



Comité permanent
de lutte à la toxicomanie

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES
DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES
ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES



La toxicomanie chez les aînés :

**reconnaître,
comprendre
et agir**

Guide d'intervention
JANVIER 2001

| **CPLT**

FQCRPAT

Avant-propos

Le **CPLT** a pour mandat principal de conseiller la ministre de la Santé et des Services sociaux, ainsi que le ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse et ministre responsable du Loisir, du Sport et du Plein Air, sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de leur proposer les priorités d'actions ou les domaines d'intervention à privilégier. Pour réaliser son mandat, le CPLT s'alimente à diverses sources : il commande des études, il recueille les opinions des divers intervenants et experts des milieux concernés, il analyse les données publiées sur l'évolution de la problématique au Québec (ex. : Enquêtes de santé). En vue de contribuer au transfert des connaissances, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie publie régulièrement les résultats des études qu'il commande, des consultations qu'il mène, de même que le fruit de ses réflexions.

La **FQCRPAT** vise l'amélioration constante des programmes et des services cliniques et professionnels dispensés par ses membres à leurs usagers. À cette fin, elle a notamment pour mission :

- d'offrir directement à ses membres des services conseil en matière clinique et professionnelle ;
- d'établir annuellement ses priorités dans les secteurs des services, de veiller et de participer à leur suivi ;
- de mobiliser ses membres dans des structures autour d'objectifs spécifiques ;
- d'assurer la promotion et la représentation des intérêts de ses membres.

Dépôt légal :
ISBN : 2-550-36932-7
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Premier trimestre 2001

Dans le présent document, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Un phénomène à reconnaître

En 1998, le ministère de la Santé et des Services sociaux identifiait, dans son *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*, les personnes âgées comme étant des individus commandant une intervention particulière en toxicomanie, voire même une adaptation des services et des programmes offerts.

Un constat très important, compte tenu de l'accroissement des problèmes liés à une consommation abusive d'alcool au sein de l'ensemble de la population québécoise, de l'augmentation de la consommation de drogues illicites et de médicaments psychotropes et surtout du vieillissement de la population. Ainsi, si le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus était de 11% en 1991, il doublera en 2021. En fait, non seulement les personnes âgées seront plus nombreuses, mais elles vivront également plus longtemps. Une tendance déjà présente en ce moment, puisque si les personnes âgées de 75 ans et plus ne représentaient que 38% des personnes âgées de plus de 65 ans, en 2002, cette proportion devrait passer à 47%. Il est donc fort probable que, si des mesures ne sont pas mises en place dès maintenant, un accroissement des pressions sur les services sociaux et de santé pour traiter les problèmes reliés à la consommation des substances psychoactives chez les aînés sera enregistrée (CPLT, 2000).

Or, parce que ces clientèles sont demeurées jusqu'à présent très majoritairement en marge des services de toxicomanie disponibles, leur réalité demeure bien peu connue par les intervenants en général. Plus encore, à l'instar de la majorité de la population, de nombreux intervenants entretiennent d'importants préjugés à l'égard des personnes âgées, tant sur le plan de leur autonomie, que de leur qualité de vie. Autant d'idées préconçues qui viennent faire ombrage aux interventions possibles auprès de cette clientèle et auxquelles il est urgent de s'attaquer puisque, quel que soit son âge, la personne qui présente des problèmes reliés à l'usage de substances psychoactives a le droit de recevoir l'aide et les services qu'impose sa condition, tout en mettant à profit ses capacités de prendre conscience, d'apprendre et de s'adapter.

En 1999, afin de faciliter l'adaptation des services et des programmes aux caractéristiques de cette clientèle, la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, en collaboration avec quelques partenaires majeurs, développait et publiait un cadre de référence. Ce dernier met en évidence les principales caractéristiques propres à la clientèle âgée et vise à faciliter l'action aux différents niveaux d'intervention que sont la prévention, le dépistage, l'intervention précoce, la désintoxication, la réadaptation et le soutien social. Au début de l'an 2000, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie publiait une prise de position appuyant cet ouvrage et insistait pour que des gestes concrets soient posés rapidement par rapport à cette clientèle. Les deux organisations considéraient donc que différents partenaires devaient se mobiliser, à court terme, en vue de mettre en œuvre des mesures visant à mieux répondre, de manière concertée, aux besoins spécifiques de cette clientèle.

Suite logique des efforts de réflexion entrepris, le présent document se veut un complément pratique au cadre de référence produit par la FQCRPAT. Il s'adresse essentiellement à trois catégories d'intervenants, soit les intervenants de première ligne agissant auprès des aînés et de leurs proches, les intervenants des équipes de psychogériatrie et les intervenants en toxicomanie eux-mêmes. Il vise, non seulement à les informer succinctement sur les grands paramètres de l'intervention auprès des clientèles âgées, mais également à les outiller et à leur faciliter la tâche dans leurs interventions, de façon très concrète.

Le CPLT et la FQCRPAT convient donc les intervenants à :

- confronter et questionner leurs perceptions, croyances, attitudes et comportements à l'endroit des personnes âgées pour accueillir la personne dans ce qu'elle a d'unique;
- développer une vision dynamique et globale de la personne âgée, tenant compte des dimensions biologique, psychologique, sociale et spirituelle;

- 
- 
- questionner leur conception de la toxicomanie et comprendre la place qu'occupe cette dernière dans l'effort d'une personne âgée à répondre ou cesser de répondre à ses besoins;
 - reconnaître que les problèmes de consommation de substances psychoactives chez les aînés constituent une réalité qui demande d'agir;
 - comprendre les particularités qui caractérisent les clientèles âgées;
 - bien évaluer le niveau de risque présenté par une personne âgée;
 - distinguer les problèmes reliés à la consommation de substances, de pathologies existantes ou de difficultés associées au vieillissement;
 - s'assurer que les problèmes vécus par la personne âgée sont évalués à l'aide d'outils appropriés et valides;
 - s'assurer que le risque de sevrage a été bien évalué et que la personne âgée est orientée vers le bon service;
 - mettre à profit le réseau social de la personne âgée pour identifier le problème, ainsi que pour maintenir une vigilance dans le cas où il y aurait une détérioration rapide de la condition de la personne;
 - offrir à la personne âgée une intervention adaptée, en mesure de générer un mieux-être, ou l'espoir d'une condition meilleure.

Le vieillissement : une réalité aux multiples facettes

Pour tout individu, vieillir représente un processus dynamique de changement et d'adaptation lié à sa propre réalité et à son environnement. Ainsi, vieillir comporte différentes dimensions qui interagissent les unes par rapport aux autres.

Une dimension biologique

Vieillir est un processus biologique dont les pertes successives mènent, avec le temps, à une mort inévitable. La génétique, le niveau de santé, ainsi que les habitudes de vie en sont les principaux déterminants. Plus la personne est âgée, plus elle est susceptible de vivre ces pertes et une plus grande vulnérabilité associée. Dans des conditions optimales, on fixe habituellement à 75 ans, le seuil auquel il est convenu de voir se manifester une plus grande vulnérabilité biologique. Par contre, l'application de nouvelles techniques médicales aux fins de prolongement de la vie est susceptible de décaler ce seuil.

Une dimension psychologique

Vieillir est un processus psychologique déterminé par le type de personnalité, l'attitude générale à l'égard de la vie, la capacité de porter un jugement et de prendre des décisions, ainsi que par les stratégies d'adaptation utilisées. Vieillir, sur le plan psychologique, est considéré comme étant un processus offrant des opportunités de développement personnel lié à un niveau de conscience accru, ainsi qu'à la mise à profit des connaissances et des expériences acquises. Vieillir est ainsi une occasion de demeurer « jeune de cœur et d'esprit » et de faire des apprentissages. Dans des conditions optimales, on fixe habituellement à 85 ans, le seuil auquel il est convenu de voir se manifester une plus grande vulnérabilité sur le plan cognitif.

Une dimension sociale

Vieillir est un processus social de modification du statut, des rôles et des relations de l'individu. Ce processus s'alimente des croyances, des attentes et des attitudes de la société à l'endroit de l'individu, ainsi que des conditions de vie qui lui sont offertes. Il est variable d'une culture à l'autre. Dans les sociétés industrielles, il détermine l'entrée dans la vieillesse. Ainsi, on a fixé arbitrairement à 65 ans, le seuil auquel il est convenu d'attribuer le qualificatif de « âgé » à un individu.

