

NUMÉRO 09 - DÉCEMBRE 2024

ADDITION(S): recherches et pratiques

REVUE INTERNATIONALE

DROGUES,
VIEILLISSEMENT ET FIN DE VIE

Cette revue est publiée avec le soutien de la Direction générale de la santé
et de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
(Mildeca) en France

Éditeur

La Fédération Addiction, association loi 1901, est propriétaire et assure
l'édition de la revue « Addiction(s) : recherches et pratiques. Revue internationale ».

Fédération Addiction
104 rue Oberkampf
75011 - Paris
Tel : +33 (0)1 43 43 72 38
infos@federationaddiction.fr
SIRET : 529 049 421 00017 - NAF : 9499Z

Directrice de la publication : Catherine Delorme, présidente de la Fédération Addiction

Responsable de la rédaction : Marie Öngün-Rombaldi, déléguée générale de la Fédération Addiction

Coordinateur : Benjamin Tubiana-Rey

Journaliste : Natalie Castetz

Conception et réalisation graphique : Nelly Gibert - Mediis Studio

Crédit photo de couverture : Adobe Stock - IBEX.Media

Partenaires de la revue :

AIDQ (Association des intervenants en dépendance du Québec), au Québec
Féda Bxl (Fédération drogues addictions), en Belgique
Fedito Wallonne (Fédération wallonne des institutions pour toxicomanes), en Belgique
GREA (Groupement romand d'études des addictions), en Suisse
RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec), au Québec
Suchtverband Lëtztzebuerg asbl, au Luxembourg

Nombre d'exemplaires : 2020

Rivet Presse Édition

24 rue Claude Henri Gorceix,
87280 Limoges

Date de parution : décembre 2024

Dépôt légal : février 2025

Prix : 12 € l'exemplaire

ISSN : 2553-8330

SOMMAIRE

ÉDITO

Ronald Clavie et Jézabel Legat P. 4

INTERVENANTS À DOMICILE :

LES DÉFIS DE LA PRISE EN CHARGE DES CONSOMMATIONS

Natalie Castetz P. 5

LA REMISE D'ALCOOL À DOMICILE

Luc Vellenriter P. 8

«HOUSING FIRST LIÈGE» : UN ACCOMPAGNEMENT QUI TIENT COMPTE DU VIEILLISSEMENT ET DES DÉPENDANCES

Interview de Maude Martin et Tim Leskens par Pascale Hensgens P. 10

CONSOMMATION DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE DANS LES MILIEUX D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE : DES PRATIQUES ET SERVICES À AJUSTER

Vincent Wagner, David Guertin et Camille Beaujoin P. 12

QUELLE PLACE POUR UN PUBLIC CUMULANT DES PROBLÉMATIQUES DE VIEILLISSEMENT DIFFICILE, DE SANTÉ MENTALE ET D'ASSUÉTUDES ?

Valentine Peren P. 14

QUELQUES FAITS ET ENJEUX LIÉS AU VIEILLISSEMENT DES PERSONNES QUI CONSOMMENT DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Christophe Al Kurdj P. 16

L'UTILISATION DES SUBSTANCES PSYCHÉDÉLIQUES DANS LE CADRE DES SOINS PALLIATIFS

Natalie Castetz P. 21

LA PSILOCYBINE POUR TRAITER LA DÉTRESSE EXISTENTIELLE : UN NOUVEAU PARADIGME PORTEUR D'ESPOIR POUR LES PERSONNES EN FIN DE VIE

Jean-Sébastien Fallu P. 24

LA MORT D'UN LOCATAIRE DANS UN PROJET «HOUSING FIRST»

Muriel Allart P. 27

L'IMPORTANCE DES LIENS SOCIAUX CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES JUDICIARISÉES

Valérie Aubut et Mathieu Goyette P. 28

TROUBLE LIÉ À L'USAGE D'OPIOÏDES : LES ENJEUX ASSOCIÉS AU DÉVELOPPEMENT, AU DÉPISTAGE ET AU TRAITEMENT CHEZ LES PERSONNES PLUS ÂGÉES

Léonie Archambault et Marie-Ève Goyer P. 30

USAGES ET MÉSUSAGES DE L'ALCOOL CHEZ LES SUJETS ÂGÉS

Pascal Menecier P. 33

LA PRATIQUE DU CHEMSEX PARMI LES PERSONNES ÂGÉES DE 55 ANS ET PLUS

Jorge Flores-Aranda P. 35

EXPÉRIENCE DE RPIB «SENIOR» EN NOUVELLE-AQUITAINE

Philippe Castéra et André Nguyen P. 37

MANIFESTE DE LAUSANNE DES FÉDÉRATIONS FRANCOPHONES DU DOMAINE DES ADDICTIONS

Novembre 2024 P. 39

1 <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Tous%20les%20pays%20du%20monde,2020%20%C3%A0%201%2C4%20milliard.>



Ronald Clavie

Coordinateur du développement
des projets cliniques au Centre
neuro-psychiatrique (CNP)
Saint-Martin, à Dave, Belgique.
Président de la Fédito wallonne,
Belgique



Jézabel Legat

Coordinatrice Fédito
wallonne, Belgique

ÉDITO VIEILLIR AVEC LES ADDICTIONS : UN NOUVEAU DÉFI ?

Au cours du siècle dernier, l'espérance de vie a connu une augmentation jamais rencontrée dans l'histoire de l'humanité.

Selon l'OMS, « *tous les pays du monde connaissent une croissance à la fois du nombre et de la proportion de personnes âgées dans la population. D'ici à 2030, une personne sur six dans le monde aura 60 ans ou plus. Dans le même temps, la population âgée de 60 ans et plus passera d'un milliard de personnes en 2020 à 1,4 milliard.* »¹

Ainsi, si les consommations de psychotropes font partie intégrante de la nature humaine, nos sociétés doivent aujourd'hui à intégrer cette dimension du vieillissement en lien avec des conduites addictives.

De toute évidence, c'est un fait qui commence à être documenté : les seniors ont recours à des psychotropes. C'est une réalité qui peut être cachée, déniée, interdite, acceptée, aidée. Et ce, finalement, à l'image des différents points de vue qui colorent déjà l'appréhension des consommations chez les plus jeunes.

Des usagers anciens entrent dans un âge avancé. La réduction des risques, les offres de soins et d'accompagnement, entre autres, y sont pour beaucoup. Par ailleurs, des personnes vieillissantes peuvent être enclines à se tourner vers des consommations. Les premiers portent parfois les séquelles de mé-

sages tout en présentant des problèmes de santé inhérents à leur âge. Et cela, plus tôt que dans la moyenne, selon certains constats. Dans le second cas, l'usage peut venir exacerber ces comorbidités. Sous l'angle de troubles neurocognitifs, par exemple. C'est aussi parfois une façon de soulager les maux d'une vieillesse qui n'est pas toujours synonyme du maintien d'une certaine qualité de vie. Maladies et souffrances chroniques, isolement social, troubles psychiques, perte d'autonomie sont ainsi compensés et traités sur un fond de prescriptions médicales ou d'automédication. Il s'agit de rester performant et d'éprouver encore certains plaisirs.

Il y a ainsi des personnes âgées qui sont de jeunes consommateurs. Il y a de vieux consommateurs qui sont devenus des personnes âgées. La singularité des situations individuelles et des parcours de vie notamment, engendre une grande diversité du sens que l'on peut donner à la consommation à un âge avancé.

Sur le plan des accompagnements, quels projets de vie pour les aînés ? Quelles approches, quelles accroches et quels dispositifs est-il possible de mettre en oeuvre ?

Ce nouveau numéro de la revue *Addiction(s) : recherches et pratiques* questionne des expériences en la matière



Genviève Aubouy
*Responsable du Centre
d'éducation du patient (CEP),
Belgique*



Luc Vellenriter
*Infirmier libéral
(Charleville-Mézières,
Grand Est, France)
Membre du collectif
Modus Bibendi*



Stéphane Heymans
*Directeur de la Centrale
de services et soins à domicile (CSD)
de Bruxelles, Belgique*

INTERVENANTS À DOMICILE : LES DÉFIS DE LA PRISE EN CHARGE DES CONSOMMATIONS

Natalie Castetz, journaliste

Quelle attitude adopter, comment se situer face aux conduites addictives chez une personne âgée à son domicile ? La formation et la sensibilisation des professionnels intervenant dans le secteur de la perte d'autonomie font l'objet d'une lente prise en compte, et ce dans une logique de réduction des risques.

Rester à son domicile le plus longtemps possible, tel est le souhait de la majorité des personnes âgées. C'est dire l'importance du dispositif et des soins à activer en cas de perte d'autonomie. Mais des difficultés des professionnels concernés face aux cas de dépendance à l'alcool ou de l'usage prolongé de médicaments psychotropes dans ce contexte sont souvent rencontrées. Les professionnels de l'intervention à domicile sont, ou ont été confrontés un jour aux pratiques addictives de personnes âgées. Ces acteurs de première ligne constatent alors l'aggravation de la perte d'autonomie liée à ces pratiques, la diminution des activités et l'isolement qu'elles peuvent entraîner, jusqu'à éventuellement

une mise en danger au domicile avec notamment des risques de chutes. Que ce soit la consommation excessive d'alcool ou le mésusage de médicaments, leur prise en compte par les intervenants du quotidien est fréquemment inévitable.

« DÉMUNIS » OU « IMPUISSANTS »

Mais comment se situer face à une consommation excessive ? « Les acteurs de première ligne se sentent souvent démunis ou impuissants pour accompagner ces personnes et ne savent pas tou-

jours quelle posture adopter», souligne Stéphane Heymans, directeur de la Centrale de services et soins à domicile (CSD) de Bruxelles. L'association qui dispense des soins et services à domicile pour aider les personnes en perte d'autonomie compte près de 400 salariés, dont 220 aides familiales : ces «couteaux suisses» assurent des services tels que courses, repas, ménage, repassage, aussi bien que les aides administratives. À l'actif de la CSD, plus de 6 000 bénéficiaires, avec 82 ans de moyenne d'âge chez les bénéficiaires de la distribution des repas. Et un constat, «l'augmentation chez les seniors de la précarité et de la vulnérabilité, physique et psychique».

Les questions se posent notamment lorsque, par exemple, l'aide familial(e) reçoit des demandes d'approvisionnement en alcool. «*Dans le secteur des soins à domicile, la posture par rapport aux addictions veut que l'aide familial(e) n'achète pas d'alcool, sauf en cas de contre-indication médicale*», note Stéphane Heymans, *quand la personne se met en danger par un sevrage et qu'elle ne sait pas acheter de l'alcool par elle-même. Cela ne facilite pas le dialogue et crée une situation d'inconfort.*» Faut-il répondre à ces demandes d'approvisionnement ? Comment le faire si elles deviennent importantes ? Est-ce interdit ? Comment intervenir quand on juge que la consommation est excessive ou problématique ? Le refus d'aider n'est-il pas susceptible d'être taxé de non-assistance à personne en danger ? Il s'agit aussi de concilier le respect de l'autonomie de la personne avec la volonté de la protéger, mais aussi avec ses propres idées reçues sur la consommation d'alcool. «*Les responsables d'équipes ont manifesté leur inquiétude, face à cette zone grise, pour des métiers si solitaires*», raconte Stéphane Heymans.

UNE CULTURE COMMUNE

Une réflexion s'est alors engagée, début 2024, dans la démarche de réduction des risques. Des réunions se sont tenues en interne, avec l'accompagnement d'un service de santé mentale spécialisé en addiction et en alcoologie «*pour essayer de trouver le bon équilibre*». Résultat, une note de quatre pages diffusée aux personnels. Il s'est agi d'informer sur les règles de l'OMS concernant la consommation d'alcool, d'éclaircir la position de l'institution concernant l'aide à une consommation autorisée et d'évoquer la démarche de réduction des risques.

Deuxième étape, la formation. Lancées en avril, ces formations menées par des intervenants extérieurs expliquent les mécanismes de l'addiction, les risques de ne pas consommer, la posture en termes de réduction des risques à avoir à l'égard des personnes dépendantes. Tous les trois mois, un après-midi est consacré à ce sujet. Objectif affiché : «*Une culture commune d'accompagnement des pratiques addictives et l'harmonisation des solutions.*»

Les bienfaits sont reconnus. Pour Stéphane Heymans, «*ce cadre a permis d'avoir une position insti-*

tutionnelle sur la consommation et d'aider les responsables d'équipes à la prise de décision. Cela a aussi permis d'entamer en interne, avec les aides familiales, une discussion sur les addictions. Nous sommes loin d'avoir résolu l'ensemble des enjeux mais nous avons au moins un cadre et un espace d'échanges afin d'avancer sur cette question.».

SENSIBILISER ET FORMER : LE PROJET FRANCO-BELGE SATRAQ

Ces préoccupations franchissent les frontières. Ainsi, à Bruxelles, le Centre d'éducation du patient (CEP) a été chef de file du projet transfrontalier franco-belge Satraq («Sensibilisation et action transfrontalière pour une réduction de la consommation de l'alcool au quotidien»), lancé en 2020 (cf. encadré). Le confinement avait remis sur le devant de la scène la problématique de l'alcool et sa consommation responsable selon l'OMS, en 2018, de plus de 7 % des maladies et décès prématurés qui seraient évitables. «*Satraq s'inscrivait dans une démarche de diminution des risques liés aux consommations de boissons alcoolisées et de proposition de divers axes de travail*», explique Geneviève Aubouy, responsable du CEP.

Le programme a consisté à mettre en place des actions de formation et de sensibilisation au mésusage de l'alcool dans différents milieux de vie. Une cinquantaine de professionnels de santé, médecins, pharmaciens les ont suivies. Fin 2022, le CEP a voulu étendre le secteur concerné et a approché les professionnels de première ligne, «*ceux qui sont en contact direct avec des bénéficiaires vulnérables à domicile. Il y avait un vrai besoin des aides familiaux, aides ménagers, gardes à domicile*», précise Geneviève Aubouy, *de savoir comment se comporter en présence de personnes dont ils détectent une consommation à risque. Les conduites addictives liées aux substances sont une problématique qui revient fréquemment et tous font état de situations de dépendance avec des comportements agressifs, des pertes de conscience, voire des situations parfois dramatiques.*».

RENFORCER LES EXPERTISES

Les modules de formation ont ainsi été dupliqués au sein de divers Services d'aides aux familles et aux aînés (SAFA). «*Le but est les aider à comprendre les effets de l'alcool sur la santé, quand 200 pathologies y sont liées, à cibler les situations à risques, à calculer le taux d'alcool avec des outils tels que verre doseur et réglette, enfin, face à une consommation problématique, à s'initier à la démarche du repérage précoce et l'intervention brève (RPIB). Suivre cette formation d'une demi-journée permet ainsi d'augmenter leurs compétences professionnelles et de renforcer leur expertise*», note Geneviève Aubouy.

Prochaine étape de la formation : comment entamer le dialogue avec le bénéficiaire. *«Il semble souvent difficile de remettre en question un mode de fonctionnement installé dans un mode de vie, quand l'alcool est parfois la seule béquille pour tenir au quotidien et que l'on craint de rompre une relation de confiance qui a été, parfois difficilement, construite»*, rappelle Geneviève Aubouy. Un plan de formation est en cours, construit en partenariat avec l'association Addictions France. Autre projet du CEP, élargir cette formation à la consommation du tabac et du cannabis. Le sujet préoccupe. La prévention des usages addictifs fait partie des priorités du plan de prévention et de promotion de la santé récemment adopté par le Gouvernement wallon à l'horizon 2030.

SATRAQ

Satraq a été porté de 2020 à 2022 par le CEP et l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes en Belgique et, en France, par la caisse primaire d'assurance maladie des Ardennes et par ADDICA-réseau Addictions de Champagne-Ardenne. À la clé, un budget de plus de 900 000 euros, financé par les fonds européens pour moitié, dans le cadre d'INTERREG V, par les autorités publiques belges (26%) et par chaque partenaire.

CHANGER LES REGARDS

Il y a encore beaucoup de chemin à parcourir pour trouver un équilibre, qui reste à définir, entre santé, sécurité et auto-détermination des personnes. Pour Luc Vellenriter, *«nous souffrons en France d'un manque criant de formation et de sensibilisation»*. L'infirmier libéral qui travaille avec Laetitia Bourtard dans un cabinet implanté à Charleville-Mézières (Ardennes) déplore que les personnes âgées dépendantes de l'alcool *«passent trop souvent sous le radar»*. Il y a le médecin traitant qui ne pose pas assez la question de l'addiction, *«peut-être parce qu'il ne sait pas comment la prendre en charge, surtout quand le patient n'en parle pas lui-même, de crainte que l'on ne lui impose de s'arrêter»*.

Il y a aussi *«la perte d'autonomie physique de la personne âgée qui entraîne la perte de son autonomie de pensée : l'enfant, l'assistante de vie, l'infirmier, chacun décide à sa place !»* Et ce, en fonction de sa propre représentation de l'alcool : *«Des assistantes de vie se voient ainsi interdire par leur propre direction d'acheter de l'alcool pour la personne dont elles s'occupent.»* Or, soutient le militant du collectif Modus Bibendi, *«les professionnels impliqués ne sont pas légitimes à formuler de prescriptions, d'injonctions ou de changements à l'arrêt des consommations»*. Luc Vellenriter

est catégorique : *«Priver d'alcool une personne qui en a besoin est une forme de maltraitance. Chacun a le droit de faire ses propres choix en matière de consommation d'alcool.»*

En 2023, Luc Vellenriter a formé à la réduction des risques quatre aides à domicile qui se heurtaient à une situation difficile : une personne âgée en perte d'autonomie se voyait privée par un voisin de sa consommation d'alcool. *«Nous avons travaillé, avec l'unité Addictologie de l'hôpital, sur leurs propres représentations de l'alcool et sur le regard souvent stigmatisant porté sur la consommation.»* Résultat, ce changement de regard a abouti à l'amélioration de la qualité de vie pour tout le monde : les auxiliaires de vie ont accompagné une consommation désormais régulée et ont constaté la disparition de l'agressivité comme des risques de chute du patient.

