

# Chapitre I.

## Une épidémie cachée : l'usage de drogues chez les personnes âgées

### Introduction

1. Partout dans le monde, les gens vivent plus longtemps, et l'allongement de la durée de vie ouvre certaines perspectives et pose certains problèmes. L'un de ces problèmes tient au fait que les personnes âgées sont particulièrement susceptibles de faire usage de drogues et d'en être dépendantes.

2. En 2016, l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) a consacré le chapitre premier de son rapport annuel à la question des femmes et des drogues et, en 2019, il s'est intéressé aux moyens d'améliorer les services de prévention et de traitement de l'usage de substances chez les jeunes. L'augmentation de l'usage de drogues et de la dépendance à la drogue parmi les personnes âgées l'a conduit à consacrer le présent chapitre thématique à cette évolution.

3. Selon l'Organisation des Nations Unies, 703 millions de personnes étaient âgées de 65 ans ou plus dans le monde en 2019. Ce nombre devrait doubler pour atteindre 1,5 milliard d'ici à 2050. À l'échelle mondiale, la part de la population âgée de 65 ans ou plus est passée de 6 % en 1990 à 9 % en 2019. Elle devrait encore augmenter, au point qu'on s'attend à ce que, d'ici à 2050, 16 % de la population mondiale, soit une personne sur six, appartienne à cette tranche d'âge<sup>1</sup>. En 2018, on estimait que, en 2020, les personnes de plus de 60 ans seraient, pour la première fois, plus nombreuses que les enfants de moins de cinq ans<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> *World Population Ageing 2019: Highlights* (publication des Nations Unies, 2020).

<sup>2</sup> OMS, Principaux repères, « Vieillesse et santé », 5 février 2018.

4. Cette tendance au vieillissement de la population a commencé dans les pays à revenu élevé, où elle s'est étalée sur une période relativement longue. Elle est maintenant observée également dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, où elle se produit sur un laps de temps beaucoup plus court. Ainsi, il a fallu cent cinquante ans pour que la part de la population de plus de 60 ans passe de 10 % à 20 % en France. Au Brésil, en Chine et en Inde, cette évolution devrait se faire sur vingt ans. Au Japon, 30 % de la population est âgée de plus de 60 ans ; on s'attend à ce que, d'ici à 2050, il en soit de même au Chili, en Chine, en Fédération de Russie et en Iran (République islamique d'). On s'attend aussi à ce que, d'ici à 2050, 80 % des personnes âgées vivent dans des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire<sup>3</sup>. C'est maintenant qu'il faut anticiper les effets de ces évolutions d'envergure mondiale et les problèmes et difficultés que pourrait poser l'usage de substances chez les personnes âgées.

5. Parallèlement au vieillissement de la population mondiale, des données provenant des États-Unis d'Amérique et de nombreux endroits d'Europe indiquent que l'usage de drogues et les décès qui y sont liés chez les personnes âgées et le nombre de personnes âgées suivant un traitement pour des troubles liés à un tel usage ont augmenté ces dernières années<sup>4</sup>. Cette hausse, qui touche principalement les pays à revenu élevé, pourrait s'expliquer par l'avancement en âge des personnes appartenant à la génération du « baby-boom »

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> *Rapport mondial sur les drogues 2018*, fascicule 4, « Drogues et groupes d'âge : Drogues et problèmes associés chez les jeunes et les personnes plus âgées » (publication des Nations Unies, 2018).

(celles qui sont nées entre 1946 et 1964, période de forte natalité, et qui ont grandi à un moment où l'usage illicite de drogues et le mésusage de médicaments atteignaient des niveaux relativement élevés). Le nombre de personnes âgées faisant usage de drogues devrait encore augmenter à mesure que le reste de cette génération entre dans cette tranche d'âge<sup>5</sup>.