Nous vieillissons tous, mais peu se définissent comme étant vieux tout en étant satisfaits de l'être. Socialement, une mystique de la vieillesse est ainsi entretenue (Friedan, 1995), rendant la vieillesse redoutable, voire menaçante. Les principaux stéréotypes à l'égard des aînés véhiculent des images de faiblesse, de vulnérabilité, de dépendance, de perte d'intérêt, de maladie, de soumission, d'apathie, d'isolement, d'insécurité et d'improductivité (Conseil des aînés, 1997). Les stéréotypes sont donc nombreux et les aînés sont susceptibles d'en subir des préjudices.

Ces stéréotypes constituent l'un des obstacles les plus importants lorsque l'on tente de venir en aide aux personnes âgées vulnérables.



Une dimension spirituelle

Tout au long de la vie, et sous différentes formes, de grandes expériences de croissance et de transformation interpellent l'individu quant au sens à donner à son existence.

Le besoin d'explorer l'esprit et l'âme en quête d'une vérité et d'un salut éternel constitue un besoin fondamental. Dans cette perspective, la pratique religieuse peut servir d'inspiration collective et de très nombreuses personnes âgées y trouvent le fondement de leur foi et de leur conduite quotidienne.

La spiritualité représente une autre voie, tout aussi importante, qui favorise l'éveil de la conscience. Elle est ce contact personnel et intérieur avec une force suprême (quelle que soit sa nature) qui habite l'âme, qui oriente les valeurs et les croyances et qui nourrit le cheminement des êtres humains vers une plus grande réalisation. Elle incite au développement d'une philosophie de vie, ainsi qu'à l'adoption de traditions qui confèrent une dimension sacrée à l'existence.

***Comme intervenant,
je dois confronter et
questionner mes
perceptions, mes
croyances, mes
attitudes et mes
comportements à
l'endroit des
personnes âgées
pour diminuer mes
propres stéréotypes
et accueillir la
personne dans ce
qu'elle a d'unique.***

Avec l'avènement de la mise à la retraite anticipée à compter de 50 ans, on assiste cependant à un éclatement des balises pour déterminer socialement l'entrée dans la vieillesse. Cet éclatement est susceptible de comporter des opportunités de redéfinition du rôle social des aînés. Ceci pourrait contribuer à redonner un sens positif à la vieillesse ou, au contraire, à en faire reculer davantage le seuil d'entrée pour l'associer essentiellement aux personnes âgées de 75 ans et plus.

Vieillir : un processus global

Finalement, vieillir est un processus global d'interactions à travers le temps entre les dimensions biologique, psychologique, sociale et spirituelle. Il comporte des pertes, mais également des opportunités de gains. Dans cette perspective, le défi de vieillir implique de préserver le mieux possible son autonomie fonctionnelle, de bien développer son identité, ainsi que d'acquérir et de maintenir un sentiment de sécurité, d'appartenance et d'utilité dans son milieu de vie. Il en est ainsi d'une VIE DE QUALITÉ où il peut être valorisant de se reconnaître comme étant vieux.

***Comme intervenant, j'ai la
responsabilité de saisir le plus possible
cette vision dynamique et globale
de la personne âgée.***

Les aînés : une catégorie passablement large

Bien que des seuils chronologiques aient été identifiés à chacune des dimensions qui précèdent, il est important de reconnaître que le vieillissement demeure un processus qui se manifeste différemment d'un individu à l'autre et d'un contexte à l'autre. Ceci contribue à rendre très virtuelle et arbitraire l'état de vieillesse.

Généralement, on convient de fixer à **55 ans** le seuil d'inclusion d'individus dans des actions ou des interventions gériatologiques. Ce qui ne signifie pas que des personnes de 55 à 65 ans sont dites vieilles. Ce seuil minimal est particulièrement utilisé lorsqu'il s'agit d'actions de promotion de la santé, de prévention ou d'intervention précoce. Par ailleurs, la chronicité de problèmes reliés à l'usage de substances psychoactives donne lieu parfois à des manifestations biopsychosociales associées à un vieillissement prématuré.

Une vision gériatologique de la toxicomanie

Le concept de dépendance est majeur en gériatologie. Cependant, sa définition est beaucoup plus large que celle utilisée dans le domaine de la toxicomanie. Elle est inspirée de la conceptualisation que Memmi (1979) a développée. Pour lui, toute dépendance prend racine dans des besoins à satisfaire. L'individu est avant tout dépendant par nécessité (ex. : manger, dormir, bouger, se sentir utile et aimé, avoir sa place, etc.).

Pour Memmi, nos relations interpersonnelles s'inscrivent dans des rapports d'interdépendance du fait d'avoir souvent recours à autrui pour satisfaire nos besoins respectifs. Être autonome, ne signifie donc pas être sans dépendance. Être autonome signifie gérer ses dépendances, tout en s'ajustant ou en se distançant de celles qui représentent une entrave à son autonomie. Ainsi, il y a des dépendances qui sont saines et d'autres qui sont nocives, représentant une entrave à l'autonomie de l'individu. On qualifie alors ces dernières de pathologiques. L'infantilisme tout comme la toxicomanie s'inscrivent dans ce dernier type de dépendance.

Le vieillissement amène des pertes progressives d'énergie, de capacités, de rôles et de relations qui accroissent le besoin de dépendance, soit le recours nécessaire à des ressources extérieures pour satisfaire ses besoins. Vieillir est donc une succession de dépendances et de ruptures de dépendances. Le défi est de négocier les transitions associées à ces ruptures et de s'adonner aux dépendances ou autres activités permettant de maintenir une autonomie fonctionnelle ainsi qu'un bien-être. L'éveil de la conscience, le rehaussement de l'estime de soi, la gestion du stress, l'adoption de rituels et le soutien social représentent des chemins privilégiés pour négocier ces transitions et contrecarrer l'effet négatif des pertes vécues ou appréhendées.

Dans ce contexte, la toxicomanie est vue comme un problème de mésadaptation chez l'individu qui tente de satisfaire ses besoins fondamentaux. L'activité de consommation se modifie progressivement en habitudes, puis en dépendance, alors que l'activité de consommation est maintenue malgré un ratio coût/bénéfice négatif. Cette mésadaptation alimente une estime de soi négative, un isolement affectif, un faible pouvoir à modifier sa condition, ainsi qu'une identité effritée ou diffuse (*spoiled identity*). Tout cela peut conduire à une perte de sens de la vie, ou l'alimenter.



Traditionnellement, être vieux et alcoolique a quelque chose de doublement honteux, voire de misérable. Une telle misère suscite davantage la pitié que la compassion, car elle est perçue comme un mal auquel seule la mort peut mettre fin.

Par ailleurs, être vieux et abuser de médicaments est perçu comme étant une nécessité, justifiée par une santé de plus en plus précaire ou comme un laxisme de la part des médecins prescripteurs. Être vieux devient alors synonyme d'être malade.

La toxicomanie d'une personne âgée amplifie les stéréotypes associés à la vieillesse. Plus la personne est âgée, plus cet effet d'amplification est présent, ce qui représente un obstacle majeur à la capacité de lui venir en aide.

Comme intervenant, je dois questionner ma conception de la toxicomanie et comprendre la place qu'occupe cette dernière dans l'effort d'une personne âgée à répondre à ses besoins.

Tel qu'il a été mentionné précédemment, quel que soit l'âge de la personne, ses capacités de prendre conscience, d'apprendre et de s'adapter doivent être mises à profit et les services doivent être adaptés à sa condition.

Connaître pour comprendre

QUELQUES DONNÉES ET CONSTATS

Les enquêtes épidémiologiques et certaines études présentent des données associées à la consommation de substances psychoactives ainsi qu'à l'utilisation des services de santé.

Voici quelques-unes des données permettant de dresser un portrait sommaire de l'état de la situation chez les aînés, à cet égard¹.

Alcool

- Une faible consommation d'alcool est réputée avoir un effet positif chez les personnes âgées en bonne santé.
- En général, les personnes plus âgées boivent moins que les plus jeunes et le profil de consommation abusive décroît avec l'âge.
- 9,4% des personnes âgées de 55 ans et plus présentent un risque de problèmes reliés à leur consommation d'alcool (Santé Québec, 1995).
- Les hommes âgés sont quatre fois plus à risque de présenter des problèmes reliés à leur consommation d'alcool que les femmes âgées.