PROJET DE RECHERCHE AU QUÉBEC

Les enjeux du soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie consommant des substances, tel est l'objet des recherches de Vincent Wagner, au Québec. *«Les personnes âgées de 65 ans et plus y représenteront bientôt plus d'un quart de la population, rappelle le chercheur à l'institut universitaire sur les dépendances de Montréal et professeur associé au service sur les dépendances de l'université de Sherbrooke. Cette population augmentant, la proportion de personnes qui consomment des substances psychoactives (SPA) augmente également.»*

En 2020, pendant la pandémie, Vincent Wagner a commencé à étudier les difficultés à répondre aux besoins complexes de ce public résidant en milieu d'hébergement. Or, *«ces enjeux se retrouvent également lorsque les personnes âgées reçoivent du soutien à domicile (SAD), un service qui vise à protéger la santé, le bien-être et l'autonomie de la personne pour assurer notamment son maintien à domicile, le plus longtemps possible. Dans ce contexte, la consommation de SPA demeure mal identifiée et prise en charge, les intervenant-e-s en SAD étant encore peu outillé-e-s à ce sujet, ce qui complexifie le fait de pouvoir proposer une prise en charge adaptée de la personne.»*

Le projet de recherche lancé en avril dernier est financé pour quatre ans par Santé Canada avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Il s'agira notamment de mieux comprendre les trajectoires et besoins spécifiques de ces personnes âgées, d'identifier les pratiques recommandées ou prometteuses de l'offre des services en SAD et de mieux outiller les intervenant-e-s, avec une ambition : *«Contribuer à soutenir les interventions de SAD au Québec, en réalisant des propositions concrètes d'amélioration des pratiques et d'organisation des services.»*



Luc Vellenriter
*Infirmier libéral,
Charleville-Mézières, Grand Est, France,
membre du collectif Modus Bibendi¹*

LA REMISE D'ALCOOL À DOMICILE

L'infirmier en exercice libéral intervient majoritairement au domicile de ses patients. Le mot «domicile» revêt un sens large : c'est la maison ou l'appartement, mais aussi tout autre lieu de vie ou de résidence. Cela inclut les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les centres d'hébergement d'urgence via le numéro 115, les squats ou encore les résidences sociales. L'infirmier travaille au plus près de la réalité de ses patients.

Ainsi, les infirmiers libéraux se trouvent souvent face à des consommateurs d'alcool qui passent sous les radars de la prise en charge, par choix, par lassitude d'entendre toujours les mêmes réponses, parce qu'ils ne pensent pas que leur situation puisse s'améliorer, ou enfin parce que cette problématique

ne suscite pas l'intérêt des professionnels ni de leur entourage.

Cependant, l'abstinence, même si elle doit toujours rester envisageable, ne peut convenir à tout le monde. Car les consommateurs d'alcool obtiennent ou espèrent obtenir des bénéfices à leur consommation. Ces bénéfices revêtent différentes formes, telles que désinhibition, anxiolytique...

UN LIEN DE CONFIANCE

Notre mode d'intervention au contact direct du patient dans son environnement nous permet de

libérer rapidement la parole, de tisser un lien de confiance en nous extrayant des représentations communes de l'alcoolisation. Ainsi, nous sortons de la dualité «condamnation morale et condamnation sanitaire» en optant pour une voie basée sur les choix et les possibilités des consommateurs.

Nous constatons que pour échapper au regard des autres ou pour simplement éviter la confiscation de leur alcool, certains usagers sont dans l'obligation de cacher leur consommation, étant donné que les soignants, travailleurs sociaux ou entourage se sentent souvent autorisés à déterminer ce qui est bon ou acceptable pour eux. Ces décisions sont toujours légitimées par une norme propre à ceux qui veulent l'imposer.

De fait, un certain nombre de consommateurs n'ont pas accès à la quantité d'alcool nécessaire à leurs besoins. On assiste alors à des états pathogènes de manque comblés par des alcoolisations massives, avec un phénomène de «yoyo» particulièrement destructeur pour la santé.

Ce sont les raisons pour lesquelles j'ai choisi d'apporter à un certain nombre de mes patients l'alcool qui leur est nécessaire afin d'améliorer leur qualité de vie et leur santé, même si cela peut sembler paradoxal à première vue.

La démarche consiste à déterminer avec l'utilisateur les modes de consommation souhaités et les buts recherchés. Cette étape est souvent biaisée par un discours entendu durant des dizaines d'années qui fait de l'abstinence l'alpha et l'omega de la prise en charge.

Ensemble, nous recherchons à quels moments les consommations sont nécessaires. Si la suralcoolisation est facilement repérable par l'utilisateur ou son entourage, le manque l'est d'autant moins qu'il est souvent encouragé à revenir à une «norme acceptable». C'est en dernier que nous parlons de quantité consommée et que nous allons déterminer la répartition de ces consommations. Il ne s'agit pas d'un plan de soins qui indiquerait les heures et les quantités à boire, mais plutôt d'un schéma qui aide le consommateur à déterminer à quels moments de sa journée ou dans quelles situations l'alcool

est nécessaire. Afin de faciliter la mise en place de ce schéma, il est parfois utile de dispenser l'alcool à domicile afin de sécuriser les apports tout en visant l'autonomie des usagers.

UNE ACTION MENÉE AVEC L'ENTOURAGE

Concrètement, c'est une action qui est menée avec les personnes concernées, mais aussi avec leur entourage. Il peut être parfois compliqué pour des familles en souffrance d'accepter l'idée d'autoriser des consommations auxquelles on impute les difficultés actuelles. Il est parfois tout aussi compliqué de passer outre certains règlements généraux des structures d'hébergement qui ont fait de l'interdit de l'alcool le premier principe à respecter pour y être accueilli. Cette remise d'alcool se fait généralement avec une distribution de médicaments sur ordonnance, ce qui nécessite de tenir compte des effets secondaires et des interactions potentielles.

Il ne suffit pas de rappeler que l'alcool est un produit légal et que chacun est libre de consommer ou non. Il faut aussi porter un véritable plaidoyer pour le respect des usagers. C'est par exemple lorsque l'on se rend compte que la privation entraîne des conflits et génère des suralcoolisations et des manques avec des effets délétères que la réduction des risques Alcool prend tout son sens.

Concrètement, la remise d'alcool s'adresse aux femmes et aux hommes qui sont en difficulté avec la gestion de leur consommation. Et si le financement de l'alcool est assuré par la personne elle-même, nous prévoyons toujours un stock de dépannage dans la voiture qui lui permettra de réajuster ses consommations à la baisse ou à la hausse. L'utilisateur pourra ainsi mieux appréhender son environnement sanitaire et social et retrouver une meilleure qualité de vie.



Tim Leskens
Éducateur
en accompagnement
psycho-éducatif, Belgique

Maude Martin
Infirmière en santé
communautaire, Belgique

«HOUSING FIRST LIÈGE» : UN ACCOMPAGNEMENT QUI TIENT COMPTE DU VIEILLISSEMENT ET DES DÉPENDANCES

Interview de Maude Martin et Tim Leskens
par Pascale Hensgens, coordinatrice de projet à la Fédito wallonne

L'équipe du dispositif «*Housing First*» du Relais social de Liège en Wallonie (Belgique) accompagne des personnes sans-abri qui ont choisi d'intégrer un logement. La plupart consomment des drogues comme l'héroïne ou la cocaïne ainsi que l'alcool et rencontrent également des problèmes de santé mentale. Dans ce contexte de vie, que ce soit en rue ou en logement, la question du vieillissement et des dépendances s'impose dans l'accompagnement proposé.

Tim Leskens est éducateur en accompagnement psycho-éducatif et Maude Martin infirmière en santé communautaire. Tous les deux sont attachés au dispositif «*Housing First*» hébergé par le Relais social de la ville de Liège et dont les financements et lignes directrices sont issus de deux niveaux de pouvoirs politiques, le fédéral et le régional. Faisant également partie de l'équipe du «*Housing First*», des travailleurs de terrain issus d'autres associations partenaires sont impliqués dans l'accueil de personnes sans-abri. Au total, neuf travailleurs dont un agent immobilier «capteur de logement» accompagnent 43 personnes, la plus jeune ayant moins de 25 ans, la plus âgée 79 ans. Trente d'entre elles sont en logement, onze en rue et deux en ins-

titution. Ce public est à 4/5^e composé d'hommes. Parmi les personnes hébergées en logement, trois ont plus de 60 ans et quatre arrivent à l'âge de 60 ans.

PASCALE HENSGENS : QU'EST-CE QUI MOTIVE UNE PERSONNE SANS-ABRI À DEMANDER UN LOGEMENT ?

Maude Martin :

Leur état de santé. Ces personnes disent «*ne pas vouloir crever comme des chiens*» et vouloir «*retrouver une dignité pour mourir*». Mais on observe un plus grand taux de décès chez les personnes vivant en logement que dans la rue. Cela s'explique d'une part parce qu'elles sont

plus âgées, avec des années de rue derrière elles, d'autre part parce qu'une fois en logement, c'est comme si leur corps se relâchait. La maladie devient plus visible quand elles quittent le mode « survie ». Elles-mêmes sont souvent surprises par cette dégradation et ne comprennent pas pourquoi elles sont malades alors qu'elles ne vivent plus dans la rue.

Les problèmes de santé sont divers et apparaissent en général à la fin de la trentaine. Ils sont d'ordres respiratoire, cardiaque, dermatologique, cancérologique, hépatique et buccodentaire et, pour les femmes, gynécologiques. Mêmes si ces personnes poursuivent leur consommation en logement, elle est moins importante et les maux physiques sont donc ressentis de manière plus forte.

PASCALE HENSGENS :
QUELLE EST VOTRE APPROCHE
PAR RAPPORT À LA CONSOMMATION
DES PERSONNES HÉBERGÉES
EN LOGEMENT ?

Tim Leskens :

C'est notre capteur de logement qui trouve les habitats. La personne conclut un bail classique avec le propriétaire, au courant de la situation de son locataire, et nous entamons parallèlement un accompagnement intensif. La personne hébergée bénéficie d'un revenu de remplacement de 1 200 euros en moyenne par mois, le loyer avoisinant les 600 euros. Nous n'avons pas d'obligation d'abstinence, nous nous situons dans une vision de réduction des risques. Mais en général, pour arriver à boucler les fins de mois, les personnes qui consomment encore sont plutôt usagères d'alcool et choisissent de garder accessoirement la cocaïne. Quand il y a consommation d'héroïne, certains optent alors pour la méthadone.

L'intégration dans un logement demande une grande attention : non-paiement de loyer, problème de voisinage, transformation en squatt de consommation, dégradations, manque d'hygiène... Il n'est pas toujours aisé pour ce public plus âgé d'accepter d'être « aidé ou conseillé » par des « petits jeunes ». Et l'accompagnement que propose l'équipe doit s'adapter particulièrement aux personnes âgées de plus de 50 ans : les capacités intellectuelles faiblissent, le deuil de la vie d'avant l'errance ne se fait pas.

Maude Martin :

L'accompagnement des femmes est également plus complexe. Le lien de confiance est plus difficile à établir avec les femmes qui restent

longtemps sur leurs gardes, comme elles l'ont fait quand elles vivaient dans la rue pour survivre notamment à la violence.

PASCALE HENSGENS :
COMMENT UN PROBLÈME
DE SANTÉ SE PREND-IL EN CHARGE ?

Maude Martin :

Dès que le locataire évoque un problème de santé, les éducateurs réorientent la situation vers moi. Mais les problèmes de santé ne sont pas les mêmes du point de vue des locataires que du point de vue des travailleurs. La personne évoque un problème de sommeil mais il y a derrière des signes plus graves de dégradation de la santé. Il faut prendre le temps de comprendre ce qui est exprimé, expliquer la nécessité d'une prise en charge spécifique et ensuite assurer le suivi du traitement, en consultation ou à l'hôpital. L'idéal, c'est lorsque l'on a un médecin généraliste qui centralise tous les éléments de santé et avec qui l'on peut être en lien... Ce sont souvent des médecins qui travaillent en maison médicale¹. Et quand on accepte d'accompagner une personne de plus de 60 ans, on sait que ce sera jusqu'en fin de vie car rares sont les services qui prennent le relais avec ce type de public. L'accessibilité aux soins est encore loin d'être gagnée. Le fait d'être en logement est une étape mais il reste d'autres dispositifs à imaginer, tel qu'un service gratuit de transport et d'accompagnement de nos locataires vers et dans l'hôpital.

PASCALE HENSGENS :
OBSERVEZ-VOUS DES
CHANGEMENTS DANS
CE PUBLIC ?

Maude Martin :

Actuellement, le public du « *Housing First* » à Liège est un public vieillissant avant l'âge, confronté à des problèmes liés aux dépendances, des problèmes de santé physique et mentale mais également à des problèmes liés aux conséquences de la vie en rue comme la solitude, la dépression... Mais nos locataires âgés actuels ont eu des vies avant l'errance durant lesquelles ils ont acquis des compétences et des ressources qu'ils peuvent encore mobiliser après l'errance. Et ce, contrairement à ce nouveau public auquel nous allons être confrontés, d'ici quelques années, qui aura commencé très jeune sa vie dans la rue avec des parcours très déstructurés et violents... C'est une réelle source d'inquiétude.

¹ Les maisons médicales sont, en Belgique, des structures qui dispensent des soins de santé au niveau d'un territoire (quartier ou communes). Elles sont composées d'équipes pluridisciplinaires. Le patient inscrit dans une maison médicale ne paie plus ni les consultations, ni les visites.



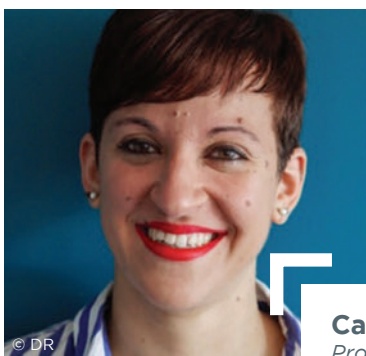
Vincent Wagner

*Chercheur d'établissement,
Institut universitaire
sur les dépendances,
Montréal, Québec*



David Guertin

*Coordonnateur de recherche,
Institut universitaire
sur les dépendances,
Montréal, Québec*



Camille Beaujoin

*Professionnelle de recherche,
Institut universitaire sur les dépendances,
Montréal, Québec*

CONSOMMATION DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE DANS LES MILIEUX D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE : DES PRATIQUES ET SERVICES À AJUSTER

VIEILLISSEMENT, PERTE D'AUTONOMIE ET CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Au Québec, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus ayant consommé au cours des douze derniers mois des substances psychoactives (SPA), excluant l'alcool et le tabac, est passé de 0,7% en 2008 à 1,9% en 2015 (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022). Pour l'alcool et le tabac, ce pourcentage était, respectivement, de 75,4% et 8,1% (Institut de la statistique du

Québec, 2024 ; Institut national de santé publique du Québec, 2020).

La perte d'autonomie liée à l'avancée en âge et la consommation de SPA interagissent pour créer divers enjeux sur le plan de la santé physique, cognitive, le fonctionnement social, l'autonomie quotidienne, etc. Il n'existe toutefois que très peu de lignes directrices claires quant à l'accompagnement de ces personnes, en particulier au sein des milieux d'hébergement et de soins de longue durée accueillant une clientèle en perte d'autonomie. Les services doivent encore avoir souvent recours à des pratiques « silencieuses », élaborées au meilleur de leur expertise, pour répondre de manière satisfaisante à ces profils de plus en plus fréquemment rencontrés.

LE PROJET BeSPA¹

En lien avec ces constats du terrain, nous avons mené un projet de recherche portant sur la consommation de SPA au sein des milieux d'hébergement et de soins de longue durée pour personnes âgées en perte d'autonomie (Wagner *et al.*, 2024). Nous avons notamment conduit des entrevues auprès de 48 membres du personnel d'intervention et de gestion (services de soutien à l'autonomie des personnes âgées et services spécialisés en dépendance) et de 28 résident(e)s. Durant ce projet BeSPA, nous avons exploré avec les participant(e)s les pistes souhaitables de bonification de l'intervention auprès de cette clientèle. À cela s'ajoute une démarche de recension de la littérature, où nous avons documenté les rares pratiques innovantes existantes à l'international.

DES PISTES DE BONIFICATION

Parmi les différentes pistes d'amélioration identifiées, émerge le besoin d'une formation accrue, pratique, concrète, basée sur des données probantes, concernant les enjeux croisés du vieillissement et de la consommation. En plus de ces deux thématiques, le contenu de formation devrait également aborder des sujets tels que les troubles neurocognitifs et du comportement, la santé mentale, les interactions avec les prescriptions médicamenteuses, ainsi que le vécu de la précarité sociale et de la stigmatisation.

Il est également suggéré de travailler au développement de normes réglementaires et cliniques cohérentes encadrant la consommation dans les établissements, et de présenter et expliquer ces dernières dès l'admission. Il reste toutefois essentiel d'évaluer régulièrement la consommation et les risques associés.

