



Papy et mamy « boom » chez les usager·es de drogues

Les observateurs internationaux relèvent une augmentation du nombre et de la proportion de patientes et patients âgés entrant en traitement pour une consommation problématique de drogues illégales depuis les années 2000 au niveau international et européen (UNODC, 2018 ; EMCDDA, 2010 ; OICS, 2021). En 2010, un tiers des usager·es problématiques avaient entre 35 et 64 ans (EMCDDA, 2010 ; OICS, 2021). De plus, la proportion de patient·es de plus de 40 ans en traitement d'un usage problématique d'opioïdes est passée d'1 sur 5 en 2006 à 1 sur 3 en 2013 (UNODC, 2018). En Belgique, le vieillissement de la population en traitement s'observe également depuis de nombreuses années, avec près d'1 patient·e sur 4 ayant plus de 50 ans (Antoine, 2020). Le vieillissement des patient·es est moins marqué en matière de consommation d'alcool.

Parallèlement, dans certains pays, la prévalence de la consommation de drogues illégales chez les personnes âgées s'est accrue au cours des années 2010 et même à un rythme plus rapide que pour les groupes d'âge plus jeunes (c'est notamment le cas aux Etats-Unis et en Allemagne). La consommation de cannabis est en augmentation chez les 55-64 ans de plusieurs pays d'Europe occidentale (UNODC, 2018).

La prévalence de la consommation sur la vie des drogues traditionnelles (c'est-à-dire sur le territoire depuis plusieurs décennies, comme le cannabis, l'héroïne, le LSD...) est plus élevée parmi les usager·es âgés par rapport aux plus jeunes. Au contraire, la prévalence de la consommation sur la vie des drogues plus

récentes (par exemple la MDMA) est plus importante chez les usager·es jeunes.

Le vieillissement de la population, et plus spécifiquement celui des usager·es, soulèvent des inquiétudes quant à la capacité des services spécialisés et non spécialisés à prendre en charge et gérer un nombre croissant d'usager·es âgées, leurs besoins de santé et leurs problématique parfois complexes (problèmes de santé mentale, douleurs chroniques, polyconsommation, comorbidités, etc.) au cours des prochaines décennies.

Les facteurs d'augmentation du nombre d'usager·es âgés

Plusieurs facteurs influencent l'accroissement de l'étendue de l'usage de drogues chez les personnes âgées. L'un de ces facteurs pourrait être un effet de cohorte, par lequel un groupe d'individus, ici la génération du babyboom, partagent des expériences sociales et culturelles communes à cause de leur période de naissance (entre 1946 et 1964). Ces expériences peuvent être différentes des cohortes précédentes. Les babyboomers ont grandi dans un moment où l'usage des drogues illicites atteignaient des niveaux relativement élevés et ont dès lors davantage expérimenté des drogues au cours de leur jeunesse que les générations précédentes ; et une partie d'entre eux et elles ont poursuivi leur consommation. Les usager·es de drogues illégales tendent en effet à poursuivre le type de consommation qu'ils ont initié au cours de leur jeunesse et sont généralement moins exposés aux drogues plus récentes que les plus jeunes (UNODC, 2018). Les opioïdes (principalement l'héroïne),

la cocaïne et le cannabis sont les drogues les plus consommées par les usager-es âgés, et la majorité d'entre eux consomment également de l'alcool (Wu et Blazer, 2011 ; EMCDDA, 2010). Cet effet de cohorte explique en partie une prévalence de l'usage plus importante au sein des personnes plus âgées dans nombres de pays occidentalisés (UNODC, 2018 ; OICS, 2021).

L'usage simple de cannabis (i.e. non problématique), tout particulièrement, est marqué par cet effet de cohorte, contribuant ainsi à une augmentation de la prévalence. Cette tendance est renforcée par la baisse des risques perçus liés à la consommation de cannabis et les évolutions sociétales favorables à sa légalisation depuis les années 2000.

