

 Ce contenu a été archivé le 24 juin 2013.

Information archivée dans le Web

Information archivée dans le Web à des fins de consultation, de recherche ou de tenue de documents. Cette dernière n'a aucunement été modifiée ni mise à jour depuis sa date de mise en archive. Les pages archivées dans le Web ne sont pas assujetties aux normes qui s'appliquent aux sites Web du gouvernement du Canada. Conformément à la [Politique de communication du gouvernement du Canada](#), vous pouvez demander de recevoir cette information dans tout autre format de rechange à la page « [Contactez-nous](#) ».



MEILLEURES PRATIQUES

**Traitement et réadaptation
des personnes âgées ayant des
problèmes attribuables à la
consommation d'alcool et
d'autres drogues**



Meilleures pratiques
Traitement et réadaptation des
personnes âgées ayant des problèmes
attribuables à la consommation d'alcool et
d'autres drogues

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Publication autorisée par le
ministre de la Santé

Also available in English under the title
Best Practices – Treatment and Rehabilitation for Seniors with Substance Use Problems

On peut obtenir, sur demande, la présente publication
(sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille).

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires du présent document, prière de
s'adresser aux :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Tél. : (613) 954-5995
Télec. : (613) 941-5366

Aussi disponible sur Internet :
www.hc-sc.gc.ca/sca

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne
reflètent pas nécessairement les vues officielles de Santé Canada.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2002
Cat. N° H46-2/03-295F
ISBN 0-662-88276-8

Remerciements

Ce document a été réalisé grâce à la collaboration du personnel du Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue, Santé Canada et de W. Morrisson & Associates. Santé Canada tient à remercier les membres du comité directeur du projet, les experts clés ayant pris part aux entrevues, ainsi que les membres du Comité fédéral/provincial/territorial sur les questions liées à l'alcool et aux autres drogues.

La forme masculine employée dans ce document désigne aussi bien les hommes que les femmes.

Table des matières

Sommaire	i
1. Contexte et description du projet	1
1.1 Introduction	1
1.2 But du projet	2
1.3 Sources d'information	2
1.3.1 Recension de la documentation	2
1.3.2 Méthodologie de l'entrevues avec les experts clés	3
1.3.3 Inventaire des programmes nationaux	4
1.4 Définitions se rapportant au projet :	
traitement et meilleure pratique	4
1.4.1 Définition de <i>traitement</i>	4
1.4.2 Définition de <i>meilleure pratique</i>	4
1.5 Limites du projet	5
2. Recension de la documentation	6
2.1 Introduction	6
2.1.1 Terminologie	6
2.1.2 Les <i>jeunes-vieux</i> et les <i>vieux-vieux</i>	7
2.1.3 Profil démographique du vieillissement	7
2.1.4 Différentes cohortes, différents points de vue	8
2.1.5 Structure de la recension	9
2.2 Le vieillissement de la population	9
2.2.1 Processus du vieillissement	10
2.2.2 Symptômes de troubles chroniques ou de problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues?	10
2.2.3 Changements selon l'âge et l'usage de substances	11
2.2.4 Pertes et nouveaux rôles	12
2.3 Tendances des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les personnes âgées	14
2.3.1 Alcool	15
2.3.2 Médicaments sur ordonnance et médicaments en vente libre	19
2.3.3 Drogues illicites	23

2.4	Différences entre les sexes · · · · ·	24
2.5	Questions liées à la santé physique et mentale · · · · ·	26
2.5.1	Problèmes de santé associés aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues · · · · ·	26
2.5.2	Troubles psychiatriques associés aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues · · · · ·	30
2.6	Facteurs de risque · · · · ·	34
2.6.1	Facteurs d'ordre pratique · · · · ·	34
2.6.2	Facteurs biologiques · · · · ·	35
2.6.3	Facteurs psycho-sociaux · · · · ·	36
2.6.4	Facteurs de protection · · · · ·	38
2.7	Dépistage et diagnostic · · · · ·	39
2.7.1	Dépistage · · · · ·	39
2.7.2	Outils de dépistage · · · · ·	40
2.7.3	Critères de diagnostic · · · · ·	44
2.8	Questions liées au traitement · · · · ·	45
2.8.1	Éducation et sensibilisation · · · · ·	46
2.8.2	Interventions selon l'âge · · · · ·	47
2.8.3	Adaptation du traitement · · · · ·	49
2.8.4	Gestion de cas · · · · ·	50
2.8.5	Comorbidité psychiatrique · · · · ·	50
2.9	Approches thérapeutiques · · · · ·	51
2.9.1	Groupes d'entraide par les pairs · · · · ·	52
2.9.2	Brèves interventions · · · · ·	52
2.9.3	Approches cognitives et comportementales · · · · ·	54
2.9.4	Approches psycho-sociales · · · · ·	55
2.9.5	Services d'approche · · · · ·	57
2.9.6	Approches axées sur la réduction des méfaits · · · · ·	57
2.9.7	Interventions pharmacologiques · · · · ·	59
2.10	Obstacles au traitement · · · · ·	60
2.10.1	Considérations d'ordre pratique · · · · ·	60
2.10.2	Diagnostic erroné · · · · ·	61
2.10.3	Déni · · · · ·	61
2.10.4	Stigmate social · · · · ·	61
2.10.5	Peur de l'échec · · · · ·	61

2.10.6	Attitudes et comportements habilitants	62
2.10.7	Attitudes des professionnels de la santé	62
2.11	Groupes spécifiques : Autochtones	63
2.11.1	Problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues	64
2.11.2	Traitement	65
3.	Entrevues avec les experts clés	67
3.1	Sélection des experts clés	67
3.2	Processus d'entrevue avec les experts clés	68
3.2.1	Orientation théorique	69
3.2.2	Facteurs de risque pour la consommation d'alcool et d'autres drogues	70
3.2.3	Éléments à adresser dans le traitement des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues	77
3.2.4	Services d'approche, contact et engagement	78
3.2.5	Volets d'évaluation	81
3.2.6	Obstacles à la participation aux programmes de traitement et de réadaptation	87
3.2.7	Principes directeurs pour des processus de traitement	92
3.2.8	Volets de programmes modèles	95
3.2.9	Suivi	99
3.2.10	Mesures de l'efficacité	102
4.	Meilleures pratiques	105
	Meilleure pratique 1 : Médicaments sur ordonnance et médicaments en vente libre	105
	Meilleure pratique 2 : Pratiques de prescription	105
	Meilleure pratique 3 : Respect des consignes	105
	Meilleure pratique 4 : Drogues illicites	106
	Meilleure pratique 5 : Pertes comme facteurs de risque	106
	Meilleure pratique 6 : Dépistage et diagnostic	106
	Meilleure pratique 7 : Éducation et formation : professionnels	106
	Meilleure pratique 8 : Éducation et formation : public	106
	Meilleure pratique 9 : Sensibilisation aux services	107
	Meilleure pratique 10 : Engagement	107

Meilleure pratique 11 : Évaluation ·····	107
Meilleure pratique 12 : Questions liées au traitement : axé sur le client ·····	107
Meilleure pratique 13 : Questions liées au traitement : rôles sociaux ·····	107
Meilleure pratique 14 : Questions liées au traitement : famille et pairs ·····	107
Meilleure pratique 15 : Questions liées au traitement : vie quotidienne ·····	108
Meilleure pratique 16 : Questions liées au traitement : différences socio-culturelles ·····	108
Meilleure pratique 17 : Questions liées au traitement : collaboration et communication ·····	108
Meilleure pratique 18 : Approches thérapeutiques : services d'approche ·····	108
Meilleure pratique 19 : Approches thérapeutiques : transport ·····	108
Meilleure pratique 20 : Approches thérapeutiques : réduction des méfaits ·····	108
Meilleure pratique 21 : Approches thérapeutiques : interventions selon l'âge ·····	109
Meilleure pratique 22 : Approches thérapeutiques : adaptation aux besoins personnels ·····	109
Meilleure pratique 23 : Mesures de l'efficacité ·····	109
5. Inventaire des programmes spécialisés ·····	110
Elderly Services Program – Colombie-Britannique ·····	112
Seniors Liaison Program – Colombie-Britannique ·····	115
Seniors' Substance Awareness Program – Colombie-Britannique ·····	118
Seniors Well Aware Program (SWAP) – Colombie-Britannique ·····	121
Victoria Innovative Seniors' Treatment and Assessment Program (VISTA) – Colombie-Britannique ·····	124
Substance Abuse in Later Life (SAILL) – Alberta ·····	127
Substance Use Management, Intervention and Treatment (SUMIT) – Manitoba ·····	130
Community Outreach Program in Addictions (COPA) – Ontario ·····	133
Programme d'enrichissement de la vie des aînés (LESA) – Ontario ·····	136

OPUS-55 (Older Persons Unique Solutions) – Ontario	139
St. Joseph’s Care Group – Ontario	142
Groupe Harmonie – Québec	145
6. Considérations importantes	147
6.1 Considérations générales	147
6.2 Considérations futures en matière de recherche	148
6.3 Considérations futures en matière de politiques générales	149
Références	150

Liste des tableaux

Tableau 1 : Application des critères de diagnostic du DSM-IV aux adultes plus âgés	44
Tableau 2 : Participation au traitement dans les centres du PNLAADA selon l'âge et le sexe	64
Tableau 3 : Distribution géographique des experts clés	67
Tableau 4 : Rôles professionnels des experts clés	67
Tableau 5 : Formation des experts clés	68
Tableau 6 : Experts clés : Facteurs de risque pour les problèmes attribuables à la consommation d'alcool	71
Tableau 7 : Experts clés : Facteurs de risque pour la consommation de drogues illicites	72
Tableau 8 : Experts clés : Facteurs de risque pour le mauvais usage de médicaments sur ordonnance	74
Tableau 9 : Experts clés : Médicaments sur ordonnance dont on fait le plus souvent un mauvais usage	74
Tableau 10 : Experts clés : Facteurs de risque pour le mauvais usage de médicaments en vente libre	75
Tableau 11 : Experts clés : Facteurs de risque pour le mauvais usage de médicaments alternatifs	76
Tableau 12 : Experts clés : Facteurs de risque dans les cas du mauvais usage de substances multiples	77
Tableau 13 : Experts clés : Éléments à aborder	78
Tableau 14 : Experts clés : Sources de référence	79
Tableau 15 : Experts clés : Défis liés à l'accès aux services	80
Tableau 16 : Experts clés : Approches pour associer les personnes âgées aux services	81
Tableau 17 : Experts clés : Éléments du fonctionnement qui feront l'objet d'une évaluation	83
Tableau 18 : Experts clés : Personnes encouragés à participer aux évaluations	85
Tableau 19 : Experts clés : Mesures pour améliorer les pratiques d'évaluation actuelles	86
Tableau 20 : Experts clés : Obstacles personnels	88
Tableau 21 : Experts clés : Obstacles interpersonnels	89
Tableau 22 : Experts clés : Obstacles communautaires ou culturels	91

Tableau 23 : Experts clés : Obstacles liés à la structure ou au programme	92
Tableau 24 : Experts clés : Principes directeurs de l'admission et de l'engagement du client	93
Tableau 25 : Experts clés : Principes directeurs de la conception et de la prestation des programmes	94
Tableau 26 : Experts clés : Principes directeurs pour la durée et la fréquence des programmes	94
Tableau 27 : Experts clés : Principes directeurs pour la participation et la rétention des clients	95
Tableau 28 : Experts clés : Volets de programmes modèles visant la santé physique	96
Tableau 29 : Experts clés : Volets de programmes modèles visant la santé psychologique	97
Tableau 30 : Experts clés : Volets de programmes modèles visant les relations interpersonnelles	98
Tableau 31 : Experts clés : Volets de programmes modèles visant les questions sociales et culturelles	99
Tableau 32 : Experts clés : Défis liés au maintien des gains réalisés au cours du traitement	100
Tableau 33 : Experts clés : Élaboration et mise en oeuvre de programmes de prévention de rechutes	101
Tableau 34 : Experts clés : Soutiens nécessaires après le traitement	102
Tableau 35 : Experts clés : Mesures de l'efficacité	102
Tableau 36 : Experts clés : Variables ou indicateurs d'efficacité	103
Tableau 37 : Experts clés : Mesures améliorant les efforts d'évaluation	104

Sommaire

- ◆ Le but de ce projet est d'identifier les meilleures pratiques reliées aux personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Le projet de recherche a porté à la fois sur l'accessibilité et la prestation des services aux personnes âgées.
- ◆ Nous avons déterminé les volets, les soutiens et les principes déterminants associés aux systèmes efficaces et exhaustifs de prestation de services en passant par une revue de la documentation et en documentant les perspectives présentées par les experts clés.
- ◆ Cette recherche se veut une ressource pour les prestataires de services qui offrent actuellement des programmes spécialisés qui visent les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

*

- ◆ La plupart des personnes âgées n'abusent pas de l'alcool ou d'autres drogues mais pour celles qui ont un problème d'abus, l'alcool est la substance la plus souvent consommée.
- ◆ Les médicaments sur ordonnance les plus souvent consommés par les personnes âgées sont les médicaments pour les troubles cardiaques ou l'hypertension, suivis des médicaments anti-douleur et des benzodiazépines.
- ◆ Les personnes qui ont commencé à consommer de l'alcool pour des problèmes liés à l'alcool à un jeune âge ont souvent été sous traitement et ont un soutien social plus limité, tandis que les personnes ayant commencé à consommer des boissons alcoolisées à un âge avancé développent souvent des habitudes de consommation menant à l'abus en réaction à une perte ou à un stress et elles sont portées à conserver plus de réseaux sociaux de soutien.
- ◆ Les raisons pour lesquelles une personne âgée développe un problème lié à la consommation d'alcool sont complexes, par ailleurs, certains facteurs de risque ont été identifiés et peuvent être associés à la perte d'un époux, à la retraite, aux problèmes chroniques de santé et à des pertes dans leur réseau social.

- ◆ La consommation prolongée d'alcool et d'autres drogues, l'intoxication et le sevrage peuvent souvent induire des symptômes pouvant être associés par erreur aux symptômes d'autres troubles chroniques ou au processus du vieillissement.
- ◆ Étant donné le nombre de pertes et de défis qu'elles doivent envisager, les personnes âgées ont souvent un ressort psychologique leur permettant de s'adapter; par conséquent, ces capacités peuvent servir au traitement des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.
- ◆ Les personnes âgées bénéficient d'interventions et les prestataires de services ont besoin d'être à la fois formés en gérontologie et dans les questions ayant trait à la consommation d'alcool et d'autres drogues.
- ◆ La démarche axée sur la réduction des méfaits est une approche efficace pour améliorer les résultats d'approche.
- ◆ Les programmes devraient envisager de fournir des services de transport et/ou adoptant une démarche thérapeutique holistique et centrée sur le client qui vise à améliorer la qualité de vie globale.
- ◆ Le médecin joue un rôle déterminant pour les soins médicaux continus, les évaluations et la prestation efficace de services.
- ◆ Il faut rechercher une collaboration et une communication plus grandes parmi les professionnels de santé pour créer un continuum exhaustif de soins pour les personnes âgées.
- ◆ Il est important d'accroître les efforts de sensibilisation parmi le public et les personnes âgées elles-mêmes, en ce qui a trait aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.
- ◆ L'information et l'éducation publique sur les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues doit s'adresser spécifiquement aux personnes âgées plutôt qu'à l'ensemble de la population.
- ◆ Il faudra modifier ou utiliser différentes mesures pour dépister les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues afin de mieux refléter les besoins des personnes âgées.

1. Contexte et description du projet

1.1 Introduction

Le but de ce projet est d'identifier les meilleures pratiques en traitement et réadaptation et les programmes de traitement et réadaptation spécialisés, pour les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues et d'identifier les programmes de traitement spécialisés qui visent les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues pour les personnes âgées au Canada. Le projet a été lancé par Santé Canada et fait partie intégrante du Plan de recherche développé par le Comité fédéral/provincial/territorial sur les questions liées à l'alcool et aux autres drogues.

Le projet a été dirigé par le Groupe de travail pour le Cadre de responsabilisation et d'évaluation et pour le Plan de recherche pour le Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (TRAT). Le groupe de travail est nommé par le Comité fédéral/provincial/territorial sur les questions liées à l'alcool et aux autres drogues. Une partie du mandat du groupe de travail est de superviser le développement et la mise en oeuvre de projets de recherche qui contribuent aux programmes innovateurs de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie en déterminant les meilleures pratiques, en menant une évaluation des modèles de traitement et de réadaptation, et en identifiant de nouvelles questions, pour ensuite diffuser ces nouvelles connaissances à travers le Canada.

Ce projet se fonde sur une série de publications sur les meilleures pratiques comprenant : *Meilleures pratiques - Alcoolisme et toxicomanie - Traitement et réadaptation* (Santé Canada, 1999a); *Meilleures pratiques - Syndrome d'alcoolisme foetal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse* (Santé Canada, 2001a); *Meilleures pratiques - Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues* (Santé Canada, 2001b); *Meilleures pratiques - Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues* (Santé Canada, 2001c); et *Meilleures pratiques - Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie* (Santé Canada, 2002); et *Meilleures pratiques - Traitement d'entretien à la méthadone* (Santé Canada, 2002).

1.2 But du projet

Ce projet vise à assurer la disponibilité, à travers le Canada, d'information actuelle sur les meilleures pratiques associées au traitement et à la réadaptation des personnes âgées ayant avec des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les résultats de cette recherche sont destinés à servir comme ressource aux prestataires de services et aux planificateurs de programmes spécialisés dans le traitement de problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les lignes directrices des meilleures pratiques ont été identifiées par une analyse de la documentation actuelle et par l'entrevue d'experts clés sur la question des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool ou d'autres drogues de même que par une synthèse des résultats.

1.3 Sources d'information

1.3.1 Recension de la documentation

La recension de la documentation analyse la recherche portant sur les pratiques de traitement et de réadaptation efficaces pour les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues, de même qu'identifie les meilleures pratiques courantes et les implications potentielles pour assurer l'efficacité de la prestation des services. Des critères spécifiques ont été élaborées pour choisir les principaux articles visés par la recension. Ces critères ont jeté les bases de l'évaluation de la documentation en ce qui a trait à la rigueur et à la portée scientifiques.

Les activités de recherche ont comporté :

- ◆ une revue détaillée de documents pertinents publiés et non publiés; et
- ◆ un examen des données et des questions spécifiques liées à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

La revue a porté sur des documents d'intervention et de recherche tirés d'une documentation canadienne et internationale, incluant des :

- ◆ documents publiés après 1990 (à l'exception de deux études de 1988 qui ont été jugées pertinentes pour cette recension);
- ◆ documents de recherche revus par des professionnels ou sanctionnés par des experts;
- ◆ sommaires portant sur la gérontologie et les résultats de traitements;
- ◆ études expérimentales;

- ◆ études comparatives de différentes approches ou méthodes;
- ◆ recherches quasi-expérimentales;
- ◆ rapports d'évaluation de programmes;
- ◆ documents théoriques directement reliée à la recherche sur les meilleures pratiques.

Aux fins de la recension, plusieurs bases de données ont été explorées à l'aide de différents mots clés ayant trait aux personnes âgées, à la consommation d'alcool et d'autres drogues, notamment :

- ◆ PsychInfo (base de données sur la recherche psychologique);
- ◆ DrugInfo (base de données sur les drogues de l'University of Minnesota);
- ◆ CCSADOCS (base de données du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies);
- ◆ CANBASE (base de données du Réseau canadien d'information sur les toxicomanies).

De même, plusieurs bases de données universitaires ont été consultées pour trouver des publications. En voici quelques exemples :

- ◆ EBSCO (base de données sur les revues en sciences sociales);
- ◆ Novanet (pour l'université Dalhousie et ses établissements affiliés);
- ◆ Eloize (Université de Moncton).

1.3.2 Méthodologie des entrevues avec les experts clés

Une liste d'experts clés a été établie de concert avec les membres du Groupe de travail pour le Cadre de responsabilisation et d'évaluation et pour le Plan de recherche pour le Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (TRAT) de Santé Canada. Des représentants de chaque province et territoire ont été contactés. Vingt-neuf experts clés ont participé aux entrevues et leurs perspectives mettent en valeur leur formation et leur expérience. Nous avons communiqué par téléphone avec les experts clés pour déterminer la méthode convenant le mieux à l'administration du questionnaire. Tous les répondants ont eu le temps et la possibilité de fournir des renseignements détaillés pour chacune des questions. La plupart des entrevues ont été réalisées par téléphone, d'autres par un questionnaire écrit. Les entrevues se sont déroulées soit en français, soit en anglais, selon la préférence de la personne interviewée. La durée des entrevues variait entre une heure et trois heures, la durée moyenne étant de 80 minutes.

1.3.3 Inventaire des programmes nationaux

L'inventaire des programmes nationaux a pour objectif de décrire les programmes et les services spécialisés étant actuellement offerts au Canada aux personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Nous avons communiqué avec le personnel principal de chaque programme et nous lui avons demandé d'en fournir un profil en remplissant un questionnaire.

1.4 Définitions se rapportant au projet : Traitement et meilleure pratique

1.4.1 Définition de *traitement*

Dans ce document, le *traitement* désigne un ensemble structuré d'approches et de stratégies qui aident les clients à réduire ou à éliminer la consommation problématique de substances et qui appuie un fonctionnement sain sur le plan personnel et interpersonnel. Même si l'expression *traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie* suggère une seule entité, elle englobe un réseau complexe et variable de services.

Comme l'établit la *Stratégie canadienne antidrogue* (Santé Canada, 1998), le traitement et la réadaptation au Canada se définit comme suit :

« ... désintoxication, dépistage et intervention rapide, évaluation des besoins et référence, counseling de base et gestion des cas, intervention thérapeutique, services de suivi et revue clinique. On offre le traitement externe, de jour ou d'hospitalisation, y compris des soins institutionnels à court ou long terme. » (Santé Canada, 1998:9)

1.4.2 Définition de *meilleure pratique*

La définition de *meilleure pratique* pour la prestation de programmes dans le domaine de la santé a été abordée avec plus ou moins de rigueur:

« Dans les soins de santé, l'idée de « meilleure pratique » est allée, en réalité, de la simple publication de pratiques spécifiques sous la rubrique « les meilleures », ... à un processus d'identification systématique de ce qui constituerait « la meilleure » dans un domaine de santé ou d'exercice spécifique, ... jusqu'à un examen rigoureux fondé sur une recherche afin de recueillir les preuves associées à des pratiques spécifiques » (Varcoe, 1998:4). [Trad.]

Dans ce document, *les meilleures pratiques* désignent les nouvelles lignes directrices qui sont établies d'après le consensus d'experts clés et qui sont appuyées par la documentation sur les approches et les éléments de traitement semblant donner des résultats positifs pour le traitement des personnes âgées. Fondés sur cette définition, les énoncés des meilleures pratiques sont des recommandations pouvant évoluer à partir de l'expérience, du jugement et de la perspective d'experts, de même qu'à partir d'une recherche soutenue.

1.5 Limites du projet

Cette recension de la documentation ne peut pas être considérée comme étant une analyse définitive des liens entre, d'une part, les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues et, d'autre part, la gérontologie. L'accent est mis sur la documentation portant sur les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Toutefois, la recension identifie plusieurs liens justifiant le besoin de recherches futures.

2. Recension de la documentation

2.1 Introduction

Éléments clés

- ▶ La proportion de personnes âgées au Canada est en voie d'augmentation. Cette tendance démographique suggère qu'il y aura un besoin de services efficaces en matière de traitement et de réadaptation pour les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.
- ▶ L'usage erroné de médicaments sur ordonnance et de médicaments en vente libre est actuellement reconnu comme étant un problème. Comparés aux personnes âgées d'aujourd'hui, les membres de la génération du "baby-boom" auront eu plus de contacts avec les substances illicites. Par conséquent, les services de traitement adaptés aux personnes âgées devront à l'avenir prévoir et adresser les problèmes associés aux substances licites et illicites.
- ▶ Différentes cohortes ont différents points de vue sur les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Certaines voient ces problèmes comme une faiblesse morale, d'autres, comme une maladie et encore d'autres les abordent selon une perspective bio-psycho-sociale.

2.1.1 Terminologie

On a trouvé divers termes qui se rapportent aux personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les chercheurs ont utilisé divers termes tels *personne âgée* ou *adulte plus âgé*. La plupart des chercheurs ont retenu l'âge limite de 60 ou de 65 ans pour signifier le passage au groupe des personnes âgées, mais certains ont utilisé 50 ou 55 ans.

Les termes dénotant l'abus de substances ont varié. Mentionnons, par exemple, les termes d'*alcoolisme*, d'*abus d'alcool*, d'*usage de drogues*, d'*usage de substances* et de *mauvais usage de médicaments*. Les problèmes liés à l'usage de médicaments ont leur propre terminologie, dont le *non-respect des consignes*, l'*abus* et le *mauvais usage*. Les différents termes ont des implications importantes pour les interventions. Le *non-respect des consignes*

désigne le fait d'omettre de faire remplir une ordonnance, de la faire remplir mais de ne pas prendre le médicament ou bien de prendre le médicament mais d'une manière autre que celle qui est prescrite (Tamblyn et Perrault, 1998). Le terme d'*abus* est utilisé pour désigner les tendances qui sont attribuables à une ingestion délibérément excessive. Le *mauvais usage* de médicaments désigne l'usage dû à une fausse information ou à un malentendu, et il peut se produire lorsque les patients n'informent pas leur médecin de tous les médicaments qu'ils prennent (Barnea et Teichman, 1994; Ruben, 1992).

2.1.2 Les jeunes-vieux et les vieux-vieux

Neugarten (1996) a élaboré le modèle *jeune-vieux* et *vieux-vieux* pour les personnes âgées de plus de 55 ans. Soixante-quinze ans est l'âge de transition généralement accepté pour le passage d'une catégorie à l'autre. L'utilisation de l'âge chronologique comme point de transition comporte certains problèmes. Certains chercheurs en gérontologie considèrent ce modèle trop simpliste. D'autres estiment qu'il aide à distinguer les adultes plus vieux des personnes âgées, car une tranche d'âge d'environ 40 ans les sépare. Les membres de cette tranche d'âge sont très différents et en fait, une personne âgée de 65 ans peut avoir davantage de points communs avec une personne de 45 ans qu'avec une de 85 ans. Le contraire peut aussi être vrai. Cette généralisation est utile pour indiquer que les personnes vieilles-vieilles sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé et de consommation de médicaments que les personnes jeunes-vieilles. Même si la documentation gérontologique fait souvent cette distinction, la documentation sur les problèmes de consommation des personnes âgées la fait rarement.

2.1.3 Profil démographique du vieillissement

Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 12,5 % de la population canadienne (65 à 74 ans : 7 %; 75 à 84 ans : 4 %; 85 ans et plus : 1,4 %) (Statistique Canada, 2001), mais cette proportion devrait s'accroître à cause du nombre élevé de membres de la génération des "baby-boomers". Selon les prévisions de Statistique Canada, les personnes âgées représenteront 18,9 % de la population totale en 2021 et 24,9 % en 2041 (Statistique Canada, 2002). En 2000, les femmes étaient les plus nombreuses parmi les personnes âgées, représentant une proportion de 53 % dans le groupe de 65 ans à 74 ans, 60 % dans le groupe des 75 à 84 ans, et 70 % du groupe des 85 ans et plus (Statistique Canada, 2002).

La consommation d'alcool et d'autres drogues est un facteur important dans les problèmes de santé plus tard dans la vie. Une étude a déterminé que la consommation d'alcool et d'autres drogues est la troisième cause en importance des problèmes de santé chez les Américains de 55 ans et plus (King, Van Hasselt, Segal et Hersen, 1994). Au Canada, on estime que le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies coûte plus de 300 millions de

dollars par année (Rush et Ogborne, 1992). Il faut déterminer la prévalence et les caractéristiques des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les personnes âgées et s'assurer que les services de traitement et de réadaptation sont efficaces.

2.1.4 Différentes cohortes, différents points de vue

Rush et Ogborne (1992) signalent que, pour bon nombre de ceux qui ont vécu à l'époque de la prohibition, l'alcoolisme était considéré comme une faiblesse morale. La prohibition prévalait dans bien des régions du Canada et elle n'a pas été abrogée avant le début des années 1920 (Rush et Ogborne, 1992). Dans les années 1940, le mouvement des Alcooliques Anonymes a pris naissance, préconisant que l'alcoolisme est une maladie. À cause du changement de perception du public qui a suivi, il est devenu plus acceptable de demander un traitement. Cependant, les points de vue personnels de certaines personnes âgées sont peut-être encore le reflet de ce moralisme. Ceci pourrait contribuer à la réticence de demander un traitement pour les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues (Widner et Zeichner, 1991). Une autre cohorte, les membres de la génération des "baby-boomers", franchira le cap de la soixantaine en 2006. Cette génération a grandi à l'époque d'un bouleversement social et entretient habituellement des attitudes différentes face à l'usage de l'alcool et d'autres drogues (Patterson et Jeste, 1999).

Les perceptions de l'*usage*, du *mauvais usage*, de l'*abus de substances* et de la *dépendance* changent avec le temps (p. ex., le changement de point de vue par rapport à l'alcoolisme comme corruption morale à l'époque de la prohibition, en passant par l'alcoolisme comme maladie, à l'alcoolisme comme problème bio-psycho-social à plusieurs dimensions). De même, les opinions au sujet de la consommation de marijuana ont changé entre les années 1950 et les années 1960 et 1970, jusqu'au nouveau millénaire où nous avons maintenant des règlements concernant l'usage médical de la marijuana. À l'heure actuelle, les définitions se rapportant à une consommation excessive font référence habituellement à un contrôle réduit de la consommation, ou d'une consommation continue en dépit de conséquences négatives (Fingerhood, 2000; Kostyk, Lindblom, Fuchs, Tabisz et Jacyk, 1994). L'expression *consommateur occasionnel excessif d'alcool* est relativement neuve et décrit une personne qui ne boit pas nécessairement régulièrement, mais qui le fait de façon excessive (l'équivalent de quatre consommations ou plus) (Blow et coll., 2000). Fingerhood (2000) signale que le problème associé à une telle variété de termes pour décrire les habitudes de consommation fait que les chercheurs peuvent donner une interprétation subjective étant donné qu'il existe un manque d'uniformité dans les études. « Dans le fond, le problème consiste à définir avec exactitude ce qui est mesuré : Est-ce l'abus d'alcool, l'alcool-dépendance, l'alcoolisme, la consommation excessive ou un problème lié à la consommation d'alcool? » (Fingerhood, 2000, p. 985). [Trad.]

Dans bien des domaines, c'est le modèle de toxicomanie associé à une maladie qui prévaut. Une autre perspective émergente est le modèle bio-psycho-social qui s'intéresse aux mécanismes biologiques et physiologiques, aux processus psychologiques (apprentissage, conditionnement, modelage et adaptation au stress) et aux processus sociaux et environnementaux (relations interpersonnelles et culture plus générale). Cette perspective met en évidence la nature multidimensionnelle des causes et des traitements (Rush et Ogborne, 1992).

2.1.5 Structure de la recension

La recension de la documentation est organisée de la façon suivante : la section 2 décrit le processus du vieillissement; la section 3 dresse un profil des différentes formes de consommation d'alcool et de drogues chez les personnes âgées; la section 4 décrit les problèmes physiques et de santé attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues; la section 5 présente les facteurs de risque susceptibles d'accélérer les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les personnes âgées; la section 6 décrit les outils de dépistage et les critères de diagnostic; les sections 7 et 8 analysent les questions et les approches en ce qui concerne le traitement; la section 9 aborde les obstacles au traitement; et la section 10 traite de la question des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues parmi la population autochtone au Canada.

2.2 Le vieillissement de la population

Éléments clés

- ▶ Le vieillissement physiologique s'accompagne d'une réduction de la proportion d'eau dans le corps, ce qui a pour effet d'accroître la puissance de l'alcool chez les personnes âgées. Un métabolisme plus lent prolonge les effets sur le système nerveux central et augmente la susceptibilité aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.
- ▶ L'usage prolongé de substances, l'intoxication et le sevrage peuvent provoquer des symptômes qui peuvent être imputés à des troubles chroniques.
- ▶ L'ajustement aux nouveaux rôles (retraité, personne aidante de parents ou du conjoint) et les pertes (santé, indépendance, décès de membres de la famille) sont des facteurs à risque pour les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

2.2.1 Processus du vieillissement

Le vieillissement des personnes s'accompagne de nombreuses transitions. Cependant, ce sont les changements physiques qui sont les plus évidents à prime abord. Les médias populaires ont tendance à représenter le vieillissement d'une manière négative comme en témoignent le nombre de personnes aux cheveux gris dans les publicités sur les produits adhésifs pour dentiers et les produits pour incontinence, et l'absence de personnes âgées jouant des rôles positifs selon les stéréotypes (Birk, 1996). Cependant, cette tendance n'est plus la même, et pour de nombreuses personnes âgées, le vieillissement comporte des avantages tels la retraite, les enfants maintenant rendus adultes, les petits-enfants, les amis de longue date et la satisfaction face à leur cheminement personnel.

L'âge avancé peut être une période où se manifestent certains troubles chroniques (comme l'ostéoporose et le diabète non insulino-dépendant). Certains changements physiques et physiologiques sont probables. Les cheveux grisonnent, les os et les articulations perdent de leur densité et sont une source de malaise, la masse maigre du corps se transforme graduellement en masse grasse et les troubles visuels et auditifs font parfois leur apparition. Les aptitudes physiques s'affaibliront graduellement et les problèmes médicaux ont tendance à se multiplier. L'hypertension, les troubles hormonaux et gastro-intestinaux peuvent se manifester pour la première fois (Baron et Carver, 1997; Gomberg et Zucker, 1998; Spencer et Hutchinson, 1999).

Des changements au niveau des habiletés cognitives se produisent également et peuvent aller de la simple distraction à la démence qui apparaît chez 10 % des personnes âgées de plus de 70 ans (Woods, 1996). Certaines personnes peuvent éprouver de la dépression, de l'anxiété, des troubles du sommeil ou un sentiment de perte de contrôle sur leur vie en réaction au processus de vieillissement. Ces changements sont souvent attribués au vieillissement alors qu'ils peuvent être causés en réalité par un problème attribuable à la consommation d'alcool et d'autres drogues (Gambert, 1997).

2.2.2 Symptômes de troubles chroniques ou problèmes attribuables à la consommation d'alcool ou d'autres drogues?

L'usage prolongé de substances, l'intoxication ou le sevrage peuvent induire des symptômes que l'on peut attribuer par erreur aux troubles chroniques (Dufour et Fuller, 1995). Des chercheurs suggèrent qu'il existe un préjugé dans le secteur des services de santé qui prédispose les médecins et les autres professionnels à imputer la confusion et les blessures chez les personnes âgées au vieillissement plutôt qu'à un problème d'usage de substances possible (Gambert, 1997). Les attentes stéréotypées à l'endroit du

comportement des personnes âgées qui excluent les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues, de même que la réticence chez les personnes âgées à parler ouvertement de leurs problèmes peuvent expliquer le sous-diagnostic et les diagnostics erronés. Birk (1996) affirme qu'une consommation excessive d'alcool est marquée par un stigmate pour de nombreuses personnes âgées. En outre ils peuvent montrer une plus grande réticence à discuter de leurs affaires personnelles s'ils ont déjà été indépendants.

2.2.3 Changements selon l'âge et l'usage de substances

Selon Smith (1995), les personnes âgées sont plus vulnérables aux effets de l'alcool à cause de changements physiologiques. Parmi ces changements, il y a :

- ◆ la proportion de la masse grasse augmente proportionnellement au poids total du corps;
- ◆ la proportion de la masse maigre diminue;
- ◆ le volume total d'eau dans le corps diminue.

Comme l'alcool est un composé soluble dans l'eau et qu'il y a moins d'eau dans le corps pour diluer ses effets, l'alcool aura des effets plus forts sur la personne plus âgée (Dufour et Fuller, 1995; Smith, 1995).

Lucey et coll. (1999) ont modifié les conditions entourant la consommation d'alcool chez les hommes et les femmes plus jeunes (de 21 à 40 ans) et plus âgés (60 ans et plus). Ils ont administré de l'alcool à trois groupes de participants, soit par voie orale après un jeûne de huit heures, soit par voie orale après un repas ou bien par voie intraveineuse après un repas. Les prélèvements sanguin dans chacun des groupes ont révélé qu'une absorption sanguine s'effectuait plus rapidement chez ceux qui avaient consommé l'alcool par voie orale après un jeûne et chez ceux à qui l'on avait administré de l'alcool par voie intraveineuse après un repas, contrairement aux participants ayant consommé de l'alcool par voie orale après un repas. Une autre constatation importante était la suivante : contre toute attente, l'alcool ingéré par voie orale sur un estomac vide s'est dilué plus rapidement dans le sang que l'alcool injecté par voie intraveineuse après un repas. Les résultats de cette étude viennent appuyer la notion voulant qu'un apport nutritif approprié ait pour effet d'atténuer les effets de l'alcool et que l'absence de repas intensifie les effets chez la personne âgée (Lucey, Hill, Young, Demo-Dananberg et Beresford, 1999).

Spencer et Hutchinson (1999) ont examiné comment l'intoxication par l'alcool augmente la production d'hormones du stress et comment ces hormones contribuent à un vieillissement prématuré. Même si de nombreuses personnes consomment de diminuer leur anxiété ou leur stress, une élévation des taux d'alcool dans le sang a pour effet de stimuler la sécrétion d'hormones du stress, ou glucocorticoïdes. La stimulation continue de cette catégorie d'hormones du stress provoque une dégénération physiologique et neurologique associée au vieillissement. Ceci pourrait expliquer le processus de vieillissement prématuré parfois observé chez les consommateurs chroniques d'alcool.