L'implication active des personnes consommatrices dans l'élaboration et l'actualisation de leur plan d'intervention est importante, en tenant compte de leurs capacités et de leurs objectifs personnels (abstinence, réduction ou poursuite de la consommation). Les pratiques d'accompagnement doivent alors s'articuler avec ces objectifs et les particularités de leur environnement, tout en faisant en sorte que la consommation reste sécuritaire. Il est aussi proposé de créer des comités de personnes consommatrices pouvant participer aux instances décisionnelles des établissements.

Formaliser des ententes de services entre les milieux d'hébergement et de soins de longue durée, les services spécialisés (notamment en dépendance), ou encore les ressources communautaires est essentiel, par exemple, pour fluidifier les références et l'accès à d'autres expertises. Ces collaborations permettraient aussi de déployer une prise en charge davantage intégrée, plus adaptée aux besoins complexes de ces personnes. Enfin, créer des communautés multidisciplinaires de co-développement et de partage des pratiques et des connaissances représenterait une ressource pertinente de soutien pour les équipes.

CONCLUSION

Les quelques pistes survolées ici soulignent déjà bien l'ampleur de la tâche qu'il reste à accomplir pour bonifier les services dans le contexte d'hébergement et de soins de longue durée, à destination des personnes âgées consommant des SPA. Repenser l'intervention et l'organisation des services pour les adapter à cette clientèle croissante reste un défi important à relever alors que le vieillissement de la population exerce déjà une pression notable sur les services sociaux et de santé, au Québec comme ailleurs.

¹ Besoins complexes des personnes présentant des problématiques liées à une consommation de substances psychoactives et fréquentant des ressources pour personnes âgées.

Bibliographie

- **Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022).** *La consommation de substances psychoactives en quelques chiffres.* <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/flash-surveillance/substances-psychoactives/>
- **Institut de la statistique du Québec (2024).** *Enquête québécoise sur le tabac et les produits de vapotage 2023.* <https://statistique.quebec.ca/fr/document/tabac-vapotage-quebec/publication/tabac-vapotage-habitudes-consommation-quebec-2023>
- **Institut national de santé publique du Québec. (2020).** *Portrait statistique: La consommation d'alcool chez les personnes âgées au Québec.* https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2680_portrait_statistique_consommation_alcool_aines.pdf
- **Wagner, V. et al (2024).** *Vieillesse, substances psychoactives, hébergement et soins de longue durée. Synthèse du projet BeSPA : quelles pistes d'amélioration pour l'accompagnement des personnes consommatrices ?* <https://iud.quebec.ca/fr/etudes-et-recherche/programme-sur-lusage-et-les-dependances-aux-substances-puds/publications>



Valentine Peren

*Coordinatrice de Senior Montessori,
Belgique*

QUELLE PLACE POUR UN PUBLIC CUMULANT DES PROBLÉMATIQUES DE VIEILLISSEMENT DIFFICILE, DE SANTÉ MENTALE ET D'ASSUÉTUDES ?

UN DOUBLE CONSTAT SOCIÉTAL

Le vieillissement de la population européenne et l'exacerbation des inégalités sociales font émerger notamment des enjeux de santé mentale et d'assuétudes. Il est donc plus qu'urgent de repenser et de faire évoluer les modèles des institutions dédiées ainsi que les pratiques d'accompagnement de ter-

rain. Depuis plusieurs années déjà, en Belgique et de façon plus évidente encore à Bruxelles, la diversification du public accueilli au sein des maisons de repos et de soins conduit à des aménagements : flexibilité au niveau de la consommation d'alcool, ouverture d'ailes psycho-gériatriques, dérogation pour les personnes de moins de 60 ans connaissant un vieillissement difficile, travail de fond sur les projets de vie individuels, etc.

Toutefois, la majorité des équipes rencontrées expriment le sentiment d'être démunies et dépassées par ces situations au vu de ces problématiques multiples et intriquées. En effet, ces infirmières, aides-soignantes et autres professionnels du soin ont développé leur expertise dans un cadre de pensée classique de la gériatrie. Or, leur formation ne les a pas outillés pour s'adapter rapidement à une telle métamorphose de leur métier. L'incompréhension des besoins spécifiques de ces profils ainsi que le manque de réponses institutionnelles adaptées conduisent bien souvent à de nombreuses formes de stigmatisation et à une frustration exacerbée de chaque partie prenante. Cela peut mener jusqu'à l'expulsion des personnes, un résultat d'autant plus dévastateur pour ce public qui a déjà connu de nombreuses déceptions en termes de logement.

UN EXEMPLE DE BONNE PRATIQUE

Depuis 2021, l'association Senior Montessori a développé un parcours d'accompagnement visant un objectif : faciliter l'entrée en maison de repos et de soins d'un public ayant connu un parcours de rue et cumulant des problématiques de santé mentale et d'assuétudes. L'idée centrale est de sensibiliser et d'outiller les équipes de soins afin de créer un environnement adapté, notamment via la mise en réseau avec les pôles «*Housing First*» du Smes (Santé mentale & Exclusion sociale), des Infirmiers de rue et du centre d'accueil pour sans-abri DoucheFLUX. En alliant une formation en amont de chaque entrée et un suivi individuel sur le long terme, il est possible de dégager des pistes d'action dans une dynamique de synergie en bénéficiant de l'expertise de chacun.

Ainsi, nous avons pu observer une baisse de la consommation d'alcool chez le nouveau résident qui a pu s'impliquer dans des activités ayant du sens pour lui, que celles-ci aient une finalité ludique ou qu'elles s'inscrivent dans une volonté de contribuer aux tâches quotidiennes, d'aider les autres résidents qui pourraient avoir moins de mobilité, etc¹.

PENSER LA MAISON DE REPOS ET DE SOINS DE DEMAIN

Comme nous pouvons le constater au travers de ce projet, les synergies intersectorielles initiées viennent soutenir une ouverture et un décloisonnement d'un modèle médico-centré de lieu de soins vers une approche psycho-socio-affective de la santé au sein d'un lieu de vie communautaire. Il est nécessaire d'orienter notre regard sur l'autonomie, l'indépendance ainsi que le sentiment d'appartenance et de contribution à la communauté de l'ensemble des personnes accompagnées, en s'appuyant sur leurs besoins, envies, capacités et ressources.

Pour ce faire, il nous semble fondamental de proposer aux équipes de soins des formations continues afin qu'elles puissent faire face plus sereinement à la complexité des nouvelles réalités des maisons de repos et de soins. De plus, nous avons besoin de sortir d'un travail sectoriel en silo et d'articuler une véritable dynamique partenariale entre les secteurs du vieillissement, de la grande précarité, de la toxicomanie et celui de la santé mentale. Nous appelons également à une plus grande diversité dans les profils des professionnels travaillant en maison de repos et de soins – par exemple des pairs aidants. Chaque corps de métier peut apporter un élément de réflexion complémentaire et ainsi contribuer à l'objectif final : le bien-être et la qualité de vie des résidents.

En guise d'ouverture, nous proposons de réfléchir à la pertinence de la mixité dans ces espaces de soins. Les lieux d'habitat mixtes favorisent-ils le bien vivre ensemble ou devrions-nous plutôt nous lancer dans le développement de lieux spécifiques pour chaque problématique ? Qu'en sera-t-il alors des personnes présentant un double diagnostic ? Quelle prise en soin adapter à ces profils aux problématiques intriquées ?

¹ Pour plus de détails sur ce projet et l'approche Montessori adaptée au vieillissement difficile, rendez-vous sur <https://senior-montessori.be/projet-housingfirst/>



Christophe Al Kurdi
*Chargé de recherche au Groupement
romand d'études des addictions (GREA),
Suisse*

QUELQUES FAITS ET ENJEUX LIÉS AU VIEILLISSEMENT DES PERSONNES QUI CONSOMMENT DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Parce que, depuis les années 1960, nous faisons moins d'enfants et vivons nettement plus longtemps, notre société occidentale vieillit : la proportion des jeunes diminue alors que celle des retraités et des personnes très âgées ne cesse d'augmenter. Ce vieillissement démographique concerne également les personnes qui consomment des substances psychoactives (SPA). Depuis 1998 et la publication de lignes directrices de l'administration américaine (the Substance Abuse and Mental Health Services Administration ou SAMHSA) qui alertait de «l'abus de substances chez les personnes âgées» [1], celles-ci sont régulièrement au centre de l'attention de nombreux organismes publics (p. ex. EUDA [2], [3], [4], RCPSYCH [5], ONUDC [6], OICS [7]). Qu'elles soient issues de la génération des baby-boomers (nées entre 1946 et 1964) ou de la génération X (1965-1980), ces personnes d'âge mûr interrogent depuis quelques années déjà les pratiques des institutions spécialisées dans la prise en charge des addictions. D'ici peu, l'ensemble des services dédiés aux soins des personnes âgées, à la prise en charge

des troubles neurocognitifs ou à l'accompagnement en fin de vie devrait être concerné par cette population.

Cet article introductif, issu d'une recherche exploratoire réalisée par le GREA pour le compte de l'Office fédéral de la santé publique suisse [8], rappelle quelques faits et survole différents enjeux liés au vieillissement des personnes qui consomment des SPA.

TROUBLES DE L'USAGE DE SUBSTANCES (TUS) ET VIEILLISSEMENT¹

Éléments de compréhension

Spécificités cliniques : en raison d'un métabolisme plus lent, les personnes âgées sont affectées par les SPA différemment des adultes plus jeunes, et de

plus petites quantités peuvent avoir un impact plus important. Les SPA peuvent également aggraver les maladies chroniques préexistantes et, parce que les seniors prennent souvent plus d'un médicament, augmenter les risques d'interactions médicamenteuses dangereuses.

Consommation précoce / tardive : les cliniciens distinguent les personnes âgées dont la problématique addictive a débuté tôt dans la vie et se poursuit jusqu'à un âge avancé, des personnes âgées qui, en réaction à des événements critiques du parcours de vie ou de problèmes de santé, glissent tardivement d'une consommation non problématique vers un TUS. En cas de consommation précoce, les processus de vieillissement sont accélérés par la consommation, la tolérance diminue et les comorbidités augmentent. Lorsque la consommation est tardive, les personnes ont tendance à être plus stables, mieux intégrées socialement et mieux préparées au traitement.

Substances concernées : les substances légales (alcool / tabac) et les médicaments prescrits (sédatifs / antalgiques) sont les principales substances consommées par les aînés. L'alcool, qui concerne 57% des patients de plus de 65 ans hospitalisés pour un TUS en Suisse, est la substance la plus problématique, devant le tabac (19%), les sédatifs (19%) et les opiacés (3%). Pour cette tranche d'âge, les prises en charge en raison d'autres substances (cannabis, cocaïne, etc.) restent actuellement anecdotiques.

Problèmes connexes² : en plus des maladies bien connues, comme la cirrhose, l'hypertension, le diabète ou le cancer, la consommation excessive de substances est liée à d'autres problématiques de santé. À titre d'exemples, le tabagisme, une consommation excessive d'alcool ou encore un usage prolongé de sédatifs (benzodiazépines et médicaments Z) sont associés à un risque augmenté de développer des problèmes neurocognitifs (p. ex. démences vasculaires, maladie d'Alzheimer). La prescription d'antidouleurs opioïdes complique la prise en charge antalgique. Quant aux troubles psychiatriques (p. ex. dépression, troubles de la personnalité), ils sont surreprésentés chez les consommateurs excessifs.

Enjeux

Repérage : l'identification d'un TUS chez les personnes âgées n'est pas simple. Les signes et symptômes d'une consommation excessive peuvent facilement être confondus avec les manifestations d'un vieillissement normal, de troubles physiques, mentaux ou neurocognitifs courants chez cette population.

Diagnostic : les deux outils communément utilisés pour diagnostiquer un trouble de l'usage de substances (DSM-5 / CIM-10) sont mal adaptés aux personnes âgées. Celles-ci peuvent rencontrer des problèmes significatifs qui requerraient une prise en charge addictologique, sans toutefois remplir les critères diagnostiques d'un trouble.

Prise en charge : en cas de consommation tardive, une simple intervention brève peut suffire si celle-ci est repérée suffisamment tôt. Lorsque la consommation est précoce, des soins centrés sur la personne sont recommandés. Ils mettent l'accent sur la réduction des risques et l'amélioration de la qualité de vie. La personne concernée est encouragée à déterminer le rythme, les buts et l'orientation du traitement.

Sevrage : les personnes âgées sont particulièrement sensibles aux effets du sevrage en raison de la combinaison d'une réserve physiologique plus faible, d'un plus grand nombre de maladies pré-morbides coexistantes et d'une plus grande sensibilité aux médicaments couramment utilisés pour traiter les symptômes de sevrage. Tout comme l'intoxication, le sevrage peut provoquer des symptômes qui peuvent être imputés à des troubles chroniques.

Lieux de vie inadaptés : les maisons de retraite médicalisées (établissements médico-sociaux ou EMS) se transforment de plus en plus en lieux d'accueil de personnes d'un grand âge, voire en fin de vie. La diversité des maladies dont souffrent les résidents très âgés conduit de plus en plus d'EMS à se spécialiser ou à dédier l'un de leurs services aux personnes atteintes de démences, de troubles psychiatriques ou requérant une prise en charge palliative. À l'encontre de ce mouvement général, très peu d'EMS se sont adaptés aux besoins complexes d'une population de consommateurs de substances psychoactives vieillissante. En effet, malgré le vieillissement prématuré qui affecte cette population, l'âge d'admission en EMS reste fréquemment celui de la retraite. De plus, trop peu d'EMS accueillent des personnes ayant une consommation problématique d'alcool, des besoins relatifs à leur traitement par agonistes opioïdes (TAO) ou encore celles qui ne souhaitent pas, ou n'arrivent pas, à stopper leur consommation de substances.

Suicide : pour l'OMS, tous les troubles liés à la consommation de substances psychoactives augmentent le risque de suicide. Les troubles liés à l'usage de l'alcool et d'autres substances sont présents dans 25 à 50% de tous les cas de suicide. Au

² Lire les fiches d'information relatives : aux troubles cooccurrents : <https://grea.ch/wp-content/uploads/files/factsheet-cods-2022-fr.pdf> ; et à l'incidence de l'alcool sur les troubles neurocognitifs : <https://grea.ch/wp-content/uploads/files/factsheet-tnc-alcool-2022.pdf>.

3 Pour les références voir : <https://grea.ch/wp-content/uploads/files/factsheet-tus-douleurs-2022.pdf>

total, 22% de tous les décès par suicide peuvent être attribués à la consommation d'alcool, ce qui signifie qu'un cinquième des suicides ne surviendrait pas si la population ne buvait pas d'alcool. La dépendance à d'autres substances psychoactives, notamment le cannabis, l'héroïne ou la nicotine, constitue également un facteur de risque de suicide. Ce risque est encore majoré en cas de troubles cooccurrents.

Implications pratiques

- Malgré l'existence d'outils de screening adéquats, le repérage des consommations problématiques semble une mesure peu pratiquée par les institutions chargées des personnes âgées. L'encouragement de cette pratique permettrait une prise en charge simplifiée et économique des consommateurs tardifs.
- Au regard du droit à l'autodétermination, il est important de disposer de suffisamment de lieux de vie destinés aux aînés qui ne veulent ou ne peuvent arrêter de consommer, ainsi que de structures intermédiaires destinées à les accueillir momentanément lors de crises. Des modèles existent d'ores et déjà.
- En raison des prévalences élevées de consommation chronique d'alcool chez les hommes âgés et de benzodiazépines chez les femmes, et du fait que leur sevrage est susceptible d'engager le pronostic vital, un dépistage routinier des SPA lors des admissions dans un nouveau lieu de vie ou de soins pourrait s'avérer pertinent.
- Depuis peu, il existe des directives médicales sur les TUS impliquant des personnes âgées. Il s'agit de les faire connaître auprès des publics concernés.

TROUBLES DE L'USAGE DE SUBSTANCES (TUS) ET DOULEURS³

Éléments de compréhension

Prévalence de la douleur : alors que 22% de la population sont concernés par des douleurs persistantes, cette proportion est bien plus élevée chez les personnes souffrant d'un TUS et concerne aussi bien les consommateurs chroniques d'alcool que les personnes utilisatrices de drogues illégales, en particulier les usagers d'opioïdes (48 à 60%). Cette prévalence plus importante concerne également les patients suivant un TAO et se situerait entre 37% et 61,3%. Autrement dit, les personnes souffrant d'un TUS et les patients en TAO sont deux

à trois fois plus exposés à la douleur que le reste de la population.

Prise en charge antalgique insuffisante : les douleurs des personnes qui consomment des SPA sont souvent mal dépistées ou sous-estimées par les médecins, la prescription de médicaments opioïdes dans un but analgésique pose souvent problème lorsqu'elle les concerne et les refus semblent fréquents. Les réticences proviendraient principalement de la crainte des effets indésirables tels que les surdoses, du refus d'alimenter un comportement addictif, ou encore de la peur d'être manipulés par des personnes cherchant à se procurer des médicaments dans un but d'abus ou de revente.

Automédication : l'une des conséquences bien connues d'une prise en charge antalgique insuffisante est l'acquisition et la consommation par les personnes concernées de médicaments (revendus dans la rue) ou de drogues (comme l'héroïne) pouvant les soulager.