Le nombre croissant d'usager-es âgés entrant en traitement peut s'expliquer par le vieillissement des usager-es ayant connu un long parcours de consommation (problématique) et plusieurs tentatives de traitement. La grande majorité des usager-es âgés entrant en traitement ont effectivement débuté leur consommation avant leurs 30 ans et beaucoup sont référés par le système judiciaire (Wu et Blazer, 2011). Cette tendance illustre la nature chronique et le risque de rechute qui composent les consommations problématiques (y compris les dépendances ; EMCDDA, 2010).

Toutefois, 35% des usager-es âgés entrant en traitement en Europe le font pour la première fois, ce qui signifie qu'ils peuvent avoir développé une problématique tardivement au cours de leur vie (EMCDDA, 2010).

Ainsi, l'augmentation de la consommation de drogues et des entrées en traitement des usager-es âgés s'explique parallèlement par des facteurs jouant sur l'initiation tardive aux drogues (ou la reprise d'une ancienne consommation ; UNODC, 2018) :

- L'évolution de la perception des risques liés à la consommation de drogues ;
- L'augmentation de la disponibilité des drogues ;

- Des changements dans l'acceptabilité sociale de l'usage ;
- La médication ou l'automédication pour lutter contre la douleur, l'anxiété ou encore les défis et maux liés à l'entrée en pension ou au vieillissement.

Culture de la drogue : évolutions du 20ème siècle

Le rapport de l'Occident à la consommation de drogues a significativement évolué depuis les années 1960. L'usage de drogues s'est érigé en totem de la contre-culture politisée, alternative, post-matérialiste, transgressive et libératrice de la jeunesse des années 1960-1970, en réaction aux valeurs des générations précédentes et du monde politique. Les drogues illicites les plus consommées étaient alors le cannabis, le LSD et les amphétamines. L'héroïne est devenue de plus en plus disponible à partir de la moitié des années 1970, jusqu'à atteindre un pic dans les années 1980-1990 en Europe occidentale. L'augmentation de la disponibilité de l'héroïne, en combinaison avec l'effet de cohorte, est à l'origine de l'épidémie d'usage d'héroïne, d'infections au VIH et d'overdoses des années 1980 et 1990 (EMCDDA, 2010).

Concernant ce dernier point, les personnes âgées présentent en effet des niveaux plus élevés de problèmes de santé mentale, par exemple des états dépressifs, et de plus hauts taux de facteurs de risques sociaux, tels que le deuil, l'isolement social, les problèmes financiers et le manque de soutien social. Le passage à la pension pourrait également avoir un impact sur l'usage de drogues, mais les preuves scientifiques sont actuellement limitées (UNODC, 2018). Un usage tardif peut aussi être associé à une prescription d'analgésiques, qui présentent des risques de mésusage si leur prise n'est pas correctement ou suffisamment encadrée. De plus, de nombreuses personnes âgées rapportent souffrir de douleurs qui ne sont pas traitées de manière suffisante, à cause d'autres substances qui ont accru leur tolérance aux analgésiques. L'allongement de l'espérance de vie et le vieillissement de la population impliquent

également que la proportion de patient-es âgées subissant des interventions chirurgicales et suivant des traitements médicamenteux augmente (OICS, 2021).

L'allongement de l'espérance de vie ne concerne évidemment pas uniquement la

génération des babyboomers. Les générations suivantes poursuivent cette tendance, tout en présentant des taux de prévalence de consommation au moins aussi élevés ; il est dès lors nécessaire de penser l'adaptation des services et des soins sur le long terme (Specht et al, 2021).

Les demandes de traitement en Belgique

L'indicateur de demandes de traitement (TDI) donne un aperçu du profil et du parcours des personnes en demande de traitement. Ainsi, les demandeur-ses de plus de 45 ans ayant des antécédents thérapeutiques ont en moyenne commencé la consommation de la substance problématique avant leurs 35 ans (32 ans pour les opiacés, 27 ans pour la cocaïne et 35 ans pour les hypnotiques). Les primo-demandeur-ses tendent à avoir débuté leur consommation plus tard (respectivement 36 ans, 33 ans et 41 ans).