Médicaments psychotropes

- De façon générale, le médicament prescrit pour le bon motif, à la bonne dose, dont les effets cliniques recherchés sont obtenus, est réputé favorable à la santé.
- On observe une augmentation de la consommation de médicaments psychotropes prescrits avec l'âge et les femmes âgées en consomment plus que les hommes âgés.
- Les sédatifs et anxiolytiques, ou benzodiazépines, appartiennent à la classe des médicaments du système nerveux central (SNC). Ces derniers sont les plus fréquemment prescrits aux personnes âgées, après les médicaments pour le cœur, soit 27,8% de tous les médicaments qui leur sont prescrits (MSSS, 1998).
- Les benzodiazépines sont les médicaments dont les personnes âgées sont le plus fréquemment dépendantes et elles ont tendance à les consommer pour de longues périodes. Une bonne proportion de personnes âgées qui abusent de ces médicaments ont des antécédents de problèmes d'alcool. Alors que celles qui consomment de l'alcool et des médicaments sont particulièrement à risque élevé de complications au niveau de la santé.

¹ Les données contenues dans cette section sont issues, principalement, du cadre de référence publié par la FQCRPAT (1999) et de la prise de position publiée par le CPLT (2000).



Drogues illicites

- Les enquêtes épidémiologiques ne permettent pas d'établir des taux fiables en ce qui a trait à la consommation de drogues illicites chez les aînés. Cependant, certaines indications cliniques révèlent l'identification de personnes âgées qui présentent des symptômes associés à un abus de drogues illicites (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 1998).
- L'utilisation du cannabis comme agent thérapeutique pour soulager la douleur chez des personnes atteintes de maladies chroniques est à la hausse.
- Une proportion des consommateurs actuels de drogues illicites sont susceptibles de maintenir leur mode de consommation au cours de leur vieillissement.



Utilisation des services de santé

- 10 % à 15 % des personnes âgées de 60 ans et plus qui utilisent les soins de santé de première ligne présenteraient un problème d'alcoolisme; le pourcentage varierait de 14 % à 30 % en salle d'urgence de centres hospitaliers de courte durée (FQCRPAT, 1999).
- En 1996, un peu plus de 2000 personnes âgées de 55 ans et plus ont été hospitalisées au Québec avec un diagnostic principal lié à l'alcoolisme ou à une autre toxicomanie. Durant la même année, les hospitalisations comportant un diagnostic secondaire lié au même problème ont été huit fois plus nombreuses, soit environ 17 500 (Med-Echo). Ces chiffres sont cependant très conservateurs puisque les diagnostics secondaires ne sont pas posés ou comptabilisés de façon systématique par l'ensemble des médecins.

Comme intervenant, je dois reconnaître que les problèmes reliés à la consommation de substances psychoactives chez les aînés constituent une réalité qui demande d'agir.

LES PARTICULARITÉS DES CLIENTÈLES ÂGÉES

Les particularités des clientèles âgées déterminent en bonne partie les motifs pour lesquels des services adaptés doivent leur être offerts. Ces particularités sont en lien avec les différents aspects suivants : distinctions par rapport à l'ensemble des personnes âgées et par rapport aux clientèles plus jeunes ; apparition parfois tardive des problèmes de consommation ; capacité de bénéficier de l'aide. D'autres particularités seront aussi mentionnées dans la section portant sur la désintoxication.



Par rapport à l'ensemble des personnes âgées

De manière générale, les personnes âgées présentant un problème d'abus ou de dépendance se distinguent également de l'ensemble des personnes âgées sur les aspects suivants :

- présentent davantage de problèmes de santé physique, bien qu'elles consomment moins de médicaments pour le cœur, pour l'hypertension, le diabète et l'arthrite ;
- sont moins portées à consulter régulièrement un médecin omnipraticien ou de famille ;
- présentent davantage de problèmes de santé mentale, sont davantage dépressives et consomment plus de tranquillisants ;
- présentent un degré plus élevé d'aliénation, d'anxiété, de dysfonctionnement psychosocial ;
- présentent davantage de stress ponctuel et chronique ;
- négligent plus fréquemment leur personne ;
- sont plus susceptibles de fumer après l'âge de 40 ans ;
- sont plus susceptibles d'avoir abusé d'alcool avant l'âge de 40 ans ;
- sont moins susceptibles d'avoir un réseau social qui les encourage dans leur prise en charge, d'avoir des relations sociales satisfaisantes et un bon niveau de satisfaction générale face à la vie ;
- sont moins engagées dans des activités sociales et se sentent moins utiles dans les relations familiales.



Par rapport aux clientèles plus jeunes

De manière générale, les clientèles âgées se distinguent des clientèles plus jeunes sur les aspects suivants :

- davantage de problèmes de santé chroniques ;
- symptômes plus atypiques ;
- métabolisme d'élimination plus lent ;
- seuil de tolérance diminué qui amène un seuil sécuritaire de consommation moins élevé ;
- plus grande toxicité, suite à la présence accrue ou prolongée d'alcool ou de médicaments dans l'organisme ;
- davantage à risque de dépendance, face à un même niveau de consommation ;
- davantage d'isolement social et de difficulté de transport ;
- clientèles moins présentes dans les milieux ou les contextes habituellement propices au dépistage (milieu familial, de travail ou milieu scolaire) ;
- davantage confrontées à la perte d'êtres chers, effritant ainsi leur réseau de soutien ;
- davantage d'inactivité et d'inutilité ;
- clientèle en perte d'identité, plutôt qu'en quête d'identité ;
- plus grande proportion d'entre elles qui voudraient cesser de consommer et qui se disent incapables d'y arriver.



Tout aussi importants mais moins constants, on retrouve davantage de problèmes au niveau des aspects suivants :

- les activités de la vie quotidienne (ex. : prendre soin de sa personne, se préparer à manger) ;
- les relations familiales ;
- la prise de médicaments ;
- l'alimentation ;
- le fonctionnement cognitif.



Par rapport à la manifestation tardive des problèmes

Une proportion significative des clientèles âgées (environ le tiers) ont initié tardivement leur problème suite à une difficulté de s'adapter à un événement majeur, un stress chronique ou un cumul de contrariétés de la vie quotidienne en cours de vieillissement.

Des données descriptives sont disponibles en alcoolisme chez les aînés. Ainsi, les buveurs tardifs se distinguent des buveurs chroniques par les caractéristiques suivantes :

- l'alcoolisme dans la famille est moins fréquent ;
- le réseau social de ces personnes est habituellement mieux préservé que celui des buveurs chroniques ;
- les problèmes de santé physique et de santé mentale sont moins fréquents ;
- leur dépistage est plus difficile, dû à un meilleur fonctionnement et à une moins grande détérioration de leur santé ;
- ils sont beaucoup plus fréquemment référés en traitement que les buveurs chroniques pour conduite en état d'ébriété ;
- leur pronostic est meilleur pour peu que le traitement soit adapté ;
- les femmes âgées qui présentent une consommation problématique sont plus fréquemment que les hommes âgés dans la catégorie des buveurs tardifs :
 - elles consomment moins d'alcool ;
 - elles ont moins de problèmes associés à leur consommation, et depuis moins longtemps que les hommes ayant développé un problème identique ;
 - elles ont davantage de soutien de la part des enfants et de l'entourage, bien qu'elles aient plus souvent que les hommes un conjoint qui a un problème d'alcool ;
 - elles consomment plus de médicaments ;
 - elles sont davantage déprimées ;
 - elles ont plus de stress familial ;
 - elles sont moins portées à aller en traitement.

Par rapport à la capacité de bénéficier de l'aide

Les clientèles âgées se retrouvent souvent en situation d'anomie : soit un manque d'attentes de la société, de leur entourage et des intervenants quant à leur contribution sociale. Plus la personne est âgée, moins on lui manifeste des attentes pouvant mettre à profit ses capacités. Il peut en découler un sentiment d'inutilité et de dévalorisation qui se trouve amplifié par des attitudes stéréotypées et préjudiciables de la part d'autrui. En conséquence, on leur accorde très peu de capacité de bénéficier d'un traitement, d'apporter des changements importants dans leur style de vie et de faire des apprentissages.

