanée. En outre, de nombreuses personnes âgées n'abordent pas la consommation d'alcool avec leurs fournisseurs de soins, et il se pourrait que les avertissements figurant sur l'emballage de certains médicaments en vente libre ne comportent aucune recommandation selon l'âge (Slattum et Hassan, 2017). Étant donné que de nombreuses personnes âgées prennent des médicaments sur ordonnance ou en vente libre pour mieux dormir ou gérer la douleur, le recours simultané à l'alcool dans le même but fait augmenter le risque d'interactions néfastes.

Les conséquences des interactions médicamenteuses sont particulièrement prononcées en présence d'opioïdes. Selon une étude de l'Institut canadien d'information sur la santé (2013), chez les personnes âgées hospitalisées pour cause de réactions indésirables aux médicaments, les opioïdes constituaient la troisième catégorie de médicaments la plus courante. Les cas de toxicité les plus fréquents étaient dus à la prise de benzodiazépines (19 %) et d'acétaminophène, en association et pris seul (14 %). La combinaison d'opioïdes et de benzodiazépines fait augmenter de façon importante le risque de méfaits comme les surdoses, la dépression respiratoire et le décès (Karaca-Mandic, Meara et Morden, 2017).

Dans une optique d'amélioration des résultats pour les patients, Gudin et ses collaborateurs (2013) ont fortement recommandé de surveiller l'adhésion au traitement (p. ex. par dépistage urinaire) et d'écarter la comorbidité psychiatrique lorsque la recherche de possibles interactions entre benzodiazépines et alcool est indiquée.

4.9 Sevrage de substances

Différentes substances présentent un ensemble de conséquences liées au sevrage. Chez les personnes âgées, certaines de ces conséquences sont exacerbées par les changements physiologiques qui surviennent à ce stade de la vie. Cependant, en règle générale, il vaut mieux faire preuve de prudence en raison du risque plus élevé de complications dans cette population.

Dans le cas du sevrage de l'alcool, le risque de convulsions et de delirium est bien connu, et il est même considéré comme potentiellement mortel chez les personnes âgées en raison de leur vulnérabilité physiologique. L'arrêt soudain de la consommation d'alcool est déconseillé, même en cas de faible consommation, et une diminution progressive est recommandée. Une revue systématique du sevrage de l'alcool chez les personnes âgées a fait état de résultats variables en ce qui concerne la gravité et la durée des symptômes comparativement aux patients plus jeunes (Karounos et coll., 2013). Enfin, les auteures d'une autre étude ont insisté sur la nécessité d'effectuer un dépistage du niveau de consommation d'alcool chez toutes les personnes âgées lors de leur admission dans un établissement de soins actifs, et ce, pour prévenir le sevrage aigu et l'apparition du delirium tremens (Letizia et Reinbolz, 2005).

Compte tenu du degré élevé de comorbidité et de l'augmentation possible de la gravité et de la durée du sevrage de l'alcool chez les personnes âgées, la prise en charge optionnelle du sevrage à l'interne est généralement recommandée (O'Connell, Chin, Cunningham et Lawlor, 2003). La prise en charge à l'externe pourrait ne pas convenir aux personnes âgées fragiles, qui habitent seules et ont un soutien familial restreint, ou encore qui ont plusieurs problèmes médicaux et prennent plusieurs médicaments sur ordonnance (Liskow, Rinck, Campbell et DeSouza, 1989). Étant donné que la prise en charge à l'externe du sevrage de toute substance entraînant une dépendance peut présenter des risques importants dans cette population, ces services devraient être supervisés étroitement, idéalement à l'hôpital.

Le sevrage à l'aide de benzodiazépines est au centre de la prise en charge du sevrage de l'alcool et des benzodiazépines. La prudence est toutefois de mise auprès des personnes âgées, en raison des changements pharmacocinétiques et de leur sensibilité accrue aux effets néfastes de ces médicaments (Hurt, Finlayson, Morse et Davis, 1988; Sabioni, Bertram et Le Foll, 2015). Il se pourrait que les benzodiazépines à action brève soient moins problématiques dans cette population et qu'elles diminuent les risques de sédation et d'interactions médicamenteuses néfastes (Dufour et Fuller, 1995). Le sevrage des benzodiazépines chez les personnes âgées nécessite souvent une diminution prudente, étant donné que leurs symptômes d'insomnie et d'anxiété durant ce processus sont plus intenses (Ashton, 2005; Authier et coll., 2009).

Même si le sevrage des opioïdes et le sevrage du cannabis sont observés dans le domaine des soins gériatriques, ils ne semblent pas avoir été étudiés en profondeur. Il est généralement perçu que l'instabilité de la tension artérielle provoquée par tout sevrage, sans égard aux caractéristiques énumérées ci-dessus concernant l'alcool et les benzodiazépines, rend les personnes âgées vulnérables en raison de leur état physiologique sous-jacent. Le CCDUS a créé un protocole thérapeutique s'adressant aux personnes âgées qui subissent des méfaits liés à des psychotropes sur ordonnance. Ce protocole oriente la prise en charge du sevrage des benzodiazépines et des opioïdes, notamment au moyen de traitements médicamenteux et d'interventions psychosociales comme la thérapie cognitivo-comportementale (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2016).

Bonnet et Preuss (2017) ont récemment publié une revue de la littérature sur le syndrome de sevrage du cannabis. Ils en sont venus à la conclusion que l'arrêt de l'usage régulier de cannabis provoque un syndrome de sevrage précis (qui se manifeste principalement sur les plans de l'humeur et du comportement) d'intensité légère à modérée. Il y a peu d'information disponible sur ce sevrage chez les personnes âgées, bien qu'une étude de cas ait été publiée sur le sevrage soupçonné du dronabinol chez une patiente âgée et malade (Muramatsu, Silva et Ahmed, 2013).



4.10 Conséquences sociales

La littérature sur les conséquences sociales chez les personnes âgées est plutôt limitée. Il existe toutefois certains renseignements sur la maltraitance des personnes âgées, l'éclatement de la famille, l'itinérance, le crime, et l'isolement social et la solitude.

4.10.1 Maltraitance des personnes âgées

L'usage de substances, par la victime ou par l'agresseur, est associé depuis longtemps à la violence et aux comportements abusifs. Aux États-Unis, Jogerst et ses collaborateurs (2012) ont étudié le lien entre les taux de maltraitance familiale des personnes âgées signalés par État et les taux régionaux d'abus de substances. Ils ont constaté que les cas avérés et ayant fait l'objet d'enquêtes sont associés à diverses formes d'abus de substances – et étant donné que les mesures de cas avérés sont limitées, le fait d'arriver à associer l'abus de substances à la maltraitance des personnes âgées est révélateur.

Un rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (2011) fait état des liens suivants entre l'alcool et la maltraitance des personnes âgées :

- Les personnes aux prises avec des problèmes d'alcool peuvent dépendre financièrement de leurs proches, y compris les personnes âgées. Cette dépendance peut inclure le financement de la consommation d'alcool, ce qui entraîne un risque de coercition financière ou matérielle.
- Les aidants qui boivent de façon excessive peuvent négliger leurs responsabilités envers les personnes âgées qui dépendent d'eux.
- L'altération du jugement et de la mémoire découlant de la consommation néfaste d'alcool chez les personnes âgées peut les rendre plus vulnérables à la maltraitance.
- Les aidants peuvent encourager les personnes âgées à boire pour les rendre plus dociles ou pour les exploiter financièrement.
- Les personnes âgées peuvent recourir à l'alcool pour composer avec la maltraitance ou la négligence dont elles sont victimes.
- Les taux dangereux et nocifs de consommation d'alcool sont des facteurs de risque de violence conjugale.

Deux études menées au Canada ont été mentionnées dans le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé, dont le rapport d'un programme de proximité destiné aux personnes âgées ayant des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres substances, qui a conclu que de 15 à 20 % de ses clients étaient victimes de violence psychologique, de violence physique ou d'exploitation financière (Bradshaw et Spencer, 1999). En outre, les auteurs d'une étude de cas de maltraitance de personnes âgées signalés à des organismes canadiens ont conclu que les épisodes graves de consommation d'alcool par l'agresseur se soldaient par des incidents préjudiciables dans 14,6 % des cas de maltraitance (Pittaway et Gallagher, 1995). Enfin, les auteurs d'une étude sur la consommation d'alcool chez des personnes de 60 à 84 ans dans sept villes européennes ont constaté que les personnes âgées faisant l'objet de violence psychologique sont plus susceptibles de boire (Tredal et coll., 2013).

Les troubles cognitifs, la déficience physique et l'isolement social sont des facteurs qui peuvent entraîner une hausse du risque de maltraitance des personnes âgées. Le sexe entre aussi en ligne de compte dans certaines régions où les femmes sont généralement plus à risque. Tant la maltraitance que la consommation nocive d'alcool peuvent entraîner des lésions corporelles, des problèmes financiers, le retrait social, la malnutrition, la dépression et des troubles cognitifs.

4.10.2 Éclatement de la famille

La rupture de la cohésion familiale peut contribuer à l'usage de substances, mais l'inverse est aussi possible : l'usage peut créer des tensions et entraîner un dysfonctionnement familial. L'état de manque associé aux TLUS peut se traduire par des difficultés financières ainsi que des comportements irrationnels, violents ou criminels, qui entraînent des difficultés pour la famille. Les personnes aux prises avec une dépendance peuvent aussi devenir égocentriques, égoïstes et inconscientes des besoins des gens qui les entourent.

La littérature s'intéressant aux personnes âgées est limitée. Moos et ses collaboratrices (2011) ont comparé le fonctionnement personnel, familial et social de maris et de femmes âgés, dont la consommation d'alcool à risque élevé convergeait ou divergeait. Ils ont conclu que la consommation à risque élevé et divergente ne semblait pas être liée à une perturbation du fonctionnement familial chez les couples stables et de longue date. Cependant,

selon une autre étude, les divergences quant à la consommation d'alcool chez les époux (par opposition aux niveaux de consommation) étaient plus étroitement liées à la probabilité de divorce : les couples composés de deux abstinents ou de deux gros buveurs affichaient les taux les plus faibles de divorce (Ostermann, Sloan et Taylor, 2005). Les auteurs d'une étude réalisée en Norvège ont fait état de résultats semblables : la consommation abusive chez les hommes et les femmes fait augmenter le risque de divorce, et chez les abstinents convergents et les gros buveurs convergents, le risque de divorce est moins élevé (Torvik, Røysamb, Gustavson, Idstad et Tambs, 2013).

4.10.3 Itinérance

Lors d'une étude menée aux États-Unis auprès d'adultes itinérants de 50 à 69 ans, 30 % avaient des antécédents de calage d'alcool et 16,8 %, de « problèmes de drogue », selon un indice de gravité de la dépendance (Brown, Kiely, Bharel et Mitchell, 2012). Dans une étude plus récente menée auprès d'itinérants de 50 ans et plus, près des deux tiers des participants présentaient des symptômes de gravité modérée ou supérieure pour au moins une drogue illicite, tandis que 25,8 % présentaient des symptômes de gravité modérée ou supérieure pour l'alcool (Spinelli et coll., 2017). Les auteurs ont observé un lien entre les antécédents d'hospitalisation psychiatrique et les symptômes modérés ou supérieurs pour les drogues illicites, ainsi qu'une association entre la présence de symptômes de dépression majeure et des symptômes de gravité modérée ou supérieure pour l'alcool.

Selon une étude réalisée auprès de vétérans itinérants aux États-Unis, 21 % présentaient une combinaison complexe de troubles d'ordre physique, mental et d'abus de substances (Byrne et coll., 2015). Selon une autre étude réalisée auprès de cette population, 23 % avaient des antécédents d'abus de drogue et 25 %, des antécédents d'abus d'alcool (Van den Berk-Clark et McGuire, 2013).

4.10.4 Crime

D'après un rapport du Service correctionnel du Canada (SCC), plus de 50 % des délinquants âgés sont des délinquants primaires (Uzoaba, 1998). En comparant les données sur les délinquants âgés et plus jeunes en ce qui concerne l'usage de substances, le SCC a constaté que les premiers sont considérablement plus susceptibles d'avoir commencé à boire à un jeune âge, de boire régulièrement, de mélanger alcool et drogue et de boire de façon excessive lors de situations sociales. Ils sont aussi plus susceptibles d'avoir des antécédents d'épisodes de calage et de considérer l'alcool comme un moyen de soulager leur stress.

Selon une autre étude menée auprès de détenus de tous âges dans les établissements fédéraux canadiens, 41 % avaient consommé de l'alcool au moins une fois par semaine dans les six mois précédant leur arrestation, 24,5 %, du cannabis, 17,9 %, de la cocaïne et 4,2 %, de l'héroïne (Brochu et coll., 2001). On estime que 40 % des crimes sont associés à l'usage de substances psychoactives et que l'intoxication pourrait jouer un rôle dans l'altération des fonctions cognitives, notamment la désinhibition.

4.10.5 Solitude et isolement social

Le concept de solitude repose sur l'évaluation subjective relativement au manque de compagnie, au sentiment d'isolement ou à l'absence d'un sentiment d'appartenance (Victor et coll., 2002). L'isolement social, une mesure objective de la taille et de la diversité du réseau social et de la fréquence des interactions sociales, est différent de la solitude, même si ces deux concepts sont associés (Coyle et Dugan, 2012).

Akerlind et Hornquist (1992) ont étudié l'interaction entre la solitude et l'abus d'alcool. Même si les publications à ce sujet sont rares, la solitude pourrait être, selon eux, un important facteur contributif et de maintien en ce qui concerne l'apparition de l'abus d'alcool. Ils signalent aussi un lien entre la solitude et de nombreuses psychopathologies. En revanche, Canham et ses collaborateurs (2016) ont récemment publié un article sur le lien entre consommation d'alcool et solitude chez des buveurs de 50 ans et plus, et leurs résultats indiquent que la solitude est associée à une fréquence réduite de consommation; ils n'ont observé aucun



lien entre solitude et consommation à risque ou calage. Une explication possible du lien entre consommation fréquente et diminution de la solitude : l'alcool peut favoriser la camaraderie et l'intimité; dans certains contextes, l'alcool est considéré comme un « lubrifiant social ». Cependant, il sera nécessaire d'effectuer d'autres recherches pour découvrir s'il existe un seuil au-delà duquel la solitude peut entraîner la consommation excessive d'alcool.

En ce qui a trait à l'isolement social, l'absence d'amis proches est associée à plusieurs troubles de l'humeur et troubles anxieux (Chou, Liang et Sareen, 2011). Dans un même ordre d'idées, l'absence de contacts fréquents avec les membres d'un réseau (p. ex. un groupe religieux) est associée à l'abus d'alcool, à la dépendance à l'alcool, à l'abus de substances et à la dépendance à la nicotine.

4.11 Conclusion

Selon les données disponibles, qui sont plutôt limitées, il est évident que l'usage de substances chez les personnes âgées peut entraîner diverses conséquences néfastes. Cependant, des recherches plus approfondies seront nécessaires pour bien comprendre toutes les répercussions se manifestant chez différents sous-groupes de personnes âgées, notamment celles qui présentent des comorbidités importantes. Il sera aussi nécessaire d'élaborer des lignes directrices sur l'usage de substances ciblant cette population pour mieux orienter les soins et la réduction des méfaits relatifs à l'usage, tant à court qu'à long terme. Le prochain chapitre s'intéressera aux problèmes de consommation chez les personnes âgées présentant des comorbidités médicales et psychiatriques importantes.



Bibliographie

Agence de la santé publique du Canada. *Chutes chez les aînés au Canada : deuxième rapport*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2014.

Agence de la santé publique du Canada. *Prévention des blessures chez les aînés*, 2015. Consulté sur le site : www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/ips-pba-fra.php

Akerlind, I. et J.O. Hornquist. « Loneliness and alcohol abuse: a review of evidences of an interplay », *Social Science & Medicine*, vol. 34 (1992), p. 405–414.

Anstey, K.J., H.A. Mack et N. Cherbuin. « Alcohol consumption as a risk factor for dementia and cognitive decline: meta-analysis of prospective studies », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 17, n° 7 (2009), p. 542–555.

Arendt, M., P. Munk-Jørgensen, L. Sher et S.O. Jensen. « Mortality following treatment for cannabis use disorders: predictors and causes », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 44, n° 4 (2013), p. 400–406.

Ashton, H. « The diagnosis and management of benzodiazepine dependence », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 18, n° 3 (2005), p. 249–255.

Authier, N., D. Balayssac, M. Sautereau, A. Zangarelli, P. Courty, A.A. Somogyi, ... et A. Eschalier. « Benzodiazepine dependence: focus on withdrawal syndrome », *Annales pharmaceutiques françaises*, vol. 67, n° 6 (2009), p. 408–413.

Barnett, K., S.W. Mercer, M. Norbury, G. Watt, S. Wyke et B. Guthrie. « Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study », *The Lancet*, vol. 380, n° 9836 (2012), p. 37–43.

Bayoumi, I., L. Dolovich, B. Hutchison et A. Holbrook. « Medication-related emergency department visits and hospitalizations among older adults », *Médecin de famille canadien*, vol. 60, n° 4 (2014), p. e217–222.

Bersani, G., F.S. Bersani, E. Caroti, P. Russo, G. Albano, G. Valeriani, ... et O. Corazza. « Negative symptoms as key features of depression among cannabis users: a preliminary report », *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, vol. 20, n° 3 (2016), p. 547–552.

Billioti de Gage, S., B. Begaud, F. Bazin, H. Verdoux, J.F. Dartigues, K. Peres, ... et A. Pariente. « Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study », *BMJ*, vol. 345 (2012), p. e6231.

Blow, F.C., L.M. Brockmann et K.L. Barry. « Role of alcohol in late-life suicide », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 28, n° s1 (2004).

Boden, J.M. et D.M. Fergusson. « Alcohol and depression », *Addiction*, vol. 106 (2011), p. 906–914.

Boffetta, P. et M. Hashibe. « Alcohol and cancer », *The Lancet Oncology*, vol. 7, n° 2 (2006), p. 149–156.

Boissoneault, J., A. Sklar, R. Prather et S.J. Nixon. « Acute effects of moderate alcohol on psychomotor, set shifting, and working memory function in older and younger social drinkers », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 75, n° 5 (2014), p. 870–879.

Bohnert, K.M., M.A. Ilgen, S. Louzon, J.F. McCarthy et I.R. Katz. « SUDs and the risk of suicide mortality among men and women in the US Veterans Health Administration », *Addiction*, vol. 112, n° 7 (2017), p. 1193–1201.

Bonnet, U. et U.W. Preuss. « The cannabis withdrawal syndrome: current insights », *Substance Abuse and Rehabilitation*, vol. 8 (2017), p. 9.

Borges, G., C.L. Bagge, C.J. Cherpitel, K.R. Conner, R. Orozco et I. Rossow. « A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt », *Psychological Medicine*, vol. 47, n° 5 (2017), p. 949–957.

Borkenstein, R.F. *The role of the drinking driver in traffic accidents*, Bloomington (Ind.), Indiana University, 1964.

Bowden, S.C. « Alcohol-related dementia and Wernicke-Korsakoff syndrome », *Dementia*, vol. 4 (2010), p. 730–737.

Bradshaw, D. et C. Spencer. « The role of alcohol in elder abuse cases ». Dans J. Pritchard (éd.), *Elder abuse work: best practice in Britain and Canada*, 1999, p. 332–353.

Brown, R.T., D.K. Kiely, M. Bharel et S.L. Mitchell. « Geriatric syndromes in older homeless adults », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 27, n° 1 (2012), p. 16–22.



Brochu, S., M.M. Cousineau, M. Gillet, L.G. Cournoyer, K. Pernanen et L. Motiuk. Les drogues, l'alcool et la criminalité : Profil des détenus fédéraux canadiens, *FORUM - Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 13, n° 3 (2001), p. 20–23.

Broyd, S.J., H.H. van Hell, C. Beale, M. Yücel et N. Solowij. « Acute and chronic effects of cannabinoids on human cognition: a systematic review », *Biological Psychiatry*, vol. 79, n° 7 (2016), p. 557–567.

Buckeridge, D., A. Huang, J. Hanley, A. Kelome, K. Reidel, A. Verma, ... et R. Tamblyn. « Risk of injury associated with opioid use in older adults », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 58, n° 9 (2010), p. 1664–1670.

Byrne, T., J.D. Fargo, A.E. Montgomery, C.B. Roberts, D.P. Culhane et V. Kane. « Screening for homelessness in the Veterans Health Administration: monitoring housing stability through repeat screening », *Public Health Reports*, vol. 130, n° 6 (2015), p. 684–692.

Canham, S.L., P.M. Mauro, C.N. Kaufmann et A. Sixsmith. « Association of alcohol use and loneliness frequency among middle-aged and older adult drinkers », *Journal of Aging and Health*, vol. 28, n° 2 (2016), p. 267–284.

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Protocole thérapeutique de la sensibilisation au rétablissement pour les personnes âgées (de 65 ans et plus) subissant les méfaits de psychotropes sur ordonnance*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2016.

Chikritzhs, T. et R. Pascal. « Trends in alcohol consumption and related harms for Australians aged 65 to 74 Years (the 'young-old'), 1990–2003 », Perth (Australie occidentale), National Drug Research Institute, Curtin University, 2005.

Choi, E.J., S.A. Kim, N.R. Kim, J.-A. Rhee, Y.-W. Yun et M.-H. Shin. « Risk factors for falls in older Korean adults: the 2011 Community Health Survey », *Journal of Korean Medical Science*, vol. 29, n° 11 (2014), p. 1482–1487.

Choi, N.G., D.M. DiNitto et C.N. Marti. « Risk factors for self-reported driving under the influence of alcohol and/or illicit drugs among older adults », *The Gerontologist*, vol. 56, n° 2 (2014), p. 282–291.

Chou, K.L., K. Liang et J. Sareen. « The association between social isolation and DSM-IV mood, anxiety, and SUDs: wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions », *The Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 72, n° 11 (2011), p. 1468–1476.

Clegg, A. et J.B. Young. « Which medications to avoid in people at risk of delirium: a systematic review », *Age and Ageing*, vol. 40, n° 1 (2010), p. 23–29.

Coyle, C.E. et E. Dugan. « Social isolation, loneliness, and health among older adults », *Journal of Aging and Health*, vol. 24 (2012), p. 1346–1363.

Cousins, G., R. Galvin, M. Flood, M.-C. Kennedy, N. Motterlini, M.C. Henman, ... et T. Fahey. « Potential for alcohol and drug interactions in older adults: evidence from the Irish Longitudinal Study on Ageing », *BMC Geriatrics*, vol. 14 (2014), p. 57.

Darvishi, N., M. Farhadi, T. Haghtalab et J. Poorolajal. « Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis », *PLoS One*, vol. 10, n° 5 (2015), p. e0126870.

Davies, E.A. et M.S. O'Mahony. « Adverse drug reactions in special populations: the elderly », *British Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 80, n° 4 (2015), p. 796–807.

Degenhardt, L. et W. Hall. « Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease », *The Lancet*, vol. 397, n° 9810 (2012), p. 55–70.

Degenhardt, L., W. Hall et M. Lynskey. « Exploring the association between cannabis use and depression », *Addiction*, vol. 98, n° 11 (2003), p. 1493–1504.

Devanand, D.P. « Comorbid psychiatric disorders in late life depression », *Biological Psychiatry*, vol. 52, n° 3 (2002), p. 236–242.

Diem, S., S.K. Ewing, K.L. Stone, S. Ancoli, S. Redline et K.E. Ensrud. « Use of non-benzodiazepine sedative hypnotics and risk of falls in older men », *Journal of Gerontology & Geriatric Research*, vol. 3, n° 3 (2014), p. 158.

Dublin, S., R.L. Walker, S.L. Gray, R.A. Hubbard, M.L. Anderson, O. Yu, ... et E.B. Larson. « Prescription opioids and risk of dementia or cognitive decline: a prospective cohort study », *Journal of the American Geriatric Psychiatry*, vol. 63, n° 8 (2015), p. 1519–1526.

Dufour, M.D. et R.K. Fuller. « Alcohol in the elderly », *Annual Review of Medicine*, vol. 46, n° 1 (1995), p. 123–132.

Eshkoor, S.A., T.A. Hamid, S.S. Nudin et C.Y. Mun. « Does substance abuse contribute to further risk of falls in dementia », *Neuropsychology, Development, and Cognition, Section B: Aging, Neuropsychology and Cognition*, vol. 21, n° 3 (2014), p. 317.

Feingold, D., I. Goor-Aryeh, S. Bril, Y. Delayahu et S. Lev-Ran. « Problematic use of prescription opioids and medicinal cannabis among patients suffering from chronic pain », *Pain Medicine*, vol. 18, n° 2 (2017), p. 294–306.

Fink, D.S., R. Hu, M. Cerdá, K.M. Keyes, B.D. Marshall, S. Galea et S.S. Martins. « Patterns of major depression and nonmedical use of prescription opioids in the United States », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 153 (2015), p. 258–264.

Fischer, B., S. Intiaz, K. Rudzinski et J. Rehm. « Crude estimates of cannabis-attributable mortality and morbidity in Canada: implications for public health focused intervention priorities », *Journal of Public Health*, vol. 38, n° 1 (2015), p. 183–188.

Fischer, B., Y. Murphy, P. Kurdyak et E.M. Goldner. « Depression: a major but neglected consequence contributing to the health toll from prescription opioids? », *Psychiatry Research*, vol. 243 (2016), p. 331–334.

Gisev, N., S. Hartikainen, T.F. Chen, M. Korhonen et J.S. Bell. « Mortality associated with benzodiazepines and benzodiazepine-related drugs among community-dwelling older people in Finland: a population-based retrospective cohort study », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 56, n° 6 (2011), p. 377–381.

Gowran, A., J. Noonan et V.A. Campbell. « The multiplicity of action of cannabinoids: implications for treating neurodegeneration », *CNS Neuroscience & Therapeutics*, vol. 17, n° 6 (2011), p. 637–644.

Gudin, J.A., S. Mogali, J.D. Jones et S.D. Comer. « Risks, management, and monitoring of combination opioid, benzodiazepines, and/or alcohol use », *Postgraduate Medicine*, vol. 125, n° 4 (2013), p. 115–130.

Hansen, R.N., D.M. Boudreau, B.E. Ebel, D.C. Grossman et S.D. Sullivan. « Sedative hypnotic medication use and the risk of motor vehicle crash », *American Journal of Public Health*, vol. 105, n° 8 (2015), p. e64–e69.

Harper, C. « The neuropathology of alcohol-related brain damage », *Alcohol & Alcoholism*, vol. 44, n° 2 (2009), p. 136–140.

Hu, S., W.S. Sheng, J.R. Lokensgard et P.K. Peterson. « Morphine induces apoptosis of human microglia and neurons », *Neuropharmacology*, vol. 42, n° 6 (2002), p. 829–836.

Hulse, G.K., N.T. Lautenschlager, R.J. Tait et O.P. Almeida. « Dementia associated with alcohol and other drug use », *International Psychogeriatrics*, vol. 17, suppl. 1 (2005), p. s109–127.

Hurt, R.D., R.E. Finlayson, R.M. Morse et L.J. Davis. « Alcoholism in elderly persons: medical aspects and prognosis of 216 inpatients », *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 63, n° 8 (1988), p. 753–760.

Institut canadien d'information sur la santé. *Hospitalisations liées aux réactions indésirables aux médicaments chez les personnes âgées, de 2006 à 2011*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2013.

Institut canadien d'information sur la santé. *Hospitalisations et visites au service d'urgence liées à une intoxication aux opioïdes au Canada*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2016.

Institut canadien d'information sur la santé. *Méfaits de l'alcool au Canada : hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool et stratégies de réduction des méfaits*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017.

Jogerst, G.J., J.M. Daly, L.J. Galloway, S. Zheng et Y. Xu. « Substance abuse associated with elder abuse in the United States », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 38, n° 1 (2012), p. 63–69.

Karaca-Mandic, P., E. Meara et N.E. Morden. « The growing problem of co-treatment with opioids and benzodiazepines », *BMJ*, vol. 356 (2017), p. j1224.

Karounos, M., A. Kendrick-Adey, T. Rosen, D. Delgado, S. Clark, M. Stern, ... et N. Flomembaum. « Alcohol withdrawal in the elderly: a systematic review », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 61, 2013, p. s178.





Kendler, K.S., H. Ohlsson, J. Sundquist et K. Sundquist. « AUD and mortality across the lifespan: a longitudinal cohort and co-relative analysis », *JAMA Psychiatry*, vol. 73, n° 6 (2016), p. 575–581.

Kendler, K.S., H. Ohlsson, K. Sundquist et J. Sundquist. « Drug abuse-associated mortality across the lifespan: a population-based longitudinal cohort and co-relative analysis », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 52, n° 7 (2017), p. 877–886.

Kim, H., T. Kisseleva et D.A. Brenner. « Aging and liver disease », *Current Opinion in Gastroenterology*, vol. 31, n° 3 (2015), p. 184–191.

Koh, S., R. Gorney, N. Badre et D. Jeste. « Substance use among older adults in clinical textbook of addictive disorders ». Dans A.H. Mack, K.T. Brady, S.I. Miller et R.J. Frances (éd.), *Clinical textbook of addictive disorders (4th ed.)*, New York (NY), Guilford Press, 2015, p. 443–461.

Kuźma, E., D.J. Llewellyn, K.M. Langa, R.B. Wallace et I.A. Lang. « History of alcohol risk disorders and risk of severe cognitive impairment: a 19-year prospective cohort study », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 22, n° 10 (2014), p. 1047–1054.

Larney, S., A. Bohnert, D. Ganoczy, M. Ilgen, F. Blow et L. Degenhardt. « Mortality among older adults with opioid use disorders in the Veterans Health Administration, 2000–2011 », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 147 (2015), p. 32–37.

Letizia, M. et M. Reinbolz. « Identifying and managing acute alcohol withdrawal in the elderly », *Geriatric Nursing*, vol. 26, n° 3 (2005), p. 176–183.

Lev-Ran, S., M. Roerecke, B. Le Foll, T.P. George, K. McKenzie et J. Rehm. « The association between cannabis use and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies », *Psychological Medicine*, vol. 44, n° 4 (2014), p. 797–810.

Lintzeris, N., C. Rivas, L.A. Monds, S. Leung, A. Withall et B. Draper. « Substance use, health status and service utilisation of older clients attending specialist drug and alcohol services », *Drug and Alcohol Review*, vol. 35, n° 2 (2016), p. 223–231.

Liskow, B.I., C. Rinck, J. Campbell et C. DeSouza. « Alcohol withdrawal in the elderly », *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 50, n° 5 (1989), p. 414–421.

Lundqvist, T. « Imaging cognitive deficits in drug abuse ». Dans D.W. Self et J.K. Staley Gottschalk (éd.), *Behavioral neuroscience of drug addiction*, Berlin, Springer, 2010, p. 247–275.

Madhusoodanan, S. et O.J. Bogunovic. « Safety of benzodiazepines in the geriatric population », *Expert Opinion on Drug Safety*, vol. 3, n° 5 (2004), p. 485–493.

Markota, M., T.A. Rummans, J.M. Bostwick et M.I. Lapid. « Benzodiazepine use in older adults: dangers, management, and alternative therapies », *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 91, n° 11 (2016), p. 1632–1639.

McInnis, O. et A. Porath-Waller. *Dissiper la fumée entourant le cannabis : usage chronique, fonctionnement cognitif et santé mentale – version actualisée*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2016.

McLean, G., J. Gunn, S. Wyke, B. Guthrie, G.C. Watt, D.N. Blane et S.W. Mercer. « The influence of socioeconomic deprivation on multimorbidity at different ages: a cross-sectional study », *British Journal of General Practice*, vol. 64, n° 624 (2014), p. e440–447.

Meuleners, L.B., J. Duke, A.H. Lee, P. Palamara, J. Hildebrand et J.Q. Ng. « Psychoactive medications and crash involvement requiring hospitalization for older drivers: a population-based study », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 59, n° 9 (2011), p. 1575–1580.

Moos, R.H., K.K. Schutte, P.L. Brennan et B.S. Moos. « Personal, family and social functioning among older couples concordant and discordant for high-risk alcohol consumption », *Addiction*, vol. 106, n° 2 (2011), p. 324–334.

Moore, A.A., E.J. Whiteman et K.T. Ward. « Risks of combined alcohol/medication use in older adults », *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, vol. 5, n° 1 (2007), p. 64–74.

Morin, J., S. Wiktorsson, T. Marlow, P.J. Olesen, I. Skoog et M. Waern. « AUD in elderly suicide attempters: a comparison study », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 21, n° 2 (2013), p. 196–203.

Mukamal, K.J., M.A. Mittleman, W.T. Longstreth, A.B. Newman, L.P. Fried et D.S. Siscovick. « Self-reported alcohol consumption and falls in older adults: cross-sectional and longitudinal analyses of the Cardiovascular Health Study », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 52, n° 7 (2004), p. 1174–1179.