Les changements physiologiques liés à l'avancement de l'âge ralentissent l'activité métabolique (le foie et les reins) qui entraîne la dissolution des substances chimiques, ce qui se traduit par des effets prolongés sur le système nerveux central et une plus grande susceptibilité à l'usage excessif de substances (Solomon, Manepalli, Ireland et Mahon, 1993). Un exemple est *l'insomnie liée à la dépendance aux drogues* qui se produit lorsqu'un mauvais usage des somnifères crée un trouble du sommeil. Une tolérance aiguë aux somnifères se développe rapidement, et la personne réagit en prenant des quantités de plus en plus grandes du médicament afin de lutter contre l'insomnie (Barnea et Teichman, 1994). Comme tous les groupes d'âge, les personnes âgées sont susceptibles à ce problème.

2.2.4 Pertes et nouveaux rôles

Chaque personne réagira aux défis du vieillissement d'une manière particulière selon ses atouts biologiques, affectifs, mentaux et sociaux. Les nouveaux rôles comme personnes soignantes d'un conjoint ou de parents plus âgés, les déménagements et l'établissement de nouvelles relations exigent des ajustements et adaptations. Parmi les défis à affronter, mentionnons l'adaptation aux pertes attribuables :

- ◆ au décès des conjoints, de membres de la famille ou d'amis;
- ◆ à la retraite;
- ◆ aux changements dans la structure familiale; et
- ◆ aux problèmes de santé physique ou mentale (Birk, 1996; Ruben, 1992).

Selon une enquête menée en 1981 par *l'US National Council on Aging*, « le revenu, l'interaction sociale et les niveaux d'activité sont les variables qui influencent le plus la qualité de vie perçue après la retraite » (Birk, 1996, p. 387). [Trad.] Après la retraite, les conjoints peuvent avoir besoin de s'habituer à passer la journée ensemble à la maison. Même si on s'attend

souvent à ce que ce soit une période pour se détendre et se libérer des facteurs de stress, la retraite peut se révéler très stressante, car elle exige une adaptation à de nouveaux rôles (Norton, 1998).

Selon Anetzberger et Korbin (1994), un problème important pour les adultes est le rôle de personnes aidantes qu'ils doivent jouer auprès de leurs parents plus âgés. En raison d'une plus grande espérance de vie certaines personnes âgées se trouvent dans une situation dans laquelle elles doivent prendre soin de leurs parents. Les exigences liées au rôle de prestataire de soins à un moment de leur retraite viennent ajouter au stress existant (Anetzberger et Korbin, 1994; Birk, 1996).

Une autre source éventuelle de stress se produit lorsqu'il faut se réinstaller dans une autre région à cause de problèmes de santé personnels ou de circonstances familiales ou économiques. Ce déménagement peut signifier la perte du réseau de soutien social existant et la perception positive ou négative de ce déménagement déterminera dans quelle mesure une personne est heureuse. Quelque 75 % des personnes à la retraite préfèrent demeurer à leur domicile aussi longtemps qu'elles le peuvent (Birk, 1996). Si elles finissent par déménager, elles peuvent être confrontées par la difficulté de se faire de nouveaux amis et de bâtir une nouvelle structure sociale.

Le remariage peut également présenter un défi à certaines personnes, étant donné que ces dernières doivent s'adapter à de nouveaux partenaires et à de nouveaux réseaux sociaux et familiaux. Même si ce changement peut être gratifiant, il peut également entraîner des sentiments de culpabilité ou de détresse (Birk, 1996).

2.3 Tendances des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les personnes âgées

Éléments clés

- L'alcool est la substance dont les personnes âgées font le plus souvent usage.
- 22 % prennent des consommations quatre fois ou plus par semaine.
- Les signes d'intoxication ou de consommation prolongée peuvent être attribués par mégarde au vieillissement, à un déficit cognitif ou à une démence.
- Les personnes ayant commencé à consommer de l'alcool à un jeune âge forment près des deux tiers des consommateurs excessifs d'alcool plus âgés, tandis que les personnes ayant commencé à consommer de l'alcool à un âge avancé en forment le tiers.
- Les personnes ayant commencé à consommer de l'alcool à un jeune âge ont souvent des antécédents de traitement pour les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et comptent sur un soutien social limité, tandis que les personnes ayant commencé à consommer de l'alcool à un âge avancé développent souvent des habitudes de consommation excessive d'alcool en réaction à une perte ou au stress, et sont portées à avoir des réseaux de soutien social.
- L'usage de médicaments sur ordonnance est plus prévalent chez les personnes âgées de 65 ans et plus que chez les cohortes plus jeunes.
- Les médicaments sur ordonnance que prennent le plus souvent les personnes âgées sont les médicaments pour les troubles cardiaques ou l'hypertension, les médicaments anti-douleur et les benzodiazépines.
- Près de 20 % des personnes âgées consomment des médicaments anti-douleur en vente libre en plus de leurs médicaments anti-douleur sur ordonnance.
- Moins de 1 % des personnes âgées canadiennes déclarent consommer des drogues illicites.
- Les hommes consomment de plus grandes quantités d'alcool, mais les femmes peuvent courir un plus grand risque de développer une dépendance aux médicaments sur ordonnance.

2.3.1 Alcool

a) Prévalence

L'alcool est la substance la plus souvent utilisée par les personnes âgées (Santé Canada, 1999a). Selon un document de Santé et Bien-être social Canada (1992), 22 % des personnes âgées de plus de 65 ans consomment de l'alcool quatre fois ou plus par semaine (Baron et Carver, 1997). Parmi les signes avant-coureurs d'une consommation excessive dans ce groupe d'âge, mentionnons la confusion, la distraction, l'anxiété, la dépression, les troubles du sommeil, les blessures dues à des chutes, la baisse d'efficacité des médicaments, le conflit ou le retrait de la famille et des amis, ainsi que les mauvaises habitudes alimentaires accompagnées d'une perte de poids (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1993a). Comme il a déjà été mentionné, ces signes d'intoxication ou d'une utilisation prolongée peuvent être attribués erronément au processus du vieillissement.

Adams, Magruder-Habib, Trued et Broome (1992) ont étudié la prévalence des problèmes attribuables à la consommation de l'alcool parmi les patients âgés (65 ans et plus) admis au service d'urgence d'un hôpital de la Caroline du Nord sur une période de deux mois. D'après l'analyse des dossiers médicaux, des entrevues et des renseignements déclarés par les clients, ils ont conclu que 14 % des clients traités étaient des consommateurs excessifs d'alcool à ce moment-là.

De plus, des chercheurs canadiens ont cherché à déterminer le nombre de personnes âgées (65 ans et plus) qui étaient traitées au service d'urgence d'un hôpital. Ils ont constaté que 14 % des sujets avaient des problèmes attribuables à la consommation d'alcool (Tabisz et coll., 1991). Cette proportion (14 %) semble élevée comparativement aux faibles proportions qui sont ressorties de l'étude *Épidemiological Catchment Area* (Regier et coll., 1988). L'une des raisons expliquant l'écart entre les proportions d'une étude à l'autre est le groupe d'échantillonnage visé par l'étude. Lorsque les chercheurs choisissent leur échantillon dans les hôpitaux, les cliniques et les programmes destinés aux personnes âgées, il y a gauchissement de la sélection, ce qui ne serait pas le cas dans la population générale qui n'a pas recours aux services de santé.

Une étude menée au centre hospitalier universitaire Leiden aux Pays-Bas a utilisé l'*Épreuve d'alcoolisme de Munich* afin de déceler des problèmes possibles liés à la consommation d'alcool chez des patients âgés de 65 ans et plus. Des 132 patients visés par l'étude, les chercheurs ont déterminé que 9 % avaient un problème d'alcool-

dépendance (Speckens, Heeren et Rooijmans, 1991). Ganry, Dubreuil, Joly et Queval (2000) ont évalué 370 patients âgés de 65 ans et plus en vue de déceler des problèmes attribuables à la consommation d'alcool. D'après une entrevue personnelle structurée portant sur les habitudes de consommation d'alcool, antérieures et actuelles, les chercheurs ont conclu que 9 % des patients pourraient souffrir d'un problème lié à la consommation d'alcool.

Ticehurst (1990) traite des disparités entre les taux de prévalence d'abus d'alcool et de dépendance observées entre les pays. Il cite des études révélant des taux de prévalence de 0% à 20 % et souligne que les normes culturelles, les considérations religieuses et les facteurs socio-économiques déterminent la définition de problèmes attribuables à la consommation d'alcool dans différents pays. En outre, même à l'intérieur d'un seul pays, il peut y avoir des variations importantes entre les régions.

Une autre étude a mis en évidence les obstacles de la culture israélienne à l'étude de la consommation d'alcool chez les personnes âgées. Une recherche a été menée sur 180 publications israéliennes portant sur la recherche axée sur la consommation d'alcool. Seulement cinq de ces sources ont fait référence au processus du vieillissement. Weiss (1993) suggère que ceux qui font de la recherche sur la consommation d'alcool sont réticents à étudier l'alcoolisme chez les personnes âgées, que ceux s'intéressant aux personnes âgées délaissent les problèmes d'alcoolisme et que l'abus d'alcool n'est pas considéré comme étant un problème associé au vieillissement.

Les habitudes de consommation d'alcool ont tendance à changer avec l'âge. McKim et Quinlan (1991) ont mené une enquête téléphonique à St. John's, Terre-Neuve, et ont demandé à 3 304 participants de répondre à des questions concernant leurs habitudes de consommation d'alcool. Ils ont constaté une baisse proportionnelle de la quantité d'alcool consommée par occasion, mais une légère baisse seulement dans la fréquence de ces occasions (McKim et Quinlan, 1991). D'autres chercheurs ont trouvé aussi que la consommation d'alcool diminue avec l'âge autant chez les hommes que chez les femmes (Adams, Barry et Fleming, 1996; Barnea et Teichman, 1994).

Les recommandations au sujet de la consommation d'alcool ont récemment été révisées. Les lignes directrices émises par le *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* recommandent un maximum d'une seule consommation par jour pour les hommes et les femmes âgés de plus de 65 ans (Blow, Walton, Barry, Coyne, Mudd et Copeland, 2000). Selon Adams et coll. (1996), près de 11 % des hommes et 9 % des femmes âgés de plus de 75 ans dépassent les seuils

recommandés. Les effets de l'intoxication, comme la confusion, l'instabilité et le trouble de l'élocution, peuvent être mal interprétés. Un tel comportement peut être attribué à la démence ou à une altération des fonctions cognitives, sans égard au rôle du problème attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues (Allen et Landis, 1997).

b) Tendances

Il y a eu un certain consensus à savoir qu'il n'y a pas un type de consommateur d'alcool spécifique représentatif de la cohorte (Allen et Landis, 1997; Fingerhood, 2000). Il semble plutôt exister au moins deux grandes catégories de consommateurs excessifs d'alcool chez les personnes âgées. Les consommateurs d'alcool ayant débuté à un jeune âge représentent environ les deux tiers du groupe et ceux ayant débuté à un âge avancé forment l'autre tiers (Dufour et Fuller, 1995; Mellor, et coll., 1996).

Le consommateur d'alcool ayant débuté à un jeune âge a habituellement de longs antécédents de problèmes liés à la consommation de l'alcool qui remontent avant l'âge de 40 ans (Widner et Zeichner, 1991). Les consommateurs d'alcool de cette catégorie sont plus susceptibles que ceux ayant débuté à un âge avancé de consommer de l'alcool jusqu'au stade de l'intoxication, et d'avoir déjà été traités pour un problème lié à la consommation de l'alcool (Fingerhood, 2000). Ils ont généralement un réseau de soutien familial et social plus limité et plus de problèmes d'emploi (antérieurs ou courants). On considère qu'ils sont des consommateurs excessifs d'alcool ayant vieilli (Widner et Zeichner, 1991).

Pour ce qui est du consommateur d'alcool ayant débuté à un âge avancé, il s'agirait d'une personne ayant développé un problème lié à l'alcool seulement après l'âge de 40 ans, souvent en réaction aux pertes et aux changements de la vie associés au processus du vieillissement (Graham, Zeidman, Flower, Saunders et White-Campbell, 1992; Schonfeld et Dupree, 1991). Comparativement aux consommateurs d'alcool ayant débuté à un jeune âge, les consommateurs d'alcool ayant débuté à un âge avancé ont tendance à avoir moins de problèmes comportementaux, à compter sur un réseau social plus solide et à entretenir de meilleures relations avec les membres de leur famille, à éprouver moins de problèmes de santé liés à la consommation d'alcool et à être plus réceptifs au traitement (Widner et Zeichner, 1991).

Selon une étude conçue pour examiner les antécédents des consommateurs d'alcool ayant débuté à un jeune âge et des consommateurs d'alcool ayant débuté à un âge avancé, il est ressorti

que plusieurs similitudes existent entre les deux groupes. Les participants des deux groupes étaient susceptibles de prendre une consommation pour apaiser les sentiments de perte, de solitude et de dépression. Cette similitude vient mettre en évidence la probabilité que l'âge et les transitions inévitables qui accompagnent le processus du vieillissement contribuent aux habitudes de consommation d'alcool de certaines personnes âgées (Schonfeld et Dupree, 1991).

Graham et coll. (1992) ont formulé des observations au sujet des problèmes inhérents à la dichotomie entre les consommateurs d'alcool ayant débuté à un jeune âge et ceux ayant débuté à un âge avancé, à savoir que la démarcation de 40 ans est un âge plutôt jeune pour commencer à éprouver des réactions aux facteurs de stress de l'âge avancé. Ces chercheurs ont utilisé 36 études de cas et une approche intuitive pour dresser un profil de quatre types de consommateurs d'alcool : les consommateurs excessifs et chroniques d'alcool, les consommateurs réactifs d'alcool, les consommateurs d'alcool ayant des troubles psychiatriques ou cognitifs et les consommateurs d'alcool dont la consommation était interreliée à un partenaire violent, consommateur excessif d'alcool. Même s'il existe différents types de consommateurs d'alcool plus âgés, rien n'est venu soutenir cette typologie après que les études de cas et les profils aient été remis à des évaluateurs indépendants. Seuls les consommateurs d'alcool chroniques et réactifs étaient identifiés de façon cohérente, et leurs profils étaient très comparables à ceux des consommateurs d'alcool ayant débuté à un jeune âge et des consommateurs d'alcool ayant débuté à un âge avancé respectivement.

Une récente classification fait la distinction entre quatre types de consommateurs d'alcool âgés en fonction de leurs habitudes et de leur durée de consommation d'alcool. En plus des catégories de consommateurs d'alcool ayant débuté à un jeune âge et ayant débuté à un âge avancé, il y a un petit groupe de consommateurs *occasionnels excessifs* d'alcool qui consomment excessivement occasionnellement, mais qui autrement consomment avec modération ou s'abstiennent. Le quatrième type serait un sous-ensemble des consommateurs d'alcool ayant débuté à un âge avancé qui étaient des consommateurs excessifs d'alcool toute leur vie, mais qui sont seulement devenus des consommateurs à problème à un âge avancé en réaction à deux facteurs. Premièrement, le besoin de sobriété a été réduit par le retrait des responsabilités familiales et professionnelles et deuxièmement, ils ont connu le deuil et les pertes associés au processus du vieillissement (Mellor et coll., 1996). La documentation courante accepte en grande partie les profils des consommateurs d'alcool ayant débuté à un jeune âge et des consommateurs d'alcool

ayant débuté à un âge avancé en prêtant une plus grande attention à l'existence du consommateur d'alcool occasionnel ou occasionnel excessif (Baron et Carver, 1997; Fingerhood, 2000).

2.3.2 Médicaments sur ordonnance et médicaments en vente libre

a) Prévalence

La consommation de médicaments sur ordonnance est plus prévalente chez les personnes âgées de 65 ans et plus que celles étant âgées de 64 ans ou moins (Bergob, 1994). Selon *l'Enquête nationale sur la consommation d'alcool et de drogue de 1989*, 18% des femmes et 14% des hommes ont consommé trois médicaments prescrits ou plus durant le mois précédent l'enquête, comparativement à une proportion de 2% à 8% chez les adultes plus jeunes (Bergob, 1994).

L'usage et le mauvais usage de drogues licites ont suscité plus de préoccupations au cours des dernières années. Les personnes âgées canadiennes (65 ans et plus) consomment 45 % de tous les médicaments prescrits vendus même si elles ne forment que 12 % de la population (Gander and District Continuing Care Program and The Seniors Resource Centre, 1994). Selon des enquêtes récentes, 84 % des personnes âgées vivant dans un foyer privé et 96 % des personnes âgées résidant dans un établissement ont pris une forme de médicaments prescrits durant les deux jours précédents les enquêtes (Statistique Canada, 1997, 1999).

Bergob (1994) a signalé que les médicaments sur ordonnance étant utilisés le plus souvent par les personnes âgées étaient les médicaments pour les troubles cardiaques et l'hypertension (45 % des femmes de plus de 65 ans, et 35 % des hommes de plus de 65 ans), suivis des médicaments anti-douleur (33 % des femmes de plus de 65 ans, et 30 % des hommes de plus de 65 ans). *L'Enquête nationale sur la santé de la population* (1994/95) a indiqué que les médicaments anti-douleur, les médicaments pour l'hypertension, les diurétiques, les remèdes contre les troubles gastriques et les laxatifs étaient les médicaments les plus populaires chez les personnes âgées de 65 ans et plus (Millar, 1998).

Dans le cadre d'une étude américaine de patients recevant un traitement pour une dépendance aux médicaments prescrits, la dépendance aux médicaments s'est développée à l'âge de 60 ans ou plus tard chez 35 % des participants et les substances les plus souvent abusées étaient les benzodiazépines (Finlayson et Davis, 1994). Les benzodiazépines sont des médicaments sédatifs-hypnotiques qui servent à traiter l'anxiété et les troubles du sommeil. Les personnes

aînées reçoivent une quantité assez importante de ces prescriptions, en dépit des données cliniques qui suggèrent de faire preuve de prudence à cause des effets secondaires comme des troubles cognitifs et psychomoteurs (Closser, 1991). Une étude canadienne visant à promouvoir une consommation prudente de médicaments a révélé que les benzodiazépines étaient régulièrement utilisées par 20 % des adultes (de 55 ans et plus) dans 22 localités du Québec (Paradis, 1990). Des chercheurs canadiens ont découvert que, parmi les personnes aînées (65 ans et plus) traités au service d'urgence d'un hôpital, 17 % avaient obtenu des résultats positifs à un dépistage visant à déterminer l'existence possible de problèmes liés à l'abus de benzodiazépines ou d'opiacés (Tabisz et coll., 1991).

Dans l'étude de Closser (1991) ci-haut mentionné, il a été constaté que, même si l'usage de ces médicaments chez les clients aînés posait certains risques pour la santé selon l'âge, de nombreux médecins les ont quand même prescrits. En plus de l'anxiété, cette catégorie de médicaments sert couramment à lutter contre les troubles du sommeil. Cependant, un chercheur a trouvé que les participants à une recherche, ayant une dépendance aux benzodiazépines, dormaient mal à cause de la répression de certains stades du sommeil (Schneider-Helmert, 1988).

Des chercheurs de l'Université du Manitoba ont mené une étude sur l'utilisation de médicaments prescrits. Les résultats ont montré que 19 % des admissions dans les services hospitaliers de soins actifs étaient attribuables au mauvais usage de médicaments par des personnes âgées de 50 ans et plus (Coalition canadienne sur l'usage des médicaments chez les aîné(e)s, 1992). Aux États-Unis, un groupe de recherche maintient que de 20 % à 25 % de toutes les admissions de personnes aînées (55 ans et plus) dans les hôpitaux sont dues aux réactions indésirables aux médicaments (Washington State Substance Abuse Coalition, 1995).

Bergob (1994) a constaté que les médicaments en vente libre se prêtent également à un mauvais usage, et ils présentent des risques possibles pour la santé à cause de leur interaction avec d'autres médicaments. Bien des personnes ne pensent pas à informer leur médecin des médicaments qu'elles achètent à la pharmacie (Atkinson, Ganzini et Bernstein, 1992). De même, des problèmes peuvent survenir si elles se procurent des médicaments en vente libre pour traiter des maux dont le traitement est déjà prévu par un médicament prescrit. Une étude a constaté que 20 % des femmes et 19 % des hommes âgés de 65 ans et plus utilisaient des analgésiques en vente libre en plus des médicaments qui leur étaient prescrits (Bergob,

1994), ce qui accroît la possibilité de problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues et de réactions secondaires indésirables dues aux interactions médicamenteuses.

b) Tendances

Barnea et Teichman (1994) ont signalé que l'on pouvait déceler trois tendances principales en matière d'abus de médicaments chez les personnes âgées :

- ◆ le non-respect des consignes;
- ◆ l'utilisation de plusieurs médicaments dont le résultat de l'interaction peut présenter un effet défavorable; et
- ◆ un mauvais usage dû à de la fausse information ou à un malentendu.

La première tendance en matière de mauvais usage est généralement associée à un abus de la substance ou à une dépendance à l'égard de celle-ci à la suite d'une ingestion délibérée de médicaments en quantités excessives. Les personnes âgées ayant une dépendance aux médicaments sur ordonnance peuvent recourir au déni, à la rationalisation, à la diversion et à la minimisation lorsqu'elles se font posées des questions au sujet de leur consommation de médicaments (Solomon et coll., 1993).

- ◆ déni : nier l'existence d'un problème ou nier l'accoutumance créée par la substance;
- ◆ rationalisation : invoquer des raisons pour justifier l'usage de la substance (pour calmer, par exemple);
- ◆ défocalisation : ne pas se concentrer sur la substance à l'origine du problème;
- ◆ minimisation : minimiser l'impact ou la consommation.

La deuxième tendance en matière de mauvais usage de médicaments est attribuable au risque d'interaction. Les médecins ont besoin d'être avisés de tous les médicaments qu'un patient prend. Un document a révélé que près de la moitié des personnes âgées de plus de 55 ans ayant obtenu des prescriptions de plus d'un médecin croyaient que les médecins communiquaient entre eux au sujet des médicaments qu'ils avaient prescrits à chaque personne (Coalition canadienne sur l'usage des médicaments chez les âgé(e)s, 1992). Cette attente peut amener des problèmes potentiels. Les possibilités d'interaction entre médicaments augmentent proportionnellement au nombre de médicaments consommés (Barnea et Teichman, 1994).

De nombreux médicaments en vente libre dépriment le système nerveux central et peuvent créer une accoutumance lorsqu'ils sont pris avec d'autres médicaments en vente libre, des médicaments prescrits ou de l'alcool. Les personnes âgées ou leurs personnes aidantes peuvent réduire les effets secondaires possibles de l'interaction entre médicaments :

- ◆ en informant les médecins des médicaments utilisés actuellement, dont les médicaments en vente libre;
- ◆ en remplissant toujours les ordonnances à la même pharmacie; et
- ◆ en connaissant les signes et les symptômes des effets indésirables des médicaments comme l'instabilité, la somnolence, la confusion, l'étourdissement, l'irritabilité et l'arythmie cardiaque (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1993b).

La troisième tendance en matière de mauvais usage de médicaments est attribuable à de la fausse information ou à un malentendu. Les personnes âgées peuvent :

- ◆ oublier de prendre leurs médicaments;
- ◆ doubler la dose pour compenser celle qu'ils ont oublié;
- ◆ prendre le médicament à un mauvais moment;
- ◆ se tromper dans la dose;
- ◆ mal comprendre les instructions sur le contenant;
- ◆ ne pas être capable de lire les instructions sur le contenant;
- ◆ ne pas renouveler leur ordonnance parce qu'elles n'ont pas les moyens ou parce qu'elles se sentent bien, ne voyant pas l'utilité de prendre le médicament (Ruben, 1992).

Schonfeld, Rohrer, Zima et Spiegel (1993) ont mené une étude sur les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les personnes âgées, car ils se préoccupaient du fait qu'elles représentent une population cachée. Les chercheurs ont interviewé des prestataires de services en Floride et en Caroline du Nord, leur demandant d'estimer la proportion de leurs clients qui, selon eux, avaient des problèmes liés à la consommation d'alcool ou de médicaments. Il y avait deux modes de service : les soins étaient dispensés à domicile ou le client était vu à une agence. Moins de 2 % des admissions aux programmes de traitement pour problèmes liés à la consommation d'alcool sont des adultes âgés, même s'il est estimé que de 2 % à 15 % ou même plus des consommateurs d'alcool dans ce groupe d'âge font une consommation excessive d'alcool (Schonfeld,

Rohrer, Zima et Spiegel, 1993). Selon les résultats de cette étude, il a été estimé que de 1 % (en Caroline du Nord, à domicile) à 25 % des clients (en Floride, par une agence) faisaient une consommation excessive d'alcool, alors que les proportions pour l'abus de médicaments allaient de 18 % (en Caroline du Nord, par une agence) à 41 % (en Floride, par une agence). Dans les deux États américains, les médicaments prescrits ont soulevé beaucoup de préoccupations, mais on avait l'impression que la plupart des problèmes liés aux médicaments étaient plutôt attribuables à un mauvais usage et une mauvaise gestion. Schonfeld et coll. (1993) ont soutenu que l'éducation des personnes âgées au sujet du bon usage de médicaments et la conception d'un système de gestion de médicaments adapté à leurs besoins contribueraient à surmonter ce problème.

Selon Ruben (1992), les médecins peuvent négliger certains problèmes liés à la prescription de médicaments. Il faut examiner de près les antécédents de consommation de médicaments du client et prendre soin de ne pas prescrire une dose trop élevée ou trop faible, ou un nombre excessif de médicaments sans une surveillance adéquate. On devrait informer les clients des effets secondaires possibles, surtout si ceux-ci sont attribuables à une interaction entre médicaments. Les personnes âgées devraient éviter également de recourir au *marché gris*, c'est-à-dire emprunter ou prêter des médicaments entre eux (Ruben, 1992).

2.3.3 Drogues illicites

Moins de 1 % des personnes âgées canadiennes déclarent consommer des drogues illicites comme la marijuana, la cocaïne et l'héroïne (Statistique Canada, 2000). Les données de l'étude *Epidemiological Catchment Area* laissent indiquer une prévalence à vie de 1,6 % pour les consommateurs de drogues illicites âgés de plus de 65 ans (Patterson et Jeste, 1999). Selon les données du "Drug Abuse Warning Network" (1991), 1,8 % des personnes traitées à la salle d'urgence pour l'abus d'héroïne ou de morphine avait plus de 55 ans (Patterson et Jeste, 1999).

En 1962, Winick a proposé une théorie de *diminution avec l'âge* laissant indiquer que la dépendance aux drogues n'est pas souvent observée chez les personnes âgées, car ces dernières abandonnent leurs dépendances aux narcotiques à cause de conséquences néfastes ou bien elles meurent. Dans la mesure où cette théorie a été acceptée, la recherche a diminué. Cette théorie a été soutenue par certaines données, mais on reconnaît également qu'il y a suffisamment de toxicomanes chez les personnes âgées qui survivent pour que d'autres études soient menées à cet égard (Allen et Landis, 1997; Barnea et Teichman, 1994). En outre, même si certaines personnes âgées meurent, les

progrès médicaux prolongent la durée de la vie, ce qui pourrait contrer les diminutions prévues des taux de prévalence. À mesure que les membres de la génération du baby-boom viennent grossir les rangs des personnes âgées, on pourrait assister à un changement de la prévalence quant à l'usage de drogues illicites (Barnea et Teichman, 1994).

2.4 Différences entre les sexes

Certaines différences entre les sexes sont reconnues dans la documentation traitant de la consommation d'alcool et d'autres drogues. Tout âge confondu, les hommes consomment plus d'alcool et en consomment plus souvent que les femmes; par contre, les femmes risquent plus de développer une dépendance aux médicaments sur ordonnance (Allen et Landis, 1997; Bristow et Clare, 1992; Liberto, Oslin et Ruskin, 1992; McKim et Quinlan, 1991). Lorsque les chercheurs ont examiné les dossiers médicaux de 100 patients âgés admis dans un programme de traitement en matière de dépendance à l'alcool et aux autres drogues en milieu résidentiel, ils ont établi que les femmes étaient en plus grand nombre que les hommes, le rapport étant de 7 et de 3 respectivement, pour la dépendance aux médicaments prescrits. Quatre-vingt pour cent de tous les patients (hommes et femmes) souffraient d'une dépendance aux sédatifs ou aux hypnotiques, et 83 % de ces médicaments appartenaient à la catégorie des benzodiazépines (Finlayson et Davis, 1994).

Tamblyn et coll. (1994) ont examiné les pratiques douteuses de prescription à risque élevé au Québec et ils ont constaté que les femmes âgées recevaient plus d'ordonnances à risque élevé que les hommes. Plus de femmes âgées que d'hommes âgés ont reçu des prescriptions à combinaisons douteuses de médicaments psychotropes, de benzodiazépines d'une durée de plus de 30 jours et de benzodiazépines à action prolongée étant contre-indiquées chez les personnes âgées.

Brennan, Kagay, Geppert et Moos (2000) ont examiné, sur une période de quatre ans, les dossiers médicaux de 22 768 personnes âgées hospitalisées de sexe masculin et féminin et ont constaté que 37 % des admissions pour problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues s'appliquent aux femmes. Même s'il est évident que plus d'hommes que de femmes étaient aux prises avec un problème liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues, plus de femmes ont reçu un diagnostic psychiatrique concomitant (20 % contre 10 % des hommes). Comparativement aux hommes (8 %), les femmes (13 %) étaient plus portées aux accidents également à cause d'un problème attribuable à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Le nombre élevé d'accidents chez les femmes peut être attribuable aux différences métaboliques intensifiant l'effet de l'alcool sur le système ou bien à la

tendance des femmes de consommer plus de médicaments psychotropes que les hommes (Bradley, Badrinath, Bush, Boyd-Wickizier, et Anawalt, 1998; Gomberg, 1995).

Millar (1998) a noté que, selon l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (1994-95), dans la plupart des groupes d'âge, une proportion plus élevée de femmes a affirmé prendre des médicaments. Cette tendance peut être attribuable au fait que les femmes consultent les médecins plus souvent que les hommes.

Graham, Carver et Brett (1996) ont analysé les résultats obtenus de l'*Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues* menée par Statistique Canada en mars 1989. Les femmes âgées de 65 ans et plus étaient plus susceptibles d'avoir été abstinentes toute leur vie ou d'avoir été consommatrices d'alcool et moins susceptibles de consommer de l'alcool à ce moment-là. En ce qui concerne les drogues illicites, seulement 1 % des hommes et des femmes âgés de 65 ans et plus ont déclaré avoir déjà consommé de la marijuana. Cependant, 20 % des femmes âgées et 14 % des hommes âgés ont déclaré prendre au moins un médicament psychotrope sur ordonnance (tranquillisants, somnifères, médicaments anti-dépressifs ou analgésiques narcotiques) durant la période de 30 jours précédant l'enquête. Les chercheurs ont avancé que les stéréotypes pourraient jouer un rôle dans le comportement de dépendance, surtout dans le choix de la substance en cause. Les femmes âgées peuvent juger que la consommation d'alcool est inacceptable, mais elles ne voient aucun problème à consommer un médicament prescrit par un médecin. Par contre, les hommes peuvent autant souffrir de stress, d'anxiété ou de troubles du sommeil, mais ils ont moins tendance à consulter le médecin pour ces maux et ils sont plus susceptibles de consommer de l'alcool.

2.5 Questions liées à la santé physique et mentale

Éléments clés

- Les risques pour la santé associés à une consommation excessive d'alcool sont les suivants : fractures attribuables aux chutes, maladie du foie, malnutrition et troubles cardio-vasculaires et gastro-intestinaux.
- Les personnes âgées pourraient devoir procéder plus lentement pour achever une désintoxication.
- Il est souvent difficile de déterminer si un déficit cognitif observé chez une personne âgée est attribuable à la consommation d'alcool et d'autres drogues, à une carence vitaminique, aux troubles médicaux ou au vieillissement. Si l'alcool joue un rôle dans la réduction de la fonction cognitive, on pourrait s'attendre à des améliorations après la désintoxication.
- La démence de Korsakoff est associée à l'alcoolisme et elle est caractérisée par des amnésies antérogrades et rétrogrades.
- Les consommateurs excessifs d'alcool chez les personnes âgées souffrent plus souvent de troubles psychiatriques que la population générale. Les problèmes peuvent comprendre la dépression, l'anxiété et les idées suicidaires.

2.5.1 Problèmes de santé associés aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues

Une consommation élevée d'alcool chez les personnes âgées est associée à une augmentation de risques pour la santé. Certains de ces risques sont attribuables à l'abus d'alcool pendant toute une vie. Cependant, même une consommation élevée à partir d'un âge avancé peut également être associée à des conséquences négatives pour la santé. Le problème le plus souvent associé à une consommation élevée est la maladie du foie. Cependant, l'alcool crée également des problèmes comme les rhumatismes, l'arthrite, l'ostéoporose et d'autres troubles squeletto-musculaires (Manisses Communications Group, 1995). La consommation d'alcool peut également interagir avec les médicaments sur ordonnance ou les médicaments en vente libre de manière à diminuer leur efficacité ou à produire des réactions indésirables.

a) Blessures à la suite de chutes

La consommation d'alcool ou d'autres drogues peut contribuer aux blessures à la suite de chutes. Une altération de l'équilibre et du jugement, et les changements avec l'âge au niveau de la densité osseuse et de la force musculaire prédisposent les personnes âgées aux fractures des os (Rigler, 2000). Chez les adultes aux prises avec une dépendance à l'alcool, jusqu'à 50 % des admissions à l'hôpital peuvent se rapporter aux blessures à la suite de chutes (Mulinga, 1999). Il est ressorti d'une étude portant sur le rapport entre les fractures de hanches et les maladies liées à la consommation d'alcool que la prévalence des fractures de hanches augmentait proportionnellement à l'âge. De même, 12 % des personnes âgées hospitalisées souffrant d'une maladie liée à la consommation d'alcool ont reçu leur congé de l'hôpital pour être admis dans un établissement de soins comparativement à seulement 5 % des personnes âgées hospitalisées ne souffrant d'aucune maladie liée à la consommation d'alcool. Les taux de mortalité étaient sensiblement plus élevés chez les patients ayant une fracture de hanche qui souffraient d'une maladie liée à la consommation d'alcool (Yuan et coll., 2001).

b) Maladie du foie

Gambert (1997) décrit la maladie du foie comme étant probablement le problème de santé le mieux connu et le plus étudié qui est associé à une consommation excessive d'alcool. Les troubles du foie comprennent l'hépatite, la stéatose hépatique et la cirrhose, nuisant tous aux réactions métaboliques vitales qui sont nécessaires à un bon état de santé. Dans une étude, 50 % des patients âgés souffrant de cirrhose sont décédés dans l'année suivant le diagnostic (Smith, 1995). La maladie du foie liée à une consommation d'alcool s'aggrave avec l'âge (Fingerhood, 2000). La gestion à l'aide de diurétiques qui accroissent la production d'urine crée plus d'effets secondaires chez les clients âgés (Fingerhood, 2000; Gambert, 1997).

c) Troubles cardiaques

Il est difficile de déterminer dans quelle mesure une consommation élevée d'alcool agit sur le coeur, car les crises cardiaques et les maladies du coeur sont généralement associées aux changements avec l'âge, notamment chez les hommes. L'abus d'alcool élève souvent la tension artérielle (Marmot et coll., 1994). L'alcool peut également entraîner une élévation de la pression systolique, ce qui se traduit par une dérivation du sang provenant des viscères à la périphérie du corps. En même temps, une personne âgée pourrait déjà connaître des changements selon l'âge qui altèrent la capacité du corps de demeurer à une température adéquate. Ces deux facteurs combinés peuvent

accroître la vulnérabilité de la personne âgée à l'hypothermie et sont particulièrement dangereux pour les personnes âgées vivant seules (Gambert, 1997). L'arythmie cardiaque, dont la fibrillation auriculaire, se manifeste chez les personnes âgées faisant une consommation excessive d'alcool (Fingerhood, 2000). L'abus d'alcool accroît également les risques de troubles cérébrovasculaires, dont les embolies et les anévrismes intracrâniens (Fingerhood, 2000). Une étude a démontré que les hommes étant des consommateurs excessifs d'alcool sont plus exposés à une embolie (17 %), comparativement aux consommateurs d'alcool modérés (8 %) et aux abstinents (7 %) (Colsher et Wallace, 1990). La consommation d'alcool est la cause également d'un trouble cardiaque temporaire connu sous le nom du syndrome cardiaque des vacances. Ce syndrome est caractérisé par un rythme cardiaque irrégulier se manifestant après une consommation excessive d'alcool. Ces excès ont tendance à survenir durant les périodes de célébration et des vacances et accroissent le risque de décès attribuables à un accident cérébrovasculaire (Rigler, 2000).

d) Troubles gastro-intestinaux

Les troubles gastro-intestinaux peuvent être attribuables à une consommation d'alcool prolongée et incitent souvent de nombreux consommateurs chroniques d'alcool plus âgés à se présenter aux services d'urgence des hôpitaux (Rigler, 2000). Ces troubles peuvent se révéler un facteur dans l'apparition de carences vitaminiques (Gambert, 1997). Les troubles gastro-intestinaux susceptibles de provoquer des nausées ou des vomissements peuvent accroître les risques de perturbation de l'équilibre électrolytique et de déshydratation (Gambert, 1997). Une étude a fait ressortir que 24 % des hommes qui sont des consommateurs excessifs d'alcool souffrent d'ulcères gastriques ou intestinaux comparativement à 19 % des consommateurs d'alcool modérés et à 17 % des abstinents (Colsher et Wallace, 1990).

e) Dysfonction sexuelle

Gambert (1997) souligne que le processus du vieillissement n'est pas une cause d'impotence chez les hommes âgés. De nombreux hommes conservent leur fonction sexuelle normale jusqu'à un âge avancé. Cependant, les hommes plus âgés consommant l'alcool de façon chronique sont portés à l'impotence, car l'alcool nuit à la production normale de testostérone. Aucune recherche n'a été trouvée sur les femmes âgées et la dysfonction sexuelle.

f) Carence alimentaire

Selon Fingerhood (2000) et Gambert (1997), la malnutrition et la carence vitaminique sont courantes chez les hommes et femmes âgés qui consomment excessivement de l'alcool. Parfois les calories consommées sous la forme d'alcool apaisent leur faim, alors que d'autres fois, ils négligent de préparer un repas ou n'y prêtent pas attention. Le syndrome du Korsakoff se manifeste souvent chez les alcooliques chroniques. Il est causé par une déficience prolongée en thiamine et il est caractérisé par une perte de mémoire (Gambert, 1997). À cause d'une malnutrition, les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool peuvent souffrir d'une suppression du système immunitaire et être plus vulnérables à une infection. En particulier chez les consommateurs d'alcool plus âgés, hommes ou femmes, les médecins devraient être conscients d'une réactivation possible d'une tuberculose acquise suite à une exposition à la maladie durant l'enfance (Rigler, 2000). De même, les carences vitaminiques peuvent provoquer une neuropathie périphérique, qui prend la forme d'un picotement suivi d'un engourdissement des extrémités (Fingerhood, 2000).

g) Cancer

L'abus d'alcool augmente les risques de cancer, dont le cancer du sein chez les femmes et de la prostate chez les hommes, de même que le cancer du larynx, de l'oesophage et du colon (Fingerhood, 2000).

h) Complications liées au sevrage

Kraemer, Mayo-Smith et Calkins (1997) ont prédit que plus une personne est âgée, plus elle connaîtra des complications suite à un épisode de sevrage. Ces chercheurs ont comparé un groupe de clients de moins de 35 ans à un groupe de clients de plus de 49 ans qui avaient été admis à la même unité de désintoxication. Contre toute attente, il n'y a pas eu de différences entre les groupes quant à la sévérité du sevrage ou aux complications médicales. La durée d'hospitalisation, cependant, a varié selon l'âge, et elle était plus longue pour les patients plus âgés. Les chercheurs ont constaté également des troubles cognitifs et fonctionnels plus prononcés chez la population plus âgée et ont suggéré que, peu importe la question de savoir si ces troubles étaient attribuables à l'âge ou au sevrage alcoolique, les personnes plus âgées ont besoin d'une plus grande attention et de plus de soins durant la phase du sevrage. Un autre groupe de chercheurs voulait étudier le phénomène d'*embrasement*, c'est-à-dire que chaque épisode successif gagnera en sévérité chaque fois qu'une personne traverse un épisode de sevrage (Brower, Mudd, Blow, Young et Hill, 1994). Ces chercheurs ont procédé à une analyse rétrospective des dossiers des patients plus jeunes (de 21 à 35 ans) et

des patients plus âgés (60 ans et plus) qui avaient suivi un traitement de désintoxication dans le même hôpital. Ils ont utilisé également un système de codification prédéfini pour désigner les différents symptômes du sevrage. Même si aucun résultat n'est venu étayer la théorie du phénomène d'*embrasement*, il est ressorti que la période de désintoxication était considérablement plus longue chez les adultes âgés. Contrairement à Kraemar et coll. (1997), cette étude a déterminé que les adultes plus âgés souffraient de plus de symptômes de sevrage. Cependant, les différents groupes d'âge pourraient expliquer certaines des différences observées.

i) Risque accru de mortalité

Banks, Pandiani, Schact et Gauvin (2000) ont examiné les taux de mortalité de 1 853 adultes de race blanche, âgés de 18 à 79 ans, qui ont accédé aux services de traitement de l'alcoolisme au Vermont en 1991. Après une comparaison avec un groupe de non-consommateurs d'alcool, il a été établi que les taux de mortalité s'étaient accrus sensiblement avec l'âge. Parmi les participants ayant plus de 50 ans, ceux appartenant au groupe de traitement étaient une fois et demie plus susceptibles de mourir que ceux dans la population générale.