Dans une perspective préventive et d'intervention précoce, les clientèles âgées bénéficient grandement d'une intervention visant à rehausser leur estime de soi, leurs sentiments d'utilité et d'appartenance, leurs intérêts à maintenir des relations et à améliorer leurs conditions de vie, en mobilisant les ressources de la communauté.

Les clientèles âgées bénéficient tout aussi bien d'un traitement que les plus jeunes, pour peu que les interventions soient ajustées à leurs besoins, à leurs intérêts, ainsi qu'à leur rythme, et que la personne ne présente pas un syndrome organique.

Comme intervenant, je dois comprendre les particularités qui distinguent les clientèles âgées, afin de leur offrir une intervention adaptée.

LES FACTEURS DE RISQUE

En vieillissant, l'organisme est davantage sensible au seuil sécuritaire de consommation d'alcool et de médicaments psychotropes, ce qui augmente le risque d'en subir les effets négatifs au niveau de la santé. Plus la personne est avancée en âge, plus elle est susceptible de se détériorer rapidement, suite à une intoxication. Des substances tels que l'alcool et les benzodiazépines affaiblissent la vigilance, la coordination, le jugement et le temps de réaction.

Le risque de présenter un problème d'alcool chez les aînés est associé aux facteurs suivants :

- être un homme ;
- être célibataire ;
- vivre seul ;
- avoir un réseau de soutien inadéquat ;
- vivre en milieu rural ;
- vivre une perte importante (emploi, décès d'un conjoint, séparation) ;
- vivre un stress chronique ;
- avoir abusé d'alcool antérieurement ;
- avoir des problèmes avec son conjoint ou ses amis ;
- utiliser des stratégies d'évitement ;
- augmenter ses consommations d'alcool suite à la retraite ;

- 
- avoir des amis qui abusent d'alcool;
 - obtenir une approbation sociale de ses consommations;
 - abuser de médicaments.

Les principaux facteurs de risque associés à un abus de médicaments chez les aînés sont les suivants:

- être une femme;
- avoir des problèmes de santé;
- être isolé suite à une perte majeure;
- avoir plusieurs ordonnances et consommer quotidiennement plus de trois médicaments;
- prendre simultanément des médicaments prescrits et en vente libre;
- consulter plus d'un médecin omnipraticien.

Une personne qui cumule ces facteurs de risque augmente la probabilité de présenter un problème d'alcool ou de médicaments. Certains de ces facteurs de risque réfèrent à des transitions et des pertes successives vécues en vieillissant. Elles confrontent la personne dans ses capacités d'adaptation en plus de représenter des crises potentielles sur le plan existentiel.

Le potentiel négatif des stressors que la personne âgée rencontre est fonction des facteurs suivants:

- son état de santé;
- la perception qu'elle en a;
- ses capacités de s'y adapter;
- le soutien social dont elle dispose pour y faire face.

Comme intervenant, je dois bien évaluer le niveau de risque présenté par une personne âgée.

Savoir-être et savoir-faire

Les conditions requises pour une intervention appropriée

Des connaissances, des compétences et un état d'être sont requis pour favoriser une aide de qualité aux personnes âgées qui présentent des problèmes reliés à la consommation de substances psychoactives. Le programme LESA d'Ottawa préconise certaines attitudes pour venir en aide à cette clientèle (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 1998). Ainsi, l'intervenant doit être à l'aise avec ces personnes. Il doit croire en leur capacité de faire des changements dans leur vie. Son intervention doit être positive, réaliste, souple et empreinte de créativité. Les objectifs d'intervention doivent être clairs, concrets, réalisables à court terme, et viser l'amélioration du fonctionnement de la personne et un mieux être.

Les dispositions requises se regroupent autour de différents principes d'évaluation et d'intervention.

Les principes d'évaluation

- s'ouvrir à la personne pour la respecter et l'accueillir, en favorisant l'implication de l'entourage ;
- intégrer différentes composantes de l'évaluation pour dégager un profil complet de sa condition, ce qui demande de porter une attention particulière aux déficits cognitifs, de façon à bien évaluer le potentiel de récupération, suite à l'intoxication ;
- être flexible dans les procédures pour lui rendre accessibles les services requis ;
- être vigilant dans les observations pour évaluer l'évolution de ses capacités ;
- être prudent dans l'interprétation des symptômes pour porter un meilleur jugement clinique.

De manière plus spécifique, lorsqu'il est question d'évaluer les déficits neuropsychologiques, les principes suivants demandent à être respectés :

- investiguer les antécédents ;
- respecter les délais de récupération ;
- choisir le type d'environnement ;
- ajuster la méthode de passation ;
- préciser la nature de la tâche ;
- comprendre la nature des déficits et des potentiels.



Les principes d'intervention

- s'adapter aux capacités et aux limites de la personne, ce qui implique un apprivoisement et des ajustements dans le rythme et la nature des interventions;
- prioriser les besoins à satisfaire sur la base des préoccupations du client;
- obtenir le consentement de la personne pour mettre à contribution l'entourage;
- favoriser le développement du soutien social et l'amélioration des conditions de vie de la personne;
- favoriser la prise en charge de l'individu dans les activités de la vie quotidienne;
- amener l'individu à jouer un rôle actif dans son entourage en misant sur ses centres d'intérêts et des affinités;
- amener progressivement la personne à faire certains apprentissages, en mettant à profit ses capacités résiduelles, en vue d'une plus grande autonomie fonctionnelle;
- assurer une plus grande continuité dans les interventions, lorsque la personne âgée est plus vulnérable;
- faciliter le travail de concertation entre les intervenants impliqués auprès de la personne âgée.

***Comme intervenant, je dois
m'interroger sur ma capacité
d'accueillir la personne âgée dans ce
qu'elle vit comme souffrance et lui
offrir une aide susceptible de générer
un mieux-être ou un espoir d'une
condition meilleure.***



Agir pour changer les choses

Différents éléments sont à prendre en considération quand vient le temps d'intervenir auprès des personnes âgées. Le graphique de la page 23 résume l'essentiel de la démarche d'intervention. Voyons cependant quelques-uns de ces éléments plus en détail.

L'IDENTIFICATION DU PROBLÈME

L'identification du problème est la première étape en vue d'intervenir auprès d'une personne âgée qui présente ou qui est à risque de présenter un problème relié à l'usage de substances psychoactives.

Qui peut dépister un problème relié à l'usage de substances psychoactives chez les aînés ?

- **la personne âgée elle-même** : cependant, son auto-évaluation s'avère souvent biaisée par un déni, une sous-estimation ou un état confusionnel; l'information recueillie demande alors d'être vérifiée par un tiers;
- **les membres de la famille immédiate** : fille, fils, frère, sœur, etc.;
- **les amis** : les personnes qui agissent comme confidentes et en qui la personne âgée entretient une grande confiance. Elles peuvent être ou non des membres de la famille;
- **les voisins** : les personnes âgées qui demeurent au même endroit depuis plusieurs années sont susceptibles d'avoir développé des liens de proximité, utilitaires et de socialisation avec les voisins; ils se voient fréquemment et parfois quotidiennement;
- **le médecin généraliste** : les générations actuelles de personnes âgées accordent une grande confiance à cet intervenant qu'elles consultent sur une base régulière pour une grande variété de problèmes de santé;
- **le pharmacien** : dans sa fonction de remplir des ordonnances, le pharmacien est en situation privilégiée pour donner des conseils liés à l'utilisation des médicaments et pour identifier des personnes à risque;
- **l'intervenant de maintien à domicile** : particulièrement le personnel infirmier et les auxiliaires familiaux qui visitent sur une base régulière des personnes âgées en perte d'autonomie et qui satisfont à des besoins relatifs à l'autonomie fonctionnelle;
- **le religieux** : de nombreuses personnes âgées demeurent très croyantes et entretiennent un lien de confiance avec un membre du clergé; il en est ainsi dans les vieux quartiers, ainsi que dans les résidences pour personnes âgées et les centres d'hébergement visités par un aumônier;

Comme intervenant, je dois mettre à profit le réseau social de la personne âgée pour identifier le problème, ainsi que pour maintenir une vigilance dans le cas où il y aurait une détérioration rapide de la condition de la personne.