Muramatsu, R.S., N. Silva et I. Ahmed. « Suspected dronabinol withdrawal in an elderly cannabis-naïve medically ill patient », *American Journal of Psychiatry*, vol. 170, n° 7 (2013), p. 804.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Older adults*, sans date. Consulté sur le site : www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/special-populations-co-occurring-disorders/older-adults

O’Connell, H., A.V. Chin, C. Cunningham et B. Lawlor. « AUDs in elderly people: redefining an age old problem in old age », *BMJ*, vol. 327, n° 7416 (2003), p. 664.

Organisation mondiale de la Santé. *Elder abuse and alcohol fact sheet*, 2011. Consulté sur le site : www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/ft_elder.pdf?ua=1

Oslin, D.W. et M.S. Cary. « Alcohol-related dementia: validation of diagnostic criteria », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 11, n° 4 (2003), p. 441–447

Ostermann, J., F.A. Sloan et D.H. Taylor. « Heavy alcohol use and marital dissolution in the USA », *Social Science & Medicine*, vol. 61, n° 11 (2005), p. 2304–2316.

Palmaro, A., J. Dupouy et M. Lapeyre-Mestre. « Benzodiazepines and risk of death: results from two large cohort studies in France and UK », *European Neuropsychopharmacology*, vol. 25, n° 10 (2015), p. 1566–1577.

Papaleontiou, M., C.R. Henderson, B.J. Turner, A.A. Moore, Y. Olkhovskaya, L. Amanfo et M.C. Reid. « Outcomes associated with opioid use in the treatment of chronic noncancer pain in older adults: a systematic review and meta-analysis », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 58, n° 7 (2010), p. 1353–1369.

Pariante, A., S.B. de Gage, N. Moore et B. Bégaud. « The benzodiazepine–dementia disorders link: current state of knowledge », *CNS Drugs*, vol. 30, n° 1 (2016), p. 1–7.

Parker, G.B. et R.K. Graham. « Determinants of treatment-resistant depression: the salience of benzodiazepines », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 203, n° 9 (2015), p. 659–663.

Patorno, E., R.J. Glynn, R. Levin, M.P. Lee et K.F. Huybrechts. « Benzodiazepines and risk of all cause mortality in adults: cohort study », *BMJ*, vol. 358 (2017), p. j2941.

Patten, S.B. « Still no evidence that benzodiazepines cause depression », *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, vol. 12, n° 1 (2008), p. 85–88.

Peters, R., J. Peters, J. Warner, N. Beckett et C. Bulpitt. « Alcohol, dementia and cognitive decline in the elderly: a systematic review », *Age and Ageing*, vol. 37, n° 5 (2008), p. 505–512.

Pittaway, E. et E. Gallagher. *A guide to enhancing services for abused older Canadians*, Victoria (C.-B.), Office for Seniors & Interministry Committee on Elder Abuse, 1995.

Rau, C.-S., T.-S. Lin, S.-C. Wu, J.C.-S. Yang, S.-Y. Hsu, T.-Y. Cho et C.-H. Hsieh. « Geriatric hospitalizations in fall-related injuries », *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, vol. 22 (2014), p. 63.

Rehm, J., A.V. Samokhvalov et K.D. Shield. « Global burden of alcoholic liver diseases », *Journal of Hepatology*, vol. 59, n° 1 (2013), p. 160–168.

Richardson, K., K. Bennett et R.A. Kenny. « Polypharmacy including falls risk-increasing medications and subsequent falls in community-dwelling middle-aged and older adults », *Age and Ageing*, vol. 44, n° 1 (2014), p. 90–96.

Ridley, N.J., B. Draper et A. Withall. « Alcohol-related dementia: an update of the evidence », *Alzheimer's Research & Therapy*, vol. 5, n° 1 (2013), p. 3.

Rolita, L., A. Spegman, X. Tang et B.N. Cronstein. « Greater number of narcotic analgesic prescriptions for osteoarthritis is associated with falls and fractures in elderly adults », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 61, n° 3 (2013), p. 335–340.





Rudisill, T.M., M. Zhu, G.A. Kelley, C. Pilkerton et B.R. Rudisill. « Medication use and the risk of motor vehicle collisions among licensed drivers: a systematic review », *Accident Analysis & Prevention*, vol. 96 (2016), p. 255–270.

Sabioni, P., J. Bertram et B. Le Foll. « Off-label use of medications for treatment of benzodiazepine use disorder », *Current Pharmaceutical Design*, vol. 21, n° 23 (2015), p. 3306–3310.

Scherrer, J.F., J. Salas, L.A. Copeland, E.M. Stock, F.D. Schneider, M. Sullivan, ... et P.J. Lustman. « Increased risk of depression recurrence after initiation of prescription opioids in noncancer pain patients », *Journal of Pain*, vol. 17, n° 4 (2016), p. 473–482.

Seitz, H.K. et F. Stickel. « Alcoholic liver disease in the elderly », *Clinical Geriatric Medicine*, vol. 23, n° 4 (2007), p. 905–921

Slattum, P.W. et O.E. Hassan. « Medications, alcohol, and aging ». Dans A. Kuerbis, A.A. Moore, P. Sacco et F. Zanjani (éd.), *Alcohol and aging: clinical and public health perspectives*, Cham (Suisse), Springer International Publishing, 2016, p. 117–129.

Smith, J.W. « Medical manifestations of alcoholism in the elderly », *International Journal of the Addictions*, vol. 30, n° 13–14 (1995), p. 1749–1798.

Spinelli, M.A., C. Ponath, L. Tieu, E.E. Hurstak, D. Guzman et M. Kushel. « Factors associated with substance use in older homeless adults: results from the HOPE HOME study », *Substance Abuse*, vol. 38, n° 1 (2017), p. 88–94.

Stenbacka, M., B. Jansson, A. Leifman et A. Romelsjö. « Association between use of sedatives or hypnotics, alcohol consumption, or other risk factors and a single injurious fall or multiple injurious falls: a longitudinal general population study », *Alcohol*, vol. 28, n° 1 (2002), p. 9–16.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Substance abuse among older adults (Treatment Improvement Protocol No. 26)*, Rockville (Md.), chez l’auteur, 1998.

Sullivan, L.E., D.A. Fiellin et P.G. O’Connor. « The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review », *American Journal of Medicine*, vol. 118, n° 4 (2005), p. 330–341.

Tait, R.J., D.J. French, R.A. Burns, J.E. Byles et K.J. Anstey. « Alcohol, hospital admissions, and falls in older adults: a longitudinal evaluation », *International Psychogeriatrics*, vol. 25, n° 6 (2013), p. 901–912.

Tesfazion, A.A. « Emergency department visits for drug-related suicide attempts among middle-aged adults aged 45 to 64 ». Dans *The CBHSQ report*, Rockville (Md.), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013.

Torvik, F.A., E. Røysamb, K. Gustavson, M. Idstad et K. Tambs. « Discordant and concordant alcohol use in spouses as predictors of marital dissolution in the general population: results from the hunt study », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 37, n° 5 (2013), p. 877–884.

Tredal, I., J.J. Soares, Ö. Sundin, E. Viitasara, M.G. Melchiorre, F. Torres-Gonzales, ... et H. Barros. « Alcohol use among abused and non-abused older persons aged 60–84 years: a European study », *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 20, n° 2 (2013), p. 96–109.

Tune, L.E. « Serum anticholinergic activity levels and delirium in the elderly », *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, vol. 5, n° 2 (2000), p. 149–153.

Uzoaba, J. *La gestion des délinquants âgés : où en sommes-nous?*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel du Canada, 1998.

Van den Berk-Clark, C. et J. McGuire. « Elderly homeless veterans in Los Angeles: chronicity and precipitants of homelessness », *American Journal of Public Health*, vol. 103, n° S2 (2013), p. s232–238.

Victor, C.R., S.J. Scambler, S. Shah, D.G. Cook, T. Harris, E. Rink et S. De Wilde. « Has loneliness amongst older people increased? An investigation into variations between cohorts », *Ageing & Society*, vol. 22, n° 5 (2002), p. 585–597.

Violan, C., Q. Foguet-Boreu, G. Flores-Mateo, C. Salisbury, J. Blom, M. Freitag, ... et J.M. Valderas. « Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies », *PloS One*, vol. 9, n° 7 (2014), p. e102149.

Wadd, S. et C. Papadopoulos. « Drinking behaviour and alcohol-related harm amongst older adults: analysis of existing UK datasets », *BMC Research Notes*, vol. 7, n° 1 (2014), p. 741.

Woolcott, J.C., K.J. Richardson, M.O. Wiens, B. Patel, J. Marin, K.M. Khan et C.A. Marra. « Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons », *Archives of Internal Medicine*, vol. 169, n° 21 (2009), p. 1952–1960.

Young, M.M. et R. Jesseman. *Répercussions des troubles liés aux substances sur l’utilisation des services hospitaliers*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014.

Zhang, Y., X.H. Zhou, D.H. Meranus, L. Wang et W.A. Kukull. « Benzodiazepine use and cognitive decline in elderly with normal cognition », *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, vol. 30, n° 2 (2016), p. 113–117.

Zhong, G., Y. Wang, Y. Zhang et Y. Zhao. « Association between benzodiazepine use and dementia: a meta-analysis », *PloS One*, vol. 10, n° 5 (2015), p. e0127836.

Zhu, M. et T. Rudisill. *Prescription medication, illegal drug, and alcohol use among elderly drivers killed in U.S. motor vehicle collisions, 2006–2012*, exposé lors de la American Public Health Association Annual Meeting and Expo, New Orleans (La.), novembre 2014.





CHAPITRE

05

Problèmes de santé concomitants : facteurs à prendre en considération

Karolina Kozak, M.Sc.

Candidate au doctorat, Institut des sciences médicales, Université de Toronto

Dr Tony P. George, M.D., FRCPC

Chef de la division des dépendances, Centre de toxicomanie et de santé mentale, et co-directeur, Division du cerveau et des agents thérapeutiques, Département de psychiatrie, Université de Toronto

SURVOL

- Une grande proportion des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques, comme la schizophrénie, le trouble bipolaire, la dépression et l'anxiété, consomment des drogues illicites ou des médicaments sur ordonnance à des fins non médicales.
- Dans la population âgée, les problèmes de santé physique, comme les maladies cardiovasculaires, pourraient être aggravés par l'usage problématique de substances.
- Les personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques et de problèmes de santé physique concomitants (p. ex. diabète, accident vasculaire cérébral, insomnie, douleur chronique) courent un risque accru d'être aussi atteintes de troubles liés à l'usage de substances.
- Lorsque les troubles liés à l'usage de substances qui s'ajoutent à des maladies physiques ou mentales sont associés à la douleur chronique ou à l'insomnie, ils peuvent entraîner l'usage problématique de substances ou des interactions néfastes entre médicaments sur ordonnance et en vente libre.
- Dans un contexte où la demande de services intégrés de santé physique et mentale et de traitement des dépendances destinés aux personnes âgées est en hausse, nous devons mener plus d'études axées sur les personnes âgées présentant des troubles liés à l'usage de substances et des maladies physiques ou mentales concomitantes.
- Des traitements préventifs et intégrés sont essentiels pour traiter les problèmes de santé concomitants dans la population âgée.

5.1 Introduction

En 2061, on s'attend à ce que les personnes âgées représentent 28 % de la population canadienne (Statistique Canada, 2016). Et pourtant, même si elles ont une espérance de vie plus élevée que jamais en raison d'avancées sanitaires (Gfroerer, Penne, Pemberton et Folsom, 2003), elles sont exposées à diverses issues négatives sur le plan de la santé, entre autres à un risque accru de délires et de chutes, ainsi qu'à des comorbidités comme le diabète, l'hypertension et la démence.

En revanche, les personnes âgées affichent des taux moins élevés de troubles liés à l'usage de substances (TLUS) que les personnes plus jeunes. En effet, environ 1,9 % des adultes de 45 ans et plus et moins de 1 % de ceux de 65 ans et plus ont un TLUS, ce qui est beaucoup plus bas que le taux de prévalence de 11,9 % observé chez les jeunes (Pearson, Janz et Ali, 2013). Le nombre de personnes âgées admises dans des programmes de traitement de l'usage de substances est aussi moins élevé

(Kuerbis, Sacco, Blazer et Moore, 2014). C'est pourquoi il y a une fausse perception répandue selon laquelle les personnes âgées ne font pas un usage problématique de substances. Cependant, selon des données récentes, la prévalence des TLUS dans la génération des baby-boomers est en augmentation comparativement aux cohortes précédentes de personnes âgées (Gfroerer et coll., 2003; Kuerbis et coll., 2014).

Les baby-boomers constituent une population distincte de personnes nées entre 1946 et 1965 dont le point de vue en ce qui a trait à l'alcool et à la drogue contraste avec celui de la cohorte précédente, appelée « génération grandiose » (Ekerdt, De Labry, Glynn et Davis, 1989; Gfroerer et coll., 2003; Savage, 2014). On s'attend à ce que le nombre de baby-boomers ayant un TLUS augmente, passant de 2,8 millions en 2006 à 5,7 millions en 2020 (Han, Gfroerer, Colliver et Penne, 2009). Comme le montre le tableau 1, l'éventail de TLUS dans cette population englobe tant les substances licites qu'illicites, et c'est le trouble lié à l'usage d'alcool qui est le plus souvent déclaré.

Tableau 1. Prévalence de TLUS dans la population âgée (50 ans et plus)

TLUS	Prévalence (%)	Référence
Alcool	2–22	Kuerbis et coll., 2014; Oslin, 2005
Benzodiazépines	11	Holroyd et Duryee, 1997
Cannabis	1,3–4,5	Blazer et Wu, 2009a, 2009b; Hasin et coll., 2015; Wu et Blazer, 2014
Cocaïne	2	Rivers et coll., 2004
Hallucinogènes	0,1	Blazer et Wu, 2009a
Héroïne	< 0,05	Blazer et Wu, 2009a
Méthamphétamine	5	Klassen, Katzman et Chokka, 2010
Opioides (à des fins non médicales)	1,4	Blazer et Wu, 2009b
Stimulants	< 1	Blazer et Wu, 2009a
Tabac	13–14	Marinho, Laks, Coutinho et Blay, 2010

Les TLUS qui se manifestent en concomitance avec des maladies physiques ou mentales peuvent être associés à la douleur aiguë ou chronique et à l'insomnie, et donner lieu au mésusage, à des « abus » ou à des interactions néfastes avec des médicaments sur ordonnance et en vente libre (Kuerbis et coll., 2014). Une forte association a été observée entre les effets de troubles cognitifs (p. ex. trouble cognitif léger, démence) et l'usage de substances chez les personnes de moins de 65 ans, le lien étant particulièrement fort en ce qui concerne le cannabis (Lyketsos, Garrett, Liang et Anthony, 1999). En outre, les troubles psychiatriques concomitants dans les cohortes âgées ont été fortement corrélés à certains TLUS (surtout la schizophrénie et les troubles liés à l'usage de tabac).

Pourtant, peu de recherches ont été menées sur les TLUS chez les personnes âgées présentant des comorbidités psychiatriques (Kuerbis et coll., 2014). La plupart des programmes publics de traitement de l'usage de substances se sont concentrés sur des populations plus jeunes : en effet, seulement 7 % des patients admis avaient 50 ans et plus (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2000). Il sera primordial de réorienter les soins de traitement principalement vers les populations âgées pour répondre aux besoins particuliers de ce sous-groupe de consommateurs de substances, étant donné que d'ici 2020, le groupe des 50 ans et plus englobera l'ensemble des baby-boomers et des membres de la génération suivante (personnes nées entre 1965 et 1970), qui affichent des taux élevés d'usage de drogues illicites (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1996).

5.2 Concomitance de troubles liés à l'usage de substances et de maladies mentales chez les personnes âgées : aspects cliniques

L'édition actuelle du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) définit le « trouble de l'usage d'une substance » comme un trouble mental (First, 2013). À noter que des troubles mentaux vont souvent accompagner les TLUS, ce qui signifie qu'en plus d'un TLUS, les personnes âgées peuvent être aussi atteintes de troubles mentaux relatifs à l'humeur, à la psychose, à l'anxiété, ou d'autres TLUS.

Depuis les années 1990, on constate une hausse de l'usage de substances illicites chez les personnes âgées ayant des troubles psychiatriques concomitants (Han et coll., 2009; Patterson et Jeste, 1999; Simoni-Wastila et Yang, 2006). Dans une étude, la prévalence de TLUS se chiffrait à 20 % chez les patients âgés utilisant des services de psychiatrie à l'externe, les principales substances concernées étant l'alcool, les narcotiques et les benzodiazépines (Holroyd et Duryee, 1997). Selon une autre étude, les troubles de l'humeur et de la personnalité étaient le plus souvent associés à l'« abus d'alcool » chez 21 % des patients de 55 ans et plus hospitalisés en psychiatrie (Speer et Bates, 1992). Goldstein et ses collaboratrices (1996) sont venues confirmer ces résultats, démontrant que des troubles liés à l'usage d'alcool étaient présents chez 23 à 44 % des patients âgés hospitalisés en psychiatrie.

Malgré cette prévalence croissante, peu d'études ont été réalisées sur les TLUS chez les personnes âgées utilisant des services de psychiatrie. Cependant, on sait que certains troubles psychiatriques accompagnent souvent des TLUS, notamment la schizophrénie/psychose, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson et d'autres TLUS concomitants.

5.2.1 Schizophrénie/psychose

Près de 50 % des patients schizophrènes présentent aussi des TLUS (Volkow, 2009), ce qui correspond au taux de TLUS dans la population générale. Toutefois, la prévalence de TLUS concomitants chez les cohortes âgées est moins élevée que chez les cohortes plus jeunes. Selon certaines recherches, étant donné que la schizophrénie se manifeste habituellement entre 18 et 24 ans, les patients âgés sont plus stables et moins susceptibles d'être dépendants à des substances (Vanasse et coll., 2012). D'après une étude récente menée au Québec, les patients schizophrènes de 65 ans et plus étaient moins susceptibles que les plus jeunes de consommer des substances ou de se rendre souvent à l'urgence (Ngamini-Ngui et coll., 2014). Ces conclusions correspondent à celles des auteurs d'une étude antérieure réalisée à Montréal, qui n'avaient observé aucune augmentation constante au fil du temps du nombre annuel de visites aux fins de traitement d'un TLUS chez les patients schizophrènes âgés (Chaput et Lebel, 2007).



La concomitance de la schizophrénie chronique et d'un TLUS est le plus souvent associée aux troubles liés à l'usage du tabac (72 à 90 %; Smith, Mazure et McKee, 2014), de cannabis (20 à 65 %; Koskinen, Lohonen, Koponen, Isohanni et Miettunen, 2010; Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2015) et d'alcool (20,6 %; Koskinen, Lohonen, Koponen, Isohanni et Miettunen, 2009). Des études donnent à penser que la vulnérabilité neurobiologique des patients schizophrènes ainsi que la présence de facteurs de stress environnementaux (p. ex. l'usage de substances) pourraient contribuer aux rechutes et à la poursuite des symptômes psychotiques en comorbidité avec l'usage de substances (Kozak, Barr et George, 2017). En outre, les déficits cognitifs seraient plus apparents chez des patients schizophrènes âgés, ce qui entraînerait davantage d'« abus de substances » (Bowie, Serper, Riggio et Harvey, 2005).

Des chercheurs ont aussi montré que les conséquences néfastes à long terme de l'usage de substances sur la structure et le fonctionnement du cerveau pourraient être plus prononcées chez les patients schizophrènes âgés comparativement aux plus jeunes (Allen, Goldstein et Weiner, 2001). Il a donc été avancé que la mortalité prématurée chez les patients schizophrènes est fortement associée aux effets secondaires de substances comme le tabac et le cannabis, plus particulièrement le risque accru de maladie cardiovasculaire et de cancer du poumon (Olsson, Gerhard, Huang, Crystal et Stroup, 2015). Il est donc important de s'attaquer à cette comorbidité, étant donné que les TLUS chez les personnes schizophrènes sont associés à une aggravation des symptômes, à des déficits cognitifs et à la perturbation du rétablissement fonctionnel (Volkow, 2009). L'augmentation des coûts de santé enregistrée chaque année en ce qui a trait à d'autres troubles psychotiques, comme le trouble bipolaire, vient aussi mettre ce besoin en évidence.

5.2.2 Trouble bipolaire

Peu d'études ont visé exclusivement les TLUS chez des patients vieillissants ayant un trouble bipolaire (de type I ou de type II), mais la forte prévalence de TLUS dans cette population (9 à 29 %) a attiré l'attention (Sajatovic, Blow et Ignacio, 2006). Les principales inquiétudes soulevées à ce sujet concernent les conséquences médicales et fonctionnelles négatives de l'usage excessif de substances, qui peuvent aggraver la présentation de la maladie (Lagerberg et coll., 2010). Il importe de noter que les patients sont plus vulnérables aux effets

secondaires physiques et liés aux médicaments en raison de modifications pharmacocinétiques liées à l'âge, de la polypharmacie et de comorbidités multiples (Lala et Sajatovic, 2012). Comparativement aux patients ayant seulement un trouble bipolaire, ceux qui présentent des comorbidités ont des taux plus élevés d'hospitalisation, de suicide, d'instabilité de l'humeur et de non-observance thérapeutique, ainsi que des épisodes maniaques et dépressifs plus prononcés (Strakowski, DelBello, Fleck et Arndt, 2000). Les complications liées à la dépendance à l'alcool à long terme et à la toxicité ou à la surdose d'opioïdes et de stimulants réduiraient l'espérance de vie de 10 à 12 ans (Hjorthøj et coll., 2015).

Chez les personnes âgées, le trouble bipolaire est le trouble psychiatrique associé au taux le plus élevé de troubles concomitants liés à l'usage d'alcool, qui varie de 13 à 25 % (Dols et coll., 2014; Grey et Hall, 2016). Les autres substances faisant souvent l'objet d'un mésusage par les personnes âgées présentant un trouble bipolaire sont le tabac, les benzodiazépines, la cocaïne, les amphétamines, les opioïdes sur ordonnance, les opioïdes illicites et le cannabis (Bhuvaneswaran, Hargrave et Brown, 2017). Le trouble bipolaire et le trouble lié à l'usage d'alcool sont souvent concomitants en raison de facteurs de risque communs, notamment une plus grande impulsivité, une scolarité moins longue, l'âge tardif au moment du diagnostic, ainsi que des épisodes dépressifs et un comportement criminel plus importants (Aas et coll., 2016).

Les options thérapeutiques pour les personnes âgées présentant à la fois un trouble bipolaire et un TLUS sont limitées. Divers médicaments et thérapies comportementales sont utilisés, par exemple :

- La prise de sédatifs hypnotiques et de benzodiazépines peut être traitée par le recours à des inhibiteurs de la cholinestérase, à l'oxcarbazépine et au phénobarbital. Ces options n'ont pas encore été testées, mais elles sont prometteuses en raison de leur efficacité pour améliorer l'humeur et la fonction cognitive dans cette population (Lehmann et Forester, 2017).
- Les troubles liés à l'usage de cocaïne chez les personnes âgées présentant un trouble bipolaire ont été traités à l'aide de la citicoline, de la lamotrigine et de la quétiapine. Cependant, ces traitements ont une efficacité variable, qui diminue avec le temps (Brown et coll., 2015).

- En ce qui concerne les troubles liés à l'usage d'opioïdes chez les patients ayant un trouble bipolaire, les traitements prodigués en cabinet et le traitement d'entretien à la méthadone ont été employés (Lehmann et Forester, 2017).
- Le traitement d'entretien au valproate a été utilisé chez des patients présentant un trouble bipolaire et une dépendance à l'alcool. Cependant, puisque l'âge moyen des participants à l'étude était de 37,5 ans, la pertinence de ce traitement chez les personnes âgées est inconnue (Salloum et coll., 2005).

5.2.3 Dépression

La consommation abusive d'alcool est fortement associée à des troubles de l'humeur comme l'anxiété et la dépression chez les personnes de 65 ans et plus (Kirchner et coll., 2007; Loscalzo, Sterling, Weinstein et Salzman, 2017). L'alcool semble aussi être lié à un risque accru de chutes et de morbidité médicale chez les patients âgés, et il s'agit d'un indicateur prévisionnel indépendant du risque de suicide dans cette population (Dombrowski, Norrell et Holroyd, 2016; Waern, 2003).

Selon une enquête épidémiologique longitudinale du National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, le nombre d'épisodes dépressifs majeurs serait quatre fois plus élevé chez les personnes ayant des antécédents de dépendance à l'alcool (Hasin et Grant, 2002). Selon une autre étude, les personnes âgées qui ont fait état de symptômes dépressifs couraient un risque plus élevé de consommation problématique d'alcool, particulièrement les plus jeunes d'entre elles (Rodriguez, Schonfeld, King-Kallimanis et Gum, 2010).

Dombrowski et ses collaboratrices (2016) ont récemment effectué une étude rétrospective en se servant de données recueillies sur une période de 10 ans auprès de 1 788 patients âgés en psychiatrie. Parmi ces patients, 11,7 % avaient un TLUS, le trouble lié à l'usage d'alcool étant le plus fréquent (73,3 %) et la dépression majeure étant le diagnostic concomitant le plus fréquent (26,1 %). En revanche, selon une autre étude, les personnes âgées dépressives affichaient une prévalence moins élevée de troubles liés à l'usage d'alcool (Merrick et coll., 2008). Ces différences justifient la réalisation d'autres études sur les TLUS et les troubles psychiatriques concomitants dans la population âgée.



5.2.4 Troubles anxieux

La présence simultanée de troubles anxieux et de TLUS a été observée chez les personnes âgées. Par exemple, près de 30 % des personnes de 50 ans et plus faisant de l'anxiété présentaient un trouble lié à l'usage de cannabis pendant l'année précédente (Choi, DiNitto et Marti, 2016). En outre, selon le National Comorbidity Survey [enquête nationale sur les comorbidités], les personnes âgées présentant un trouble lié à l'usage d'alcool étaient de deux à trois fois plus susceptibles d'avoir aussi un trouble anxieux (Kessler et coll., 1997).

Les troubles liés à l'usage d'alcool sont régulièrement observés en concomitance avec certains troubles de l'humeur et troubles anxieux (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2016); selon une étude de Chou et



ses collaborateurs (2011), sur une période de trois ans, 2 % des adultes de 60 ans et plus ayant un trouble lié à l'usage d'alcool présentaient maintenant un nouveau trouble d'anxiété généralisée. L'âge avancé a aussi été associé à l'apparition de la dépendance à l'alcool en raison des complications d'ordre social et médical qui surviennent au fil du vieillissement (Brady et Sinha, 2005; Hurt, Finlayson, Morse et Davis, 1988). Fait intéressant : la concomitance des troubles anxieux et des troubles liés à l'usage d'alcool a été observée autant chez les hommes que chez les femmes âgées (Byers, Yaffe, Covinsky, Friedman et Bruce, 2010).

En raison des répercussions importantes qu'ont les TLUS et troubles anxieux concomitants sur les résultats pour la santé, d'autres recherches devraient être menées dans cette population, et d'autres options thérapeutiques devraient être étudiées.

5.2.5 Trouble de stress post-traumatique

Les troubles psychiatriques comme le trouble de stress post-traumatique (TSPT) sont souvent traités avec des psychotropes (surtout les benzodiazépines et les antidépresseurs) pour favoriser le sommeil. Avec ce traitement, il y a un risque accru de TLUS, étant donné qu'il se peut que les personnes âgées « abusent » de médicaments sur ordonnance ou d'autres substances (p. ex. le cannabis) pour soulager les symptômes du TSPT (Brady et Sinha, 2005). Chez de nombreux vétérans, il y a concomitance du TSPT et d'un TLUS; de 64 à 84 % de ceux présentant un TSPT répondent aux critères de trouble lié à l'usage d'alcool au cours de la vie, et de 40 à 44 %, aux critères de dépendance à la nicotine (Vorspan, Mehtelli, Dupuy, Bloch et Lépine, 2015).

5.2.6 Maladie d'Alzheimer/maladie de Parkinson

On entend souvent que des professionnels de la santé sous-diagnostiquent, diagnostiquent mal ou sous-traitent les patients âgés présentant des symptômes associés aux TLUS, attribuant ceux-ci à la maladie d'Alzheimer ou à la maladie de Parkinson. Même s'il n'existe aucune recherche sur la prévalence des TLUS en comorbidité avec l'une ou l'autre de ces maladies, il est important de reconnaître cette possibilité en raison de la baisse prononcée de la tension artérielle associée à la combinaison de l'alcool et des médicaments prescrits pour la maladie de Parkinson (Lieber, 1991). En raison des effets sédatifs de substances comme l'alcool (Hendler, Ramchandani, Gilman et Hommer, 2013), les personnes présentant un trouble cognitif ne

devraient pas boire (Ridley, Draper et Withall, 2013), bien que des données indiquent qu'une consommation d'alcool légère à modérée pourrait prévenir les troubles cognitifs (Moore, Whiteman et Ward, 2007).

Certaines études se sont aussi intéressées au degré d'influence de l'alcool sur le risque de contracter la maladie d'Alzheimer. Bien que ce lien puisse sembler plausible selon les données biologiques, il en va autrement des données épidémiologiques (Tyas, 2001). D'autres recherches devront être menées à ce sujet.

5.2.7 TLUS multiples

La prévalence de TLUS multiples est élevée chez les personnes âgées, les troubles concomitants liés à l'usage de tabac et d'alcool étant les plus courants (Moore et coll., 2009). Dans une étude menée auprès de personnes âgées atteintes de TLUS, 4 % en avaient plusieurs, un pourcentage moins élevé que les 32 % observés chez les 18 à 64 ans (Chaput, Beaulieu, Paradis et Labonté, 2011). Selon une autre étude, plus de 60 % des personnes qui avaient déjà consommé du cannabis et 80 % de celles qui l'avaient fait durant l'année précédente présentaient aussi des troubles liés à l'usage de substances autres que le cannabis (Choi et coll., 2016). Chez la population âgée, la consommation de cannabis précède souvent celle d'autres drogues illicites (Fergusson, Boden et Horwood, 2006), et la dépendance s'installe beaucoup plus rapidement chez les consommateurs de cannabis que chez les consommateurs d'alcool ou de tabac (Lopez-Quintero et coll., 2011). Fait intéressant : les personnes âgées sont plus susceptibles de chercher à se faire soigner si elles présentent en comorbidité des troubles liés à l'usage de cannabis et d'autres substances ou de tabac (Choi et coll., 2016).

L'usage de plusieurs substances entraîne des risques de modifications biologiques qui peuvent accroître les effets sédatifs de substances comme les benzodiazépines ou les opioïdes (Kuerbis et coll., 2014). Il se peut toutefois que les personnes âgées ne soient pas conscientes de ces interactions néfastes, ce qui peut entraîner davantage de répercussions sur leur santé. On en sait peu sur les habitudes de consommation simultanée de plusieurs substances dans la population âgée. Étant donné que les personnes âgées affichent des taux élevés de comorbidités psychiatriques ainsi que de dépendance à l'alcool et à d'autres substances, il est important de mettre au point des traitements ciblant précisément ces combinaisons.

5.2.8 Conclusions

Une bonne partie des patients âgés ayant des troubles psychiatriques consomment des drogues illicites ou s'adonnent au mésusage de médicaments sur ordonnance (Woo et Chen, 2010). En définitive, les TLUS concomitants ont un effet négatif sur la gravité et le pronostic des diagnostics principaux de maladie mentale. La prévalence élevée de résultats positifs aux dépistages urinaires dans les services d'urgence psychiatrique vient étayer l'importance d'offrir des options thérapeutiques aux personnes âgées présentant à la fois TLUS et maladies mentales. En outre, le fardeau économique que représentent pour les systèmes de santé les maladies mentales et les TLUS concomitants chez les personnes âgées (p. ex. séjours prolongés à l'hôpital, visites fréquentes) confirme le besoin d'effectuer plus de recherches dans ce domaine. Les patients vivent plus longtemps, mais ils présentent plusieurs troubles qui nécessitent plus de soins; l'amélioration des critères diagnostiques et des options thérapeutiques est donc primordiale pour s'attaquer à ce problème d'envergure mondiale.

5.3 Concomitance de troubles liés à l'usage de substances et de comorbidités médicales chez des personnes âgées : aspects cliniques

Certains problèmes médicaux présents dans la population âgée peuvent être aggravés par l'usage problématique de substances. Avec le vieillissement, l'organisme devient moins tolérant aux substances; il se peut donc que leurs effets se manifestent plus rapidement et intensément au troisième âge qu'auparavant. Les personnes âgées sont aussi moins susceptibles de chercher à faire traiter un problème de consommation, étant donné que les problèmes de santé concomitants diminuent leur capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne. L'absence de traitement peut ensuite aggraver des problèmes de santé comme les cardiopathies, l'hypertension, le diabète et les troubles de la mémoire.