2.5.2 Troubles psychiatriques associés aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues

a) Déficits cognitifs

Le dilemme qui se pose aux professionnels de la santé est le suivant : est-ce que l'étiologie de l'altération des habiletés cognitives est attribuable aux facteurs associés aux problèmes liées à la consommation d'alcool et d'autres drogues comme les carences vitaminiques, ou tout simplement à l'apparition de maladies chroniques ou de démence (Allen et Landis, 1997). Dans l'ensemble, la fonction cognitive générale demeure intacte chez la plupart des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool, même si l'évaluation d'habiletés spécifiques fait ressortir une altération de la mémoire, des habiletés perceptivo-motrices, de l'apprentissage conceptuel et de la résolution de problèmes. Certains déficits s'atténuent après une cure, mais l'altération des habiletés d'abstraction et visuo-spatiales persistera dans bien des cas (voir Allen et Landis, 1997 pour un examen; Liberto et coll., 1992).

b) Démence

Woods (1996) signale que 5 % des personnes âgées de plus de 65 ans et 20 % des personnes âgées de plus de 80 ans manifesteront une certaine forme de démence. Il s'agit d'un processus complexe que de chercher à déterminer dans quelle mesure l'altération des habiletés cognitives d'une personne est attribuable au vieillissement, aux problèmes médicaux ou aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Carlen et coll. (1994) ont étudié les cas de 130 personnes aux prises avec un déficit cognitif (âgées de 50 ans et plus) résidant dans des établissements de soins de longue durée. Les observations, les dossiers médicaux et des épreuves normalisées ont servi à déterminer le type de démence en cause. Quatre catégories principales de démence ont été établies : 1) la maladie d'Alzheimer (35 %); 2) la démence vasculaire (19 %); 3) la démence associée à la consommation d'alcool (24 %); et 4) la démence due à différentes causes (22 %). Les patients souffrant de démence liée à l'alcool étaient, en moyenne, 10 ans plus jeunes que ceux ayant reçu un diagnostic d'autres démences. L'un des critères de diagnostic pour une démence liée à l'alcool était une fonction cognitive stable (c.-à-d. aucun déficit) durant l'année suivant l'admission à l'établissement. Certains de ceux ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool peuvent bénéficier d'une amélioration des fonctions cognitives après leur admission dans un centre résidentiel, si leur usage d'alcool est contrôlé. Il est ressorti également que, pour 75 % des patients chez qui une démence liée à l'alcool avait été diagnostiquée, ce diagnostic était absent de leurs dossiers médicaux, ce qui laisse indiquer que les symptômes sont souvent mal diagnostiqués. Des chercheurs se demandent si la démence liée à l'alcool existe à part de l'altération des fonctions cognitives qui résulte des carences alimentaires (Liberto et coll., 1992).

La démence de Korsakoff (parfois appelée le syndrome de Wernicke-Korsakoff) est la démence le plus souvent associée à l'alcoolisme. (Allen et Landis, 1997). Due à une carence aiguë de thiamine, elle est caractérisée par un cycle d'amnésie antérograde (incapacité de former de nouveaux souvenirs) et d'amnésie rétrograde (incapacité de récupérer les souvenirs de longue date). La démence de Wernicke-Korsakoff se manifeste plus rapidement que la démence liée à l'alcool. Les personnes souffrant de la démence liée à l'alcool peuvent éprouver une altération étendue de leur fonction cognitive, englobant souvent des déficits du côté des habiletés visuo-spatiales et de la résolution de problèmes de même que des troubles de mémoire (Allen et Landis, 1997).

C'est seulement récemment que le lien entre la maladie d'Alzheimer et les problèmes attribuables à la consommation d'alcool a été étudié. Il est à noter qu'il peut y avoir des troubles concomitants entre la maladie d'Alzheimer, l'abus d'alcool ou la démence liée à l'alcool. Une étude a examiné les habitudes de consommation d'alcool de 64 patients pour qui on avait diagnostiqué une maladie d'Alzheimer probable, dont 31 % avait des antécédents courants ou antérieurs d'abus d'alcool. Ceux ayant consommé excessivement de l'alcool pendant de longues années ont présenté un exemple sans équivoque de maladie d'Alzheimer lié à des troubles concomitants d'alcoolisme. Quant à ceux qui avaient consommé excessivement de l'alcool durant peu d'années (début à un âge avancé), les chercheurs ont suggéré que l'abus d'alcool est peut-être une manifestation de la disinhibition qu'a provoquée la maladie d'Alzheimer (Larkin et Seltzer, 1994).

c) **Troubles psychiatriques**

La recherche a montré que les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool souffrent plus de troubles psychiatriques que la population générale (Liberto et coll., 1992). Selon l'étude épidémiologique de la zone desservie, les personnes pour qui on a diagnostiqué un trouble lié à l'abus d'alcool ou à une alcoolodépendance étaient 2,9 fois plus susceptibles d'être diagnostiquées avec un autre trouble mental à un moment donné durant leur vie (Regier et coll., 1988). Une étude des dossiers de 3 986 patients des "Affaires des anciens combattants" aux États-Unis (âgés de 60 à 69 ans) ayant une dépendance à l'alcool a révélé la prévalence des troubles concomitants suivants : les troubles affectifs (dont la dépression) (21%), l'anxiété (10 %), la schizophrénie (9 %) et les troubles de la personnalité (6 %) (Blow et coll., 1992). Il n'est pas possible d'appliquer les statistiques précédentes au contexte canadien compte tenu des groupes d'âge et des états de santé au Canada.

La dépression est de loin le trouble concomitant le plus commun avec l'abus de substances, mais il est difficile de déterminer la nature du rapport entre les deux (Krause, 1995; Segal, VanHesselt, Hersen et King, 1996). Est-ce que les personnes sont déprimées parce qu'elles consomment de l'alcool ou consomment-elles de l'alcool parce qu'elles sont déprimées? Il est utile de classer la dépression selon son apparition. Si elle débute après un épisode de consommation d'alcool ou durant une période d'abstinence, alors la dépression est considérée comme étant une dépression primaire. La dépression secondaire apparaît à la suite de la consommation d'alcool (Oslin, 2000a).

Dans le cadre d'une étude, on a utilisé une échelle gériatrique de dépression de 30 items (*Geriatric Depression Scale - GDS*) pour faire un dépistage auprès d'un échantillon de personnes âgées (âgées de 62

ans et plus) se présentant à un service de consultation externe en gériatrie pour recevoir des soins généraux. Selon cette échelle, une note supérieure à 10 indique une dépression. Les résultats ont montré que 70 % des participants dont les notes se sont classées dans la zone de dépression du *GDS* n'avaient pas obtenu de diagnostic antérieur de dépression. En outre, 19 % des clients qui étaient déprimés selon leur classement prenaient des médicaments contre l'anxiété; donc, ou la dépression coexiste avec l'anxiété ou elle a été mal diagnostiquée chez les personnes âgées (Fulop et coll., 1993).

Les troubles anxieux sont courants chez les personnes âgées, mais ils ne sont pas toujours reconnus ou traités. L'anxiété est souvent un symptôme précoce de troubles cardio-vasculaires, endocriniens et neurologiques. (Bortz et O'Brien, 1997). Les symptômes de l'anxiété peuvent eux-mêmes mener à des complications médicales comme l'arythmie cardiaque ou l'insomnie (Sheikh, 1994). Le traitement pharmacologique est actuellement favorisé et ne convient pas toujours aux personnes âgées qui pourraient confondre le dosage ou les instructions ou même cesser de prendre leur médicament parce qu'elles ne perçoivent aucune amélioration. En revanche, elles pourraient prendre une dose excessive pour obtenir l'effet recherché, ce qui crée une dépendance à la substance (Bortz et O'Brien, 1997).

En général, les personnes âgées ont des taux de suicide élevés comparativement aux autres groupes d'âge (Santé Canada, 1999b; Woods, 1996). Les personnes âgées souffrant de problèmes liés à la consommation d'alcool et de dépression risquent plus de se suicider (Fulop et coll., 1993). Comme la dépression et la consommation excessive d'alcool jouent un rôle dans le suicide et que le taux de suicide est élevé chez les adultes âgés, les prestataires de traitements en matière de consommation d'alcool et d'autres drogues ainsi que les autres professionnels de la santé doivent être plus sensibles à la présence d'idées suicidaires chez les clients plus âgés (Holroyd et Duryee, 1997).

2.6 Facteurs de risque

Éléments clés

- Les personnes âgées ont un accès plus facile aux médicaments sur ordonnance en raison d'un plus grand nombre d'ordonnances délivrées et de contacts plus fréquents avec les prestataires de soins de santé.
- L'alcool peut avoir un effet plus prononcé chez les personnes âgées en raison d'un métabolisme plus lent.
- Les personnes âgées peuvent traiter la douleur et l'insomnie à l'aide d'alcool, de médicaments sur ordonnance et de médicaments en vente libre ou d'autres drogues.
- Les pertes (telles le décès d'un membre de la famille et les changements dans les réseaux sociaux) et une histoire familiale de consommation d'alcool sont des facteurs de risque pour les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.
- La famille et les professionnels peuvent afficher des attitudes ou des comportements qui facilitent le maintien des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

2.6.1 Facteurs d'ordre pratique

En ce qui concerne la dépendance aux substances, Barnea et Teichman (1994) expliquent que les facteurs d'ordre pratique tiennent compte de choses comme :

- ◆ à quel point une personne est malade;
- ◆ la quantité de médicaments qu'elle prend;
- ◆ ce qu'elle sait au sujet des médicaments et de leurs effets secondaires;
- ◆ le nombre de médecins qui la traitent; et
- ◆ le nombre de pharmaciens qui remplissent ses ordonnances.

Plus les personnes ont des problèmes de santé, plus elles consomment des médicaments. Plus elles consomment des médicaments, plus il y a des risques de mauvais usage de substances ou de dépendance à l'égard de celles-ci, surtout si différents médecins leurs prescrivent les mêmes médicaments (Barnea et Teichman, 1994). Tamblyn et Perrault (1998) ont examiné les

pratiques de prescription des médecins aux personnes âgées. Les auteurs ont établi que les pratiques des médecins non-spécialisés pouvaient être inadéquates. Ils ont donc suggéré aux médecins, surtout ceux exerçant dans les régions éloignées, de consulter avec leurs collègues.

Un autre facteur d'ordre pratique est la distance à destination et en provenance de la clinique. Cela pourrait déterminer le nombre d'exams réguliers et le médecin peut, pour cette raison, avoir plus de difficultés à déceler les problèmes. La distance de la pharmacie et le nombre de pharmacies dans le quartier sont également un autre facteur de risque, si cela se traduit par un accès plus facile aux médicaments (Barnea et Teichman, 1994).

2.6.2 Facteurs biologiques

Les personnes âgées ont moins d'eau dans le corps pour diluer l'alcool qu'elles consomment, raison pour laquelle des quantités moindres mènent à l'intoxication (Allen et Landis, 1997). Les changements avec l'âge du métabolisme accroissent la sensibilité du système nerveux central tant à l'alcool qu'aux médicaments, d'où les effets prolongés de ces substances. L'effet intensifié des médicaments psychotropes (comme les benzodiazépines) et la facilité d'accès auprès de leur médecin peuvent rendre les personnes âgées vulnérables à l'abus de médicaments (Allen et Landis, 1997).

Le processus du vieillissement s'accompagne de plus grands risques de douleur ou d'insomnie à cause de problèmes de santé. La douleur chronique est une cause à l'origine de nombreux achats de médicaments en vente libre, surtout d'analgésiques (Adams, Zhong, Barboriak et Rimm, 1993; Atkinson et Ganzini, 1994). Compte tenu de la variété de substances psychoactives disponibles (alcool, médicaments sur ordonnance, médicaments en vente libre et autres drogues) et de l'effet intensifié des médicaments chez la personne âgée, les risques de problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues augmentent (Gomberg et Zucker, 1998).

Graham, Clarke et coll. (1996) ont interviewé 826 adultes âgés de 65 ans et plus pour évaluer le rapport entre la consommation d'alcool et les autres médicaments qui dépriment le système nerveux central (comme la codéine). Ces chercheurs ont utilisé une liste de quatre raisons sociales et de onze raisons personnelles (comme passer le temps, oublier des tracas, et autres à l'origine de la consommation). Ils ont découvert que les personnes qui prenaient déjà des déprimeurs étaient également bien plus susceptibles de se tourner vers la consommation d'alcool pour les raisons suivantes : se détendre, atténuer la tension ou l'anxiété, oublier des tracas et atténuer la douleur. Ils ont obtenu des résultats comparables en examinant la consommation de tranquillisants et de somnifères avec l'alcool. Les chercheurs ont conclu que les personnes âgées prenaient de l'alcool et des médicaments simultanément

pour traiter des symptômes psychologiques, ces comportements les rendant plus vulnérables au mauvais usage, à l'abus de substances et à la dépendance à l'égard de celles-ci.

2.6.3 Facteurs psycho-sociaux

a) Retraite

Norton (1998) a signalé que la profession d'une personne détermine dans une large mesure comment celle-ci se définit. Certaines personnes, souvent des femmes, consacrent leur énergie à s'occuper du foyer et à élever une famille. Pour de nombreuses autres, leur emploi à l'extérieur du foyer leur a conféré un certain statut et une estime de soi, en plus d'une structure de leur temps. Après la retraite, les personnes éprouvent de la difficulté à trouver de nouveaux intérêts et de nouvelles activités qui les occuperont. Les difficultés durant cette période d'ajustement peuvent accroître les risques de problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les personnes âgées.

b) Deuil et autres pertes

Le deuil, surtout celui de son conjoint, est un processus critique pour les personnes (King et coll., 1994). Le divorce et les séparations peuvent déclencher les problèmes attribuables à la consommation d'alcool chez certaines personnes (Dufour et Fuller, 1995). Parmi les autres pertes, mentionnons « ...le niveau de vie et du statut social si le revenu à la retraite est inférieur au revenu préalable à la retraite, le syndrome du nid vide, la perte de la santé, des fonctions cognitives, des habilités et des fonctions motrices, de la vigueur, de la libido ou de la fonction sexuelle, d'un sens à sa vie, de l'intérêt face aux choses qui comptaient auparavant... » (Norton, 1998, p. 377). [Trad.] Une série de pertes sont réputées être un facteur déclenchant de dépression chez les personnes âgées et peuvent marquer le début de la consommation de substances psychotropes pour contrer la dépression. De même, des pertes à un âge avancé peuvent rendre la personne plus consciente de sa propre mortalité et l'amener à faire un bilan de sa vie (Boggs et Leptak, 1991). L'alcool ou d'autres drogues peuvent servir à atténuer les idées négatives troublantes.

c) Pertes dans le réseau social

Selon Hanson (1994), les changements dans le réseau social sont inévitables lorsqu'une personne vieillit. La personne âgée peut perdre des amis et des voisins en s'installant dans un nouvel endroit, ou ce sont les membres de la famille ou les amis qui déménagent. Elle peut perdre contact avec des collègues de travail après son départ à la retraite, et des problèmes de santé physique peuvent l'empêcher de

participer à des activités ou à des groupes sociaux dont elle tirait plaisir auparavant. Hanson (1994) a examiné le rapport entre les réseaux sociaux et la consommation élevée d'alcool dans un échantillon choisi au hasard de 500 hommes qui étaient tous âgés de 68 ans au moment de l'étude. Il est ressorti que les consommateurs excessifs d'alcool étaient plus susceptibles de vivre seuls et d'avoir moins de contacts avec les amis et la famille, de participer moins aux événements sociaux et de compter sur un réseau social moins intégré.

d) Attitudes et comportements facilitateurs

Les attitudes et comportements facilitateurs chez les personnes sont ceux qui permettent aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues de se développer sans obstacles et qui peuvent nuire au traitement recommandé. Les membres de la famille veulent parfois se protéger de l'embarras ou protéger la personne aînée qui fait un usage abusif d'une substance. Ils pourraient croire que les personnes aînées devraient faire à leur guise, car il leur reste moins d'années pour profiter de leur vie (Baron et Carver, 1997; Segal et coll., 1996).

e) Stress chronique

Welte et Mirand (1995) ont mené un sondage téléphonique auprès de 2 325 résidents choisis au hasard qui étaient âgés de 60 ans ou plus dans le comté d'Érié, New York. Ils leur ont posé des questions sur leurs habitudes de consommation d'alcool, sur les événements stressants de leur vie, sur leurs facteurs de stress chronique, leur soutien social, leurs problèmes de santé médicaux et physiques ainsi que leurs styles d'adaptation. Contre toute attente, ils n'ont découvert aucun rapport entre le stress, la consommation excessive d'alcool et le style d'adaptation d'une personne aux agents stressants de la vie. Ce qu'ils ont découvert, toutefois, c'est que des antécédents de stress chronique étaient un prédicteur solide de problèmes d'alcoolisme. Selon cette perspective, la consommation d'alcool peut être vue comme un moyen d'adaptation.

Selon Anetzberger et Korbin (1994), la dynamique de la relation entre l'auteur des mauvais traitements et la personne aînée victime des mauvais traitements est extrêmement complexe et peut comporter des antécédents de violence familiale, d'abus d'alcool ou de conflits. Des personnes aînées peuvent devoir s'occuper de parents âgés ou d'autres membres de la famille. Ainsi, des personnes aînées peuvent recourir à l'alcool ou aux médicaments pour composer avec le stress associé à leur situation actuelle. De plus, les problèmes attribuables à

la consommation d'alcool et d'autres drogues peuvent également être évident chez les personnes âgées qui vivent dans des situations de violence ou qui en ont vécu (Anetzberger et Korbin, 1994).

f) Antécédents familiaux et personnels

Ceux qui commencent à consommer de l'alcool à un âge avancé n'ont pas les mêmes antécédents familiaux et personnels de consommation d'alcool que ceux qui débutent à un jeune âge. Les consommateurs d'alcool qui débutent à un jeune âge ou les consommateurs chroniques d'alcool sont plus susceptibles que les consommateurs excessifs d'alcool ayant débuté à un âge avancé d'avoir des membres de leur famille qui ont consommé excessivement de l'alcool, sans parler des traumatismes psychologiques et sociaux qui accompagnent ce comportement (Goldstein, Pataki et Webb, 1996). Ils ont également été des consommateurs excessifs d'alcool toute leur vie, ce qui influencera leurs consommation d'alcool à un âge plus avancé. Gurnack et Hoffman (1992) ont examiné les influences des troubles affectifs sur les habitudes de consommation d'alcool des hommes et ont conclu que, même si la consommation excessive chez les personnes âgées peut être perçue comme une conséquence de ces agents stressants, elle est plus que probable la continuation d'habitudes de toute une vie.

g) Niveau de scolarité et revenu

Ganry et coll. (2000) ont découvert que les niveaux de scolarité et les revenus familiaux élevés se traduisaient par une augmentation proportionnelle de la fréquence de la consommation d'alcool. Un revenu élevé offre aux personnes plus âgées de s'installer dans une communauté de retraités où il y a plus d'occasions de consommer de l'alcool socialement. Le fait d'avoir des ressources financières et du temps illimité pour consommer de l'alcool sont des facteurs de risque possibles (Norton, 1998).

2.6.4 Facteurs de protection

En plus des facteurs de risque notés, les chercheurs et les experts clés en traitement ont reconnu l'importance des facteurs de protection. Dans le cas des personnes âgées semblant résister aux risques, il y a certains facteurs de protection dans leur vie qui leur donne la force nécessaire pour surmonter les risques possibles. Les facteurs de protection comme les contre-parties des facteurs de risque peuvent être considérés. Le même facteur peut parfois constituer à la fois un facteur de risque et un facteur de protection. Par exemple, la prestation de soins à un conjoint âgé est stressante et constitue

donc un facteur de risque. Cependant, si cela donne un rôle à la personne aidante à un moment où celle-ci risque de perdre son rôle, il peut donc s'agir d'un facteur de protection.

2.7 Dépistage et diagnostic

Éléments clés

- ▶ Il peut y avoir un sous-diagnostic de problèmes attribuables à la consommation d'alcool et de mauvais usage de médicaments. La formation et l'éducation des professionnels de la santé, des membres de la famille et des personnes âgées permettraient de contrer à ces facteurs.
- ▶ Les outils de dépistage pour l'abus d'alcool comprennent le *CAGE* (aide mnémorique, voir section 2.7.2), le *Test de dépistage d'alcool-dépendance du Michigan (MAST-G)* et l'*Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*. Le *MAST-G* est particulier aux personnes âgées, mais demande plus de temps à administrer que le *CAGE*. Ces instruments sont limités, car il faut dépendre des renseignements fournis par les personnes interrogées.
- ▶ Les questions visant à dépister la consommation excessive de substances autres que l'alcool devraient porter sur l'étendue et la raison de la consommation.
- ▶ Il faut faire preuve d'une plus grande prudence dans l'application des critères de diagnostic du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - quatrième édition (DSM-IV)* aux personnes âgées. Les personnes âgées peuvent éprouver des problèmes significatifs même en consommant de faibles quantités d'alcool. Il n'est pas obligatoire de se trouver en présence de tolérance et de sevrage pour qu'il y ait un problème.

2.7.1 Dépistage

Différents facteurs se combinent pour créer une situation où les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues ne sont pas identifiés. Il est possible de contrer à ces facteurs par la formation et l'éducation des professionnels, des membres de la famille et des personnes âgées elles-mêmes (Baron et Carver, 1997). Coogle, Osgood et Parham (2000) ont conçu un système pour accroître les connaissances parmi les prestataires de services dans l'État de Virginie. Un groupe principal de bénévoles a assisté à une séance de formation d'une journée qui les a sensibilisé aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool chez les

personnes âgées et leur a montré comment présenter cette information aux autres prestataires de services. Les connaissances personnelles des participants avant et après les séances de formation ont été vérifiées, permettant de constater une augmentation sensible des connaissances de tous les groupes. Les chercheurs ont souligné un avantage indirect des réunions de petit groupe de travail dans l'État : 79 % du personnel clé des agences croyait que la prestation des services s'était améliorée en raison d'une augmentation des activités du côté du réseautage, de l'aiguillage et de la coordination entre les agences.

Il faut également éduquer les membres de la famille et les personnes âgées elles-mêmes au sujet des problèmes attribuables à la consommation d'alcool. Les prestataires de services qui offrent directement des services aux clients âgés et leurs familles ont une occasion de diffuser de l'information efficacement. Dans une étude, les prestataires de services qui avaient reçu une formation sur les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues ont partagé leurs connaissances avec les clients, les familles, les groupes de personnes âgées et la collectivité en général (Coogle, Osgood, Pyles et Wood, 1995).

Au cours des dernières années, le mauvais usage possible de médicaments sur ordonnance est devenu un plus grand sujet de préoccupation. En plus de la nécessité d'éduquer les professionnels de la santé, les prestataires de services et les membres de la famille au sujet de ce problème, des efforts ont été déployés pour contrer le problème à sa source en éduquant la personne âgée. La Coalition canadienne sur l'usage des médicaments chez les âgé(e)s (1992) a lancé une campagne dans les médias pour sensibiliser le public relativement aux risques de problèmes de santé attribuables au mauvais usage de médicaments prescrits et de médicaments en vente libre. Parmi d'autres efforts canadiens, mentionnons le projet *Seniors and Their Medicines* qu'a lancé l'Université Dalhousie pour évaluer la consommation de médicaments, élaborer des programmes d'éducation et des séances d'information, de même que le *Medication Awareness Project* visant à éduquer les personnes âgées de la région d'Ottawa-Carleton au sujet de la consommation prudente de médicaments (Les âgés à l'oeuvre, 1992).

2.7.2 Outils de dépistage

a) Alcool

La nécessité d'avoir un instrument fiable et rapide pouvant déceler les problèmes attribuables à la consommation d'alcool a mené à la conception du questionnaire *CAGE* par Ewing en 1984. Validé à partir d'une population plus jeune dans des établissements de soins primaires, cet instrument est l'outil de dépistage le plus utilisé (Adams et coll., 1996; Allen et Landis, 1997; King et coll., 1994). Le

CAGE est opportun et facile à administrer, car il comporte seulement quatre questions (Fingerhood, 2000). Deux réponses positives dénotent habituellement l'existence d'un problème.

- C** Avez-vous jamais senti que vous deviez diminuer votre consommation d'alcool?
- A** Est-ce que des personnes vous ont importuné en vous critiquant au sujet de votre consommation d'alcool?
- G** Avez-vous jamais éprouvé du remords ou de la culpabilité au sujet de votre consommation d'alcool?
- E** Avez-vous jamais commencé la journée en buvant (petit verre du matin) pour vous donner de l'aplomb ou pour vous débarrasser de la sensation de gueule de bois?

Pour évaluer la validité de l'instrument *CAGE* lorsqu'il est appliqué à une population de personnes âgées, des entrevues personnelles auprès de 323 clients âgés de 60 ans et plus ayant reçu un traitement au *Medical College* de la clinique de médecine ambulatoire de Virginie ont été menées. À l'aide des critères du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - troisième édition (DSM-III)*, les chercheurs ont déterminé que 33 % des clients avaient des antécédents de problèmes attribuables à la consommation d'alcool. En comparant les résultats obtenus à l'aide du questionnaire *CAGE* qui avait été administré également, les chercheurs ont constaté que l'instrument *CAGE* était plutôt juste pour distinguer les consommateurs d'alcool à problèmes des consommateurs d'alcool sans problèmes et ils ont recommandé son utilisation pour les clients âgés (Buchsbaum et coll., 1992). Certains des avantages qu'ils ont cité à l'appui étaient la brièveté, la convivialité et les questions inoffensives du questionnaire.

D'autres chercheurs ont soulevé des préoccupations par rapport au *CAGE*, à savoir que le questionnaire *CAGE* administré seul n'est pas suffisant pour déceler les problèmes attribuables à la consommation d'alcool chez les personnes âgées. Adams et coll. (1996) ont demandé à 5 065 patients (60 ans et plus) de remplir eux-mêmes un questionnaire portant sur la consommation d'alcool, le tabagisme, le régime alimentaire et l'activité physique. Le questionnaire *CAGE* a également été administré. Celui-ci a fait ressortir que 9 % des hommes et 3 % des femmes avaient des problèmes attribuables à la consommation d'alcool, alors qu'il n'a pas réussi dans une large mesure à déceler les consommateurs *excessifs* ou *occasionnels excessifs* d'alcool selon les critères de l'étude. Les chercheurs ont souligné que, étant donné que le questionnaire *CAGE* est axé sur une auto-déclaration, il faut obtenir des réponses honnêtes aux questions.

Dans la mesure où les personnes âgées sont réticentes à divulguer de tels renseignements, le questionnaire pourrait perdre son utilité par rapport à ce groupe d'âge. Ils ont suggéré que l'intégration de questions de l'instrument *CAGE* à d'autres questions au sujet de la consommation d'alcool pourrait produire de meilleurs résultats. Fingerhood (2000) a également suggéré cette recommandation, soit d'intégrer les questions de l'instrument *CAGE*.

Plusieurs autres outils de dépistage sont disponibles pour obtenir des renseignements au sujet des habitudes de consommation d'alcool. Deux des questionnaires les plus couramment utilisés sont l'instrument à 24 items du *Test de dépistage d'alcool-dépendance du Michigan* - version gériatrique (*MAST-G*) et l'instrument à 10 items du *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*. Ces deux tests ont été validés et sont des prédicteurs relativement fiables des problèmes liés à la consommation de l'alcool. Cependant, ils sont plus longs que le *CAGE* et prennent plus de temps à administrer. Voilà pourquoi le *CAGE* est considéré le meilleur outil de dépistage pour les personnes âgées (Fingerhood, 2000). Toutefois, il est suggéré d'accroître la sensibilité de l'instrument en abaissant la note de passage à une seule réponse positive dans le cas des personnes âgées (Adams et coll., 1996).

Lorsque les instruments à auto-déclaration (*CAGE*, *MAST-G* et *AUDIT*) sont utilisés, il faut tenir compte de la disposition du client à se montrer ouvert et honnête au sujet de son comportement. La honte, la culpabilité, le déni et la croyance voulant qu'ils doivent être capables de régler leurs propres problèmes peuvent empêcher les personnes âgées de parler en toute franchise (Blow et Barry, 2000; Dufour et Fuller, 1995).

Consommation modérée d'alcool

Un facteur susceptible de compliquer la question du dépistage exact des problèmes attribuables à la consommation d'alcool est la preuve que la consommation d'alcool en quantités modérées peut être bonne pour la santé. Il semblerait qu'une consommation modérée présente des avantages pour le système cardio-vasculaire (Klatsky et coll., 1990) et réduise les risques de démence et de cancer (Broe et coll., 1998; Orgogozo et coll., 1997). Oslin (2000a) souligne avec prudence que les avantages d'une consommation modérée pourraient se limiter aux personnes ayant raisonnablement consommé de l'alcool dans leur vie; c'est pourquoi la consommation d'alcool auprès des personnes qui s'abstiennent de consommer des boissons alcoolisées ne devraient pas être préconisée.

Graham et Schmidt (1999) ont utilisé des renseignements issus d'entrevues menées auprès de 826 personnes âgées de 65 ans et plus, pour évaluer le rapport entre leur bien-être psycho-social et leur consommation d'alcool. Dans l'ensemble, aucun effet spécifique n'a été trouvé pour préciser la nature du rapport entre les deux variables et ont suggéré que les avantages positifs dont en tirent certains sont probablement contrebalancés par les expériences négatives des autres.

En ce qui a trait aux bienfaits d'une consommation modérée, une étude a été conçue pour évaluer le bien-être des personnes âgées par rapport à leur consommation d'alcool. Huit mille cinq cent soixante-dix-huit adultes âgés de 55 à 97 ans ont été interviewés lors de visites à une clinique de soins primaires. Des répondants ont été classés comme étant soit abstinents, consommateurs d'alcool à faible risque ou consommateurs d'alcool à risque (plus de neuf consommations par semaine pour les femmes et 12 par semaine pour les hommes). Les résultats ont montré que les consommateurs d'alcool à faible risque ont obtenu des notes sensiblement meilleures sur toutes les échelles du fonctionnement physique, mental, affectif et social comparativement aux abstinents et aux consommateurs d'alcool à risque (Blow et coll., 2000). Une consommation modérée d'alcool pourrait être bénéfique pour la santé et le bien-être général. Cependant, il faut interpréter avec prudence ces renseignements, car les perceptions du public et de chacun au sujet de ce qui constitue une consommation modérée différeront.

b) Autres drogues

Les outils de dépistage pour les problèmes attribuables à la consommation d'autres drogues que l'alcool, de même que la dépendance à celles-ci, ont été moins souvent abordés dans la documentation. Pour leur part, Tabisz et coll. (1991) ont élaboré le *Manitoba Drug Dependency Screen (MDDS)*, ayant pour but de dépister les drogues consommées, la dose et la fréquence d'utilisation, l'effet perçu, de même que la nature de la substance, à savoir s'il s'agit d'un médicament prescrit ou non.

Des questions pouvant être posées pour déterminer s'il y a un mauvais usage ou un abus de médicaments ont été proposées par Baron et Carver (1997). Les questions suggérées portent sur le respect des consignes, la consommation de plusieurs médicaments prescrits, le partage des médicaments prescrits, l'obtention de la même prescription de plusieurs médecins ou psychiatres, la consommation de médicaments en vente libre et l'utilisation simultanée d'alcool.

2.7.3 Critères de diagnostic

Les problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues sont dépistés par différents moyens, dont un examen des dossiers, des entrevues cliniques et satisfaction aux critères établis. Les critères établis dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)* de l'American Psychiatric Association décrivent en détail les conditions et les comportements menant à un diagnostic d'abus de substances ou de dépendance à celles-ci. Plusieurs chercheurs ont observé que les critères du *DSM-IV* sont appropriés pour les jeunes et les personnes d'âge moyen, mais qu'ils conviennent moins bien aux adultes plus âgés (Allen et Landis, 1997; Fingerhood, 2000). Fingerhood (2000, p. 987) a proposé une modification des critères telle que présentée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Application des critères de diagnostic du DSM-IV pour les adultes plus âgés

Critères	Considérations spéciales pour les adultes plus âgés
Tolérance	Peuvent avoir des problèmes même si les quantités sont faibles à cause d'une sensibilité.
Sevrage	De nombreuses personnes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool qui ont débutés à un âge avancé ne développent aucune dépendance.
Consommer de plus grandes quantités ou pendant des périodes plus longues que prévues.	Un déficit cognitif accru peut nuire à l'auto-surveillance.
Chercher sans succès à réduire ou à contrôler la consommation.	Aucun changement.
Passer beaucoup de temps à obtenir et à consommer l'alcool et à se rétablir de ses effets.	Des effets négatifs peuvent être présent avec une consommation relativement faible.
Renoncer à des activités à cause de la consommation.	Peuvent avoir moins d'activités, ce qui rend la détection de problèmes plus difficile.
Continuer la consommation en dépit de problèmes physiques ou psychologiques qui en découlent.	Ne savent pas ou ne comprennent peut-être pas que les problèmes sont liés à la consommation, même après avoir obtenu l'avis du médecin.

En général, les critères applicables à *l'usage abusif* précisent que les habitudes de consommation doivent conduire à l'incapacité de remplir ses obligations professionnelles ou sociales, ou se dérouler dans des situations physiquement dangereuses, ou aboutir à des problèmes judiciaires. Il est difficile d'appliquer ces critères aux personnes âgées, celles-ci étant probablement à la retraite et ayant possiblement des contacts sociaux limités (Atkinson, 1990; Miller, Belkin

et Gold, 1991). Les personnes âgées sont moins susceptibles de conduire et, de ce fait, de connaître les problèmes judiciaires associés à une conduite en état d'ébriété (Fingerhood, 2000; King et coll., 1994). De la même façon, les critères applicables à la *dépendance* s'attardent à la tolérance (plus grandes quantités nécessaires pour induire le même effet), au sevrage, à la consommation de plus grandes quantités que prévues et au maintien de la consommation même si la personne en question sait que la substance lui cause un problème persistant (American Psychiatric Association, 1994). Les chercheurs soulignent que les personnes âgées peuvent éprouver des problèmes considérables même si les quantités consommées sont faibles et que des problèmes peuvent survenir sans nécessairement résulter de la tolérance et du sevrage (Fingerhood, 2000). En effet, la tolérance aux substances diminue souvent chez les personnes âgées à cause des différences physiologiques du métabolisme. Ainsi, des quantités plus faibles peuvent mener à un état d'intoxication équivalent (Allen et Landis, 1997). En outre, la consommation de substances chez les personnes âgées est plus susceptible de se traduire par des complications médicales ou psychiatriques. Cependant, si la personne âgée ne reconnaît pas que ces complications sont attribuables à la consommation de substances, celles-ci ne constituent pas des critères applicables à la dépendance (Fingerhood, 2000). En résumé, il serait nécessaire de faire preuve d'une plus grande prudence et d'une certaine souplesse dans l'application des critères de diagnostic du *DSM-IV* aux personnes âgées.