L'origine de la demande est semblable pour les primo-demandeur-ses et les demandeur-ses ayant des antécédents thérapeutiques de plus de 45 ans, et émanent principalement de la personne elle-même, de la famille, du ou de la médecin généraliste ou de l'hôpital ; une orientation par la justice est beaucoup moins fréquente.

Enfin, les usager-es de plus de 45 ans représentent environ 30% des demandes (chiffre stable depuis 2015). Les personnes de plus de 65 ans sont davantage représentées au sein des primo-demandeur-ses (3,8% en 2019, contre 2,9% chez les demandes avec antécédents thérapeutiques).

La photographie de la situation en Belgique est cependant partielle. Le TDI n'est en effet récolté que dans les services spécialisés en assuétudes et dans les hôpitaux (généralistes et psychiatriques). Les cabinets et institutions privés, le milieu pénitentiaire, les maisons médicales et la grande majorité des services de santé mentale non spécialisés n'y prennent pas part. Ainsi, les usager-es précarisés sont surreprésentés. Or, on peut considérer que les personnes âgées ayant des problèmes de consommation sont sous-représentées au sein des services participant au TDI (hormis les personnes vivant en grande précarité) ; d'une part, parce qu'elles sont plus souvent suivies par des généralistes ou par des institutions privées (ambulatoires ou résidentielles). La recherche « Up To Date » pointe par exemple que les personnes consultant un ou une médecin généraliste pour des problèmes liés à l'abus de substances sont majoritairement des adultes entre 45 et 64 ans (57,9% ; Vanmeerbeek et al, 2015). D'autre part, les personnes âgées sont, du fait de leur âge et parfois d'un usage problématique ou à risque de longue durée, davantage impactées par la mortalité (précoce) liée à l'usage de substances.

Source : Jérôme Antoine, Sciensano, communication personnelle, 19/10/2021.

Usage de drogues et vieillissement¹

Le processus de vieillissement et l'usage de drogues s'influencent mutuellement, selon

différents mécanismes. En premier lieu, le vieillissement du corps humain altère son fonctionnement et sa constitution. Un corps humain plus âgé peut maintenir des niveaux de concentration de substances psychoactives

¹ A noter que la recherche scientifique est encore lacunaire en la matière, et qu'elle ne distingue pas toujours les usager-es de drogues de longue durée (de drogues légales et illégales) et les usager-es tardifs (notamment de médicaments psychotropes prescrits). Elle ne s'accorde pas non plus sur l'âge à partir duquel une

personne usagère est considérée comme âgée. Il varie de 40 ans (en particulier pour les usager-es de drogues illégales) à 60-65 ans. La plupart des développements de cette partie s'appliquent principalement aux usager-es de drogues illégales, bien qu'ils peuvent aussi concerner les usager-es de médicaments prescrits.

dans le sang plus longtemps que les corps plus jeunes. Ceci affecte bien évidemment les fonctions motrices et cognitives, augmentant ainsi les risques d'accident, de chute et de blessure, ou rendant difficile l'accomplissement d'activités quotidiennes. La prise de substances ayant des propriétés hallucinogènes et désorientantes (médicaments psychotropes inclus) est particulièrement risquée. Les personnes âgées ont une sensibilité accrue, ce qui décuple les effets de ces substances, et leur tolérance est généralement plus basse. De plus, elles sont également davantage susceptibles de prendre des médicaments prescrits pour traiter différents maux physiques et psychiques. Or, les effets des médicaments prescrits et ceux des drogues peuvent interagir, s'annuler ou se potentialiser, mettant les personnes en danger (Diniz et al, 2017 ; Han, Gfroerer et Colliver, 2009).