5.3.1 Coronaropathies

Les TLUS et les affections cardiovasculaires comme les cardiopathies peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé physique des personnes âgées. Même si on avance souvent qu'une consommation d'alcool légère

à modérée réduit le risque de coronaropathies et de décès, une forte consommation d'alcool peut aggraver les maladies cardiovasculaires ainsi que la rétinopathie et la neuropathie diabétiques (Moore et coll., 2007). En outre, environ 18 % des patients de 50 ans et plus suivant un traitement d'entretien à la méthadone souffrent d'un problème cardiaque (Rosen, Smith et Reynolds, 2008). Le tabagisme est aussi un déterminant de coronaropathie chez les personnes âgées, et le risque de coronaropathie attribuable au tabagisme est plus élevé chez les femmes âgées, ainsi que chez les femmes ayant des antécédents d'infarctus du myocarde ou de diabète (Steptoe, Kerry, Rink et Hilton, 2001; Willett et coll., 1987).

Des études indiquent qu'en cessant de boire de l'alcool, les personnes âgées atteintes de coronaropathie peuvent réduire les risques de résultats négatifs sur la santé, y compris de décès (LaCroix et coll., 1991). Par conséquent, il est primordial de s'attarder aux effets néfastes associés à la concomitance d'un TLUS et d'une coronaropathie pour accroître la sensibilisation à ces problèmes de santé évitables.

5.3.2 Maladies cérébrovasculaires

On observe fréquemment que les personnes âgées ayant subi un accident ischémique cérébral étaient atteintes d'un TLUS avant l'incident (Williams, Ghose et Swindle, 2004). Par exemple, dans cette tranche d'âges, la forte consommation d'alcool peut faire augmenter le risque d'accident vasculaire cérébral hémorragique et d'athérosclérose cardiovasculaire ou aggraver ces problèmes (Kalla et Figueredo, 2017; Reynolds et coll., 2003). Le risque d'accident vasculaire cérébral, tous types confondus, augmente en présence de tabagisme, et diminue après l'abandon du tabagisme (Shah et Cole, 2010). Bien que les taux de tabagisme soient généralement moins élevés chez les personnes de 65 ans et plus (Shah et Cole, 2010), de nombreux mécanismes biologiques et psychosociaux font augmenter le risque de mortalité lié à l'accident vasculaire cérébral en présence de tabagisme. Parmi ces mécanismes, notons l'altération du fonctionnement immunitaire, la déficience cognitive et fonctionnelle, l'alimentation inadéquate et le chômage (Williams et coll., 2004). La dépression après un accident vasculaire cérébral peut aggraver davantage l'usage problématique de substances et contribuer à une augmentation de la mortalité à long terme chez les personnes âgées (Williams et coll., 2004). Au bout du





compte, les mécanismes biologiques et psychosociaux à l'origine d'une hausse du risque chez la population âgée en présence de TLUS et d'un accident vasculaire cérébral méritent d'être étudiés plus en profondeur.

5.3.3 Diabète

La prévalence des troubles liés à l'usage d'alcool est élevée au troisième âge, ce qui entraîne des carences en vitamines essentielles (p. ex. thiamine, folate), des problèmes de santé mentale (p. ex. troubles de l'humeur, perte de mémoire à court terme) et l'apparition d'une stéatose hépatique (Ferreira et Weems, 2008). Chez les personnes diabétiques, une consommation importante d'alcool est associée à la rétinopathie diabétique (Young, McCulloch, Prescott et Clarke, 1984) et à la neuropathie diabétique (McCulloch, Campbell, Prescott et Clarke, 1980). Puisque l'alcool inhibe le métabolisme énergétique dans le foie, les diabétiques qui prennent de l'alcool sans manger s'exposent à un risque élevé d'hypoglycémie (Turner, Jenkins, Kerr, Sherwin et Cavan, 2001).

Par comparaison, une incidence plus faible de diabète non insulinodépendant dans cette population est associée à une consommation d'alcool légère à modérée (Djousse, Biggs, Mukamal et Siscovick, 2007). En fait, certaines études ont démontré les effets bénéfiques d'une consommation modérée d'alcool sur la diminution du risque de décès pour cause de coronaropathie chez les personnes atteintes de ce type de diabète (Valmadrid, Klein, Moss, Klein et Cruickshanks, 1999). Néanmoins, comme l'alcool risque d'aggraver les effets secondaires et de nuire aux effets thérapeutiques des médicaments contre le diabète, il sera important d'effectuer d'autres recherches pour faire la lumière sur ces résultats en apparence contradictoires.

En outre, la prévalence du diabète chez les personnes âgées suivant un traitement d'entretien à la méthadone pour un TLUS est élevée : Rosen et ses collaborateurs (2008) ont découvert que 11,4 % des patients de 50 ans et plus suivant un tel traitement étaient diabétiques.

5.3.4 VIH/sida

Près de 50 % des personnes vivant avec le VIH/sida ont fait état d'antécédents passés ou actuels de TLUS (Bing et coll., 2001), alors qu'un peu plus de la moitié des femmes séropositives pour le VIH (51 %) ont des antécédents de TLUS (Morrison et coll., 2002). Dans la population âgée, lorsqu'il y a une concomitance entre un TLUS et le VIH, c'est souvent le trouble lié à l'usage de

cannabis qui est en cause : 13 % des personnes âgées séropositives pour le VIH en consomment régulièrement (à des fins médicales ou récréatives) pour stimuler l'appétit et soulager des douleurs neuropathiques persistantes (Rabkin, McElhiney et Ferrando, 2004). Des études ont aussi montré que les personnes âgées vivant avec le VIH/sida sont de grands consommateurs d'alcool et de cocaïne (Durvasula et Miller, 2014; Tobias, Lippmann, Pary, Oropilla et Embry, 1989).

En règle générale, la concomitance d'un TLUS et du VIH/sida entraîne une immunodéficience (atténuation de la réponse immunitaire), une augmentation des comportements sexuels à risque (p. ex. ne pas utiliser de condom, avoir plusieurs partenaires sexuels) et un grand recours aux services de santé (Chander, Himelhoch et Moore, 2006). En outre, les personnes âgées vivant avec le VIH/sida et un TLUS transmettent directement le virus en raison de comportements sexuels à risque plus élevé ou de l'échange de matériel d'injection contaminé (Klinkenberg et Sacks, 2004). Étant donné que les personnes âgées vivant avec le VIH/sida pourraient courir des risques différents par rapport aux TLUS, il est important de chercher à diagnostiquer ces derniers.

5.3.5 Insomnie

Les troubles liés à l'usage de benzodiazépines sont généralement associés à des taux plus élevés d'insomnie et d'anxiété dans la population âgée (Egan, Moride, Wolfson et Monette, 2000). En effet, dans une étude, 42 % des personnes âgées souffrant d'insomnie avaient reçu une ordonnance de benzodiazépines en soins primaires (Simon et Ludman, 2006). Dans une autre étude, des benzodiazépines avaient été prescrites à 31,4 % des 65 à 80 ans, contre 14,7 % des 18 à 35 ans, et le taux de prescription était deux fois plus élevé chez les femmes âgées que chez les hommes âgés (Olson, King et Schoenbaum, 2015). Il n'y a là rien d'étonnant, car la prévalence de l'insomnie augmente avec l'âge; cependant, des lignes directrices cliniques recommandent des options non pharmacologiques pour traiter l'insomnie, dont l'hygiène du sommeil, le contrôle des stimulus et la relaxation, les benzodiazépines n'étant prescrites qu'à court terme (National Institute for Health and Care Excellence, 2004). Pourtant, 24,3 % des Canadiens de 65 ans et plus feraient usage de benzodiazépines à action prolongée (Preville et coll., 2012), ce qui est alarmant compte tenu des risques associés aux changements pharmacodynamiques et pharmacocinétiques liés à l'âge (Madhusoodanan et Bogunovic, 2004).



JEANNE

Jeanne, femme de 67 ans qui habite à Halifax, vient de prendre sa retraite de l'entreprise où elle a travaillé pendant 37 ans. Son mari est décédé il y a six mois. Sa fille unique, Samantha, vit à Edmonton avec sa fille de deux ans et vient de traverser un divorce difficile. Jeanne voulait donc passer du temps avec sa fille et sa petite-fille.

Par le passé, le médecin de famille de Jeanne l'a traitée pour une dépression majeure, de l'hypertension et un diabète de type 2. Dernièrement, elle a commencé à faire de l'anxiété et a vécu ses premières attaques de panique, probablement provoquées par les nombreuses responsabilités qu'elle a dû assumer depuis le décès de son mari. Il y a quatre mois, le médecin de Jeanne lui a remis une ordonnance mensuelle d'une benzodiazépine (lorazépam, 1 mg) pour traiter son insomnie et son anxiété. Même si elle avait juré de n'en prendre que si elle en avait vraiment besoin, elle en prend presque tous les jours.

Dans la hâte de prendre son vol vers Edmonton, Jeanne a oublié ses médicaments. Étant donné qu'elle et son mari voyageaient souvent dans le cadre de leur travail, elle a pu être surclassée en classe affaires. Comme il y a eu beaucoup de turbulences durant le vol, elle admet avoir pris « quelques verres gratuits de trop » pour se calmer. Deux jours après son arrivée à Edmonton, Jeanne a dit à sa fille qu'elle ne se sentait pas bien. Prise de convulsions quelques heures plus tard, elle a été transportée à l'urgence. Sur place, le médecin traitant a conclu que Jeanne avait eu des convulsions provoquées par le sevrage d'un sédatif hypnotique et l'a fait hospitaliser pour la garder en observation.

EXEMPLE CLINIQUE





L'insomnie chronique est définie par des difficultés à s'endormir ou des réveils hâtifs pendant au moins deux semaines (Ford et Kamerow, 1989). Une fausse perception répandue chez les personnes âgées est que l'alcool les aide à s'endormir. Bien que ce soit plausible chez des personnes plus jeunes, il faut savoir qu'une tolérance à l'alcool peut rapidement s'installer et nuire au sommeil, ce qui peut entraîner la perturbation des habitudes de sommeil et de l'insomnie chez les personnes âgées (Roehrs et Roth, 2001). Fait intéressant : selon une étude, l'insomnie pourrait être un facteur déterminant dans l'apparition de problèmes d'alcool au troisième âge et les rechutes (Oslin et Liberto, 1995). D'autres recherches seront nécessaires pour déterminer si la consommation d'alcool aggrave l'insomnie dans la population âgée.

5.3.6 Douleur chronique

Depuis dix ans, de nombreuses personnes âgées ont indiqué s'adonner à la consommation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance prescrits pour soulager leur douleur chronique. Ce type de consommation s'inscrit dans une épidémie invisible de polypharmacie dans la population âgée (Kalapatapu et Sullivan, 2010). Le cannabis est la substance consommée le plus souvent par les baby-boomers pour soulager la douleur chronique et les symptômes de problèmes de santé (Lau et coll., 2015a). Beaucoup de gens croient à tort que prendre du cannabis comporte peu de risques, particulièrement lorsqu'on le compare à d'autres drogues illicites ou à l'alcool. De nombreuses personnes âgées considèrent le cannabis comme une option plus sécuritaire, comportant un risque de dépendance moins élevé et des effets secondaires moins néfastes (Lau et coll., 2015b). Pourtant, les patients de 50 ans et plus chez qui la présence de cannabis est détectée courent un risque accru d'être hospitalisés, d'être opérés et de séjourner à l'hôpital.

La plupart des adultes qui fument du cannabis au troisième âge entretiennent cette habitude depuis l'adolescence; cette consommation à long terme pourrait être associée à l'aggravation de problèmes de santé physique et mentale existants (Choi et coll., 2016). Une prévalence accrue de la consommation de cannabis chez les personnes âgées aujourd'hui par rapport aux générations précédentes pourrait avoir une incidence sur le système de santé, p. ex. en raison d'une hausse des coûts découlant de séjours prolongés à l'hôpital pour cause d'événements indésirables liés à cette substance (Pacula, Ringel, Dobkin et Truong, 2008).

5.3.7 Conclusions

La concomitance de problèmes de santé et de TLUS est très fréquente chez les personnes âgées. Bien que les fournisseurs de soins de santé puissent facilement écarter des affections graves comme les problèmes cardiaques, le diabète, le VIH/sida ou la douleur chronique chez les patients plus jeunes, auprès de patients âgés, la tâche n'est pas si simple. Étant donné que des troubles médicaux communs peuvent influencer sur les TLUS dans cette population, de meilleures options diagnostiques et thérapeutiques sont nécessaires.

5.4 Traitement factuel des comorbidités chez les personnes âgées

On estime que la proportion de personnes de 50 ans et plus qui auront besoin d'un traitement pour leur usage de substances passera de 4 % en 1995 à 34 % d'ici 2020 (Wu et Blazer, 2011). En plus des sous-diagnostics fréquents de TLUS en comorbidité chez les personnes âgées, les personnes de plus de 60 ans sont souvent exclues d'essais cliniques portant sur l'innocuité et l'efficacité de traitements nouveaux ou existants. Cela dit, les modèles existants de traitement – dont l'observation directe et le traitement d'entretien à la méthadone (dans des sous-groupes précis de consommateurs de substances), l'entrevue motivationnelle et la thérapie cognitivo-comportementale – favorisent l'observance et réduisent l'usage de substances chez des patients âgés traités à l'externe (Durvasula et Miller, 2014).

Les effets du vieillissement sur le circuit de la récompense et les changements psychologiques associés au vieillissement (p. ex. plus grande sagesse, réduction des comportements à risque) pourraient influencer sur les types de TLUS et leur manifestation chez les personnes âgées, ainsi que sur l'efficacité des changements comportementaux (Lim et Yu, 2015). Les problèmes médicaux et psychiatriques concomitants pourraient aussi influencer sur le choix de traitement et les options possibles. Les caractéristiques biologiques et psychosociales propres aux personnes âgées qui les prédisposent à la dépendance, ainsi que d'autres facteurs de risque comme la polypharmacie, doivent donc être pris en considération lors du recours à diverses options thérapeutiques.



Dans les programmes ciblant les personnes âgées, les groupes expérimentaux affichent de meilleurs taux de poursuite du traitement que les groupes témoins (Kofoed, Tolson, Atkinson, Toth et Turner, 1987). Ces programmes font notamment appel à des options pharmacologiques, à des interventions psychosociales et à des approches intégrées.

5.4.1 Options pharmacologiques

Les personnes âgées ont accès à plusieurs traitements pharmacologiques, selon le TLUS. Compte tenu des changements pharmacodynamiques et pharmacocinétiques liés à l'âge, les doses requises sont généralement plus faibles dans la population âgée. Jusqu'à maintenant, la plupart des études dans ce domaine étaient axées sur le traitement du tabagisme et de la consommation d'alcool dans cette population. Les traitements pharmacologiques du tabagisme sont notamment la varénicline, le bupropion et la thérapie de remplacement de la nicotine, comme les timbres de nicotine (Tait et coll., 2007). En ce qui concerne les troubles liés à l'usage d'alcool, la naltrexone et le disulfirame sont souvent utilisés, et leur efficacité à réduire la consommation et à prévenir les rechutes a été démontrée (Oslin, Liberto, O'Brien, Krois et Norbeck, 1997). Les troubles liés à l'usage d'opioïdes sont souvent traités avec la méthadone et la buprénorphine/naloxone (Gossop et Moos, 2008).

Les pharmacothérapies sont utilisées moins souvent pour les TLUS en comorbidité avec des affections physiques et psychiatriques chez les personnes âgées en raison des nombreuses interactions possibles avec les médicaments servant déjà à traiter les comorbidités. Néanmoins, des recherches ont été menées auprès de groupes présentant des comorbidités, p. ex. une étude portant sur le recours à la lamotrigine chez des adultes vivant avec le VIH et consommant du crack (Margolin, Avants, DePhilippis et Kosten, 1998). L'efficacité de la varénicline pour l'abandon du tabagisme a été démontrée chez les patients schizophrènes (Pachas et coll., 2012; Williams et coll., 2012) et ceux atteints du trouble bipolaire (Chengappa et coll., 2014). Cependant, ces études ont été réalisées auprès de groupes dont l'âge moyen était d'environ 46 ans.

5.4.2 Interventions psychosociales

L'efficacité de plusieurs interventions psychosociales a été prouvée chez les personnes âgées atteintes de TLUS. Certaines des options moins intensives proposées sont des interventions rapides (counseling relativement non structuré) visant la diminution de l'usage de substances (Fleming, Barry, Manwell, Johnson et London, 1997). Par exemple, de 10 à 30 % des personnes ayant une consommation problématique d'alcool ont réduit leur consommation après seulement une à trois séances d'intervention rapide (Fleming, Manwell, Barry, Adams et Stauffacher, 1999).

Si les interventions rapides ne sont pas efficaces, des interventions motivationnelles devraient être envisagées. Ces techniques évaluent la volonté d'une personne à changer son usage de substances (Purath, Keck et Fitzgerald, 2014). La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) entraîne aussi la diminution de la consommation d'alcool chez des personnes âgées présentant des TLUS en les aidant à se fixer des objectifs et à concevoir des stratégies favorisant le changement (Morin et coll., 2004). La TCC semble prometteuse chez les personnes âgées atteintes de problèmes concomitants d'ordre physique et psychiatrique (Edinger, Wohlgenuth, Radtke, Marsh et Quillian, 2001). Dans une étude portant sur des personnes vivant avec un TLUS et le VIH/sida, la TCC adaptée à l'homosexualité et la thérapie de soutien social (qui adapte le traitement aux expériences sociétales et interpersonnelles des hommes homosexuels) ont donné lieu à une diminution de moitié de l'usage de substances (Durvasula et Miller, 2014). Des groupes de sensibilisation utilisant des concepts et des processus apparentés à ceux de la TCC se sont aussi avérés efficaces auprès des personnes âgées ayant un TLUS (Kuerbis et coll., 2014).

5.4.3 Approches de soins intégrés

En général, comparativement aux adultes plus jeunes, les patients âgés participent plus facilement et sur une plus longue période aux programmes de traitement intégré qui proposent des interventions psychosociales et pharmacothérapeutiques en combinaison (Lemke et Moos, 2003). Par exemple, l'entrevue motivationnelle a souvent été intégrée à des programmes de traitement à la méthadone, se traduisant par l'adoption de comportements sexuels à moindre risque chez les personnes vivant avec le VIH/sida



et un TLUS (Durvasula et Miller, 2014). Cependant, comme l'étude en question a été réalisée auprès de personnes d'âge moyen, il faudra mener d'autres recherches auprès des personnes âgées.

L'intégration aux soins primaires généraux de services de dépistage et d'interventions rapides ciblant les TLUS et les troubles de santé physique ou mentale concomitants pourrait donner lieu à une diminution des coûts de santé occasionnés par la population âgée. À l'heure actuelle, la disponibilité de ces approches est limitée dans cette population; il sera donc important d'inclure adéquatement les personnes âgées aux approches intégrées existantes.

En outre, compte tenu des changements pharmacodynamiques et pharmacocinétiques liés à l'âge, il se peut que les personnes âgées aient besoin de doses inférieures de médicaments, comparativement à la population générale. Les études à venir devraient donc chercher à inclure les personnes âgées dans la mise à l'essai de traitements.

5.5 Conclusion

Il existe manifestement un besoin de programmes adaptés aux personnes âgées atteintes de TLUS. Bien que l'alcool soit la principale substance problématique au troisième âge, la hausse de la consommation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance (comme les opioïdes et les benzodiazépines) et l'augmentation de l'usage de drogues illicites sont de nouveaux problèmes auxquels il faut s'attaquer.

D'ici 2020, on estime que 56 % des personnes de 50 ans et plus auront pris des substances au moins une fois dans leur vie, ce qui est près du double du taux de 26 % enregistré en 2001 (Gfroerer et coll., 2003). Plus alarmant encore, le nombre de personnes âgées qui auront besoin d'un traitement pour leur consommation de drogues illicites devrait augmenter de 500 % entre 1995 et 2020 (Gfroerer et Epstein, 1999). Étant donné que la population âgée dans le monde connaîtra une hausse spectaculaire au cours des prochaines décennies, les besoins en traitements et services de santé adaptés aux patients âgés présentant un TLUS vont probablement continuer d'augmenter. Ces statistiques mettent en évidence la nécessité de continuer à cibler les populations plus jeunes, puisque cela pourrait contribuer à réduire le nombre de personnes âgées souffrant de TLUS à long terme.

La prévalence élevée des TLUS dans les populations âgées soulève des inquiétudes, surtout en raison de l'incidence possible de diagnostics concomitants comme les troubles psychiatriques, l'hypertension, l'anémie, la démence, le diabète, le délirium et le suicide. Situation également préoccupante : la prévalence des cas de sous-signalement de TLUS en raison de la stigmatisation ou du sous-diagnostic chez les professionnels de la santé (DeMers, Dinsio et Carlson, 2014; McGinty, Goldman, Pescosolido et Barry, 2015). Il arrive souvent que les cliniciens qui traitent les personnes âgées ne détectent pas les TLUS, ce qui les amène à sous-estimer leur indice de suspicion pour des comorbidités qui pourraient autrement passer pour des chutes ou des troubles cognitifs. Cependant, des données de surveillance indiquent que 10 % des hospitalisations chez les personnes âgées utilisant des services de psychiatrie sont associées à un TLUS, d'où l'importance de mettre au point de meilleurs programmes de traitement et de mieux reconnaître les diagnostics concomitants.

La sensibilisation aux TLUS auprès des personnes âgées et de leurs fournisseurs de soins pourrait aider les cliniciens dans leurs efforts de diagnostic et de traitement. La connaissance des diagnostics de santé mentale survenant en comorbidité avec les TLUS chez les personnes âgées pourrait aussi aider à mieux prévoir les risques et à diminuer les coûts en santé. Le chapitre suivant étudie en détail le dépistage et l'évaluation de l'usage problématique de substances dans cette population.

Bibliographie

Aas, M., C. Henry, O.A. Andreassen, F. Bellivier, I. Melle et B. Etain. « The role of childhood trauma in bipolar disorders », *International Journal of Bipolar Disorders*, vol. 4, n° 1 (2016), p. 2. doi:10.1186/s40345-015-0042-0

Allen, D.N., G. Goldstein et C. Weiner. « Differential neuropsychological patterns of frontal- and temporal-lobe dysfunction in patients with schizophrenia », *Schizophrenia Research*, vol. 48, n° 1 (2001), p. 7–15.

Bhuvaneswaran, C., R. Hargrave et E.S. Brown. « Older age bipolar disorder and substance use ». Dans S.W. Lehmann et B.P. Forester (éd.), *Bipolar disorder in older age patients*, Cham (Suisse), Springer International Publishing, 2017, p. 83–107.

Bing, E.G., M.A. Burnam, D. Longshore, J.A. Fleishman, C.D. Sherbourne, A.S. London, ... et M. Shapiro. « Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States », *Archives of General Psychiatry*, vol. 58, n° 8 (2001), p. 721–728.

Blazer, D.G. et L.T. Wu. « The epidemiology of substance use and disorders among middle aged and elderly community adults: national survey on drug use and health », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 17, n° 3 (2009a), p. 237–245. doi:10.1097/JGP.0b013e318190b8ef

Blazer, D.G. et L.T. Wu. « Nonprescription use of pain relievers by middle-aged and elderly community-living adults: National Survey on Drug Use and Health », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 57, n° 7 (2009b), p. 1252–1257. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02306.x

Bowie, C.R., M.R. Serper, S. Riggio et P.D. Harvey. « Neurocognition, symptomatology, and functional skills in older alcohol-abusing schizophrenia patients », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 31, n° 1 (2005), p. 175–182. doi:10.1093/schbul/sbi001

Brady, K.T. et R. Sinha. « Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress », *American Journal of Psychiatry*, vol. 162, n° 8 (2005), p. 1483–1493. doi:10.1176/appi.ajp.162.8.1483

Brown, E.S., J.P. Todd, L.T. Hu, J.M. Schmitz, T.J. Carmody, A. Nakamura, ... et A. Lo. « A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of citicoline for cocaine dependence in bipolar I disorder », *American Journal of Psychiatry*, vol. 172, n° 10 (2015), p. 1014–1021. doi:10.1176/appi.ajp.2015.14070857

Byers, A.L., K. Yaffe, K.E. Covinsky, M.B. Friedman et M.L. Bruce. « High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication », *Archives of General Psychiatry*, vol. 67, n° 5 (2010), p. 489–496. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.35

Chander, G., S. Himelhoch et R.D. Moore. « Substance abuse and psychiatric disorders in HIV-positive patients: epidemiology and impact on antiretroviral therapy », *Drugs*, vol. 66, n° 6 (2006), p. 769–789.

Chaput, Y.J., L. Beaulieu, M. Paradis et E. Labonté. « The elderly in the psychiatric emergency service (PES): a descriptive study », *BMC Psychiatry*, vol. 11 (2011), p. 111. doi:10.1186/1471-244X-11-111

Chaput, Y.J. et M.J. Lebel. « An examination of the temporal and geographical patterns of psychiatric emergency service use by multiple visit patients as a means for their early detection », *BMC Psychiatry*, vol. 7 (2007), p. 60. doi:10.1186/1471-244X-7-60

Chengappa, K.N., K.A. Perkins, J.S. Brar, P.J. Schlicht, S.R. Turkin, M.L. Hetrick, ... et T.P. George. « Varenicline for smoking cessation in bipolar disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 75, n° 7 (2014), p. 765–772.

Choi, N.G., D.M. DiNitto et C.N. Marti. « Older-adult marijuana users and ex-users: comparisons of sociodemographic characteristics and mental and substance use disorders », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 165 (2016), p. 94–102. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.05.023

Chou, K.L., C.S. Mackenzie, K. Liang et J. Sareen. « Three-year incidence and predictors of first-onset of DSM-IV mood, anxiety, and substance use disorders in older adults: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 72, n° 2 (2011), p. 144–155. doi:10.4088/JCP.09m05618gry



DeMers, S., K. Dinsio et W. Carlson. « Psychiatric care of the older adult: an overview for primary care », *Medical Clinics of North America*, vol. 98, n° 5 (2014), p. 1145–1168. doi:10.1016/j.mcna.2014.06.010

Djousse, L., M.L. Biggs, K.J. Mukamal et D.S. Siscovick. « Alcohol consumption and type 2 diabetes among older adults: the Cardiovascular Health Study », *Obesity*, vol. 15, n° 7 (2007), p. 1758–1765. doi:10.1038/oby.2007.209

Dols, A., D. Rhebergen, A. Beekman, R. Kupka, M. Sajatovic et M.L. Stek. « Psychiatric and medical comorbidities: results from a bipolar elderly cohort study », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 22, n° 11 (2014), p. 1066–1074. doi:10.1016/j.jagp.2013.12.176

Dombrowski, D., N. Norrell et S. Holroyd. « Substance use disorders in elderly admissions to an academic psychiatric inpatient service over a 10-year period », *Journal of Addiction*, vol. 2016 (2016), p. 1–3. 4973018. doi:10.1155/2016/4973018

Durvasula, R. et T.R. Miller. « Substance abuse treatment in persons with HIV/AIDS: challenges in managing triple diagnosis », *Behavioral Medicine*, vol. 40, n° 2 (2014), p. 43–52. doi:10.1080/08964289.2013.866540

Edinger, J.D., W.K. Wohlgemuth, R.A. Radtke, G.R. Marsh et R.E. Quillian. « Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial », *JAMA*, vol. 285, n° 14 (2001), p. 1856–1864.

Egan, M., Y. Moride, C. Wolfson et J. Monette. « Long-term continuous use of benzodiazepines by older adults in Quebec: prevalence, incidence and risk factors », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 48, n° 7 (2000), p. 811–816.

Ekerdt, D.J., L.O. De Labry, R.J. Glynn et R.W. Davis. « Change in drinking behaviors with retirement: findings from the normative aging study », *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 50, n° 4 (1989), p. 347–353.

Fergusson, D.M., J.M. Boden et L.J. Horwood. « Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis », *Addiction*, vol. 101, n° 4 (2006), p. 556–569. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01322.x

Ferreira, M.P. et M.K. Weems. « Alcohol consumption by aging adults in the United States: health benefits and detriments », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 108, n° 10 (2008), p. 1668–1676. doi:10.1016/j.jada.2008.07.011

First, M.B. « Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition, and clinical utility », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 201, n° 9 (2013), p. 727–729. doi:10.1097/NMD.0b013e3182a2168a

Fleming, M.F., K.L. Barry, L.B. Manwell, K. Johnson et R. London. « Brief physician advice for problem alcohol drinkers: a randomized controlled trial in community-based primary care practices », *JAMA*, vol. 277, n° 13 (1997), p. 1039–1045.

Fleming, M.F., L.B. Manwell, K.L. Barry, W. Adams et E.A. Stauffacher. « Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial », *Journal of Family Practice*, vol. 48, n° 5 (1999), p. 378–384.

Ford, D.E. et D.B. Kamerow. « Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? », *JAMA*, vol. 262, n° 11 (1989), p. 1479–1484.

Gfroerer, J. et J.F. Epstein. « Marijuana initiates and their impact on future drug abuse treatment need », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 54, n° 3 (1999), p. 229–237.

Gfroerer, J., M. Penne, M. Pemberton et R. Folsom. « Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 69, n° 2 (2003), p. 127–135.

Goldstein, M.Z., A. Pataki et M.T. Webb. « Alcoholism among elderly persons », *Psychiatric Services*, vol. 47, n° 9 (1996), p. 941–943. doi:10.1176/ps.47.9.941

Gossop, M. et R. Moos. « Substance misuse among older adults: a neglected but treatable problem », *Addiction*, vol. 103, n° 3 (2008), p. 347–348. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02096.x

Grey, C. et P.B. Hall. « Considerations of prescription opioid abuse and misuse among older adults in West Virginia: an under-recognized population at risk », *West Virginia Medical Journal*, vol. 112, n° 3 (2016), p. 42–47.

Han, B., J.C. Gfroerer, J.D. Colliver et M.A. Penne. « Substance use disorder among older adults in the United States in 2020 », *Addiction*, vol. 104, n° 1 (2009), p. 88–96. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02411.x

Hasin, D.S. et B.F. Grant. « Major depression in 6050 former drinkers: association with past alcohol dependence », *Archives of General Psychiatry*, vol. 59, n° 9 (2002), p. 794–800.

Hasin, D.S., T.D. Saha, B.T. Kerridge, R.B. Goldstein, S.P. Chou, H. Zhang, ... et B.F. Grant. « Prevalence of marijuana use disorders in the United States between 2001–2002 and 2012–2013 », *JAMA Psychiatry*, vol. 72, n° 12 (2015), p. 1235–1242. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.1858

Hendler, R.A., V.A. Ramchandani, J. Gilman et D.W. Hommer. « Stimulant and sedative effects of alcohol », *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, vol. 13 (2013), p. 489–509. doi:10.1007/7854_2011_135

Hjorthoj, C., M.L. Ostergaard, M.E. Benros, N.G. Toftdahl, A. Erlangsen, J.T. Andersen et M. Nordentoft. « Association between alcohol and substance use disorders and all-cause and cause-specific mortality in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression: a nationwide, prospective, register-based study », *Lancet Psychiatry*, vol. 2, n° 9 (2015), p. 801–808. doi:10.1016/S2215-0366(15)00207-2

Holroyd, S. et J.J. Duryee. « Substance use disorders in a geriatric psychiatry outpatient clinic: prevalence and epidemiologic characteristics », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 185, n° 10 (1997), p. 627–632.

Hurt, R.D., R.E. Finlayson, R.M. Morse et L.J. Davis Jr. « Alcoholism in elderly persons: medical aspects and prognosis of 216 inpatients », *Mayo Clinic Proceeding*, vol. 63, n° 8 (1988), p. 753–760.

Kalapatapu, R.K. et M.A. Sullivan. « Prescription use disorders in older adults », *American Journal on Addictions*, vol. 19, n° 6 (2010), p. 515–522. doi:10.1111/j.1521-0391.2010.00080.x

Kalla, A. et V.M. Figueredo. « Alcohol and cardiovascular disease in the geriatric population », *Clinical Cardiology*, vol. 40, n° 7 (2017), p. 444–449. doi:10.1002/clc.22681

Kessler, R.C., R.M. Crum, L.A. Warner, C.B. Nelson, J. Schulenberg et J.C. Anthony. « Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, vol. 54, n° 4 (1997), p. 313–321.