2.8 Questions liées au traitement

Éléments clés

- Il faut sensibiliser les personnes âgées, les familles et les personnes aidantes aux manifestations de problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Lors de manifestations de problèmes, les comportements de la vie quotidienne devraient être notés.
- La quantité et la fréquence de consommation des médicaments sur ordonnance et des médicaments en vente libre devraient être contrôlées.
- Les professionnels travaillant directement avec les personnes âgées devraient être formés dans la reconnaissance des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.
- Les programmes de traitement selon l'âge sont recommandés et devraient être moins confrontants et progresser à un rythme plus lent que les programmes généraux. De tels programmes doivent tenir compte des limites physiques ainsi que des agents stressants et des soutiens sociaux particuliers aux personnes âgées.

2.8.1 Éducation et sensibilisation

Lorsqu'on croit à la présence de problèmes attribuables à la consommations d'alcool, Zimberg (1996, p.46) propose d'administrer la liste de contrôle suivante au client et à sa famille.

Le client manifeste-t-il l'un des problèmes suivants?

- ◆ changement prononcé du comportement ou de la personnalité;
- ◆ perte de mémoire épisodique et confusion;
- ◆ isolement social ou maintien au foyer la plupart du temps;
- ◆ comportement argumentatif et résistance à l'aide;
- ◆ manque d'hygiène personnelle, repas ou rendez-vous manqués;
- ◆ non-consommation des médicaments prescrits;
- ◆ incapacité de gérer son revenu avec efficacité;
- ◆ problèmes avec la justice; ou
- ◆ chutes ou accidents répétés.

Les personnes âgées, les familles et les personnes aidantes doivent également être sensibilisées aux manifestations d'autres problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. En plus des questions susmentionnées, la dose et la fréquence de consommation des médicaments prescrits et des médicaments en vente libre devraient être surveillées. Les résultats d'une enquête menée par un centre de ressources pour les personnes âgées ont montré que la majorité des personnes âgées n'utilisaient aucun système de gestion de médicaments (Gander and District Continuing Care Program, 1994). Les campagnes médiatiques ont récemment cherché à éduquer les personnes âgées aux dangers associés au mauvais usage de médicaments prescrits et de médicaments en vente libre (Coalition canadienne sur l'usage des médicaments chez les aîné(e)s, 1992). De même, plusieurs programmes, ateliers et dépliants éducatifs ont été élaborés pour accroître les connaissances sur les problèmes liés aux personnes âgées et aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues (Les aînés à l'oeuvre, 1992; Washington State Substance Abuse Coalition, 1995).

Les conseillers en abus de substances, les médecins, les travailleurs sociaux, les conseillers en santé mentale et les infirmières n'ont peut-être pas assez d'information au sujet des questions liées à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Un rapport sur les préoccupations particulières à l'intention

des professionnels en counseling a souligné le fait que ceux-ci doivent se tenir au courant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les personnes âgées, afin de mieux desservir cette clientèle (Stoddard et Thompson, 1996). Certains organismes offrent des ateliers et des cours sur la dépendance aux substances afin de répondre aux besoins de différents groupes professionnels (Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, 1995). D'autres initiatives éducatives ont encouragé les pharmaciens et les médecins à prêter une plus grande attention à l'usage continu de médicaments par leurs patients et clients (Les compagnies de recherche pharmaceutique au Canada, 2000).

Les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les personnes âgées sur le marché du travail ont également retenus l'attention. Les employeurs doivent être au courant de l'existence de ces problèmes et donc offrir, en milieu de travail, des ateliers et des séances d'information à leurs employés à ce sujet. Un des thèmes pouvant être abordé lors de ces séances serait la retraite, une période de transition potentiellement stressante. L'accès aux services de traitement devrait également être discuté. Les employés qui ont déjà un problème lié à la consommation d'alcool et d'autres drogues peuvent accéder aux services par le truchement d'un programme d'aide aux employés, en bénéficiant habituellement d'une protection contre la perte d'emploi ou les répercussions défavorables (Goldmeier, 1994).

2.8.2 Interventions selon l'âge

Au cours des dernières années, les chercheurs ont débattu de la question à savoir si les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues peuvent bénéficier d'un traitement adapté aux besoins de leur groupe d'âge. Durant les années 1980, la recherche a cherché à déterminer si les groupes de personnes âgées obtenaient des résultats aussi favorables que les groupes d'adultes plus jeunes dans les programmes généraux et, dans l'affirmative, si les traitements étaient jugés efficaces (Segal et coll., 1996; Widner et Zeichner, 1991). Durant les années 1990, la recherche a changé d'optique, la question étant maintenant de savoir si les interventions selon l'âge donnent de meilleurs résultats que les interventions générales. Ce qui vient compliquer cette recherche est la définition à donner à un résultat favorable. Dans certaines études, l'abstinence est adoptée comme mesure de succès (comme Kashner, Rodell, Ogden, Guggenheim et Karson, 1992), alors que dans d'autres, le rétablissement complet comporte la consommation de substances sans problème (comme Schutte, Byrne, Brennan et Moos, 2001).

Les différences à l'intérieur d'un groupe d'âge sont parfois plus marquées que les différences entre les groupes d'âge. Une étude a examiné les différences démographiques et descriptives entre les participants plus jeunes et les

participants plus âgés qui avaient été accusés de conduite en état d'ébriété. Les chercheurs ont identifiés de faibles variations entre les groupes d'âge. Par contre, ils ont identifiés des différences marquées entre les participants ayant commencé à consommer de l'alcool à un jeune âge et ceux ayant commencé à un âge avancé. Ceci signifie que ceux ayant commencé à consommer de l'alcool à un âge avancé consomment moins souvent alors que ceux ayant commencé à un jeune âge ont tendance à consommer de l'alcool plus souvent. Ils ont suggéré qu'il ne serait pas prudent de traiter les clients plus âgés comme un groupe homogène (Mulford et Fitzgerald, 1992).

Schutte et coll. (2001) ont mené une étude longitudinale de 10 ans sur les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool pour déterminer les caractéristiques démographiques et descriptives associées au rétablissement et à l'abstinence. Ces chercheurs ont comparé trois groupes de participants provenant de l'échantillon original : 140 qui s'étaient complètement rétablis, 184 dont les problèmes attribuables à la consommation d'alcool ne s'étaient pas améliorés et 339 consommateurs d'alcool sans problèmes pour la durée de leur vie. Ils ont découvert que le rétablissement à long terme était plus probable chez ceux qui consommaient de l'alcool en petites quantités, chez ceux qui consommaient de l'alcool moins souvent et chez ceux qui souffraient de problèmes moins sérieux liés à la consommation d'alcool. De même, une prévalence plus élevée de difficultés matrimoniales était un prédicteur d'un taux plus élevé de rétablissement, car il se peut que les conflits motivaient les consommateurs d'alcool à changer leur comportement.

Kashner et coll. (1992) ont comparé la réaction des clients âgés à une approche de traitement par confrontation et à un programme de réadaptation selon l'âge. L'approche traditionnelle s'est concentrée sur les moyens de surmonter le déni et la résistance, tandis que le programme selon l'âge a cherché à bâtir l'estime de soi, à créer des relations avec des personnes de son âge et à fixer des buts à court terme. Même si les participants des deux approches ont montré une amélioration, ceux du programme selon l'âge ont enregistré des taux d'abstinence plus élevés durant un suivi après six mois et après 12 mois.

Le traitement doit tenir compte de certains facteurs associés à l'âge. Les personnes âgées hésitent parfois plus à demander un traitement à cause des perceptions personnelles et sociales voulant que la dépendance aux substances soit une faiblesse morale. Les traitements axés sur une approche par confrontation dépendent du fait que le client accepte l'étiquette d'*alcoolique*, et ils risquent de faire honte au client âgé et de le stigmatiser. Les personnes âgées se sentent plus à l'aise avec des personnes de leur génération, car ces dernières ont vécu dans le même contexte historique et social. De même, elles

ont besoin de plus de temps pour parler de leur expérience, surtout si elles ne sont pas habituées à discuter de problèmes personnels de nature délicate avec d'autres personnes (Segal et coll., 1996).

Zimberg (1996) a mis en évidence trois étapes d'une approche selon l'âge pour un traitement pour les personnes âgées:

- ◆ il faut détecter les facteurs de stress associés au vieillissement et les adresser;
- ◆ il faut poser un diagnostic exact afin d'exclure l'existence d'autres facteurs susceptibles d'influencer le résultat du traitement. Par exemple, la dépression et l'alcool-dépendance coexistent souvent; il faut donc traiter la dépression avec un plan de traitement intégré avec le problème attribuable à la consommation d'alcool et d'autres drogues; et
- ◆ il faudrait encourager la personne âgée à se trouver des activités, des intérêts et à se créer un nouveau réseau de soutien social. Les membres de la famille et les autres personnes aidantes doivent exercer un rôle. Il devrait y avoir des recours aux groupes d'entraide et aux programmes de traitement selon l'âge.

2.8.3 Adaptation du traitement

Chaque personne présente des défis particuliers pour ce qui est de concevoir et d'implanter une prestation efficace des services. Les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues ne sont peut-être pas les problèmes principaux ou parfois ils peuvent avoir créé des problèmes plus sérieux devant être réglés tout d'abord. Les affections et les troubles médicaux ou physiques illustrent bien les problèmes qui sont susceptibles de survenir suite à une consommation prolongée de substances mais qui méritent néanmoins qu'une attention y soit prêtée pour que le traitement des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues aient ensuite une chance de réussir (Todtman et Todtman, 1997). Les personnes souffrant de troubles visuels ou auditifs ne pourront pas tirer bénéfice de séances de groupe ne tenant pas compte de ces incapacités. Les personnes qui sont incapables de se rendre aux centres de traitement peuvent nécessiter des visites à domicile. Parfois, les clients ne se portent pas bien et souffrent de carences alimentaires. Le traitement initial devra alors se concentrer sur des moyens d'améliorer le bien-être physique général (Segal et coll., 1996).

Le traitement des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues sera plus efficace s'il est adapté en fonction de toute limite cognitive. Il faut évaluer les habiletés cognitives pour déterminer si le client pourra bénéficier d'une thérapie. Il peut se révéler nécessaire de modifier le traitement proposé, en offrant plus de counseling personnel et en se concentrant sur une réduction du stress, par exemple, pour tenir compte d'une altération des fonctions cognitives (Segal et coll., 1996).

Les traitements devraient tenir compte également de l'environnement socio-culturel d'une personne. Les points de vue sur les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues différeront selon la cohorte d'âge, la culture et la religion d'une personne. Il faut donc envisager de prendre en considération ces différences avant d'entreprendre le traitement (Mellor et coll., 1996).

2.8.4 Gestion de cas

La gestion de cas comporte une approche d'équipe qui fait participer toutes les parties concernées à la prestation des services et qui favorise la collaboration et la communication entre différents services liés aux problèmes de consommation d'alcool et d'autre drogues, organismes de santé publique et ministères. Les liens entre les services peuvent favoriser l'éducation entre les organismes et le partage des ressources. Même si l'établissement de ces liens est une tâche ardue et complexe, toutes les parties en tirent avantage (Mellor et coll., 1996). Pour être efficaces, les liens et les partenariats forgés doivent être spécifiques à chaque communauté, déterminés par ses besoins et ses ressources.

2.8.5 Comorbidité psychiatrique

Il est généralement reconnu que la dépression est le trouble psychiatrique le plus commun. Dix pour-cent des personnes âgées de plus de 65 ans en souffrent (Segal et coll., 1996). Plusieurs autres troubles concomitants se présentent également dans ce groupe d'âge, dont le trouble bipolaire, la schizophrénie, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité (Speer, O'Sullivan et Schonfeld, 1991). Tous ces problèmes nécessitent un traitement qui différera de celui axé uniquement sur les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les professionnels et les clients doivent savoir qu'ils ne peuvent pas s'attendre à des résultats positifs s'ils s'attaquent seulement à un aspect du problème (Segal et coll., 1996). Le dépistage des troubles psychiatriques à part la consommation d'alcool et d'autres drogues accroîtra les possibilités de succès du côté du traitement et du rétablissement.

2.9 Approches thérapeutiques

Éléments clés

- ▶ Différentes approches thérapeutiques sont appliquées aux personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Ces approches ne s'excluent pas mutuellement et peuvent se présenter sous toute combinaison.
- ▶ Les groupes d'entraide animés par les pairs contribuent à créer des relations sociales qui ne sont pas fondées sur l'usage de substances. Mentionnons, par exemple les groupes suivants: Alcooliques Anonymes, Narcomanes Anonymes, *Rational Recovery* et les *Secular Organizations for Sobriety*.
- ▶ Les brèves interventions qui sont conçues pour accroître la motivation de changer sont recommandées pour les personnes âgées ayant des problèmes limités ou modérés attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Différents professionnels peuvent recourir à de brèves interventions.
- ▶ Les approches de thérapie cognitive du comportement s'attaquent aux pensées et aux croyances qui sous-tendent les problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues.
- ▶ Les approches de traitement psycho-sociales cherchent à bâtir l'auto-efficacité et les réseaux sociaux avant d'adresser les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.
- ▶ Les services d'approche assurent un traitement au domicile de la personne âgée et surmontent les obstacles inhérents aux déplacements qui sont exigés de la personne âgée pour recevoir des services.
- ▶ Les approches axées sur la réduction des méfaits cherchent à réduire les méfaits attribuables à l'usage de substances, plutôt que de s'adresser à l'usage de la substance elle-même, sauf si la personne âgée indique qu'il s'agit là du problème.
- ▶ Les interventions pharmacologiques qui se sont révélées efficaces pour réduire l'usage de substances chez les adultes d'âge moyen n'ont pas fait l'objet d'essais adéquats chez les personnes âgées.

2.9.1 Groupes d'entraide par les pairs

Les groupes d'entraide par les pairs ne nécessitent pas la présence d'un professionnel aux réunions. La thérapie de groupe est basée sur l'idée voulant que le rétablissement soit favorisé par l'identification aux pairs et par l'apprentissage à partir des expériences des autres. Les groupes peuvent encourager un sentiment d'optimisme et favoriser des relations sociales qui ne sont pas fondées sur l'usage de substances.

De nombreux groupes d'entraide par les pairs sont basés sur l'approche en douze étapes comme celle des Alcooliques Anonymes (AA) et des Narcomanes Anonymes. Les premières étapes exigent d'une personne d'avouer ses problèmes liés à la consommation d'alcool et de rejeter toute idée voulant qu'une personne ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues ne puisse jamais les contrôler. L'accoutumance est attribuée aux facteurs biologiques considérés comme étant inaltérables. Comme telle, l'abstinence est le seul indicateur de maintien du rétablissement. Les prochaines étapes font appel à l'aide d'un être ou d'un pouvoir suprême avec la phrase *Dieu selon le sens qu'on lui donne*. Les autres étapes soulignent l'action, la promotion de l'auto-évaluation et les changements comportementaux.

Le mouvement AA est un service étendu, gratuit et accessible pour la plupart des personnes âgées (Rush et Osborne, 1992). Des chercheurs se sont préoccupés du fait que la clientèle âgée soit tenue d'avouer être *alcoolique*. Le mouvement des AA est réputé être un programme efficace (Shipman, 1990), et les témoignages anecdotiques ne manquent pas. Il est difficile, toutefois, de mesurer l'efficacité des AA, car il n'existe aucun moyen de faire le suivi des participants anonymes, et les abandons ne sont pas consignés.

Des programmes mettant l'accent sur la participation de groupe, mais non pas sur un processus de douze étapes ont été élaborés. Par exemple, *Rational Recovery (RR)* se concentre sur la responsabilité et le contrôle de l'individu par rapport à la consommation plutôt que sur le manque de contrôle que soulignent les AA. Le programme *Secular Organizations for Sobriety (SOS)* invite les personnes à prendre des décisions rationnelles au sujet de l'usage de substances (Maisto, Galizio et Connors, 1999).

2.9.2 Brèves interventions

Les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues existent à des degrés variables, la majorité étant, cependant, des personnes ayant des problèmes faibles ou modérés attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues (Zweben et Fleming, 1999). Un traitement complet des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues ne conviendrait donc pas à tous. De brèves interventions ont été mises au point à

l'intention des usagers à risque. Chez les clients ne souffrant d'aucune dépendance, les interventions de courte durée cherchent à promouvoir des réductions de la consommation de substances, alors que chez les clients dépendants, elles facilitent l'aiguillage vers les programmes de traitement complets. Dans tous les cas, l'objectif est d'accroître la motivation à changer le comportement. Des habiletés spécifiques ne sont pas développées et les environnements sociaux ne sont pas modifiés (Zweben et Fleming, 1999). La motivation de changer est accrue en amenant le client à se poser des questions sur les avantages et les inconvénients de sa consommation de substances, à surveiller son propre comportement et à l'auto-régler. On suppose que les changements se produiront lorsque les coûts perçus l'emporteront sur les avantages perçus. Les brèves interventions comportent habituellement une évaluation, l'établissement d'objectifs, des techniques de modification du comportement et de la documentation sur l'auto-thérapie. Les interventions commencent par la formulation de questions sur la consommation de substances et l'évaluation des problèmes médicaux, comportementaux ou judiciaires qui peuvent en découler. Des conseils énoncés simplement et clairement sont donnés et font état des préoccupations au sujet de la consommation de substances. Une rétroaction au sujet des effets possibles de cette consommation sur la santé et sur la vie est également donnée. Des objectifs de réduction de la consommation, ou d'abstention, sont fixés. Ces interventions peuvent être appliquées avec efficacité par différents professionnels, dont les travailleurs en abus de substances, les médecins, les infirmiers, les dentistes, les travailleurs sociaux, les psychologues et les conseillers (Zweben et Fleming, 1999).

Les interventions peuvent aller d'une à cinq sessions la durée variant de 10 à 30 minutes. Une approche éducative est utilisée pour aider les personnes âgées à comprendre les raisons sous-jacentes à leur consommation d'alcool et d'autres drogues. On montre aux participants comment reconnaître les agents de déclenchement de leur consommation d'alcool et d'autres drogues et les moyens de réduire ce comportement (Blow et Barry, 2000).

Les études sur l'efficacité des interventions de courte durée par rapport à la consommation d'alcool chez les personnes âgées ont donné des résultats positifs (Blow et Barry, 2000; Fitzgerald et Mulford, 1992; Fleming, Manwell, Barry, Adams et Stauffacher, 1999). Ces méthodes peuvent être particulièrement efficaces chez les consommateurs ayant commencé à consommer à un âge avancé ou dans les cas où la consommation de substances est moins sévère (Schutte et coll., 2001).

Un obstacle à l'efficacité des interventions brèves est l'absence d'auto-efficacité. Si l'individu doute de sa capacité à changer, des interventions de courte durée ne suffiront pas à amorcer le processus de changement (Zweben et Fleming, 1999). Un autre obstacle est le fait que les

personnes âgées peuvent avoir de la difficulté à reconnaître leur propre usage à risque de substances. De même, en présence d'une maladie chronique, les médecins peuvent avoir de la difficulté à déterminer le rôle que jouent les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues dans la manifestation de cette maladie (Blow et Barry, 2000).

Innovations technologiques

Une option en matière d'interventions brèves comporte le recours à un ordinateur pour faciliter le traitement. Les prestataires de services peuvent utiliser des notes de rappel produites par ordinateur qui se joignent automatiquement au devant du dossier d'un client. La technologie vocale interactive est une méthode efficace en terme de temps et rentable qui permet aux prestataires de services de recueillir des données par téléphone 24 heures par jour, en plus de dispenser des services aux personnes âgées dont les situations de vie les empêchent de suivre un traitement sur place. Les clients téléphonent à la clinique et répondent verbalement ou soit par l'entremise d'un clavier. Les options du menu comprennent l'éducation sur la santé, les modules d'auto-assistance et l'auto-surveillance (Blow et Barry, 2000).

Une autre innovation comporte *une messagerie personnalisée* (Blow et Barry, 2000). Un programme informatique produira du matériel éducatif et des exercices pour répondre aux besoins en matière de traitement d'une personne spécifique, en fonction des renseignements consignés sur le dossier de la personne. Les observations médicales, les antécédents de consommation d'alcool, les problèmes de santé, les troubles concomitants, le soutien social et d'autres renseignements pertinents permettent de créer un guide complet pour le traitement. Combiné aux autres services, ce guide habilite la personne en lui fournissant des outils pour contrôler son propre rétablissement (Blow et Barry, 2000).

2.9.3 Approches cognitives et comportementales

Il est difficile d'implanter et de renforcer des approches comportementales strictes de réduction de la consommation d'alcool auprès des personnes âgées, si ces dernières souffrent d'une altération des fonctions cognitives nuisant à leur mémoire (Segal et coll., 1996). Des chercheurs utilisent une approche cognitive qui aide les personnes âgées à examiner les antécédents, les comportements et les conséquences (paradigme A-B-C) relativement aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Ils fournissent également une éducation sur la consommation d'alcool et d'autres drogues, une formation à l'acquisition de techniques de résolution de problèmes et un renforcement social (Dupree, Brokowski et Schonfeld, 1984 comme il est cité dans Segal et coll., 1996).

Les approches cognitives et comportementales reposent sur des principes comportementaux axés sur le changement graduel des comportements par le façonnement et le renforcement. Toutefois, les idées, les croyances et les émotions se retrouvent parmi les comportements pouvant être visés. Le traitement examine parfois la base irrationnelle de ces croyances fondamentales. Le traitement peut ainsi être entrepris en combattant les pensées et les croyances sous-jacentes aux motivations des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues (Bortz et O'Brien, 1997).

Certaines croyances irrationnelles contribuent aux sentiments de désespoir et d'inutilité pour lesquels les personnes âgées ont recours à une auto-médication en faisant un abus de substances. Voici des exemples de ces croyances : 1) elles n'ont aucun contrôle sur leur vie maintenant qu'elles sont âgées; 2) comme elles sont maintenant à la retraite, elles sont des bonnes à rien; 3) si elles dépendent des autres, elles sont des bonnes à rien; 4) elles sont trop vieilles pour se marier ou avoir une libido; 5) la sénilité, la maladie et l'incapacité sont inévitables; 6) l'isolement et la solitude font partie intégrale du processus normal du vieillissement; et 7) elles sont trop vieilles pour changer ou réagir à la thérapie (Norton, 1998).

Rice, Longabaugh, Beattiem et Noel (1993) ont examiné la réaction de clients âgés (50 ans et plus) et de clients plus jeunes (de 18 à 29 ans) à trois différentes formes de traitement, dont l'une était la thérapie cognitive et comportementale. Aucune préférence n'a été découverte chez les clients plus jeunes, mais les clients plus âgés ont mieux réagi à la thérapie cognitive et comportementale qu'à la thérapie axée sur l'amélioration des relations ou sur l'amélioration des relations et des aptitudes professionnelles.

2.9.4 Approches psycho-sociales

Le traitement psycho-social met d'abord l'accent sur les éléments d'importance pour la personne âgée. Au départ, il est possible que cela ne soit pas la consommation d'alcool et d'autres drogues. En améliorant l'auto-efficacité et en bâtissant les réseaux sociaux, la personne finira par être en mesure d'adresser le problème attribuable à la consommation d'alcool et d'autres drogues (Baron et Carver, 1997).

Les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues peuvent ajouter aux problèmes psychologiques. Après une longue dépendance à une substance, la personne âgée peut présenter des habilités d'adaptation faibles, ainsi que des sentiments de frustration et d'infériorité. Une compréhension empathique et une formation relative aux techniques d'adaptation et d'affirmation de soi sont donc offertes à titre de solution. La consommation d'alcool et d'autres drogues à long terme peut être synonyme également d'échecs et de désapprobations de la part de la famille, des

employeurs et de la société. Si la personne aînée ne retournera pas au travail, le traitement peut être axé sur le développement d'habiletés et d'intérêts du côté des passe-temps (Baron et Carver, 1997).

Des difficultés sont souvent observées pour ce qui est de rendre compte et d'être responsables à l'égard des autres (Baron et Carver, 1997). Le traitement axé sur cette absence d'interdépendance peut tout d'abord encourager la personne à dépendre d'un conseiller ou d'une personne aidante et étendre le soutien social pour amener le client à s'engager dans des concessions mutuelles. Un counseling individuel peut être requis au départ, mais l'intention est habituellement d'aider la personne aînée à se sentir à l'aise en joignant un groupe et en entretenant un réseau social (Baron et Carver, 1997).

Le programme BRENDA est un modèle de traitement psycho-social qui vise à identifier et à traiter les personnes aînées ayant un problème d'alcoolisme (Kaempf, O'Donnell et Oslin, 1999). En voici les composantes :

- B** Évaluation bio-psycho-sociale (*Biopsychosocial assessment*)
- R** Rapport des résultats de l'évaluation au client (*Report assessment findings to patient*)
- E** Utilisation d'une approche empathique (*use Empathic approach*)
- N** Identification des besoins du client durant l'évaluation (*patient Needs identified during the assessment*)
- D** Conseils directs basés sur les besoins du client (*Direct advice based on the patient's needs*)
- A** Évaluation des conseils directs (*Assessment of the direct advice*)

Le modèle suppose que les prestataires de soins primaires sans connaissances spécialisées au sujet de la consommation d'alcool et d'autres drogues sont souvent le premier recours d'une personne ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Ces prestataires de soins primaires peuvent utiliser l'anagramme BRENDA pour se rappeler les composantes du traitement. Une approche empathique est essentielle à toutes les étapes du processus. Les prestataires de soins doivent évaluer l'état de santé physique du client et ses antécédents personnels, déterminer l'existence de problèmes possibles (à l'aide du questionnaire *CAGE* ou des critères du *DSM*), établir les besoins du patient, donner des conseils pour modifier les habitudes de consommation d'alcool et assurer un suivi par un contact ultérieur (par téléphone ou une visite au bureau). Kaempf et coll. (1999) ont appliqué ce modèle conjointement à un essai à double insu de naltrexone ou de placebo. Les chercheurs ont découvert que les adultes âgés (âge moyen de 65 ans) étaient plus susceptibles de suivre un traitement que les adultes plus jeunes (âge moyen de 41 ans); ce modèle serait ainsi plus efficace auprès des

adultes âgés. Comparativement aux clients âgés recevant le modèle BRENDA et aux clients âgés recevant une psychothérapie de groupe selon l'âge, le taux de participation au traitement était plus élevé avec le modèle BRENDA. Kaempf et coll. (1999) ont estimé que le modèle BRENDA était un ajout important au traitement des problèmes attribuables à la consommation d'alcool chez les personnes aînées.

2.9.5 Services d'approche

Les services d'intervention directe ont été élaborés en réponse à la perception voulant que les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues soient souvent des problèmes cachés. Certaines personnes aînées souffrent de limitations physiques, raison pour laquelle elle leur est difficile de se rendre aux séances de groupe. Les services d'approche peuvent consister à approcher le client dans son propre environnement au lieu de s'attendre à que ce dernier se rende aux prestataires de traitement (Baron et Carver, 1997; Segal et coll., 1996). De même, les contextes historiques et le stigmate social peuvent créer une hésitation chez les personnes aînées à avouer des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues (Shipman, 1990).

Un programme de services d'approche en Colombie-Britannique utilise une approche systémique qui tient compte de la transition vers la thérapie centrée sur le client. L'évaluation et le traitement traditionnels des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues mettent l'accent sur l'individu, sans égard aux facteurs externes qui façonnent le comportement. L'approche systémique prend en ligne de compte le réseau social d'une personne et la façon dont les relations personnelles propres à chacune influencent ses actions. L'accent est mis sur « l'habitation personnelle et le partenariat entre les parties de l'écologie sociale de l'individu » (Todtman et Todtman, 1997, p.406). [Trad.] Le traitement est adapté aux besoins de la personne aînée et peut comprendre une éducation, une consultation familiale et un aiguillage vers un programme approprié. L'évaluation du programme a révélé que les clients et les personnes aidantes ont éprouvé une plus grande auto-efficacité, et que la sévérité et la fréquence des symptômes du problème ont diminué (Todtman et Todtman, 1997).

2.9.6 Approches axées sur la réduction des méfaits

Une approche axée sur la réduction des méfaits se concentre sur les méfaits qui découlent des problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues plutôt que sur l'usage de substances même (Graham, Brett et Baron, 1994). Selon Oslin (2000b), comme même de faibles quantités d'alcool chez les personnes aînées peuvent avoir des effets délétères, toute réduction au titre des habitudes de consommation d'alcool sera probablement bénéfique. De même, une réduction de la consommation de benzodiazépines contribuera à une amélioration de l'état de santé et du fonctionnement de l'individu (Oslin,

2000b). Les approches axées sur la réduction des méfaits peuvent également adresser le mauvais usage de médicaments prescrits en trouvant des façons d'augmenter le respect de ce traitement ou du traitement avec des médicaments en vente libre (Kostyk, Lindblom, Fuchs, Tabisz et Jacyk, 1994).

Les programmes dans le cadre d'une approche axée sur la réduction des méfaits peuvent intéresser les personnes qui n'ont pas connu de succès avec les traitements traditionnels axés sur l'abstinence (Graham et coll., 1994; West et Graham, 1999). Les rechutes sont jugées être des étapes normales du processus et ne signalent pas la fin du traitement. Les programmes de réduction des méfaits toléreront habituellement l'usage continu de substance et peuvent s'appliquer particulièrement dans le traitement des problèmes attribuables à l'usage de médicaments prescrits; par exemple, si une personne souffrant d'une douleur chronique ou sévère devait continuer de prendre une faible dose d'opioïde ou si une personne souffrant de dépression ou d'anxiété devait continuer de prendre une dose de benzodiazépine. Il est possible de diminuer l'abus de médicaments prescrits par une réduction graduelle mais constante de la dose et de la fréquence des substances avec le temps (Kostyk et coll., 1994).

Le counseling individuel dans le cadre d'une approche de réduction des méfaits offre une aide sans tenir compte de la consommation de substances. L'approche est empathique et non axée sur la confrontation, et elle met l'accent sur le mode de vie global plutôt que sur le problème d'usage de substances (Graham et coll., 1994). Dans le cadre de l'approche axée sur la réduction des méfaits, les conseillers et les animateurs de groupe démontrent qu'ils sont disposés à commencer à toute étape où se trouve la personne et à l'aider à progresser vers une réduction du problème d'usage de substances. Une atmosphère non conflictuelle et impartiale est utilisée pour encourager l'apprentissage et la prise de conscience (Royer et coll., 2000). Cela permet également aux clients d'examiner les forces externes motivant le comportement.

De nombreux programmes de réduction des méfaits utilisent la thérapie de groupe. La thérapie de groupe est considérée comme pouvant offrir des sentiments d'appartenance, aider à établir des objectifs de rétablissement et à mettre en pratique de nouveaux comportements, à offrir un forum pour discuter de questions liées à la consommation d'alcool et d'autres drogues et à accroître la participation de personnes qui autrement seraient isolées socialement (Kostyk et coll., 1994; Segal et coll., 1996). Une approche de groupe permet de tenir une discussion générale sur les questions liées aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues sans viser une personne en particulier. Elle peut également offrir un soutien social qui favorise le maintien du rétablissement (Royer et coll., 2000).

2.9.7 Interventions pharmacologiques

Les personnes âgées ayant un problème lié à la consommation de l'alcool n'ont pas reçu traditionnellement des agents pharmacologiques dans le cadre du processus de traitement (Oslin et Blow, 2000). Le disulfirame est un médicament qui a été utilisé dans le traitement des troubles liés à l'alcool et il a été utilisé également pour traiter des clients plus jeunes ayant une dépendance concurrente à la cocaïne et à l'alcool (Santé Canada, 2000). Même s'il peut se révéler un complément utile au traitement des personnes plus jeunes, le disulfirame n'est pas recommandé pour les personnes âgées à cause des effets indésirables potentiellement graves qui peuvent en découler (Oslin et Blow, 2000; Rigler, 2000).

Le naltrexone est un antagoniste opioïde. Des études menées sur des clients d'âge moyen aux prises avec une dépendance à l'alcool ont conclu que le naltrexone produit peu d'effets secondaires indésirables sur la santé. Ce médicament s'est révélé également efficace pour réduire l'état de besoin face à l'alcool et a aidé à prévenir les rechutes (Oslin et Blow, 2000). Lorsque, dans le cadre d'un essai, le naltrexone a été administré à des anciens combattants âgés de 50 à 70 ans, les répondants ont déclaré des améliorations dans les rechutes menant à une consommation excessive, mais aucune amélioration menant à l'abstinence (Oslin, Liberto, O'Brien, Krois et Norbeck, 1997 comme il est cité dans Oslin et Blow, 2000).

L'acamprosate est un nouvel agent qui fait l'objet d'essais pour le traitement de l'alcool-dépendance. Les résultats obtenus avec des populations plus jeunes ont été prometteurs, mais les études sur son efficacité et sa sécurité chez les clients plus âgés n'ont pas été examinées (Oslin et Blow, 2000).

2.10 Obstacles au traitement

Éléments clés

- ▶ Les déficits sensoriels et les problèmes de mobilité ou de transport constituent des obstacles au traitement.
- ▶ Les professionnels de la santé partagent différents points de vue au sujet des critères applicables aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.
- ▶ Le déni et les trous de mémoire peuvent contribuer au sous-diagnostic de problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.
- ▶ La honte et la culpabilité peuvent empêcher des personnes âgées d'admettre avoir des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.
- ▶ Des personnes qui entrent en contact avec les personnes âgées peuvent faciliter le maintien des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres substances. Les attitudes facilitatrices peuvent comprendre la croyance voulant que l'on permette aux personnes âgées de faire un usage de substances si tel est leur choix, que l'usage de substances est embarrassant et qu'il est préférable de ne pas en tenir compte, ou que les personnes âgées résistent trop au changement.

2.10.1 Considérations d'ordre pratique

Segal et coll. (1996) énumèrent les obstacles d'ordre pratique à l'accès au traitement :

- ◆ une incapacité physique;
- ◆ des troubles auditifs ou visuels les empêchant de participer;
- ◆ le fait que le centre de traitement ne se trouve pas dans un endroit pratique;
- ◆ le fait de n'avoir aucun moyen de transport; et
- ◆ les programmes exigeant une hospitalisation peuvent avoir un effet dissuasif pour les adultes plus âgés qui ne veulent pas quitter leur résidence.

« Une personne qui ne se porte pas bien, qui ne peut pas se déplacer, qui vit dans des circonstances malsaines ou qui est confuse ne pourra pas s'attaquer à la consommation d'alcool et d'autres drogues tant que ces problèmes immédiats ne sont pas réglés » (Baron et Carver, 1997, p. 279). [Trad.]

2.10.2 Diagnostic erroné

Les professionnels de la santé ont différents points de vue pour ce qui est de savoir ce qui constitue une dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues. Selon Solomon et coll. (1993), l'absence de définitions spécifiques, d'outils de dépistage selon l'âge et de critères cohérents qui permettent de diagnostiquer un problème chez les personnes âgées peut mener à un sous-diagnostic (omission de détecter un problème) ou à un diagnostic erroné. Les conditions concomitantes, comme les symptômes physiques d'une gastrite ou d'étourdissements, ou des symptômes psychiatriques comme la démence, la dépression ou l'insomnie viennent compliquer les diagnostics.

2.10.3 Dénier

Certaines personnes âgées refusent d'admettre qu'elles ont un problème et elles ont donc recours au déni, à la rationalisation, à la défocalisation et à la minimisation pour expliquer leur comportement (Solomon et coll., 1993). Bon nombre d'outils d'évaluation sont fondés sur des auto-déclarations et dépendent donc de réponses exactes et honnêtes. Un déni manifeste et des épisodes oubliés d'usage de substances peuvent contribuer à un sous-diagnostic (Buchsbaum et coll., 1992; Solomon et coll., 1993).

2.10.4 Stigmate social

Selon leur âge, les personnes âgées peuvent avoir grandi à l'époque de la prohibition. Cette époque a été suivie par une période où l'alcoolisme était jugé immoral et certaines personnes âgées peuvent voir leur dépendance aux substances comme une faiblesse morale (Rush et Ogborne, 1992). La honte et la culpabilité empêchent souvent cette cohorte d'admettre ouvertement qu'un problème existe (Blow et Barry, 2000).

2.10.5 Peur de l'échec

Beaucoup de personnes ont peur d'essayer quelque chose de nouveau par peur de ne pas réussir. Cette façon de penser maintient les habitudes de consommation d'alcool, en dépit des conséquences négatives ou nuisibles. Selon Segal et coll. (1996), chez les consommateurs d'alcool ayant débuté à un âge avancé, la peur se combine au découragement face aux tentatives vaines du passé pour atteindre la sobriété, ce qui peut créer un sentiment de désespoir. Les personnes peuvent penser qu'elles sont incapables de changer; elles arrêtent donc d'essayer (Baron et Carver, 1997).

2.10.6 Attitudes et comportements habilitants

Les facilitateurs comprennent la famille, les amis, les personnes aidantes et les médecins qui croient que la personne aînée n'a plus beaucoup de temps pour jouir de la vie, raison pour laquelle cette dernière devrait pouvoir consommer de l'alcool. Les facilitateurs mettent la personne aînée à l'abri des conséquences de ses actes (Baron et Carver, 1997; Mellor et coll., 1996; Segal et coll., 1996; Tabisz, Jacyk, Fuchs et Grymonpre, 1993). Alors que les adultes plus jeunes décident souvent de se faire traiter suite aux pressions exercées par les membres de la famille, le manque d'éducation au sujet des effets néfastes de la consommation d'alcool et de d'autres drogues chez les personnes aînées et des intentions malavisées pourraient empêcher les facilitateurs d'encourager la personne aînée à changer (Segal et coll., 1996). De même, les membres de la famille qui veulent protéger la personne aînée de l'embarras peuvent représenter faussement les problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues (Buchsbaum et coll., 1992).