Parallèlement, nous l'avons vu, le processus de vieillissement peut affecter les facteurs de risque de développer une consommation problématique sur le tard, en renforçant ou déclenchant des problèmes psychologiques, sociaux ou de santé. Atteindre un âge avancé s'accompagne en effet de nombreux bouleversements psychosociaux et physiques (pension, solitude, douleurs chroniques, deuil, problèmes de santé mentale, etc.). Les facteurs participant à détériorer la santé psychique comprennent le manque de ressources personnelles (faibles compétences professionnelles, faible intelligence émotionnelle, manque de perspectives, image de soi négative, sentiment de ne pas contrôler sa vie) et la rupture progressive des liens sociaux (familles, ami·es, travail) (Diniz et al, 2017).

L'usage de drogue (en particulier de longue durée) peut à son tour aggraver l'état de santé mentale et physique des personnes, compliquer voire accélérer le processus de vieillissement du corps et du cerveau. Les personnes âgées usagères ont en effet plus de problèmes physiques et de santé mentale que leurs pairs en population générale et les jeunes usager·es. Les usager·es, en particulier qui fument ou qui ont recours à l'injection, sont

davantage sujets à des maux cardiorespiratoires. De même, les maladies infectieuses sont plus fréquentes parmi les usager·es âgés, notamment parce que leur consommation peut dater de plus longtemps, d'une période où les services de réduction des risques étaient moins répandus. L'usage de drogue est aussi associé à un risque accru de diabète précoce et plus sévère, de troubles neurologiques et de cancer. Les usager·es plus âgés expérimentent aussi souvent une accélération des morbidités médicales et une progression dans la détérioration de leurs organes, en particulier les usager·es dépendants. Le système immunitaire des personnes usagères, notamment celles ayant longtemps vécu dans de mauvaises conditions, est davantage affecté par le vieillissement (Beynon, 2009 ; Beynon et al, 2009). Ainsi, on estime qu'à 40 ans, ils/elles peuvent requérir un niveau de soin normalement destiné aux personnes âgées (Vogt, 2009).

Additionnellement, les usager·es de drogues sont disproportionnellement plus affectés par des problèmes psychologiques et psychiatriques, qui sont souvent plus complexes et sévères qu'au sein de la population générale (anxiété, démence, solitude, problèmes de mémoire, confusion). L'usage prolongé de drogues illicites est en effet associé à des troubles dépressifs et cognitifs. Et des événements de vie stressant, courants au sein des usager·es âgés (notamment le décès de proches), peuvent de plus exacerber des problèmes de santé mentale et/ou provoquer une augmentation de la consommation ou l'adoption de modes de consommation plus risqués (EMCDDA, 2010 ; UNODC, 2018).

Enfin, les études rapportent également que les usager·es de drogues illégales plus âgés sont souvent socialement exclus et isolés de leurs proches et réseaux externes à leurs réseaux d'usager·es. Ils/elles sont davantage marginalisés, ont de plus hauts taux de chômage, un niveau d'éducation plus bas, sont plus souvent sans abri et sont plus susceptibles d'avoir fait un séjour en prison (Cassar et al, 2009 ; Nézet et al, 2009 ; UNODC, 2018).

Les usager-es de drogues âgés ont donc des profils souvent plus complexes que leurs jeunes pairs, présentent davantage de comorbidités et disposent généralement de moins de ressources pour faire face aux dommages et risques liés à une consommation

de drogue. Le processus de vieillissement aggrave en effet les facteurs de risques et tend à fragiliser les facteurs de protection (insertion sociale, activités sportives et de loisir, santé physique et mentale, soutien des proches, etc.).