Kirchner, J.E., C. Zubritsky, M. Cody, E. Coakley, H. Chen, J.H. Ware, ... et S. Levkoff. « Alcohol consumption among older adults in primary care », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 22, n° 1 (2007), p. 92–97. doi:10.1007/s11606-006-0017-z

Klassen, L.J., M.A. Katzman et P. Chokka. « Adult ADHD and its comorbidities, with a focus on bipolar disorder », *Journal of Affective Disorders*, vol. 124, n° 1–2 (2010), p. 1–8. doi:10.1016/j.jad.2009.06.036

Klinkenberg, W.D. et S. Sacks. « Mental disorders and drug abuse in persons living with HIV/AIDS », *AIDS Care*, vol. 16, suppl. 1 (2004), p. 22–42. doi:10.1080/09540120412331315303

Kofoed, L.L., R.L. Tolson, R.M. Atkinson, R.L. Toth et J.A. Turner. « Treatment compliance of older alcoholics: an elder-specific approach is superior to “mainstreaming” », *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 48, n° 1 (1987), p. 47–51.

Koskinen, J., J. Lohonen, H. Koponen, M. Isohanni et J. Miettunen. « Prevalence of alcohol use disorders in schizophrenia: -a systematic review and meta-analysis », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 120, n° 2 (2009), p. 85–96. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01385.x

Koskinen, J., J. Lohonen, H. Koponen, M. Isohanni et J. Miettunen. « Rate of cannabis use disorders in clinical samples of patients with schizophrenia: a meta-analysis », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 36, n° 6 (2010), p. 1115–1130. doi:10.1093/schbul/sbp031

Kozak, K., M.S. Barr et T.P. George. « Traits and biomarkers for addiction risk in schizophrenia », *Current Addiction Reports*, vol. 4, n° 1 (2017), p. 14–24. doi:10.1007/s40429-017-0130-6

Kuerbis, A., P. Sacco, D.G. Blazer et A.A. Moore. « Substance abuse among older adults », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 30, n° 3 (2014), p. 629–654. doi:10.1016/j.cger.2014.04.008





LaCroix, A.Z., J. Lang, P. Scherr, R.B. Wallace, J. Cornoni-Huntley, L. Berkman, ... et C.H. Hennekens. « Smoking and mortality among older men and women in three communities », *New England Journal of Medicine*, vol. 324, n° 23 (1991), p. 1619–1625. doi:10.1056/NEJM199106063242303

Lagerberg, T.V., O.A. Andreassen, P.A. Ringen, A.O. Berg, S. Larsson, I. Agartz, ... et I. Melle. « Excessive substance use in bipolar disorder is associated with impaired functioning rather than clinical characteristics: a descriptive study », *BMC Psychiatry*, vol. 10 (2010), p. 9. doi:10.1186/1471-244X-10-9

Lala, S.V. et M. Sajatovic. « Medical and psychiatric comorbidities among elderly individuals with bipolar disorder: a literature review », *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, vol. 25, n° 1 (2012), p. 20–25. doi:10.1177/0891988712436683

Lau, N., P. Sales, S. Averill, F. Murphy, S.O. Sato et S. Murphy. « Responsible and controlled use: older cannabis users and harm reduction », *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, n° 8 (2015a), p. 709–718. doi:10.1016/j.drugpo.2015.03.008

Lau, N., P. Sales, S. Averill, F. Murphy, S.O. Sato et S. Murphy. « A safer alternative: cannabis substitution as harm reduction », *Drug and Alcohol Review*, vol. 34, n° 6 (2015b), p. 654–659. doi:10.1111/dar.12275

Lehmann, S.W. et B.P. Forester (éd.). *Bipolar disorder in older age patients*, Cham (Suisse), Springer International Publishing, 2017.

Lemke, S. et R.H. Moos. « Treatment and outcomes of older patients with alcohol use disorders in community residential programs », *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 64, n° 2 (2003), p. 219–226.

Lieber, C.S. « Hepatic, metabolic and toxic effects of ethanol: 1991 update », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 15, n° 4 (1991), p. 573–592.

Lim, K.T. et R. Yu. « Aging and wisdom: age-related changes in economic and social decision making », *Frontiers in Aging Neuroscience*, vol. 7 (2015), p. 120. doi:10.3389/fnagi.2015.00120

Lopez-Quintero, C., J. Perez de los Cobos, D.S. Hasin, M. Okuda, S. Wang, B.F. Grant et C. Blanco. « Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 115, n° 1–2 (2011), p. 120–130. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004

Loscalzo, E., R.C. Sterling, S.P. Weinstein et B. Salzman. « Alcohol and other drug use in older adults: results from a community needs assessment », *Aging: Clinical and Experimental Research*, vol. 29, n° 6 (2017), p. 1149–1155. doi:10.1007/s40520-016-0718-z

Lyketsos, C.G., E. Garrett, K.Y. Liang et J.C. Anthony. « Cannabis use and cognitive decline in persons under 65 years of age », *American Journal of Epidemiology*, vol. 149, n° 9 (1999), p. 794–800.

Madhusoodanan, S. et O.J. Bogunovic. « Safety of benzodiazepines in the geriatric population », *Expert Opinion on Drug Safety*, vol. 3, n° 5 (2004), p. 485–493.

Margolin, A., S.K. Avants, D. DePhilippis et T.R. Kosten. « A preliminary investigation of lamotrigine for cocaine abuse in HIV-seropositive patients », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 24, n° 1 (1998), p. 85–101.

Marinho, V., J. Laks, E.S. Coutinho et S.L. Blay. « Tobacco use among the elderly: a systematic review and meta-analysis », *Cadernos de Saude Publica*, vol. 26, n° 12 (2010), p. 2213–2233.

McCulloch, D.K., I.W. Campbell, R.J. Prescott et B.F. Clarke. « Effect of alcohol intake on symptomatic peripheral neuropathy in diabetic men », *Diabetes Care*, vol. 3, n° 2 (1980), p. 245–247.

McGinty, E.E., H.H. Goldman, B. Pescosolido et C.L. Barry. « Portraying mental illness and drug addiction as treatable health conditions: effects of a randomized experiment on stigma and discrimination », *Social Science & Medicine*, vol. 126 (2015), p. 73–85. doi:10.1016/j.socscimed.2014.12.010

Merrick, E.L., C.M. Horgan, D. Hodgkin, D.W. Garnick, S.F. Houghton, L. Panas, ... et F.C. Blow. « Unhealthy drinking patterns in older adults: prevalence and associated characteristics », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 56, n° 2 (2008), p. 214–223. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01539.x

Moore, A.A., M.P. Karno, C.E. Grella, J.C. Lin, U. Warda, D.H. Liao et P. Hu. « Alcohol, tobacco, and nonmedical drug use in older U.S. adults: data from the 2001/02 National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 57, n° 12 (2009), p. 2275–2281. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02554.x

Moore, A.A., E.J. Whiteman et K.T. Ward. « Risks of combined alcohol/medication use in older adults », *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, vol. 5, n° 1 (2007), p. 64–74.

Morin, C.M., C. Bastien, B. Guay, M. Radouco-Thomas, J. Leblanc et A. Vallières. « Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia », *American Journal of Psychiatry*, vol. 161, n° 2 (2004), p. 332–342. doi:10.1176/appi.ajp.161.2.332

Morrison, M.F., J.M. Petitto, T. Ten Have, D.R. Gettes, M.S. Chiappini, A.L. Weber, ... et D.L. Evans. « Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection », *American Journal of Psychiatry*, vol. 159, n° 5 (2002), p. 789–796. doi:10.1176/appi.ajp.159.5.789

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Special populations & co-occurring disorders*, 2016. Consulté sur le site : www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/special-populations-co-occurring-disorders

National Institute for Health and Care Excellence. *Guidance on the use of zaleplon, zolpidem and zopiclone for the short-term management of insomnia (Technology Appraisal Guidance 77)*, 2004. Consulté sur le site : www.nice.org.uk/guidance/ta77

Ngamini-Ngui, A., M.J. Fleury, J. Moisan, J.P. Grégoire, A. Lesage et A. Vanasse. « High users of emergency departments in Quebec among patients with both schizophrenia and a substance use disorder », *Psychiatric Services*, vol. 65, n° 11 (2014), p. 1389–1391. doi:10.1176/appi.ps.201300474

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Rapport mondial sur les drogues 2015*, 2015. Consulté sur le site : www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf

Olfson, M., T. Gerhard, C. Huang, S. Crystal et T.S. Stroup. « Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States », *JAMA Psychiatry*, vol. 72, n° 12 (2015), p. 1172–1181. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.1737

Olfson, M., M. King et M. Schoenbaum. « Benzodiazepine use in the United States », *JAMA Psychiatry*, vol. 72, n° 2 (2015), p. 136–142. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1763

Oslin, D.W., J.G. Liberto, J. O'Brien, S. Krois et J. Norbeck. « Naltrexone as an adjunctive treatment for older patients with alcohol dependence », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 5, n° 4 (1997), p. 324–332.

Oslin, D.W. « Evidence-based treatment of geriatric substance abuse », *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 28, n° 4 (2005), p. 897–911, ix. doi:10.1016/j.psc.2005.09.005

Oslin, D.W. et J.G. Liberto. *Substance abuse in the elderly*, Philadelphie (Pa.), J.B. Lippincott, 1995.

Pachas, G.N., C. Cather, S.A. Pratt, B. Hoepfner, J. Nino, S.V. Carlini, ... et A.E. Evins. « Varenicline for smoking cessation in schizophrenia: safety and effectiveness in a 12-week, open-label trial », *Journal of Dual Diagnosis*, vol. 8, n° 2 (2012), p. 117–125. doi:10.1080/15504263.2012.663675

Pacula, R.L., J. Ringel, C. Dobkin et K. Truong. « The incremental inpatient costs associated with marijuana comorbidity », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 92, n° 1–3 (2008), p. 248–257. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.08.011

Patterson, T.L. et D.V. Jeste. « The potential impact of the baby-boom generation on substance abuse among elderly persons », *Psychiatric Services*, vol. 50, n° 9 (1999), p. 1184–1188. doi:10.1176/ps.50.9.1184

Pearson, C., T. Janz et J. Ali. *Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada*, 2013. Consulté sur le site : www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.pdf



Préville, M., C. Bossé, H.M. Vasiliadis, P. Voyer, C. Laurier, D. Berbiche, ... et Y. Moride. « Correlates of potentially inappropriate prescriptions of benzodiazepines among older adults: results from the ESA study », *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 31, n° 3 (2012), p. 313–322. doi:10.1017/S0714980812000232

Purath, J., A. Keck et C.E. Fitzgerald. « Motivational interviewing for older adults in primary care: a systematic review », *Geriatric Nursing*, vol. 35, n° 3 (2014), p. 219–224. doi:10.1016/j.gerinurse.2014.02.002

Rabkin, J.G., M.C. McElhiney et S.J. Ferrando. « Mood and substance use disorders in older adults with HIV/AIDS: methodological issues and preliminary evidence », *AIDS*, vol. 18, suppl. 1, (2004), p. S43–48.

Reynolds, K., B. Lewis, J.D. Nolen, G.L. Kinney, B. Sathya et J. He. « Alcohol consumption and risk of stroke: a meta-analysis », *JAMA*, vol. 289, n° 5 (2003), p. 579–588.

Ridley, N.J., B. Draper et A. Withall. « Alcohol-related dementia: an update of the evidence », *Alzheimers Research & Therapy*, vol. 5, n° 1 (2013), p. 3. doi:10.1186/alzrt157

Rivers, E., E. Shirazi, T. Aurora, M. Mullen, K. Gunnerson, B. Sheridan, ... et M. Tomlanovich. « Cocaine use in elder patients presenting to an inner-city emergency department », *Academic Emergency Medicine*, vol. 11, n° 8 (2004), p. 874–877.

Rodriguez, C.A., L. Schonfeld, B. King-Kallimanis et A.M. Gum. « Depressive symptoms and alcohol abuse/misuse in older adults », *Best Practices in Mental Health*, vol. 13 (2010), p. 90–102.

Roehrs, T. et T. Roth. « Sleep, sleepiness, and alcohol use », *Alcohol Research & Health*, vol. 25, n° 2 (2001), p. 101–109.

Rosen, D., M.L. Smith et C.F. Reynolds. « The prevalence of mental and physical health disorders among older methadone patients », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 16, n° 6 (2008), p. 488–497. doi:10.1097/JGP.0b013e31816ff35a

Sajatovic, M., F.C. Blow et R.V. Ignacio. « Psychiatric comorbidity in older adults with bipolar disorder », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 21, n° 6 (2006), p. 582–587. doi:10.1002/gps.1527

Salloum, I.M., J.R. Cornelius, D.C. Daley, L. Kirisci, J.M. Himmelhoch et M.E. Thase. « Efficacy of valproate maintenance in patients with bipolar disorder and alcoholism: a double-blind placebo-controlled study », *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, n° 1 (2005), p. 37–45. doi:10.1001/archpsyc.62.1.37

Savage, C. « The baby boomers and substance use: are we prepared? », *Journal of Addictions Nursing*, vol. 25, n° 1 (2014), p. 1–3. doi:10.1097/JAN.0000000000000015

Shah, R.S. et J.W. Cole. « Smoking and stroke: the more you smoke the more you stroke », *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, vol. 8, n° 7 (2010), p. 917–932. doi:10.1586/erc.10.56

Simon, G.E. et E.J. Ludman. « Outcome of new benzodiazepine prescriptions to older adults in primary care », *General Hospital Psychiatry*, vol. 28, n° 5 (2006), p. 374–378. doi:10.1016/j.genhosppsych.2006.05.008

Simoni-Wastila, L. et H.K. Yang. « Psychoactive drug abuse in older adults », *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, vol. 4, n° 4 (2006), p. 380–394. doi:10.1016/j.amjopharm.2006.10.002

Smith, P.H., C.M. Mazure et S.A. McKee. « Smoking and mental illness in the U.S. population », *Tobacco Control*, vol. 23, n° e2 (2014), p. e147–153. doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051466

Speer, D.C. et K. Bates. « Comorbid mental and substance disorders among older psychiatric patients », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 40, n° 9 (1992), p. 886–890.

Statistique Canada. *Une population vieillissante*, 2016. Consulté sur le site : www.statcan.gc.ca/pub/11-402-x/2010000/chap/pop/pop02-fra.htm

Steptoe, A., S. Kerry, E. Rink et S. Hilton. « The impact of behavioral counseling on stage of change in fat intake, physical activity, and cigarette smoking in adults at increased risk of coronary heart disease », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 2 (2001), p. 265–269.

Strakowski, S.M., M.P. DelBello, D.E. Fleck et S. Arndt. « The impact of substance abuse on the course of bipolar disorder », *Biological Psychiatry*, vol. 48, n° 6 (2000), p. 477–485.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Preliminary estimates from the 1995 National Household Survey on Drug Abuse (Advance Report Number 18)*, Rockville (Md.), chez l’auteur, 1996.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Treatment Episode Data Set (TEDS): 1993–1998: national admissions to substance abuse treatment services (Drug and Alcohol Services Information System Series S-11)*, 2000. Consulté sur le site : www.dasis.samhsa.gov/dasis2/teds_pubs/1998_teds_rpt.pdf

Tait, R.J., G.K. Hulse, A. Waterreus, L. Flicker, N.T. Lautenschlager, K. Jamrozik et O.P. Almeida. « Effectiveness of a smoking cessation intervention in older adults », *Addiction*, vol. 102, n° 1 (2007), p. 148–155. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01647.x

Tobias, C.R., S. Lippmann, R. Pary, T. Oropilla et C.K. Embry. « Alcoholism in the elderly: how to spot and treat a problem the patient wants to hide », *Postgraduate Medicine*, vol. 86, n° 4 (1989), p. 67–70, 75–69.

Turner, B.C., E. Jenkins, D. Kerr, R.S. Sherwin et D.A. Cavan. « The effect of evening alcohol consumption on next-morning glucose control in type 1 diabetes », *Diabetes Care*, vol. 24, n° 11 (2001), p. 1888–1893.

Tyas, S.L. « Alcohol use and the risk of developing Alzheimer’s disease », *Alcohol Research & Health*, vol. 25, n° 4 (2001), p. 299–306.

Valmadrid, C.T., R. Klein, S.E. Moss, B.E. Klein et K.J. Cruickshanks. « Alcohol intake and the risk of coronary heart disease mortality in persons with older-onset diabetes mellitus », *JAMA*, vol. 282, n° 3 (1999), p. 239–246.

Vanasse, A., J. Courteau, M.J. Fleury, J.P. Grégoire, A. Lesage et J. Moisan. « Treatment prevalence and incidence of schizophrenia in Quebec using a population health services perspective: different algorithms, different estimates », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 47, n° 4 (2012), p. 533–543. doi:10.1007/s00127-011-0371-y

Volkow, N.D. « Substance use disorders in schizophrenia: clinical implications of comorbidity », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 35, n° 3 (2009), p. 469–472. doi:10.1093/schbul/sbp016

Vorspan, F., W. Mehtelli, G. Dupuy, V. Bloch et J.P. Lépine. « Anxiety and substance use disorders: co-occurrence and clinical issues », *Current Psychiatry Reports*, vol. 17, n° 2 (2015), p. 4. doi:10.1007/s11920-014-0544-y

Waern, M. « Alcohol dependence and misuse in elderly suicides », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 38, n° 3 (2003), p. 249–254.

Willett, W.C., A. Green, M.J. Stampfer, F.E. Speizer, G.A. Colditz, B. Rosner, ... et C.H. Hennekens. « Relative and absolute excess risks of coronary heart disease among women who smoke cigarettes », *New England Journal of Medicine*, vol. 317, n° 21 (1987), p. 1303–1309. doi:10.1056/NEJM198711193172102

Williams, J.M., R.M. Anthenelli, C.D. Morris, J. Treadow, J.R. Thompson, C. Yunis et T.P. George. « A randomized, double-blind, placebo-controlled study evaluating the safety and efficacy of varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 73, n° 5 (2012), p. 654–660. doi:10.4088/JCP.11m07522

Williams, L.S., S.S. Ghose et R.W. Swindle. « Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke », *American Journal of Psychiatry*, vol. 161, n° 6 (2004), p. 1090–1095. doi:10.1176/appi.ajp.161.6.1090

Woo, B.K. et W. Chen. « Substance misuse among older patients in psychiatric emergency service », *General Hospital Psychiatry*, vol. 32, n° 1 (2010), p. 99–101. doi:10.1016/j.genhosppsych.2009.08.002

Wu, L.T. et D.G. Blazer. « Illicit and nonmedical drug use among older adults: a review », *Journal of Aging and Health*, vol. 23, n° 3 (2011), p. 481–504. doi:10.1177/0898264310386224

Wu, L.T. et D.G. Blazer. « Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review », *International Journal of Epidemiology*, vol. 43, n° 2 (2014), p. 304–317. doi:10.1093/ije/dyt173

Young, R.J., D.K. McCulloch, R.J. Prescott et B.F. Clarke. « Alcohol: another risk factor for diabetic retinopathy? », *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, vol. 288, n° 6423 (1984), p. 1035–1037.





CHAPITRE

06

Détection, dépistage et évaluation

David K. Conn

Vice-président, Éducation, et psychiatre membre du personnel, Baycrest Health Sciences

SURVOL

- Les médecins et les aidants oublient souvent que les personnes âgées peuvent présenter un usage problématique d'alcool ou de substances, et plusieurs obstacles nuisent au dépistage de ce trouble dans cette population.
- Les outils et les processus de dépistage devraient être adaptés aux personnes âgées et à leurs inquiétudes, y compris celles liées à la stigmatisation.
- Il n'y a pas de consensus sur les outils les plus appropriés et les plus utiles pour le dépistage chez les personnes âgées.
- Chez les personnes âgées, le dépistage de l'usage de substances devrait être fait pendant les examens médicaux réguliers, lors d'une hospitalisation, lorsque certains problèmes de santé physique ou mentale surviennent et quand une personne vit un événement stressant majeur.
- L'applicabilité des critères diagnostiques normalisés peut être limitée chez les personnes âgées.
- Une évaluation complète est essentielle chez les personnes âgées; elle doit notamment faire état des antécédents pharmaceutiques et d'usage de substance, des comorbidités médicales et psychiatriques ainsi que des antécédents familiaux et sociaux, et doit comporter une évaluation des capacités fonctionnelles et un dépistage des troubles cognitifs.
- Il y a un besoin urgent d'améliorer la formation des étudiants et des professionnels de la santé sur la prévention, le dépistage et la prise en charge des personnes âgées ayant un trouble lié à l'usage de substances.

6.1 Introduction

On dit souvent que l'usage problématique de substances ne touche que les jeunes. Or, un nombre croissant de données montrent que de plus en plus de personnes âgées, dans de nombreux pays, sont aux prises avec un trouble lié à l'usage de substances (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013; Office for National Statistics, 2013; Hallgren, Hogberg et Andreasson, 2010; Searby, Maude et McGrath, 2015).

Prenons par exemple les baby-boomers, qui ont grandi à une époque où l'usage de substances était plus acceptable qu'aujourd'hui. Même s'ils vieillissent, ils continuent de consommer des drogues illicites (surtout du cannabis), qu'ils prennent souvent avec de l'alcool. Par conséquent, on estime que le nombre de personnes âgées qui font un mésusage de substances aux États-Unis passera de 2,5 millions en 1999 à 5 millions en 2020 (Gfroerer, Penne, Pemberton et Folsom, 2003). Au Canada, 72,1 % des adultes de 65 ans et plus consomment de l'alcool, et 8,4 % d'entre eux dépassent les limites énoncées dans les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* (Santé Canada, 2013). Plus précisément, 11 % des Canadiens de 65 à 74 ans et 3,7 % de ceux de 75 ans et plus dépassent les limites recommandées.

On s'attend à ce que la hausse rapide du nombre de personnes âgées dans les décennies à venir s'accompagne d'une augmentation importante de la prévalence des troubles touchant cette population. La légalisation imminente du cannabis à des fins non médicales, la croissance rapide de l'usage du cannabis à des fins médicales et la crise des opioïdes qui fait actuellement rage représenteront des défis de taille pour les Canadiens de tous âges.

Même si les méfaits de l'usage d'alcool et d'autres substances n'ont plus à être démontrés, peu d'études et d'interventions visent spécifiquement les personnes âgées (O'Connell, Chin, Cunningham et Lawlor, 2003). La plupart des personnes qui font un mésusage de substances ne reçoivent pas de traitement approprié en raison de divers obstacles, la non-détection étant l'un des principaux. En fait, environ les deux tiers des cas d'usage problématique d'alcool chez les personnes âgées ne sont pas détectés par les médecins (Beullens et Aertgeerts, 2004).

6.2 Obstacles au dépistage de l'usage de substances chez les personnes âgées

Les chercheurs ont relevé de nombreux obstacles au dépistage des troubles liés à l'usage de substances chez les personnes âgées. Koh et ses collaborateurs ont dressé une liste exhaustive des obstacles potentiels auxquels peuvent être confrontés les cliniciens et les personnes âgées (voir le résumé de leurs résultats au tableau 1).

Dans leur article, Taylor et ses collaborateurs (2014) ont dressé une liste d'obstacles au dépistage des problèmes liés à l'usage d'alcool chez les personnes âgées; ils y ont mentionné des facteurs sociétaux, comme l'attitude et les croyances de la société, l'âgisme, la stigmatisation, les politiques gouvernementales axées uniquement sur les jeunes ainsi que le manque d'études sur les personnes âgées. Les auteurs ont également relevé des facteurs organisationnels, comme le manque de directives cliniques, d'occasions de formation et d'outils de dépistage adéquats pour les professionnels de la santé en matière de soins aux personnes âgées. Un autre obstacle nuit également au dépistage de l'usage de substances chez ce segment de la population : le débat important sur la définition à donner aux termes « consommation problématique » et « consommation risquée » lorsqu'il est question de certaines substances comme le cannabis (Casajuana et coll., 2016).

6.2.1 Formation et éducation des professionnels de la santé

Des études ont montré que les professionnels de la santé connaissent mal les troubles liés à l'usage d'alcool et d'autres substances. Dans leur revue de la littérature, Ram et Chisholm (2016) ont souligné le besoin urgent d'améliorer la formation sur la dépendance et l'usage de substances et précisé que les médecins ne sont pas suffisamment exposés à ce sujet durant leurs études. La formation actuelle, principalement axée sur la transmission des connaissances, insiste peu sur les compétences et les comportements essentiels à la prévention et au traitement efficaces. Sachant qu'il y a un écart entre les besoins cliniques et la formation des médecins, on peut conclure qu'une meilleure formation dans les écoles de médecine améliorera la prestation de soins factuels.

Tableau 1. Obstacles propres aux cliniciens et aux personnes âgées nuisant au dépistage de l'abus de substances

Obstacles propres aux cliniciens	
- Croyances liées à l'âge (p. ex. croyance que l'usage de substances est moins prévalent chez les personnes âgées que chez la population en général). - Incapacité à reconnaître les symptômes de l'abus de substances ou à établir un lien avec ce trouble, car les symptômes peuvent être masqués par d'autres problèmes physiques.	- Difficultés à dépister efficacement l'abus de substances chez les personnes âgées. - Malaise ressenti à l'idée de parler d'abus de substances avec les patients âgés. - Absence de renseignements complémentaires donnés par la famille ou les aidants.
Obstacles propres aux personnes âgées	
- Attribution des symptômes au vieillissement ou à une maladie. - Difficulté à reconnaître l'usage de substances et refus de demander de l'aide. - Stigmatisation associée au fait de demander de l'aide ou préjugés à l'égard des termes « dépendance » et « abus de substances ». - Manque de connaissances sur l'aide que peuvent apporter les psychiatres en cas d'abus de substances.	- Réticence à parler de sa consommation par honte, déni, désir de continuer à consommer ou pessimisme en ce qui a trait au traitement et au rétablissement. - Problèmes cognitifs, y compris une démence sous-jacente ou l'amnésie causée par l'usage de substances. - Inquiétudes liées à l'abus de substances mal exprimées par la famille et les aidants.

Source : Koh, Gorney, Badre et Jeste (2016), adapté du Royal College of Psychiatrists (2011).

Une étude australienne s'est intéressée au rôle des médecins généralistes, qui sont bien placés pour identifier et prendre en charge les patients atteints à la fois de troubles de santé mentale et de troubles liés à l'usage de substances (Marshall et Deane, 2004). Elle a montré que plus de 30 % des patients qui consultent un généraliste ont un trouble de santé mentale pouvant être diagnostiqué, et que 12 % d'entre eux ont des troubles concomitants de santé mentale et d'usage de substances. L'étude semble toutefois indiquer que de 30 % à 50 % de ces troubles ne serait pas dépistés dans un contexte de médecine générale, probablement en raison d'une formation limitée. Les auteurs ont également décelé d'importantes lacunes dans l'utilisation des outils de dépistage, la prestation de services de counseling et l'orientation vers des services spécialisés, ce qui montre encore plus clairement le besoin de formation supplémentaire.

De même, une étude irlandaise menée auprès de professionnels de la santé travaillant dans des urgences a fait état d'un faible taux de dépistage de l'usage problématique de substances (Kelleher, 2007). Les lacunes dans les connaissances et les comportements des professionnels de la santé en ce qui a trait à l'usage de substances pourraient avoir des conséquences négatives sur les soins prodigués aux patients et faire en sorte que ces problèmes soient mal diagnostiqués ou passent inaperçus. En comparaison, une étude menée auprès d'étudiants en soins infirmiers formés à utiliser une intervention de dépistage et un outil d'orientation a conclu que les étudiants ont trouvé que la formation avait eu des effets positifs sur leur attitude et leur confiance dans leurs capacités (Braxter et coll., 2014).



6.3 Dépistage

La question de l'utilité des programmes de dépistage est au cœur de bien des débats. Toute recommandation sur le dépistage doit tenir compte des avantages potentiels du dépistage d'un trouble ainsi que de sa traitabilité, mais également des coûts et des possibles effets néfastes du processus de dépistage.

En faveur du dépistage, on pourrait avancer qu'il a été prouvé que les personnes âgées peuvent profiter de divers programmes d'intervention une fois qu'un trouble a été dépisté. Par exemple, une étude de Fleming et ses collaboratrices (1999) a montré que deux brèves séances de counseling comprenant la prestation de conseils et d'information ainsi que la signature d'un contrat entraînaient une réduction de 34 % de la consommation d'alcool hebdomadaire, de 47 % des épisodes de calage d'alcool sur une période d'un an et de 62 % de la consommation excessive.

Cependant, on dispose actuellement de peu de données sur les méfaits du dépistage de l'usage de substances et du counseling comportemental subséquent. Parmi ces méfaits, notons l'anxiété, la stigmatisation, l'étiquetage et la détérioration de la relation médecin-patient. Le Groupe de travail sur les services de prévention des États-Unis (United States Preventive Service Task Force) a toutefois conclu que le dépistage du mésusage d'alcool et le counseling rapide offraient plus d'avantages que de risques pour les adultes de 18 ans et plus en milieu de soins primaires (Moyer, 2013).

Certaines organisations recommandent le dépistage systématique de l'usage de substances chez les personnes âgées pendant les examens médicaux réguliers (Royal College of Psychiatrists, 2011). Par exemple, la Substance Abuse and Mental Health Services Administration des États-Unis recommande de profiter de ces examens pour procéder au dépistage de la consommation problématique d'alcool et de médicaments psychotropes sur ordonnance chez toutes les personnes de 60 ans et plus. Un dépistage devrait également être effectué chez les personnes âgées qui présentent certains symptômes physiques ou qui vivent une transition ou des changements importants. Plusieurs symptômes peuvent

indiquer qu'un dépistage s'impose chez une personne âgée, notamment les troubles du sommeil, les troubles cognitifs, les convulsions, la malnutrition, l'atrophie musculaire, l'irritabilité, la douleur chronique inexpliquée, l'incontinence et d'autres problèmes urinaires, le manque d'hygiène et la négligence de soi, la nervosité inhabituelle et l'agitation, la vision trouble, la sécheresse de la bouche, la nausée et les symptômes gastro-intestinaux inexpliqués, les tremblements, les troubles de la coordination motrice, les troubles de l'élocution, les chutes fréquentes et les ecchymoses inexpliquées (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012).

6.3.1 Outils et approches de dépistage

Le processus de dépistage devrait être adapté aux préoccupations des personnes âgées, notamment celles liées à la stigmatisation. Il devrait également tenir compte de leurs particularités sensorielles, cognitives, culturelles et environnementales.

Dépistage de la consommation d'alcool

Taylor et ses collaborateurs (2014) ont mené une analyse approfondie des divers outils permettant de dépister la consommation problématique d'alcool chez les personnes âgées. Une des approches présentées repose sur la collecte de données relatives aux antécédents. Cette forme de dépistage de base consiste plus précisément à demander aux patients s'ils ont consommé de l'alcool dans les trois derniers mois. Les patients qui répondent « oui » doivent ensuite être questionnés sur leurs antécédents de consommation d'alcool. Ce type de dépistage est facile à intégrer à l'évaluation clinique et peut être plus sensible que d'autres outils, comme le questionnaire CAGE (voir plus bas).

Certains professionnels des soins primaires préfèrent poser une ou deux questions simples pour commencer le dépistage. En 2012, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT, maintenant le CCDUS) et le Collège des médecins de famille du Canada, conscients du rôle important que joue le dépistage dans les soins primaires, ont publié le document *Dépistage de l'abus d'alcool, intervention rapide et orientation : un guide clinique*. Ce guide intègre les recommandations énoncées dans les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* du CCDUS.

En vedette : Directives de consommation d'alcool à faible risque pour les personnes âgées

À la demande du Comité consultatif sur la Stratégie nationale sur l'alcool, un groupe d'experts indépendants du Canada et d'autres pays a élaboré les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* (DCAFR). Les DCAFR sont un élément clé de la Stratégie nationale sur l'alcool et sont tirées du rapport technique *L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque* (Butt, Beirness, Gliksman, Paradis et Stockwell, 2011).

Pour réduire les risques à long terme, les DCAFR recommandent de limiter sa consommation à deux verres par jour ou 10 verres par semaine pour les femmes, et à trois verres par jour ou 15 verres par semaine pour les hommes, et de prévoir des jours sans alcool. Les DCAFR ont été conçues pour les 25 à 65 ans; elles ne recommandent donc pas des limites plus basses pour les personnes âgées. Le CCDUS (2017) recommande toutefois aux personnes âgées de ne pas dépasser les limites énoncées dans les DCAFR, en précisant que ces personnes métabolisent l'alcool plus lentement que les autres, ce qui les rend plus sensibles aux effets et aux risques connexes.

Aux États-Unis, le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism recommande des limites plus basses pour les personnes âgées, qui doivent limiter leur consommation à sept verres par semaine ou trois verres par jour.

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées a récemment reçu du financement pour élaborer des directives axées sur les personnes âgées et portant sur quatre substances (alcool, benzodiazépines, cannabis et opioïdes). Ces directives seront publiées en 2018 et pourraient inclure des recommandations pour une consommation d'alcool à faible risque.