2.10.7 Attitudes des professionnels de la santé

Parette, Hourcade et Parette (1990) ont examiné les attitudes des médecins envers les clients ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool. Il a été observé que les professionnels de la santé adoptent une perspective moraliste face aux problèmes liés à la consommation d'alcool avec ces clients. Ils avaient tendance à ne pas leur porter autant d'attention et ils attribuaient leurs plaintes et leurs comportements à ces mêmes problèmes, même si ces jugements n'étaient pas justifiés. Les chercheurs ont suggéré que de telles attitudes face aux clients pourraient nuire à leur traitement et à leur rétablissement.

L'*âgisme* existe chez certains professionnels de la santé qui croient que les adultes âgés sont trop vieux pour apprendre quelque chose de nouveau, surtout si cela exige un changement de leur part. Associé à ce préjugé, il y a la croyance voulant que des comportements solidement ancrés soient trop résistants au changement (Mellor et coll., 1996; Tabisz et coll., 1993). Danzinger et Welfel (2000) ont examiné l'*âgisme* en créant des études de cas théoriques (l'âge, le sexe et la santé étant les variables) qui ont été soumises à des travailleurs en santé mentale aux fins d'évaluation et de diagnostic. On leur a demandé de juger de la compétence et de donner un pronostic théorique pour le client. Les résultats ont montré que les personnes aînées étaient jugées sensiblement moins compétentes et que leurs pronostics étaient plus négatifs (Danzinger et Welfel, 2000). Cette attitude voulant que les personnes aînées soient résistantes au changement, d'où la plus grande difficulté de travailler avec elles, pourrait expliquer en partie le comportement de complicité des professionnels de la santé n'encourageant pas le traitement de leurs patients dépendants aux substances (Danzinger et Welfel, 2000).

2.11 Groupes spécifiques : Autochtones

Éléments clés

- ▶ Les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues est reconnu dans les communautés Autochtones.
- ▶ Pour traiter les Autochtones ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues, il pourrait être utile d'intégrer les éléments culturels et spirituels aux programmes de traitement.

Les Autochtones représentent 3 % de la population totale du Canada (environ 800 000 personnes) et sont formés de trois groupes principaux : les Amérindiens, les Métis et les Inuits (Scott, 1992). Les Autochtones sont une population jeune. Selon l'analyse d'un rapport de la *Commission royale sur les peuples Autochtones* (1996), plus de la moitié des Autochtones sont âgés de 25 ans ou moins (Nemeth et Hiller, 1996). Le taux de natalité de 27 pour mille habitants parmi ce groupe est plus du double de la moyenne canadienne de 13 pour mille habitants, ce qui contribue au nombre élevé de jeunes parmi la population (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2000).

Il y a une différence dans l'espérance de vie des Autochtones et des autres Canadiens. Les hommes Autochtones peuvent s'attendre de vivre jusqu'à l'âge de 66,9 ans, sauf s'ils vivent dans une réserve; dans ce cas, leur espérance de vie passe à 62 ans. Les femmes Autochtones ont une espérance de vie de 74 ans; encore une fois, la vie dans une réserve abaisse ce chiffre à 69,6 ans. Ces chiffres diffèrent sensiblement de la population générale au Canada dont l'espérance de vie est de 74,6 ans pour les hommes et de 80,9 ans pour les femmes (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2000). La plupart des efforts concernant les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues sont concentrés sur les jeunes, peu de ressources étant consacrées aux aînés Autochtones. Dans d'autres cultures, les chercheurs utilisent parfois les taux de cirrhose pour prédire la prévalence de l'abus de l'alcool. Toutefois il se peut qu'ils ne vivent pas suffisamment longtemps pour développer une cirrhose, ce qui fait que même ces données sont difficiles à obtenir (Scott, 1992).

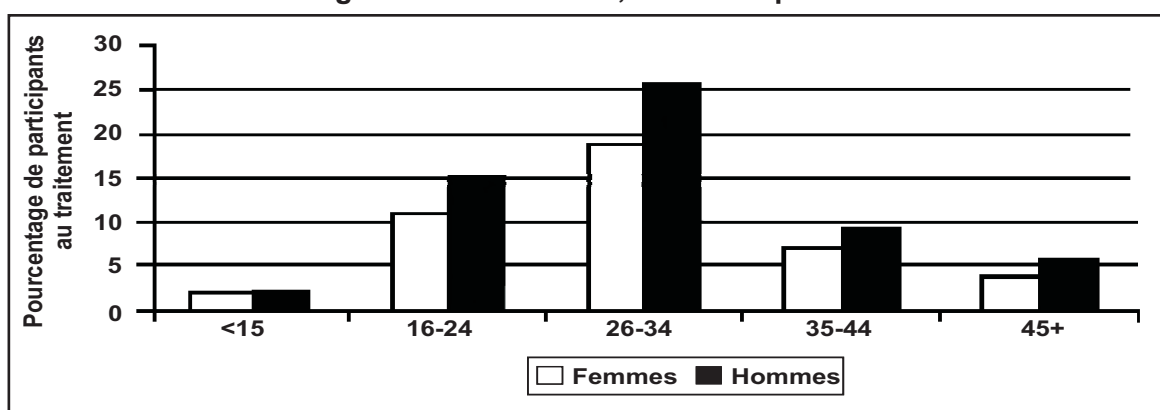
2.11.1 Problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues

Certaines difficultés à obtenir des données sur les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues sont dues au fait que les chercheurs non-Autochtones n'ont pas assez de connaissances des cultures Autochtones pour élaborer des études appropriées au milieu. De nombreuses communautés Autochtones préfèrent s'occuper elles-mêmes des leurs problèmes sans interférence ou aide de l'extérieur. Certains groupes refusent de participer, car ils estiment avoir été l'objet de trop d'études, sans bénéficier d'une amélioration sensible de leur situation (Scott, 1992).

Selon les données tirées de l'*Enquête auprès des peuples Autochtones*, 62 % des Autochtones ont indiqué qu'il y avait des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues dans leur communauté et 48 % croyaient que les communautés étaient aux prises avec des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2000).

Les données du tableau 2 sont fondées sur les clients fréquentant les 51 centres de traitement qui relèvent du Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones (PNLAADA) en 1991 (Scott, 1992).

Tableau 2 : Participation au traitement dans les centres du PNLAADA selon l'âge et selon le sexe, avril à septembre 1991



Tous les groupes ont indiqué que l'alcool est la substance la plus souvent consommée avec excès. Il y a plus d'hommes que de femmes, et les personnes plus jeunes forment la majorité des clients. Une limite d'âge de 45 ans et plus représente la portion plus âgée du groupe (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2000; Spencer, 2000; Scott, 1992) (en date de 2003, il y a 48 centres de traitement). Pour les populations Autochtones, les considérations relativement aux traitements selon l'âge peuvent varier comparativement aux autres populations de personnes âgées. Les programmes de traitement doivent tenir compte de la pertinence de leurs modalités de traitement, en fonction des besoins et des problèmes de vie des groupes avec qui ils travaillent.

Un groupe de chercheurs de l'hôpital psychiatrique Lakehead à Thunder Bay, en Ontario a comparé les admissions d'Autochtones (tout âge confondu) et de non-Autochtones à l'hôpital et dans les agences de santé mentale affiliées durant une période de six mois (Dalrymple, O'Doherty et Nietschei, 1995). Aucun diagnostic psychiatrique n'a été posé dans 50 % des admissions d'Autochtones, à part l'abus de substances. En outre, le taux d'admission des Autochtones était 33 fois plus élevé que le taux de base de la population locale. La durée d'hospitalisation différait également entre les deux groupes, les Autochtones demeurant, en moyenne, deux fois plus longtemps que les non-Autochtones.

La dépression était sous-diagnostiquée. Dalrymple et coll. (1995) ont suggéré que les stéréotypes culturels contribuent peut-être à un dépistage excessif d'abus de substances et à un sous-dépistage de la dépression primaire si les cliniciens croient que « la passivité, un regard fuyant, le retrait et un comportement verbal minimum sont associés à l'ascendance ou à la tradition plutôt qu'à un trouble affectif » (Dalrymple et coll., 1995, p. 472).

Les renseignements destinés aux aînés Autochtones ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues sont presque inexistantes. Une exception est la réserve de Kanawahke au Québec qui a classé l'alcool comme l'un des principaux sujets de préoccupation chez les aînés Autochtones lors d'une récente évaluation des besoins communautaires (Spencer, 2000).

2.11.2 Traitement

Tout comme les autres personnes âgées, les aînés Autochtones pourraient avoir besoin d'intervention directe avant d'accéder aux traitements dispensés sur rendez-vous, surtout dans les communautés isolées. Il faut intégrer les éléments culturels et spirituels aux programmes de traitement pour les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues pour les Autochtones qui s'adonnent à ces traditions (Rush et Ogborne, 1992). Certains groupes Autochtones ont mis au point des modes de traitement uniques pour faciliter le processus de guérison, à partir de traditions et de

valeurs Autochtones. Les contes, les cercles d'enseignement, les cercles de partage et les différentes cérémonies comme les danses du soleil, les sueries, les cérémonies du calumet et les gîtes de guérison soulignent le rôle de la spiritualité et du retour au milieu naturel (Poonwassie et Charter, 2001). Le rôle de l'*aîné* de la tribu est valorisé, mais ce dernier n'est pas nécessairement une personne aînée. Il s'agit plutôt d'une personne qui a un riche bagage en histoire et en traditions culturelles et une expérience de vie suffisante pour la présenter de façon pertinente aux autres. L'accent récent mis sur les approches thérapeutiques axées sur la culture tient compte de la reconnaissance voulant que, pour être efficace, le traitement doit être adapté aux besoins de la personne (Poonwassie et Charter, 2001).

3. Entrevues avec les experts clés

3.1 Sélection des experts clés

Une liste d'experts clés a été établie de concert avec les membres du Groupe de travail pour le Cadre de responsabilisation et d'évaluation et pour le Plan de recherche pour le Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (TRAT) de Santé Canada. Vingt-neuf experts clés ont été sélectionnés au pays, chaque province et le territoire du Yukon étant représentés. Les tableaux 3 et 4 donnent la provenance et la profession des experts clés interviewés :

Tableau 3 : Distribution géographique des experts clés

Yukon	2
Colombie-Britannique	6
Alberta	2
Saskatchewan	1
Manitoba	4
Ontario	5
Québec	1
Nouveau-Brunswick	2
Nouvelle-Écosse	1
Île-du-Prince-Édouard	1
Terre-Neuve-et-Labrador	4

Tableau 4 : Rôles professionnels des experts clés

Rôles des experts clés	Nombre d'experts clés
Travailleurs de première ligne - intervention directe, counseling, intervenants au nom des pairs ou soins à domicile	14
Prestation directe et administration de services	8
Postes gouvernementaux	4
Professeur/chercheur	3

Le tableau 5 fournit des renseignements sur la diversité de la formation des experts clés.

Tableau 5 : Formation des experts clés

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 29 * Certains experts clés ont indiqué plusieurs domaines de formation.	
Formation	Nombre de réponses d'experts clés
Travail social	12
Médecine et soins infirmiers	10
Psychologie	7
Administration	3

3.2 Processus d'entrevue avec les experts clés

Les experts clés ont été contactés par des représentants de chaque province et territoire qui avaient une expertise dans le domaine des services de traitement pour les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les entrevues étaient structurées et portaient sur un éventail de considérations ayant trait au traitement et à la prestation de services, dont les suivantes :

- ◆ orientation théorique;
- ◆ facteurs de risque pour la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les âgées;
- ◆ éléments à aborder dans le traitement des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues;
- ◆ services d'approche, contact et engagement;
- ◆ volets d'évaluation;
- ◆ obstacles à la participation aux programmes de traitement et de réadaptation;
- ◆ principes directeurs des processus de traitement;
- ◆ volet de programmes modèles;
- ◆ suivi; et
- ◆ mesures pour améliorer les efforts d'évaluation.

Les données provenant des entrevues avec les experts clés ont ensuite été compilées et analysées selon les thèmes.

3.2.1 Orientation théorique

On a demandé aux répondants de nommer les programmes, les cliniciens, les chercheurs et la documentation qui ont contribué à l'avancement des services de traitement pour les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Le Community Outreach Program in Addictions (COPA) à Toronto a été cité à maintes reprises comme l'un des services les plus marquants et les plus reconnus en la matière. De nombreux répondants connaissaient également le travail de Spencer pour ce qui est de mieux faire connaître les programmes pour les personnes âgées et de mobiliser les ressources.

À l'exception des travaux de McKim et de Mishira, de nombreux répondants ont souligné qu'il existe très peu de documentation spécifique aux problèmes des personnes âgées attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les experts clés ont signalé que les approches les plus généralisées du traitement en matière de consommation d'alcool et d'autres drogues ont habituellement été adaptées dans ce domaine spécialisé. Parmi les exemples cités, mentionnons la technique d'entrevue motivationnelle de Miller et de Rollnick, ainsi que le modèle de Prochaska et DiClements des stades de changement qui mettent en évidence le traitement centré sur le client et l'adaptation des stratégies de traitement au besoin particulier du client. Ils ont cité d'autres chercheurs, dont Bowen et Bolby, qui ont écrit sur la dynamique familiale et Roland Atkinson qui souligne la nécessité d'avoir des approches spécifiques pour les personnes âgées.

Les répondants ont reconnu que le Community Outreach Program in Addictions et les approches axées sur la réduction des méfaits incorporent les philosophies les plus importantes et les plus utiles pour de nombreux cliniciens, à savoir :

- ◆ adopter une approche marquée par le respect envers les personnes âgées;
- ◆ recourir aux services d'approche;
- ◆ aller à un rythme plus lent au besoin; et
- ◆ répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées au lieu de se concentrer uniquement sur les questions liées à la consommation d'alcool et de drogues ou à l'abstinence.

3.2.2 Facteurs de risque pour la consommation d'alcool et d'autres drogues

a) Alcool

Les experts clés ont mentionné que les principaux facteurs de risque pour la consommation excessive d'alcool comportaient :

- ◆ l'expérience de plusieurs pertes;
- ◆ la solitude;
- ◆ l'isolement; et
- ◆ des antécédents de consommation.

Les pertes du conjoint ou d'un membre de la famille que vivent les personnes âgées peuvent agir comme un facteur de risque important pour les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les rôles qu'assumaient la personne décédée ne peuvent plus être remplis, ce qui a un effet sur les soins, la santé, la mobilité, les activités sociales ou la stabilité financière de la personne âgée. Si une personne âgée vit plusieurs pertes et a peu de temps pour se remettre entre ces pertes, l'isolement peut s'accroître, menant à la solitude et à l'ennui, ce qui peut ensuite exacerber les tendances de consommation d'alcool et d'autres drogues.

Les experts clés ont souligné d'autres facteurs de risque, dont :

- ◆ des antécédents de longue date en matière de patron de consommation personnelle ou familiale d'alcool et d'autres drogues;
- ◆ la disparition de structures externes, comme le travail, augmentant ainsi le temps à consacrer à la consommation d'alcool;
- ◆ la consommation d'alcool en situation sociale qui est un élément central des activités d'établissement de liens sociaux, sans lesquelles il y aurait isolement;
- ◆ l'incapacité des personnes âgées de métaboliser l'alcool aussi facilement que leurs homologues plus jeunes;
- ◆ l'altération des fonctions cognitives ou la démence pouvant nuire aux souvenirs d'une consommation excessive ou la désinhibition à cet égard;
- ◆ les autres troubles de santé mentale, dont l'anxiété, la dépression, les mauvais traitements physiques ou sexuels dans l'enfance non résolus; et
- ◆ les mauvais traitements ou la négligence envers les personnes âgées.

Les experts clés ont souligné que l'alcool est attrayant pour les personnes âgées, compte tenu de son acceptation sociale et de sa facilité d'accès. L'alcool peut également servir à gérer une douleur chronique. Les personnes âgées peuvent consommer de l'alcool ou le combiner avec des médicaments pour atténuer des symptômes d'autres affections médicales chroniques. Certains peuvent également croire qu'il les aidera à mieux dormir malgré les preuves à l'effet du contraire.

Tableau 6 : Experts clés : Facteurs de risque pour les problèmes attribuables à la consommation d'alcool

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 28	
Facteurs de risque pour les problèmes attribuables à la consommation d'alcool	Nombre de réponses d'experts clés
Solitude ou isolement et ennui	23
Pertes multiples ou consécutives	19
Antécédents familiaux ou personnels	15
Affections chroniques	15
Comorbidité psychiatrique	12
Changements physiologiques attribuables au vieillissement	8
Facilité d'accès	5

b) **Drogues illicites**

Les experts clés ont indiqué qu'il n'y a pas une grande consommation de drogues illicites parmi les personnes âgées. Cependant, elles s'attendent à ce que les problèmes soient plus évidents à mesure que les membres de la génération du baby-boom vieilliront, car ils auront eu différentes expériences avec des drogues comme la cocaïne, la marijuana, l'héroïne et des médicaments sur ordonnance achetés sur le marché illicite.

Les experts clés ont souligné que, lorsque la consommation de drogues illicites est observée chez les personnes âgées, les drogues peuvent être consommées pour leurs effets analgésiques ou euphoriques. Ils ont ajouté que les personnes âgées peuvent être plus susceptibles à un abus si ces dernières sont isolées, s'ennuient ou se sentent seules. De plus, elles sont plus à risque si elles ont des antécédents de consommation ou si elles ont été exposées à d'autres personnes consommant des substances illicites.

Les experts clés ont souligné que les facteurs de protection par rapport à l'abus de substances illicites comprennent :

- ◆ leur manque de disponibilité;
- ◆ le stigmatisme social; et
- ◆ la prestation de services adéquats en gestion de la douleur.

Tableau 7 : Experts clés : Facteurs de risque pour la consommation de drogues illicites

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 28	
Facteurs de risque pour la consommation de drogues illicites	Nombre de réponses d'experts clés
N'est pas encore un problème	20
Effets des drogues	7
Ennui, isolement et solitude	7
Antécédents de consommation	4
Exposition aux usagers	3

c) Médicaments sur ordonnance

Les experts clés ont le plus souvent attribué les problèmes de consommation de médicaments sur ordonnance à la surprescription par les médecins, combiné à l'absence de questions de la part des personnes âgées. Certaines de ces dernières pourraient supposer que les médicaments sur ordonnance ne sont pas néfastes si leur médecin les a recommandés. Des personnes âgées peuvent s'attendre, étant donné que le médicament est disponible, à ce que celui-ci soit prescrit au premier signe d'un malaise.

Les experts clés ont recommandé que les médecins reçoivent une formation plus poussée dans l'ajustement des doses à un métabolisme plus lent des personnes âgées. Les experts clés suggèrent également qu'il y ait un accent sur la consultation des antécédents de médicaments propre aux personnes âgées. Voici d'autres facteurs agissant sur la surprescription des médecins :

- ◆ une dépendance sur la consommation de médicaments plutôt que sur le counseling ou d'autres traitements comme un régime ou l'exercice;
- ◆ le traitement des effets secondaires des médicaments avec d'autres médicaments; et

- ◆ les ordonnances qui sont renouvelées pour une durée plus longue qu'il le faut avec un système de renouvellement automatique en place.

Voici d'autres facteurs qui peuvent contribuer au mauvais usage de médicaments chez les personnes âgées :

- ◆ les personnes âgées peuvent ignorer ou mal comprendre l'utilisation prévue de leurs médicaments;
- ◆ il est possible qu'elles ne reconnaissent pas qu'un médicament générique ou en vente libre puisse être le même qu'un médicament sur ordonnance, ce qui les amène par inadvertance à doubler la dose;
- ◆ elles peuvent ignorer les interactions entre plusieurs médicaments sur ordonnance ou combinés avec l'alcool;
- ◆ de faibles niveaux d'alphabétisation ou des troubles de la vue peuvent les empêcher de respecter les consignes;
- ◆ certaines personnes âgées peuvent voir plusieurs médecins et demander la même ordonnance, accroissant intentionnellement leur dose;
- ◆ certaines personnes âgées peuvent avoir une plus grande accessibilité aux médicaments sur ordonnance par des contacts fréquents avec le système de soins de santé, le partage de médicaments sur ordonnance entre amis ou l'utilisation des médicaments de leur conjoint; et
- ◆ elles peuvent être plus exposé à un abus si elles ont des troubles de santé physique ou mentale comme la douleur, l'insomnie, le traumatisme psychologique, le deuil, l'anxiété ou la dépression.

Les experts clés soulignent que l'abus de médicaments sur ordonnance est souvent observé avec les produits suivants :

- ◆ les produits à base de morphine ou de codéine;
- ◆ les médicaments contre l'anxiété et les benzodiazépines;
- ◆ les somnifères comme les sédatifs et les tranquillisants; et
- ◆ les antidépresseurs tels les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine.

Tableau 8 : Experts clés : Facteurs de risque pour le mauvais usage de médicaments sur ordonnance

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 28	
Facteurs de risque pour le mauvais usage de médicaments sur ordonnance	Nombre de réponses d'experts clés
Surprescription par les médecins	20
Manque de sensibilisation parmi les personnes âgées	13
Accessibilité	12
Mauvais état de santé	10
Attentes parmi les personnes âgées	7

Tableau 9 : Experts clés : Médicaments sur ordonnance dont on fait le plus souvent un mauvais usage

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 28	
Médicaments sur ordonnance dont on fait le plus souvent un mauvais usage	Nombre de réponses d'experts clés
Produits à base d'opiacé et de codéine	25
Benzodiazépines	18
Somnifères	13
Médicaments contre l'anxiété	9
Anti-dépressifs	5

d) Médicaments en vente libre

Parmi les facteurs de risque qu'ont nommés les experts clés pour le mauvais usage ou l'abus de médicaments en vente libre, mentionnons :

- ◆ un manque de sensibilisation;
- ◆ l'absence de mécanismes d'avertissement en place pour protéger les personnes âgées;
- ◆ un manque de sensibilisation parmi les personnes âgées au sujet des interactions entre les médicaments en vente libre avec d'autres médicaments ou l'alcool;

- ◆ les petits caractères sur les boîtes, les encarts et les étiquettes;
- ◆ les problèmes d’alphabétisation qui rendent l’information inaccessible;
- ◆ la perception voulant que les médicaments en vente libre soient sûrs en raison de leur facilité d’accès;
- ◆ la publicité ou les promotions télévisées de médicaments en vente libre sans communiquer de mises en garde;
- ◆ la capacité réduite des personnes âgées de métaboliser ces médicaments;
- ◆ les médecins ne posant pas de questions sur la consommation de médicaments en vente libre; et
- ◆ la consommation de médicaments en vente libre combinés avec le même médicament sur ordonnance.

Les médicaments en vente libre sont parfois combinés avec des médicaments sur ordonnance, soit par inadvertance à cause d’un manque de sensibilisation face aux interactions, ou intentionnellement pour intensifier l’effet des médicaments sur ordonnance. Les troubles du sommeil et la douleur sont les affections qui mènent le plus souvent à l’auto-médication. Les experts clés ont signalé que les médicaments en vente libre le plus souvent consommés par les personnes âgées sont les analgésiques, les somnifères, les remèdes contre la toux et le rhume et de même que les laxatifs.

Tableau 10 : Experts clés : Facteurs de risque pour le mauvais usage de médicaments en vente libre

Nombre d’experts clés qui ont répondu à la question : 26	
Facteurs de risque pour le mauvais usage de médicaments en vente libre	Nombre de réponses d’experts clés
Manque de connaissance des interactions	14
Absence de mécanismes d’avertissement ou de protection	7
Mauvaise présentation de l’information sur les étiquettes	7
Intention d’intensifier l’effet des médicaments sur ordonnance	5
Métabolisme au ralenti	5
Difficulté de contrôler la consommation de médicaments en vente libre ou de déceler un problème	4
Facilité d’accès	3

e) Médicaments alternatifs ou herbes médicinales

Les experts clés ont déclaré que, tout comme les médicaments en vente libre, la consommation d'herbes médicinales et de médicaments alternatifs est difficile à contrôler, ce qui limite la possibilité d'établir les patrons de problèmes de consommation. L'absence de normes et de connaissances scientifiques concernant les ingrédients actifs, les doses et les modèles d'interaction avec les médicaments sur ordonnance a pour effet également de jeter de la confusion quant à toute tentative d'obtenir une perspective sur les effets du mauvais usage de médicaments alternatifs. Plusieurs experts clés se sont préoccupés du fait que les personnes âgées pourraient s'attendre à ce que les herbes médicinales soient sûres puisqu'elles sont naturelles. Ces préoccupations s'appliquent également aux communautés ethno-culturelles Autochtones qui ont recours aux médecines conventionnelles.

Tableau 11 : Experts clés : Facteurs de risque pour le mauvais usage de médicaments alternatifs

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 25	
Facteurs de risque pour le mauvais usage de médicaments alternatifs	Nombre de réponses d'experts clés
Difficile de contrôler la consommation	8
Ne pas connaître les effets	7
Ne pas connaître les interactions avec d'autres substances	7
Naturel peut être perçu comme étant sûr	5

f) Substances multiples

Les problèmes de consommation de plusieurs substances peut désigner la consommation d'alcool avec des médicaments sur ordonnance ou la combinaison de plusieurs médicaments sur ordonnance, de médicaments en vente libre, de drogues illicites ou de médicaments alternatifs. Les experts clés ont signalé que les substances sont souvent combinées parce que la personne âgée ou son médecin pourrait ignorer les risques associés à certaines interactions médicamenteuses. Il est possible que les médecins n'examinent pas les antécédents en matière de médicaments de la personne âgée ou qu'ils n'y ont pas accès. Par ailleurs, la personne âgée peut combiner les médicaments pour produire une réaction ou un effet particulier, ou pour accroître la dose. Les personnes âgées

qui ont des problèmes de santé ont souvent besoin de plusieurs médicaments sur ordonnance qui, même lorsqu'ils sont utilisés de façon appropriée, peuvent créer des problèmes.

Tableau 12 : Experts clés : Facteurs de risque dans les cas du mauvais usage de substances multiples

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 28	
Facteurs de risque pour le mauvais usage de substances multiples	Nombre de réponses d'experts clés
Ignorer les interactions	10
Combiner pour intensifier les effets	3
Ne pas être en bonne santé	4
Pratiques de surprescription	2

3.2.3 Éléments à adresser dans le traitement des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues

De nombreux experts clés ont mentionné la nécessité de mieux coordonner les services par un mécanisme où les agences sont rattachées à un continuum de soins exhaustifs et axés sur de bonnes ressources. L'utilisation d'équipes multidisciplinaires a été recommandée.

Les répondants ont mentionné l'importance d'accroître les efforts de sensibilisation et d'éducation parmi le public, les médecins et les personnes âgées elles-mêmes. L'information publique ayant trait aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues doit s'adresser spécifiquement aux personnes âgées plutôt qu'à l'ensemble des adultes.

De nombreux experts clés ont signalé l'importance d'établir des programmes qui sont non conflictuels, souples et fondés sur des approches axées sur la réduction des méfaits. Les services doivent aller au-delà de la question immédiate de la consommation de substances et tenir compte des besoins socio-économiques et des autres besoins du client. Les approches thérapeutiques doivent comprendre la satisfaction des besoins courants du client, soit la santé, la vie sociale et la vie quotidienne.

Les services d'approche ont également été jugé une grande priorité. Les personnes âgées sont souvent réticentes ou incapables de quitter leur foyer. Les services de traitement doivent donc être organisés pour rejoindre les personnes âgées. Des personnes âgées peuvent parfois se méfier des services

structurés et gérés par le gouvernement ou les organisations bureaucratiques. Le fait d’aborder ces clients dans leur propre environnement pourrait réduire l’anxiété, contribuer à établir une relation, transmettre du respect et de la confiance et une connaissance du mode de vie du client. Un continuum complet de services comprendrait la désintoxication à domicile ou des services de logement supervisé. Les experts clés ont souligné l’importance d’assurer la disponibilité des services de transport.

Tableau 13 : Experts clés : Éléments à aborder

Nombre d’experts clés qui ont répondu à la question : 28	
Éléments à adresser	Nombre de réponses d’experts clés
Approches axées sur la réduction des méfaits	11
Services d’approche et à domicile	11
Éducation	11
Coordination des services	5
Personnel formé	5
Transport	4
Logement supervisé	4

3.2.4 Services d’approche, contact et engagement

a) Moyens par lesquels les personnes âgées accèdent habituellement aux services de traitement

Les experts clés ont signalé que les sources de référence les plus fréquentes pour les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d’alcool et d’autres drogues sont :

- ◆ les professionnels des soins de santé;
- ◆ les membres de la famille;
- ◆ les agences de services sociaux;
- ◆ l’accès direct; et
- ◆ le système judiciaire.

De nombreux répondants ont indiqué également que, dans certaines régions canadiennes, il y a très peu de services auxquels les personnes âgées peuvent accéder.

Tableau 14 : Experts clés : Sources de référence

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 28	
Sources de référence	Nombre de réponses d'experts clés
Professionnels de la santé	19
Famille ou amis	16
Service des soins aigus ou d'urgence	10
Coordonnateurs à l'accès aux soins communautaires	8
Foyers de soins et centres de soins de longue durée	7
Accès direct	7
Services sociaux	5
Système judiciaire	5

b) Défis qui se présentent aux personnes âgées dans l'accès de services

Les sentiments d'embarras et de honte sont les principaux défis qui se présentent aux personnes âgées au moment d'accéder aux services. Les personnes âgées ont souvent peur du stigmata social qui est associé aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Elles ont donc énormément de difficultés à demander de l'aide. Ces défis sont souvent exacerbés par une réticence à participer au sein de programmes où elles se retrouvaient avec des adultes plus jeunes. Les personnes âgées peuvent éprouver de la peur ou de l'anxiété lorsque leurs homologues plus jeunes sont traités pour des problèmes attribuables à des drogues illicites. Les adultes plus jeunes peuvent également utiliser des expressions familières que les personnes âgées ignorent, ce qui a pour effet d'accroître tout sentiment de malaise ou d'anxiété.

Les experts clés ont indiqué également que certaines régions n'ont pas les services appropriés ou que les personnes âgées ne sont peut-être pas au courant de leur disponibilité. Parmi les autres obstacles à l'accès des services, mentionnons la réticence du client à quitter son foyer ou sa collectivité, les problèmes de transport, le manque de ressources financières et l'incapacité des services et des programmes de tenir compte d'incapacités ayant trait à la mobilité physique, aux déficits sensoriels ou aux difficultés cognitives.

Tableau 15 : Experts clés : Défis liés à l'accès aux services

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 28	
Défis liés à l'accès aux services	Nombre de réponses d'experts clés
Stigmate et honte	18
Transport	14
Difficultés de mobilité et troubles sensoriels	11
Ne pas être au courant des services, manque de services	9
Aucun programme selon l'âge	8
Obstacles financiers	5

c) Approches pour créer un lien entre les personnes âgées et les services de traitement appropriés

Les experts clés ont signalé que les services d'approche reposant sur un modèle de réduction des méfaits sont les plus efficaces pour faire le lien entre les personnes âgées et les services de traitement.

L'approche assure que les services sont offerts aux personnes âgées dans leur domicile ou leur environnement. Pour sa part, le modèle de réduction des méfaits reconnaît l'importance de traiter de questions ayant trait à la santé ou à d'autres besoins connus du client, sans se concentrer exclusivement sur les questions d'abstinence. Une approche non conflictuelle, non menaçante et non empressée est la plus utile pour ce qui est d'aider à établir une relation et à mener à la détermination des autres besoins ayant trait aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues parmi les personnes âgées.

Il a été également mentionné que l'utilisation d'équipes multidisciplinaires est avantageuse, car elle assure la représentation de plusieurs prestataires de services. Dans certaines collectivités, de nombreux organismes et prestataires de services pourraient bénéficier d'une meilleure coordination par une collaboration plus étroite. Dans bien des cas, les prestataires de services pourraient bénéficier du maintien de liens mutuels en matière de services. Des services coordonnés et complets de gestion de cas devraient être offerts aux personnes âgées au besoin.

De nombreux experts clés ont recommandé également de se concentrer sur la formation et l'éducation des professionnels travaillant avec les personnes âgées. Le personnel comme les infirmières travaillant avec les personnes âgées dans des domaines n'ayant aucun rapport avec l'abus de substances pourrait recevoir une formation en techniques d'évaluation de base en alcoolisme et en toxicomanie pour les aider à reconnaître les besoins en matière de services. Il faut également éduquer les autres personnes qui entreront en contact avec les personnes âgées, comme les gérants d'immeubles, à reconnaître les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues parmi les personnes âgées. Dans le cadre des programmes de traitement d'abus de substances, les experts clés ont reconnu qu'il faut prêter une plus grande importance pour ce qui est de s'assurer que le personnel a reçu une formation appropriée relativement aux concepts en gérontologie de même qu'aux questions liées à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

Tableau 16 : Experts clés : Approches pour associer les personnes âgées aux services

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 28	
Approches pour associer les personnes âgées aux services	Nombre de réponses d'experts clés
Approche axée sur la réduction des méfaits et approche	15
Collaboration entre les agences	9
Formation et éducation	6
Programmes spécifiques aux personnes âgées	2

3.2.5 Volets d'évaluation

a) **Éléments du fonctionnement qui devraient faire l'objet d'un dépistage ou d'une évaluation**

Les experts clés ont mentionné que les principaux éléments du fonctionnement qui devraient faire l'objet d'une évaluation parmi les personnes âgées demandant des services de traitement devraient comprendre :

- ◆ la santé physique et psychologique;
- ◆ les activités sociales;
- ◆ les relations interpersonnelles;

- ◆ le milieu physique; et
- ◆ la compétence dans les activités de la vie quotidienne.

Les évaluations de la santé physique portent sur la mobilité, les déficits sensoriels, la nutrition et la présence ou non de douleur chez le client. Les suppléments de vitamine C et des vitamines B comportant de la thiamine sont souvent recommandés pour les personnes âgées consommant de l'alcool pour prévenir des déficits neurologiques ou améliorer leur progrès. Les médicaments devraient être révisés et des questions devraient être posées, par exemple, en vue de comprendre les effets secondaires des médicaments. Certains experts clés prévoient également des évaluations spécifiques pour déterminer les tendances et l'étendue de la consommation d'alcool et d'autres drogues.

Un dépistage de la santé mentale devrait être effectué pour vérifier des éléments comme :

- ◆ les déficits de la mémoire et cognitifs;
- ◆ la démence;
- ◆ la dépression et l'anxiété; et
- ◆ les mécanismes d'adaptation.

Certains programmes examinent les éléments sociaux du fonctionnement de la personne âgée, dont :

- ◆ les relations interpersonnelles et familiales;
- ◆ le degré d'isolement social;
- ◆ la dépendance à la famille et le stress des personnes aidantes;
- ◆ la susceptibilité aux mauvais traitements infligés aux personnes âgées; et
- ◆ l'identification de soutiens de protection.

L'importance est également accordée à l'évaluation des différents éléments de leur environnement, surtout la sécurité au foyer et dans le quartier. La situation financière et leur contexte spirituel et culturel sont d'autres éléments qui sont évalués, d'après les réponses des experts clés.

Tableau 17 : Experts clés : Éléments du fonctionnement qui feront l'objet d'une évaluation

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 27	
Éléments du fonctionnement qui feront l'objet d'une évaluation	Nombre de réponses d'experts clés
Santé physique	24
Santé mentale	23
Activités sociales	16
Activités de la vie quotidienne	13
Environnement	12
Consommation de médicaments ou d'alcool et d'autres drogues	7
Finances	7
Contexte spirituel et culturel	3

b) Instruments et processus d'évaluation formels

Les experts clés ont décrit différents instruments qu'ils ont utilisés dans le cadre de l'évaluation initiale. Certains de ces instruments comportaient des mesures de dépistage pour la consommation d'alcool ou d'autres drogues, tandis que d'autres évaluaient divers éléments du fonctionnement comme la dépression et les fonctions cognitives. En voici des exemples :

- ◆ *MAST-G* : Test d'alcool-dépendance du Michigan – Version gériatrique;
- ◆ *MAST CAGE*;
- ◆ *AUDIT* : *Alcohol Use Disorders Identification Test*;
- ◆ *MDDS* : *Manitoba Drug Dependency Screen*;
- ◆ *SUDDS* : *Substance Use Disorder Diagnostic Schedule*;
- ◆ *SASSI* : *Substance Abuse Subtle Screening Inventory*;
- ◆ *ASI* : *Addiction Severity Index*; (L'indice de la gravité de la toxicomanie);
- ◆ Mini-examen de l'état mental (MMSE);
- ◆ GDS : L'échelle gériatrique de dépression;
- ◆ IDB : Inventaire de dépression de Beck;

- ◆ *DATIS : Drug and Alcohol Treatment Information System;*
- ◆ *FIMS : Functional Instrument Measurement Scale;* et
- ◆ VQ : Activités de la vie quotidienne.

Les experts clés ont reconnu dans l'ensemble que les outils de dépistage pour la consommation d'alcool et d'autres drogues permettent de donner des aperçus rapides et simples des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Cependant, ces outils de dépistage, sont limités, car ils ne brossent pas un tableau général du fonctionnement du client. Des outils d'évaluation plus poussés incorporent des procédures de collecte de données tant formelles qu'informelles. Même si ces approches étaient jugées plutôt bénéfiques, elles demandaient habituellement un plus grand investissement de temps et d'effort de la part du client et de l'organisme. La langue parlée, le niveau de scolarité modeste et les troubles cognitifs ont été cités comme des obstacles éventuels à l'utilisation de différents outils d'évaluation.

Un élément qui peut créer de la difficulté est le fait que des outils conçus pour examiner des problèmes éventuels attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues ne tiennent pas compte des caractéristiques de comobordité ou d'autres affections pouvant présenter des symptômes semblables. Il est important, donc, de faire une évaluation complète, en tenant compte à la fois des antécédents sociaux et médicaux.

c) **Personnes qui devraient participer à l'évaluation**

On a demandé aux experts clés de nommer les sources d'information privilégiées pour le processus d'évaluation. Ils ont suggéré d'engager les personnes prenant part aux soins physiques des personnes âgées durant le traitement et le rétablissement comme :

- ◆ les médecins;
- ◆ les infirmières;
- ◆ les prestataires de soins à domicile;
- ◆ les membres de la famille; et
- ◆ les autres membres de l'équipe multidisciplinaire.