PROBLEMES ET RISQUES CHEZ LES USAGER-ES DE DROGUES ÂGÉS (OICS, 2021)	
Santé physique et mentale	
<ul style="list-style-type: none"> - Risque accru de décès par maladie, overdose et suicide - Âge médian plus jeune au décès - Apparition prématurée de troubles dégénératifs, problèmes cardiovasculaires, maladie du foie, douleurs physiques, capacité physique fonctionnelle réduite, problèmes respiratoires et diabète - Risque accru d'infection au VIH et à l'hépatite C - Risque accru de chutes, de fractures, de blessures et d'accidents de route sous influence d'une substance psychoactive (légal ou illégal) - Difficulté accrue à effectuer les tâches de la vie quotidienne (douleurs, état dépressif...) - Risque accru de sursédation, d'overdose, de confusion et d'évanouissement - Incidence accrue de problèmes chroniques de santé mentale 	
Social	
<ul style="list-style-type: none"> - Stigmatisation et sentiment de honte freinant la détection des consommations problématiques et l'accès aux soins - Incidence accrue des problèmes financiers, du chômage et du sans-abrisme - Contacts limités avec la famille et la communauté, isolement social, solitude et exclusion - Probabilité plus élevée d'entrée en traitement par obligation judiciaire - Crainte de subir la désapprobation du personnel soignant 	

Une épidémie invisible ?

La recherche scientifique n'a pris que récemment conscience du problème de l'usage de substances psychoactives chez les personnes âgées. Ceci découle du fait que, du point de vue scientifique, épidémiologique et culturel, les personnes âgées et les personnes usagères de drogues sont souvent négligées voire oubliées. Et si les problématiques liées au « bien vieillir » sont reconnues, les défis relatifs au processus de vieillissement des personnes âgées consommant des drogues légales et illégales le sont beaucoup moins.

L'invisibilisation de l'augmentation de la consommation chez les personnes âgées s'explique par les nombreux obstacles handicapant l'identification, le diagnostic et le traitement des usages problématiques au sein de cette population (Wu et Blazer, 2011) :

- Manque de connaissances et données scientifiques
- Réticence du personnel médical à aborder la question des consommations
- Dénier de la consommation problématique

- Visites médicales précipitées, trop courtes
- Stigmate ou honte de la consommation
- Réticence générale à chercher une aide professionnelle
- Manque de ressources financières ou de moyen de transport
- Absence d'assurance ou de mutuelle
- Comorbidités compliquant le diagnostic ou le traitement
- Réduction du réseau de soutien social

Le manque de données et de connaissances signifie en retour d'importantes lacunes en matière d'outils de détection adaptés, de programmes de prévention, traitement et réadaptation ayant montré de bons résultats, de structures et formations adaptées et spécialisées, et plus globalement signifie une attention insuffisante à la problématique lors de l'élaboration des politiques et programmes publics (OICS, 2021 ; UNODC, 2018).

Le déficit en matière de prévention des risques liés à la consommation et d'identification et détection (précoce) des consommations

problématiques s'explique d'abord par le manque de connaissance et de formation des professionnel·les de la santé, ainsi que par des croyances erronées au sujet de la consommation de drogues (en général et chez les personnes âgées). Ensuite, les personnes âgées rapportent peu leur consommation lors de leurs contacts avec le personnel soignant, que ce soit à cause de la honte, de la peur, de formes de démence ou de l'isolement sociale (Diniz et al, 2017). Il n'existe par ailleurs pas actuellement d'outil de dépistage et diagnostic de l'usage de drogues spécifiquement conçu pour les personnes âgées. Les outils destinés à la population générale ne sont en effet pas adaptés à cette population, pour différentes raisons, à savoir (Wu et Blazer, 2011) :

- La pharmacocinétique et la physiologie des individus changent avec le vieillissement. Les manifestations, la sensibilité et les réponses des personnes âgées aux symptômes physiologiques d'une dépendance peuvent dès lors être altérés et ne pas correspondre aux critères diagnostiques ;
- Le déclin de la santé physique, les troubles cognitifs ou les comorbidités sévères peuvent jouer sur la capacité des personnes âgées à se souvenir, à monitorer les consommations ou à interpréter certains critères diagnostiques. De plus, dans les cas où le processus de vieillissement s'accompagne d'un accroissement de la sensibilité aux effets des drogues, une réaction négative peut se produire même avec un faible usage ;
- Les critères diagnostiques ayant trait à la dégradation des liens sociaux et professionnels et aux problèmes judiciaires s'appliquent moins aux personnes âgées qui sont souvent pensionnées, moins actives, ont moins d'obligations, perdent davantage de proches et voient leur réseau social diminuer.