Le CAGE est un questionnaire largement utilisé. Son nom est un sigle formé à partir des quatre questions de sa version anglaise (cutting down, annoyed, guilty et eye opener), ce qui facilite sa mémorisation et son utilisation. Ces questions consistent à demander à la personne si elle a déjà pensé qu'elle devrait **diminuer** sa consommation, si elle a déjà été **agacée** par des remarques de son entourage au sujet de sa consommation, si elle s'est déjà sentie **coupable** de boire et si elle a déjà eu besoin de boire en se levant le matin (**fait révélateur**) (Ewing, 1984). Buchsbaum et ses collaborateurs (1992) ont montré que le questionnaire avait une sensibilité de 86 % et une spécificité de 78 % chez les patients de plus de 60 ans traités à l'externe qui répondaient « oui » à au moins une question.

Sensibilité vs spécificité

La **sensibilité** du questionnaire CAGE fait référence à la probabilité que le test de dépistage soit positif chez les personnes ayant une consommation problématique.

La **spécificité**, elle, fait référence à la probabilité que le test de dépistage soit négatif chez les personnes sans consommation problématique.

Une étude comparant le questionnaire CAGE au Michigan Alcohol Screening Test (MAST) [test de dépistage de l'alcoolisme du Michigan] a conclu que le CAGE était plus efficace en général, quoique ces deux tests aient une faible sensibilité chez les personnes âgées (Jones, Lindsey, Yount, Soltys et Farani-Enayat, 1993). Le CAGE comporte toutefois quelques inconvénients, notamment le fait qu'il n'a pas été conçu pour être administré aux personnes âgées, qu'il est axé sur la dépendance plutôt que sur la consommation néfaste et qu'il s'intéresse à la consommation au cours de la vie plutôt qu'aux habitudes actuelles. En outre, moins de la moitié des personnes obtenant un résultat positif au CAGE ou au Short Michigan Alcohol Screening Test – Geriatric (SMAST-G; voir le tableau 2) obtiennent un résultat positif aux deux tests, ce qui laisse penser que ces tests évaluent peut-être des aspects différents de la consommation problématique d'alcool (Moore, Seeman, Morgenstern, Beck et Reuben, 2002).

Tableau 2. Test court de dépistage de l'alcoolisme du Michigan – version gériatrique

Pointage : Deux « oui » ou plus indiquent un problème de consommation d'alcool.
- Vous arrive-t-il de sous-évaluer votre consommation d'alcool lorsque vous parlez avec les autres? - Vous est-il déjà arrivé de ne pas manger ou de sauter un repas après avoir bu quelques verres parce que vous ne sentiez pas la faim? - Est-ce que le fait de prendre quelques verres diminue vos tremblements? - Avez-vous parfois de la difficulté à vous souvenir de certains moments du jour ou de la nuit à cause de votre consommation d'alcool? - Prenez-vous généralement un verre pour relaxer ou vous calmer? - Buvez-vous pour oublier vos problèmes? - Avez-vous déjà augmenté votre consommation d'alcool après avoir vécu une perte? - Est-ce qu'un médecin ou une infirmière s'est déjà inquiété de vos habitudes de consommation d'alcool? - Avez-vous déjà établi des règles pour gérer votre consommation d'alcool? - Est-ce que prendre un verre vous fait du bien lorsque vous vous sentez seul?

Source : University of Michigan Alcohol Research Center (1991).

Comme la version complète du SMAST peut prendre 10 minutes à administrer, son utilité en pratique clinique est limitée. Il est plutôt préférable de se servir de la version courte du test, soit le SMAST-G. Blow et ses collaboratrices (1998) ont montré que comparativement au *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, le SMAST-G a une sensibilité de 85 % et une spécificité de 97 % pour diagnostiquer un trouble de dépendance à l'alcool ou d'abus d'alcool.

Le Test de dépistage des troubles liés à la consommation d'alcool (AUDIT) a été élaboré par un groupe appuyé par l'Organisation mondiale de la Santé. Cet outil de dépistage a été largement testé dans de nombreux pays et a été validé dans diverses cultures, ainsi que chez les personnes âgées. L'AUDIT, qui comporte 10 questions et ne prend que quelques minutes à administrer, recueille des renseignements sur la quantité d'alcool bue et la fréquence de consommation. Sa force réside dans sa capacité à reconnaître les personnes qui sont aux prises avec un problème de consommation sans nécessairement avoir développé une dépendance (Berk et McCormick, 2008). L'AUDIT n'a toutefois pas été conçu pour les personnes âgées, et certaines études ont montré que son efficacité laissait à désirer chez cette population (Culbertson, 2006).

L'AUDIT-C est une version abrégée de l'AUDIT qui ne comporte que trois questions :

- À quelle fréquence avez-vous consommé de l'alcool dans la dernière année?
- En général, combien de verres avez-vous bus par jour dans la dernière année?
- À quelle fréquence avez-vous pris six verres ou plus à une même occasion dans la dernière année?

Chaque réponse est notée selon une échelle de 0 à 4, où une note élevée indique une consommation d'alcool fréquente ou importante. Chez les personnes âgées, un pointage total de 4 ou plus (maximum : 12) à l'AUDIT-C peut être un indice de consommation problématique (Aalto, Alho, Halme et Seppa, 2011). Il a été montré que l'AUDIT-C a une sensibilité presque identique à celle de la version intégrale de l'AUDIT dans la population générale de soins primaires (Bradley et coll., 2007).

Un autre outil, le Senior Alcohol Misuse Indicator (SAMI) [indicateur du mésusage d'alcool chez les personnes âgées], est fréquemment utilisé dans certaines régions du Canada. Le SAMI a été conçu pour tenir compte des

sentiments des personnes âgées : les questions sont posées de façon neutre et sont initialement axées sur les symptômes physiques et affectifs. Il favorise un dialogue basé sur la collaboration et offre des occasions de sensibilisation aux effets néfastes de l'alcool (Lum, 2005).

Dans leur survol des divers outils disponibles pour dépister la consommation d'alcool, Taylor et ses collaborateurs (2014) ont conclu que de meilleurs outils seront nécessaires pour les personnes âgées. Ils indiquent qu'aucun outil actuel n'est suffisant à lui seul et qu'aucun outil ou questionnaire ne remplace adéquatement la collecte de données sur les antécédents de consommation d'alcool. Ils soulignent également qu'il sera nécessaire que les cliniciens de divers milieux envisagent la possibilité que les personnes aînées soient atteintes de troubles liés à l'usage d'alcool. La Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2012) recommande, par exemple, de se servir du CAGE et du SMAST-G pour dépister la consommation d'alcool chez les personnes âgées, et d'utiliser l'AUDIT pour détecter les troubles liés à l'usage d'alcool chez les personnes âgées des minorités ethniques.

Dépistage de la consommation d'autres substances

Il existe plusieurs outils de dépistage de la consommation de substances autres que l'alcool, comme l'Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) [test de dépistage de l'usage d'alcool, de tabac et de substances], le Prescription Drug Use Questionnaire Patient Version (PDUQp) [questionnaire sur l'usage de médicaments sur ordonnance – version du patient] et le Test de dépistage de l'abus de drogues (DAST-10).

L'ASSIST, élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé et validé chez les personnes âgées, dépiste l'usage de substances problématique ou risqué au moyen de huit questions portant sur le tabac, l'alcool, le cannabis, la cocaïne, les stimulants de type amphétamines, les inhalants, les sédatifs, les hallucinogènes, les opioïdes et d'autres drogues (Humeniuk et coll., 2008). Cet outil facile et rapide à utiliser a pour avantage de permettre le dépistage de l'usage de plusieurs substances en même temps. Des corrélations significatives avec d'autres outils de dépistage des troubles liés à l'usage d'alcool ont été établies lors de l'utilisation de l'ASSIST chez des patients externes français âgés (Khan et coll., 2012).

Le PDUQp a récemment été testé chez des patients de 50 ans et plus qui se sont présentés à l'urgence en raison d'un mésusage d'opioïdes d'ordonnance ou d'un trouble de l'usage d'opioïdes (Beaudoin, Merchant et Clark, 2016).

Les auteurs de l'étude ont conclu que cet outil pourrait être viable, mais qu'il aurait probablement besoin de modifications pour augmenter sa valeur prédictive chez les personnes âgées. Par ailleurs, le PDUQp prend une vingtaine de minutes à effectuer, ce qui peut en limiter l'utilisation dans bien des milieux cliniques.

Le DAST-10 est un bref outil de dépistage général permettant de dépister l'abus de drogues autres que l'alcool et le tabac. Il peut être effectué en moins de huit minutes (Skinner, 1982).

Une étude australienne récente a utilisé à la fois l'AUDIT et l'ASSIST pour dépister la consommation d'alcool et de substances chez les personnes âgées d'un hôpital gériatrique et d'un milieu de soins communautaire (Draper et coll., 2015). Elle a montré que 19,5 % des participants ont obtenu un résultat positif au dépistage; 17,7 % de la totalité des participants ont eu un résultat positif pour l'usage d'alcool; 3,3 %, pour l'usage de benzodiazépines à des fins non médicales; et 1 %, pour l'usage d'opioïdes à des fins non médicales. L'ASSIST a révélé que 12,4 % des participants présentaient un risque modéré à élevé. Un pointage de 5 ou plus à l'AUDIT-C a été utilisé pour le dépistage de la consommation d'alcool risquée. Bien que de nombreux patients des services de santé gériatriques consomment de l'alcool ou des substances de façon risquée, les auteurs ont conclu que peu de particularités cliniques permettent de les distinguer des autres; c'est pourquoi ils recommandent de procéder au dépistage systématique de l'usage d'alcool ou de substances dans ces milieux de soins.

Le dépistage du mésusage des médicaments sur ordonnance nécessite de questionner les patients sur l'observance de leur traitement, les ordonnances venant de plusieurs médecins, l'endroit où les ordonnances sont remplies ainsi que l'usage de médicaments en vente libre et de médicaments de relais. Simoni-Wastila et Yang (2006) ont énuméré plusieurs autres indices de mésusage des médicaments sur ordonnance, dont les suivants :

- Préoccupation excessive quant à l'efficacité des médicaments psychoactifs, à la remise des médicaments ou aux heures d'administration;
- Connaissances approfondies au sujet d'un médicament, ou attachement à un médicament précis;
- Plaintes contre d'autres médecins refusant de rédiger des ordonnances;



- Somnolence excessive durant le jour;
- Changements dans les habitudes d'hygiène et de soins personnels;
- Retrait social.

Avant de choisir un outil de dépistage à utiliser auprès des personnes âgées, il faut garder en tête que les outils n'ont pas tous la même convivialité, sensibilité, spécificité et applicabilité aux différents sous-groupes de cette population. Il peut donc être judicieux d'utiliser plus d'un outil pour améliorer l'efficacité du dépistage (Moore et coll., 2002; Koh et coll., 2016). Certains tests de laboratoire, comme la mesure du volume globulaire moyen et l'évaluation de la fonction hépatique, peuvent également servir au dépistage; la sensibilité de ces tests augmente chez les personnes âgées, chez qui ils peuvent faire état de lésions attribuables à un usage modéré d'alcool.

6.4 Évaluation

L'évaluation des personnes âgées doit toujours être exhaustive. Dans son guide, le Royal College of Psychiatrists (2015) du Royaume-Uni parle d'éléments utiles à prendre en considération lors de l'évaluation systématique des personnes âgées et de la collecte de données sur leurs antécédents. Il insiste sur la nécessité d'adopter une approche non âgiste et exempte de jugement qui tient compte des valeurs et de l'expérience des patients, et mentionne qu'il est important d'adapter la vitesse de l'évaluation à leurs besoins.

En présence d'un diagnostic potentiel de trouble lié à l'usage de substances, il faut recueillir une masse considérable de renseignements auprès du patient, mais aussi souvent auprès d'autres personnes pouvant donner des renseignements complémentaires, comme les membres de la famille et les aidants. Une approche biopsychosociale est essentielle et fait appel aux éléments suivants :

- Les antécédents complets des troubles médicaux et psychiatriques;
- Les renseignements relatifs à l'usage de médicaments et d'autres substances;
- Les antécédents personnels et familiaux;
- Une évaluation de l'état mental comprenant un dépistage des troubles cognitifs;

- Un examen physique ou des tests sanguins et urinaires (ou les deux), s'il y a lieu;
- Un test d'imagerie cérébrale en cas de blessure récente à la tête ou de présence de trouble cognitif.

6.4.1 Diagnostiquer un trouble lié à l'usage de substances

Un diagnostic de trouble lié à l'usage de substances peut être posé à l'aide de la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Or, contrairement au DSM-IV, le DSM-5 ne fait pas de distinction entre les diagnostics d'abus de substances et de dépendance à une substance. La cinquième édition fournit plutôt des critères diagnostiques pour les troubles liés à l'usage de substances, qu'il accompagne de critères d'intoxication, de sevrage, de troubles induits par des substances ou des médicaments et de troubles induits par des substances non spécifiés.

La plupart des critères diagnostiques du trouble lié à l'usage de substances correspondent à la combinaison des critères de l'abus de substances et de la dépendance énoncés dans le DSM-IV, à deux exceptions près :

- Premièrement, le critère de « problèmes judiciaires » est absent du DSM-5, où il a été remplacé par un nouveau critère : « envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer une substance ».
- Deuxièmement, le nombre de critères nécessaires pour poser un diagnostic de trouble lié à l'usage de substances est maintenant d'au moins deux. La sévérité du trouble repose sur le nombre de critères présents : deux ou trois critères indiquent un trouble lié aux substances léger, quatre ou cinq critères, un trouble lié aux substances moyen, et six critères ou plus, un trouble lié aux substances grave.

La rémission précoce est définie comme au moins trois mois et au plus 12 mois sans répondre aux critères, tandis que la rémission prolongée est définie comme au moins 12 mois sans répondre aux critères, à l'exception de celui de l'envie impérieuse.

Plusieurs des critères du DSM-5, surtout ceux axés sur l'aspect fonctionnel, s'appliquent davantage aux jeunes (Farkas, 2014). De plus, ces critères diagnostiques peuvent ne pas être pertinents ou utiles dans le cas des personnes âgées, surtout les personnes isolées qui ne conduisent pas, ne travaillent pas et ne font pas de bénévolat. Il est plus approprié d'être attentif à la présence de symptômes physiques ou de changements de santé lors de l'évaluation de ces personnes, chez qui les mauvaises habitudes liées à l'alimentation et au sommeil sont courantes et souvent liées à l'usage de substances.

6.4.2 Difficultés diagnostiques des troubles concomitants

Les nombreux problèmes médicaux concomitants que présentent souvent les personnes âgées peuvent constituer un défi diagnostique complexe pour les cliniciens. Bon nombre de personnes âgées attribuent leurs symptômes à leurs troubles médicaux plutôt qu'à leur usage de substances. La relation entre la consommation d'alcool et la santé cognitive est également complexe, car la consommation chronique peut entraîner divers troubles cognitifs, comme la démence liée à l'alcool et le syndrome de Wernicke-Korsakoff. Pour compliquer encore les choses, il est possible que les patients présentent des signes de démence mixte, c.-à-d. des signes de démence vasculaire et de maladie d'Alzheimer, en plus d'antécédents de consommation excessive d'alcool.

Des critères précis pour le diagnostic de la démence liée à l'alcool ont été proposés et validés dans au moins une étude (Oslin et Cary, 2003). Il est important que les cliniciens mènent leurs évaluations au moyen de tests de dépistage cognitif normalisés, comme le mini-examen de l'état mental, ou le Montreal Cognitive Assessment [évaluation cognitive de Montréal] (Folstein, Folstein et McHugh, 1975; Nasreddine et coll., 2005). Outre le dépistage des troubles cognitifs, les cliniciens devraient évaluer le fonctionnement de leurs patients en examinant notamment leur capacité à accomplir des tâches de base (« activités de la vie quotidienne ») et des tâches plus complexes (« activités instrumentales de la vie quotidienne »; Lawton et Brody, 1969). Il est également important d'évaluer la présence de douleur chronique, qui accompagne souvent la consommation d'alcool et d'autres substances.

Délirium et sevrage

À l'hôpital, il est particulièrement important d'éliminer le diagnostic de délirium dans les unités de soins et à l'urgence. Une des principales causes de délirium est le delirium tremens lié au sevrage aigu d'alcool, qui se présente généralement comme un délirium hyperactif caractérisé par l'agitation et la présence d'hallucinations visuelles. Le Confusion Assessment Method [méthode d'évaluation de la confusion] est un outil de dépistage validé et facile à utiliser, largement reconnu pour son utilité dans le dépistage du délirium (Inouye et coll., 1990).

Il y a une forte concomitance entre les troubles liés à l'usage de substances et les autres troubles de santé mentale. Par exemple, la grande majorité des personnes âgées répondant aux critères diagnostiques de l'abus d'alcool ou de la dépendance à l'alcool énoncés dans le DSM-IV présentent des antécédents de dépression. De même, les personnes âgées déprimées courent un risque au moins trois fois plus élevé que les non déprimées d'avoir un trouble de la consommation d'alcool (Caputo et coll., 2012; Devanand, 2002). Les personnes âgées aux prises avec un trouble d'anxiété généralisée sont plus de deux fois plus susceptibles que les autres de présenter un trouble lié à l'usage de substances (Mackenzie, Reynolds, Chou, Pagura et Sareen, 2011). Le taux de suicide est également particulièrement élevé chez les personnes âgées, surtout chez les hommes; l'abus d'alcool et la dépendance constituent le deuxième trouble psychiatrique associé au suicide effectif chez cette population (Blow, Brockmann et Barry, 2004).

Certaines personnes âgées peuvent être atteintes d'un trouble à apparition précoce, qui a été présent pour la majeure partie de leur vie adulte (Farkas, 2014). Elles peuvent avoir tenté de nombreux traitements au cours de leur vie et présenter plusieurs problèmes médicaux et psychiatriques associés à leur usage de substances. Elles ont souvent des antécédents de marginalisation et de dysfonctionnement familial et conjugal, et peuvent, dans certains cas, être itinérantes. Le pronostic est généralement mauvais chez ces personnes en raison du manque de soutien social, de problèmes physiques chroniques (p. ex. maladies hépatiques ou cardiovasculaires) et de troubles cognitifs.



En comparaison, les personnes aux prises avec un trouble à apparition tardive présentent généralement des antécédents de consommation d'alcool ou de drogue plus importants après le milieu de leur vie. Certaines d'entre elles peuvent avoir bu en contexte social. Il y a souvent une forte association entre l'apparition tardive de l'usage de substances et de multiples déficits physiques et mentaux associés au vieillissement. Il est possible que les médecins, sans le savoir, aggravent la situation en prescrivant des médicaments supplémentaires qui interagissent avec l'alcool ou mènent à un nouveau trouble lié à l'usage de substances. Le pronostic est souvent bon chez les personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage de substances à apparition tardive. Ces personnes, contrairement à celles chez qui l'apparition a été précoce, ont généralement développé des habiletés d'adaptation ne faisant pas appel à la consommation d'alcool ou d'autres substances et ont souvent un réseau de soutien social plus fort ainsi qu'une meilleure santé physique et mentale (Farkas, 2014).

6.4.3 Présentation atypique chez les personnes âgées

Le dépistage et le diagnostic de l'usage problématique de substances et de la dépendance peuvent être difficiles chez les personnes âgées, car les signes de ces troubles peuvent être confondus avec les symptômes du vieillissement et de divers problèmes associés à l'âge avancé, comme la démence, la dépression, la maladie de Parkinson, les chutes, la somnolence ou l'insomnie. Les changements fonctionnels peuvent être attribués à d'autres troubles ou au vieillissement.

Les signes de consommation problématique d'alcool ou d'autres substances peuvent également varier d'une personne âgée à l'autre, et peuvent comprendre plusieurs troubles de santé mentale ou physique, changements de comportements, ou signes et symptômes physiques. Les signes cognitifs peuvent prendre la forme de troubles de la mémoire, d'un délirium ou même d'une démence. Il est également parfois possible que les troubles cognitifs et l'usage de substances inappropriées chevauchent. Certains patients peuvent présenter des symptômes de dépression ou d'irritabilité. Parmi les changements comportementaux remarquables, notons l'isolement, le manque de soins personnels et la perte d'intérêt ou de motivation. Les changements physiques, quant à eux, incluent une perte de poids ou la malnutrition, une ataxie (manque de contrôle musculaire), des chutes, des ecchymoses, l'incontinence urinaire et une fragilité croissante.

Il est possible, selon le contexte, que la présentation atypique de l'usage de substances chez les personnes âgées comprenne des symptômes de sevrage. Ceux-ci sont généralement attribuables au sevrage d'alcool, mais peuvent également être liés au sevrage de benzodiazépines ou d'opioïdes. Les patients qui présentent d'importants troubles cognitifs pourraient également être atteints de démence liée à l'alcool ou du syndrome de Wernicke-Korsakoff (Oslin et Cary, 2003). Parmi les symptômes, mentionnons une ataxie, de la confusion, des changements de la vision (p. ex. mouvements oculaires anormaux, vision double, paupières tombantes), des troubles importants de la mémoire à court terme, des hallucinations et de la confabulation (distorsion ou mauvaise interprétation des souvenirs).

Finalement, comme la polypharmacie (le recours à de nombreux médicaments pharmaceutiques) est fréquente chez les personnes âgées, le risque de mésusage de médicaments sur ordonnance et en vente libre augmente avec l'âge. Les cliniciens devraient toujours envisager la possibilité que les patients consomment une quantité excessive de médicaments en raison d'un mésusage ou des quantités qui leur sont prescrites, souvent par plusieurs médecins.

6.5 Besoins en matière de formation des professionnels de la santé

Un rapport récent sur l'alcool, la drogue et la santé publié par le directeur du service de santé publique des États-Unis (Surgeon General of the United States) a signalé que l'intégration des soins de santé mentale et des troubles liés à l'usage de substances aux soins de santé généraux ne sera possible que si les travailleurs transfèrent leurs connaissances entre eux de façon compétente et sont formés dans tous ces domaines (U.S. Department of Health and Human Services, 2016). Il souligne que seulement 8 % des écoles de médecine américaines exigent que les étudiants suivent un cours complémentaire en médecine de la dépendance, et que seulement 36 % des écoles offrent un cours optionnel sur le sujet. Si elle est offerte aux autres professionnels de la santé, la formation sur les troubles liés à l'usage de substances est minimale. Le rapport recommande de modifier les politiques fédérales et étatiques pour qu'elles obligent ou incitent les écoles de médecine à offrir des cours obligatoires visant à préparer les jeunes professionnels de la santé à traiter l'usage de



BARBARA

Barbara, une enseignante retraitée de 81 ans, s'est fracturé la hanche lors d'une chute à domicile, ce qui a nécessité une chirurgie à l'hôpital local. Elle a des antécédents d'hypothyroïdie, d'hypertension, d'incontinence urinaire, de cholécystectomie et d'hypercholestérolémie. Elle a également fait une dépression en milieu de vie, pour laquelle elle a pris du citalopram pendant près de 20 ans. Lorsque questionnée sur ses habitudes de consommation d'alcool, Barbara a dit ne boire qu'en contexte social. Elle a également mentionné ne plus prendre ses antidépresseurs depuis plusieurs mois parce qu'elle n'en sentait plus le besoin.

Au troisième jour après l'intervention, Barbara est soudainement devenue agitée et désorientée; elle présentait des hallucinations visuelles et tactiles d'apparence réelle, un délire paranoïde et une inversion du cycle jour-nuit accompagnée d'insomnie grave. Elle présentait également des tremblements et avait l'impression que des insectes se promenaient sur sa peau. Barbara était terrifiée et voulait quitter l'hôpital. Elle a reçu de l'halopéridol (5 mg intramusculaire) et a été contentionnée pour une courte période. Un diagnostic de délirium postopératoire a été posé, mais la cause demeurait inconnue : ses analyses sanguines étaient normales et ne montraient aucun signe d'infection. Elle a eu 18/30 au mini-examen de l'état mental. Lorsqu'on lui a demandé de dessiner une horloge indiquant 11 h 10, elle était incapable de placer les chiffres et les aiguilles. Lors de leur visite, les filles de Barbara ont dit que leur mère buvait plusieurs grands martinis chaque soir et que sa consommation d'alcool avait beaucoup augmenté depuis le décès de son mari. Elles ont également mentionné qu'elle avait des pertes de mémoire et qu'elle avait chuté au moins trois fois dans les quatre derniers mois.

Le tableau clinique de Barbara est caractéristique d'un sevrage aigu d'alcool. Le delirium tremens se manifeste généralement de deux à quatre jours après la dernière prise d'alcool. Ce diagnostic est souvent erronément écarté pendant une hospitalisation, car plusieurs patients mentent sur leurs habitudes de consommation. Dans l'exemple de Barbara, les renseignements essentiels sur sa grande consommation d'alcool ont été fournis par la famille. Les outils de dépistage des troubles liés à l'usage de substances ne sont utiles que si les personnes sont honnêtes sur leurs habitudes de consommation.

EXEMPLE CLINIQUE



substances et ses conséquences. Il encourage également les associations de professionnels cliniques à offrir de la formation continue et des cours pour les professionnels déjà en exercice.

Ram et Chisholm (2015) ont publié une revue de la littérature sur les lacunes de la formation sur l’usage de substances et la dépendance offerte dans les écoles de médecine, dans laquelle ils ont proposé des solutions principalement axées sur la formation des médecins. Ils soulignent qu’il est fréquent que les médecins n’arrivent pas à dépister, à diagnostiquer et à prendre en charge les troubles liés à l’usage de substances de façon adéquate; une des études concluait d’ailleurs que moins du tiers des médecins de soins primaires dépistaient attentivement l’abus de substances (O’Brien, 2008). D’autres études ont montré que le taux de réussite des médecins des cliniques externes en matière de dépistage des troubles lié à l’usage de substances était seulement de 25 % à 50 % (Miller, Sheppard, Colenda et Magen, 2001; Sillanaukee, Kaariainen, Sillanaukee, Poutanen et Seppa, 2002).

De nombreux facteurs contribuent à l’insuffisance de mesures de dépistage et de diagnostic appropriées. Certains médecins se sentent mal préparés ou manquent de confiance, et peuvent même avoir une attitude négative ou pessimiste à l’égard du traitement des troubles liés à l’usage de substances (Miller et coll., 2001). Cette attitude montre l’importance cruciale de la formation des étudiants en médecine : l’exposition à la culture de la médecine pendant les études, soit durant la période de formation la plus importante de la carrière d’un médecin, peut grandement influencer l’identité professionnelle de ce dernier.

Des études semblent indiquer que les écoles de médecine des États-Unis consacraient en moyenne seulement 12 heures à l’étude de l’usage de substances et de la dépendance. Dans le cadre d’un sondage, 119 écoles de médecine américaines reconnues sur 125 ont répondu offrir de la formation sur l’usage de substances et la dépendance. Cependant, seulement 12 d’entre elles offraient un cours obligatoire distinct, et 45 offraient un cours optionnel (Yoast et coll., 2008). En outre, une bonne partie de cette formation portait sur la biologie de la dépendance; peu de temps était consacré à l’attitude à adopter, qui comprend le respect, la

compassion et l’intégrité, ou aux compétences nécessaires pour soigner les consommateurs de substances.

Ram et Chisolm (2015) se sont basés sur leurs résultats pour proposer aux écoles de médecine d’élargir la portée de leurs programmes de formation pour qu’ils comprennent des données probantes sur le traitement de l’usage de substances, qu’ils favorisent l’adoption d’une attitude humaniste et professionnelle et qu’ils donnent aux étudiants la possibilité de parfaire leurs compétences de traitement factuel au moyen de simulations cliniques ou de patient normalisées.

6.5.1 Programmes de formation et d’études

Même si la formation officielle sur l’usage de substances offerte dans les écoles de médecine n’est pas suffisante, il existe plusieurs programmes de formation novateurs, comme une formation facultative de quatre jours dans des refuges pour sans-abri, un programme en ligne axé sur le dépistage, l’intervention rapide et l’orientation vers un traitement, et un cours combinant 14 vidéos en ligne et de la formation en salle (Packer, Carnell, Tomcho et Scott, 2010; Tanner, Wilhelm, Rossie et Metcalf, 2012; MedU, s. d.).

Parmi les autres programmes efficaces, mentionnons le projet Engage du Christiana Care Health System (un des plus grands fournisseurs de soins des États-Unis), qui enseigne aux infirmières à questionner tous les patients sur leurs habitudes d’usage de substances. Les patients qui obtiennent un résultat positif au dépistage sont orientés vers des conseillers en comportement, qui feront une intervention rapide à l’urgence, et vers un autre traitement par la suite. Les résultats préliminaires laissent penser que ce programme aurait eu un effet positif sur les habitudes de dépistage et d’orientation des infirmières, ainsi que sur leur attitude à l’égard de ces interventions (Pecoraro et coll., 2012).

Dans leur revue des améliorations apportées aux programmes de formation des résidents en médecine familiale, Seale et ses collaboratrices (2010) ont présenté un programme en huit modules fondé sur les compétences de base en matière d’abus de substances énoncées dans le projet Mainstream de l’Association pour l’éducation et la recherche médicales sur l’abus de substances (Association for Medical Education and Research in Substance Abuse, 2005). Le programme de base – axé

Tableau 3. Compétences de base en matière d’abus de substances que doivent acquérir les résidents en médecine familiale

Les résidents :
- feront un dépistage de l’usage malsain de substances approprié à l’âge, au genre et à la culture des patients; - évalueront efficacement les patients qui consomment des substances de façon malsaine; - feront des interventions rapides auprès des patients ayant des habitudes de consommation malsaines; - maîtriseront des méthodes de counseling efficaces visant à prévenir l’usage malsain; - orienteront les patients aux prises avec des troubles liés à l’usage de substances vers des milieux de traitement qui offrent de la pharmacothérapie ou du counseling psychosocial visant à prévenir les rechutes; - dépisteront la présence de troubles de santé physique ou mentale concomitants chez les consommateurs de substances, et traiteront ces troubles ou orienteront les patients vers des traitements; - orienteront les patients aux prises avec un trouble lié à l’usage de substances vers des services de traitement et d’aide appropriés; - seront conscients des enjeux éthiques et juridiques liés au fait de travailler sous l’influence de substances et connaîtront les ressources vers lesquelles orienter un collègue potentiellement intoxiqué, comme les programmes d’aide aux employés, les comités en milieu hospitalier, les programmes de santé des médecins et les organismes de réglementation; - reconnaîtront les enjeux éthiques et juridiques liés au soin des patients ayant des habitudes de consommation malsaines; - offriront un sevrage pharmacologique aux patients ayant une dépendance à une substance; - offriront aux patients atteints d’un trouble lié à l’usage de substances un traitement (médicaments et counseling psychosocial) visant à prévenir les rechutes, ou les orienteront vers ce type de traitement.

Source : Seale, Shellenberger et Clark (2010).

sur le dépistage, les interventions rapides et l’orientation vers un traitement – peut être adapté pour répondre aux besoins des programmes de formation des résidents. Il favorise également la supervision des résidents en médecine familiale afin de faire en sorte qu’ils acquièrent adéquatement les compétences de base du projet. Ces compétences sont résumées dans le tableau 3.

Il importe de préciser que pour appliquer d’un tel programme d’études à grande échelle, il faudrait créer une nouvelle initiative de perfectionnement des enseignants permettant de former des superviseurs, ainsi qu’une série d’ateliers visant à mettre en place un réseau d’enseignants formés.

6.6 Conclusion

Une fois l’évaluation des patients terminée et le diagnostic officiel de trouble lié à l’usage de substances posé, les cliniciens doivent affronter un nouveau défi, soit la création d’un plan de traitement reflétant pleinement le large éventail d’options possibles. Les options de traitement qui s’offrent aux personnes âgées peuvent reposer ou non sur l’administration de médicaments et comprendre une désintoxication, un traitement à court terme et un traitement d’entretien.

Le chapitre 7 du présent rapport donne plus de renseignements sur les options de traitement et de prévention offerts aux personnes âgées, tout en tenant compte des interventions efficaces et des facteurs particuliers à considérer chez cette population.