Enjeux

Prise en charge insuffisante de la douleur en cas de traitement par agonistes opioïdes (TAO) :

TAO : contrairement aux idées reçues, partagées par un grand nombre de professionnels de santé et qui sont à l'origine du sous-traitement dont sont l'objet les patients suivant un TAO :

- 1) l'agoniste opioïde (méthadone / buprénorphine) n'assure pas l'analgésie;
- 2) l'utilisation d'opioïdes pour l'analgésie n'entraîne pas de rechute de la dépendance;
- 3) les effets additionnés des analgésiques opioïdes et de la TAO ne conduisent pas à une dépression respiratoire et du système nerveux central;
- 4) la plainte douloureuse n'est pas une manipulation pour obtenir des médicaments opioïdes, ou une recherche de drogue, en raison d'une dépendance aux opioïdes.

Hyperalgésie (OIH) : un autre problème réside dans l'hyperalgésie induite par un usage prolongé d'opioïdes (OIH — opioid induced hyperalgesia). Il s'agit d'une réaction paradoxale qui, lors de l'administration de ces molécules, ne conduit pas à une diminution de la douleur, mais à son augmentation. Les usagers réguliers d'héroïne, les patients bénéficiant d'un TAO, mais également les patients auxquels ont été prescrits sur une longue durée des antalgiques opioïdes, sont potentiellement concernés par cette problématique. En raison d'un accroissement généralisé de la prescription d'antidouleurs opioïdes à l'étranger, comme en Suisse (+ 42 % entre 2013 et 2018), la problématique de l'hyperalgésie pourrait se poser avec beau-

coup plus d'acuité ces prochaines années.

Suicide : selon l'OMS, la douleur et les maladies chroniques constituent d'importants facteurs de risque de comportements suicidaires. On a constaté que les comportements suicidaires sont deux à trois fois plus élevés chez les personnes atteintes de maladies chroniques qu'au sein de la population générale. Toutes les maladies associées à la douleur, au handicap physique, aux troubles du neurodéveloppement et à la détresse augmentent le risque de suicide. Sont entre autres concernés le cancer, le diabète et le VIH/sida.

Implications pratiques

Parce qu'ils pensent protéger leur patient (par manque de connaissance) ou parce qu'ils le suspectent de vouloir abuser (par stigmatisation), certains professionnels de santé n'administrent pas les antidouleurs opioïdes que la situation des personnes utilisatrices de substances psychoactives requerrait.

- Les professionnels de santé devraient appliquer aux personnes souffrant d'un TUS la même prise en charge de la douleur, basée sur les paliers de l'OMS et les déclarations de ces derniers, qu'avec les autres patients.
- La prise en charge antalgique des patients suivant un TAO est maintenant bien documentée. En cas de doutes sur les dosages (ces derniers pouvant être très élevés), les professionnels de santé peuvent s'adresser à un service spécialisé en addictologie ou à un réseau douleur.
- La question de la douleur des personnes souffrant de TUS, en particulier la problématique de l'hyperalgésie, devrait être incluse aux formations de base/continues des médecins et du personnel soignant.

POLYPHARMACIE⁴

En raison du vieillissement démographique et de la multiplication des pathologies liées à l'âge, une proportion toujours plus importante de la population suisse se voit prescrire simultanément plusieurs médicaments. Or, l'augmentation du nombre de médicaments s'accompagne d'un accroissement du risque d'interactions dangereuses (entre médicaments et alcool) et de conséquences négatives sur la cognition.

Éléments de compréhension

Multimorbidité : les polypathologies augmentent fortement avec l'âge. En Suisse, si 13% des 50-64 ans présentent simultanément deux ou plusieurs

maladies chroniques, ils sont 25% chez les 65-79 ans et plus de 41% chez les 80 ans et plus. Avec un âge moyen d'entrée en EMS de 84,9 ans, les résidents multimorbides, c'est-à-dire souffrant de plusieurs maladies chroniques, constituent la règle plutôt que l'exception.

Polypharmacie : cette apparition successive de différentes maladies se traduit par la multiplication des prescriptions médicamenteuses. Alors que 6% de la population suisse consommerait plus de cinq médicaments simultanément (polypharmacie), cette proportion atteindrait 50,4% pour la population de plus de 65 ans. Elle s'élèverait même à 85,5% pour les résidents d'EMS. Ces derniers prendraient 9,3 médicaments par jour en moyenne, soit approximativement quatre médicaments de plus que la population de plus de 65 ans (5,6 médicaments par jour).

Sédatifs : la prescription de benzodiazépines et d'analogues tels que la zopiclone, le zaleplon et le zolpidem (dits médicaments Z) augmente drastiquement avec l'âge et sur des périodes excédant largement la durée recommandée. Cette pratique comporte non seulement un risque important de développer un TUS, mais peut également induire des troubles cognitifs voire une démence de type Alzheimer. De plus, les interactions avec l'alcool sont particulièrement dangereuses et le risque de chutes est significativement augmenté.

Risques associés à la polypharmacie : la polypharmacie augmente la probabilité d'interactions médicamenteuses, d'emploi incorrect des médicaments, de confusion entre médicaments, de mauvaise adhésion au traitement et surtout d'événements médicamenteux indésirables. Chaque médicament supplémentaire augmente le risque de dégradation des fonctions cognitives, d'hospitalisation et de mortalité.

Enjeux

Prescription médicamenteuse inappropriée (PMI) : les personnes âgées sont particulièrement exposées aux PMI. À titre d'exemple, on estime que le taux d'admissions à l'hôpital liées aux effets indésirables des médicaments est de 16,6% chez les personnes âgées, contre 4% chez les patients plus jeunes. Pas moins de 88% de ces épisodes sont considérés comme évitables. Dans les EMS suisses, en 2016, 79,1% des résidents se seraient vu prescrire, au moins une fois, un médicament potentiellement inapproprié au regard de leur âge. De manière plus préoccupante, parce qu'elle ne saurait être expliquée par des situations individuelles exception-

⁴ Pour les références, voir : <https://grea.ch/wp-content/uploads/files/factsheet-tus-polypharmacie-2022.pdf>

nelles, une prescription réitérée – à trois reprises au moins – de tels médicaments a été observée chez plus de la moitié des résidents d'EMS (56,2%).

Consommation simultanée d'alcool et de médicaments : la polypharmacie augmente également la probabilité d'interactions dangereuses entre médicaments et alcool. Cela est particulièrement vrai pour les personnes âgées dont la consommation quotidienne d'alcool est presque deux fois plus fréquente (20,6% | 37,1% H, 17,5% F) que parmi le reste de la population (10,9%) et auprès desquelles on observe, en raison d'un métabolisme plus lent (fonctions hépatiques et rénales amoindries), une diminution de la dégradation des médicaments et de l'alcool.

Cognition et troubles neurocognitifs : la polypharmacie, en particulier lorsqu'elle englobe des psychotropes et des anticholinergiques, est associée à des troubles cognitifs dans de très nombreuses études. Elle serait à l'origine du délire chez 11 à 30% des patients âgés hospitalisés et occasionnerait des troubles cognitifs auprès de 10% de la patientèle des centres de mémoire. Une étude récente de grande ampleur a démontré que la polypharmacie est associée au développement de la démence et que le risque de démence augmente proportionnellement au nombre de médicaments prescrits.

Implications pratiques

Avec les « Beers Criteria », la problématique des prescriptions médicamenteuses inappropriées (PMI) auprès des personnes âgées a été prise en compte dès les années 1990 par l'American Geriatrics Society. D'autres listes ont été développées depuis, telles les « STOPP/START Criteria v2 », « The PRISCUS list » ou encore « The EU(7)-PIM list ». Elles sont régulièrement mises à jour et peuvent constituer une aide à la décision pour les praticiens.

OUVRIR LE DIALOGUE

Cet article introductif avait comme ambition de dresser un rapide tour d'horizon des problématiques de santé publique soulevées par les consommations de SPA dans le cadre d'une société vieillissante. Bien qu'il s'adresse en priorité aux professionnels de santé (non spécialisés dans le domaine des addictions), il pourrait s'avérer utile aux spécialistes aguerris en leur rappelant la nécessité de renforcer le dialogue autour des quelques enjeux évoqués plus haut.

Bibliographie

- [1] SAMHSA, *Substance Abuse Among Older Adults*. Rockville (MD) : Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1998. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64419/>
- [2] EMCDDA, « Consommation de drogues chez les personnes âgées : un phénomène négligé », *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, Lisbon, 18, 2008. [En ligne]. Disponible sur : https://www.euda.europa.eu/html.cfm/index50563EN.html_en
- [3] EMCDDA, « Treatment and care for older drug users », *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, Lisbon, 2010. Consulté le : 7 décembre 2020. [En ligne]. Disponible sur : https://www.euda.europa.eu/publications/selected-issues/older-drug-users_en
- [4] EMCDDA, L. Johnston, D. Liddell, K. Browne, et S. Priyadarshi, « Responding to the needs of ageing drug users », *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, Lisbon, oct. 2017. [En ligne]. Disponible sur : https://www.euda.europa.eu/document-library/responding-needs-ageing-drug-users_en
- [5] RCPSYCH, R. Rao, et A. Arora, « Substance misuse in Older People: an information guide », *The Royal College of Psychiatrists*, London, mai 2015. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.researchgate.net/publication/278779731>
- [6] ONUDC, « Drogues et groupes d'âge : Drogues et problèmes associés chez les jeunes et les personnes plus âgées », in *Rapport mondial sur les drogues 2018*, Vienne : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2018. [En ligne]. Disponible sur : https://www.unodc.org/doc/wdr2018/wdr2018_B4_F.pdf
- [7] OICS-INCB, « Chap. I – Une épidémie cachée : l'usage de drogues chez les personnes âgées », in *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2020*, Vienne : Nations Unies, 2021, p. 1-13. [En ligne]. Disponible sur : https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2020/AnnualReport/E_INCB_2020_1_fre.pdf
- [8] C. Al Kurdi et F. Rosselet, « Troubles de l'usage de substances – dans les contextes de démences, troubles psychiatriques et soins palliatifs », *Groupe Romand d'Etude des Addictions (GREAA)*, Lausanne, janv. 2022. [En ligne]. Disponible sur : <https://greaa.ch/actualites/troubles-de-lusage-de-substances-dans-les-contextes-de-demences-troubles-psychiatriques-et-soins-palliatifs/>



Benjamin Wyplosz

Praticien en hospitalisation
à domicile, Assistance publique -
Hôpitaux de Paris, France

© DR



Olivier Taymans

Membre de Psychedelic Society
Belgium (PSBE), Belgique

© DR

L'UTILISATION DES SUBSTANCES PSYCHÉDÉLIQUES DANS LE CADRE DES SOINS PALLIATIFS

Natalie Castetz, journaliste

La thérapie assistée par les psychédéliques dans le cadre des soins palliatifs reste balbutiante. Si les recherches se multiplient, dans le cadre du traitement de la dépression résistante et de l'anxiété et si des initiatives émergent ici et là, elle n'est toujours pas entrée dans le répertoire des traitements. Exemples en Europe.

« C'est la prochaine révolution des années à venir. » À Bruxelles, Olivier Taymans affiche l'optimisme : « Nous sommes à la veille de l'autorisation officielle de ces substances dont l'effet très aidant et même guérissant pour une immense majorité des gens est évident. » Membre de l'association Psychedelic Society Belgium (PSBE), fondée en 2020, il partage avec les quelque 200 adhérents, psychologues, psychiatres, juristes la même conviction : les substances psychédéliques, telles que la psilocybine, principe actif des champignons hallucinogènes, peuvent devenir un allié thérapeutique pour apaiser l'anxiété et la détresse « des patients atteints d'une maladie potentiellement mortelle. Celles des personnes qui ont reçu un diagnostic d'une maladie qui met leur vie en danger, voire même les personnes en rémission qui craignent une récurrence ».

Olivier Taymans concilie lui-même plusieurs expériences. Il a été intervenant volontaire en soins palliatifs, de 2016 à 2019, et est membre du comité d'éthique de la plateforme de soins palliatifs

PalliaLiège. Mais il a aussi expérimenté les substances psychédéliques, confronté très jeune à des deuils familiaux et a été interpellé par le regard que la société porte sur la fin de vie, la mort, le deuil. « À plusieurs moments de mon parcours, les psychédéliques ont influé de façon positive. » Et la PSBE le rappelle, « la souffrance psychologique est fréquente chez les personnes souffrant d'une maladie mettant en jeu le pronostic vital ». L'association souligne la prévalence de la dépression chez les patients atteints de cancers, avec un « un taux de 25%, soit un patient sur quatre, voire près de 40% si on y ajoute l'anxiété ». Olivier Taymans l'a lui-même constaté : « Beaucoup sont démoralisés, souffrent de dépression, d'anxiété et les interventions actuelles ne sont pas toujours efficaces, surtout dans ce cas de figure spécifique. »

Or, insiste la PSBE, « les essais menés aux États-Unis ont montré qu'après une séance de psilocybine, dûment accompagnée et précédée puis suivie d'une psychothérapie de soutien, entre 60 et 80%

des sujets ont montré une réduction substantielle de la dépression, de l'anxiété et de la peur de la mort, ainsi qu'une augmentation de l'optimisme, et une amélioration de la qualité de vie et des relations avec les proches». Ancien journaliste, Olivier Taymans a travaillé à la Fédération bruxelloise des institutions spécialisées en matière de drogues et addictions (Féda bxl, anciennement Fédito bxl) avant de reprendre ses études en dernière année de master en psychologie. Actuellement en stage dans une clinique de référence en matière de cancer, il envisage d'y mettre en place avec une équipe, d'ici un ou deux ans, une étude clinique sur l'utilisation des thérapies assistées par les psychédéliques pour les personnes aux prises avec une détresse existentielle face à une maladie potentiellement mortelle.

En 2023, Olivier Taymans a organisé un symposium sur l'utilisation des psychédéliques en soins palliatifs : *«C'est l'une des plus belles applications des thérapies psychédéliques, et la première qui devrait bénéficier sinon d'une légalisation, au moins d'un usage compassionnel comme c'est le cas au Canada ou en Suisse.»* L'association soutient la légalisation de ces substances dans un cadre thérapeutique et a organisé à Bruxelles, le 9 novembre, un nouveau symposium, *«Psychedelics for Mental Health: New Therapeutic Pathways»*. Reste que s'il est toujours illégal en Belgique de proposer ces thérapies, les recherches se multiplient, un peu partout dans le monde.

RECHERCHE COLLABORATIVE EN SUISSE

La Suisse est un pays pionnier dans ce domaine : c'est là que le chimiste Albert Hofmann a synthétisé le LSD pour la première fois, en 1938. Et si les substances psychédéliques ont toujours le statut de substances interdites, leur utilisation est autorisée depuis 2014 dans le domaine médical, dans le cadre de Psychothérapie assistée par psychédélique (PAP), mais de manière exceptionnelle. *«L'usage de substances telles que le LSD et la psilocybine est autorisé pour une application médicale limitée, pour des recherches cliniques et des traitements expérimentaux, mais nécessitant toujours une autorisation exceptionnelle longue à obtenir»*, précise Nadia Yersin, collaboratrice au Groupement romand d'études des addictions (GREAA).

L'association basée à Lausanne qui regroupe des professionnels des secteurs médical, social et associatif anime de nombreuses plateformes d'échanges réunissant différents experts, thérapeutes, usagers et associations. En 2022, un groupe de discussions a été mis en place sur le thème des psychédéliques.

Il réunit médecins, psychologues, chercheurs, hautes écoles de santé, institutions prenant en charge les personnes souffrant d'addiction, ainsi que des organisations actives dans la prévention de la santé et des dépendances comme des patients ayant bénéficié de PAP. *«Le but est de réunir des connaissances, des expériences et de l'expertise dans le domaine des psychédéliques afin notamment de proposer des lignes directrices pour la régulation de ces substances et de ces thérapies»*, explique Nadia Yersin. Et ce, dans la perspective de *«proposer des recommandations en vue d'améliorer les PAP et de préparer les futurs changements législatifs»*.

Car *«on constate un réel regain d'intérêt pour ce sujet»*, note Clara Acien, doctorante en psychologie, co-fondatrice de l'association PROOF (Psychedellic Research Organization of Fribourg), notamment dans le milieu universitaire. À Genève, Fribourg, Lausanne, Neuchâtel, *«de nombreuses associations d'étudiants se sont créées, dédiées à la vulgarisation de la science psychédélique»*. D'autres associations organisent aussi séminaires et colloques, une fondation créée à Genève en 2021 promeut les avancements scientifiques concernant les substances psychédéliques et une journée autour des PAP réunissant l'Association professionnelle Suisse - Psychédéliques en Thérapie (ASPT), la Société suisse de médecine psychédélique (SSMP), la Schweizerische Ärztengesellschaft für Psycholytische Therapie (SÄPT) et l'Association professionnelle suisse - psychédéliques en thérapie (ASPT) est programmée à Bern, en avril 2025.

Fin 2024, a aussi débuté le projet collaboratif Psyché sur les thérapies assistées par psychédéliques. Mené par le Centre de recherches en psychologie de la santé, du vieillissement et du sport de l'université de Lausanne (UNIL), en partenariat avec l'association Psychédelos dédiée à la défense des intérêts des patients traités par les PAP, il vise un objectif : *«Mieux comprendre les expériences des usagers et des professionnels dans l'utilisation des psychédéliques à des fins thérapeutiques, renforçant ainsi le lien entre la recherche scientifique et les besoins de la communauté»*, selon Psychédelos. D'une durée de 18 mois, cette démarche participative ambitionne de mieux comprendre cet usage *«afin de proposer des recommandations pour améliorer la prise en charge en santé mentale»*.