Les médecins devraient être avisés de la référence afin qu'ils puissent fournir des renseignements cruciaux sur les médicaments. Certains experts clés ont indiqué que les médecins sont souvent trop occupés

pour assumer un rôle majeur dans les processus de l'équipe de traitement, mais devraient quand même participer en coordonnant les services médicaux.

Les membres de la famille, les amis ou les personnes chères prennent souvent part au processus d'évaluation. Ils peuvent être en mesure de fournir des renseignements additionnels ou corroborants sur les questions liées à la consommation d'alcool et d'autres drogues, surtout lorsque le client nie ou minimise la consommation. Ils peuvent également donner un aperçu de la gestion courante de la personne aînée et des idées sur la façon d'aider cette dernière au cours du traitement et du rétablissement. En amenant les membres de la famille et les amis à participer, les cliniciens peuvent donner une aide et des suggestions sur la façon de composer avec le client lorsque le stress exercé sur la personne aidante soulève des préoccupations. Les experts clés ont lancé une mise en garde, cependant, à savoir qu'il faut faire une évaluation prudente de la participation de la famille dans les cas de mauvais traitements infligés aux personnes aînées.

Certains répondants ont signalé que la décision de faire participer d'autres personnes à l'évaluation doit revenir au client, ce dernier étant responsable au bout du compte de fixer les buts de son traitement. D'autres estimaient que seul le client devrait prendre part à l'évaluation, car l'évaluation d'autres personnes risque d'avoir un effet préjudiciable sur l'alliance thérapeutique.

Tableau 18 : Experts clés : Personnes encouragées à participer aux évaluations

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 27	
Personnes qui devraient participer aux évaluations	Nombre de réponses d'experts clés
Médecin, soins à domicile et équipe multidisciplinaire	18
Tiers : famille ou amis	16
Laisser le client décider	6
Client seul	2

d) Mesures pour améliorer les pratiques d'évaluation actuelles

Les experts clés ont indiqué que les pratiques d'évaluation actuelles pourraient faire l'objet d'une amélioration considérable par l'élaboration de meilleurs outils. Les évaluations doivent être propres aux personnes âgées, être uniformisées et examiner les conséquences de la consommation d'alcool et d'autres drogues. Elles devraient tenir compte du déni, car de nombreux outils d'évaluation et de dépistage actuels dépendent des renseignements fournis par les répondants mêmes.

Il est recommandé d'appliquer une approche sans empressement pour l'évaluation des adultes plus âgés. L'évaluation est réputée être un outil déterminant pour établir une relation avec le client. Une période d'évaluation plus longue pourrait donc être justifiée. Certains experts clés ont recommandé d'abandonner le format type du genre question et réponse et de recueillir l'information après que la relation est établie de façon adéquate.

Les experts clés ont mentionné l'importance de centrer l'évaluation sur la personne au complet et non juste sur la consommation d'alcool et d'autres drogues. Ils ont souligné également que les évaluations bénéficieraient d'une coordination accrue entre les prestataires de services, surtout les hôpitaux et les services communautaires. Un outil d'évaluation standardisé, accessible à différents prestataires de services, réduirait la nécessité de fournir la même information à différentes personnes.

Tableau 19 : Experts clés : Mesures pour améliorer les pratiques d'évaluation actuelles

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 18	
Mesures pour améliorer les pratiques d'évaluation actuelles	Nombre de réponses d'experts clés
Amélioration des outils	7
Approche sans empressement	6
Coordination des services	4

3.2.6 Obstacles à la participation aux programmes de traitement et de réadaptation

a) Obstacles personnels

La honte était l'obstacle personnel cité le plus souvent qui empêche les personnes âgées d'accéder aux services de traitement et de réadaptation. La participation aux programmes de traitement et de réadaptation en groupe est souvent difficile pour les personnes âgées, s'il faut donner des témoignages en public. Un autre obstacle est le manque de sensibilisation - lorsque la personne ne reconnaît pas qu'elle a un problème. Dans ce cas également, la culture peut jouer lorsque les tendances en matière de consommation d'alcool et d'autres drogues sont jugées normales. Le manque de sensibilisation est un problème également dans le cas des médicaments sur ordonnance si les personnes âgées ne reconnaissent aucunement que la consommation peut être un problème.

Comme il a déjà été mentionné, les personnes âgées peuvent également faire face à des obstacles en matière de transport ou avoir des difficultés du côté de la mobilité personnelle. À cause de déficits sensoriels comme les troubles auditifs ou visuels, les personnes âgées peuvent hésiter à quitter leur foyer, ce qui peut les empêcher de participer aux groupes.

Les experts clés ont suggéré que la honte et le déni soient abordés par la voie d'efforts étendus d'éducation s'adressant au public en général, mais plus spécifiquement aux personnes âgées. Il est possible d'aborder la honte et le déni en adaptant les interventions aux personnes âgées. Les experts clés ont conseillé maintes fois que les interventions soient non conflictuelles, non pressées et axées sur la résolution des questions que le client juge être des problèmes. Les approches réputées être appropriées pour les personnes âgées étaient celles qui visaient à améliorer la qualité de la vie et qui ne s'attaquent pas à la consommation d'alcool et d'autres drogues directement, sauf si la personne âgée a indiqué qu'il s'agit d'un problème.

La question du malaise associé à la participation au sein de groupes doit d'abord être abordée en offrant tout un éventail d'interventions à la personne âgée, dont des traitements personnalisés. Certains experts clés ont soutenu que les programmes axés sur l'abstinence ne conviennent pas aux personnes âgées. D'autres ont indiqué que les services axés sur l'abstinence devraient être modifiés en fonction des personnes âgées, c'est-à-dire à un rythme plus lent au besoin et en y incorporant plus de possibilités d'activités sociales. Les cadres de traitement suggérés devraient être favorables aux personnes âgées, accessibles, tranquilles, confortables et chaleureux, tandis que les

services d'approche sont recommandés pour contrer aux problèmes liés à l'établissement de relations, au transport, à la mobilité et aux déficits sensoriels. Les experts clés ont souligné également que les personnes souffrant de déficits cognitifs ont des besoins spéciaux et exigent une plus grande persistance de la part des cliniciens.

Tableau 20 : Experts clés : Obstacles personnels

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 27	
Obstacles personnels	Nombre de réponses d'experts clés
Honte et stigmatisme	17
Mobilité et transport	16
Ne pas reconnaître qu'il y a un problème	9
Déficits sensoriels	9
Déficits cognitifs	9
Isolement	5
Participation au sein de groupes est difficile	5
Pauvre état de santé	4
Dépression ou anxiété	4

b) **Obstacles interpersonnels**

Les membres de la famille, les conjoints, les amis et les personnes qui sont en contact avec la personne âgée peuvent contribuer également aux obstacles à l'accès au traitement. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer, dont la possibilité que le client ait poussé la patience à bout de son réseau de soutien. Des personnes âgées peuvent se retrouver davantage isolées si les réseaux de soutien se fatiguent et abandonnent. Voici quelques-uns des obstacles :

- ◆ les familles peuvent nier qu'il existe un problème attribuable à la consommation d'alcool et d'autres drogues;
- ◆ les familles peuvent s'engager dans des comportements facilitateurs, peut-être en fournissant l'alcool ou d'autres substances;
- ◆ les familles peuvent craindre des représailles si elles confrontent la personne âgée au sujet de sa consommation d'alcool et d'autres drogues (par exemple, elles peuvent craindre de ne rien recevoir dans le testament);

- ◆ une personne aînée qui dépend de sa personne aidante pour obtenir de l'alcool peut éviter le sujet du traitement, de peur qu'elle ne recevra plus d'alcool;
- ◆ la personne aînée peut vouloir accéder au traitement, mais craint de faire honte à sa famille; et
- ◆ la personne aînée peut craindre de perdre son statut, ses amis, son indépendance ou son foyer si elle admet avoir des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

La dynamique familiale est critique s'il y a des mauvais traitements infligés à la personne aînée, soit de nature financière, physique, psychologique ou sexuelle.

La famille et les amis peuvent constituer des obstacles ou des ressources. Il faut que les efforts des familles soient reconnus et appuyés. Par ailleurs, les familles doivent savoir comment elles peuvent, par inadvertance, contribuer à l'abus continu de substances.

**Tableau 21 : Experts clés :
Obstacles interpersonnels**

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 25	
Obstacles interpersonnels	Nombre de réponses d'experts clés
Manque de soutien de la famille	8
Comportements facilitateurs	6
Crainte de représailles	4
Mauvais traitements infligés à la personne aînée	4

c) Obstacles communautaires ou culturels

Les personnes aînées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues sont souvent stigmatisées par leurs collectivités. Elles ont peur d'obtenir un traitement, car cela pourrait les exposer à la vue des autres, ce qui susciterait des sentiments de honte. Le manque de ressources dans les régions rurales peut obliger les personnes aînées à quitter leur collectivité pour obtenir un traitement. Lorsque le transport n'est pas disponible ou est inaccessible, sauf par l'entremise d'un ami ou d'un membre de la famille, cela les obligerait à dévoiler leur problème.

Dans les régions rurales, d'autres faits peuvent menacer la confidentialité. Il est possible que la personne aînée connaisse bien le conseiller. Certains experts clés ont remarqué que, dans certaines régions, tous les services de santé se trouvent au même endroit. Les services de toxicomanie sont dans le même édifice que les autres services de santé, raison pour laquelle il est très difficile d'accéder aux services de toxicomanie en toute confiance.

Certains mythes culturels peuvent justifier pourquoi on permet aux personnes aînées de consommer de l'alcool et d'autres drogues en déclarant qu'il s'agit-là de leur seul plaisir et que cela est donc très acceptable. Différentes normes culturelles peuvent exercer différentes pressions sur les personnes aînées. Là où la consommation excessive d'alcool est normalisée, le comportement peut être accepté, même s'il est inquiétant, tandis que dans les cultures où la consommation d'alcool est absente, une sensibilité à l'outrance peut faire qu'une consommation minimale est perçue comme un problème. Certaines cultures valorisent la vie privée et préconisent que les problèmes familiaux demeurent dans la famille. Les gens sont souvent découragés de parler de leurs sentiments.

Dans certaines cultures, les difficultés familiales ne devraient pas être dévoilées et sont perçues comme des problèmes qu'il faut régler dans le contexte de la famille. Selon cette perspective, la cohésion et l'aide de la famille sont des considérations importantes pour ce qui est d'aider une personne cherchant à régler des questions attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Par ailleurs, des moments critiques peuvent se présenter où il pourrait y avoir un besoin d'un soutien externe pour traiter avec efficacité des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Dans certaines cultures, la personne aidante devra mettre les besoins d'autrui avant les siens. Dans les cultures Autochtones, les personnes aînées jouent souvent le rôle de personnes aidantes pour leurs petits-enfants et elles peuvent hésiter à abandonner leurs responsabilités pour obtenir de l'aide afin de régler leurs propres problèmes.

Les différences culturelles entre les clients et les cliniciens peuvent également présenter des obstacles au traitement. Les cliniciens peuvent ignorer les différences ou s'attendre à ce que les clients se conforment à la culture dominante. Les experts clés ont souligné l'importance d'avoir des cliniciens faisant preuve d'une sensibilité à la culture. Il incombe aux cliniciens d'accroître leur sensibilité culturelle au lieu de demander que le client s'adapte au cadre de travail.

L'éducation de la collectivité, de la famille et du personnel des soins de santé doit chercher à sensibiliser davantage les personnes âgées aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues, et à diminuer le stigmate qui s'y rattache. Les services d'approche sont un moyen aidant à réduire les obstacles liés à la stigmatisation et au transport. Les experts clés lancent une mise en garde, à savoir qu'il sera difficile d'enrayer le stigmate dans certaines collectivités. Il faudra peut-être encourager certaines personnes âgées à mettre les risques en perspective et à accepter d'être vues en train d'obtenir des services.

Tableau 22 : Experts clés : Obstacles communautaires ou culturels

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 28	
Obstacles communautaires ou culturels	Nombre de réponses d'experts clés
Langue parlée	11
Distance du traitement	10
Stigmate et absence d'anonymat	9
Agéisme	6
Différences culturelles : priorités et valeurs	6

d) Obstacles liés à la structure ou au programme

Les experts clés ont indiqué que l'absence de moyen de transport est un obstacle. Les personnes âgées ayant un revenu fixe ou des ressources financières limitées ne peuvent pas toujours se permettre les coûts associés au transport public ou privé. L'usage du transport peut également signifier qu'elle puisse être vues en train d'obtenir des services de traitement, ce qui ajoute au stigmate s'y rattachant.

Comme obstacle lié aux programmes, les experts clés ont mentionné également le manque de programmes adaptés à l'âge. Le contenu des programmes généraux peut avoir une pertinence limitée pour de nombreuses personnes âgées, car il porte souvent sur des questions liées à la santé, à la famille ou aux professions. Les programmes généraux comportent également des adultes plus jeunes pouvant utiliser un langage que les personnes âgées ne connaissent pas ou qui fait allusion à un mode de vie auquel les personnes âgées ne peuvent pas s'associer.

Parmi les autres obstacles, mentionnons les ressources insuffisantes et les choix limités en matière d'interventions thérapeutiques. Les prestataires de services sont parfois isolés les uns des autres, surtout dans les collectivités rurales, et peuvent ignorer les autres services disponibles.

Les experts clés ont suggéré les services d'approche pour traiter des questions liées au transport et à la stigmatisation. Ces services minimisent les obstacles associés à la mobilité et aux déficits sensoriels. Des programmes adaptés à l'âge plutôt que des programmes généraux, car ils peuvent être offerts à partir d'une approche plus subtile pour l'amélioration de la qualité de la vie.

Tableau 23 : Experts clés : Obstacles liés à la structure ou au programme

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 24	
Obstacles liés à la structure ou au programme	Nombre de réponses d'experts clés
Transport	13
Programmes généraux et adaptés à l'âge	11
Ressources et choix insuffisants	3
Isolement parmi les professionnels	2

3.2.7 Principes directeurs des processus de traitement

a) Admission et engagement du client

La plupart des experts clés ont mentionné qu'une approche axée sur le client est la meilleure pratique pour faciliter l'admission et l'engagement du client. Voici les approches centrées sur le client pour les personnes âgées :

- ◆ non empressées;
- ◆ non conflictuelles;
- ◆ non menaçantes;
- ◆ tolérantes des conditions de vie de leurs clients;
- ◆ respectueuses de la dignité du client; et
- ◆ valorisant l'importance des personnes âgées pour la société.

Les approches axées sur le client assurent l'acceptation des personnes âgées peu importe leur disposition à changer. Le client fixe les buts du traitement lesquels englobent les questions liées au vieillissement et à la santé, sans se concentrer exclusivement sur la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les services d'approche ont été jugé une meilleure pratique, car ils permettent de se faire une bonne idée de l'environnement familial durant les processus d'évaluation et de traitement.

Tableau 24 : Experts clés : Principes directeurs de l'admission et de l'engagement du client

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 25	
Principes directeurs de l'admission et de l'engagement du client	Nombre de réponses d'experts clés
Axé sur le client	21
N'est pas nécessaire de se concentrer sur la consommation d'alcool et d'autres drogues	9
Services d'approche	7

b) Conception et prestation des programmes

Les approches en matière de meilleures pratiques, indiquées par les experts clés, reflétaient habituellement un modèle de traitement holistique axé sur la réduction des méfaits. Pour de telles approches, les cliniciens doivent faire preuve d'une certaine largeur d'esprit face à l'établissement de buts de traitement adaptés aux besoins personnels de leurs clients et mettant l'accent sur la qualité de vie, en plus des questions liées à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

Des experts clés ont recommandé des programmes particuliers aux personnes âgées mettant l'accent sur les besoins des clients, tels le recours à de petits groupes et à de gros caractères d'imprimerie. Les services d'approche devraient comporter des volets qui renforcent les soutiens sociaux.

Les programmes doivent améliorer les liens en vue de former un continuum exhaustif de services allant d'activités axées sur les personnes âgées aux programmes en milieu hospitalier. Le personnel doit être au courant des services de la collectivité et de la région, et il doit obtenir une formation traitant de la consommation d'alcool et d'autres drogues et de la gérontologie. Le personnel doit être en mesure de travailler avec des clients résidents qui se trouvent à l'étape pré-contemplation du processus de changement.

Tableau 25 : Experts clés : Principes directeurs de la conception et de la prestation des programmes

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 23	
Principes directeurs de la conception et de la prestation des programmes	Nombre de réponses d'experts clés
Approche holistique axée sur la réduction des méfaits	14
Liens et formation - personnel et services	11
Programmes spécifiques aux personnes âgées	7
Services d'approche	5
Soutiens sociaux	4

c) Durée et fréquence des programmes

La durée et la fréquence des programmes devraient être adaptées à chacun et orientées selon les besoins du client. Certaines personnes âgées peuvent nécessiter une approche plus lente et un engagement à long terme. Les services sont souvent plus intenses au début et diminuent graduellement en intensité avec le temps et devraient être soutenus par un soutien et un suivi. Les experts clés ont aussi souligné l'importance pour les cliniciens d'être souples et disposés à changer la date des rendez-vous au besoin.

Tableau 26 : Experts clés : Principes directeurs pour la durée et la fréquence des programmes

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 24	
Principes directeurs pour la durée et la fréquence des programmes	Nombre de réponses d'experts clés
Engagement variable et à long terme	12
Personnalisé	9
Souplesse	6

d) **Participation et rétention des clients**

Les taux de participation et de rétention des clients augmentent lorsque les personnes âgées sentent que le service répond adéquatement à leurs besoins. Le programme doit aborder les problèmes de la vie à part la consommation d'alcool et d'autres drogues, et comporter des activités sociales et récréatives pertinentes aux personnes âgées. Les stratégies de traitement devraient respecter le droit du client à l'auto-détermination, peu importe les habitudes de consommation ou le stade de changement. Les programmes les plus efficaces assurent également des groupes de suivi et d'entraide qui favorisent un sentiment d'appartenance.

Tableau 27 : Experts clés : Principes directeurs pour la participation et la rétention des clients

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 25	
Principes directeurs pour la participation et la rétention des clients	Nombre de réponses d'experts clés
Accepter leurs buts et répondre à leurs besoins	14
Initier un suivi	6
Groupes d'entraide	3

3.2.8 Volets de programmes modèles

a) **Volets de programmes modèles visant la santé physique**

Le rôle du médecin a été jugé essentiel à la prestation de services efficaces, aux évaluations et aux soins médicaux continus. Les experts clés ont reconnu l'importance d'avoir des médecins sensibilisés aux questions liées à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les personnes âgées. Les services doivent sensibiliser davantage les médecins au sujet des effets que peut avoir la consommation d'alcool et d'autres drogues ou de médicaments sur ordonnance sur les troubles de santé physique et les affections médicales. Les répondants ont souligné que les programmes modèles ont souvent un médecin-conseil disponible qui a de l'expérience en gériatrie et face aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

Plusieurs experts clés ont mentionné l'importance d'une approche d'équipe multidisciplinaire assortie de services de gestion de cas. Ils ont suggéré comme membres de l'équipe un diététicien et un thérapeute en réadaptation ayant accès à du matériel de conditionnement physique. Ils ont souligné également comme modèles des services de désintoxication à domicile ou des lits désignés pour les personnes âgées dans le centre de désintoxication de l'hôpital local.

Tableau 28 : Experts clés : Volets de programmes modèles visant la santé physique

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 25	
Volets de programmes modèles visant la santé physique	Nombre de réponses d'experts clés
Médecin	13
Approche d'équipe	9
Diététiciens	6
Conditionnement physique	5
Désintoxication	4

b) Volets de programmes modèles visant la santé psychologique

De l'avis des experts clés, les services modèles doivent traiter des questions personnelles et psychologiques. Les experts clés ont souligné la nécessité d'avoir des services de counseling qui portent sur des sujets autres que la consommation d'alcool et d'autres drogues, tels la dépression, la solitude, les idées de suicide, l'anxiété et les mauvais traitements. Ils ont souligné l'importance de recourir aux équipes multidisciplinaires comptant du personnel avec expérience et compétence. De plus, un aiguillage vers de tels services, à savoir :

- ◆ des psychologues;
- ◆ des psychiatres;
- ◆ des spécialistes en diagnostic mixte (santé mentale et problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues);
- ◆ des soins spirituels; et
- ◆ des diététiciens.

Les répondants ont accordé de l'importance également aux possibilités de conditionnement physique, d'activités sociales et de liens avec la collectivité.

Tableau 29 : Experts clés : Volets de programmes modèles visant la santé psychologique

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 23	
Volets de programmes modèles visant la santé psychologique	Nombre de réponses d'experts clés
Psychologues	13
Équipe multidisciplinaire	8
Psychiatres	5
Diagnostic mixte	3
Soins spirituels	3
Possibilités sociales	3
Conditionnement physique	2
Conseils sur la nutrition	2

c) Volets de programmes modèles visant les relations interpersonnelles

La famille, les personnes aidantes et les amis jouent souvent un rôle auprès des personnes âgées comme réseau de soutien. Les experts clés ont recommandé que ces personnes participent à l'intervention offerte à la personne âgée, ou qu'elles aient droit également aux services de counseling. Dans bien des cas, les membres de la famille ou les amis ont besoin d'une reconnaissance et d'une aide relativement à leurs efforts d'adaptation et doivent comprendre comment ils peuvent contribuer à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Parfois, à cause des problèmes de santé de la personne âgée ou de la personne aidante, un déménagement s'impose; il faut donc traiter des changements de la dynamique des relations interpersonnelles dans un contexte thérapeutique. Les groupes d'entraide pour la famille et les pairs se trouvaient également parmi les stratégies de programmes recommandées par les experts clés.

Tableau 30 : Experts clés : Volets de programmes modèles visant les relations interpersonnelles

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 23	
Volets de programmes modèles visant les relations interpersonnelles	Nombre de réponses d'experts clés
Offrir des services de traitement	15
Faire participer les pairs et la famille au traitement des personnes âgées	14
Groupes d'entraide pour la famille et les pairs	5

d) Volets de programmes modèles visant les questions sociales et culturelles

Les experts clés ont recommandé de recourir aux pairs aidants pour surmonter les obstacles au traitement ayant trait aux différences culturelles. Au moyen de la collaboration et de l'établissement de liens avec les pairs aidants, les prestataires de services peuvent les aider à appuyer la personne âgée.

Il importe de fournir des services de traitement qui respectent et tiennent compte des différences culturelles. Dans le cas des personnes des Premières nations, il faut reconnaître le principe de la personne âgée, assurant ainsi que les services ne créent pas d'embarras. Des experts clés ont suggéré également des systèmes de copains où les personnes âgées ayant des antécédents comparables se soutiennent mutuellement. Les services d'approche ont également été suggéré comme une méthode efficace pour assurer la sensibilité aux questions culturelles.

De nombreux experts clés ont souligné l'importance de l'éducation et de la sensibilisation pour mieux comprendre les questions culturelles.

Tableau 31 : Experts clés : Volets de programmes modèles visant les questions sociales et culturelles

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 24	
Volets de programmes modèles visant les questions sociales et culturelles	Nombre de réponses d'experts clés
Participation des pairs venant de la culture de la personne aînée	6
Éducation	5
Sensibilisation aux différences culturelles	4
Services d'approche	3

3.2.9 Suivi

a) Défis liés au maintien des gains réalisés au cours du traitement

Le défi le plus courant en ce qui a trait au maintien des gains réalisés au cours du traitement est un retour aux habitudes ou aux situations qui ont contribué à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les personnes aînées risquent :

- ◆ d'avoir un accès continu à la substance de leur choix;
- ◆ de retourner voir le même médecin qui surprescrivait;
- ◆ de se retrouver dans un milieu favorisant la consommation d'alcool et d'autres drogues; et
- ◆ de se trouver isoler.

Si les réseaux sociaux sont fondés sur l'abus de substances, les personnes aînées peuvent faire face à la tâche difficile de créer de nouveaux réseaux sociaux. Pour surmonter de tels défis, les experts clés ont recommandé l'établissement de soutiens sociaux par des programmes de suivi. Les personnes aînées doivent se sentir bien accueillies au sein de programme de groupes cependant, une attention doit être accordée aux besoins liés au transport.

Les personnes aînées peuvent faire face à la perte de leur santé, de leur mobilité, de leur permis de conduire ou de leur indépendance, de leur ouïe, de leur vision et de leurs personnes chères. Il est possible que les clients éprouvent de la douleur physique dans les cas où la consommation avait rapport aux médicaments anti-douleur. Il faut établir et intégrer de nouveaux mécanismes d'adaptation et de

nouvelles stratégies de prévention des rechutes. Les volets d'éducation devraient être en place pour montrer aux clients et à leurs personnes aidantes qu'une rechute est possible, que les problèmes ne prennent pas fin après le traitement, que la récupération est un processus continu et que le maintien fait partie intégrante du traitement.

Tableau 32 : Experts clés : Défis liés au maintien des gains réalisés au cours du traitement

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 25	
Défis liés au maintien des gains réalisés au cours du traitement	Nombre de réponses d'expert clés
Retour aux habitudes ou aux situations antérieures	14
Besoin de soutiens sociaux	13
Affronter les pertes	10
Transport et mobilité	8
Besoin de nouveaux mécanismes d'adaptation	4
Besoin d'éducation sur le processus de traitement des toxicomanies	3

b) Élaboration et mise en oeuvre de programmes de prévention des rechutes

Les experts clés ont souligné la nécessité d'avoir des soutiens communautaires comme élément déterminant afin de maintenir les gains réalisés au cours du traitement. Ces soutiens peuvent prendre différentes formes, dont les groupes de soutien animés par des personnes aînées, les repas livrés à domicile, la participation aux activités paroissiales ou les visites des services d'approche. Il faut d'abord et avant tout éviter de retourner à l'isolement.

Les services doivent prendre l'initiative de communiquer avec les clients au lieu de leur laisser la responsabilité de faire un suivi. Les conseillers devraient être disponibles et facilement accessibles de façon à ce qu'un seul appel téléphonique suffise pour établir à nouveau une relation entre les personnes aînées et leurs soutiens sociaux. Le recours au même conseiller tout au long du traitement et du suivi est utile. Les services doivent s'efforcer de déterminer les facteurs qui risquent de déclencher une rechute et le recours à l'abus, et de préparer une intervention face à ces facteurs.

Plusieurs experts clés ont indiqué l'importance de revoir l'idée de rechute. Les rechutes font naturellement partie d'une réduction dans la consommation, et des répondants ont préconisé la nécessité de normaliser la rechute aux yeux des clients, des familles et des collectivités par une éducation appropriée. Le terme *rechute* peut laisser sous-entendre également une approche axée sur l'abstinence qui, pour bon nombre d'entre eux, ne cadre pas avec la philosophie de réduction des méfaits.

Tableau 33 : Experts clés : Élaboration et mise en oeuvre de programmes de prévention des rechutes

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 24	
Élaboration et mise en oeuvre de programmes de prévention des rechutes	Nombre de réponses d'experts clés
Soutiens communautaires ou sociaux	11
Conseillers accessibles	10
Initiation des contacts de suivi par le conseiller	8
Déterminer les facteurs de déclenchement des rechutes	7
Changer les perceptions sur la rechute	5

c) Soutiens nécessaires après le traitement

Les experts clés ont souligné l'importance d'établir et de maintenir des soutiens sociaux pour réduire l'isolement et contribuer à maintenir les gains réalisés au cours du traitement. La plupart des stratégies efficaces assurent que les personnes âgées prennent part aux activités qui donnent l'impression de participer. Les soutiens sociaux peuvent prendre la forme de groupes d'entraide, de membres de la famille ou d'amis. Les groupes de soutien social qui mettent l'accent sur l'abstinence de la consommation d'alcool et d'autres drogues peuvent également servir comme intervention de soutien après le traitement.

Les services de counseling doivent être accessibles, soit par les lignes secours ou par une politique de porte ouverte. Il faut établir des plans de secours en cas de crises. Finalement, les familles doivent être au courant de ce qui se passe, en n'oubliant pas les défis de la confidentialité, et avoir accès aux soutiens nécessaires.

De nombreux experts clés ont mis en évidence l'importance du suivi médical, car il faut informer les médecins des risques associés à la consommation d'alcool et d'autres drogues par la personne âgée. De plus, des soins et des services à domicile devraient être disponibles.

Tableau 34 : Experts clés : Soutiens nécessaires après le traitement

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 24	
Soutiens nécessaires après le traitement	Nombre de réponses d'experts clés
Soutiens sociaux	17
Facilité d'accès au counseling de suivi	14
Suivi médical	11
Soutiens familiaux	6

3.2.10 Mesures de l'efficacité

a) Processus d'évaluation actuels

Les experts clés ont signalé que les programmes de traitement font le plus souvent l'objet d'une évaluation informelle. Cela comporte habituellement des preuves anecdotiques de l'efficacité qui sont obtenues en déterminant la satisfaction des clients et en évaluant leurs commentaires par rapport aux différents éléments du programme. Certains services ont établi des mesures de résultats comme des statistiques sur le niveau de consommation, la récurrence, le congé et les mesures de la qualité de vie. D'autres se fient à la durée de l'abstinence pour évaluer l'efficacité de leurs services ou programmes.

Tableau 35 : Experts clés : Mesures de l'efficacité

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 21	
Mesures de l'efficacité	Nombre de réponses d'experts clés
Mesures informelles et commentaires	15
Contrôle continu	6
Durée de l'abstinence	2

b) Prise en considération des variables ou des indicateurs de résultats

Des experts clés ont recommandé d'utiliser des indicateurs de résultats qui mesurent les changements dans les tendances de consommation d'alcool et d'autres drogues. Ils ont mentionné que les mesures de la qualité de vie sont des indicateurs parmi les plus valides du succès d'un programme. Celles-ci peuvent comprendre la mesure dans laquelle les clients ont :

- ◆ maintenu les buts de leur traitement;
- ◆ maintenu leurs relations et activités sociales;
- ◆ atteint l'indépendance ou maintenu leur autonomie; et
- ◆ montré une amélioration dans les secteurs clés de leur vie.

Tableau 36 : Experts clés : Variables ou indicateurs d'efficacité

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 22	
Variables ou indicateurs de résultats	Nombre de réponses d'experts clés
Qualité de vie	15
Réduction de la consommation d'alcool et d'autres drogues	10
Satisfaction face aux services	8

c) Mesures pour améliorer les efforts d'évaluation

Plusieurs experts clés ont recommandé la mise sur pieds d'études longitudinales ou comparatives (avant et après le traitement), tandis que d'autres ont recommandé le recours à des mesures qualitatives telles les commentaires, acceptant ainsi des interprétations subjectives des clients au sujet de l'efficacité du service. Les efforts d'évaluation relativement à l'efficacité d'un programme pourraient être améliorés en réacheminant les ressources à la mise en oeuvre de processus d'évaluation adéquats. Les experts clés ont indiqué qu'il faut obtenir plus de renseignements et établir des procédures visant les meilleures pratiques par rapport aux personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les prestataires de services se préoccupent souvent de questions liées à la prestation directe de services, mais hésitent à

mener des évaluations de la fourniture de services. Certains experts clés ont mentionné que l'absence d'outils standardisés qui sont spécifiques aux personnes âgées nuit à l'efficacité de l'évaluation.

Tableau 37 : Experts clés : Mesures améliorant les efforts d'évaluation

Nombre d'experts clés qui ont répondu à la question : 21	
Mesures pour améliorer les efforts d'évaluation	Nombre de réponses d'experts clés
Documentation générale	5
Mesures qualitatives	3
Appliquer des conceptions avant et après la participation au programme	4
Élaborer des outils standardisés	4

4. Meilleures pratiques

Les meilleures pratiques sont basées sur une recension de la documentation et sur la documentation du savoir-faire fourni par les experts clés. Un vaste éventail de questions ont été prises en considération quant à l'accès aux services pour les personnes âgées et à la prestation de ceux-ci. Dans bien des cas, le consensus général était évident en ce qui a trait aux volets essentiels qui sous-tendent des services de traitement et de réadaptation optimaux. Ces énoncés tiennent compte des incidences importantes qu'il faut prendre en considération dans la prestation d'un traitement aux personnes âgées. À mesure que la recherche se poursuivra, il faudra réviser et modifier ces énoncés afin de tenir compte des idées nouvelles et additionnelles au sujet des besoins des personnes âgées et des pratiques fondées sur les résultats. L'ordre des meilleures pratiques ci-dessous suit l'ordre dans lesquelles les questions ont été adressées dans le document.

Meilleure pratique 1 : Médicaments sur ordonnance et médicaments en vente libre

Les personnes âgées peuvent réduire les méfaits possibles pour leur santé en assurant que leurs médecins et leurs pharmaciens sont informés de la totalité des médicaments et des substances consommés, dont les médicaments sur ordonnance, peu importe qui les a prescrits ou la façon dont ils ont été obtenus, les médicaments en vente libre, les herbes médicinales, l'alcool ou les drogues illicites. Dans certains cas, les réactions indésirables aux médicaments peuvent ressembler aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues, mais une surveillance adéquate des médicaments peut contribuer à différencier la cause des symptômes.

Meilleure pratique 2 : Pratiques de prescription

Il faut surveiller les pratiques de prescription. Les exigences de posologie et de médicaments doivent être adressés adéquatement.

Meilleure pratique 3 : Respect des consignes

Les prestataires de services aux personnes âgées doivent s'assurer que les instructions pour prendre les médicaments sont explicites et comprises. Il peut être difficile de se rappeler des consignes verbales données dans le cabinet du médecin. De plus, des réductions possibles de l'ouïe, les petits caractères sur les étiquettes et la terminologie utilisée dans les directives peuvent nuire à la communication au sujet de la consommation du médicament.

Meilleure pratique 4 : Drogues illicites

La consommation de drogues illicites parmi les personnes âgées n'est pas actuellement perçue comme étant un problème. On peut toutefois s'attendre à des problèmes dans l'avenir à mesure que les membres de la génération du baby-boom deviendront des personnes âgées. Il est probable que ce groupe aura une différente expérience avec la cocaïne, la marijuana, l'héroïne et les médicaments sur ordonnance achetés sur le marché illicite. Ces changements pourraient être prévus et la planification devrait avoir lieu en conséquence.

Meilleure pratique 5 : Pertes comme facteurs de risque

L'isolement et les pertes multiples (c.-à-d. la perte d'un membre de la famille, la santé, l'indépendance, les rôles et les réseaux sociaux) sont associés à l'abus de substances chez les personnes âgées. De plus, des pertes continues peuvent présenter des défis à la participation au traitement et au maintien des gains réalisés au cours du traitement.

Meilleure pratique 6 : Dépistage et diagnostic

Les professionnels travaillant avec les personnes âgées devraient recevoir une formation sur le dépistage des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Une formation en techniques de dépistage et en évaluation devrait être offerte au personnel travaillant avec les personnes âgées dans des secteurs qui n'ont aucun rapport à la consommation d'alcool et d'autres drogues pour les aider à reconnaître le besoin de services dans ce domaine. Les prestataires de services ayant obtenu une formation adéquate doivent partager leurs connaissances avec les membres des familles et les clients.

Meilleure pratique 7 : Éducation et formation : professionnels

Les programmes d'éducation pour les professionnels en traitement devraient comprendre des volets de formation spécifiques pour les personnes âgées. Dans le cadre des programmes de traitement associés à l'usage de l'alcool et d'autres drogues, l'importance d'avoir un personnel bien formé a été souligné et la formation devrait traiter de la consommation d'alcool et d'autres drogues et de la gérontologie.

Meilleure pratique 8 : Éducation et formation : public

Il faut sensibiliser et éduquer davantage le public. Les initiatives doivent s'adresser spécifiquement aux personnes âgées au lieu de l'ensemble des adultes.

Meilleure pratique 9 : Sensibilisation aux services

La disponibilité des services de traitement pour les personnes âgées devrait être mieux connue. Les séances d'éducation communautaires et en milieu de travail offrent un forum pour communiquer de l'information sur la consommation d'alcool et d'autres drogues et les services de traitement.

Meilleure pratique 10 : Engagement

L'engagement peut prendre du temps. Une approche non menaçante et sans empressement est utile dans l'établissement d'une relation. Il est important pour les prestataires de services de demeurer souples et d'accepter de fixer un nouveau rendez-vous ou de se rencontrer à domicile.

Meilleure pratique 11 : Évaluation

Les évaluations ne devraient pas porter seulement sur la consommation d'alcool et d'autres drogues, mais elles devraient être exhaustives et comprendre la santé physique et psychologique, les activités sociales, les relations interpersonnelles, le milieu physique et les forces des personnes âgées.

Meilleure pratique 12 : Questions liées au traitement : axée sur le client

Un traitement efficace pour les personnes âgées comporte une approche axée sur le client. Les approches axées sur le client mettent l'accent sur la réduction des méfaits de la consommation d'alcool et d'autres drogues, de même que sur l'amélioration de la qualité de vie. Les personnes âgées sont encouragées à déterminer le rythme, les buts et l'orientation du traitement.

Meilleure pratique 13 : Questions liées au traitement : rôles sociaux

En même temps que les efforts de traitement, les possibilités pour les personnes âgées de remplir des rôles sociaux ou de prendre des responsabilités présentent des avantages. Par exemple, des groupes d'entraide par les pairs favorisent l'espoir, l'établissement de relations sociales et une raison d'être.

Meilleure pratique 14 : Questions liées au traitement : famille et pairs

Les pairs et la famille devraient prendre part aux interventions offertes aux personnes âgées, et devraient avoir droit aux services de counseling. Ils ont besoin d'être reconnus et appuyés dans leurs efforts d'adaptation, et ils ont besoin de comprendre comment ils peuvent par inadvertance contribuer à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

L'établissement et l'utilisation de groupes de soutien pour la famille, les pairs et les personnes aidantes sont des stratégies de programme utiles.