Bibliographie

- Aalto, M., H. Alho, J.T. Halme et K. Seppa. « The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and its derivatives in screening for heavy drinking among the elderly », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 26 (2011), p. 881–885.
- American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.), Washington (D.C.), chez l’auteur, 2013.
- Association for Medical Education and Research in Substance Abuse. *Project Mainstream*, 2005. Consulté sur le site : amersa.org/resources/educational-resources/project-mainstream
- Beaudoin, F.L., R.C. Merchant et M.A. Clark. « Prevalence and detection of prescription opioid misuse and prescription opioid use disorder among emergency department patients 50 years of age and older: performance of the Prescription Drug Use Questionnaire, Patient Version », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 28 (2016), p. 627–636.
- Berks, J. et R. McCormick. « Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review », *International Psychogeriatrics*, vol. 20 (2008), p. 1090–1103.
- Beullens, J. et B. Aertgeerts. « Screening for alcohol abuse and dependence in older people using DSM criteria: a review », *Aging and Mental Health*, vol. 8 (2004), p. 76–82.
- Blow, F.C., B.W. Gillespie et K.L. Barry. « Brief screening for alcohol problems in elderly population using the Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (SMAST-G) », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 22, suppl. (1998), p. 131A.
- Blow, F.C., L.M. Brockmann et K.L. Barry. « Role of alcohol in late-life suicide », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 28, suppl. 5 (2004), p. 48S–56S.
- Bradley, K.A., A.F. DeBenedetti, R.J. Volk, E.C. Williams, D. Frank et D.R. Kivlahan. « AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 7 (2007), p. 208–217.
- Braxter, B.J., K. Puskar, A.M. Mitchell, H. Hagle, H. Gotham et M.A. Terry. « Nursing students’ experiences with screening, brief intervention, and referral to treatment for substance use in the clinical/hospital setting », *Journal of Addictions Nursing*, vol. 25 (2014), p. 122–129.
- Buchsbaum, D.G., R.G. Buchanan, J. Welsh, R.M. Centor et S.H. Schnoll. « Screening for drinking disorders in the elderly using the GAGE questionnaire », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 40 (1992), p. 662–665.
- Butt, P., D. Beirness, L. Gliksman, C. Paradis et T. Stockwell. *L’alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre l’alcoolisme et les toxicomanies, 2011.
- Caputo, F., T. Vignoli, L. Leggio, G. Addolorato, G. Zoli et M. Bernardi. « Alcohol use disorders in the elderly: a brief overview from epidemiology to treatment options », *Experimental Gerontology*, vol. 47, n° 6 (2012), p. 411–416.
- Casajuana, C., H. Lopez-Pelayo, M.M. Balcells, L. Miquel, J. Colom et A. Gual. « Definitions of risky and problematic cannabis use: a systematic review », *Substance Use and Misuse*, vol. 51 (2016), p. 1760–1770.
- Centre canadien sur les dépendances et l’usage de substances. *Directives de consommation d’alcool à faible risque*, 2017. Consulté sur le site : <http://www.ccdus.ca/Resource%20Library/2012-Canada-Low-Risk-Alcohol-Drinking-Guidelines-Brochure-fr.pdf>
- Collège des médecins de famille du Canada et Centre canadien de lutte contre l’alcoolisme et les toxicomanies. *Dépistage de l’abus d’alcool, intervention rapide et orientation : Un guide clinique*, 2012. Consulté sur le site : www.sbir-diba.ca
- Culberson, J.W. « Alcohol use in the elderly: beyond the CAGE. Part 2: screening instruments and treatment strategies », *Geriatrics*, vol. 61 (2006), p. 20–26.
- Devanand, D.P. « Comorbid psychiatric disorders in late life depression », *Biological Psychiatry*, vol. 52 (2002), p. 236–242.
- Draper, B., N. Ridley, C. Johnco, A. Withall, W. Sim, M. Freeman, ... et N. Lintzeris. « Screening for alcohol and substance use for older people in geriatric hospital and community health settings », *International Psychogeriatrics*, vol. 27, n° 1 (2015), p. 157–166.
- Ewing, J.A. « Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire », *JAMA*, vol. 252 (1984), p. 1905–1907.
- Farkas, K.J. « Assessment and treatment of older adults with substance use disorders ». Dans S. Strassner (éd.), *Clinical work with substance-abusing clients* (3rd ed), New York (N.Y.), Guilford Press, 2014, p. 421–441.
- Fleming, M.F., L.B. Manwell, K.L. Barry, W. Adams et E.A. Stauffacher. « Brief physician advise for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial », *Journal of Family Practice*, vol. 48 (1999), p. 378–384.
- Folstein, M.F., S.E. Folstein et P.R. McHugh. « “Mini-Mental State”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician », *Journal of Psychiatric Research*, vol. 12 (1975), p. 189–198.
- Gfroerer, J., M. Penne, M. Pemberton et R. Folsom. « Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 69 (2003), p. 127–135.
- Hallgren, M., P. Hogberg et S. Andreasson. « Alcohol consumption and harm among elderly Europeans: falling between the cracks », *European Journal of Public Health*, vol. 20 (2010), p. 616–618.
- Humeniuk, R., R. Ali, T.F. Babor, M. Farrell, M.L. Formigoni, J. Jittiwutikarn, ... et S. Simon. « Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) », *Addiction*, vol. 103 (2008), p. 1039–1047.
- Inouye, S.K., C.H. Van Dyck, C.A. Alessi, S. Balkin, A.P. Siegel et R.I. Horwitz. « Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium », *Annals of Internal Medicine*, vol. 113 (1990), p. 941–948.
- Jones, T.V., B.A. Lindsey, P. Yount, R. Soltys et B. Farani-Enayat. « Alcoholism screening questionnaires: are they valid in elderly medical outpatients? », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 8 (1993), p. 674–678.
- Kelleher, S. « Health care professionals’ knowledge and attitudes regarding substance use and substance users », *Accident and Emergency Nursing*, vol. 15 (2007), p. 161–165.
- Khan, R., A. Chatton, G. Thorens, S. Achab, A. Nallet, B. Broers, ... et Y. Khazaal. « Validation of the French version of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in the elderly », *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, vol. 7 (2012), p. 14.
- Koh, S., R. Gorney, N. Badre et D.V. Jeste. « Substance use among older adults ». Dans A.H. Mack, K.T. Brady, S.I. Miller et R.J. Frances (éd.), *Clinical textbook of addictive disorders* (4th ed.), New York (N.Y.), Guilford Press, 2016.
- Lawton, M.P. et E.M. Brody. « Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living », *The Gerontologist*, vol. 9 (1969), p. 179–186.
- Lum, B. *The development and validation of the Senior Alcohol Misuse Indicator (SAMI)*, séance par affiches à l’occasion de la réunion annuelle de l’Association canadienne de gériatologie, Halifax (N.-É.), 2005.
- Mackenzie, C.S., K. Reynolds, K.L. Chou, J. Pagura et J. Sareen. « Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in a national sample of older adults », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 19 (2011), p. 305–315.
- Marshall, K.L. et F.P. Deane. « General practitioners’ detection and management of patients with a dual diagnosis: implications for education and training », *Drug and Alcohol Review*, vol. 23 (2004), p. 455–462.
- MedU. *Course on addiction and recovery education*, sans date. Consulté sur le site : www.med-u.org/population-health/course-on-addiction-and-recovery-education-care
- Miller, N.S., L.M. Sheppard, C.C. Colenda et J. Magen. « Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol and drug-related disorders », *Academic Medicine*, vol. 76, n° 5 (2001), p. 410–418.



Moore, A.A., T. Seeman, H. Morgenstern, J.C. Beck et D.B. Reuben. « Are there differences between older persons who screen positive on the CAGE questionnaire and the Short Michigan Alcoholism Screening Test — Geriatric version? », *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 50 (2002), p. 858–862.

Moyer, V.A. « Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement », *Annals of Internal Medicine*, vol. 159 (2013), p. 210–218.

Nasreddine, J.S., N.A. Phillips, V. Bedirian, S. Charbonneau, V. Whitehead, I. Collin, ... et H. Chertkow. « The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 53 (2005), p. 695–699.

O'Brien, C.P. « The CAGE questionnaire for detection of alcoholism: a remarkably useful but simple tool », *JAMA*, vol. 300, n° 17 (2008), p. 2054–2056.

O'Connell, H., A. Chin, C. Cunningham et B. Lawlor. « Alcohol use disorders in elderly people: redefining an age-old problem in old age », *BMJ*, vol. 327 (2003), p. 664–667.

Office for National Statistics. *Alcohol-related deaths in the United Kingdom, 2011*, 2013. Consulté sur le site : www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/alcoholrelateddeathsintheunitedkingdom/2013-01-29

Oslin, D.W. et M.S. Cary. « Alcohol-related dementia: validation of diagnostic criteria », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 11 (2003), p. 441–447.

Packer, C.D., R.C. Carnell, P.M. Tomcho et J.G. Scott. « Development of a four-day services-learning rotation for third-year medical students », *Teaching and Learning in Medicine*, vol. 22, n° 3 (2010), p. 224–228.

Pecoraro, A., T. Horton, E. Ewen, J. Becher, P.A. Wright, B. Silverman, ... et G.E. Woody. « Early data from Project Engage: a program to identify and transition medically hospitalized patients into addictions treatment », *Addiction Science & Clinical Practice*, vol. 7 (2012), p. 20–26

Ram, A. et M.S. Chisolm. « The time is now: improving substance abuse training in medical schools », *Academic Psychiatry*, vol. 40 (2016), p. 454–460.

Royal College of Psychiatrists. *Our invisible addicts: first report of the Older Persons' Substance Misuse Working Group of the Royal College of Psychiatrists*, Londres (R.-U.), chez l'auteur, 2011.

Royal College of Psychiatrists. *Substance misuse in older people: an information guide*, Londres (R.-U.), chez l'auteur, 2015.

Santé Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues*, 2013. Consulté sur le site : www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2012/tables-tableaux-fra.php

Seale, J.P., S. Shellenberger et D.C. Clark. « Providing competency-based family medicine residency training in substance abuse in the new millennium: a model curriculum », *BMC Medical Education*, vol. 10 (2010), p. 33.

Searby, A., P. Maude et I. McGrath. « Growing old with ice: a review of the potential consequences of methamphetamine abuse in Australian older adults », *Journal of Addictions Nursing*, vol. 26 (2015), p. 93–98.

Sillanaukee, P., J. Kaariainen, P. Sillanaukee, P. Poutanen et K. Seppä. « Substance use-related outpatient consultations in specialized health care: an underestimated entity », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 26, n° 9 (2002), p. 1359–1364.

Simoni-Wastila, L. et H.K. Yang. « Psychoactive drug abuse in older adults », *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, vol. 4 (2006), p. 380–394.

Skinner, H.A. « The drug abuse screening test », *Addictive Behavior*, vol. 7, n° 4 (1982), p. 363–371.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Substance abuse among older adults (Treatment Improvement Protocol No. 26.)*, Rockville (Md.), U.S. Department of Health and Human Services, 2012.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of national findings (NSDUH Series H-46, HHS Publication No. (SMA) 13-4795)*, Rockville (Md.), U.S. Department of Health and Human Services, 2013.

Tanner, T.B., S.E. Wilhelm, K.M. Rossie et M.P. Metcalf. « Web-based SBIRT skills training for health professional students and primary care providers », *Substance Abuse*, vol. 33, n° 3 (2012), p. 316–320.

Taylor, C., K.A. Jones et T. Denning. « Detecting alcohol problems in older adults: can we do better? », *International Psychogeriatrics*, vol. 26, n° 11 (2014), p. 1755–1766.

University of Michigan Alcohol Research Center. *Short Michigan Alcoholism Screening Test — Geriatric Version (SMAST-G)*, 1991. Consulté sur le site : esahec.org/wp-content/uploads/2016/10/SMAST-for-participants.pdf

U.S. Department of Health and Human Services. *Facing addiction in America: the Surgeon General's report on alcohol, drugs, and health*, Washington (D.C.), chez l'auteur, 2016.

Yoast, R.A., W.J. Filstead, B.B. Wilford, S. Hayahsi, J. Reenan et J. Epstein. « Teaching about substance abuse », *Virtual Mentor*, vol. 10, n° 1 (2008), p. 21–29.





CHAPITRE

07

Traitement de la consommation de substances chez les personnes âgées

Frederic C. Blow, Ph.D.

Professeur et directeur, University of Michigan Addiction Center, Département de psychiatrie, École de médecine de l'Université du Michigan, et chercheur principal, Center for Clinical Management Research, département des Anciens combattants

SURVOL

- L'augmentation du nombre de personnes âgées aux prises avec un trouble lié à l'usage de substances rend particulièrement importante la prestation de services adaptés à l'âge par les centres de traitement.
- 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 troubles liés à l'usage de substances chez cette population.
- Les médecins jouent un rôle essentiel dans la sensibilisation des personnes âgées aux liens entre l'usage de substances et l'état de santé.
- 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 en Amérique du Nord.



7.1 Introduction

La génération des baby-boomers a grandi dans les années 1960, à un moment où la consommation d'alcool et de drogue était généralement acceptée. Par conséquent, les aînés canadiens d'aujourd'hui présentent un taux plus élevé de troubles liés à l'usage de substances passés ou actuels que les aînés des générations précédentes (Gfroerer, Penne, Pemberton et Folsom, 2003). On s'attend à ce que le vieillissement de cette génération s'accompagne d'une augmentation exponentielle du nombre de personnes âgées ayant besoin de services de traitement de l'usage de substances (Ialomiteanu, Hamilton, Adlaf et Mann, 2013; Rotondi et Rush, 2012).

On sait par expérience que les personnes âgées ne suivent pas autant de programmes de traitement que les adultes plus jeunes. Par ailleurs, beaucoup croient à tort que l'usage problématique de substances et les troubles liés à l'usage de substances ne touchent pas les personnes âgées ou ne valent pas la peine d'être traités chez cette population. Cependant, de plus en plus de données montrent que les traitements de la dépendance offerts aux personnes âgées peuvent les mener à réduire ou à cesser leur usage de substances, améliorant du même coup leur état de santé et leur qualité de vie (Whitlock, Polen, Green, Orleans et Klein, 2004; Kuerbis et coll., 2015; Schonfeld et coll., 2015; Ettner et coll., 2014; Satre, Mertens, Areán et Weisner, 2004; Oslin, Pettinati et Volpicelli, 2002).

Les personnes âgées font également face à des obstacles uniques qui contribuent à l'incapacité des médecins à dépister et à traiter les troubles liés à l'usage de substances (TLUS). Les croyances âgistes, par exemple, font en sorte que les personnes âgées et les professionnels de la santé tombent sous le coup de faux stéréotypes sur le vieillissement (Butler, 1969; Blow, 1998; Morgan, Brosi et Brosi, 2011). Les attitudes permissives à l'égard de la consommation d'alcool et de drogue des personnes âgées sont également fréquentes. Les aidants, la famille, les amis et les professionnels de la santé voient souvent ces substances comme « un des rares et derniers plaisirs » des personnes âgées. Ils ferment donc les yeux sur ce comportement, se disant que la dépendance ne peut pas être traitée à ce stade de la vie. Ils reconnaissent l'usage problématique de substances des aînés, mais choisissent de ne pas intervenir (Klein et Jess, 2002; Benshoff,

Harrawood et Koch, 2003). D'autres obstacles liés notamment au genre, aux croyances religieuses, au soutien social réduit et au manque de ressources financières contribuent également au faible taux de dépistage et de traitement des TLUS chez les personnes âgées.

La non-reconnaissance généralisée du fait que la dépendance est une maladie chronique et non un choix accentue la stigmatisation et le sentiment de honte qui empêche souvent les personnes âgées à chercher des traitements pour leurs TLUS (U.S. Department of Health and Human Services [DoHHS], 2016). Qui plus est, les options de traitement sont limitées ou ne sont pas adaptées aux aînés. Les enjeux liés à la classification des diagnostics mènent également au sous-diagnostic ou au mauvais diagnostic des TLUS chez cette population.

7.2 Reconnaître les troubles liés à l'usage de substances chez les personnes âgées

L'étape la plus importante à franchir pour savoir reconnaître les TLUS chez les personnes âgées consiste à admettre que ces personnes peuvent en être atteintes (Taylor et Grossberg, 2012). La Substance Abuse and Mental Health Services Administration des États-Unis recommande de procéder au dépistage annuel des adultes de 60 ans et plus dans le cadre de leur examen physique systématique. Elle recommande également de réaliser des tests de dépistage supplémentaires chez les personnes qui présentent des changements dans leur état de santé, qui vivent des transitions ou des événements importants (p. ex. perte du partenaire ou du conjoint, retraite, déménagement) et qui connaissent une baisse de leur fonctionnement cognitif ou comportemental, ainsi qu'avant de prescrire de nouveaux médicaments (Blow, 1998).

Bien que certaines personnes âgées admettent elles-mêmes qu'elles consomment de l'alcool ou de la drogue de façon problématique, il est fréquent que le problème soit détecté par des membres de la famille ou des amis. Dans certains cas, un TLUS est détecté au cours d'une hospitalisation pour un autre trouble de santé, habituellement parce que le manque soudain d'alcool ou de drogue entraîne l'apparition de symptômes de sevrage. C'est pourquoi les professionnels de la santé, surtout

ceux des soins primaires et des soins d'urgence, sont particulièrement bien placés pour dépister les TLUS chez les personnes âgées (consultez le chapitre 6 pour en savoir plus sur les diverses méthodes servant à évaluer l'usage de substances chez les aînés).

Le faible pourcentage de personnes âgées en traitement pour un TLUS pourrait s'expliquer en partie par le fait que les symptômes qu'elles présentent ressemblent souvent à ceux d'autres troubles ou sont compliqués par d'autres problèmes de santé. Les troubles concomitants fréquemment associés au vieillissement (p. ex. diabète, hypertension, douleur chronique, insomnie et troubles gastro-intestinaux) peuvent masquer les signes de TLUS, rendant ainsi ces troubles plus difficiles à détecter. Des troubles affectifs et cognitifs, comme la démence, la maladie d'Alzheimer et la dépression, peuvent également masquer les symptômes de TLUS et en compliquer l'évaluation et le traitement.

En raison du processus naturel de vieillissement, les personnes âgées présentent des particularités physiques et mentales complexes les rendant plus vulnérables aux effets de l'alcool et des médicaments. Cette vulnérabilité accrue augmente leur risque d'interactions médicamenteuses nocives, de déclin cognitif, de blessures, de troubles du sommeil, de troubles de la mémoire, de maladies hépatiques, de maladies cardiovasculaires et de troubles de santé mentale (Blow, 1998; Barry, 1997; Kirchner et coll., 2007; Oslin, 2000; Maree, Marcum, Saghafi, Weiner et Karp, 2016; Simoni-Wastila et Yang, 2006). Même si certaines personnes prennent des médicaments psychoactifs sur ordonnance pour leur effet euphorique, beaucoup développent sans le vouloir un trouble lié à l'usage de substances lorsqu'elles cherchent un traitement pour la douleur, l'anxiété, la dépression ou l'insomnie (Simoni-Wastila et Yang, 2006; Blow et coll., 2006).

7.2.1 Troubles concomitants de santé mentale

Les changements importants de la vie, qui sont dans certains cas inhérents au processus de vieillissement (p. ex. perte d'un être cher, retraite et troubles de santé), peuvent déclencher ou aggraver une dépression ou un trouble anxieux, et mener à un accroissement de la consommation d'alcool ou de drogue pour gérer le stress. Des études montrent qu'on trouve un taux élevé de troubles psychiatriques concomitants (de 21 % à 66 %)

chez les personnes âgées aux prises avec des TLUS, et qu'elles présentent, comparativement aux personnes ayant un TLUS ou un trouble psychiatrique isolé, un dysfonctionnement social, de moins bons résultats de santé, une plus grande utilisation des services de soins, un taux plus élevé d'idées suicidaires, un taux de mortalité accru et un moins bon pronostic quant aux troubles de santé mentale (Blow, 1998; Devanand, 2002; Salmon et Forrester, 2012; Blow, Loveland Cook, Booth, Falcon et Friedman, 1992; Brennan, Schutte et Moos, 2005; Blazer et Williams, 1980; Jinks et Raschko, 1990; U.S. DoHHS, 1999; Jeste et coll., 1999).

Une étude de Blixen et ses collaborateurs (1997) a montré que 38 % des personnes âgées hospitalisées en psychiatrie présentaient à la fois un trouble psychiatrique et un TLUS. Ce résultat met en évidence l'importance du dépistage systématique ainsi que celle des traitements spécialisés de l'usage de substances et des troubles psychiatriques concomitants.

7.3 Options thérapeutiques chez les personnes âgées

L'American Society of Addiction Medicine recommande, selon le type et la gravité du TLUS, de commencer le traitement par l'option thérapeutique la moins intensive, puis d'augmenter graduellement l'intensité (David, 2013). Les différents niveaux de soins sont les suivants :

- Soins à l'externe (counseling hebdomadaire individuel ou en groupe);
- Soins à l'externe intensifs (counseling quotidien individuel ou en groupe sur une longue période);
- Soins à l'interne (supervision et suivi clinique constant);
- Hospitalisation avec prise en charge médicale (traitement dans un environnement médical supervisé ou dans un hôpital psychiatrique).

Les interventions de faible intensité sont profitables pour bon nombre de personnes âgées, mais pas la totalité d'entre elles. À moins de présenter des incapacités importantes, des idées suicidaires actives ou des problèmes de santé aigus, les personnes âgées doivent pouvoir choisir l'option thérapeutique qui leur convient. En général, elles préfèrent



Tableau 1. Préférences pour le traitement de l’abus de substances chez les personnes âgées

Approche fondée sur la motivation	Approche fondée sur la confrontation
• Accorde peu d’importance aux étiquettes • Douce, chaleureuse et bienveillante • Met l’accent sur la responsabilité personnelle • Reconnaît les inquiétudes • Se sert de la réflexion pour travailler avec les résistances • Les objectifs sont fixés par la personne • Les stratégies sont négociées	• La personne doit accepter sa dépendance • Affirmative • Critique et contrôlante • Démontre la présence d’un problème • Se sert de mesures correctives pour travailler avec les résistances • Les objectifs sont prescrits • Les stratégies sont prescrites

une approche douce fondée sur la motivation plutôt que sur la confrontation. Le tableau 1 compare ces deux approches thérapeutiques.

7.3.1 Soins actifs : intoxication et sevrage

Un TLUS ne peut pas être véritablement traité tant que la personne n’est pas stable sur les plans médical et psychiatrique (Bommersbach, Lapid, Rummans et Morse, 2015). Une fois le risque de TLUS établi, il faut procéder au dépistage de l’intoxication aiguë et évaluer le risque de sevrage.

Les comorbidités médicales et psychiatriques passent plus souvent inaperçues chez les personnes âgées que chez les patients plus jeunes. Les risques cliniques associés au sevrage et à la stabilisation médicale sont également accrus chez cette population, surtout si elles prennent de très fortes doses d’alcool ou de drogue ou si elles consomment ces substances depuis longtemps. Dans ces cas, il est recommandé d’effectuer la désintoxication en milieu médical. Pour des raisons de sécurité, les personnes âgées fortement intoxiquées devraient être orientées vers un milieu où elles feront l’objet d’une prise en charge ou d’un suivi médical. La supervision offerte en milieu hospitalier permet aux cliniciens d’établir un processus de désintoxication et de sevrage sécuritaire tout en prenant en charge les comorbidités médicales et psychiatriques, ce qui réduit au minimum les risques de complications graves. Un traitement à l’interne pourrait aussi être nécessaire pour les personnes qui ont des idées suicidaires, qui sont fragiles, qui font une rechute ou qui sont dépendantes à plusieurs substances.

Les substances les plus préoccupantes chez les personnes âgées sont l’alcool, le tabac et les médicaments psychoactifs sur ordonnance, principalement les benzodiazépines, les sédatifs et les opioïdes utilisés pour traiter l’anxiété, les problèmes de sommeil et la douleur.

Traitement des troubles liés à l’usage d’alcool

Même si les cliniciens peuvent choisir un milieu de soin selon leur jugement, on recommande généralement une désintoxication à l’interne pour les personnes âgées atteintes d’un trouble lié à l’usage d’alcool. Pour les patients qui ont des antécédents bien connus et des symptômes légers, un suivi à l’externe peut être approprié si une surveillance étroite peut être exercée chaque jour. Il convient toutefois de préciser que même une faible consommation quotidienne d’alcool accroît la sensibilité des personnes âgées aux symptômes de désintoxication; leurs symptômes de sevrage sont alors susceptibles d’être plus graves et de durer plus longtemps que ceux des personnes plus jeunes. Parmi les symptômes de sevrage d’alcool les plus fréquemment observés chez les personnes âgées, notons les tremblements, l’anxiété, l’insomnie, la tachycardie (pouls rapide) et la diaphorèse (transpiration excessive). Les symptômes non traités peuvent entraîner de graves complications, comme les convulsions, le delirium tremens (confusion d’apparition rapide), des hallucinations et la mort (Goodson, Clark et Douglas, 2014).

Le traitement initial du sevrage d’alcool devrait comprendre l’administration de liquide, d’électrolytes, de thiamine et de magnésium. On peut également employer la pharmacothérapie pour soulager les symptômes associés

au sevrage, selon leur gravité, mais peu d’études se sont penchées sur cette utilisation chez les personnes âgées. Les sédatifs hypnotiques, comme les benzodiazépines à action brève (lorazépam, alprazolam et oxazépam), ont été recommandés pour traiter les convulsions et le délirium, mais peu de données sont disponibles sur la posologie appropriée chez cette population (Kraemer, Conigliaro et Saitz, 1999; Taheri et coll., 2014).

Des études menées sur des adultes d’âge moyen ont révélé que les médicaments visant à contrer l’état de manque, comme l’acamprosate et la naltrexone orale, peuvent réduire le taux de rechute. Toutefois, aucune de ces études ne se concentrait sur les personnes âgées (Jonas et coll., 2014).

Il a été montré que la naltrexone, un antagoniste des opioïdes approuvé par Santé Canada et le Secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques (FDA), réduit l’état de manque d’alcool et est d’une certaine efficacité pour prévenir une rechute vers une forte consommation (O’Malley et coll., 1992). Les données sur son innocuité et son efficacité chez les personnes âgées sont limitées (Srisurapanont et Jarusuraisin, 2005; Barrick et Connors, 2002; Oslin, Liberto, O’Brien, Krois et Norbeck, 1997). La naltrexone peut être donnée une fois par mois, par voie orale ou par injection, aux personnes qui ne peuvent suivre un traitement quotidien (Ciraulo, Dong, Silverman, Gastfriend et Pettinati, 2008). Aucune étude n’a été menée sur l’innocuité et l’efficacité de la naltrexone injectable chez les personnes âgées. La naltrexone n’est pas recommandée chez les personnes qui prennent des opioïdes pour traiter la douleur ou chez celles ayant une maladie hépatique aiguë.

L’acamprosate a également été approuvé par Santé Canada et la FDA pour le traitement des troubles liés à l’usage d’alcool en raison de sa capacité à réduire l’état de manque chez les adultes. Contrairement à la naltrexone, l’acamprosate peut être utilisé par les patients ayant des troubles hépatiques et ceux qui prennent des opioïdes pour traiter la douleur, mais pas par ceux qui ont une fonction rénale réduite (Jonas et coll., 2014). Ici aussi, aucune étude n’a évalué l’efficacité et l’innocuité de ce médicament chez les personnes âgées. Par conséquent, l’acamprosate est rarement utilisé pour le traitement à long terme des troubles liés à l’usage d’alcool chez cette population (Sass, Soyka, Mann et Zieglgansberger, 1996; Pelc et coll., 1997; Anton et coll., 2006).

Traitement des troubles liés à l’usage d’opioïdes

Les surdoses d’opioïdes qui surviennent chez les personnes âgées devraient être traitées comme des urgences mettant la vie en danger. En raison des changements physiologiques associés au processus du vieillissement, les personnes âgées présentent des taux systémiques élevés de métabolites opioïdes. Les aînés ayant des maladies pulmonaires courent un risque accru de dépression respiratoire au cours d’une surdose. Il a été montré que la naloxone, administrée en commençant par de faibles doses, traite efficacement la surdose d’opioïdes chez cette population.

Il peut être nécessaire d’envoyer les patients stabilisés dans un milieu surveillé, comme un hôpital ou un programme intensif à l’externe, afin de réduire le risque de symptômes de sevrage inconfortables (David, 2013; U.S. Department of Veterans Affairs [DoVA] et U.S. Department of Defense [DoD], 2015). Comme les personnes âgées sont plus susceptibles que les autres de souffrir de douleur chronique comorbide, l’augmentation de la douleur peut aggraver le sevrage d’opioïdes et occasionner un inconfort important pour le patient.

Des antipsychotiques comme la quétiapine peuvent être utilisés pour soulager les symptômes de sevrage extrêmes, mais seulement à court terme. Quant aux benzodiazépines, elles ne sont pas recommandées chez les personnes âgées suivant un traitement de désintoxication d’opioïdes en raison de leurs effets secondaires sédatifs et cognitifs. Par ailleurs, la combinaison de benzodiazépines et d’opioïdes augmente le risque de surdose et de décès. La plupart du temps, la stratégie de désintoxication des opioïdes la plus efficace est une approche de sevrage graduel comprenant une surveillance attentive et l’administration de clonidine ou de gabapentine pour réduire la gravité des symptômes (Le Roux, Tang et Drexler, 2016). La buprénorphine et la méthadone peuvent également être utilisées à faibles doses pour la désintoxication des personnes âgées. La buprénorphine est préférable à la méthadone en raison de sa plus grande innocuité et de son effet antidépresseur (Karp et coll., 2014).



Après avoir été stabilisés, les patients doivent s'entendre avec leur clinicien sur un plan de traitement. Étant donné le taux de rechute élevé chez les personnes âgées, un traitement d'entretien aux opioïdes est plus efficace chez cette population qu'une désintoxication sans traitement d'entretien (Northrup et coll., 2015; Sees et coll., 2000).

Trois médicaments sont utilisés pour le traitement d'entretien chez les personnes âgées aux prises avec un trouble lié à l'usage d'opioïdes : la naltrexone, la méthadone et la buprénorphine. La naltrexone peut être donnée aux patients qui ont pour objectif de cesser un jour leur consommation d'opioïdes, mais a une utilité réduite chez ceux qui ont besoin d'une pharmacothérapie à long terme ou qui souffrent de douleur chronique. Chez ces patients et chez ceux qui font des rechutes récurrentes, il est préférable d'opter pour un traitement d'entretien à la

buprénorphine. La buprénorphine peut être plus pratique que la méthadone, dont l'ingestion quotidienne doit être supervisée dans une clinique. Elle est également associée au soulagement de la douleur et, comparativement à la méthadone, a un meilleur rapport coût-efficacité et un risque de surdose et d'interaction médicamenteuse plus faible chez les personnes âgées.

Traitement de la dépendance aux benzodiazépines

Même si les surdoses de benzodiazépines non intentionnelles sont rares, leur risque est accru chez les personnes âgées en raison de l'altération du métabolisme des médicaments associée au vieillissement. Lors d'une surdose, de faibles doses de flumazénil, un antagoniste des benzodiazépines, peuvent être administrées en toute sécurité aux personnes âgées. L'approche initiale privilégiée pour le traitement du sevrage des benzodiazépines

comprend une psychothérapie, un plan de sevrage graduel avec supervision médicale ainsi que de l'éducation sur l'utilisation de ces médicaments (U.S. DoVA et U.S. DoD, 2015; Gould, Coulson, Patel, Highton-Williamson et Howard, 2014).

Les symptômes de sevrage des benzodiazépines peuvent ressembler à ceux du sevrage d'alcool, y compris l'anxiété et les troubles du sommeil, et peuvent avoir des complications représentant une menace pour la vie, comme des convulsions. Ces complications potentielles montrent l'importance d'établir un traitement de sevrage graduel. Le sevrage peut prendre de quatre à douze semaines et peut occasionnellement comprendre l'administration de médicaments supplémentaires comme la trazodone, qui sert à traiter les troubles du sommeil. Il peut également, quoique rarement, comprendre l'administration de carbamazépine pour traiter les convulsions (Rickels et coll., 1999; Markota, Rumman, Bostwick et Lapid, 2016). Tannenbaum et ses collaborateurs (2014) ont montré qu'un protocole de sevrage de 22 semaines et une stratégie d'interventions minimales ont été associés à l'arrêt de l'usage de benzodiazépines dans les six mois suivant le traitement chez 27 % des patients, comparativement à 5 % dans le groupe témoin. Des résultats semblables ont été obtenus par Paquin et ses collaborateurs (2014) : leur revue de 28 études a montré que le taux de succès était de 32 % chez les personnes âgées ayant suivi un traitement de sevrage graduel seul, de 32 % chez celles ayant suivi un traitement de sevrage graduel et une thérapie cognitivo-comportementale et de 36 % chez celles ayant suivi un traitement de sevrage graduel et un traitement de substitution de médicament.

Il est recommandé que tous les patients suivant une pharmacothérapie aient en leur possession une trousse d'urgence de naloxone à utiliser en cas de surdose. Ils devraient également participer à des réunions d'entraide communautaires comme celles de Narcotiques Anonymes.