- **le postier** : le postier est en mesure de vérifier quotidiennement si la personne âgée récupère son courrier ; un programme (*PAPA Post*) a déjà été mis en place pour mettre à contribution les postiers dans l'identification de personnes âgées en difficulté permettant ainsi une intervention rapide ;
- **le dépanneur ou l'épicier** : le lieu principal où la personne âgée s'approvisionne de nourriture et d'autres effets personnels donne lieu parfois à des relations étroites. Un compte de crédit peut être ouvert, des chèques de pension peuvent être encaissés. Une précieuse information peut alors être obtenue sur les habitudes de consommation de la personne âgée.

Quels sont les signes cliniques ?

Les signes cliniques d'un usage inapproprié de substances psychoactives chez les clientèles âgées s'appuient sur un ensemble d'indicateurs manifestés sur le plan des habitudes de consommation, d'une part, ainsi que sur les plans physique, psychologique et social, d'autre part (FQCRPAT, 1999).

■ Sur le plan des habitudes de consommation d'alcool et de médicaments psychotropes

- prise quotidienne de plus de trois médicaments différents ;
- non respect de la posologie de médicaments prescrits ;
- prise de médicaments dont la dose est plus élevée que la dose gériatrique recommandée ;
- utilisation de benzodiazépines depuis plus d'un mois ;
- médicaments à l'extérieur de leur contenant ;
- médicaments dans des contenants non identifiés ;
- médicaments prescrits par différents médecins ;
- péremption du médicament ;
- signe de consommation d'alcool et de médicaments ;
- haleine éthylique ;
- bouteilles d'alcool vides dans le logement.

■ Sur le plan physique

- douleur musculo-squelettique et problèmes gastriques ;
- grande faiblesse ;
- somnolence diurne ;
- perte d'équilibre ;
- tremblements accrus ;
- ralentissement moteur ;
- chutes ou accidents répétés (avec ecchymoses ou fractures) ;

- perte d'appétit ou malnutrition (avec manque de nourriture);
- incontinence fréquente;
- déshydratation;
- difficulté accrue de prendre soin de son hygiène.

■ Sur le plan psychologique

- changement notable dans le comportement ou la personnalité;
- périodes répétées de pertes de mémoire ou de confusion;
- problème d'élocution;
- anxiété et dépression;
- variabilité de l'humeur.

■ Sur le plan social

- isolement social ou retrait systématique à domicile;
- accumulation du courrier dans la boîte aux lettres, malgré la présence de la personne;
- difficulté accrue de prendre soin de son domicile (insalubrité, ordures accumulées);
- accumulation de comptes impayés;
- demandes répétées d'argent;
- absences répétées à un rendez-vous;
- argumentation et résistance à l'idée de recevoir de l'aide.

Plus l'intervenant observe la présence de ces indicateurs, plus la personne est susceptible de présenter un problème relié à l'usage de substances psychoactives. Toutefois, l'intervenant doit procéder à une évaluation plus poussée pour circonscrire la nature du problème.

◀ Quel est le problème ?

Plus la clientèle est âgée, moins on peut s'en remettre aux indicateurs formels de diagnostic de la toxicomanie pour apprécier la nature des problèmes vécus.

Le problème ne s'identifie pas en termes de fréquence ou de quantité consommée, mais bien en termes d'impacts sur le fonctionnement personnel ou social tels qu'identifiés en fonction des indicateurs ci-haut mentionnés. Par exemple, une faible consommation d'alcool peut contribuer à détériorer des pathologies plus fréquentes dans le processus de vieillissement (ex. : diabète, troubles cardiaques, hypertension, hépatite, troubles de l'estomac).

En fait, «il y a usage inapproprié lorsque la consommation de substances psychoactives est susceptible d'entraîner des conséquences négatives» (CPLT, 1997).



Le problème chez les clientèles âgées est de départager les effets de la consommation de ceux reliés au vieillissement ou à des pathologies existantes. À titre d'exemple, les manifestations suivantes, associées habituellement au vieillissement, peuvent aussi découler d'un usage inapproprié de substances psychoactives (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 1998) :

- confusion ;
- désorientation ;
- perte de mémoire à court terme ;
- ralentissement du processus de la pensée ;
- perte de coordination musculaire et d'équilibre ;
- tremblements ;
- gastrite ;
- dépression ;
- arythmie cardiaque ;
- hypertension artérielle ;
- malnutrition, déshydratation.

La dépression est centrale dans la compréhension de l'abus et de la dépendance chez les personnes âgées, en plus de représenter un obstacle important lorsqu'elle n'est pas traitée. Le dépistage de la dépression gériatrique pose cependant de sérieuses difficultés. Plusieurs de ces symptômes peuvent non seulement être associés au vieillissement ou à l'intoxication, mais également à la maladie ou la démence (ex : troubles du sommeil, ralentissement psychomoteur, perte d'énergie, diminution de la capacité de se concentrer, troubles de mémoire).

La comorbidité peut donc ainsi donner lieu à des doubles et à des triples diagnostics (toxicomanie, santé mentale, neurologie). Il est donc important de procéder à une évaluation complète pour préciser l'origine des symptômes observés et leur évolution, faute de quoi il y a un risque de prendre un état provisoire pour un syndrome permanent et irréversible.

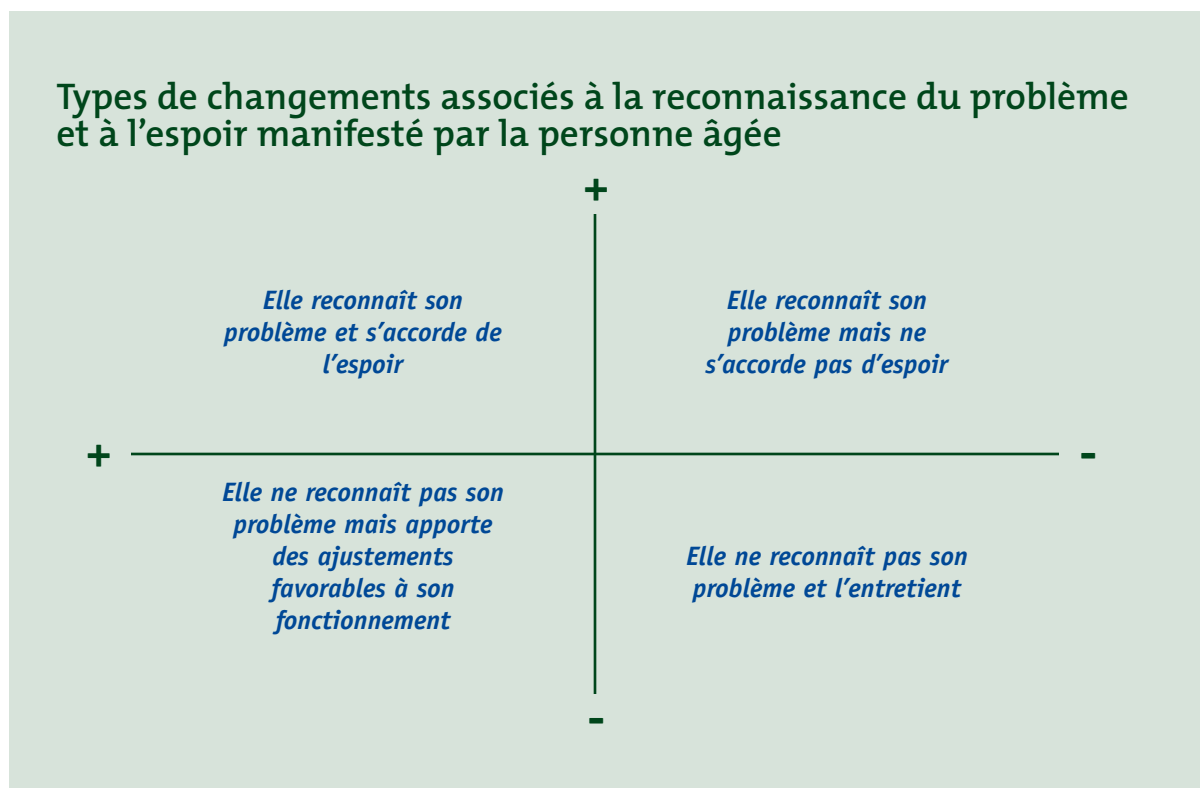
Comme intervenant, je dois pouvoir distinguer les problèmes reliés à la consommation de substances psychoactives, de pathologies existantes ou de difficultés associées au vieillissement.