Meilleure pratique 15 : Questions liées au traitement : vie quotidienne

Il faut aborder les besoins de base comme le logement, la nutrition et l'accès aux services médicaux, dans le cadre d'un plan de traitement exhaustif.

Meilleure pratique 16 : Questions liées au traitement : différences socio-culturelles

Les prestataires de services doivent tenir compte de l'environnement socio-culturel. Les personnes aidantes parmi les pairs peuvent aider à surmonter les obstacles au traitement reliés aux différences socio-culturelles au besoin.

Meilleure pratique 17 : Questions liées au traitement : collaboration et communication

La collaboration et la communication entre les professionnels en communauté et les organismes sont essentiels à la prestation de services. Les partenariats communautaires sensibilisent les clients et les gestionnaires de cas relativement à la disponibilité de services importants et sur la façon d'y accéder. Les partenariats jettent également la base pour une meilleure coordination des services et l'élaboration d'un continuum de soins pour les personnes âgées. Les liens et les partenariats qui seront créés seront propres à chaque collectivité et déterminés par ses besoins et ses ressources.

Meilleure pratique 18 : Approches thérapeutiques : services d'approche

Les visites au bureau ou résidentielles peuvent dissuader des personnes âgées de se prévaloir des services de traitement nécessaires. Les services d'approche facilitent la participation des personnes âgées aux activités d'évaluation et de planification du traitement et aide à créer des relations.

Meilleure pratique 19 : Approches thérapeutiques : transport

Le transport est un complément important dans la prestation de services. Lorsque les services d'approche ne sont pas disponibles, la fourniture du transport est une condition minimale.

Meilleure pratique 20 : Approches thérapeutiques : réduction des méfaits

Certaines personnes âgées peuvent être plus réceptives aux approches axées sur la réduction des méfaits, par exemple si le traitement traditionnel axé sur l'abstinence n'a pas réussi. Selon cette perspective l'accent est mis sur la réduction des méfaits attribuables aux problèmes associés à l'usage de l'alcool et d'autres drogues.

Meilleure pratique 21 : Approches thérapeutiques : interventions selon l'âge

Les personnes âgées bénéficient des interventions selon l'âge. Les programmes selon l'âge permettent de mieux comprendre les questions liées au mode de vie, au contexte social, aux préoccupations personnelles et aux questions ayant trait à la santé, et créent un nouveau réseau social.

Meilleure pratique 22 : Approches thérapeutiques : adaptation aux besoins personnels

Les stratégies d'adaptation aux besoins personnels nécessitent l'intégration de différentes approches thérapeutiques. Les personnes ayant des problèmes limités ou moyens attribuables à la consommation d'alcool comprennent la majorité des usagers. Pour ces personnes, un traitement complet n'est pas justifié, mais de brèves interventions peuvent être efficaces. Ces méthodes sont surtout efficaces chez les personnes qui ont commencé à consommer à un âge avancé. Le recours à la thérapie cognitive du comportement est nettement indiqué chez les personnes âgées.

Meilleure pratique 23 : Mesures de l'efficacité

Les efforts d'évaluation de l'efficacité des programmes de traitement seraient améliorés par l'allocation de ressources budgétaires ordinaires aux processus d'évaluation continus. La consultation d'experts clés compétents en recherche est importante dans l'élaboration d'un volet d'évaluation de programme.

5. Inventaire des programmes spécialisés

L'inventaire a pour objectif de décrire les programmes et les services spécialisés qui sont offerts actuellement aux personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Il y a environ 180 programmes généraux au Canada qui offrent des services à la population générale d'adultes, dont les personnes âgées. Ces programmes figurent dans une base de données sur les services de traitement qui peut être consultée au moyen du site Web du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) (www.ccsa.ca/cclat.htm).

Les programmes présentés dans ce document s'adressent uniquement aux personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les programmes spécifiquement offerts aux personnes âgées ont été fournis par 1) la recension de la documentation 2) le Groupe de travail pour le Cadre de responsabilisation et d'évaluation et pour le Plan de recherche pour le Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (TRAT) 3) les experts clés et 4) le site Web du CCLAT.

Le personnel responsable de chaque programme a été contacté et a été demandé de fournir un profil en remplissant un questionnaire qui portait sur les éléments suivants :

- ◆ coordonnées de l'organisme;
- ◆ orientation du traitement;
- ◆ territoire desservi;
- ◆ sources de référence;
- ◆ critères pour le service (inclusion et exclusion);
- ◆ profil de la clientèle desservie;
- ◆ interventions thérapeutiques;
- ◆ soutiens associés au programme;
- ◆ constitution du personnel;
- ◆ formation du personnel;
- ◆ ressources utilisées;
- ◆ référence vers d'autres services;
- ◆ principaux partenariats;
- ◆ coût approximatif du fonctionnement du programme;

- ◆ activités continues de contrôle ou d'évaluation; et
- ◆ rapports ou évaluations.

Les organismes ont approuvé leur profil établi en vue de sa publication dans le présent document. L'inventaire des programmes, énuméré par province de l'ouest à l'est, comprend les programmes suivants :

Colombie-Britannique :

- ◆ Elderly Services Program
- ◆ Seniors Liaison Program
- ◆ Seniors' Substance Awareness Program
- ◆ Seniors Well Aware Program (SWAP)
- ◆ Victoria Innovative Seniors' Treatment and Assessment Program (VISTA)

Alberta :

- ◆ Substance Abuse in Later Life (SAILL)

Manitoba :

- ◆ Substance Use Management, Intervention and Treatment (SUMIT)

Ontario :

- ◆ Community Outreach Program in Addictions (COPA)
- ◆ Lifestyle Enrichment for Senior Adults (LESA)
- ◆ Older Persons Unique Solutions (OPUS-55)
- ◆ St. Joseph's Care Group

Québec :

- ◆ Groupe Harmonie

Nom du programme : Elderly Services Program

Adresse :

Centre de santé mentale
1444, rue Edmonton
Prince George (Colombie-Britannique) V2M 6W5

Téléphone :

(250) 565-7408

Télécopieur :

(250) 565-7416

Personne-ressource :

Louise Holland

Organisme :

Gouvernemental

Orientation du traitement :

Services d'approche, holistique, axée sur le client et la réduction des méfaits (n'exige pas l'abstinence du client)

Territoire desservi :

Services cliniques à Prince George, consultation et éducation dans la région métropolitaine

Sources de référence :

Médecins de famille, soins continus et centre de désintoxication

Critères d'inclusion pour le service :

Personnes âgées de 55 ans et plus ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues

Critères d'exclusion pour le service :

Personnes âgées de 54 ans et moins, ou personne souffrant d'une démence avancée

Profil de la clientèle desservie :

Âge moyen : septuagénaires
Substance(s) prédominante(s) : alcool, médicaments sur ordonnance
Proportion hommes-femmes : H-F 80-20

Interventions en matière de traitement :

Gestion de cas
Conférences de cas de l'équipe multidisciplinaire
Évaluation (sur place et par les services d'approche)
Thérapie individuelle (par les services d'approche)
Éducation (sur place et par les services d'approche)
Suivi et maintien : communique avec le client par intervalles

Soutiens associés au programme :

Logement supervisé
Soins médicaux
Soins résidentiels
Autres : Dans le cadre du logement supervisé, les clients bénéficient de ce qui suit : gestion financière, transport à l'épicerie, rappel pour les médicaments, soins médicaux, programme de repas et loisirs. Des droits de participation sont exigés pour le logement supervisé qui couvrent le loyer, les aliments et des coûts divers.

Nombre d'employés équivalents à temps plein : 0,5

Travailleur social/travailleur des services d'approche : 0,5

Formation ou expérience du spécialiste avec les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues :

Le travailleur a suivi une formation dans le cadre du Victoria Innovative Seniors' Treatment and Assessment Program et a une expérience en gérontologie.

Occasions de formation pour le personnel :

Éducation par les pairs
Formation non structurée ou en cours d'emploi
Consultation avec des experts externes
Domaines de formation spécifiques : loi concernant la prise en tutelle d'adultes
Autres : Le personnel rattaché au logement supervisé a une formation dans les domaines suivants : gérontologie, consommation d'alcool, effets du vieillissement sur le métabolisme, approche axée sur la réduction des méfaits et travailler sans étiquetages.

Ressources principales :

Alternatives: Prevention and Intervention for Alcohol and Drug Problems in Seniors, élaboré par le Community Outreach Program in Addictions and Lifestyle Enrichment for Senior Adults.
Guide intitulé *Choosing to Change*.

Référence vers d'autres services :

Services de soins de longue durée, logement pour les personnes âgées, curateur public, refuge d'urgence et ministère des Ressources humaines (aide au revenu)

Principaux partenariats :

Réseau Older Persons and Alcohol List (OPAAL), Elderly Services Program, santé mentale, médecins et centres de soins de longue durée.

Coût approximatif du fonctionnement du programme :

Aucune mention

Activités continues de contrôle ou d'évaluation :

Aucune mention

Rapports ou évaluations :

Aucune mention

Nom du programme : Seniors Liaison Program

Adresse :

Abbotsford Community Services
2420, avenue Montrose, Abbotsford (Colombie-Britannique)
V2S 3S9

Téléphone :

(604) 870-3762

Télécopieur :

(604) 859-6334

Personne-ressource :

Sharon Elliott

Organisme :

Sans but lucratif

Site Web :

www.abbotsfordcommunityservices.com

Orientation du traitement :

Fournir des services aux personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool ou de drogues (notamment les médicaments sur ordonnance) et la combinaison des deux. Participer activement à l'élaboration et à la transmission d'éducation et d'intervention précoce en matière de consommation d'alcool et d'autres drogues.

Territoire desservi :

Ville d'Abbotsford et les régions périphériques

Sources de référence :

Soins continus, santé mentale, soins hospitaliers de courte durée, pavillon psychiatrique, soutien à domicile, famille, amis et parents

Critères d'inclusion pour le service :

Personnes âgées de 55 ans et plus ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues, ou codépendance d'une personne ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues ou préoccupation de la famille face à un parent ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

Critères d'exclusion pour le service :

Personnes âgées de 54 ans et moins

Profil de la clientèle desservie :

Âge moyen : septuagénaires
Substance(s) prédominante(s) : surtout l'alcool et médicaments sur ordonnance
Proportion hommes-femmes : H-F 60-40

Interventions en matière de traitement :

Gestion de cas
Conférences de cas de l'équipe multidisciplinaire
Évaluation (sur place et par les services d'approche)
Thérapie individuelle (sur place et par les services d'approche)
Thérapie familiale (sur place)
Éducation (par les services d'approche)
Suivi et maintien : communique avec les clients par intervalles
Consultation avec le médecin au sujet d'ordonnances pour le client

Soutiens associés au programme :

Sont accessibles : Meals on Wheels, programme de soutiens aux personnes aidantes, counseling par les pairs et programme d'organisation des repas.

Nombre d'employés équivalents à temps plein : 0,7

Gestion : 0,1
Clinicien/thérapeute : 0,6

Formation ou expérience du spécialiste avec les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues :

Certificat en counseling, consommation d'alcool et d'autres drogues (programme d'un an)

Occasions de formation pour le personnel :

Consultation avec des experts externes

Ressources principales :

Aucune mention

Référence vers d'autres services :

Soins continus, santé mentale, soins hospitaliers de courte durée, services de psychiatrie, soutien à domicile, famille, amis et parents

Principaux partenariats :

Parrains : Ministry of Health Services, Fraser Health Authority
Partenaires communautaires : Soins continus, gestionnaires de cas, santé mentale, soins de courte durée (équipe de soins améliorés), Meals on Wheels, programme d'organisation de repas Lunch with the Bunch, counseling par les pairs Abbotsford et Friendly Visitor Program.

Coût approximatif du fonctionnement du programme :

48 000 \$

Activités continues de contrôle ou d'évaluation :

Information statistique et état d'activités

Rapports ou évaluations :

Aucun disponible

Nom du programme : Seniors' Substance Awareness Program

Adresse :

104 – 1790, 152^e rue
Surrey (Colombie-Britannique) V4A 4N3

Téléphone :

(604) 535-4526

Télécopieur :

(604) 535-4545

Personne-ressource :

Marj Nelson

Organisme :

Sans but lucratif

Orientation du traitement :

Obtenir une société en meilleure santé en réduisant le mauvais usage de l'alcool et des drogues ainsi que leurs effets de dépendance. Cela consiste à jouer un rôle en matière de prévention primaire, secondaire et tertiaire et, au besoin, la réduction des méfaits.

Territoire desservi :

South Fraser Health Region

Sources de référence :

Hôpitaux, médecins (indirectement), familles, travailleurs sociaux, santé mentale, accès direct, autres programmes de traitement pour les personnes ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues, désintoxication, foyers de soins infirmiers et amis

Critères d'inclusion pour le service :

Personnes âgées de 55 ans et plus ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues ou les membres de la famille, les amis et les personnes, peu importe l'âge, qui s'inquiètent d'une personne aînée qui peut être aux prises avec un problème lié à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Ils accepteront les clients âgés de moins de 55 ans, selon les circonstances.

Critères d'exclusion pour le service :

Aucun critère.

Profil de la clientèle desservie :

Âge moyen : de 55 à 65 ans
Substance(s) prédominante(s) : alcool, et parfois, médicaments sur ordonnance
Proportion hommes-femmes : H-F 40-60 (actuellement; peut varié)

Interventions en matière de traitement :

Gestion de cas
Conférences de cas de l'équipe multidisciplinaire
Évaluation (sur place et par les services d'approche)
Thérapie individuelle (sur place et par les services d'approche)
Thérapie familiale (sur place et par les services d'approche)
Éducation (sur place et par les services d'approche)
Groupes de soutien - animés par les cliniciens
Suivi et maintien : contacts avec le client par intervalles

Soutiens associés au programme :

Le système de soins est associé au services de l'alcool et des drogues, B.C., ce qui comprend les services externes et d'approche, les centres de traitement et le rétablissement supervisée

Nombre d'employés équivalents à temps plein : 0,6

Gestion : 0,1
Clinicien/thérapeute : 0,5

Formation ou expérience du spécialiste avec les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues :

Infirmière autorisée, maîtrise en psychologie; pratique clinique de services aux personnes avec des problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues et formation en services d'assistance aux personnes ayant une dépendance à l'alcool ou aux drogues

Occasions de formation pour le personnel :

Séminaires/vidéoconférence
Formation non structurée ou en cours d'emploi
Domaines de formation spécifiques : l'alcool et la famille, les personnes âgées et la loi

Ressources principales :

Provincial Alcohol and Drug Services : Standard and Policy Manual

Référence vers d'autres services :

Désintoxication, autres programmes de traitement pour les personnes ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues, Alcooliques Anonymes, Al-Anon et santé mentale

Principaux partenariats :

Hôpitaux, Surrey Mental Health, Langley Family Services, Maple Cottage Detox, Alcohol and Drug Services BC, Peace Arch Community Services - Addiction Services

Coût approximatif du fonctionnement du programme :

45 000 \$

Activités continues de contrôle ou d'évaluation :

Suivi par téléphone ou par rencontre individuelle

Rapports ou évaluations :

Aucun disponible

Nom du programme : Seniors Well Aware Program (SWAP)

Adresse :

411, rue Dunsmuir, 3^e étage
Vancouver (Colombie-Britannique) V6B 1X4

Téléphone :

(604) 687-7927

Télécopieur :

(604) 669-8294

Personne-ressource :

Denise Bradshaw

Site Web :

www.swapbc.ca

Organisme :

Sans but lucratif

Orientation du traitement :

Aucune mention

Territoire desservi :

Vancouver, Burnaby et New Westminster

Sources de référence :

Ouvert

Critères d'inclusion pour le service :

Personnes âgées de 55 ans et plus.

Critères d'exclusion pour le service :

Aucune mention

Profil de la clientèle desservie :

Âge moyen : 73 ans
Substance(s) prédominante(s) : alcool, benzodiazépines, médicaments en
vente libre
Proportion hommes-femmes : H-F 60-40

Interventions en matière de traitement :

Gestion de cas
Conférences de cas de l'équipe multidisciplinaire
Évaluation (sur place et par les services
d'approche)
Thérapie individuelle (sur place)
Gestion du sevrage (désintoxication) (sur place et par les services
d'approche)

Counseling individuel (sur place et par les services d'approche)
Soutien à la famille (par les services d'approche)
Éducation (sur place et par les services d'approche)
Groupes de soutien - animés par les cliniciens; animés par les pairs
Suivi et maintien : communique avec les clients par intervalles
Groupe de théâtre
Activités sociales

Soutiens associés au programme :

Logement supervisé
Transport
Soins médicaux
Soins résidentiels

Nombre d'employés équivalents à temps plein : Aucune mention

Gestion : 1,0
Clinicien / thérapeute : 1,0
Médecin : 2,0 paiement à l'acte
Infirmière/infirmière praticienne : 2,6

Formation ou expérience du spécialiste avec les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues :

Aucune mention

Formation spécialisée pour le personnel :

Éducation par les pairs
Séminaires/vidéoconférence
Formation non structurée ou en cours d'emploi
Consultation d'experts externes
Domaines de formation spécifiques : gériatrie, santé mentale gériatrique, développement communautaire

Ressources principales :

Alcohol Use Does Not Stop at Your Door; Barriers to Treatment for Older Adults

Référence vers d'autres services :

Variété de services

Principaux partenariats :

Simon Fraser University - service de gérontologie
Vancouver Coastal Health Authority : services de santé communautaires
Fraser Health Authority : santé mentale gériatrique
BC Housing Health Services Program
Centres communautaires pour personnes âgées

Coût approximatif du fonctionnement du programme :

Aucune mention

Activités continues de contrôle ou d'évaluation :

Aucune mention

Rapports ou évaluations :

Aucune mention

Nom du programme : Victoria Innovative Seniors' Treatment and Assessment Program (VISTA)

Adresse :

2828, rue Nanaimo
Victoria (Colombie-Britannique) V8T 4W9

Téléphone :

(250) 953-3966

Télécopieur :

(250) 356-9342

Personne-ressource :

Heather Cook, Gestionnaire des Programmes de psychiatrie gériatrique

Organisme :

Gouvernemental : Regional Health Authority

Orientation du traitement :

VISTA croit que les facteurs physiques, psychologiques, comportementaux, environnementaux et spirituels interagissent dans l'expérience du mieux-être. Ils reconnaissent que c'est particulièrement vrai dans le cas des personnes âgées qui peuvent être prisonnières d'une foule de préoccupations particulières à l'âge, dont le mauvais usage de l'alcool ou de médicaments sur ordonnance, et les questions liées aux mauvais traitements et à la négligence à l'égard des personnes âgées. VISTA appuie différentes approches thérapeutiques qui valorisent les différences individuelles, la responsabilité personnelle et l'auto-détermination. L'objectif de VISTA est de travailler en partenariat avec les autres organismes afin de fournir des services intégrés destinés à répondre aux besoins particuliers des personnes âgées.

Territoire desservi :

Victoria et les environs

Sources de référence :

La référence peut être assurée par n'importe qui, dont la famille, la personne, les organismes et les médecins.

Critères d'inclusion pour le service :

Personnes âgées ayant un problème lié à la consommation d'alcool et d'autres drogues, âgées de plus de 55 ans qui ont besoin de services d'approche.

Critères d'exclusion pour le service :

Personnes âgées de moins de 55 ans

Profil de la clientèle desservie :

Âge moyen : 73 ans
Substance(s) prédominante(s) : alcool
Proportion hommes-femmes : H-F 44-56

Interventions en matière de traitement :

Gestion de cas
Conférences de cas de l'équipe multidisciplinaire
Évaluation (par les services d'approche)
Gestion du sevrage (désintoxication) : (par les services d'approche)
Thérapie individuelle (par les services d'approche)
Thérapie de groupe
Éducation (par les services d'approche)
Groupes de soutien - animés par les cliniciens; animés par les pairs.
Suivi et maintien : communique avec le client par intervalles.

Soutiens associés au programme :

Soins résidentiels

Nombre d'employés équivalents à temps plein : 11

Gestion :	1
Personnel d'administration / de soutien :	1
Clinicien / thérapeute :	7
Médecin / gériatre :	1
Infirmière; infirmière praticienne :	1
Travailleurs des services d'approche - tous les cliniciens, l'infirmière et le médecin (au besoin)	

Formation ou expérience du spécialiste avec les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues :

Aucune mention

Occasions de formation pour le personnel :

Éducation par les pairs
Séminaires/vidéoconférence
Formation non structurée ou en cours d'emploi
Consultation d'experts externes
Formation à l'utilisation d'instruments d'évaluation

Ressources principales :

Ressources éducatives élaborées pour les personnes âgées et les autres prestataires de soins de santé.

Référence vers d'autres services :

Programmes de psychiatrie gériatrique pour les personnes hospitalisées, soins de longue durée, services de soutien à domicile, services d'approche pour les personnes âgées, *Cool Aid* et programmes de jour.

Principaux partenariats :

Parrains : Victoria Gerontology Association, programmes de santé pour les personnes âgées de Capital Health Region.

Financement : Programmes de soins continus, Ministry of Health Continuing Care Programs, Capital Health Region

Partenaires communautaires : Capital Health Region; programmes de soins primaires et communautaires, soins de longue durée, soins à domicile, réadaptation communautaire, nutrition, équipe d'intervention rapide, liaison avec les hôpitaux, personnel hospitalier des soins de courte durée, centres de soins résidentiels, organismes de soutien à domicile, Elderly Outreach Service, Oak Bay Lodge, Anciens Combattants Canada, Capital Region Housing, conseillers du groupe de pairs pour les personnes âgées et Silver Threads Service.

Coût approximatif du fonctionnement du programme :

430 000 \$ par année

Activités continues de contrôle ou d'évaluation :

Aucun mécanisme formel d'évaluation continu

Rapports ou évaluations :

Aucun

Nom du programme : Substance Abuse in Later Life (SAILL)

Adresse :

Rockyview General Hospital
Seniors Health Acute Care Outpatient Department
7007 - 14^e rue, Sud-Ouest, Calgary (Alberta) T2V 1P9

Téléphone :

(403) 541-3441

Télécopieur :

(403) 212-1230

Personnes-ressource :

Christine Saltuklaroglu; Linda Hutchings; Heather McHugh

Organisme :

Gouvernemental

Orientation du traitement :

Le programme SAILL a pour mission d'offrir des approches thérapeutiques souples qui sont conçues pour réduire les effets de l'abus de substances à un âge avancé et pour améliorer la qualité de vie mentale, physique, sociale et spirituelle. Pour réaliser cette mission, une philosophie de réduction des méfaits a été adoptée qui a comme objectif l'abstinence complète, mais qui cherche également à réduire le mauvais usage de substances et à limiter les effets néfastes lorsque l'abstinence n'est pas réalisée.

Territoire desservi :

Région de santé de Calgary

Sources de référence :

SAILL peut recevoir des demandes de service des familles, des prestataires de soins à domicile, d'autres médecins, des services aux personnes hospitalisées de Rockyview General Hospital ou d'autres hôpitaux, d'organismes communautaires et de travailleurs sociaux. Chaque demande de service doit être éventuellement accompagnée d'une demande adressée par le médecin de famille.

Critères d'inclusion pour le service :

Personnes âgées de 60 ans et plus ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues

Critères d'exclusion pour le service :

Personnes qui sont dans un centre de soins de longue durée ou qui souffrent d'un problème de démence modérée ou avancée, ou qui ont des troubles auditifs graves.

Profil de la clientèle desservie :

Âge moyen : 74 ou 75 ans
Substance(s) prédominante(s) : alcool dans 90 % des cas, médicaments sur ordonnance dans certains cas
Proportion hommes-femmes : H-F 35-65

Interventions en matière de traitement :

Gestion de cas
Conférences de cas de l'équipe multidisciplinaire
Évaluation (sur place et par les services d'approche)
Thérapie individuelle (sur place et par les services d'approche)
Thérapie de groupe (sur place)
Thérapie familiale (sur place)
Éducation (sur place et par les services d'approche)
Suivi et maintien : communique avec les clients par intervalles et tenue d'un dîner de soutien social chaque mois pour les anciens et nouveaux participants au programme.

Soutiens associés aux programmes :

Soins médicaux

Nombre d'employés équivalents à temps plein :	1,5 jusqu'à mars 2002
Clinicien/thérapeute	1,5 jusqu'à mars 2002
Psychologue	accessible au besoin
Psychiatre	accessible au besoin
Médecin	1 est accessible
Infirmière; infirmière praticienne	0,2 (compris dans clinicien ci-dessus)

Formation ou expérience du spécialiste avec les aînés ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues :

Tous ont suivi des séances internes et d'éducation (0,2 inf. aut.; 0,5 maîtrise en service social; 0,8 ergothérapeute).

Occasions de formation pour le personnel :

Éducation par les pairs
Formation non structurée ou en cours d'emploi
Consultation d'experts externes

Ressources principales :

Practising Harm Reduction Psychotherapy (par Patt Denning); Changing for Good (par Prochaska); Behavioural Couples Therapy for Alcoholism (par Rotunda & O'Farrell)
Alcohol Use Disorders Identification Test; Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) - Geriatric Version; plusieurs documents d'information, exercices et vidéos par leur volet de groupe d'éducation

Référence vers d'autres services :

Alberta Alcohol & Drug Abuse Commission, Alcooliques Anonymes et centres ayant des programmes de désintoxication

Principaux partenariats :

Réseau Older Persons and Alcohol List (OPAAL), *Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission*, consultation gériatrique en matière de santé pour les personnes âgées de la Calgary Health Region et services de santé mentale

Coût approximatif du fonctionnement du programme :

Aucune mention

Activités continues de contrôle ou d'évaluation :

Aucune mention

Rapports ou évaluations :

Aucune mention

Nom du programme : Substance Use Management, Intervention and Treatment (SUMIT)

Adresse :

Seven Oaks General Hospital
2300, rue McPhillips, Winnipeg (Manitoba) R2V 3M3

Téléphone :

(204) 632-3106

Télécopieur :

(204) 632-8896

Personnes-ressource :

Maureen Boyce; Jill Overwater

Site Web :

www.sogh.winnipeg.mb.ca/rehab.html

Organisme :

Gouvernemental

Orientation du traitement :

Un programme accessible pour les personnes éprouvant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues, dont les médicaments sur ordonnance. SUMIT cherche à répondre aux besoins des personnes qui ont souffert à cause d'un mauvais usage de substances chimiques. Le programme vise également à répondre aux besoins de la famille et des amis de ces personnes.

Territoire desservi :

La communauté du *Seven Oaks General Hospital*, à Winnipeg Nord.

Sources de référence :

Les médecins de famille, les prestataires de soins à domicile, les familles et les personnes elles-mêmes et la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances.

Critères d'inclusion pour le service :

Personnes âgées de 55 ans et plus et disposées à travailler en vue d'atteindre l'abstinence ou d'établir un but de diminution de leur consommation d'alcool ou d'autres drogues.

Critères d'exclusion pour le service :

Personnes âgées de 54 ans et moins et celles qui vivent à l'extérieur de la zone desservie par l'hôpital.

Profil de la clientèle desservie :

Âge moyen : de 55 à 80 ans
Substance(s) prédominante(s) : alcool, médicaments sur ordonnance
Proportion hommes-femmes : H-F 14-8

Interventions en matière de traitement :

Gestion de cas
Évaluation (sur place)
Gestion du sevrage (désint.) (sur place)
Thérapie individuelle (sur place)
Thérapie de groupe (sur place)
Éducation (sur place et par les services d'approche)
Groupes de soutien - animés par les cliniciens
Groupes de soutien - animés par les pairs
Suivi et maintien : communique avec les clients par intervalles

Soutiens associés au programme :

Transport

Nombre d'employés équivalents à temps plein : 0,1
Clinicien/thérapeute 0,1
Infirmière; infirmière praticienne 0,1
(compris dans cliniciens
ci-dessus)

Formation ou expérience du spécialiste avec les aînés ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues :

Aucune mention

Occasions de formation pour le personnel :

Éducation par les pairs
Séminaires/vidéoconférence
Formation non structurée ou en cours d'emploi
Consultation d'experts externes
Domaines de formation spécifiques : cours à la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances

Ressources principales :

Dépliant sur le programme élaboré par le personnel.

Référence vers d'autres services :

Christy House Family Program de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances; et l'unité de sevrage du Winnipeg Health Science Centre.

Principaux partenariats :

Conseiller en matière de problèmes de jeu chez les personnes âgées à la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, infirmière de triage à l'unité de sevrage, le réseau du projet de santé national Seeking Solutions.

Coût approximatif du fonctionnement du programme :

Aucun budget pour le programme; le personnel est payé à partir d'un autre budget.

Activités continues de contrôle ou d'évaluation :

Aucune

Rapports ou évaluations :

Aucun disponible

Nom du programme : Community Outreach Program in Addictions - (COPA)

Adresse :

27, avenue Roncesvalles, bureau 407
Toronto (Ontario) M6R 3B2

Téléphone :

(416) 516-2982

Télécopieur :

(416) 516-2984

Personne-ressource :

Eileen McKee

Organisme :

Sans but lucratif

Orientation du traitement :

Un organisme communautaire qui aide les personnes âgées et d'autres personnes dans leur collectivité à traiter les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues par l'entremise des programmes d'approche innovateurs et ne posant aucun jugement.

Territoire desservi :

Toronto

Sources de référence :

La santé publique, les centres d'accès aux soins communautaires, les hôpitaux, les services aux victimes, le système judiciaire, les tribunaux de santé mentale, la famille, les services et les organismes communautaires, les médecins de famille, les infirmières, les coordonnateurs de soins, le logement subventionné pour les personnes âgées, les résidences pour personnes âgées, les chauffeurs de taxis, les policiers, les service de probation et les libérations conditionnelles.

Critères d'inclusion pour le service :

Personnes âgées de 55 ans ou plus, vivant entre la rivière Humber et Bathurst, au sud de Bloor, ou les personnes qui peuvent se rendre à l'un de nos quatre bureaux satellites.

Critères d'exclusion pour le service :

Personnes âgées de 54 ans ou moins ou les personnes présentant un risque de violence.

Profil de la clientèle desservie :

Âge moyen : aucune mention
Substance(s) prédominante(s) : alcool, médicaments sur ordonnance
Proportion hommes-femmes : H-F 2-1

Interventions en matière de traitement :

Gestion de cas
Conférences de cas de l'équipe multidisciplinaire
Évaluation (par les services d'approche)
Thérapie individuelle (par les services d'approche)
Thérapie de groupe (par les services d'approche)
Thérapie familiale (sur place)
Éducation (par les services d'approche)
Groupes de soutien - animés par les cliniciens
Suivi et maintien : communique avec les clients par intervalles

Soutiens associés au programme :

Aide au transport

Nombre d'employés équivalents à temps plein : 5,0

Gestion : 1
Personnel d'administration/de soutien : 1
Travailleurs des services d'approche : 3

Formation ou expérience du spécialiste avec les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues :

Les travailleurs des services d'approche ont une formation en gérontologie, en travail communautaire et en matières de problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

Occasions de formation pour le personnel :

Éducation par les pairs
Séminaires/vidéoconférence
Formation non structurée ou en cours d'emploi
Domaines de formation spécifiques : brève intervention, mauvais traitements infligés aux personnes âgées, technique d'entrevue motivationnelle et techniques de counseling

Ressources principales :

Trousse *Alternatives*

Référence vers d'autres services :

Les services pour les personnes âgées dans la région. Meals on Wheels, l'hôpital de jour, les centres d'accès aux soins communautaires, le programme gériatrique régional pour les évaluations psychiatriques à domicile, la physiothérapie, l'ergothérapie et tout service qui fait des visites à domicile.

Principaux partenariats :

Services de lutte contre les dépendances, les services de visite à domicile, les services communautaires et médicaux et les services de gérontologie.

Coût approximatif du fonctionnement du programme :

Aucune mention

Activités continues de contrôle ou d'évaluation :

Aucune mention

Rapports ou évaluations :

Aucune mention

Nom du programme : Programme d'enrichissement de la vie des aînés (LESA)

Adresse :

Centre de santé communautaire du centre-ville
420, rue Cooper, Ottawa (Ontario) K2P 2N6

Téléphone :

(613) 233-5430

Télécopieur :

(613) 233-2062

Personne-ressource :

Betty MacGregor

Organisme :

Sans but lucratif

Orientation du traitement :

Holistique, centrée sur la clientèle, et approche axée sur la réduction des méfaits

Territoire desservi :

Région d'Ottawa

Sources de référence :

Prestataires de soins de santé, 45 %; client et famille, 25 %; autres organismes de traitement des problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues, 20 %; et autres, 10 %.

Critères d'inclusion pour le service :

Personnes âgées de 55 ans et plus

Critères d'exclusion pour le service :

Personnes âgées de 54 ans et moins

Profil de la clientèle desservie :

Âge moyen : de 55 à 96 ans

Substance(s) prédominante(s) : alcool, médicaments sur ordonnance

Proportion hommes-femmes : H-F 50-50.

Interventions en matière de traitement :

Gestion de cas

Conférences de cas de l'équipe multidisciplinaire

Évaluation (sur place et par les services d'approche)

Gestion du sevrage (désintoxication) : (par les services d'approche)

Thérapie individuelle	(sur place et par les services d'approche)
Thérapie de groupe	(sur place et par les services d'approche)
Thérapie familiale	(sur place et par les services d'approche)
Éducation	(sur place et par les services d'approche)
Suivi et maintien : communique avec les clients par intervalles	
Sorties sociales et récréatives	

Soutiens associés au programme :

Transport

Nombre d'employés équivalents à temps plein :	5
Gestion :	1
Personnel d'administration/de soutien :	1
Clinicien/thérapeute :	3
Infirmière; infirmière praticienne :	1 des 3 cliniciens
Travailleurs des services d'approche :	3 des 3 cliniciens

Formation ou expérience du spécialiste avec les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues :

Soins infirmiers. Maîtrise en counseling. Maîtrise en service social.

Occasions de formation pour le personnel :

Éducation par les pairs
Séminaires/vidéoconférence
Formation non structurée ou en cours d'emploi
Consultation d'experts externes
Ateliers sur les soins à l'intention des personnes aidantes, sur la gestion de cas, et entraînement à la réanimation cardio-pulmonaire, de même que sur les problèmes concomitants, les soins infirmiers gériatriques, la violence et les mauvais traitements.

Ressources principales :

Deux documents élaborés par le Programme d'enrichissement de la vie des aînés, le Community Outreach Program in Addictions, et le Centre de toxicomanie et de la santé mentale (CTSM) et (*Alternatives* et *Choosing to Change*). Le document de recherche *The Client Speaks* élaboré par le Programme d'enrichissement de la vie des aînés et le Centre de toxicomanie et de la santé mentale.

Référence vers d'autres services :

Autres organismes de lutte contre les dépendances et services gériatriques.

Principaux partenariats :

Les services psychogériatriques, services gériatriques régionaux, le Conseil sur le vieillissement, le Centre de toxicomanie et de la santé mentale (CTSM), le Service de santé d'Ottawa, les autres centres de santé communautaires, les hôpitaux, les organismes de lutte contre les dépendances, les centres d'accès aux soins communautaires, l'Association canadienne pour la santé mentale, les résidences pour personnes âgées et les centres de soins de longue durée.

Coût approximatif du fonctionnement du programme :

300 006 \$

Activités continues de contrôle ou d'évaluation :

Collaboration avec l'Université d'Ottawa à l'élaboration d'outils conviviaux pour saisir les changements comme la qualité de vie (changements affectifs), l'isolement et la solitude, de même que les *méfaits réduits* et la disposition du client à changer.

Rapports ou évaluations :

Participatory Research on Innovative Addictions Treatment for Older Adults: Clients of the LESA Program Describe What Makes a Difference par P. West and K. Graham; et *A Harm Reduction Approach to Treating Older Adults: The Clients Speak* par K. Graham, P. J. Brett et J. Baron.

Nom du programme : OPUS-55 (Older Persons Unique Solutions)

Adresse :

Centre de toxicomanie et de la santé mentale
33, rue Russell, Toronto (Ontario) M5S 2S1

Téléphone :

(416) 595-6128

Télécopieur :

(416) 595-6619

Personne-ressource :

Aucune mention

Organisme :

Sans but lucratif

Orientation du traitement :

OPUS 55 adopte une philosophie de réduction des méfaits et offre des soins centrés sur le client par une combinaison éclectique de thérapie du récit, de thérapie axée sur la recherche de solutions, de thérapie cognitive et de thérapie de modification des comportements.

Territoire desservi :

Toronto

Sources de référence :

Les clients doivent accéder au service eux-mêmes. S'il y a des obstacles comme la langue ou la culture ou des troubles auditifs, l'accès peut être facilité par d'autres personnes. Les autres personnes demandant le service (famille, prestataires de soins à domicile) sont encouragés à amener le client à demander lui-même le service.

Critères d'inclusion pour le service :

Personnes âgées de 55 et plus ayant un problème attribuable à la consommation d'alcool et d'autres drogues

Critères d'exclusion pour le service :

Personnes âgées de 54 ans et moins

Profil de la clientèle desservie :

Âge moyen : 69
Substance(s) prédominante(s) : alcool, médicaments sur ordonnance
Proportion hommes-femmes : H-F 1-2

Interventions en matière de traitement :

Gestion de cas
Conférences de cas de l'équipe multidisciplinaire
Évaluation (sur place)
Thérapie individuelle (sur place)
Thérapie de groupe (sur place)
Thérapie familiale (sur place)
Éducation (sur place)

Soutiens associés au programme :

Logement supervisé
Transport
Soins résidentiels
Autres : La gestion du sevrage offert par Le Centre de toxicomanie et de la santé mentale

Nombre d'employés équivalents à temps plein : 1,0

Gestion : 0,4

Clinicien/thérapeute : 0,6

Formation ou expérience du spécialiste avec les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues :

Le clinicien est un infirmier autorisé et un travailleur social ayant une formation en thérapie du récit, en thérapie axée sur la recherche de solutions, en thérapie cognitive et en mauvais usage de substances.