Mais si les centres hospitaliers proposent les PAP à Genève, Zurich, Bâle et Fribourg et si une trentaine de psychiatres les pratiquent en cabinet privé, en Suisse romande, qui compte environ 1 200 praticiens, *«les substances psychédéliques ne peuvent être actuellement utilisées que dans le cadre d'une PAP, rappelle Nadia Yersin. C'est la raison pour*

laquelle les essais cliniques dans le cadre des soins palliatifs restent très limités. En effet, le problème est que la procédure pour obtenir l'autorisation exceptionnelle de débiter une PAP et d'utiliser des psychédéliques prend beaucoup de temps et que, souvent, elle arrive trop tard pour les personnes en fin de vie».

EN FRANCE, LE PROJET PSILONCO

L'obstacle le plus important à la mise en place de cette thérapie ? «Le manque de connaissances scientifiques, la fausseté des représentations des psychédéliques, la crainte devant cette médecine nouvelle», résume Benjamin Wyplosz. Mais les expertises sont peu à peu sollicitées en France et le débat a été lancé sur la fin de vie. C'est ainsi qu'en 2021, Benjamin Wyplosz (actuellement praticien en hospitalisation à domicile, Assistance publique - Hôpitaux de Paris) a répondu à l'appel à manifester d'intérêt de la plateforme nationale pour la recherche sur la fin de vie pour obtenir un financement d'amorçage. Objectif de l'AMI : «Faire émerger de nouveaux projets et de nouvelles thématiques dans ce domaine, tout en favorisant les collaborations interdisciplinaires.»

Parmi les cinq lauréats, Psilonco. Le projet a été proposé par l'équipe de psychologues, sociologues et historien des sciences constituée par le docteur Benjamin Wyplosz. Il prévoit une étude clinique d'utilisation de la psilocybine dans la détresse existentielle en oncologie pour des patients atteints de cancers avancés. Car le médecin l'a constaté : «Les états psychiques des personnes en fin de vie peuvent être très handicapants. Les troubles anxio-dépressifs sont particulièrement fréquents et intenses chez les malades atteints de cancer et peuvent s'associer une détresse existentielle ou un syndrome de démoralisation notoirement difficiles à traiter et ayant des conséquences dramatiques sur leur qualité de vie.» Or, «des essais thérapeutiques assistés par psychédéliques menés aux États-Unis et en Suisse aboutissaient à un taux de guérison de 70% des symptômes de dépression et d'anxiété». L'idée est donc de proposer à terme une thérapie assistée par psilocybine à domicile.

Avant d'entamer un essai thérapeutique, Psilonco va lancer un questionnaire pour déterminer les connaissances et les représentations des soignants en oncologie et hématologie concernant les psychothérapies assistées par psychédéliques (PAP). Il sera diffusé par les mailings des sociétés savantes, dont certaines ont déjà accepté telles que la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), la Société française du cancer (SFC),

la Société française d'hématologie (SFH). Objectifs : «Comprendre s'il existe d'éventuels obstacles et envisager des pistes pour les lever», explique

Benjamin Wyplosz. Ce questionnaire, en cours de révision au Comité d'éthique, sera prochainement envoyé en France, en Suisse et en Belgique pour comparer des réponses dans ces trois pays francophones européens ayant des législations différentes. Il est probable que «les réponses des participants seront différentes en fonction de leur pays de résidence car les informations sur les PAP et les questionnements des malades ne sont évidemment pas les mêmes en fonction de la facilité d'accès à la psilocybine».

* En dehors du cadre de la recherche, une autorisation spéciale doit être délivrée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

DE QUELLES SUBSTANCES S'AGIT-IL ?

- Les psychédéliques dits «classiques» agissent principalement dans le cerveau sur les récepteurs de la sérotonine, hormone impliquée dans la régulation des comportements, de l'humeur, et de l'anxiété. Ainsi, entre autres :

- La psilocybine principe actif de champignons hallucinogènes du genre Psilocybe.
- Le LSD (acide lysergique diéthylamide), dérivé d'une molécule issue d'un champignon parasite du seigle. Utilisé en thérapie jusque dans les années 1960, il avait été interdit depuis son inscription dans la Convention de Vienne sur les substances psychotropes de 1971.

- D'autres traitements alternatifs font aussi l'objet de recherches et d'essais cliniques pour des personnes souffrant de dépression ou de trouble de stress post-traumatique et pour qui les antidépresseurs standard ne fonctionnent pas :

- La thérapie par la kétamine, produit hallucinogène utilisé en France en anesthésie (chlorhydrate)
- La thérapie avec la molécule de la famille des amphétamines MDMA (3,4 méthylènedioxyméthamphétamine), principe actif de l'ecstasy.

(Sources : PSBE, Inserm)

Louis Plourde

Faculté de pharmacie, université Laval ;
Centre de recherche du CHU
de Québec-Université Laval, Axe Oncologie ;
Québec



Sue-Ling Chang

Centre de recherche du CHU
de Québec-Université Laval,
Axe Oncologie, Québec



Marianne Masse-Grenier

Faculté de pharmacie,
université Laval ;
Centre de recherche du CHU
de Québec-Université Laval, Axe
Oncologie ; Québec



Jean-Sébastien Fallu

École de psychoéducation,
université de Montréal ;
Centre de recherche en santé
publique (CReSP) ;
Institut universitaire
sur les dépendances (IUD) ;
Montréal



Michel Dorval

Faculté de pharmacie,
université Laval ;
Centre de recherche du CHU
de Québec-Université Laval,
Axe Oncologie ; Québec.
Centre de recherche du CISSS
de Chaudière-Appalaches ; Lévis

LA PSILOCYBINE POUR TRAITER LA DÉTRESSE EXISTENTIELLE : UN NOUVEAU PARADIGME PORTEUR D'ESPOIR POUR LES PERSONNES EN FIN DE VIE

Toute personne atteinte d'une maladie grave et incurable est susceptible de développer une forme aiguë de souffrance psychique face à l'éventualité de sa propre mort. Caractérisée par des symptômes de dépression, d'anxiété, de démoralisation et de perte de sens, la détresse existentielle s'avère particulièrement difficile à traiter (Kissane *et al.*, 2022 ; Vehling et Kissane, 2018). Force est de constater que cette souffrance persiste chez plusieurs, inapaisable.

Alors que la pharmacothérapie, la psychothérapie et le soutien psychosocial et spirituel ont une efficacité limitée, bien que non négligeable, pour traiter la détresse existentielle (Bauereiß *et al.*, 2018 ; Ostuzzi *et al.*, 2015 ; Salt *et al.*, 2017), la thérapie assistée par la psilocybine (TAP) se distingue comme une option prometteuse de prise en charge (Yaden *et al.*, 2021). L'administration de cette substance psychédélique – une tryptamine issue des champignons de genre *Psilocybe* – dans une démarche psychothérapeutique et un environnement spécialement adapté engendre une réduction rapide, significative et prolongée (soit de plus de six mois) des symptômes liés à cette condition chez une majorité d'individus (Agin-Liebes *et al.*, 2020 ; Griffiths *et al.*, 2016 ; Ross *et al.*, 2016, 2021, 2022).

Au Canada, les médecins sont aujourd'hui en mesure de requérir et d'administrer de la psilocybine, qui demeure autrement prohibée, dans le but de traiter un patient pour qui les approches conventionnelles ont échoué ou ne sont pas appropriées (Gouvernement du Canada, 2023). L'émergence de la TAP fut dépeinte auprès du grand public comme potentiellement salutaire (Ouatik, 2023 ; Pollan, 2018), mais qu'en est-il de la perspective populationnelle, des professionnels de la santé et des parties prenantes ?

ACCEPTABILITÉ SOCIALE

Intégrant un collectif intersectoriel de chercheurs, d'étudiants, de citoyens et de patients partenaires, le projet de recherche académique P3A¹, basé au Québec, examine ces questions dans le but de dégager des pistes d'action adaptées aux défis que pose l'intégration de la TAP aux soins de santé, plus particulièrement dans le contexte des soins palliatifs et de fin de vie.

En décembre 2022, une enquête menée auprès d'un échantillon de 2 800 individus a révélé que 79 % des Canadiens considéraient la TAP comme un choix médical raisonnable pour une personne souffrant de détresse existentielle, 85 % étaient d'accord pour que le régime public de santé en couvre les coûts et 63 % étaient favorables à une légalisation de la psilocybine à des fins médicales (comparativement à 20 % pour une légalisation à des fins non médicales). De tels résultats suggèrent que l'acceptabilité sociale de cette thérapie est considérablement élevée au Canada. Qui plus est, la consommation antérieure de psilocybine, l'exposition aux soins palliatifs et une orientation politique progressiste étaient distinctement associées à des attitudes plus favorables à l'égard de cette nouvelle option de traitement (Plourde *et al.*, 2024).

Puisque la mise en œuvre de la TAP dépend, en bonne mesure, des attitudes et de la réalité des professionnels de la santé, nous avons tenté de mieux comprendre leurs perceptions, leurs préoccupations et les enjeux qu'ils anticipent dans le cadre d'une consultation participative. Suivant l'approche du World Café,² cette démarche visait à discerner les facteurs susceptibles de favoriser ou d'entraver l'acceptabilité et l'accessibilité de cette thérapie (Masse-Grenier *et al.*, 2024).

La majorité des seize participants, tous œuvrant au Québec en soins palliatifs, ont exprimé un intérêt marqué pour la TAP, la considérant comme prometteuse pour traiter la détresse existentielle, une condition face à laquelle ils se sentaient mal outillés avec les approches actuelles. L'efficacité et la rapidité d'action de cette intervention répondent, selon eux, à un besoin prégnant dans ce contexte où le temps est un facteur critique. En contrepartie, les participants se sont dits préoccupés par divers enjeux pratiques, dont la lourdeur des démarches administratives ainsi que l'allocation de ressources, de temps, d'espaces, de personnel et de fonds déjà limités, qui furent identifiés comme des obstacles majeurs à sa mise en œuvre. Par ailleurs, le manque de thérapeutes accrédités pour offrir la TAP, surtout en dehors des grands centres, en limite considérablement l'accès, soulevant un enjeu d'équité.

UN DÉFI DE TAILLE

En raison du caractère innovant et encore méconnu de la TAP, plusieurs participants ont souligné que son implantation dans le système de santé représentait un défi de taille. Par conséquent, les besoins relatifs à l'éducation et à la formation des soignants ainsi qu'à l'établissement de lignes directrices pour encadrer la pratique de la TAP furent jugés cruciaux.

C'est dans cette perspective qu'une soixantaine de professionnels de la santé, patients, citoyens, chercheurs, décideurs et législateurs furent réunis en mars 2024 lors d'un forum délibératif. Après une mise en lumière de la situation actuelle par le biais de présentations et de témoignages, un atelier a été organisé autour de différents thèmes : l'admissibilité et l'autonomie des patients, l'équité de l'accès, les aspects logistiques et organisationnels de la mise en pratique et les besoins en recherche. Les réflexions et idées évoquées seront prises en compte, conjointement aux résultats des autres volets du projet de recherche P3A, au cours de l'élaboration de recommandations visant à tracer les balises du recours à la psilocybine au Québec.

En plus d'éclairer le processus d'intégration de la TAP dans les milieux de soins et au sein de la société, il importe de soutenir les efforts mobilisés afin de favoriser son accessibilité et son équité pour les personnes

¹ P3A pour Psilocybine en fin de vie : audace, acceptabilité, accès.

² NDLR. Le *World Café* est une technique d'animation favorisant le travail de coopération en groupe : la méthode est inspirée de la vie des cafés où les clients peuvent échanger et débattre d'une question en petits groupes autour d'une table, dans une ambiance détendue, bienveillante et pourtant souvent dynamique. Source : Canopé.

atteintes de maladies graves et incurables en quête de mieux-être. Dans une société où les limites des traitements disponibles motivent un nombre croissant de demandes d'aide médicale à mourir, qui représentent aujourd'hui plus de 7 % des décès annuels au Québec (Radio-Canada, 2024), la TAP est porteuse d'un nouvel espoir. Reconnaisant le caractère réfractaire de la détresse existentielle, le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (AMAD) a d'ailleurs recommandé de faciliter l'accès à la TAP dans un rapport présenté à la Chambre des communes du Canada en février 2023 (AMAD, 2023). Utilisée en amont, cette thérapie pourrait offrir aux personnes confrontées à la perspective de leur mort et aux souffrances qui la précèdent une opportunité d'apprécier, voire de vivre sereinement, leurs derniers moments.

FINANCEMENT

Le projet de recherche P3A a été financé par une subvention du Fonds de recherche du Québec (programme AUDACE). L.P. et M.M.-G. sont récipiendaires de bourses du Fonds d'enseignement et de recherche (Faculté de pharmacie, université Laval) et L.P. d'une bourse d'excellence du Centre de recherche sur le cancer de l'université Laval.

Bibliographie

- Agin-Liebes, G. I., Malone, T., Yalch, M. M., Mennenga, S. E., Ponté, K. L., Guss, J., Bossis, A. P., Grigsby, J., Fischer, S. et Ross, S. (2020). Long-term follow-up of psilocybin-assisted psychotherapy for psychiatric and existential distress in patients with life-threatening cancer. *Journal of Psychopharmacology*, 34(2), 155-166. <https://doi.org/10.1177/0269881119897615>
- Bauereiß, N., Obermaier, S., Özünal, S. E. et Baumeister, H. (2018). Effects of existential interventions on spiritual, psychological, and physical well-being in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psycho-Oncology*, 27(11), 2531-2545. <https://doi.org/10.1002/pon.4829>
- Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir. (2023). *L'aide médicale à mourir au Canada: Les choix pour les Canadiens*. [En ligne]. Parlement du Canada. <https://www.parl.ca/Content/Committee/441/AMAD/Reports/RP12234766/amadrp02/amadrp02-f.pdf>
- Gouvernement du Canada. (2023). *Avis aux intervenants : Demandes au Programme d'accès spécial (PAS) relatives à la psychothérapie assistée par des psychédéliques*. [En ligne]. Santé Canada. Rapport no 23-100122-763. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/annonces/demandes-programme-acces-special-psychotherapie-assistee-psychedeliques.html>
- Griffiths, R. R., Johnson, M. W., Carducci, M. A., Umbricht, A., Richards, W. A., Richards, B. D., Cosimano, M. P. et Klinedinst, M. A. (2016). Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: A randomized double-blind trial. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1181-1197. <https://doi.org/10.1177/0269881116675513>
- Kissane, D. W., Appleton, J., Lennon, J., Michael, N., Chye, R., King, T., William, L., Poon, P., Kanathigoda, S., Needham, K. et Bobevski, I. (2022). Psycho-Existential Symptom Assessment Scale (PESAS) screening in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 64(5), 429-437. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.08.002>
- Masse-Grenier, M., Chang, S.-L., Bélanger, A., Stephan, J.-F., Hébert, J., Deschamps, P., Plourde, L., Provost, F., Farzin, H., Fallu J.-S. et Dorval, M. (2024). What do health professionals think about implementing psilocybin-assisted therapy in palliative care for existential distress? A World Café qualitative study. *Palliative & Supportive Care*, 1-11. [doi:10.1017/S1478951524001494](https://doi.org/10.1017/S1478951524001494)
- Ouatik, B. (2023). Au cœur d'une thérapie psychédélique [En ligne]. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/info/long-format/2025449/coeur-therapie-psychedelique-psilocybine?isAutoPlay=1>
- Ostuzzi, G., Matcham, F., Dauchy, S., Barbui, C. et Hotopf, M. (2015). Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. *Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011006.pub2>
- Plourde, L., Chang, S.-L., Farzin, H., Gagnon, P., Hébert, J., Foxman, R., Deschamps, P., Provost, F., Masse-Grenier, M., Stephan, J.-F., Cheung, K., Joly, Y., Fallu, J.-S. et Dorval, M. (2024). Social acceptability of psilocybin-assisted therapy for existential distress at the end of life: A population-based survey. *Palliative Medicine*, 38, 272-278. <https://doi.org/10.1177/02692163231222430>
- Pollan, M. (2018). *How to change your mind: What the new science of psychedelics teaches us about consciousness, dying, addiction, depression, and transcendence*. New York: Penguin Press.
- Radio-Canada. (2024, 10 mars). Le recours à l'aide médicale à mourir continue d'augmenter au Québec. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2055938/aide-medecale-mourir-quebec-hausse>
- Ross, S., Bossis, A., Guss, J., Agin-Liebes, G., Malone, T., Cohen, B., Mennenga, S. E., Belser, A., Kalliontzi, K., Babb, J., Su, Z., Corby, P. et Schmidt, B. L. (2016). Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1165-1180. <https://doi.org/10.1177/0269881116675512>
- Ross, S., Agin-Liebes, G., Lo, S., Zeifman, R. J., Ghazal, L., Benville, J., Franco Corso, S., Bjerre Real, C., Guss, J., Bossis, A. et Mennenga, S. E. (2021). Acute and sustained reductions in loss of meaning and suicidal ideation following psilocybin-assisted psychotherapy for psychiatric and existential distress in life-threatening cancer. *ACS Pharmacology & Translational Science*, 4(2), 553-562. <https://doi.org/10.1021/acspstsci.1c00020>
- Ross, S., Agrawal, M., Griffiths, R. R., Grob, C., Berger, A. et Henningfield, J. E. (2022). Psychedelic-assisted psychotherapy to treat psychiatric and existential distress in life-threatening medical illnesses and palliative care. *Neuropharmacology*, 216, 109174. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2022.109174>
- Salt, S., Mulvaney, C. A. et Preston, N. J. (2017). Drug therapy for symptoms associated with anxiety in adult palliative care patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(5), 1-33. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004596.pub3>
- Vehling, S. et Kissane, D. W. (2018). Existential distress in cancer: alleviating suffering from fundamental loss and change. *Psycho-Oncology*, 27(12), 2525-2530. <https://doi.org/10.1002/pon.4872>
- Yaden, D. B., Nayak, S. M., Gukasyan, N., Anderson, B. T. et Griffiths, R. R. (2021). The potential of psychedelics for end of life and palliative care. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 44, 169-184. https://doi.org/10.1007/7854_2021_278



© DR

Muriel Allart

Co-directrice de l'association Santé mentale et exclusion sociale (Smes) qui met en oeuvre le projet « Housing First » à Bruxelles, Belgique

LA MORT D'UN LOCATAIRE DANS UN PROJET «HOUSING FIRST»

La première fois, c'est un choc.