6. Il existe peu de données épidémiologiques sur l'ampleur de l'usage de substances chez les personnes âgées. En général, c'est plutôt pour les pays à revenu élevé qu'on dispose de ce sujet de données complètes sur le long terme, qui concernent habituellement les classes d'âge allant de 15 à 65 ans. Les informations relatives à l'usage de substances chez les personnes de plus de 65 ans sont limitées, même dans les pays où sont régulièrement conduites des enquêtes sur l'usage de drogues. Les données recueillies sur l'usage de substances concernent avant tout la population générale (15-65 ans), les jeunes, les jeunes adultes ou les groupes marginalisés et à risque ; elles font peu de cas de certains groupes tels que les femmes et, surtout, les personnes âgées. Des points de vue scientifique, épidémiologique et culturel, on a tendance à négliger les personnes âgées, ce dont témoignent les lacunes repérées dans la littérature spécialisée et les attitudes qui prévalent à l'égard de ces personnes dans la société. Ce n'est que récemment qu'on a pris conscience du problème de l'usage de substances chez les personnes âgées en tant que tel et qu'on a commencé à réaliser des études sur le sujet. L'une des conséquences de ce manque d'informations et de données est que, si les problèmes liés au « bien vieillir » sont reconnus dans le monde entier, les défis que celui-ci présente pour les personnes qui font usage de drogues ne le sont pas.

## Définition des personnes âgées

7. Dans la plupart des pays industrialisés, une personne de plus de 65 ans est considérée comme une personne âgée. Cette définition est liée à l'âge auquel une personne a le droit de recevoir des prestations de retraite ; or, le curseur du départ à la retraite se déplace vers 70 ans dans plusieurs pays à mesure que l'espérance de vie augmente. Quoi qu'il en soit, la définition des personnes âgées n'est pas la même dans toutes les cultures et sociétés. Dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire et dans les cultures non occidentales, l'âge de la retraite n'est pas institutionnalisé et les pensions

(lorsqu'elles existent) ne sont pas toujours suffisantes, ce qui oblige les personnes âgées à continuer de travailler plus longtemps. Outre l'âge chronologique (65 ans) et le statut économique (retraite), d'autres critères, tels que le rôle culturel au sein de la communauté et l'état de santé, peuvent être plus pertinents dans certaines sociétés pour définir les personnes âgées.

## Définition des personnes âgées qui font usage de drogues

8. Aux fins de certaines études réalisées en Europe, c'est 40 ans qui a été retenu comme âge à partir duquel une personne faisant usage de drogues était considérée comme âgée<sup>6,7</sup>. Au pays de Galles (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord), les personnes qui font usage de substances (alcool et drogues) sont considérées comme âgées si elles ont 50 ans ou plus<sup>8</sup>. L'Advisory Council on the Misuse of Drugs (Conseil consultatif sur le mésusage de drogues) du Royaume-Uni a constaté que, ces dernières années, les statistiques faisaient apparaître une évolution manifeste du profil d'âge des personnes entamant un traitement pour usage de drogues dans le pays ; la cohorte des personnes vieillissantes regroupe toutes les personnes de plus de 35 ans<sup>9</sup>. Une revue de la littérature consacrée à l'usage d'alcool et aux troubles qui y sont liés chez les personnes âgées en Inde prenait en compte les personnes de plus de 50 ans<sup>10</sup>. Dans le cadre d'un examen des problèmes sanitaires et sociaux auxquels sont confrontées les personnes âgées suivant un traitement d'entretien aux opiacés en Norvège, ce sont les personnes de 45 ans et plus qui ont été étudiées<sup>11</sup>.

9. L'absence de consensus sur l'âge à partir duquel une personne est considérée comme « âgée » aux fins des statistiques relatives à l'usage de substances peut avoir un effet considérable sur les personnes qui font usage de drogues et sur la manière dont les praticiennes,

<sup>6</sup>Catherine Comiskey *et al.*, *Addiction Debates: Hot Topics from Policy to Practice* (Londres, SAGE Publications, 2020).

<sup>7</sup>Lauren Johnston *et al.*, « Responding to the needs of ageing drug users » (EMCDDA, Lisbonne, 2017).

<sup>8</sup>Pays de Galles (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord), Advisory Panel on Substance Misuse, *A Report on Substance Misuse in an Ageing Population* (février 2017).

<sup>9</sup>Royaume-Uni, Advisory Council on the Misuse of Drugs, *Ageing Cohort of Drug Users* (juin 2019).

<sup>10</sup>Abhijit Nadkarni *et al.*, « Alcohol use and alcohol-use disorders among older adults in India: a literature review », *Ageing and Mental Health*, vol. 17, n° 8 (mai 2013).