Traitement de la dépendance à la nicotine

Les troubles liés à l'usage de tabac constituent les TLUS les plus courants et les plus nocifs chez tous les groupes d'âge. Dans son Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2016, Statistique Canada a estimé qu'environ 9,5 % des adultes de 65 ans et plus fument quotidiennement ou occasionnellement (Statistique Canada, 2017). Les personnes âgées qui fument courent un risque accru de maladie pulmonaire obstructive chronique, de cancer du poumon et de maladie d'Alzheimer (Burns, 2000; Peters et coll., 2008). Elles obtiennent des résultats plus faibles que les autres aux tests d'évaluation de la fonction cognitive et présentent une accélération du déclin cognitif (Mons, Schöttker, Müller, Kliegel et Brenner, 2013; Cawkwell, Blaum et Sherman, 2015; Zhong, Wang, Zhang, Guo et Zhao, 2015).

Même si bon nombre de personnes âgées croient qu'il est « trop tard » pour arrêter de fumer, des études ont révélé qu'elles sont capables d'y arriver et qu'elles présentent un taux de réussite plus élevé que les adultes plus jeunes (Abdullah et Simon, 2006). La thérapie de remplacement de la nicotine est le traitement d'abandon du tabac le plus étudié chez les personnes âgées; les données montrent qu'il est sûr et efficace, surtout lorsque combiné à du counseling comportemental (Cawkwell et coll., 2015). D'autres traitements, comme le bupropion (un antidépresseur) et la varénicline (qui soulage l'état de manque), ont rapidement progressé, et leur innocuité et leur efficacité chez la population générale ont été établies (Cohen, Haglund et Mooney, 2016). On manque toutefois de données de grande qualité sur la posologie idéale, l'observance thérapeutique et les événements indésirables associés à l'administration de bupropion et de varénicline chez les personnes âgées.

Traitement des troubles liés à l'usage du cannabis

Les changements attribuables à la légalisation du cannabis et l'augmentation de son acceptation sociale et de sa disponibilité font en sorte que les cliniciens peuvent s'attendre à voir une augmentation du nombre de personnes âgées aux prises avec un trouble lié à l'usage du cannabis.



Cesser de prendre du cannabis après un usage à long terme peut donner lieu à des symptômes de sevrage (Gorelick et coll., 2012) se manifestant notamment par de l'irritabilité, de l'anxiété, une dépression, des troubles du sommeil et de la dysphorie, ce qui peut en compliquer l'abandon et provoquer une rechute (Budney, Novy et Hughes, 1999; Budney, Roffman, Stephens et Walker, 2007). Les données sur la meilleure approche de prise en charge des troubles liés à l'usage du cannabis chez la population générale et les personnes âgées sont actuellement insuffisantes. La plupart des études menées ont adapté des interventions établies pour le traitement de la consommation d'alcool et comprennent des interventions psychosociales comme la thérapie de renforcement de la motivation, la thérapie cognitivo-comportementale et la gestion des contingences. Bien que la plupart des adultes répondent bien à ces interventions, beaucoup éprouvent des problèmes semblables à ceux des personnes dépendantes à d'autres drogues illicites (Moore et Budney, 2003). Une baisse de l'usage de cannabis sans abstinence totale est le résultat le plus fréquemment obtenu par bien des essais cliniques randomisés.

À l'heure actuelle, il existe peu d'interventions pharmacologiques pour traiter les troubles liés à l'usage du cannabis. Une étude prometteuse a révélé que la prise orale de THC (l'élément psychoactif du cannabis) réduisait les symptômes de sevrage (Haney et coll., 2004). D'autres études sur les pharmacothérapies pour le traitement des troubles liés à l'usage du cannabis, ainsi que des interventions axées sur les personnes âgées, seront nécessaires.

Traitement à l'interne

Avant de pouvoir subir une désintoxication efficace et sécuritaire, certaines personnes doivent être hospitalisées dans un centre de traitement pour bloquer leur accès à l'alcool et à la drogue. Il est possible que ces personnes aient un soutien social insuffisant pour être capables de mettre un terme à leur consommation, ou qu'elles soient isolées, ce qui rendrait difficile ou dangereuse une tentative de désintoxication autonome. Les traitements à l'interne peuvent également être une bonne option pour les personnes n'ayant pas la mobilité nécessaire pour se présenter à des rendez-vous de traitement ou qui ne

peuvent recevoir des soins spécialisés autrement. Les programmes de traitement à l'interne peuvent être offerts dans des foyers de groupe, des maisons de transition, des établissements de soins de longue durée, des maisons de soins infirmiers et des milieux de réadaptation spécialisée.

Étant donné la pénurie de programmes de traitement à l'interne pour les personnes âgées, peu d'études ont été menées sur l'efficacité de ces programmes dans cette population. Slaymaker et Owen (2008) ont mené une étude sur 67 aînés dépendants à l'alcool ayant suivi un programme de traitement à l'interne conçu pour les personnes âgées. Le programme, dont la durée moyenne était de 26 jours, était basé sur un modèle en 12 étapes; il offrait une stabilisation et une désintoxication, des traitements individuels et de groupe, des présentations et des réunions communautaires auxquelles devaient participer les patients. Les approches thérapeutiques comprenaient une combinaison de thérapies de renforcement de la motivation et de thérapies cognitivo-comportementale. Des séminaires spécialisés abordant des sujets propres aux personnes âgées, comme les soins continus, le deuil, les transitions de la vie, les loisirs et les activités, étaient également offerts. Les résultats ont montré que 71 % des personnes âgées étaient abstinentes six mois après avoir terminé le programme, et que 60 % l'étaient après 12 mois.

Traitement à l'externe

Les traitements à l'externe sont les traitements pour les personnes âgées les plus étudiés. Dans le cadre d'un modèle de soins axé sur la gestion de cas, la prestation de traitements des TLUS dans des milieux non traditionnels (p. ex. organismes communautaires et milieux de soins primaires) constitue un moyen efficace de faire participer les personnes âgées à leur traitement et de leur faire découvrir les ressources offertes dans leur communauté (Kuerbis, Sacco, Blazer et Moore, 2014).

L'étude PRISM-E a comparé un modèle de soins intégrés, où les participants recevaient des soins dans une clinique de soins primaires, à un modèle d'orientation améliorée vers des spécialistes, qui orientait les patients d'une clinique de soins primaires vers une clinique spécialisée en santé mentale ou en usage de substances. Les deux groupes ont présenté une diminution importante de la fréquence des épisodes de calage d'alcool et de la quantité d'alcool ingérée lors de ces épisodes pendant six mois, et ce, malgré le faible taux de participation (Oslin et coll., 2006).

7.3.2 Traitements comportementaux

Un des principaux objectifs du traitement de la dépendance est d'éduquer les personnes et de les motiver à participer à leur rétablissement (Le Roux et coll., 2016). Les personnes âgées obtiennent de meilleurs résultats lorsqu'elles suivent des programmes où des soins adaptés à l'âge sont prodigués par des cliniciens conscients des enjeux et des difficultés propres à cette population (MacFarland, 2014; Lemke et Moos, 2003; Kuerbis et Sacco, 2013; Rothrauff, Abraham, Bride et Roman, 2011). Les programmes doivent être personnalisés et facilement accessibles, en plus de favoriser la participation des amis et de la famille des personnes âgées. Ils devraient également être structurés, sans être excessivement stricts (U.S. DoHHS, 1999; Holland et coll., 2016; Kashner, Rodell, Ogden, Guggenheim et Karson, 1992).

En général, les personnes âgées préfèrent les traitements qui :

- sont structurés tout en étant flexibles;
- comportent des approches adaptées au genre;
- sont axés sur le développement de l'estime de soi;
- offrent des documents rédigés en gros caractères;
- sont pilotés par du personnel spécialisé dans les enjeux propres aux aînés;
- comportent une échelle d'intensité dégressive;
- offrent du soutien ou du counseling personnalisé;
- permettent la participation facultative de la famille et des amis;
- s'adaptent aux déficiences physiques;
- comportent des approches de groupe;
- offrent des services de transport;
- offrent du soutien par les pairs;
- offrent de la nourriture, des vêtements ou un hébergement;
- sont donnés par des conseillers qui prennent bien soin d'eux-mêmes;
- sont axés sur les habiletés d'adaptation;
- sont donnés par des conseillers se souciant vraiment de leurs patients;
- offrent des liens avec des services à l'externe;
- s'adaptent au déclin et aux déficits sensoriels.



La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie de soutien sont deux traitements ayant été adaptés pour les personnes âgées. Ces deux types de thérapie adoptent une approche psychothérapeutique et psychosociale axée sur le développement du soutien social, l'amélioration de l'estime de soi et l'acquisition d'habiletés d'adaptation à l'usage de substances. Il a été montré qu'elles améliorent toutes deux les résultats des personnes âgées (Kuerbis et Sacco, 2013; Schonfeld et coll., 2000; Schonfeld et Dupree, 2002).

La TCC est particulièrement utile chez les personnes âgées en raison de son approche hautement structurée et personnalisée (U.S. DoHHS, 1999). Les modèles de TCC utilisés pour le traitement des TLUS aident les personnes à modifier leur façon de penser et leurs comportements de façon à ce qu'elles puissent faire de meilleurs choix (Walters et Rotgers, 2012).

Interventions rapides

Les interventions rapides comportent généralement d'une à cinq séances pouvant durer de quelques minutes à une heure. Ces séances sont conçues pour renforcer la motivation d'une personne à changer ses comportements (plus précisément, à réduire ou à cesser sa consommation de substances) et à amener celles aux prises avec de graves troubles liés à l'usage de substances à prendre part à des programmes de traitements supplémentaires ou d'intensité accrue (Miller et Rollnick, 2012; Barry et Blow, 1999). Pour les employés et les cliniciens travaillant dans des milieux de soins au rythme de travail soutenu et ayant peu de temps à consacrer à leurs patients, les interventions rapides constituent un moyen économique et efficace d'accorder une attention immédiate aux personnes à risque de problèmes de consommation.

Fondées sur des concepts de psychologie cognitive et sociale, les interventions rapides sont basées sur le modèle transthéorique de changement, selon lequel le changement d'un comportement se fait en cinq étapes : précontemplation, contemplation, préparation, action et maintien (Prochaska et DiClemente, 1986). Pour aider leurs patients à franchir ces étapes, les cliniciens tentent de les

motiver à découvrir leur désir intrinsèque de changer. Les patients découvrent ce désir lorsque les cliniciens mettent en évidence, de façon informelle, l'écart entre leurs priorités et objectifs personnels et leurs comportements.

La plupart des interventions rapides reposent sur les principes de l'entrevue motivationnelle, une approche non critique axée sur les patients qui vise à discuter de l'usage de substances, à encourager l'établissement d'objectifs positifs et à favoriser les changements de vie positifs (Miller et Rollnick, 2012). Pendant une entrevue motivationnelle, les cliniciens posent aux patients des questions ouvertes qui les aident à explorer et à reconnaître les aspects positifs et négatifs de leur usage de substances. Les cliniciens résumant et rappellent aux patients les principaux éléments motivationnels, puis leur donnent des commentaires pour les aider à élaborer un plan de changement. Parmi les éléments pouvant motiver les personnes âgées à modifier leur comportement, mentionnons le désir de conserver leur indépendance ainsi qu'une santé et une capacité mentale optimales (Blow, Walton, Chermack, Mudd et Brower, 2000; Blow, Walton, Barry et coll., 2000). Des études ont montré que les interventions rapides sont acceptables chez les personnes âgées et sont efficaces dans divers milieux thérapeutiques, particulièrement dans les cliniques de soins primaires et les cliniques de santé (Whitlock et coll., 2004; Kuerbis et coll., 2015; Schonfeld et coll., 2010, 2015; Ettner et coll., 2014; Havard, Shakeshaft et Sanson-Fisher, 2008; Moore et coll., 2011; Mowbray et Quinn, 2015).

Dépistage, intervention rapide et orientation vers des traitements

L'approche alliant dépistage, intervention rapide et orientation vers des traitements est une intervention simple, cohérente et rapide conçue pour être intégrée aux processus de dépistage et d'admission de la pratique clinique (Barry et Blow, 1999). Son aspect fondamental réside dans l'intégration de ses quatre éléments – dépistage, intervention rapide, orientation et traitement – à un réseau de services communautaires de diagnostic, d'intervention précoce et d'orientation (Saitz, 2007; Babor et coll., 2007).

En tant que modèle de traitement initial, le dépistage, l'intervention rapide et l'orientation vers des traitements est un modèle complet conçu pour aider les milieux de soins à dépister les personnes qui risquent de développer ou qui ont développé un TLUS, et à intervenir rapidement. Il adopte une approche objective et motivationnelle fondée sur les principes de santé publique que sont le dépistage universel systématique et son intégration aux soins régulièrement prodigués dans les établissements médicaux et les milieux communautaires.

Gestion des cas et des soins

Les modèles de gestion des cas et des soins sont offerts dans les milieux non traditionnels, comme les organismes communautaires et de soins primaires. Ils adoptent une approche complète à l'égard du traitement des TLUS, s'intéressant à la santé globale des patients plutôt qu'uniquement à l'usage de substances. Ils visent également à mettre les patients en relation avec des ressources communautaires comme Alcoolistes Anonymes et Narcotiques Anonymes. Certaines données montrent que ces modèles de traitement favorisent efficacement la participation et la poursuite du traitement chez les aînés à risque de consommer de l'alcool, possiblement en raison de la réduction de la stigmatisation découlant de l'adoption d'une approche générale de santé globale (Blow, 1998).

Gestion des contingences

La gestion des contingences est une autre stratégie utilisée pour le traitement des TLUS chez les personnes âgées; elle consiste à systématiquement renforcer les comportements souhaités et à s'abstenir de renforcer (ou à punir) les comportements indésirables (Higgins, Silverman et Washio, 2008). Elle se fonde sur le principe voulant qu'un comportement ayant été renforcé ou récompensé est plus susceptible d'être reproduit. Ainsi, les programmes de traitement basés sur l'abstinence faisant appel à la gestion des contingences pourraient faire appel à des tests urinaires de dépistage et à la remise, en cas de résultats négatifs, d'argent ou d'autres récompenses. La gestion des contingences améliore la capacité des patients à s'abstenir de consommer, leur permettant ainsi de profiter davantage d'autres éléments de leur programme de traitement. C'est pourquoi elle devrait être utilisée comme une plateforme pour les autres traitements plutôt que comme une stratégie indépendante (Prendergast, Podus, Finney, Greenwell et Roll, 2006).

La gestion des contingences est une approche efficace pour traiter les TLUS (Prendergast et coll., 2006; Higgins et Silverman, 1999; Petry, Tedford et Martin, 2001; Petry, Martin, Cooney et Kranzier, 2000; Dutra et coll., 2008). Bien que certaines données montrent son efficacité chez les personnes âgées, d'autres études seront nécessaires (Weiss et Petry, 2013; Petry et coll., 2000). Comme ses effets s'estompent graduellement après la fin du traitement, cette approche ne devrait servir qu'à compléter d'autres méthodes de traitement afin de motiver les patients à demeurer abstinents et à participer activement à leur traitement de la dépendance (Prendergast et coll., 2006).

7.3.3 Traitement de la dépendance en soins primaires

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. La plupart des cliniques de soins primaires sont axées sur les soins de courte durée et ne disposent que de peu de temps et de ressources pour dépister et traiter les TLUS chez les personnes âgées. On ne s'attend pas à ce que tous les fournisseurs de soins primaires se dotent des ressources nécessaires pour traiter les aînés aux prises avec des TLUS, mais ils doivent connaître celles qui sont offertes dans leur milieu et établir des liens avec elles (McLellan, Lewis, O'Brien et Kleber, 2000). Dans le cadre de leur continuum de soins, les fournisseurs doivent être prêts à orienter les patients vers des traitements et à effectuer un suivi pour déterminer si leur intervention a été efficace (Crome, Wu, Rao et Crome, 2014).

Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances a préparé une série de protocoles thérapeutiques, dont un sur les personnes âgées, visant à guider le traitement des troubles liés à l'usage des médicaments sur ordonnance (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2016). Ces protocoles décrivent le continuum de soins à suivre pour offrir un soutien efficace aux personnes subissant les méfaits de l'usage problématique de substances, abordant notamment des sujets comme la sensibilisation, le dépistage, l'évaluation, les options thérapeutiques, le rétablissement et la prévention des rechutes. Ces protocoles aident les fournisseurs à déterminer le rôle qu'ils doivent jouer à chacune des étapes de soins, à se servir des outils appropriés et à guider les patients dans le système de traitement.





Aux États-Unis, la Substance Abuse and Mental Health Services Administration et le Center for Substance Abuse Treatment ont élaboré une série de protocoles, les Treatment Improvement Protocols (TIP), pour guider le traitement des troubles liés à l'usage de substances. Le TIP no 26 porte sur les personnes âgées et recommande aux adultes de 65 ans et plus de limiter leur consommation à un verre standard par jour ou sept verres par semaine (Blow, 1998). Ces limites peuvent toutefois ne pas convenir à la majorité des personnes âgées en raison du risque accru de consommation de médicaments interagissant avec l'alcool. Une étude a révélé que 77,8 % des personnes âgées qui buvaient prenaient également des médicaments interagissant avec l'alcool, mettant ainsi en évidence la nécessité pour les fournisseurs de soins primaires de discuter avec leurs patients des risques liés à l'association de ces médicaments et de toute consommation d'alcool (Breslow, Dong et White, 2015).

Il est souvent difficile pour les personnes âgées d'admettre leur usage problématique de substances; les cliniciens peuvent alors les aider en leur donnant des renseignements sur les changements métaboliques associés au vieillissement et sur la manière dont l'alcool peut interagir avec les sédatifs et les anxiolytiques. Discuter avec les personnes âgées du lien entre la consommation d'alcool et de médicaments et certains troubles de santé (p. ex. chutes, hypertension et dépression) peut également les sensibiliser davantage à la relation entre l'usage de substances et les résultats de santé (Blazer et Wu, 2009; Atkinson, 1999).

7.3.4 Pratiques de prescription

Il est essentiel que les cliniciens comprennent bien toutes les façons dont leurs comportements en matière de prescription contribuent au problème d'usage non médical de médicaments sur ordonnance. De nombreuses personnes âgées font un mésusage non intentionnel de ces médicaments en raison d'un manque de connaissances à leur sujet; elles ignorent notamment leur fort potentiel de dépendance et les effets d'une posologie inappropriée. Ce type de mésusage est particulièrement fréquent chez les personnes éprouvant des douleurs chroniques, qui ont tendance à difficilement accepter un diagnostic de troubles lié à l'usage de médicaments sur ordonnance; plutôt que de se faire traiter, elles tentent de se procurer des opioïdes de diverses manières, qu'elles soient légales ou non, ce qui les expose à un risque élevé de surdose accidentelle (Fischer et Argento, 2012; Volkow et McLellan, 2011).

En Ontario, le nombre de décès accidentels causés par des opioïdes sur ordonnance a doublé de 1994 à 2004, et il continue d'augmenter (Dhalla et coll., 2009). Même si la prévalence des troubles chroniques est plus élevée chez les personnes âgées que chez le reste de la population, d'où une hausse de la prise de médicaments sur ordonnance chez cette population, les cliniciens ont la responsabilité d'évaluer régulièrement la pertinence et la posologie des médicaments prescrits. Pourtant, l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2008 a révélé que seulement 48 % des personnes âgées atteintes de troubles chroniques avaient fait évaluer leurs médicaments sur ordonnance par un médecin au cours des 12 mois précédents (Institut canadien d'information sur la santé, 2009).

Des lignes directrices nationales, comme les critères de Beers, peuvent favoriser l'éducation des médecins sur les médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées (Steinman et coll., 2015). Des initiatives comme l'Opioid Safety Initiative ont également grandement

influencé les pratiques des médecins en matière de prescription des opioïdes et aidé les patients à découvrir des méthodes de traitement de la douleur sans médicament (U.S. DoVA, 2014). Pour obtenir des renseignements fiables sur la prise de médicaments des patients, les cliniciens peuvent aussi se servir de stratégies comme celle du « sac brun », qui consiste à demander aux patients d'apporter tous leurs médicaments et suppléments en vente libre dans un sac à leur rendez-vous suivant. Finalement, des programmes de surveillance des ordonnances ont été mis sur pied un peu partout au Canada pour promouvoir l'utilisation sécuritaire et efficace des médicaments sur ordonnance contrôlés. Ces programmes ont obtenu un certain succès, mais ils présentent une grande variabilité quant à leur gestion, aux types de substances surveillées et aux notions de prescription (Furlan et coll., 2014).

7.4 Conclusion

Il est reconnu que les TLUS ne sont pas suffisamment diagnostiqués et traités chez les personnes âgées. Plus le nombre de personnes âgées aux prises avec des TLUS ou un usage problématique de substances augmente, plus il faut déployer d'efforts visant leur dépistage et leur traitement chez cette population. Il deviendra particulièrement important de dépister avec exactitude les TLUS chez les personnes âgées, et il sera essentiel que les centres de traitement offrent des services adaptés à l'âge.

Les personnes âgées font face à des obstacles uniques contribuant à l'insuffisance du dépistage et du traitement des TLUS. Pourtant, elles sont plus susceptibles de terminer un programme de traitement que les jeunes adultes. Elles présentent également des résultats de traitement comparables ou supérieurs à ceux des jeunes adultes, notamment en ce qui concerne la réduction ou l'abandon de l'usage de substances ainsi que l'amélioration de leur santé et de leur qualité de vie globales. Même si des données montrent que les services adaptés à l'âge peuvent améliorer les résultats des personnes âgées, ces services demeurent limités en Amérique du Nord.





ROBERT

Robert a pris sa retraite à 65 ans, après avoir vendu la quincaillerie qu’il dirigeait avec sa femme Julie depuis 36 ans. Sa conjointe et lui avaient prévu voyager et profiter de leurs « vieux jours » ensemble; malheureusement, peu après avoir vendu son magasin, Robert s’est blessé au dos en travaillant dans sa cour. Aujourd’hui âgé de 70 ans, il souffre de douleurs chroniques au dos qui limitent sa mobilité et ses activités quotidiennes.

Comme Robert et sa conjointe se consacraient presque entièrement à leur magasin et à leurs activités familiales, ils n’avaient que peu de temps pour leurs amis. Robert trouve le temps long depuis qu’il est retraité, et sa douleur le rend irritable. Il a maintenant plus de temps libre, mais n’a pas développé beaucoup d’intérêts extérieurs en raison des limites avec lesquelles il doit composer.

Dans la vingtaine, la trentaine et la quarantaine, Robert buvait uniquement pendant les parties de football du dimanche et les repas en famille. Il avait dû réduire sa consommation parce qu’il était atteint d’hypertension et d’une gastrite. Aujourd’hui, toutefois, il trouve que l’alcool aide à soulager la douleur chronique et le stress qui découlent de sa blessure et de son ennui. Il boit environ trois verres par jour.

Robert s’est présenté à la clinique de sa résidence pour personnes âgées pour un suivi de son hypertension et une aggravation de sa gastrite. Lorsqu’on lui a demandé comment il se sentait, il a répondu : « Je pense que je vais bien pour un vieil homme avec un dos en mauvais état. Je ne vois pas vraiment à quoi ça sert de me demander comment je me sens à mon âge, puisqu’on ne peut rien faire pour moi. » Il a été questionné sur ce qu’il fait durant ses temps libres, ce qui a permis de constater qu’il avait de la difficulté à dormir, qu’il prenait des somnifères en vente libre et qu’il consommait de l’alcool en quantité excessive.

Le clinicien de Robert s’est dit préoccupé par sa consommation d’alcool ainsi que par la prise concomitante d’alcool, de somnifères et d’autres médicaments interagissant avec l’alcool. Robert a reçu des conseils sur sa consommation et sur les risques associés au mélange d’alcool et de médicaments, et il a été orienté vers un spécialiste de la douleur pour son dos. Il a également reçu l’horaire mensuel des activités offertes au centre local pour personnes âgées.

Robert suit maintenant des traitements de physiothérapie trois fois par semaine et prend des anti-inflammatoires. Sa conjointe et lui ont commencé à participer à des activités au centre pour personnes âgées et se sont faits de nouveaux amis. Robert aime jouer aux cartes avec un groupe d’amis deux fois par semaine et participer au dîner hebdomadaire et aux sorties au café. La douleur et le sommeil de Robert se sont améliorés, et il a réduit sa consommation d’alcool.

EXEMPLE CLINIQUE





Bibliographie

Abdullah, A.S. et J.L. Simon. « Health promotion in older adults: evidence-based smoking cessation programs for use in primary care settings », *Geriatrics*, vol. 61, n° 3 (2006), p. 30–34.

Anton, R.F., S.S. O'Malley, D.A. Ciraulo, R.A. Cisler, D. Couper, D.M. Donovan, ... et A. Zweben. « Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial », *JAMA*, vol. 295, n° 17 (2006), p. 2003–2017.

Atkinson, R. « Depression, alcoholism and ageing: a brief review », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 14, n° 11 (1999), p. 905–910.

Babor, T.F., B.G. McRee, P.A. Kassebaum, P.L. Grimaldi, K. Ahmed et J. Bray. « Screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse », *Substance Abuse*, vol. 28, n° 3 (2007), p. 7–30.

Barrick, C. et G.J. Connors. « Relapse prevention and maintaining abstinence in older adults with alcohol-use disorders », *Drugs & Aging*, vol. 19, n° 8 (2002), p. 583–594.

Barry, K. *Alcohol and drug abuse. Fundamentals of clinical practice: a textbook on the patient, doctor, and society*, New York (N.Y.), Plenum Medical Book Company, 1997.

Barry, K. et F.C. Blow. « Screening and assessment of alcohol problems in older adults ». Dans P.A. Lichtenberg (éd.), *Handbook of assessment in clinical gerontology*, New York (N.Y.), Wiley, 1999, p. 243–269.

Benshoff, J.J., L.K. Harrawood et D.S. Koch. « Substance abuse and the elderly: unique issues and concerns », *Journal of Rehabilitation*, vol. 69, n° 2 (2003), p. 43–48.

Blazer, D.G. et C.D. Williams. « Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population », *American Journal of Psychiatry*, vol. 137, n° 4 (1980), p. 439–444.

Blazer, D.G. et L.-T. Wu. « The epidemiology of substance use and disorders among middle aged and elderly community adults: National Survey on Drug Use and Health », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 17, n° 3 (2009), p. 237–245.

Blixen, C.E., G.J. McDougall et L.-J. Suen. « Dual diagnosis in elders discharged from a psychiatric hospital », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 12, n° 3 (1997), p. 307–313.

Blow, F.C. *Substance abuse among older adults: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 26 [DHHS Publication No. (SMA) 98-3179]*, Rockville (Md), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1998.

Blow, F.C., C.A. Loveland Cook, B.M. Booth, S.P. Falcon et M.J. Friedman. « Age-related psychiatric comorbidities and level of functioning in alcoholic veterans seeking outpatient treatment », *Psychiatric Services*, vol. 43, n° 10 (1992), p. 990–995.

Blow, F.C., M.A. Walton, K.L. Barry, J.C. Coyne, S.A. Mudd et L.A. Copeland. « The relationship between alcohol problems and health functioning of older adults in primary care settings », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 48, n° 7 (2000), p. 769–774.

Blow, F.C., M.A. Walton, S.T. Chermack, S.A. Mudd et K.J. Brower. « Older adult treatment outcome following elder-specific inpatient alcoholism treatment », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 19, n° 1 (2000), p. 67–75.

Blow, F.C., K.L. Barry, M.A. Walton, R.F. Maio, S.T. Chermack, C.R. Bingham, ... et V.J. Strecher. « The efficacy of two brief intervention strategies among injured, at-risk drinkers in the emergency department: impact of tailored messaging and brief advice », *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 67, n° 4 (2006), p. 568–578.

Bommersbach, T.J., M.I. Lapid, T.A. Rummans et R.M. Morse. « Geriatric alcohol use disorder: a review for primary care physicians », *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 90, n° 5 (2015), p. 659–666.

Brennan, P.L., K.K. Schutte et R.H. Moos. « Pain and use of alcohol to manage pain: prevalence and 3-year outcomes among older problem and non-problem drinkers », *Addiction*, vol. 100, n° 6 (2005), p. 777–786.

Breslow, R.A., C. Dong et A. White. « Prevalence of alcohol-interactive prescription medication use among current drinkers: United States, 1999 to 2010 », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 39, n° 2 (2015), p. 371–379.

Budney, A.J., P.L. Novy et J.R. Hughes. « Marijuana withdrawal among adults seeking treatment for marijuana dependence », *Addiction*, vol. 94, n° 9 (1999), p. 1311–1322.

Budney, A.J., R. Roffman, R.S. Stephens et D. Walker. « Marijuana dependence and its treatment », *Addiction Science & Clinical Practice*, vol. 4, n° 1 (2007), p. 4–16.

Burns, D.M. « Cigarette smoking among the elderly: disease consequences and the benefits of cessation », *American Journal of Health Promotion*, vol. 14, n° 6 (2000), p. 357–361.

Butler, R.N. « Age-ism: another form of bigotry », *The Gerontologist*, vol. 9, n° 4 (partie 1) (1969), p. 243–246.

Cawkwell, P.B., C. Blaum et S.E. Sherman. « Pharmacological smoking cessation therapies in older adults: a review of the evidence », *Drugs & Aging*, vol. 32, n° 6 (2015), p. 443–451.

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Protocole thérapeutique de la sensibilisation au rétablissement pour les personnes âgées (de 65 ans et plus) subissant les méfaits de psychotropes sur ordonnance*, 2016. Consulté sur le site : www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Care-Pathways-Older-Adult-Prescription-Drug-Treatment-Print-2016-fr.pdf

Ciraulo, D.A., Q. Dong, B.I. Silverman, D.R. Gastfriend et H.M. Pettinati. « Early treatment response in alcohol dependence with extended-release naltrexone », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 69, n° 2 (2008), p. 190–195.

Cohen, S.A., M.M. Haglund et L.J. Mooney. « Treatment options for older adults with substance-use disorders ». Dans M. Sullivan et F. Levin (éd.), *Addiction in the older patient*, Oxford (R.-U.), Oxford University Press, 2016, p. 233–274.

Crome, I., L.-T. Wu, R. Rao et P. Crome. *Substance use and older people*, New York (N.Y.), Wiley, 2014.

David, M.-L. *The ASAM criteria: treatment criteria for addictive, substance-related, and co-occurring conditions*, Chevy Chase (Md.), American Society of Addiction Medicine, 2013.

Devanand, D. « Comorbid psychiatric disorders in late life depression », *Biological Psychiatry*, vol. 52, n° 3 (2002), p. 236–242.

Dhalla, I.A., M.M. Mamdani, M.L. Sivilotti, A. Kopp, O. Qureshi et D.N. Juurlink. « Prescribing of opioid analgesics and related mortality before and after the introduction of long-acting oxycodone », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 181, n° 12 (2009), p. 891–896.

Dutra, L., G. Stathopoulou, S.L. Basden, T.M. Leyro, M.B. Powers et M.W. Otto. « A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders », *American Journal of Psychiatry*, vol. 165, n° 2 (2008), p. 179–187.

Ettner, S.L., H. Xu, O.K. Duru, A. Ang, C.H. Tseng, L. Tallen, ... et A.A. Moore. « The effect of an educational intervention on alcohol consumption, at-risk drinking, and health care utilization in older adults: the Project SHARE study », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 75, n° 3 (2014), p. 447–457.

Fischer, B. et E. Argento. « Prescription opioid related misuse, harms, diversion and interventions in Canada: a review », *Pain Physician*, vol. 15, suppl. 3 (2012), p. ES191–203.

Furlan, A.D., P. MacDougall, D. Pellerin, K. Shaw, D. Spitzig, G. Wilson et J. Wright. « Overview of four prescription monitoring/review programs in Canada », *Pain Research and Management*, vol. 19, n° 2 (2014), p. 102–106.

Gfroerer, J., M. Penne, M. Pemberton et R. Folsom. « Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 69, n° 2 (2003), p. 127–135.

Goodson, C.M., B.J. Clark et I.S. Douglas. « Predictors of severe alcohol withdrawal syndrome: a systematic review and meta-analysis », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 38, n° 10 (2014), p. 2664–2677.



Gorelick, D.A., K.H. Levin, M.L. Copersino, S.J. Heishman, F. Liu, D.L. Boggs et D.L. Kelly. « Diagnostic criteria for cannabis withdrawal syndrome », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 123, n° 1 (2012), p. 141–147.

Gould, R.L., M.C. Coulson, N. Patel, E. Highton-Williamson et R.J. Howard. « Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials », *British Journal of Psychiatry*, vol. 204, n° 2 (2014), p. 98–107.

Haney, M., C.L. Hart, S.K. Vosburg, J. Nasser, A. Bennett, C. Zubarán et R.W. Foltin. « Marijuana withdrawal in humans: effects of oral THC or divalproex », *Neuropsychopharmacology*, vol. 29, n° 1 (2004), p. 158–170.

Havard, A., A. Shakeshaft et R. Sanson-Fisher. « Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries », *Addiction*, vol. 103, n° 3 (2008), p. 368–376.