Occasions de formation pour le personnel :

Séminaires/vidéoconférence
Domaines de formation spécifiques : l'éducation sur la gérontologie, la psychiatrie gériatrique et les personnes âgées ayant des problèmes de mauvais usage des substances.

Ressources principales :

Choosing to Change (guide)
Vidéo *Small Steps*, en voie d'élaboration
Site Web en voie de construction

Référence vers d'autres services :

Les autres programmes au Centre de toxicomanie et de la santé mentale.
Les employés peuvent aider les clients à accéder aux médecins.

Principaux partenariats :

Riverdale Hospital, Community Outreach Program in Addictions, Project Advisory Committee for “Seeking Solutions: Canadian Community Action for Seniors and Alcohol Abuse”.

Coût approximatif du fonctionnement du programme :

Aucune mention

Activités continues de contrôle ou d'évaluation :

Aucune mention

Rapports ou évaluations :

Aucune mention

Nom du programme : St. Joseph's Care Group – Addiction Services – Older Adults Program

Adresse :

Sister Margaret Smith Centre
C. P. 3251, succursale "P", Thunder Bay (Ontario) P7B 5G7

Téléphone :

(807) 343-2425

Télécopieur :

(807) 343-9447

Personne-ressource :

Wendy Dolan

Organisme :

Sans but lucratif

Orientation du programme :

Programme axé sur le client qui fait appel au modèle de réduction des méfaits. Le client peut choisir ses buts, l'abstinence n'est pas obligatoire. Le rythme du programme est adapté en fonction des clients. Le programme offre du counseling et est fondé sur les compétences.

Territoire desservi :

Région du nord-ouest de l'Ontario.

Sources de référence :

Le réseau d'évaluation et de référence en matière de lutte contre les dépendances du nord de l'Ontario; les médecins; l'accès direct et les organismes qui ont pour mandat de travailler avec les personnes âgées.

Critères d'inclusion pour le service :

Être capable de fonctionner à l'intérieur du programme. Il doit s'agir d'un adulte plus âgé, l'âge se rapportant à l'âge qu'il semble avoir plutôt qu'à l'âge chronologique.

Critères d'exclusion pour le service :

Un diagnostic du syndrome de Korsakoff ou de démence avancée.

Profil de la clientèle desservie :

Âge moyen : milieu de la soixantaine
Substance(s) prédominante(s) : alcool, médicaments sur ordonnance
Proportion hommes-femmes : en désintoxication : plus d'hommes que de femmes
en traitement : 50-50.

Interventions en matière de traitement :

- Gestion de cas
- Conférences de cas de l'équipe multidisciplinaire
- Évaluation (sur place et par les services d'approche)
- Gestion du sevrage (désintoxication) : (sur place et par les services d'approche)
- Thérapie individuelle (sur place et par les services d'approche)
- Thérapie de groupe (sur place)
- Thérapie familiale (sur place)
- Éducation (sur place et par les services d'approche)
- Groupes de soutien - animés par les cliniciens
- Suivi et maintien : un groupe continu à composition non limitée

Soutiens associés au programme :

- Transport
- Soins médicaux
- Soins résidentiels

Nombre d'employés équivalents à temps plein : 3

- Clinicien/thérapeute : 3
- Médecin : 1 fois par semaine
- Travailleurs des services d'approche : 3 des 3 cliniciens

Formation ou expérience du spécialiste avec les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues :

Cours en gérontologie et formation dans le domaine des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues

Occasions de formation pour le personnel :

- Éducation par les pairs
- Séminaires/vidéoconférence
- Formation non structurée ou en cours d'emploi
- Consultation d'experts clés externes
- Domaines de formation spécifiques : cours de gérontologie par téléconférence; formation sur le développement communautaire

Ressources principales :

Un ensemble de programmes d'éducation et d'intervention précoce; et une trousse de formation pour les personnes aidantes

Référence vers d'autres services :

Le programme de suivi pour les personnes âgées si ces dernières viennent de Thunder Bay, autrement tout programme de counseling pour les personnes ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues dans leur collectivité périphérique. Un sommaire de renvoi est envoyé au médecin avec la permission du client.

Principaux partenariats :

Projet de santé national: Seeking Solutions; tout organisme communautaire travaillant avec des groupes de clients.

Coût approximatif du fonctionnement du programme :

Aucune mention

Activités continues de contrôle ou d'évaluation :

Aucune mention

Rapports ou évaluations :

Aucune mention

Nom du programme : Groupe Harmonie

Adresse :

1801, boul. Maisonneuve Ouest, bureau 500
Montréal (Québec) H3H 1J9

Téléphone :

(514) 939-2640

Télécopieur :

(514) 934-3776

Personne-ressource :

Lise Thérien

Site Web :

www.iquebec.ifrance.com/grharmonie/accueil.html

Organisme :

Sans but lucratif

Orientation du traitement :

Venir en aide aux personnes âgées de 55 ans et plus ayant des problèmes attribuables à la consommation de médicaments, d'alcool ou d'autres drogues.

Territoire desservi :

Centre-ville de Montréal - CLSC Métro, Saint-Henri, Petite Bourgogne et Pointe Saint-Charles.

Sources de référence :

L'accès direct, les médecins, les travailleurs sociaux et les hôpitaux

Critères d'inclusion pour le service :

Personnes âgées de 55 ans et plus qui n'ont pas fait l'objet d'un diagnostic pour une affection médicale grave.

Critères d'exclusion pour le service :

Personnes ayant des problèmes de santé mentale avancées ou des idées suicidaires.

Profil de la clientèle desservie :

Âge moyen : H-F 68 ans - 70 ans (services à domicile)

H-F 62 ans - 59 ans (thérapie brève)

Substance(s) prédominante(s) : alcool

Proportion hommes-femmes : H-F 50-50

Interventions en matière de traitement :

Gestion de cas

Conférences de cas de l'équipe multidisciplinaire

Évaluation (sur place et par les services d'approche)

Thérapie individuelle (sur place et par les services d'approche)

Thérapie familiale (sur place et par les services d'approche)

Éducation (par les services d'approche)

Suivi et maintien : communique avec les clients par intervalles

Autres : Offrir une consultation et une éducation aux professionnels, et des services de soutien à domicile aux clients et à leurs famille.

Soutiens associés au programme :

Aucun

Nombre d'employés équivalents à temps plein : 2

Personnel d'administration/de soutien 1

Clinicien/thérapeute 1 (comme ci-dessus)

Formation ou expérience du spécialiste avec les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues :

Aucune mention

Occasions de formation pour le personnel :

Séminaires/vidéoconférence

Ressources principales :

Aucune mention

Référence vers d'autres services :

Les centres de réadaptation, les centres de la santé mentale et les haltes-accueil, ainsi que les médecins locaux du Centre locaux des services communautaires (CLSC) dans la région du client.

Principaux partenariats :

Aucune mention

Coût approximatif du fonctionnement du programme :

Aucune mention

Activités continues de contrôle ou d'évaluation :

Aucune mention

Rapports ou évaluations :

Aucune mention

6. Considérations importantes

6.1 Considérations générales

- ◆ Chez les personnes âgées, les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues qui sont observés le plus souvent se rapportent à la consommation d'alcool, mais également aux médicaments dispensés sur ordonnance. Même si les drogues illicites ne présentent pas actuellement un problème important pour les personnes âgées, il est prévu que les problèmes attribuables à leur consommation se manifesteront à mesure que les membres de la génération du baby-boom deviendront des personnes âgées.
- ◆ Les symptômes de la consommation d'alcool et d'autres drogues peuvent ressembler à ceux de troubles chroniques. Les professionnels et le public ont besoin d'une meilleure éducation face à cette problématique.
- ◆ Les personnes qui commencent à consommer de l'alcool à un jeune âge forment près des deux tiers des consommateurs excessifs chez les personnes âgées, tandis que les personnes ayant commencé à consommer de l'alcool à un âge avancé forment le tiers. Les personnes qui commencent à consommer de l'alcool à un jeune âge sont portées à avoir moins de soutiens sociaux que les personnes ayant commencé à consommer de l'alcool à un âge avancé.
- ◆ La famille, les médecins et les pharmaciens devraient contrôler la consommation de médicaments et devraient connaître la consommation simultanée d'alcool et d'autres médicaments dispensés sur ordonnance, de médicaments en vente libre ou d'herbes médicinales.
- ◆ Les directives pour les médicaments dispensés sur ordonnance devraient être claires et tenir compte des troubles possibles d'audition ainsi que de la difficulté à lire les petits caractères sur les étiquettes ou à comprendre la terminologie.
- ◆ Les facteurs de risque pour les personnes âgées comprennent les pertes multiples comme la perte de la santé, de l'indépendance et des membres de famille et amis. Ces pertes peuvent contribuer à l'isolement social et à la solitude. L'établissement de relations et de réseaux sociaux est un aspect important du traitement.
- ◆ Les interventions selon l'âge sont bénéfiques pour les personnes âgées et parfois elles devront être offertes à un rythme plus lent.

- ◆ Les interventions brèves qui préconisent la sensibilisation et encouragent la motivation à changer sont bénéfiques pour les personnes âgées ayant des problèmes faibles ou moyens attribuables à la consommation d'alcool.
- ◆ Les personnes âgées bénéficient de services d'approche qui suivent une démarche de traitement et de réduction des méfaits holistique et centrée sur le client qui vise à améliorer la qualité de vie globale.

6.2 Considérations futures en matière de recherche

- ◆ En plus de la recherche publiée, de nombreux organismes mènent des évaluations, mais les impriment seulement sous la forme de documents de travail ou de planification. Dans la même veine, les documents gouvernementaux ne sont pas toujours cités dans les bases de données spécialisées. Une telle *documentation grise* n'est pas toujours disponible pour les chercheurs ou les agents de planification de programmes dans leur examen ou planification des meilleures pratiques. Les programmes de traitement devraient assurer l'élaboration et la formulation d'approches adéquates de collecte de données ainsi que d'une méthode pour partager et diffuser cette information.
- ◆ Il manque une théorie claire de développement qui se rapporte au domaine des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les chercheurs et les cliniciens ont appliqué ou adapté les modèles théoriques de leurs domaines de formation respectifs à ce domaine. De nombreux experts clés ont souligné le besoin d'établir un cadre de travail qui tient compte des expériences particulières des personnes âgées et des facteurs qui contribuent à leurs problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.
- ◆ Il faut poursuivre la recherche pour élaborer ou modifier des outils d'évaluation standardisés. Il existe peu d'instruments standardisés qui sont conçus spécifiquement en vue d'une utilisation avec les personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Il faudra peut-être modifier ou adapter les critères utilisés par différentes mesures pour dépister les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues pour mieux refléter la situation et les besoins des personnes âgées.
- ◆ Il faut mener également une recherche dans le traitement pharmacologique des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les personnes âgées. Même si la recherche a établi différents agents pour aider les adultes plus jeunes, ces interventions n'ont pas été suffisamment éprouvées auprès des personnes âgées pour déterminer leur efficacité éventuelle.

- ◆ Cette recension de la documentation ne peut pas être considérée comme étant une analyse définitive des liens entre, d'une part, les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues et, d'autre part, la gérontologie. L'accent est mis sur la documentation portant sur les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Toutefois, la recension identifie plusieurs liens justifiant le besoin de recherches futures.

6.3 Considérations futures en matière de politiques générales

- ◆ Les prestataires de service devraient recevoir une formation en gérontologie et sur les questions liées à la consommation d'alcool et d'autres drogues.
- ◆ La collaboration et la communication parmi les professionnels aident à assurer la prestation de services intégrés et contribuent à un continuum complet de soins aux personnes âgées.
- ◆ Il faut intégrer à un plan de prestation des services les évaluations de programmes menées par le personnel de recherche compétent.
- ◆ Il faudrait revoir régulièrement les meilleures pratiques à mesure que la recherche dans ce domaine se poursuit. Comme les personnes âgées ne sont pas une population homogène, il faudra adapter les conclusions et les recommandations formulées dans le présent document aux changements à l'intérieur de cette population.

Références

- Adams, W.L., Barry, K.L. et Fleming, M.F. (1996). Screening for problem drinking in older primary care patients. *Journal of the American Medical Association*, 276(24), 1964-1967.
- Adams, W.L., Magruder-Habib, K., Trued, S. et Broome, H.L. (1992). Alcohol abuse in elderly emergency department patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 40(12), 1236-1240.
- Adams, W.L., Zhong, Y., Barboriak, J.J. et Rimm, A.A. (1993). Alcohol-related hospitalizations of elderly people. *Journal of the American Medical Association*, 270(10), 1222-1225.
- Addictions Foundation of Manitoba (1995). *Seniors and addiction, the challenge to professionals: Aging without addiction*. Winnipeg : Addictions Foundation of Manitoba.
- Affaires indiennes et du Nord Canada (2000). *Développement social - Indicateurs de santé et indicateurs sociaux*. (http://www.ainc-inac.gc.ca/gs/soci_f.html)
- Allen, D.N. et Landis, R.K.B. (1997) Substance abuse in elderly individuals. Dans : P.D. Nussbaum (éd.) *Handbook of Neuropsychology and Aging. Critical Issues in Neuropsychology* (pp. 111-137). New York, NY : Plenum Press.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^e édition). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Anetzberger, G.J. et Korbin, J.E. (1994). Alcoholism and elder abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 9(2), 184-193.
- Atkinson, R.M. (1990). Aging and alcohol use disorders: Diagnostic issues in the elderly. *International Psychogeriatrics*, 2, 55-72.
- Atkinson, R.M., et Ganzini, L. (1994). Substance abuse. Dans : E.C. Coffey et J.L. Cummings (éds.), *Textbook of Geriatric Neuropsychiatry*. Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Atkinson, R. M., Ganzini, L., & Bernstein, M.J. (1992). Alcohol and substance-use disorders in the elderly. Dans : J. E. Birren, R. B. Sloane, & G. D. Cohen (éds), *Handbook of Mental Health and Aging, Second Edition* (pp 515-555). San Diego, CA : Academic Press.

- Banks, S.M., Pandiani, J.A., Schact, L.M. et Gauvin, L.M. (2000). Age and mortality among white, male problem drinkers. *Addiction*, 95(8), 1249-1254.
- Barnea, Z. et Teichman, M. (1994). Substance misuse and abuse among the elderly: Implications for social work intervention. *Journal of Gerontological Social Work*, 21(3/4), 133-148.
- Baron, J. et Carver, V. (1997). Substance abuse and older clients. Dans : S. Harrison et V. Carver (éds.) *Alcohol and Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors* (pp. 271-291). Toronto : Addiction Research Foundation.
- Bergob, M. (1994). L'usage des médicaments chez les Canadiens âgés, *Tendances sociales*, été, 25-29.
- Birk, D.M. (1996). Putting the gold back in the golden years. Dans : J. Cautela et W. Ishaq (éds.) *Contemporary Issues in Behavior Therapy: Improving the Human Condition* (pp. 383-399). New York, NY : Plenum Press.
- Blow, F. et Barry, K. (2000). Older patients with at-risk and problem drinking patterns: New developments in brief interventions. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 13(3), 115-123.
- Blow, F., Cook, C.L., Booth, B.M., Falcon, S.P., & Friedman, M.J. (1992). Age-related psychiatric comorbidities and level of functioning in alcoholic veterans seeking outpatient treatment. *Hospital Community Psychiatry*, 43(10), 990-995.
- Blow, F.C., Walton, M.A., Barry, K.L., Coyne, J.C., Mudd, S.A. et Copeland, L.A. (2000). The relationship between alcohol problems and health functioning of older adults in primary care settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(7), 769-774.
- Boggs D.L., et Leptak J. (1991). Life review among senior citizens as a product of drama. *Educational Gerontology*, 17, 239-246.
- Booth, B.M., Blow, F.C., Cook, C.A.L., Bunn, J.Y. et Fortney, J.C. (1992). Age and ethnicity among hospitalized alcoholics: A nationwide study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16(6), 1029-1034.
- Bortz, J.J. et O'Brien, K.P. (1997). Psychotherapy with older adults: Theoretical issues, empirical findings, and clinical applications. Dans : P.D. Nussbaum (éd.) *Handbook of Neuropsychology and Aging. Critical Issues in Neuropsychology* (pp. 431-451). New York, NY : Plenum Press.

- Bradley, K.A., Badrinath, S., Bush, K., Boyd-Wickizier, J., et Anawalt, B. (1998). Medical risks for women who drink alcohol. *Journal of General Internal Medicine*, 3, 627-639.
- Brennan, P.L., Kagay, C.R., Geppert, J.J. et Moos, R.H. (2000). Elderly medicare inpatients with substance use disorders: Characteristics and predictors of hospital readmissions over a four-year interval. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(6), 891-895.
- Bristow, M.F., et Clare, A.W. (1992). Prevalence and characteristics of at-risk drinkers among elderly acute medical inpatients. *British Journal of Addicition*, 87, 291-294.
- Broe, G.A., Creasey, H., Jorm, A.F., Bennett, H.P., Casey, B., Waite, L.M., Grayson, D.A. et Cullen, J. (1998). Health habits and risk of cognitive impairment and dementia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22, 621-623.
- Brower, K.J., Mudd, S., Blow, F.C., Young, J.P. et Hill, E.M. (1994). Severity and treatment of alcohol withdrawal in elderly versus younger patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18(1), 196-201.
- Buchsbaum, D.G., Buchanan, R.G., Welsh, J., Centor, R.M., et Schnoll, S.H. (1992). Screening for drinking disorders in the elderly using the *CAGE* questionnaire. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40, 662-665.
- Coalition canadienne sur l'usage des médicaments chez les aîné(e)s (1992). *Ask/Demandez*. Ottawa : Coalition canadienne sur l'usage des médicaments chez les aîné(e)s.
- Carlen, P.L., McAndrews, M.P., Weiss, R.T., Dongier, M., Hill, J.M., Menzano, E., Farcnik, K., Abarbanel, J. et Eastwood, M.R. (1994). Alcohol-related dementia in the institutionalized elderly. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18(6), 1330-1334.
- Closser, M.H. (1991). Benzodiazepines and the elderly: A review of potential problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 35-41.
- Colsher, P.L. et Wallace, R.B. (1990). Elderly men with histories of heavy drinking: Correlates and consequences. *Journal of Studies on Alcohol*, 51(6), 528-535.
- Coogle, C.L., Osgood, N.J. et Parham, I.A. (2000). A statewide model detection and prevention program for geriatric alcoholism and alcohol abuse: Increased knowledge among service providers. *Community Mental Health Journal*, 36(2), 137-148.

- Coogle, C.L., Osgood, N.J., Pyles, M.A. et Wood, H.E. (1995). The impact of alcoholism education on service providers, elders, and their family members. *Journal of Applied Gerontology*, 14(3), 321-332.
- Dalrymple, A.J., O'Doherty, J.J. et Nietschei, K.M. (1995). Comparative analysis of native admissions and registrations to northwestern Ontario treatment facilities: Hospital and community sectors. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 467-473.
- Danzinger, P.R. et Welfel, E.R. (2000). Age, gender and health bias in counselors: An empirical analysis. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(2), 135-149.
- Dufour, M. et Fuller, R.K. (1995). Alcohol in the elderly. *Annual Review of Medicine*, 46, 123-132.
- Fingerhood, M. (2000). Substance abuse in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(8), 985-995.
- Finlayson, R.E. et Davis, L.J. (1994). Prescription drug dependence in the elderly population: Demographic and clinical features of 100 inpatients. *Mayo Clinic Proceedings*, 69(12), 1137-1145.
- Fitzgerald, J.L., et Mulford, H.A. (1992). Elderly vs younger problem drinker "treatment" and recovery experiences. *British Journal of Addiction*, 87, 1281-1291.
- Fleming, M.F., Manwell, L.B., Barry, K.L., Adams, W., et Stauffacher, E.A. (1999). Brief physician advice for alcohol problems in older adults: A randomized community-based trial. *Journal of Family Practice*, 48, 378-384.
- Fondation de la recherche sur la toxicomanie (1993a). *Les aînés et l'alcool*. Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Fondation de la recherche sur la toxicomanie (1993b). *Les aînés et les somnifères, les tranquillisants, les analgésiques*. Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Fulop, G., Reinhardt, J., Strain, J.J., Paris, B., Miller, M. et Fillit, H. (1993). Identification of alcoholism and depression in a geriatric medicine outpatient clinic. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(7), 737-741.
- Gambert, S.R. (1997). Alcohol abuse: Medical effects of heavy drinking in late life. *Geriatrics*, 52(6), 30-37.

- Gander et District Continuing Care Program et The Seniors Resource Centre (1994). *Aging and the use of drugs*. Gander, NF : Gander and District Continuing Care Program.
- Ganry, O., Dubreuil, A., Joly, J.P. et Queval, M.P. (2000). Prevalence of alcohol problems among elderly patients in a university hospital. *Addiction*, 95(1), 107-113.
- Goldmeier, J. (1994). Intervention with elderly substance abusers in the workplace. *Families in Society*, 75(10), 624-629.
- Goldstein, M.Z., Pataki, A. et Webb, M.T. (1996). Alcoholism among elderly persons. *Psychiatric Services*, 47(9), 941-943.
- Gomberg, E.S. (1995). Older women and alcohol: Use and abuse. *Recent Developments in Alcoholism*, 12, 61-79.
- Gomberg, E.S.L. et Zucker, R.A. (1998). Substance use and abuse in old age. Dans : I.H. Nordhus et G.R. VandenBos et coll. (éds). *Clinical Geropsychology* (pp. 189-204), Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Graham, K., Brett, P.J. et Baron, J. (1994). A harm reduction approach to treating older adults: The clients speak. Paper presented at the Fifth International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Toronto, ON, March 7-10, 1994.
- Graham, K., Carver, V. et Brett, P.J. (1996). Women aged 65 and over: Alcohol and drug use. Dans : M. Adrian, C. Lundy et M. Eliany (éds.) *Women's Use of Alcohol, Tobacco and Other Drugs in Canada* (82-102). Toronto : Addiction Research Foundation.
- Graham, K., Clarke, D., Bois, C., Carver, V., Dolinki, L., Smythe, C., Harrison, S., Marshman, J., et Brett, P. (1996). Addictive behavior of older adults. *Addictive Behaviors*, 21(3), 331-348.
- Graham, K. et Schmidt, G. (1999). Alcohol use and psychosocial well-being among older adults. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(3), 345-351.
- Graham, K., Zeidman, A., Flower, M.C., Saunders, S.J. et White-Campbell, M. (1992). A typology of elderly persons with alcohol problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 9(3-4), 79-95.
- Gurnack, A.M. et Hoffman, N.G. (1992). Elderly alcohol misuse. *International Journal of the Addictions*, 27(7), 869-878.

- Hanson, B.S. (1994). Social network, social support and heavy drinking in elderly men – a population study of men born in 1914, Malmo, Sweden. *Addiction*, 89(6), 725-732.
- Holroyd, S. et Duryee, J.J. (1997). Substance use disorders in a geriatric psychiatry outpatient clinic: Prevalence and epidemiologic characteristics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(10), 627-632.
- Kaempf, G., O'Donnell, C. et Oslin, D.W. (1999). The BRENDA model: A psychosocial addiction model to identify and treat alcohol disorders in elders. *Geriatric Nursing*, 20(6), 302-304.
- Kashner T.M., Rodell D.E., Ogden S.R., Guggenheim F.G., et Karson C.N. (1992). Outcomes and costs of two VA inpatient treatment programs for older alcoholic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 985-989.
- King, C. J., Van Hasselt, V.B., Segal, D.L. et Hersen, M. (1994). Diagnosis and assessment of substance abuse in older adults: Current strategies and issues. *Addictive Behaviors*, 19(1), 41-55.
- Klatsky, A.L., Armstrong, M.A. et Friedman, G.D. (1990). Risk of cardiovascular mortality in alcoholic drinkers, ex-drinkers and nondrinkers. *American Journal of Cardiology*, 66, 1237-1242.
- Kostyk, D., Lindblom, L., Fuchs, D., Tabisz, E. et Jacyk, W.R. (1994). Chemical dependency in the elderly: Treatment phase. *Journal of Gerontological Social Work*, 22(1-2), 175-191.
- Kraemar, K.L., Mayo-Smith, M.F. et Calkins, D.R. (1997). Impact of age on the severity, course and complications of alcohol withdrawal. *Archives of Internal Medicine*, 157(19), 2234-2241.
- Krause, N. (1995). Stress, alcohol use, and depressive symptoms in later life. *The Gerontologist*, 35(3), 296-307.
- Larkin, J.P. et Seltzer, B. (1994). Alcohol abuse and Alzheimer's disease. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(10), Special Issue, 1040-1041.
- Les aînés À L'OEUVRE (1992). Les aînés et la consommation de médicaments. *Info échange pour les aînés*, 1(1), 9-11.
- Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (2000) – *L'information est la meilleure prescription - Programme d'éducation des consommateurs sur l'utilisation appropriée des médicaments*. Ottawa : Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada.
<http://www.canadapharma.org>

- Liberto, J.G., Oslin, D.W. et Ruskin, P.E. (1992). Alcoholism in older persons: A review of the literature. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(10), 975-984.
- Lucey, M.R., Hill, E.M., Young, J.P., Demo-Dananberg, L. et Beresford, T.P. (1999). The influences of age and gender on blood ethanol concentrations in healthy humans. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(1), 103-110.
- Maisto, S.A., Galizio, M. et Connors, G.J. (1999). *Drug Use and Abuse* (3^e édition). Toronto : Harcourt Brace College Publishers.
- Manisses Communications Group (1995). Alcohol abuse in the elderly is nothing to wink at. *Addiction Letter*, 11(5), 4-6.
- Marmot, M.G., Elliot, P., Shipley, M.J., Dyer, A.R., Ueshima, H., Beevers, D.G., Stamler, R., Kesteloot, H., Rose, G., et Stamler, J. (1994). Alcohol and blood pressure: The INTERSALT study. *British Medical Journal*, 308, 1263-1267.
- McKim, W.A. et Quinlan, L.T. (1991). Changes in alcohol consumption with age. *Canadian Journal of Public Health*, 82, 231-234.
- Mellor, M.J., Garcia, A., Kenny, E., Lazerus, J., Conway, J.M., Rivers, L., Viswanathan, N. et Zimmerman, J. (1996). Alcohol and aging. *Journal of Gerontological Social Work*, 25(1-2), 71-89.
- Millar, W. J. (1998). Multiple medication use among seniors. *Health Reports*, 9(4), 11-17.
- Miller, N.S., Belkin, B.M. et Gold, M.S. (1991). Alcohol and drug dependence among the elderly: Epidemiology, diagnosis, and treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 153-165.
- Mulford, H.A. et Fitzgerald, J.L. (1992). Elderly versus younger problem drinker profiles: Do they indicate a need for special programs for the elderly? *Journal of Studies on Alcohol*, 53(6), 601-610.
- Mulinga, J.D. (1999). Elderly people with alcohol related problems: Where do they go? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 564-566.
- Nemeth, M. et Hiller, S. (1996). Paying the price. *MacLean's*, 109(49), 16-20.
- Neugarten, Dail A. (éd.). (1996). *The Meanings of Age Selected Papers of Bernice L. Neugarten*. Chicago : The University of Chicago Press.
- Norton, E.D. (1998). Counseling substance-abusing older clients. *Educational Gerontology*, 24(4), 373-389.

- Orgogozo, J.M., Dartigues, J.F., Lafont S., Letenneur, L., Commenges, D., Salamon, R., Renaud, S. et Breteler, M.B. (1997). Consommation de vin et démence chez les sujets âgés : étude épidémiologique prospective de terrain dans la région de Bordeaux. *Revue Neurologique*, 153, 185-192.
- Oslin, D.W. (2000a). Alcohol use in late life: Disability and comorbidity. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 13(3), 134-140.
- Oslin, D.W. (2000b). Late life addictions: Aspects to consider for the future. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 13(3), 103-106.
- Oslin, D. W. et Blow, F.C. (2000). Substance use disorders in late life. Dans : I. Katz et D. Oslin (éds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Focus on Psychopharmacologic Interventions in Late Life* (vol.19, 213-224). New York, NY : Springer Publishing Co. Inc.
- Paradis, S. (1990). *Description de la population participante au projet-pilote « Médicaments et personnes de 55 ans et plus »*. Hull : Département de santé communautaire de l'Outaouais, 1990.
- Parette, H.P., Hourcade, J.J. et Parette, P.C. (1990). Nursing attitudes towards geriatric alcoholism. *Journal of Gerontological Nursing*, 16(1), 26-31.
- Patterson, T.L. et Jeste, D.V. (1999). The potential impact of the baby boom generation on substance abuse among elderly persons. *Psychiatric Services*, 50(9), 1184-1188.
- Poonwassie, A. et Charter, A. (2001). An aboriginal worldview of helping: Empowering approaches. *Canadian Journal of Counselling*, 35(1), 63-73.
- Rains, V.S. et Ditzler, T.F. (1993). Alcohol use disorders in cognitively impaired patients referred for geriatric assessment. *Journal of Addictive Diseases*, 12(1), 55-64.
- Regier, D.A., Boyd, J.H., Burke, J.D. Jr., Rae, D.S., Myers, J.K., Kramer, M., Robbins, L.N., George, L.K., Karno, M., et Locke, B.Z. (1988). One-month prevalence rates of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-986.
- Rice, C., Longabaugh, R., Beattiem, M.C. et Noel, N. (1993). Age group differences in response to treatment for problematic alcohol use. *Addiction*, 88, 1369-1375.
- Rigler, S.K. (2000). Alcoholism in the elderly. *American Family Physician*, 61(6), 1710-1716.

- Royer, C.M., Dickson-Fuhrmann, E., McDermott, C.H., Taylor, S., Rosansky, J.S. et Jarvik, L.F. (2000). Portraits of change: Case studies from an elder-specific addiction program. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 13(3), 130-133.
- Ruben, D. (1992). The elderly and alcohol and medication abuse. Dans : C. Stout et J. Levitt (éds.), *Handbook for Assessing and Treating Addictive Disorders* (215-235). Westport, CT : Greenwood Press/ Greenwood Publishing Group Inc.
- Rush, B.R. et Ogborne, A.C. (1992). Alcoholism treatment in Canada: History, current status and emerging issues. Dans : H. Klingemann, J.P. Jakala et G. Hunt (éds.) *Cure, Care in Control. Alcoholism treatment in Sixteen Countries*. SUNY series in new social studies on alcohol and drugs (pp. 253- 267). Albany, NY : State University of New York Press.
- Santé Canada (2001a). *Meilleures pratiques - Syndrome d'alcoolisme foetal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, cat : H49-156/2-2001F.
- Santé Canada (2001b). *Meilleures pratiques - Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, cat : H49-153/2001F.
- Santé Canada (2001c). *Meilleures pratiques - Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*, Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, cat : H49-154/2001F.
- Santé Canada (2000). *L'usage de la cocaïne - Recommandations en matière de traitement et de réadaptation*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, cat : H49-155/2001F.
- Santé Canada (1999b). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*. www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/report/stat/fren/index.html.
- Santé Canada (1998). *La stratégie canadienne antidrogue*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, cat : H39-440/1998F.
- Schneider-Helmert, D. (1988). Why low-dose benzodiazepine-dependent insomniacs can't escape their sleeping pills. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 706-711.

- Schonfeld, L. et Dupree, L.W. (1991). Antecedents of drinking for early- and late-onset elderly alcohol abusers. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(6), 587-592.
- Schonfeld, L., Rohrer, G.E., Zima, M. et Spiegel, T. (1993). Alcohol abuse and medication misuse in older adults as estimated by service providers. *Journal of Gerontological Social Work*, 21(1/2), 113-125.
- Schutte, K.K., Byrne, F.E., Brennan, P.L. et Moos, R.H. (2001). Successful remission of late life drinking problems: A 10-year follow-up. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(3), 322-334.
- Scott, K. (1992). Substance use among indigenous Canadians. Dans : D. McKenzie (éd.) *Aboriginal Substance Use: Research Issues. Proceedings of a Joint Research Advisory Meeting* (<http://www.ccsa.ca/docs/mckenzie.htm>).
- Segal, D.L., Van Hasselt, V.B., Hersen, M. et King, C. (1996). Treatment of substance abuse in older adults. Dans : J.R. Cautela et W. Ishaq (éds.) *Contemporary Issues in Behavior Therapy: Improving the Human Condition* (pp. 69-85). New York, NY : Plenum Press.
- Sheikh, J.I. (1994). Anxiety disorders. Dans : C.E. Coffey, J.L. Cummings et coll. (éds), *The American Psychiatric Press Textbook of Geriatric Neuropsychiatry* (pp. 279-296). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Shipman, A. (1990). Communities aren't helpless: Outreach to older alcoholics works. *Aging*, 36(1), 18-21.
- Smith, J.W. (1995). Medical manifestations of alcoholism in the elderly. *International Journal on the Addictions*, 30, 1749-1798.
- Solomon, K., Manepalli, J., Ireland, G.A. et Mahon, G.M. (1993). Alcoholism and prescription drug abuse in the elderly: St. Louis University Grand Rounds. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(1), 57-69.
- Speckens, A.E.M., Heeren, T.J. et Rooijmans, H.G.M. (1991). Alcohol abuse among elderly patients in a general hospital as identified by the Munich Alcoholism Test. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(6), 460-462.
- Speer, D.C., O'Sullivan, M.O. et Schonfeld, L. (1991). Dual diagnosis among older adults: a new array of policy and planning problems. *The Journal of Mental Health Administration*, 18(1), 43-50.
- Spencer, C. (2000). Unpublished manuscript: A snapshot of what's happening across Canada: Seniors and alcohol issues. Gerontology Research Center, Simon Fraser University.

- Spencer, R.L. et Hutchinson, K.E. (1999). Alcohol, aging, and the stress response. *Alcohol Research and Health*, 23(4), 272-283.
- Statistique Canada (2002). *Les aînés au Canada : Quelques statistiques sur les aînés canadiens*. Santé Canada : Division du vieillissement et des aînés. www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines.
- Statistique Canada (2000). *Feuillets statistiques*. Santé Canada : Division du vieillissement et des aînés. www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines.
- Statistique Canada (1999). *Un portrait des aînés au Canada*. Troisième édition. Ottawa : Statistique Canada. N° de cat. 89-519-XPF.
- Statistique Canada (1997). *Un portrait des aînés au Canada*. Deuxième édition. Ottawa : Statistique Canada. N° de cat. 89-519-XPF.
- Stoddard, C. et Thompson, D.L. (1996). Alcohol and the elderly: Special concerns for counseling professionals. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 14(4), 59-69.
- Tabisz, E., Badger, M., Meatherall, R., Jacyk, W.R., Fuchs, D. et Grymonpre, R. (1991). Identification of chemical abuse in the elderly admitted to emergency. *Clinical Gerontologist*, 11(2), 27-38.
- Tabisz, E.M., Jacyk, W.R., Fuchs, D. et Grymonpre, R. (1993). Chemical dependency in the elderly: The enabling factor. *Canadian Journal on Aging*, 12(1), 78-88.
- Tamblyn, R. M., McLeod, P. J., Abrahamowicz, M., Monette, J., Gayton, D. C., Berkson, L., Dauphinee, D., Grad, R. M., Huang, A. R., Isaac, L. M., Schnarch, B. S. & Snell, L. S. (1994). Questionable prescribing for elderly patients in Quebec. *Canadian Medical Association Journal*, 150(11), 1801-1809.
- Tamblyn, R. M. & Perreault, R. (1998). Encourager, chez les personnes âgées, la consommation rationnelle de médicaments prescrits. Dans : *Canada : Forum national sur la santé. La santé au Canada : Un héritage à faire fructifier; documents commandés par le Forum national sur la santé. Volume 2, Les adultes et les personnes âgées : les déterminants de la santé*. Ottawa : Forum national sur la santé; Sainte-Foy, Qué.: Éditions MultiMondes (pp. 213-285).
- Ticehurst, S. (1990). Alcohol and the elderly. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 24(2), 252-260.

- Todtman, K. et Todtman, D. (1997). Seniors outreach program: An alternative service for older people with substance use problems. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 8(4), 405-410.
- Varcoe, C. (1998). *Extrait de "Better Than Nothing" to "Best Practices": A Background Paper on "Best Practices" in Health Care in Relation to Violence Against Women*. Victoria: Ministry Advisory Council on Women's Health, British Columbia Ministry of Health.
- Washington State Substance Abuse Coalition (1995). *Here's to your good health: Facts about aging, prescription medications and alcohol*. Bellvue, WA : Washington State Department of Social and Health Services.
- Weiss, S. (1993). Alcohol and the elderly: An overlooked phenomenon in the literature in developing countries — the Israeli case. *Drug and Alcohol Review*, 12, 217-224.
- Welte, J.W. et Mirand, A.L. (1995). Drinking, problem drinking and life stressors in the elderly general population. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(1), 67-73.
- West, P.M. et Graham, K. (1999). Clients speak: Participatory evaluation of a nonconfrontational addictions treatment program for older adults. *Journal of Aging and Health*, 11(4), 540-564.
- Widner, S. et Zeichner, A. (1991). Alcohol abuse in the elderly: Review of epidemiology research and treatment. *Clinical Gerontologist*, 11(1), 3-18.
- Woods, R.T. (1996). Mental health problems in late life. Dans : R.T. Woods (éd.), *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing* (pp.197-218). Toronto : John Wiley et Co.
- Yuan, Z., Dawson, N., Cooper, G.S., Einstadter, D., Cebul, R., et Rimm, A.A. (2001). Effects of alcohol-related disease on hip fracture and mortality: A retrospective cohort study of hospitalized medicare beneficiaries. *American Journal of Public Health*, 91(7), 1089-1093.
- Zimberg, S. (1996). Treating alcoholism: An age-specific intervention that works for older patients. *Geriatrics*, 51(10), 45-49.
- Zweben, A. et Fleming, M.F. (1999). Brief interventions for alcohol and drug problems. Dans : J.A. Tucker, D.M. Donovan et G.A. Marlatt (éds.), *Changing Addictive Behavior: Bridging Clinical and Public Health Strategies* (pp. 251-282). New York : The Guilford Press.