LA RECONNAISSANCE DU PROBLÈME ET L'ESPOIR

La reconnaissance du problème de consommation par la personne âgée ne s'avère pas nécessaire pour initier une intervention. Cette reconnaissance comporte une étiquette sociale encore très négative et moralement difficile à s'attribuer. C'est particulièrement le propre des personnes ayant développé tardivement un problème d'alcool.

La tentative de préserver une certaine autonomie en apportant des ajustements, si petits soient-ils, s'avère un point d'ancrage majeur pour l'intervenant. À cet égard, l'espoir que la personne s'accorde s'avère une dimension importante à considérer dans le déploiement de cet effort.



Par ailleurs, la reconnaissance des problèmes de santé est un incitatif important chez les aînés pour apporter des ajustements au niveau de leur consommation de substances psychoactives. À moins qu'une dépression majeure soit clairement présente avec des composantes suicidaires, la personne âgée va souvent tenter de sauvegarder minimalement son autonomie fonctionnelle. Les enjeux peuvent être également relatifs au maintien de la relation avec un être cher (ex. : petit enfant, ami).

LES DIVERSES PERSPECTIVES D'INTERVENTION

Les personnes qui sont bien placées pour identifier un problème relié à l'usage de substances psychoactives chez les aînés ne sont pas toujours les mieux placées pour leur venir en aide. À cet égard, les membres de la famille se voient fréquemment confrontés à une difficulté de venir en aide à un parent âgé.

En tout temps, l'intervention doit être favorable à la santé, la sécurité et le bien-être de la personne. De façon générale, il est également souhaitable que plus d'un intervenant se mobilisent pour répondre à ces besoins. Plus la sévérité du problème de la clientèle est grande plus cette concertation est nécessaire pour éviter l'isolement, l'impuissance ou l'épuisement de l'intervenant et de l'entourage.

Voici quelques perspectives d'intervention en fonction des niveaux de reconnaissance et d'espoir.

La personne ne reconnaît pas son problème et l'entretient

- L'intervention doit viser principalement à répondre aux besoins fondamentaux d'hygiène et de salubrité, de protection de la santé et de sécurité.
- L'intervention est orientée dans une perspective de réduction des méfaits.
- L'intervention se maintient au niveau des services de première ligne. Une vigilance est maintenue pour prévenir la crise. Lorsque la crise se manifeste, la référence à l'urgence de l'hôpital est souvent requise compte tenu de condition de santé de la personne.

La personne ne reconnaît pas son problème mais apporte des ajustements à son fonctionnement

- L'intervention doit viser principalement à susciter chez la personne âgée l'auto-évaluation de ses ajustements en suscitant une prise de conscience de leurs impacts et des ajustements qui peuvent être nécessaires. Progressivement, la personne est susceptible de nommer elle-même son problème de consommation comme étant un obstacle à apporter des ajustements à son fonctionnement.
- L'intervention doit éviter toute forme d'attribution d'étiquettes associées au diagnostic de toxicomanie.
- L'intervention se maintient au niveau des services de première ligne.

La personne reconnaît son problème mais ne s'accorde pas d'espoir

- L'intervention doit porter principalement sur l'identification et la mise à profit de points d'ancrage (intérêts, compétences, relations, capacités, environnement) susceptibles d'éveiller un peu d'espoir.
- Des résultats tangibles doivent découler de ces interventions afin de pouvoir augmenter progressivement le niveau d'espoir d'une situation meilleure.

- L'intervention est initiée par les services de première ligne et, si nécessaire, une orientation dans les services spécialisés en toxicomanie peut s'en suivre. Par contre, si l'orientation vers les services spécialisés n'est pas indiquée, il peut quand même s'avérer approprié d'envisager une intervention conjointe (i.e. en première ligne, avec le soutien d'intervenants en toxicomanie).

La personne reconnaît son problème et s'accorde de l'espoir

- L'intervention doit viser principalement à aider la personne à se prendre en charge en offrant l'intervention qui correspond à ses besoins (désintoxication, réadaptation, soutien social).
- La persévérance dans le traitement et l'aide à la consolidation des changements s'avèrent des enjeux importants.
- L'intervention implique une orientation dans les services spécialisés en toxicomanie ainsi qu'un soutien social mettant à profit les ressources de la communauté.

LA DÉSINTOXICATION

Comparativement aux clientèles plus jeunes, les clientèles âgées nécessitant un traitement de désintoxication présentent les caractéristiques suivantes au niveau du sevrage de l'alcool :

- davantage de dysfonctionnement cognitif;
- plus de somnolence diurne et de faiblesse et plus fréquemment des troubles du sommeil;
- plus d'hypertension : celles ayant un problème d'hypertension sont deux fois plus nombreuses à présenter de la somnolence diurne ;
- plus fréquemment des problèmes d'anémie ;
- plus de problèmes cardiaques : celles présentant des troubles cardiaques manifestent deux fois plus fréquemment des troubles cognitifs ;
- plus nombreuses à vivre des convulsions, bien que touchant un nombre très limité ;
- plus longue période de temps suite à l'arrêt de la consommation durant laquelle des convulsions peuvent se manifester ;
- plus de risque de complications médicales suite à des convulsions ;
- plus longue période de récupération des différentes fonctions ;
- plus de temps d'hospitalisation et plus de jours de médication.

De plus, les antécédents de réactions de sevrage mettent davantage la personne à risque de réactions encore plus marquées.

Pour ce qui est du sevrage aux médicaments psychotropes, il est plus accentué et se manifeste plus rapidement avec les médicaments à courte demi-vie. Bien que ces derniers apparaissent moins dommageables pour les personnes âgées au niveau psychomoteur, le sevrage risque d'être plus sévère.

Comme intervenant, je dois m'assurer que le risque de sevrage a été bien évalué et que la personne âgée est orientée vers le bon service.



TRAITEMENT ET SOUTIEN SOCIAL



De façon générale, les orientations à privilégier au niveau du traitement et du soutien social doivent respecter les particularités, les principes et les éléments d'intervention déjà énoncés. Ces orientations amènent l'intervenant à fixer des objectifs qui doivent être réalistes, concrets et signifiants pour la personne âgée.

Des thèmes relatifs à la santé physique, les deuils, l'isolement, la perte d'identité, la relocalisation, les problèmes de transport et d'accès aux services sont beaucoup plus fréquents chez les clientèles âgées et doivent guider l'intervention.

La fin d'un rôle qui a représenté le pôle organisateur de toute une vie, la présence d'une maladie chronique et dégénérative, l'effritement du soutien social suite aux décès successifs d'êtres chers, ainsi que la proximité de la mort amènent tous une redéfinition de la finalité du traitement et conditionnent les objectifs à formuler et la nature des interventions à offrir.

Ainsi, il est important que la personne développe des stratégies efficaces pour composer avec ces pertes et les contraintes qu'elles imposent. De plus, lorsqu'il y a un changement et une prise en charge possibles, l'intervention doit susciter une réappropriation ou la consolidation de l'identité et de l'estime de soi de la personne, afin que celle-ci fasse de sa vie une histoire cohérente, significative et satisfaisante.

Face à une autonomie fonctionnelle réduite, le traitement doit optimiser la mise à profit des capacités résiduelles et s'attarder sur les moyens à privilégier pour assurer la bonne conduite des activités de la vie quotidienne dans un contexte sécuritaire.