La prise en charge et le traitement d'usages problématiques chez les personnes âgées

présentent de réelles difficultés (situations psychosociales complexes, comorbidités). Les personnes dépendantes, en particulier, requièrent des soins continus et l'intervention de multiples disciplines (pharmacologie, thérapie comportementale, accompagnement social...). Plusieurs observateurs s'inquiètent de la capacité actuelle des structures spécialisées et non-spécialisées à absorber l'augmentation du nombre de personnes âgées usagères de drogues et à répondre à leurs besoins en santé physique et mentale (UNODC, 2018 ; EMCDDA, 2010).

Recommandations

Le vieillissement de la population représente une série de défis en termes d'organisation de la société. Une modification de la pyramide des âges augmente notamment le poids des pensions sur la part active de la population. Elle implique également l'adaptation de nombreuses politiques publiques, y compris l'enseignement, la formation, le logement, le transport et les loisirs. L'augmentation du nombre de personnes âgées signifie de plus grands besoins en santé et assistance, en logements spécialisés et, plus généralement, en infrastructures publiques (EMCDDA, 2010).

Les services de soins devront s'ajuster à ce changement, et plus spécifiquement à l'augmentation de la proportion de personnes âgées usagères de drogues (UD – de longue durée ou sur le tard) en leur sein. Les services non-spécialisés et la première ligne de soins devront proposer une prise en charge intégrée, souple, holistique et adaptée à l'âge. Les services spécialisés en assuétudes devront quant à eux adapter leurs programmes, fonctionnement et organisation afin de prendre en compte les besoins complexes et spécifiques des usager·es âgés.

Les services spécialisés, en particulier, ne sont actuellement pas forcément adaptés ni équipés pour accueillir des usager·es de drogues illégales âgés, ayant une longue histoire de consommation, ponctuée de période d'abstinence et de rechutes. Les traitements de substitution aux opiacés, la gestion de la douleur et un recours plus important aux thérapies psychosociales

(entretien motivationnel, thérapie cognitivo-comportementale) semblent particulièrement indiqués pour cette population (Lay et al, 2008 ; Wu et Blazer, 2011)².

Nous invitons le lecteur ou la lectrice à consulter le tableau suivant pour prendre connaissance de recommandations en ces matières (Wu et Blazer, 2011 ; Diniz et al, 2017 ; UNODC, 2018 ; OICS, 2021 ; EMCDDA, 2010).

Références

Antoine, J. (2020). L'enregistrement TDI en Belgique. Rapport annuel : année d'enregistrement 2019. Bruxelles : Sciensano.

Beynon, C.. "Drug use and ageing: older people do take drugs!" *Age and ageing* 38 1 (2009): 8-10

Beynon, Caryl & Roe, Brenda & Duffy, Paul & Pickering, Lucy. (2009). Self reported health status, and health service contact, of illicit drug users aged 50 and over: A qualitative interview study in Merseyside, United Kingdom. *BMC geriatrics*. 9. 45. 10.1186/1471-2318-9-45.

Cassar, J., Stafford, J., & Burns, L. (2009). Examining differences between younger and older injecting drug users in the 2009 National Illicit Drug Reporting System sample. *Drug Trends Bulletin*, December 2009. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.

Diniz, A., Pillon, S. C., Monteiro, S., Pereira, A., Gonçalves, J., & Santos, M. A. d. (2017). Elderly substance abuse: An integrative review. *Psicologia: Teoria e Prática*, 19(2), 42–59.