Higgins, S. et K. Silverman. *Motivating illicit drug abusers to change their behavior: research on contingency management interventions*, Washington (D.C.), American Psychological Association, 1999.

Higgins, S.T., K. Silverman et Y. Washio. « Contingency management ». Dans M. Galanter et H.D. Kleber (éd.), *The American psychiatric publishing textbook of substance abuse treatment (4th edition)*, Washington (D.C.), American Psychiatric Publishing, 2008, p. 423–440.

Holland, J.M., V. Rozalski, L. Beckman, L.M. Rakhkovskaya, K.L. Klingspon, B. Donohue, ... et D. Gallagher-Thompson. « Treatment preferences of older adults with substance use problems », *Clinical Gerontologist*, vol. 39, n° 1 (2016), p. 15–24.

Ialomiteanu, A.R., H.A. Hamilton, E.M. Adlaf et R.E. Mann. *CAMH Monitor eReport: substance use, mental health and well-being among Ontario adults, 1977–2013 [CAMH Research Document Series No. 40]*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2013.

Institut canadien d'information sur la santé. *Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada*. Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2009.

Jeste, D.V., G.S. Alexopoulos, S.J. Bartels, J.L. Cummings, J.J. Gallo, G.L. Gottlieb, ... et B.D. Lebowitz. « Consensus statement on the upcoming crisis in geriatric mental health: research agenda for the next 2 decades », *Archives of General Psychiatry*, vol. 56, n° 9 (1999), p. 848–853.

Jinks, M.J. et R.R. Raschko. « A profile of alcohol and prescription drug abuse in a high-risk community-based elderly population », *Annals of Pharmacotherapy*, vol. 24, n° 10 (1990), p. 971–975.

Jonas, D.E., H.R. Amick, C. Feltner, G. Bobashev, K. Thomas, R. Wines, ... et J.C. Garbutt. « Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis », *JAMA*, vol. 311, n° 18 (2014), p. 1889–1900.

Karp, J.F., M.A. Butters, A.E. Begley, M.D. Miller, E.J. Lenze, D.M. Blumberger, ... et C.F. Reynolds. « Safety, tolerability, and clinical effect of low-dose buprenorphine for treatment-resistant depression in mid-life and older adults », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 75, n° 8 (2014), p. e785–e793.

Kashner, T.M., D.E. Rodell, S.R. Ogden, F.G. Guggenheim et C.N. Karson. « Outcomes and costs of two VA inpatient treatment programs for older alcoholic patients », *Hospital & Community Psychiatry*, vol. 43, n° 10 (1992), p. 985–989.

Kirchner, J.E., C. Zubritsky, M. Cody, E. Coakley, H. Chen, J.H. Ware, ... et S. Levkoff. « Alcohol consumption among older adults in primary care », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 22, n° 1 (2007), p. 92–97.

Klein, W.C. et C. Jess. « One last pleasure? Alcohol use among elderly people in nursing homes », *Health & Social Work*, vol. 27, n° 3 (2002), p. 193–203.

Kraemer, K.L., J. Conigliaro et R. Saitz. « Managing alcohol withdrawal in the elderly », *Drugs & Aging*, vol. 14, n° 6 (1999), p. 409–425.

Kuerbis, A.N. et P. Sacco. « A review of existing treatments for substance abuse among the elderly and recommendations for future directions », *Substance Abuse: Research and Treatment*, vol. 7 (2013), p. 13.

Kuerbis, A.N., P. Sacco, D.G. Blazer et A.A. Moore. « Substance abuse among older adults », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 30, n° 3 (2014), p. 629–654.

Kuerbis, A.N., S.E. Yuan, J. Borok, P.M. LeFevre, G.S. Kim, D. Lum, ... et A.A. Moore. « Testing the initial efficacy of a mailed screening and brief feedback intervention to reduce at-risk drinking in middle-aged and older adults: the comorbidity alcohol risk evaluation study », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 63, n° 2 (2015), p. 321–326.

Lemke, S. et R.H. Moos. « Treatment and outcomes of older patients with alcohol use disorders in community residential programs », *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 64, n° 2 (2003), p. 219–226.

Le Roux, C., Y. Tang et K. Drexler. « Alcohol and opioid use disorder in older adults: neglected and treatable illnesses », *Current Psychiatry Reports*, vol. 18, n° 9 (2016), p. 87.

MacFarland, N.S. *Outpatient treatment approaches, services and outcomes for older addicted adults*, Albany (N.Y.), State University of New York at Albany, 2014.

Maree, R.D., Z.A. Marcum, E. Saghabi, D.K. Weiner et J.F. Karp. « A systematic review of opioid and benzodiazepine misuse in older adults », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 24, n° 11 (2016), p. 949–963.

Markota, M., T.A. Rummans, J.M. Bostwick et M.I. Lapid. « Benzodiazepine use in older adults: dangers, management, and alternative therapies », *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 91, n° 11 (2016), p. 1632–1639.

McLellan, A.T., D.C. Lewis, C.P. O'Brien et H.D. Kleber. « Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation », *JAMA*, vol. 284, n° 13 (2000), p. 1689–1695.

Miller, W.R. et S. Rollnick. *Motivational interviewing: helping people change*, New York (N.Y.), Guilford Press, 2012.

Mons, U., B. Schöttker, H. Müller, M. Kliegel et H. Brenner. « History of lifetime smoking, smoking cessation and cognitive function in the elderly population », *European Journal of Epidemiology*, vol. 28, n° 10 (2013), p. 823–831.

Moore, A.A., F.C. Blow, M. Hoffing, S. Welgreen, J.W. Davis, J.C. Lin, ... et K.L. Barry. « Primary care-based intervention to reduce at-risk drinking in older adults: a randomized controlled trial », *Addiction*, vol. 106, n° 1 (2011), p. 111–120.

Moore, B.A. et A.J. Budney. « Relapse in outpatient treatment for marijuana dependence », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 25, n° 2 (2003), p. 85–89.

Morgan, M.L., W.A. Brosi et M.W. Brosi. « Restoring older adults' narratives about self and substance abuse », *American Journal of Family Therapy*, vol. 39, n° 5 (2011), p. 444–455.

Mowbray, O. et A. Quinn. « A scoping review of treatments for older adults with substance use problems », *Research on Social Work Practice*, vol. 26, n° 1 (2015), p. 74–87.

Northrup, T.F., A.L. Stotts, C. Green, J.S. Potter, E.N. Marino, R. Walker, ... et M. Trivedi. « Opioid withdrawal, craving, and use during and after outpatient buprenorphine stabilization and taper: a discrete survival and growth mixture model », *Addictive Behaviors*, vol. 41 (2015), p. 20–28.

O'Malley, S.S., A.J. Jaffe, G. Chang, R.S. Schottenfeld, R.E. Meyer et B. Rounsaville. « Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence: a controlled study », *Archives of General Psychiatry*, vol. 49, n° 11 (1992), p. 881–887.

Oslin, D.W. « Alcohol use in late life: disability and comorbidity », *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, vol. 13, n° 3 (2000), p. 134–140.

Oslin, D.W., J.G. Liberto, J. O'Brien, S. Krois et J. Norbeck. « Naltrexone as an adjunctive treatment for older patients with alcohol dependence », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 5, n° 4 (1997), p. 324–332.

Oslin, D.W., H. Pettinati et J.R. Volpicelli. « Alcoholism treatment adherence: older age predicts better adherence and drinking outcomes », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 10, n° 6 (2002), p. 740–747.

Oslin, D.W., S. Grantham, E. Coakley, J. Maxwell, K. Miles, J. Ware, ... et C. Zubritsky. « PRISM-E: comparison of integrated care and enhanced specialty referral in managing at-risk alcohol use », *Psychiatric Services*, vol. 57, n° 7 (2006), p. 954–958.

Paquin, A.M., K. Zimmerman et J.L. Rudolph. « Risk versus risk: a review of benzodiazepine reduction in older adults », *Expert Opinion on Drug Safety*, vol. 13, n° 7 (2014), p. 919–934.





Pelc, I., P. Verbanck, O. Le Bon, M. Gavrilovic, K. Lion et P. Leheret. « Efficacy and safety of acamprosate in the treatment of detoxified alcohol-dependent patients: a 90-day placebo-controlled dose-finding study », *British Journal of Psychiatry*, vol. 171, n° 1 (1997), p. 73–77.

Peters, R., R. Poulter, J. Warner, N. Beckett, L. Burch et C. Bulpitt. « Smoking, dementia and cognitive decline in the elderly: a systematic review », *BMC Geriatrics*, vol. 8 (2008), p. 36.

Petry, N.M., B. Martin, J.L. Cooney et H.R. Kranzier. « Give them prizes and they will come: contingency management for treatment of alcohol dependence », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 68, n° 2 (2000), p. 250–257.

Petry, N.M., J. Tedford et B. Martin. « Reinforcing compliance with non-drug-related activities », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 20, n° 1 (2001), p. 33–44.

Prendergast, M., D. Podus, J. Finney, L. Greenwell et J. Roll. « Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis », *Addiction*, vol. 101, n° 11 (2006), p. 1546–1560.

Prochaska, J.O. et C.C. DiClemente. « Toward a comprehensive model of change ». Dans W.R. Miller et N. Heather (éd.), *Treating addictive behaviors: processes of change*, New York (N.Y.), Springer, 1986, p. 3–27.

Rickels, K., E. Schweizer, F. Garcia España, G. Case, N. DeMartinis et D. Greenblatt. « Trazodone and valproate in patients discontinuing long-term benzodiazepine therapy: effects on withdrawal symptoms and taper outcome », *Psychopharmacology*, vol. 141, n° 1 (1999), p. 1–5.

Rothrauff, T.C., A.J. Abraham, B.E. Bride et P.M. Roman. « Substance abuse treatment for older adults in private centers », *Substance Abuse*, vol. 32, n° 1 (2011), p. 7–15.

Rotondi, N.K. et B. Rush. « Monitoring utilization of a large scale addiction treatment system: the Drug and Alcohol Treatment Information System (DATIS) », *Substance Abuse: Research and Treatment*, vol. 6 (2012), p. 73–84.

Saitz, R. « Screening and brief intervention enter their 5th decade », *Substance Abuse*, vol. 28, n° 3 (2007), p. 3–6.

Salmon, J.M. et B. Forester. « Substance abuse and co-occurring psychiatric disorders in older adults: a clinical case and review of the relevant literature », *Journal of Dual Diagnosis*, vol. 8, n° 1 (2012), p. 74–84.

Sass, H., M. Soyka, K. Mann et W. Zieglgansberger. « Relapse prevention by acamprosate: results from a placebo-controlled study on alcohol dependence », *Archives of General Psychiatry*, vol. 53, n° 8 (1996), p. 673–680.

Satre, D.D., J.R. Mertens, P.A. Areán et C. Weisner. « Five-year alcohol and drug treatment outcomes of older adults versus middle-aged and younger adults in a managed care program », *Addiction*, vol. 99, n° 10 (2004), p. 1286–1297.

Schonfeld, L., L.W. Dupree, E. Dickson-Euhrmann, C.M. Royer, C.H. McDermott, J.S. Rosansky, ... et L.F. Jarvik. « Cognitive-behavioral treatment of older veterans with substance abuse problems », *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, vol. 13, n° 3 (2000), p. 124–129.

Schonfeld, L. et L.W. Dupree. « Age-specific cognitive behavioral and self-management treatment approaches ». Dans A.M. Gurnack, R. Atkinson et N.J. Osgood (éd.), *Treating alcohol and drug abuse in the elderly*, New York (N.Y.), Springer, 2002, p. 109–130.

Schonfeld, L., B.L. King-Kallimanis, D.M. Duchene, R.L. Etheridge, J.R. Herrera, K.L. Barry et N. Lynn. « Screening and brief intervention for substance misuse among older adults: The Florida BRITE project », *American Journal of Public Health*, vol. 100, n° 1 (2010), p. 108–114.

Schonfeld, L., R.W. Hazlett, D.K. Hedgecock, D.M. Duchene, L.V. Burns et A.M. Gum. « Screening, brief intervention, and referral to treatment for older adults with substance misuse », *American Journal of Public Health*, vol. 105, n° 1 (2015), p. 205–211.

Sees, K.L., K.L. Delucchi, C. Masson, A. Rosen, H.W. Clark, H. Robillard, ... et S.M. Hall. « Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial », *JAMA*, vol. 283, n° 10 (2000), p. 1303–1310.

Simoni-Wastila, L. et H.K. Yang. « Psychoactive drug abuse in older adults », *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, vol. 4, n° 4 (2006), p. 380–394.

Slaymaker, V.J. et P. Owen. « Alcohol and other drug dependence severity among older adults in treatment: measuring characteristics and outcomes », *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 26, n° 3 (2008), p. 259–273.

Srisurapanont, M. et N. Jarusuraisin. « Opioid antagonists for alcohol dependence », *Bases de données des revues systématiques Cochrane*, vol. 2005, n° 1 (2005), CD001867.

Statistique Canada. *Feuilles d'information de la santé, Tabagisme*, 2016, 2017. Consulté sur le site : www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2017001/article/54864-fra.htm

Steinman, M.A., J.L. Beizer, C.E. DuBeau, R.D. Laird, N.E. Lundebjerg et P. Mulhausen. « How to use the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria: a guide for patients, clinicians, health systems, and payors », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 63, n° 12 (2015), p. e1–e7.

Taheri, A., K. Dahri, P. Chan, M. Shaw, A. Aulakh et A. Tashakkor. « Evaluation of a symptom-triggered protocol approach to the management of alcohol withdrawal syndrome in older adults », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 62, n° 8 (2014), p. 1551–1555.

Tannenbaum, C., P. Martin, R. Tambllyn, A. Benedetti et S. Ahmed. « Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial », *JAMA Internal Medicine*, vol. 174, n° 6 (2014), p. 890–898.

Taylor, M.H. et G.T. Grossberg. « The growing problem of illicit substance abuse in the elderly: a review », *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, vol. 14, n° 4 (2012), p. 1–16.

U.S. Department of Health and Human Services. *Mental health: a report of the Surgeon General*, Washington (D.C.), U.S. Department of Health and Human Services, 1999.

U.S. Department of Health and Human Services. *Facing addiction in America: The Surgeon General's report on alcohol, drugs, and health*, Washington (D.C.), U.S. Department of Health and Human Services, 2016.

U.S. Department of Veterans Affairs. *Pain management opioid safety: educational guide*, 2014. Consulté sur le site : www.va.gov/PAINMANAGEMENT/docs/OSI_1_Toolkit_Pain_Educational_Guide.pdf

U.S. Department of Veterans Affairs et U.S. Department of Defense. *VA/DOD clinical practice guideline for the management of substance use disorders*, 2015. Consulté sur le site : www.healthquality.va.gov/guidelines/mh/sud

Volkow, N.D. et T.A. McLellan. « Curtailing diversion and abuse of opioid analgesics without jeopardizing pain treatment », *JAMA*, vol. 305, n° 13 (2011), p. 1346–1347.

Walters, S.T. et F. Rotgers. *Treating substance abuse: theory and technique*, New York (N.Y.), Guilford Press, 2012.

Weiss, L. et N.M. Petry. « Older methadone patients achieve greater durations of cocaine abstinence with contingency management than younger patients », *American Journal on Addictions*, vol. 22, n° 2 (2013), p. 119–126.

Whitlock, E.P., M.R. Polen, C.A. Green, T. Orleans et J. Klein. « Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force », *Annals of Internal Medicine*, vol. 140, n° 7 (2004), p. 557–568.

Zhong, G., Y. Wang, Y. Zhang, J. Guo et Y. Zhao. « Smoking is associated with an increased risk of dementia: a meta-analysis of prospective cohort studies with investigation of potential effect modifiers », *PLoS One*, vol. 10, n° 3 (2015), p. e0118333.





CHAPITRE

08

Appel à l'action

Franco J. Vaccarino, Ph.D., MACSS
Recteur et vice-chancelier,
Université de Guelph

Elysia Vaccarino, M.A.
Candidate au doctorat,
Département de psychologie,
Université York

Oriana Vaccarino, M.Sc.
Candidate au doctorat,
Département de psychologie,
Université de Guelph

SURVOL

- Les fournisseurs de soins de santé, les aidants, les membres de la famille et le public doivent être sensibilisés à la question de l'usage de substances dans la population âgée.
- Les professionnels de la santé ont besoin de plus de formation sur la prévention, le dépistage, l'évaluation et le traitement efficaces de l'usage de substances chez les personnes âgées.
- Il faut élaborer des lignes directrices et des recommandations adaptées en matière d'usage de substances chez les personnes âgées pour que les caractéristiques propres à ce groupe démographique soient prises en compte.
- Des services adaptés à l'âge doivent être offerts aux personnes âgées pour traiter les troubles liés à l'usage de substances.
- Des lignes directrices sur l'usage de substances et les traitements offerts pour les troubles liés à l'usage de substances chez les personnes âgées devraient être communiquées aux professionnels de la santé et au public.



8.1 Introduction

Les personnes âgées constituent le sous-groupe de la population canadienne qui connaît la plus forte croissance : d’ici 2036, environ le quart des habitants au pays auront plus de 65 ans. Il est donc essentiel que des stratégies de promotion de résultats positifs sur le plan du vieillissement soient mises à l’avant-plan des initiatives de soins et que des ressources soient mobilisées pour limiter et amortir les effets défavorables possibles de ce changement démographique pour le système de santé canadien.

Le présent rapport traite de l’usage de substances dans la population âgée, un problème dont l’importance ne fera qu’augmenter au fil de la croissance de ce groupe démographique, d’où la nécessité d’agir maintenant. Plusieurs chapitres de ce rapport ont avancé qu’il faut établir une distinction entre les adultes et les personnes âgées, étant donné que ces dernières présentent des caractéristiques physiologiques, psychologiques et socioenvironnementales particulières qui les différencient de leurs cadets.

Bien que l’usage de substances soit moins fréquent chez les personnes âgées que chez les autres adultes, lorsqu’il survient dans cette population, ses effets peuvent être plus prononcés et plus problématiques. Un peu comme la période intense de changements neurodéveloppementaux qui survient à l’adolescence, le vieillissement est associé à plusieurs changements anatomiques et physiologiques qui accroissent la vulnérabilité aux effets des substances. Plus particulièrement, le troisième âge est associé à une diminution des réserves homéostatiques (c.-à-d. la capacité d’adaptation et de rétablissement physiologiques) qui compensent les effets néfastes de substances sur le cerveau et d’autres organes, p. ex. le foie et les reins.

De plus, les personnes âgées se font prescrire plus de médicaments que les personnes plus jeunes et, en raison des taux élevés de troubles de sommeil et de douleur dans cette population, elles peuvent devenir dépendantes à des médicaments comme les benzodiazépines et les opioïdes. Cette tendance entraîne une hausse du risque d’interactions avec l’alcool et d’autres substances.

Même la « consommation modérée » d’alcool chez les personnes âgées, telle que définie dans les *Directives de consommation d’alcool à faible risque du Canada*, peut entraîner des conséquences suffisamment graves pour justifier l’hospitalisation, ce qui vient souligner l’urgence de revoir les définitions et les lignes directrices pour cette population.

L’usage de substances chez les personnes âgées peut aussi entraîner des conséquences dont les manifestations s’apparentent à certains phénomènes liés à l’âge, notamment le déclin cognitif, l’apparition de problèmes de santé mentale et l’augmentation du nombre de chutes. Ces similitudes aggravent les conséquences de l’usage de substances, en plus de contribuer à la sous-estimation, au sous-diagnostic et au sous-signalement des troubles liés à l’usage de substances dans cette population. De nombreuses personnes âgées souffrent de problèmes de santé chroniques qui peuvent compliquer le diagnostic de ces troubles. Des obstacles sociaux entrent aussi en ligne de compte : les stéréotypes et les préjugés nuisent au signalement, au diagnostic et au traitement des troubles liés à l’usage de substances.

Cet appel à l’action traite des problèmes de sous-diagnostic et de sous-signalement des troubles liés à l’usage de substances dans la population âgée. Il fait aussi état du besoin de sensibilisation aux problèmes croissants associés à l’usage de substances, qui passe notamment par l’amélioration de la capacité et des aptitudes des professionnels de la santé en matière de dépistage et de diagnostic. De plus, il prône l’élaboration de lignes directrices cliniques et de recommandations adaptées pour le diagnostic et le traitement des troubles liés à l’usage de substances dans cette population, et il souligne la nécessité de communiquer efficacement cette information au public, aux professionnels de la santé, aux décideurs et aux personnes âgées.

8.2 Recommandations

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.

D’abord et avant tout, il importe de prendre conscience de l’ampleur des problèmes de consommation dans la population vieillissante. Dans ce rapport, il a été établi que les troubles liés à l’usage de substances sont sous-diagnostiqués et sous-traités chez les personnes âgées pour diverses raisons, notamment la stigmatisation perçue et la reconnaissance insuffisante du problème par les professionnels de la santé, qui confondent souvent les signes de l’usage de substances avec ceux du vieillissement. Pour s’attaquer efficacement à ce problème, les personnes âgées et leurs fournisseurs de soins de santé devront mieux reconnaître et comprendre les troubles liés à l’usage de substances dans cette population.

Les IRSC et la sensibilisation

L’Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement est une initiative de recherche en cours financée par les Instituts de recherche en santé du Canada qui aidera à accroître la sensibilisation au sujet de l’usage de substances chez les personnes âgées et à combler les lacunes en la matière.

Dans la société, les attitudes âgistes quant à l’usage de substances doivent aussi changer. Or, pour ce faire, il faudra mener plus d’études sur le sujet ciblant expressément les personnes âgées. Cette population devrait aussi être prise en compte dans les politiques gouvernementales, souvent axées sur les besoins des plus jeunes. Les fournisseurs de soins de santé peuvent favoriser ce changement d’attitude en améliorant leurs connaissances sur les problèmes de santé physique et mentale qui ont tendance à accompagner les troubles liés à l’usage de substances chez les personnes âgées (p. ex. dépression, anxiété, insomnie, douleur chronique). Si les fournisseurs sont encouragés ou incités à dépister et à traiter plus activement ces troubles et les affections concomitantes, cela permettrait d’améliorer la qualité de vie des personnes âgées tout en diminuant les coûts pour le système de santé canadien.

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.

Du point de vue des soins de santé, il est urgent d’améliorer la formation offerte dans les programmes destinés aux professionnels de la médecine et aux spécialistes paramédicaux en ce qui a trait à la prévention, au diagnostic et au traitement des troubles liés à l’usage de substances chez les personnes âgées. Tant les étudiants que les professionnels de la santé en exercice ont besoin d’une formation plus approfondie pour mieux intégrer les soins en matière de santé mentale et d’usage de substances aux soins de santé généraux. La mise en place de politiques obligeant ou incitant les écoles à offrir des cours obligatoires sur les troubles liés à l’usage de substances et la santé mentale est recommandée.

Bien que certains fournisseurs de soins de santé envisagent déjà la possibilité d’un usage problématique de substances chez leurs patients âgés, beaucoup ne le font toujours pas. Cette disparité rend donc nécessaire d’intégrer cette exploration aux normes de pratique. Le dépistage de l’usage de substances – au moyen d’une approche exempte de jugement et d’âgisme et tenant compte des valeurs, des expériences et des sensibilités des personnes âgées – devrait faire partie des examens médicaux de routine. Ces outils d’évaluation devront aussi permettre de distinguer les symptômes liés à l’usage néfaste de substances de ceux liés au vieillissement. Même si les connaissances des fournisseurs de soins de santé sont suffisantes pour mettre en pratique ces changements, ce besoin doit être reconnu et abordé de façon normalisée dans l’ensemble du système. En outre, les initiatives de perfectionnement professionnel devraient être permanentes et suffisamment flexibles pour s’adapter à la population vieillissante en croissance rapide et à leur accès à un nombre croissant de substances.





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.

Le besoin d'une approche nuancée et adaptée relativement aux lignes directrices et aux recommandations sur l'usage de substances dans la population âgée constitue un autre fil conducteur du présent rapport. Même s'il est largement admis que la population vieillissante doit faire l'objet de lignes directrices distinctes, ces dernières doivent continuer d'évoluer et de s'adapter afin qu'elles soient normalisées, qu'elles cadrent avec les données existantes et qu'elles tiennent compte de l'évolution de la définition du « vieillissement » dans un contexte où le nombre de personnes âgées est en hausse constante. Pour que cette définition soit juste, il faudra mieux définir les différents stades du vieillissement et les nuances propres à chacun des sous-segments du vaste continuum de la population vieillissante.

Lignes directrices nationales

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées a récemment reçu du financement de Santé Canada pour élaborer des lignes directrices sur la prévention, l'évaluation et le traitement des troubles liés à l'usage d'alcool, d'opioïdes, de benzodiazépines et de cannabis. Fondées sur des données probantes, ces lignes directrices aideront les professionnels de la santé, les personnes âgées et leur famille à reconnaître et à prendre en charge les problèmes liés à l'usage de substances.

Puisque la population âgée continuera de croître au cours des prochaines années, il deviendra de plus en plus important de reconnaître les différences individuelles au sein du groupe démographique des personnes âgées. Pour que le caractère unique de chaque étape de la vie et leur variabilité interne soit pris en compte, le processus de vieillissement doit être considéré comme un continuum, et non comme une série de catégories. Bien qu'il puisse être utile de diviser les groupes d'âge pour en faire des catégories distinctes, une approche individualisée serait mieux adaptée au processus du vieillissement et fournirait des résultats plus facilement applicables. Étant donné que la mesure dans laquelle la population âgée se voit offrir des

lignes directrices et des recommandations adaptées varie grandement, il sera nécessaire de normaliser la définition de « personne âgée » ainsi que les catégories utilisées pour d'autres groupes démographiques, sans toutefois occulter les nuances et les facteurs interreliés qui peuvent varier d'une personne à l'autre. La création de recommandations en matière d'usage de substances adaptées à l'âge passe d'abord par une compréhension plus exacte et dénuée d'âgisme des stades de développement au troisième âge.

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.

Il faut augmenter le nombre de services et de programmes de traitement spécialement conçus pour aider les personnes âgées ayant un trouble lié à l'usage de substances. Bien que ces personnes présentent sur les plans de la santé physique et mentale des particularités qui les rendent plus vulnérables aux effets des substances, elles sont souvent exclues d'essais cliniques portant sur l'innocuité et l'efficacité de traitements nouveaux ou existants pour les troubles liés à l'usage de substances. Il est essentiel que des traitements soient conçus expressément pour la population âgée. Ce besoin est accentué par le fait que le nombre de personnes âgées qui doivent suivre un traitement de l'usage de substances et leurs besoins sont en hausse; il est donc essentiel qu'à l'avenir, des personnes âgées soient incluses aux essais de traitements ou que des essais soient effectués exclusivement sur cette population.

Compte tenu de la gamme de facteurs distincts qui entrent en jeu chez les personnes âgées, il n'est pas étonnant de constater que les soins adaptés à l'âge ont donné lieu à de meilleurs traitements des troubles liés à l'usage de substances. Comme l'indique le présent rapport, diverses approches axées sur le patient et des techniques visant les personnes âgées peuvent être intégrées à la pratique clinique pour dépister et traiter ces troubles dans la population âgée. Par exemple, ces personnes ont tendance à mieux réussir lorsque l'engagement social, leur famille et leurs amis sont intégrés à leur programme de traitement. Ainsi, les programmes adaptés à l'âge dans lesquels les fournisseurs de soins de santé vont au-delà des questions de santé physique pour mettre au point des traitements plus individualisés et de nature plus interpersonnelle (p. ex. modèles de thérapie de soutien) devraient obtenir des résultats optimaux.

Vers de meilleurs traitements

Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances a créé un protocole thérapeutique pour orienter le traitement des méfaits liés aux médicaments sur ordonnance chez les personnes âgées. Reposant sur des publications examinées par des pairs et des données expérientielles d'experts en la matière, ce protocole trace les grandes lignes d'un continuum permettant d'offrir des soins de qualité aux personnes âgées subissant les méfaits de l'usage de substances.

Pourtant, malgré les données indiquant que les services adaptés à l'âge donnent de meilleurs résultats thérapeutiques dans la population âgée, la disponibilité de ces programmes est limitée en Amérique du Nord; il y a donc des lacunes problématiques dans le système de soins. Une augmentation du nombre de programmes de traitement adaptés à la population âgée serait donc nécessaire, étant donné que la demande pour ces programmes ira croissant dans les prochaines années, parallèlement à l'augmentation du nombre de personnes âgées présentant des troubles liés à l'usage de substances.

Lorsqu'ils créent des programmes de traitement adaptés à l'âge, les fournisseurs de soins de santé devraient prendre activement en considération le point de vue des personnes âgées. Comme nous l'avons vu précédemment, la perception du « vieillissement réussi » des personnes âgées correspond bien aux facteurs de risque et de protection associés à l'usage problématique de substances. Cette corrélation signifie que les interventions visant à promouvoir le vieillissement réussi, tel que défini par les personnes âgées, pourraient aussi réduire l'usage problématique de substances.

Les outils nécessaires au traitement adapté à l'âge des troubles liés à l'usage de substances existent déjà; il ne reste plus qu'à les appliquer. Pour ce faire, il faudra exploiter l'information et les données existantes et accroître la disponibilité et l'accessibilité des programmes de traitement adaptés à l'âge, ainsi qu'intégrer ces programmes aux centres de traitement existants.

Les lignes directrices et les traitements destinés aux personnes âgées doivent être communiqués aux professionnels de la santé et au public.

Bien sûr, il faut établir des lignes directrices sur l'usage de substances et des programmes de traitement des troubles liés à l'usage de substances répondant aux besoins particuliers de la population âgée, mais il est aussi important de communiquer efficacement l'information à ce sujet aux professionnels de la santé, aux personnes âgées et à leurs aidants, ainsi qu'au public.

Les problèmes soulevés dans le présent rapport devraient être communiqués aux professionnels de la santé pour faire en sorte que ces derniers soient prêts à surmonter les obstacles qui rendent le dépistage et le diagnostic des troubles liés à l'usage de substances plus difficile chez les personnes âgées. Pour opérer des changements positifs dans l'ensemble du système de santé, il sera aussi important de transmettre de l'information sur les recherches existantes aux étudiants en médecine, aux étudiants du domaine de la santé et aux responsables des politiques.

L'échange de renseignements erronés ou le manque de communication entre cliniciens et patients sont des facteurs qui entraînent souvent des problèmes d'usage de substances dans la population âgée. Par exemple, dans l'année précédente, les ordonnances régulières de seulement environ la moitié des personnes âgées ayant des problèmes de santé chroniques avaient été examinées par un médecin. De plus, il arrive souvent que les personnes âgées ne connaissent pas les effets secondaires de leurs médicaments et les interactions possibles. Mettre davantage l'accent sur les communications interpersonnelles pourrait contribuer à la résolution de ce problème. Dans le même ordre d'idées, il est important de fournir aux personnes âgées et aux aidants l'information nécessaire pour les guider dans des situations particulières liées à l'usage de substances, et de leur parler des ressources et des programmes à leur disposition et de la façon d'y accéder.





8.3 Conclusion

Le présent rapport vise à mettre en lumière les conséquences grandissantes de l'usage de substances dans la population âgée. Il souligne comment la prévalence croissante des troubles liés à l'usage de substances dans cette population, jumelée à la croissance démographique, est lourde de conséquences pour le système de santé et la société canadienne tout entière.

Par conséquent, le présent appel à l'action demande une sensibilisation accrue aux troubles liés à l'usage de substances chez les personnes âgées, plus concrètement par la formation des professionnels de la santé et la création d'outils de dépistage normalisés. Cette formation devrait tenir compte des besoins, des valeurs et des caractéristiques propres aux personnes âgées, qui les distinguent des autres groupes démographiques. Dans le même ordre d'idées, des lignes directrices cliniques et des recommandations adaptées à l'âge concernant l'usage de substances devront être élaborées, étant donné que les caractéristiques propres aux personnes âgées ne sont pas prises en compte dans les recommandations générales visant les adultes. De plus, les programmes de traitement adaptés à l'âge qui ont déjà fait leurs preuves devraient être offerts à plus grande échelle. Enfin, ces recommandations devront être largement diffusées au public ainsi qu'aux professionnels de la santé et aux décideurs concernés afin que les conclusions présentées ici puissent être utilisées de façon efficace.

Ces recommandations visent à atténuer les conséquences défavorables pour le système de santé pouvant découler du problème croissant de l'usage de substances dans la population âgée. La création de services adaptés à l'âge et l'offre de formation professionnelle pour remédier au sous-diagnostic des troubles liés à l'usage de substances chez les personnes âgées sont des moyens efficaces et importants de contrôle et de diminution de l'usage problématique dans la population âgée. Ce faisant, nous aiderons la population âgée croissante et vulnérable tout en générant des retombées positives pour le système de santé et l'ensemble de la société.