Avec le temps, on banalise parfois. On se dit que c'est inévitable.

Quels que soient son diplôme, son expérience ou son rapport au travail, la mort d'une personne accompagnée est toujours difficile. Elle entraîne de nombreuses remises en question et bien souvent un sentiment d'échec, voire de responsabilité.

C'est pourtant un sujet peu abordé du point de vue des travailleuses et des travailleurs dans les organisations de l'aide et du soin.

Il est ici proposé à partir du vécu d'une équipe «Housing First» qui accompagne, à partir du logement, des personnes sans-abri chroniques souffrant d'addictions et de problèmes psychiatriques. Ils et elles font chaque jour l'expérience d'un métier qui ne peut faire abstraction de la mort, de son risque omniprésent et parfois de son irruption.

Les causes de décès chez les personnes consommatrices de substances psychoactives et âgées sont nombreuses. Certaines sont volontaires (suicide), d'autres plus involontaires (surdose) ou sur le fil, quand la personne a trop accumulé les risques ou sous-évalué la dangerosité de ses pratiques. Le décès peut être inattendu (chute) ou au contraire s'annoncer à l'avance (cancer). Il est parfois difficilement explicable, de cause inconnue ou déclarée comme telle.

Souvent, la question de la mort survient d'abord en tant qu'anticipation, lorsqu'un téléphone ne répond pas, qu'une porte reste close, qu'une douleur inhabituelle se déclare. Certains éléments peuvent renforcer la crainte : il ou elle allait mal, consommait beaucoup, avait des idées suicidaires ou ne donnait plus de nouvelles.

Jusqu'au dernier moment subsiste l'espoir que la personne soit toujours en vie.

La confirmation du décès est donc un choc, un moment d'arrêt qui se traverse souvent de manière plus instinctive que rationnelle.

Quelle réflexion déployer lorsque l'on est touché au plus profond de notre rôle de professionnel·le par un événement qui nous relie comme rarement à la corporalité des personnes ? La mort qui survient renvoie à la conception que l'on en a dans la sphère privée.

Elle peut être une fin ou un début, une souffrance ou une libération.

On peut être touché en tant qu'être humain, souffrir de la perte d'une personne que l'on voyait parfois depuis plusieurs années, avec qui on avait créé un lien, partagé de nombreux moments.

Ressentir des émotions nous éloigne-t-il de notre travail ? Est-ce honteux, signe d'un manque de "distance professionnelle" ? Est-il même possible de séparer nos compétences professionnelles et privées ? Que faire de cette matière qui surgit, sinon apprendre à la reconnaître et à l'utiliser comme un élément indicatif de la relation et du sens que l'on donne à son travail ?

Certaines émotions signalent parfois le début d'un processus de deuil. La mort peut être vécue comme un événement inattendu et injuste. À la colère se mêle souvent la tristesse. Il peut y avoir un sentiment d'échec ou d'inachevé.

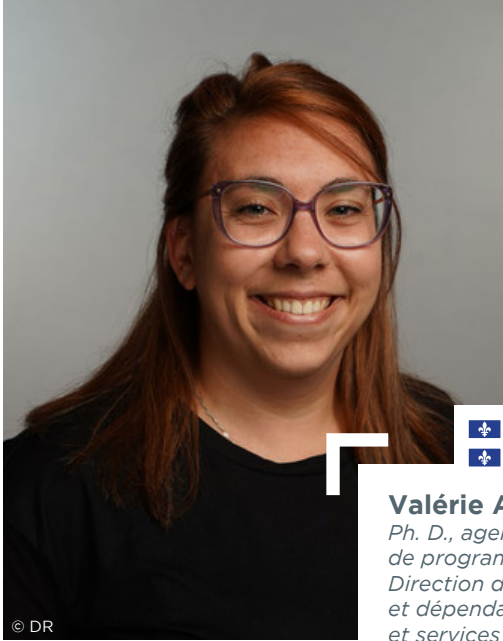
A contrario, le deuil peut être marqué par la sensation d'avoir accompagné la personne jusqu'au bout, d'avoir été présente à ses côtés dans chaque moment, y compris les derniers.

Au-delà du deuil, qui marque la relation à la personne, il y a aussi une série d'émotions et de questionnements qui concernent davantage la relation au travail. Est-ce que cela aurait pu se passer différemment ? Est-ce que j'ai fait mon possible ? Est-ce que j'aurais pu le ou la sauver ?

Lorsque l'on choisit d'intervenir dans le champ des addictions, c'est toujours un peu dans l'idée que l'on peut améliorer les choses et infléchir la direction d'une vie. Et pourtant, on ne peut le faire qu'humblement, en sachant que notre impact est réduit, et que c'est sans doute préférable.

Bien sûr, bien souvent, se limiter à appliquer les règles ne suffit pas à débloquer des situations de vie complexes. Le travail de première ligne montre chaque jour qu'une mobilisation active est nécessaire pour rendre effectif l'accès aux droits pour les personnes. Mais vouloir en faire toujours plus, plus loin et plus vite, prendre la responsabilité à la place de l'autre, met l'intervenant·e dans une position de toute-puissance et de sauveur, intenable, illusoire et conduisant souvent à la déception ou au burnout.

Cette proximité avec la mort est dense et complexe, et l'on peut vite s'y perdre si l'on n'est pas entouré·e par une équipe, une institution, et guidé·e par un cadre qui anticipe et soutient. Être conscient de sa place, forcément limitée, et en même temps faire de son mieux. Voilà le difficile équilibre à tenir.



Valérie Aubut

Ph. D., agente de planification, de programmation et de recherche, Direction des programmes santé mentale et dépendance, Centre intégré de santé et services sociaux de l'Outaouais, Québec

& Mathieu Goyette

Ph. D., psychologue et professeur, Département de sexologie, université du Québec à Montréal, Québec

L'IMPORTANCE DES LIENS SOCIAUX CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES JUDICIARISÉES

Tout comme dans certains pays de la francophonie, les milieux de pratique du Canada doivent composer avec le vieillissement de sa population et les établissements carcéraux n'échappent guère à cette tendance (Strimelle, 2022). En raison des conditions de détention jugées difficiles et d'un parcours de vie marqué par une consommation problématique de substances, les personnes détenues sont considérées dès 50 ans comme étant «âgées» puisqu'elles présentent précocement des conditions gériatriques qui se retrouvent chez les personnes âgées de plus de 65 ans de la population générale (Merkt *et al.*, 2020). Alors que 26 % des personnes incarcérées sont âgées de 50 ans et plus, cette proportion atteint un peu plus de 40 % en communauté, souvent après plusieurs années en détention (Sécurité publique Canada, 2024). Les autorités correctionnelles canadiennes sont ainsi confrontées à une croissance de la proportion de personnes âgées judiciarisées (PAJ) sous leur surveillance (Strimelle, 2022).

Pour les PAJ, le retour en société s'intègre dans le processus de réintégration sociocommunautaire qui se définit comme un processus d'adaptation multidimensionnelle qui vise à réintégrer la personne dans son milieu, sa communauté et plus largement la société (Bérard, 2015). Les relations sociales sont une composante centrale de ce processus. Elles permettent de former des liens avec ses pairs, sa famille et les membres de sa communauté (Best, 2019). Or, les nombreuses années passées en détention combinées au parcours de consommation transforment le réseau social des PAJ (Wyse, 2018). Revenir en société demande de reconstruire, entre autres, son réseau social (Guenat, 2016). L'avancée en âge amène également des changements relationnels, tels que l'effritement du réseau en raison des décès (Vézina *et al.*, 2021). Par conséquent, comment les PAJ rebâtissent-elles les liens sociaux une fois de retour en société après plusieurs années en détention ?

Nous avons mené une étude qui visait à comprendre les représentations sociales des PAJ qui ont un passé de consommation problématique quant à leur processus de réintégration sociocommunautaire. Nous avons réalisé des entretiens individuels auprès de 22 PAJ, hommes et femmes, en moyenne âgées de 63 ans et qui sont abstinentes depuis treize ans en moyenne.

Les PAJ rencontrées considèrent que leur retour en société est l'occasion de reconstruire leurs relations sociales. Elles ont pris conscience des conséquences de leur criminalité et de leur consommation subies par leurs proches. Cette prise de conscience agit comme une source de motivation pour délaisser définitivement la criminalité et rebâtir les liens en se basant sur la présence, la confiance et l'honnêteté. Par exemple, Régis explique qu'il a décidé de cesser sa consommation et qu'il tente de délaisser les comportements criminels pour être présent et prendre soin de sa conjointe qui est demeurée à ses côtés malgré les blessures. Pour d'autres PAJ, il s'agit de laisser le temps à leurs proches d'être prêts à reprendre contact avec elles et de faire preuve de patience. Comme Lisette l'évoque, cela a pris du temps à ses enfants de lui pardonner ses gestes. Cependant, ils ont vu les changements qu'elle a réalisés et ont repris contact avec elle.

Du côté de l'amitié, les PAJ jugent plus difficile de développer de nouveaux liens qui passent par

le travail et les activités. Bien qu'elles rencontrent certains défis associés à leur âge pour se trouver un emploi (ex. non-embauche de personnes âgées de 60 ans et plus), l'implication dans diverses activités incluses dans la participation sociale leur permet de tisser des liens sociaux avec les membres de la communauté. Parmi les activités, notons la lecture, l'écriture, le sport ou encore la participation à des groupes d'entraide. Pourtant, leur judiciarisation et le respect des conditions imposées, notamment ne pas être en contact avec des personnes judiciarisées, agissent comme une épée de Damoclès. Comme Guy l'explique, devenir ami avec une personne amène à devoir lui demander si elle est judiciarisée, afin de respecter les conditions de sortie. Il s'agit de questions considérées comme intrusives et qui le conduisent à dévoiler sa propre situation.

En conclusion, les PAJ sont encouragées à développer leur réseau lors de leur retour en société. En plus d'être un facteur de protection pour diminuer les risques de récidive, le réseau social chez les PAJ procure aussi un soutien (Bélanger *et al.*, 2016 ; Best, 2019). Or, l'avancée en âge complique ce développement. Il apparaît nécessaire de s'inspirer des pratiques ancrées dans le domaine de la gérontologie, misant, par exemple, sur les divers types de participation sociale pour susciter des connexions qui apportent l'espoir de faire partie intégrante de sa communauté et de la société (Aubut, 2023 ; Best, 2019).

Bibliographie

- **Aubut, V. (2023).** Le processus de réintégration sociocommunautaire des personnes âgées judiciarisées qui ont un parcours de consommation problématique de substances psychoactives : Les représentations sociales d'hommes et de femmes. université du Québec à Trois-Rivières.
- **Bélanger, E., Ahmed, T., Vafaei, A., Curcio, C. L., Phillips, S. P., & Zunzunegui, M. V. (2016).** Sources of social support associated with health and quality of life : A cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults. *BMJ open*, 6(6), e011503.
- **Bérard, F. (2015).** La (ré)intégration sociale et communautaire : Socle de la réhabilitation des personnes contrevenantes. Position de l'Association des services de réhabilitation sociale du Québec (ASRSQ). (p. 17-17).
- **Best, D. (2019).** Pathways to Recovery and Desistance : The role of the social contagion of hope. Policy Press.
- **Guenat, C. (2016).** Le retour en communauté des détenus âgés : Entre marginalisation et insertion, des expériences plurielles. (p. 112). université de Montréal.
- **Merkt, H., Haesen, S., Meyer, L., Kressig, R. W., Elger, B. S., & Wangmo, T. (2020).** Defining an age cut-off for older offenders : A systematic review of literature. *International Journal of Prisoner Health*, 16(2), 95-116.
- **Sécurité publique Canada. (2024).** Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, 2022 (p. 205). Gouvernement du Canada.
- **Strimelle, V. (2022).** Le service correctionnel canadien face au vieillissement carcéral : Problématiser l'invisible et répondre à l'impensé (1994-2020). *Champ pénal/Penal field*, 27.
- **Vézina, J., Cappeliez, P., & Landreville, P. (2021).** Psychologie gérontologique. (4e édition, p. 232.). Chenelière Éducation.
- **Wyse, J. (2018).** Older Former Prisoners' Pathways to Sobriety. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 36(1), 32-53. <https://doi.org/10.1080/07347324.2017.1355222>



Léonie Archambault

PhD, chercheure d'établissement à l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD), Montréal, professeure associée à l'université de Sherbrooke, Département des sciences de la santé communautaire, Québec

& Marie-Ève Goyer

Professeure agrégée de clinique, Département de médecine familiale et médecine d'urgence, université de Montréal ; directrice de l'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et en itinérance du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, Québec

TROUBLE LIÉ À L'USAGE D'OPIOÏDES : LES ENJEUX ASSOCIÉS AU DÉVELOPPEMENT, AU DÉPISTAGE ET AU TRAITEMENT CHEZ LES PERSONNES PLUS ÂGÉES

Au Canada, la prescription d'opioïdes est courante chez les personnes âgées de 65 ans et plus. En 2017, 11,3% d'entre elles avaient utilisé ce type de médicaments dans un contexte de gestion de la douleur (CCDUS, 2020). Ce constat n'est pas étonnant dans la mesure où la prévalence de la douleur chronique augmente avec l'âge. Elle est estimée autour de 38% chez les adultes de 55 ans et plus (Johannes *et al.*, 2010). Pour cette raison, les personnes âgées de 65 ans et plus sont plus susceptibles que les autres

d'utiliser des opioïdes prescrits à long terme (Campbell *et al.*, 2010). Or, l'usage d'opioïdes comporte des risques, dont certains sont particulièrement importants chez les populations plus âgées, notamment les risques de chutes et de blessures (Yoshikawa *et al.*, 2020).

De plus, ces personnes suivent souvent simultanément plusieurs traitements prescrits et le vieillissement influe sur la réaction aux médicaments de leur organisme (Kwan *et al.*, 2013).

USAGE PROBLÉMATIQUE ET TROUBLE DE L'USAGE D'OPIOÏDES (TUO)

Parmi les inconvénients liés aux opioïdes prescrits aux personnes âgées, il est important de souligner les risques associés au développement d'un usage problématique, d'un mésusage ou d'un trouble de l'usage d'opioïde (TUO). L'usage problématique peut inclure notamment l'usage de doses plus élevées que prévu, l'accumulation de médicaments ou encore la combinaison des opioïdes avec d'autres médicaments psychoactifs (Dufort et Samaan, 2021). Le mésusage implique l'«*[u]tilisation de médicaments à des fins autres que celles pour lesquelles ils sont généralement prescrits*» (CMQ, OIIQ et OPQ, 2020). Il représente un facteur de risque pour le développement d'un TUO (NIDA, 2021). Selon les critères diagnostiques du DSM-5¹, le TUO implique un mode d'usage problématique des opioïdes conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative.

Au Canada, entre 2007 et 2015, 30 % des hospitalisations liées à des surdoses d'opioïdes impliquaient des personnes âgées (Rieb *et al.*, 2020). Au Québec, pour l'année 2023, environ 17 % des décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues concernaient des personnes de 60 ans et plus (INSPQ, 2024). Chez les personnes de 65 ans et plus, la prévalence du TUO pourrait s'élever à 1,57 %, selon les plus récentes estimations (Shoff *et al.*, 2021).

Chez les personnes âgées, la prévalence du TUO et la représentation dans les programmes de traitement a augmenté au cours de la dernière décennie (Shoff *et al.*, 2021; Han *et al.*, 2015). Cette hausse s'explique, d'une part par le vieillissement des personnes présentant un TUO de longue date et d'autre part, par l'ampleur de la prescription d'opioïdes pour la douleur chronique chez les personnes âgées (Duggirala *et al.*, 2022; Rieb *et al.*, 2020).

Une étude réalisée à Montréal montre que les personnes plus âgées qui présentent un TUO sont plus susceptibles que les autres de souffrir de douleur chronique et d'utiliser principalement des opioïdes pharmaceutiques, plutôt que de l'héroïne (Archambault *et al.*, 2023). Par ailleurs, ces personnes sont moins susceptibles que les autres d'avoir déjà reçu un traitement pour le TUO (Archambault *et al.*, 2023).

LE DÉPISTAGE ET LE TRAITEMENT DU TUO CHEZ LES PERSONNES PLUS ÂGÉES

Les adultes plus âgés peuvent être moins prompts que les plus jeunes à reconnaître les manifestations problématiques du TUO et à recourir aux traitements et services (Wu *et al.*, 2011). En effet, le TUO peut se présenter de manière plus subtile ou être masqué par des conditions de santé, notamment les troubles cognitifs (Rieb *et al.*, 2020). Les professionnels peuvent le dépister chez les personnes âgées à l'aide des outils usuels validés pour les adultes (Rieb *et al.*, 2020). Par ailleurs, certains facteurs de risque sont associés au développement d'un usage problématique des opioïdes chez les adultes plus âgés, tels que la douleur, les problèmes de santé physique, les troubles liés à l'usage d'alcool et la dépression (Dufort et Samaan, 2021).