EMCDDA (2010). Treatment and Care for Older drug users. Selected Issue. Luxembourg (Publications Office of the European Union): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Han, B., Gfroerer, J., & Colliver, J. (2009). An examination of trends in illicit drug use among adults aged 50 to 59 in the United States. Rockville (Maryland, USA): Office of applied studies,

Substance Abuse and Mental Health Service Administration.

INAMI (2019). Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments. L'usage rationnel des opioïdes en cas de douleur chronique. Rapport de Jury de la réunion de consensus du 6 décembre 2018.

Nézet, O., Spilka, S., Legleye, S. & Beck, F. (2009). Usages de substances psychoactives après 60 ans. *Tendances* n°67, septembre. Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

OICS (2021). Rapport 2020. Nations Unies, Organe international de contrôle des stupéfiants, mars 2021.

Specht, S., Braun-Michl, B., Schwarzkopf, L., Piontek, D., Seitz, N., Wildner, M., & Kraus, L. (2021). Substance use disorder and the baby boom generation: Does Berlin outpatient addiction care face a sustained change? *Drug and Alcohol Review*, 40, 979 - 988.

UNODC (2018). Drugs and Age. Drugs and associated issues among young people and older people. World Drug Report. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime. United Nations publication. Sales No. E.18.XI.9.

Vanmeerbeek, M. (2015). Up To Date. Use of psychoactive substances in adults: Prevention and Treatment by general practitioners and Occupational physicians; DATa retrieval. Rapport final. Université de Liège, Université d'Anvers, Institut scientifique de Santé publique, Université Catholique de Louvain & Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD). URL : http://www.belspo.be/belspo/organisation/Publ/pub_ostc/Drug/rDR60_summ_fr.pdf

Vogt, I. (2009), 'Lebenslagen und Gesundheit älterer Drogenabhängiger: Ein Literaturbericht' *Suchttherapie* 10, pp. 17–24.

Wu, L. T., & Blazer, D. G. (2011). Illicit and nonmedical drug use among older adults: a review. *Journal of aging and health*, 23(3), 481–504. <https://doi.org/10.1177/0898264310386224>

² Pour davantage de bonnes pratiques relatives aux soins et à la prévention auprès des personnes âgées, voir les livrets thématiques d'Eurotox asbl « [Bonnes pratiques en](#)

[matière d'aide et de soins](#) » (2020) et « [Bonnes pratiques en matière de prévention et réduction des risques liés à la consommation d'alcool](#) » (2020).

Recommandations

Soins et care

Prise en charge intégrée et holistique

- Offrir une prise en charge intégrée, holistique et adaptée à l'âge
- Développer un cadre pour guider les soins, la création de services, la formation du personnel soignant et la prescription appropriée de médicaments
- Recourir à des technologies d'assistance innovantes ou mettre à profit les technologies existantes pour assurer la coordination du traitement, le soutien et le suivi de la situation des personnes âgées qui font usage de drogues (services de télémédecine, services de téléphonie permettant la prise en charge et le suivi des personnes âgées et de leur proches aidant)
- Appuyer les politiques publiques à l'adresse des personnes âgées qui font usage de drogues sur les principes d'indépendance, de participation, de soins, d'épanouissement personnel et de dignité
- Garantir le droit au soulagement de la douleur dans le cadre des soins palliatifs et l'accès universel aux médicaments essentiels
- Concevoir un modèle de soins intégrés souple et adaptable (à domicile ou résidentiel, aidant-es naturels/familiaux ou aidant-es professionnels...), qui ne visent pas forcément l'abstinence
- Coordonner et fluidifier le continuum de soins depuis le dépistage jusqu'à la revalidation
- Développer des services d'*outreach* pour entrer en contact avec les personnes âgées marginalisées
- Améliorer la communication entre les professionnel·les spécialisés en assuétudes et les soignant·es de 1ère ligne
- Intégrer des professionnel·les de la santé ayant des expériences dans le domaine des assuétudes au sein des services gériatriques
- Développer des stratégies de soin et des services adaptées aux personnes âgées, qui prennent en compte les préoccupations et contextes psychologiques, sociaux et sanitaires, ainsi que des inégalités sociales de santé et des obstacles dans l'accès aux soins et services
- Impliquer les personnes UD dans le processus d'élaboration des politiques de prise en charge intégrée et dans l'évaluation des services et programmes