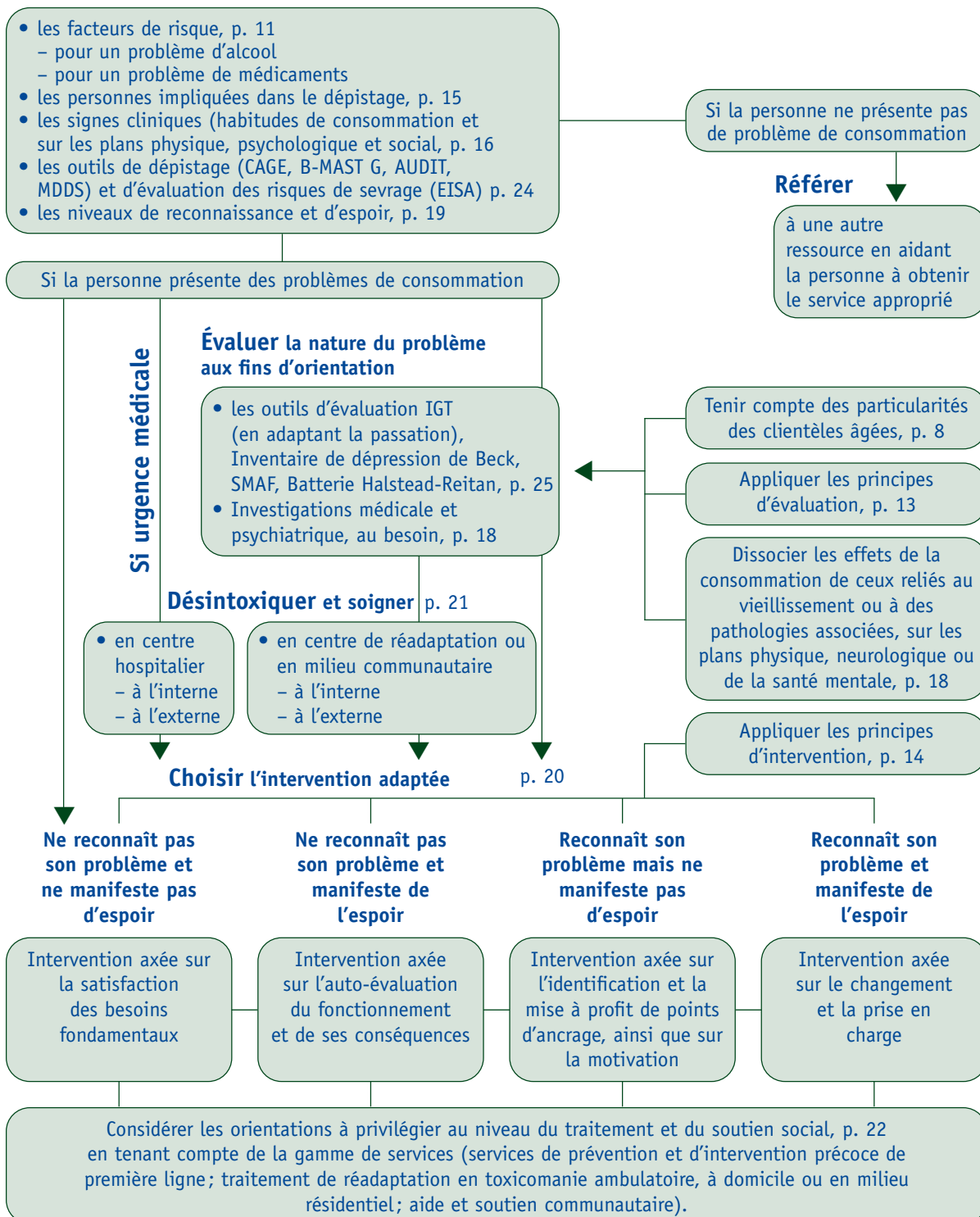
En bref, les personnes âgées requièrent des modalités de traitement variées qui tiennent compte :

- de leur niveau d'autonomie fonctionnelle ;
- du soutien social disponible ;
- du degré de résistance à aborder directement un problème relié à l'usage de substances psychoactives.

L'enjeu en est un de qualité de vie, afin d'acquérir le plus possible une autonomie relative, une identité bien définie, ainsi qu'un sentiment d'appartenance, d'utilité et de sécurité.

LA DÉMARCHE D'INTERVENTION EN RÉSUMÉ

Dépister la personne ou recevoir une demande de services de la personne ou de son entourage



Des outils pour agir

Offrir une intervention de qualité implique d'utiliser des outils valides et pertinents. Cela implique aussi de référer à du matériel qui fournit des indications quant aux meilleures pratiques ou aux stratégies les plus prometteuses. Voici, à ce titre, quelques informations utiles :

ÉVALUATION²

Les questionnaires d'évaluation sommaire

- **CAGE** : cet outil validé comporte quatre questions faciles à introduire dans une entrevue d'évaluation (Ewing, 1984, dans FQCRPAT, 1999) ; répondre à deux « oui » ou plus est une indication que la personne présente un problème d'alcool ; mais, plus une personne est âgée, plus un seul « oui » suffit comme indicateur de la présence d'un problème.
- **B-MAST G** (Version abrégée et gériatrique du Michigan Alcohol Screening Test – Blow et al., 1992, dans FQCRPAT, 1999) : cet outil validé auprès de personnes âgées comporte 24 questions ; répondre à cinq « oui » ou plus est une indication que la personne présente un problème d'alcool.
- **AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test de Babor et al., 1992) : cet outil validé est particulièrement utilisé pour dépister les personnes qui présentent un problème d'alcool, sans toutefois avoir développé une dépendance physique ; il est composé de 10 questions à choix multiples, dont le score global varie de 0 à 40 ; plus le score est élevé, plus la personne est susceptible de présenter un problème relié à sa consommation d'alcool ; l'outil est recommandé auprès de personnes de différentes ethnies.
- **MDDS** (Manitoba Drug Dependency Screen – Jacik et al., 1991, dans FQCRPAT, 1999) : cet outil comporte huit questions qui permettent d'identifier la présence d'un problème de dépendance aux médicaments ; il n'est utilisé qu'à titre indicatif n'étant pas standardisé.
- **EISA** (Évaluation de l'Institut clinique sur le sevrage de l'alcool, version française de Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale – CIWA, Sullivan et al., 1989, dans FQCRPAT, 1999) : cet outil validé évalue les symptômes de sevrage ; habituellement, un score de 20 et plus amène à référer la personne en centre hospitalier, compte tenu des risques importants au niveau de la santé ; pour les clientèles âgées présentant des problèmes de santé, la référence en centre hospitalier peut être indiquée, malgré un score inférieur.

² Certains de ces instruments nécessitent une formation spécifique ou leur administration peut être réservée à certaines catégories de professionnels. Les personnes désireuses d'en connaître davantage sur l'un ou plusieurs de ces outils d'évaluation peuvent s'adresser à la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes ou au centre public de réadaptation en toxicomanie de leur région.

Les questionnaires pour évaluer la gravité des problèmes

- **IGT** (Indice de gravité d'une toxicomanie – Bergeron et al., 1992, version française de l'Addiction Severity Index – McLellan et al., 1980): cet outil validé demande parfois une passation en séquences; les questions portant sur le travail, la justice et les drogues concernent très peu les clientèles âgées; des informations complémentaires doivent être obtenues aux niveaux des activités de la vie quotidienne et du réseau social; il est important de s'assurer que la personne ait suffisamment récupéré sur le plan cognitif pour y répondre.
- **Inventaire de dépression de Beck** (Gauthier et al., 1982, version française de Beck Depression Inventory, Beck et al., 1988): cet outil validé auprès des personnes âgées contient 21 questions associées à différents symptômes de la dépression; la sommation des réponses varie de 0 à 63. Un résultat plus élevé que 10 suggère la présence d'une dépression.
- **SMAF** (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle, Hébert, 1982): cet outil gériatrique a été validé; il comporte 29 items représentant les cinq grandes fonctions de l'autonomie; chaque item est identifié sur une échelle à quatre niveaux; un profil d'autonomie s'en dégage et le besoin de ressources est identifié et réévalué en repassant périodiquement l'outil.
- **Batterie Halstead-Reitan** (Loberg, 1986): cet outil validé est particulièrement indiqué pour évaluer les déficits neuropsychologiques chez des sujets alcooliques chroniques.

Comme intervenant, je dois m'assurer que les problèmes vécus par la personne âgée sont évalués à l'aide d'outils appropriés et valides.

L'INTERVENTION

Quatre sources de données sont pertinentes pour l'intervenant qui voudrait s'informer sur les activités, les services ou les programmes adaptés aux besoins des clientèles âgées présentant ou à risque de présenter des problèmes reliés à l'usage de substances psychoactives.

- **Vouloir changer** (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 1998): ce document représente un guide pratique mettant en évidence une approche axée sur le client traitant de l'usage d'alcool et de médicaments chez les aînés.
- **Vieillir en santé** (MSSS, 1996): ce document est un répertoire analytique de 77 projets communautaires, à l'ensemble du Québec, visant l'usage rationnel des médicaments chez les aînés; il met en évidence certains projets d'origine qui ont fait l'objet de transposition dans différentes régions; il comporte également des projets d'éducation sanitaire, de communication, ainsi que de développement communautaire.