Comme pour les adultes plus jeunes, les traitements par agonistes opioïdes sont recommandés pour traiter le TUO chez les personnes plus âgées. Toutefois, les lignes directrices de la Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (Rieb *et al.*, 2020) proposent de réduire les doses initiales et d'assurer un suivi régulier pour détecter notamment les problèmes qui pourraient être liés à l'apnée du sommeil, à la sédation, aux troubles cognitifs et aux chutes.

CONCLUSION ET PISTES CLINIQUES

Le traitement du TUO peut s'avérer exigeant pour les patients en termes de rendez-vous médicaux et de visites régulières à la pharmacie. Pour les personnes plus âgées, la mobilité réduite peut compliquer les déplacements.

Par ailleurs, le traitement par agoniste opioïde peut comporter des risques de surdoses s'il n'est pas utilisé tel qu'il a été prescrit ou s'il est combiné à d'autres substances ou médicaments. En particulier, les personnes qui présentent des troubles cognitifs sont susceptibles de commettre des erreurs dans l'autogestion de leur médication. De plus, la présence de comorbidités et la polypharmacie (usage

¹ Cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*), publiée en 2022.

de cinq médicaments et plus ou de médicaments non nécessaires) exigent aussi une attention particulière.

Pour les professionnels, ces enjeux justifient de favoriser une prise en charge globale et d'adapter les modalités de traitement aux limitations fonctionnelles associées au vieillissement. En effet, les cliniciens se retrouvent à devoir soupeser les

risques et les bénéfices associés aux stratégies cliniques à déployer (ex. : téléconsultations, doses à emporter). Au final, la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle entre les réseaux de services en dépendance et ceux destinés aux personnes âgées apparaît comme la meilleure piste à suivre. Il s'agit de mettre en commun toutes les expertises au profit de l'adaptation des services aux personnes âgées vivant avec un TUO.

Bibliographie

- Archambault, L., Bertrand, K., Jutras-Aswad, D., Monson, E., Touré, E. H., & Perreault, M. (2023). People with opioid use disorders: A taxonomy of treatment entrants to support the development of a profile-based approach to care. *Drug and alcohol review*, 42(4), 765-777.
- Campbell, C. I., Weisner, C., Leresche, L., Ray, G. T., Saunders, K., Sullivan, M. D., Banta-Green, C. J., Merrill, J. O., Silverberg, M. J., Boudreau, D., Satre, D. D., & Von Korff, M. (2010). Age and gender trends in long-term opioid analgesic use for noncancer pain. *American journal of public health*, 100(12), 2541-2547.
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). (2020). Opioides d'ordonnance. En ligne. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-07/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Prescription-Opioids-2020-fr.pdf>
- CMQ, OIIQ et OPQ - Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec. (2020). Le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO). En ligne. Le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO) - Lignes directrices - Version temporaire en lien avec la pandémie de la COVID-19 (cmq.org)
- Dufort, A., & Samaan, Z. (2021). Problematic Opioid Use Among Older Adults: Epidemiology, Adverse Outcomes and Treatment Considerations. *Drugs & aging*, 38(12), 1043-1053.
- Duggirala, R., Khushalani, S., Palmer, T., Brandt, N., & Desai, A. (2022). Screening for and Management of Opioid Use Disorder in Older Adults in Primary Care. *Clinics in geriatric medicine*, 38(1), 23-38.
- Han, B., Polydorou, S., Ferris, R., Blaum, C. S., Ross, S., & McNeely, J. (2015). Demographic Trends of Adults in New York City Opioid Treatment Programs-An Aging Population. *Substance use & misuse*, 50(13), 1660-1667.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2024). Décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues au Québec, juillet 2017 à mars 2024. En ligne. Décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues au Québec, juillet 2017 à mars 2024 | (inspq.qc.ca)
- Johannes, C. B., Le, T. K., Zhou, X., Johnston, J. A., & Dworkin, R. H. (2010). The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an Internet-based survey. *The journal of pain*, 11(11), 1230-1239.
- Kwan, D. & Farrell, B. (2013). Polypharmacy: Optimizing Medication Use in Elderly Patients. *Pharmacy Practice*, Apr/May, 20-25.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2023). What classes of prescription drugs are commonly misused? En ligne. <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/misuse-prescription-drugs/what-classes-prescription-drugs-are-commonly-misused-on-2024>, July 21
- Rieb, L. M., Samaan, Z., Furlan, A. D., Rabheru, K., Feldman, S., Hung, L., Budd, G., & Coleman, D. (2020). Canadian Guidelines on Opioid Use Disorder Among Older Adults. *Canadian geriatrics journal* : CGJ, 23(1), 123-134
- Shoff, C., Yang, T. C., & Shaw, B. A. (2021). Trends in Opioid Use Disorder Among Older Adults: Analyzing Medicare Data, 2013-2018. *American journal of preventive medicine*, 60(6), 850-855.
- 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.
- Yoshikawa A, Ramirez G, Smith ML, Foster M, Nabil AK, Jani SN, Ory MG. Opioid Use and the Risk of Falls, Fall Injuries and Fractures among Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2020 Sep 25;75(10):1989-1995.



© DR

Pascal Menecier

*Praticien hospitalier au service d'addictologie de l'hôpital Les Chanaux, Mâcon
docteur en psychologie, Équipe de recherche
DIPHE (Développement, Individu, Processus,
Handicap, Éducation), université Lumière Lyon 2
(PaMENECIER@ch-macon.fr), France*

USAGES ET MÉSUSAGES DE L'ALCOOL CHEZ LES SUJETS ÂGÉS

Il n'est jamais trop tard pour s'engager dans des actions de préservation de soi, de sa santé et de sa qualité de vie, y compris autour des usages et mésusages d'alcool, qui ne disparaissent pas dans la vieillesse.

L'alcool est la première substance psychoactive consommée par les aînés, à des niveaux toujours croissants parmi les générations du baby-boom, pour des aînés plus vulnérables à ses effets et à risque de développer un trouble addictif.

Cependant, ni la recherche clinique, ni les organisations de soins ne priorisent les questions de troubles de l'usage d'alcool chez les sujets âgés (TUA-SA), même si des recommandations ont été publiées en France en 2013, alors que ces troubles sont communs, méconnus, sous-estimés, sous-diagnostiqués pour être sous-traités.

L'âge ne protège de rien, ni des souffrances addictives, pour soi-même ou ses entourages, quand « les vieux » de l'addictologie (55 ans et plus) ne sont pas ceux de la gériatrie (75 voire 85 ans et plus), contribuant à la complexité de la question.

USAGES D'ALCOOL

Si la part des non-consommateurs d'alcool croît avec l'âge (dépassant 50% après 75 ans), la proportion de consommateurs quotidiens s'élève aussi, pour des aînés qui avaient au début de leur âge adulte des consommations moyennes doubles ou triples de celles des adultes actuels.

La sensibilité aux effets de l'éthanol s'accroît avec l'âge, rendant symptomatiques ou pathogènes de plus faibles ingesta. Cette sensibilité s'associe à une

majoration des effets neurocognitifs du produit, notamment chez les femmes, souvent polyopathologiques et polymédiquées.

Après 65 ans, les seuils de consommation à risque d'alcool sont abaissés de moitié par rapport aux recommandations pour les adultes d'âge moyen, soit à un verre (unité standard) par jour et pas tous les jours.

La prévalence des TUA-SA ne semble pas décliner avec l'âge, chiffre retenu autour de 10% en France, faisant partie des premiers problèmes de santé croissants chez les aînés. Leur repérage peut avoir recours à des questionnaires (version gériatrique du Michigan alcohol screening test - MAST-G), ou CAGE (DETA) ou AUDIT.

COMPLEXITÉ CLINIQUE

Une présentation clinique souvent atypique ou incomplète complique le repérage puis le diagnostic des TUA-SA, les laissant apparaître surtout lors de complications : intoxications éthyliques aiguës, sevrages ou alcoolopathies.

Leurs interactions avec des troubles psychiques sont multiples : on parle de pathologies duelles plutôt que relevant d'une causalité réciproque jamais résolue, notamment lors de troubles de l'humeur ou de crises suicidaires où l'alcool est plus un facteur d'aggravation qu'une tentative autothérapeutique.

Les troubles cognitifs liés à l'alcool se mélangent avec des troubles cognitifs d'autres origines, lors de maladies d'Alzheimer ou apparentées, même à des stades précliniques (troubles cognitifs légers), que l'usage d'alcool (ou le mésusage) ne fait qu'aggraver.

SOIGNER

Le pronostic des TUA-SA est aussi bon ou meilleur que le pronostic réalisé à de plus jeunes âges. Les repères thérapeutiques habituels gardent leur valeur avec des spécificités pharmacologiques orientant vers des benzodiazépines à demi-vie courte (oxazépam) lors de sevrages ainsi que la place renforcée de la vitamine B1 en prévention de dommages cognitifs.

Les traitements addictolytiques n'ont pas d'autorisation en France sauf le disulfirame, contre-indiqué chez les aînés. Seule la Naltrexone semble proposée dans d'autres pays.

L'intérêt des soins dans des structures spécifiques par groupes d'âge a pu être discuté. Ils sont inexistant en France et cette absence favorise des offres intergénérationnelles sans discrimination d'âge. L'approche thérapeutique de TUA-SA ne se limite pas aux sevrages, à côté de modalités de réduction de prises des risques et des dommages ou de contrôle externe des accès à l'alcool. La part psychosociale des soins reste fondamentale.

Bibliographie

- Fenollal-Maldonado G, et al. Alcohol Use Disorder in Older Adults. Clin Geriatr Med. 2022. 38(1):1-22.
- Menecier P. Alcool et vieillissement : mise au point. Alcooconsoscience. 2022. <https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/Fiche-Alcool-et-vieillissement-vdef.pdf>
- Menecier P, Maisondieu J. Soins, alcool et personnes âgées: se positionner pour coconstruire. Chronique Sociale. Lyon; 2019.
- Paille F, SFA, SFGG. Personnes âgées et consommation d'alcool. Alcoologie et Addictologie. 2014. 36(1) : 61-72.
- Butt PR al. Canadian Guidelines on Alcohol Use Disorder Among Older Adults. Can Geriatr J. 2020. 23(1) : 143-8.



Jorge Flores-Aranda

Ph.D., professeur à l'École de travail social de l'université du Québec à Montréal et titulaire de la chaire de recherche du Canada Tradis (trajectoires, diversité, substances), Québec

LA PRATIQUE DU CHEMSEX PARMI LES PERSONNES ÂGÉES DE 55 ANS ET PLUS

Le chemsex, également connu sous le nom de *party and play* (PnP) ou « sexe sous substances », est une pratique qui implique la consommation intentionnelle de certaines substances psychoactives (SPA) lors des relations sexuelles afin de les faciliter, intensifier ou prolonger, que ce soit avec un ou plusieurs partenaires. Cette pratique peut impliquer différentes SPA en fonction de leur disponibilité (comme la méthamphétamine, la kétamine et le gamma-hydroxybutyrate ou GHB) et de leurs propriétés à influencer l'expérience sexuelle (Flores-Aranda et Motta-Ochoa, 2024).

Bien qu'il puisse comporter des risques, comme n'importe quelle autre consommation de SPA, le chemsex n'est pas problématique en soi. Il est considéré comme un phénomène culturel documenté

principalement parmi les hommes gais, bisexuels (gbHARSAH) (Florêncio, 2021) ainsi que les personnes trans et non binaires (Gaudette *et al.*, 2022). Il est aussi documenté que le chemsex peut faciliter la socialisation et générer un sentiment d'appartenance à une communauté (Gaudette *et al.*, 2022).

LE CHEMSEX ET LES PERSONNES DE 55 ANS ET PLUS

Les personnes de la diversité sexuelle et de genre ont vécu des changements importants au cours des cinquante dernières années : dépathologisation et décriminalisation des relations sexuelles entre

personnes du même sexe, épidémie du VIH, arrivée des médicaments antirétroviraux et évolution dans les formes de prévention du VIH (prophylaxie pré et post exposition, indétectable = intransmissible), reconnaissance des droits civiques des personnes de la diversité sexuelle et de genre, etc. (Hammack *et al.*, 2018). Il s'agit également de personnes qui, pour nombre d'entre elles, ont connu les mouvements de libération sexuelle s'inscrivant dans un environnement tolérant à l'usage de substances psychoactives (SPA) ainsi qu'une évolution sociale des pratiques de consommation en lien avec la sexualité (Gfroerer *et al.*, 2003).

L'âge semble important à considérer dans la mesure où cette pratique s'inscrit dans un contexte social marqué par la préoccupation de se rapprocher le plus possible des critères esthétiques associés à la jeunesse (Queiroz *et al.*, 2019). Cet aspect peut être exacerbé par l'utilisation d'applications mobiles de rencontres, permettant d'établir des critères bien

définis pour le choix de partenaires sexuels ou affectifs. Les conséquences : les personnes âgées se sentent moins désirées, voire exclues du circuit (Queiroz *et al.*, 2019).

L'étude québécoise «PnP dans la diversité» de la chaire de recherche Tradis (Trajectoires, diversité, substances) a identifié en 2023 que les personnes de 55 ans et plus avaient des motivations spécifiques associées à leur pratique du chemsex : ainsi, se sentir à l'aise avec leur corps et leur âge, accéder à des partenaires sexuels plus jeunes et ne plus se préoccuper de la façon dont leur statut sérologique est perçu par leurs partenaires (Gaudette *et al.*, 2023). Ces constats nous ont menés à effectuer une étude visant spécifiquement à connaître les interrelations entre la pratique du chemsex ou *party and play* et les parcours de vie des hommes de la diversité sexuelle et de genre et des personnes non-binaires âgées de 55 ans et plus. Les données sont actuellement en cours d'analyse et seront prochainement partagées avec la communauté.

Bibliographie

- Florêncio, J. (2021). Chemsex cultures: Subcultural reproduction and queer survival. *Sexualities*, 0, 1-18. <https://doi.org/10.1177/1363460720986922>
- Flores-Aranda, J., Motta-Ochoa, R (2024). Consommation et sexualité : réflexions sur le chemsex. C. Enriquez. Sexualités et dissidences queers. Éditions du remue-ménage.
- Gaudette, Y., Flores-Aranda, J., & Heisbourg, E. (2022). Needs and experiences of people practising chemsex with support services: Toward chemsex-affirmative interventions. *Journal of Men's Health*. <https://doi.org/10.22514/jomh.2022.003>
- Gaudette, Y., Tardif, G., Giugnatico, I., Rousseau, J.S., Lambert, F.B., Blanchette, M., Goyette, M., Ferlatte, O., Lafortune, D., Motta-Ochoa, R., Flores-Aranda, J. (2024). PnP dans la diversité : situer la trajectoire de consommation des personnes pratiquant le chemsex pour mener des interventions sensibles et culturellement adaptées. Rapport de recherche. Chaire de recherche du Canada TRADIS.
- Gfroerer, J., Penne, M., Pemberton, M., & Folsom, R. (2003). Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort. *Drug and alcohol dependence*, 69(2), 127-135.
- Hammack, P. L., Frost, D. M., Meyer, I. H., & Pletta, D. R. (2018). Gay Men's Health and Identity: Social Change and the Life Course. *Archives of Sexual Behavior*, 47(1), 59-74. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0990-9>
- Queiroz, A. A. F. L. N., Sousa, A. F. L. de, Brignol, S., Araújo, T. M. E., & Reis, R. K. (2019). Vulnerability to HIV among older men who have sex with men users of dating apps in Brazil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases : An Official Publication of the Brazilian Society of Infectious Diseases*, 23(5), 298-306. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2019.07.005>



Philippe Castéra
*Ancien coordinateur général
de la Coordination régionale
Addictions (COREADD)
Nouvelle-Aquitaine,
ancien professeur associé
de médecine générale
de l'université de Bordeaux,
France*



André Nguyen
*Pharmacien, coordinateur de la
COREADD Nouvelle-Aquitaine, France*

¹ Devenu COREADD NA (coordination régionale Addictions Nouvelle-Aquitaine) en 2020 par suite de la fusion des anciens réseaux AGIR33, ADDICTLIM et RESAPSAD. Siège social : Coreadd NA, 4 rue fleurus, 33 000 Bordeaux. Tél : 05 56 51 56 51 / contact@coreadd.com.

EXPÉRIENCE DE RPIB «SENIOR» EN NOUVELLE-AQUITAINE

LE REPÉRAGE PRÉCOCE ET L'INTERVENTION BRÈVE (RPIB)

Le repérage précoce et l'intervention brève «alcool» est un outil pédagogique facilitant l'intervention auprès des usagers d'alcool en contexte non spécialisé. Son efficacité est reconnue en l'absence de trouble d'usage sévère et la Haute Autorité de santé (HAS) en recommande l'utilisation. AGIR 33 Aquitaine¹ en a étudié la faisabilité de 2003 à 2006, avant d'assurer la coordination des formations «RPIB» en Aquitaine. Cette première expérience a montré l'intérêt de motiver la pratique par la venue régulière de délégués santé prévention. Un annuaire en ligne a été créé pour faciliter la connaissance des ressources sur les territoires. Les formations «RPIB» s'associent à une stratégie globale facilitant les différentes étapes du parcours des patients. Le groupe de travail régional du «RPIB» a jugé qu'il serait important de se centrer sur les usagers plutôt que sur le produit «alcool». Le «RPIB jeunes» pour le mal-être et les conduites à risque et addictives a ainsi été développé et évalué. Puis, fort de cette expérience, le groupe a souhaité développer un «RPIB senior», puis un «RPIB femme enceinte».