Former et anticiper

- Renforcer la formation du personnel soignant non-spécialisé (détection des usages et des dépendances, lutte contre la stigmatisation des usager·es, orientation vers les services spécialisés)
- Renforcer la formation du personnel soignant non-spécialisé (détection des usages et des dépendances, lutte contre la stigmatisation des usager·es, orientation vers les services spécialisés)
- Former les professionnel·les spécialisés en assuétudes à la prise en charge des personnes âgées et leurs besoins particuliers (y compris la perte de mobilité, le deuil, l'isolement sociale...)
- Préparer les services spécialisés à l'augmentation de la proportion de personnes âgées (équipement adapté, formation, gestion des comorbidités, prise de médicaments)

Lutte contre la stigmatisation

- Veiller à ce que le dépistage soit mené de façon bienveillante et sans stigmatisation
- Revoir le vocabulaire et le langage employés dans les médias et les stéréotypes véhiculés
- Encourager les personnalités publiques à parler de leurs expériences personnelles
- Mieux former le personnel non-spécialisé
- Favoriser le contact entre les personnes UD et non-UD
- Associer les personnes âgées et les personnes UD à l'élaboration de messages de lutte contre la stigmatisation et à la formation continue des prestataires de prévention et de soins
- Observer et évaluer en permanence les programmes de formation visant à lutter contre la stigmatisation pour s'assurer qu'ils restent actuels et adaptés aux objectifs poursuivis

Recherche et collecte de données

- Améliorer la mesure et la surveillance de la santé et du bien-être des personnes âgées (et particulièrement UD)
- Elargir la tranche d'âge de la population ciblée par les études épidémiologiques
- Améliorer l'évaluation et la surveillance de l'usage de médicaments soumis à prescription et en vente libre (et ainsi réduire les prescriptions multiples, le nomadisme médical et les admissions aux services d'urgence)
- Mener des recherches portant sur les comportements de consommation, la santé et les caractéristiques sociales des personnes âgées usagères, et identifier leurs besoins
- Renforcer les connaissances en matière de différences genrées au sein des personnes âgées UD
- Renforcer les connaissances relatives aux effets des inégalités sociales de santé sur la santé des personnes âgées, leur usage de drogues légales et illégales et leur accès aux services et soins
- Soutenir et évaluer la mise en place de projets innovants afin de dégager des bonnes pratiques prévention, détection, réduction des risques et soins

Prévention et détection

- Renforcer la prévention et la promotion de la santé grâce à la coopération intersectorielle
- Porter une attention particulière aux inégalités sociales de santé et les obstacles dans l'accès aux services et dispositifs de prévention et détection précoce
- Ajuster le type et le dosage des médicaments à la physiologie et pharmacocinétique des personnes âgées
- Surveiller et encadrer la prescription de benzodiazépines et d'opiacés aux personnes âgées. Être vigilant aux risques de surconsommation et d'usage problématique (voir notamment INAMI, 2019)
- Les adultes de 60+ ans devraient être systématiquement dépistés pour le mésusage d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes lors de leurs visites médicales
- En cas de détection d'une consommation problématique, les praticien·nes réorientent les patient·es vers les services d'accompagnement ou de traitement adéquats
- Les professionnel·les de la santé sensibilisent aux effets néfastes de l'usage de drogues légales et illégales et des médicaments
- Le personnel soignant participe à identifier et réduire les obstacles dans l'accès aux traitements
- Créer ou améliorer les outils de détection et de diagnostic adaptés aux parcours et aux réalités des personnes âgées