- **Expériences positives de diminution de la consommation de médicaments et d'alcool en CHSLD** (Fédération québécoise des centres d'hébergement et de soins de longue durée, 1994) : cinq programmes ainsi que 25 initiatives diverses ont été développés auprès de résidents hébergés ou auprès de clientèles en centres de jour, dans le but de susciter une diminution de la consommation de médicaments et d'alcool.
- **Le temps d'agir en gérontoxicomanie** (Létourneau et Vermette, 1992) : ce document fait le recensement analytique de 32 programmes de prévention, de dépistage ou de traitement en gérontoxicomanie, à l'ensemble de l'Amérique du Nord; le contenu et la clientèle rejointe par chacun de ces programmes y sont décrits; l'analyse des données met en évidence les principales caractéristiques de chacune des catégories de programmes.

En complément aux informations disponibles dans les différents documents qui précèdent, il est important de mettre en évidence l'expertise de deux programmes d'intervention en gérontoxicomanie qui sont en place depuis plusieurs années dans la région de Montréal.

- **Groupe Harmonie** : un organisme communautaire œuvrant sur le territoire du centre-ville de Montréal qui vient en aide à des personnes âgées de 55 ans et plus vivant des problèmes reliés à l'usage d'alcool ou de médicaments; l'approche privilégiée vise la réduction des méfaits, en vue de favoriser un meilleur fonctionnement de la personne dans le cadre des activités de la vie quotidienne; l'intervention se fait à domicile ainsi que dans la communauté, en mettant à profit les différentes ressources; des interventions préventives sont également offertes aux clientèles à risque.
- **Programme 55 ans et plus** : un programme de traitement en gérontoxicomanie offert par le centre de réadaptation Dollard-Cormier, en collaboration avec plusieurs ressources du milieu; ce programme comporte une approche biopsychosociale et spirituelle basée sur les étapes du changement; les modalités d'intervention varient en fonction des besoins de différents types de clientèle; il mise sur l'évaluation, la récupération et la mise à profit des capacités résiduelles de la personne afin de préserver son autonomie fonctionnelle et sa qualité de vie; une attention est portée à rétablir des solidarités pour contrer l'isolement; le programme offre également des services à l'entourage, ainsi qu'un soutien professionnel aux intervenants de première ligne.

Finalement, le programme de prévention **Alcochoix**, offert en CLSC, s'avère prometteur pour intervenir auprès des personnes âgées de 55 ans et plus qui se questionnent en regard de leur consommation d'alcool, sans toutefois en être dépendantes. Ce programme amène la personne à évaluer et à modifier sa consommation d'alcool à partir d'objectifs qu'elle se fixe, d'un choix possible de différentes stratégies de support, le tout dans un cadre d'intervention non stigmatisant. Le but du programme est d'amener la personne à modifier ses habitudes de vie, tout en continuant à profiter du plaisir lié à la modération. Par ailleurs, l'évaluation des candidats en vue d'une admission au programme peut être une occasion de dépister des personnes présentant une dépendance à l'alcool et de les référer, au besoin, à des services spécialisés, dans le but d'une réadaptation.

Références bibliographiques

- Babor, T.F. ; de la Fuente, J.R. ; Saunders, J. ; Grant, M. (1992) : AUDIT : The Alcohol Use Disorders Identification Test : Guidelines for its Use in Primary Health Care. Geneva, Switzerland : *World Health Organization*.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Garbin, M.G. (1988) : Psychometric properties of the Beck Depression Inventory : Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychological Review*, 8, 77-100.
- Bergeron, J., Landry, M., Ishak, A., Vaugeois, P., Trépanier, M. (1992) : Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool : L'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT), *Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives – RISQ*, Montréal, novembre, 47 pages, plus annexes.
- Blow, F.C., Brower, K.J., Schulenberg, J.E. et al. (1992) : The Michigan alcoholism screening test : a new elderly specific instrument. *Alcohol Clin Exp Res*, 16 : 372-377.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale (1998) : Vouloir changer : Une approche axée sur le client traitant de l'usage d'alcool et de médicaments chez les aînés, *Fondation de la recherche sur la toxicomanie*, Toronto, 128 pages.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2000) : *L'usage inapproprié de substances psychoactives chez les aînés : poser des gestes concrets dès maintenant : Prise de position*. Montréal, 8 pages.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1997) : Avis sur l'Objectif de la Politique de la santé et du bien-être de 1992 qui porte sur l'alcoolisme et l'usage abusif de psychotropes au Québec, Montréal, novembre, 28 pages.
- Conseil des aînés (1997) : La réalité des aînés québécois, *Gouvernement du Québec*, 107 pages.
- Ewing, J.A. (1984) : Detecting alcoholism : The CAGE Questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905-1907.
- Fédération québécoise des centres d'hébergement et de soins de longue durée (1994) : Expériences positives de diminution de la consommation de médicaments et d'alcool en CHSLD : programmes et moyens, septembre, Montréal, 129 pages.
- Freidan, B. (1995) : La révolte du 3^{ième} âge : pour en finir avec le tabou de la vieillesse, *Albin Michel (Éditeur)*, Paris, 492 pages.
- Gauthier, J., Morin, C., Thériault, F., Lawson, J.S. (1982) : Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue québécoise de psychologie*, 3, 13-27.
- Hébert, R., Carrier, R., Bilodeau, A. (1982) : Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), *La Revue de Gériatrie*, Tome 13, 4, 161-167.
- Jacik, W.R., Tabisz, E., Badger, M., Fuchs, D. (1991) : Chemical dependency in the elderly : identification phase. *Canadian Journal of Aging*, 10, 10-17.
- Létourneau, G. et Vermette, G. (1992) : Le temps d'agir en gérontoxicomanie : recensement analytique des programmes de prévention, de dépistage et de traitement en Amérique du Nord, Rapport d'une étude subventionnée par la *Fondation Jean Lapointe* et le *Programme national de recherche et de développement en matière de santé* (PNRDS), Montréal, 128 pages.
- Loeber, T. (1986) : Neuropsychological Findings in the Early and Middle Phases of Alcoholism. Chap. 18. in *Neuropsychological Assessment of Neuropsychological Disorders*, Grant, I., Adams, K. (eds.), *Oxford University Press*, New-York, pp. 415-440.



McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, C.E., O'Brien, C.P. (1980): An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, (1), 26-33.

Memmi, A. (1979): *La dépendance*, Éditions Gallimard, 212 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998): Plan d'action en toxicomanie: 1999-2001, *Gouvernement du Québec*, 43 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1996): Vieillir en santé: Répertoire de projets communautaires visant l'usage rationnel des médicaments chez les aînés, dans le cadre de l'application des mesures de la Stratégie d'action provinciale, *Gouvernement du Québec*, janvier, 244 pages.

Santé Québec (1995): Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'enquête sociale et de santé volume 1, *Santé Québec*.

Sullivan, J.T.; Sykora, K.; Schneidman, J. (1989): Assessment of alcohol withdrawal: The revised clinical institute withdrawal for alcohol scale (CIWA-AR). *British Journal of Addictions*. 84, 1353.

La toxicomanie chez les aînés : reconnaître, comprendre et agir

est publié par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie inc.

Auteur :

Guy Vermette, Services de consultation Marijan

Soutien à la rédaction :

Jocelyne Forget, directrice générale, CPLT

Guylaine Boucher, Agence MÉDIAPRESSE inc.

Collaborations :

Gilles Allaire, Centre Alto, FQCRPAT

Benoît Côté, Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve, FQCRPAT

Robert Gauthier, Maison L'Alcôve, Comité aviseur du CPLT

Nadine Lachance, Centre Le Canal, FQCRPAT

André Landry, Le Virage, FQCRPAT

Graphisme :

Gilles Drouin

Info Typo Graphie

Impression :

Service de reprographie YRDC

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES
DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES
ALCOOLIKES ET AUTRES TOXICOMANES



204, rue Notre-Dame Ouest, bureau 350
Montréal (Québec) H2Y 1T3
Tél. : (514) 287-9625



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Comité permanent de lutte à la toxicomanie

970, rue de Louvain Est
Montréal (Québec) H2M 2E8
Tél. : (514) 389-6336