CRÉATION DU RPIB «SENIOR»

L'étude réalisée sur la consommation d'alcool des plus de 75 ans a permis de repérer la difficulté des médecins généralistes à aborder la question avec les aînés, plus grande qu'avec les plus jeunes. La prévalence élevée des troubles de l'usage a été confirmée. Profitant de la publication des recommandations de la Société française d'alcoologie (SFA) pour ce public, le «RPIB senior» a été développé et proposé pour les formations dès 2015, avec des formats variant d'une heure à deux journées. Les formateurs ont participé au groupe de travail ou ont assisté aux formations, avec des profils variés : médecins généralistes et/ou addictologues, psychiatres, gériatres, psychologues, infirmier-es.

PRÈS DE MILLE PROFESSIONNELS FORMÉS

Depuis sa création, près de mille professionnels ont été formés. Le public demandeur est essentiellement constitué des structures intervenantes auprès

des personnes âgées, afin de former des coordinateurs de l'Activité physique adaptée (APA) ou des auxiliaires de vie, par exemple. Les formations se déroulent alors sur deux journées. Les formats courts permettent d'inclure des ateliers dans les formations des professionnels de santé.

RETOURS D'EXPÉRIENCE

Les addictions les plus fréquentes sont l'alcool, le tabac, les médicaments et les jeux. Les usages sont classiquement genrés : l'alcool et le tabac sont plus fréquents chez les hommes, les médicaments et les jeux chez les femmes. Mais cette représentation peut être un piège. Il est surtout important de différencier les personnes ayant une addiction ancienne, qui sont survivantes de leurs usages avec de nombreuses comorbidités, des personnes installant une addiction de façon récente. La retraite ainsi que le vieillissement favorisent l'isolement. Les deuils sont multiples, avec le risque élevé d'un mal-être, de troubles anxio-dépressifs, avec installation ou aggravation de troubles de l'usage. De même, les douleurs physiques et les handicaps participent à ce risque. Il est donc important de prévoir un point gériatrique global, intégrant l'ensemble des dimensions sociales, psychologiques et somatiques.

« Vous savez, docteur, mes deux verres de Sauternes le soir, et je ne sens plus mes douleurs... Je peux dormir », me dit Mauricette, après sa fracture du col du fémur suite à sa chute nocturne. Le zolpidem aurait sans doute abouti au même effet. La formation insiste sur les alternatives. Elle permet aux participants de prendre conscience de l'importance de cette approche globale et empathique, dans le respect de la personne. Il s'agit aussi de recevoir leurs difficultés, notamment avec les médecins traitants, les directions et l'entourage. Les usages problématiques sont souvent repérés et signalés mais ne suscitent pourtant aucune réponse adaptée. Le médecin ne fait rien. La direction ne met pas en place une stratégie ou alors demeure dans une position systématique souvent mal adaptée. L'entourage est dans le déni ou apporte l'alcool : « C'est son dernier petit plaisir ! »

Le temps d'échanges est favorisé, les participants apportant leurs solutions et leurs expériences, dans leur contexte, souvent bien meilleures que celle des formateurs. Les ressources adaptées sont également proposées pour les cas les plus complexes, voire sont invitées à venir se présenter quand cela est possible. Ainsi, le RPIB « senior » répond à un besoin bien spécifique et permet d'améliorer certaines situations, quasiment en temps réel.

Bibliographie

- Michaud P, Abramovici F, Bachelard E, Castera P, Demeaux JL. Alcoolisation excessive : quel bénéfice clinique de l'intervention brève chez les « consommateurs à risque » ? Prescrire 2006 ; 26(274) : 556-1-556-3.
- Castera P. Repérage précoce et intervention brève : 5 minutes pour convaincre. Addictions 2008 ; 22 : 10-15.
- HAS. Outil d'aide au repérage précoce : alcool, cannabis, tabac, chez l'adulte. 2014. In : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/reco403_rapport_elaboration_2014_maj2021_alcool_cannabis_tabac_cd_2021_02_05.pdf
- SFA. Mésusage d'alcool : dépistage, diagnostic, traitement. Messages clés. Alcoologie et Addictologie. 2015 ; 37(1) : 36-68.
- Castera P, Maurat F, Fleury B, Demeaux JL. Peut-on repérer en routine les mésusages d'alcool ? Médecine 2007 ; 3(7) : 330-3.
- Castera P, Valadie-Jeannel M, Fleury B, Garguil V, Sangare H, Oumiah N. Repérage précoce et intervention brève : la coordination régionale Aquitaine. RESP 2013 ; 61 : S305.
- Demeaux JL, Desaulty L, Meurant C, Castera P. Délégué Santé Prévention : pour que le généraliste ne soit pas seul devant l'addiction. Médecine 2007 ; 3(8) : 378-81.
- Castera P, Augere F, Valadie-Jeannel M, Fleury B, Ducos G. Visite de santé publique en médecine générale : étude comparative secteur visité versus non visité. RESP 2013 ; 61 : S211.
- Alvarez P. Impact de la visite des jeunes installés libéraux (VIJGIL) sur les difficultés d'orientation en addictologie : étude longitudinale comparative randomisée auprès de 163 médecins généralistes d'Aquitaine. [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2018. N°34.
- Goulat N. Développement du site www.addictoclic.com : recherche-action en médecine générale pour faciliter l'accès aux ressources en addictologie sur les territoires d'Aquitaine [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2014. N°87.
- Castera P, Kinouani S, Joseph JP. Repérage précoce et intervention brève. Succès et limites. Alcoologie et Addictologie. 2015 ; 37(1) : 85-92.
- Le Rouzic M, Frison E, Kinouani S, Maurice S, Bustos C, Castera P. « RPIB jeunes » : Impact des formations en santé scolaire. Alcoologie et Addictologie. 2015 ; 37(3) : 223-232.
- Castera P, Afonso M, Kinouani S. Repérer précocement les adolescents présentant des conduites addictives et intervention brève : le « RPIB jeunes ». La Revue de Médecine Générale 2017 Fév ; 340 : 6-10.
- Guiard A. ALCOVILLE 75+ - Consommations d'alcool chez les personnes âgées de 75 ans et plus, consultant en médecine générale en Aquitaine : Étude observationnelle transversale de prévalence [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2014. N°25.
- SFA. Personnes âgées et consommation d'alcool. Recommandations 2013. In : https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/SFA_R2013-SeniorsTC.pdf



MANIFESTE DE LAUSANNE NOVEMBRE 2024

Le 14 novembre 2024, les organisations partenaires de six régions – Bruxelles, France, Luxembourg, Québec, Suisse romande et Wallonie – étaient réunies en Suisse pour le quatrième sommet francophone des addictions. À cette occasion a été dévoilé le Manifeste de Lausanne : un document commun plaidant pour un tournant dans l'approche des politiques liées aux drogues.

Le Manifeste est issu du travail de terrain des six organisations et de leur coopération depuis plus de dix ans. Dans chacun de nos pays, le constat est le même : les politiques prohibitionnistes actuelles échouent. Elles alimentent les réseaux criminels, exacerbent les violences et invisibilisent des problématiques de santé publique majeures tout en stigmatisant les publics les plus vulnérables.

Cette prise de position s'accompagne d'un postulat fort : les personnes consommatrices de drogues sont des citoyen-ne-s à part entière. Trop souvent, elles subissent une exclusion sociale et des préjugés qui freinent leur accès à des dispositifs de prévention, de soins ou d'accompagnement. Ce plaidoyer invite donc à dépasser les tabous et à reconsidérer les consommations, qu'elles soient visibles ou invisibles, comme au travail ou dans le sport, pour les intégrer dans une réflexion collective.

Le Manifeste de Lausanne est à la fois un appel à l'action et un engagement pour une société qui privilégie le respect des droits humains et des approches progressistes. Loin des discours moralisateurs, il invite à un dialogue citoyen sur les drogues, leurs usages et leur place dans nos vies.

MANIFESTE DE LAUSANNE DES FÉDÉRATIONS FRANCOPHONES DU DOMAINE DES ADDICTIONS

Novembre 2024

Brisons les tabous sur les drogues

Nous, représentants des professionnel-le-s des addictions de France, du Luxembourg, du Québec, de Suisse romande, de Bruxelles et de Wallonie, réunis à Lausanne pour le 4^e Sommet francophone des addictions, appelons à une refonte profonde des politiques liées aux drogues, et ce dans l'intérêt de tout-e-s les citoyen-ne-s, y compris des personnes utilisatrices de drogues.

Face à la montée des crises sanitaires et sociales, il est urgent de changer de paradigme : cesser de criminaliser les personnes usagères et promouvoir des politiques inclusives et progressistes, centrées sur la déstigmatisation et le respect des droits fondamentaux. Parce que les addictions touchent toutes les sphères de la société, chacun-e doit être entendu-e, quel que soit son parcours ou son contexte d'usage. Les services de prévention, de réduction des risques, de soins et de réinsertion doivent bénéficier des moyens suffisants à leur fonctionnement.

Partout dans le monde, les problèmes liés aux drogues gagnent en importance et en visibilité : crise des opioïdes en Amérique du Nord, crise des stimulants en Europe, augmentation générale de la production, de la consommation, des problèmes d'addiction et de santé mentale. Partout, les politiques prohibitionnistes et répressives font preuve de leur échec en continuant d'alimenter les réseaux criminels et la violence tout en affectant de manière disproportionnée les publics les plus vulnérables. Pour mettre fin au cercle vicieux de la « guerre à la drogue », nous appelons à un changement de paradigme politique vis-à-vis des drogues.

Les politiques mises en œuvre dans nos pays respectifs ont pour objectif commun d'invisibiliser les problèmes de consommation et d'addiction, principalement dans l'espace public. En privé, en famille, entre amis, au travail, les problèmes de consommation restent également largement tabous. En conséquence, certaines souffrances sont cachées, certains plaisirs tus, alors que les personnes les plus précaires n'ont pas le choix de l'intimité. Les

personnes usagères de substances sont exclues, stigmatisées et éloignées des offres de réduction des risques, de prévention et d'accompagnement. Les politiques « addictions » sont discrètes et trop peu financées, le grand public n'est pas suffisamment informé sur ces questions, les discours sont souvent emprunts de préjugés moralisateurs et de suspicions. Pourtant, nous sommes toutes et tous concerné-e-s, de près ou de loin, par les questions d'addiction. Pour nos fédérations francophones des professionnel-le-s des addictions, des politiques des drogues pragmatiques et efficaces ne seront possibles qu'accompagnées de la déstigmatisation des personnes consommatrices.

NOS PRINCIPES :

1. Les personnes usagères de drogues sont citoyennes à part entière et doivent être considérées comme telles

Rien sur eux, sans eux : bien souvent, les politiques

relatives aux addictions sont réalisées sans impliquer les personnes qu'elles ciblent. Ces politiques reflètent les valeurs de nos sociétés et sont trop souvent imprégnées de préjugés qui desservent les personnes usagères. La société se représente souvent les usages de drogues comme étant la cause de différents problèmes, ce qui est erroné dans bien des cas. Les personnes usagères de drogues, bien plus nombreuses et diverses que l'on imagine, doivent être considérées comme des citoyens et citoyennes à part entière.

Revendications :

- La formulation des politiques relatives aux addictions doit intégrer des processus systématiques de consultation et de participation des personnes concernées.
- Les politiques ciblant les personnes usagères doivent être fondées sur le principe du respect de leurs droits fondamentaux.
- Les effets des politiques drogues doivent être évalués, notamment quant à leur impact sur la santé publique et sur les droits humains.

2. Les prises de parole sur les expériences personnelles de consommation de drogues favorisent la déstigmatisation des usages et aident à mieux cibler les politiques drogues

Les personnes usagères de drogues illégales représentent une part de la population plus importante que l'on imagine. Bien souvent, les consommations visibles sont celles des personnes en situation précaire, alors que les consommations des personnes insérées socio-professionnellement sont invisibles et donc peu prises en compte dans le débat public autour des drogues.

Une prise de parole publique sur la consommation personnelle permettrait non seulement de casser les représentations éculées mais également d'avoir un véritable dialogue citoyen sur l'usage de substances dans toutes les couches de la société (y compris parmi les professionnels-le-s des addictions) et au-delà de la seule problématique d'addiction : ses motivations, ses causes, ses effets aussi bien négatifs que bénéfiques.

Tous les savoirs expérientiels sont une composante essentielle d'une société orientée sur l'adéquation

des politiques de prévention, de réduction des risques et de soins, tant pour des usages légaux qu'illégaux.

Pour favoriser ces prises de parole publiques, il convient d'assurer une véritable protection de la liberté d'expression et de créer les conditions-cadres d'un échange constructif.

Revendications :

- Favoriser et protéger la prise de parole sur l'usage de drogue, au-delà des situations d'addiction, en offrant un cadre sécurisé juridiquement.
- Informer les médias, les décideurs et le grand public sur la réalité des personnes qui consomment.

3. La consommation au travail ou dans le sport est une pratique privée, mais aussi une question publique

Les usages sont aujourd'hui multiples, entre recherche de plaisir, de sens, de performance, de gestion de la douleur, de liens sociaux ou encore d'un peu de répit. Ils prennent place dans la vie privée, mais souvent également en lien avec le travail ou le sport. Pourtant, pour bien des raisons, des barrières empêchent d'aborder ouvertement ces situations, retardant la prise de parole à l'émergence d'une crise ou après l'apparition de problématiques chroniques. La société est addictogène : le collectif s'estompe, l'environnement nous surstimule et demande des performances hors du commun, alors que les situations de précarité augmentent. En outre, le capitalisme utilise le marketing, des carences de régulation et les connaissances scientifiques du domaine des addictions pour vendre toute une série de nouveaux produits aux vertus souvent surestimées. Il convient de reconnaître les usages dans tous les contextes pour pouvoir les aborder de manière collective, remettre en question l'aspect addictogène de la société et reprendre le contrôle sur les formes extrêmes de capitalisme.

Revendications :

- Ouvrir un véritable débat sur les pressions d'une société axée sur la performance.
- Repositionner les places et les fonctions des usages dans leurs contextes individuels et sociaux.
- Renforcer la régulation des produits et services addictifs légaux dans une approche de prévention structurelle pour protéger la santé des populations.

4. L'espace public appartient à toutes et tous et doit être pensé pour que chacun·e s'y sente bien

L'espace public est un lieu de rencontres mais également de tensions et de craintes. Les personnes qui consomment dans les parcs, les places des centres-villes ou les rues cristallisent toutes les peurs et les fantasmes liés à la figure du «drogué». Elles sont souvent les cibles d'intervention diverses, souvent policières, visant à les invisibiliser, alors même que, de par leur situation sociale, elles n'ont souvent pas d'autre choix que de consommer dans la rue. Néanmoins le besoin des riverains, des commerces, des familles et de toutes les personnes qui gravitent dans l'espace public de se sentir en sécurité reste parfaitement légitime. L'espace public doit être pensé et aménagé pour accueillir tout le monde et que tout le monde s'y sente bien, particulièrement dans les villes. Cela passe par des politiques de réduction des risques, des espaces d'accueil et de consommation sécurisée, de prestations de cohésion sociale – avec du travail social hors mur – et un aménagement urbain de qualité.

Revendications :

- Penser et aménager l'espace public de manière à favoriser le vivre-ensemble et la cohésion sociale.
- Développer les prestations d'aller-vers dans les milieux urbains, avec des équipes interdisciplinaires (travail social, soins infirmiers, psychiatrie, etc.).
- Développer les prestations d'accueil à bas seuil dédiées à la consommation sécurisée ainsi qu'à l'accueil de jour avec accès à des prestations sociales et sanitaires.

5. Enfants mineurs, problèmes majeurs : l'accessibilité des mineur·e·s à la prévention, aux soins et à la réduction des risques doit être améliorée

Des conditions de vie précaires et des événements traumatisants pendant l'enfance sont des facteurs de risques prépondérants d'un trouble de l'usage des substances. Souvent, la consommation fait partie de l'adolescence. Certains groupes vivent des situations de vulnérabilité particulière, comme des parcours de migration non accompagnés ou des contacts trop fréquents avec le système judiciaire. Pourtant, les difficultés vécues par les enfants et les jeunes passent souvent sous les radars et les prestations du domaine des addictions sont encore trop souvent réservées aux adultes. Pour les jeunes (comme pour les adultes), il faut travailler la consommation problématique comme symptôme et non la condamner. En outre, un point d'attention particulier doit être donné à la transition vers l'âge adulte, car elle peut être trop souvent synonyme de rupture dans l'accompagnement.

Revendications :

- Penser l'accompagnement et la protection des droits fondamentaux de toutes les personnes concernées, quels que soient leur âge, leur consommation ou leur nationalité.
- Permettre aux mineur·e·s l'accès à des prestations réservées actuellement aux majeur·e·s, tels que les services de réduction des risques, ainsi que les services qui leur sont dédiés, sans l'accord de leurs parents.

Numéro 09, décembre 2024

Prix de vente : 12 €

Directrice de la publication
Catherine Delorme

Coordinateur du numéro
Benjamin Tubiana-Rey

Comité éditorial
Audrey Bourassa
Sandro Cattacin
Marine Gaubert
Pascale Hensgens
Marie Jauffret-Roustide
Grégory Lambrette
Stéphane Leclercq
Marie Öngün-Rombaldi
Camille Robert
Joël Tremblay
Sandhia Vadlamudy

Journaliste
Natalie Castetz

Conception graphique
Nelly Gibert - Mediis Studio

Impression
2020 exemplaires
Rivet Presse Édition