<sup>11</sup>Zhanna Gaulen *et al.*, « Health and social issues among older patients in opioid maintenance treatment in Norway », *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 34, n° 1 (mars 2017), p. 80 à 90.

<sup>5</sup>Sarah Wadd et Sarah Galvani, « The forgotten people: drug problems in later life – a report for the Big Lottery Fund – July 2014 » (Bedfordshire, University of Bedfordshire, 2014).

praticiens et services concernés travaillent avec leurs clients et patients, femmes et hommes<sup>12</sup>. On a estimé dans une étude que le vieillissement des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de substances était avancé d'au moins 15 ans ; toute une série de problèmes de santé physique caractéristiques des personnes âgées apparaît dans ce groupe prématurément vieilli<sup>13</sup>.

## Estimations de l'ampleur et de la nature du problème à l'échelle mondiale

10. Comme mentionné ci-dessus, on ne sait que peu de choses sur l'usage de substances chez les personnes âgées, car les études épidémiologiques nationales sur l'usage de drogues tendent à limiter la population visée aux moins de 65 ans. Certaines informations sont toutefois disponibles, et elles dénotent une augmentation générale de l'usage de drogues parmi les personnes âgées.

11. Dans le fascicule 4 de son *Rapport mondial sur les drogues 2018, intitulé Drogues et groupes d'âge : Drogues et problèmes associés chez les jeunes et les personnes plus âgées*, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) indiquait que, selon des éléments concernant certains pays, l'usage de drogues avait augmenté à un rythme plus rapide chez les personnes âgées que chez les plus jeunes au cours des dix années précédentes. On ne dispose pas de données universelles, mais il existe des statistiques montrant que ce phénomène est observé dans des pays à revenu élevé, à revenu intermédiaire et à faible revenu.

12. En Allemagne, entre 2006 et 2015, l'usage de drogues au cours de l'année écoulée, quelle que soit la substance en cause, a plus augmenté chez les personnes de 40 ans et plus que dans les groupes plus jeunes. En Suède, le taux de prévalence de l'usage illicite de drogues, quelles qu'elles soient, au cours de l'année écoulée s'est établi à 5,8 % parmi les 55-64 ans en 2017. S'agissant des drogues concernées, on mentionnera le cannabis, dont l'usage a connu une hausse chez les 55-64 ans dans certains des pays les plus peuplés d'Europe occidentale. Selon des données provenant d'Allemagne, d'Espagne, de France, d'Italie et du Royaume-Uni, la prévalence annuelle de l'usage de cannabis se serait accrue plus vite dans cette tranche d'âge que dans n'importe quelle autre.

13. En Australie, entre 2007 et 2016, les taux de prévalence de l'usage de drogues chez les 50-59 ans et les 60 ans et plus ont connu une augmentation de 60 % à 70 %. Au Chili, l'usage de cannabis au cours de l'année écoulée chez les 45-64 ans a quadruplé dans les dix années qui ont précédé 2016 et a été multipliée par près de 30 entre 1996 et 2016. Des évolutions similaires ont également été constatées en ce qui concerne l'usage de cocaïne, dont la prévalence annuelle a été multipliée par 14 chez les 35-44 ans, alors qu'elle a diminué chez les 12-18 ans et les 19-25 ans sur la même période.

14. Aux États-Unis, le nombre de personnes de 50 ans et plus ayant pris de la drogue au cours de l'année écoulée est passé d'un peu moins de 1 million en 1996 à près de 11 millions en 2016<sup>14</sup>. En 2018 et 2019, parmi les personnes de 65 ans et plus, le taux de prévalence de l'usage illicite de substances au cours de l'année écoulée représentait entre un tiers et la moitié de celui de la population générale pour la plupart des substances (voir tableau 1).

15. Si l'on compare les taux de 2012 à ceux de 2019 pour certaines drogues (celles pour lesquelles une comparaison est possible), l'augmentation de la prévalence de l'usage chez les personnes de 65 ans et plus est flagrante. Pour la plupart de ces drogues, l'usage au cours de l'année écoulée a été multiplié par trois ou plus dans ce groupe d'âge entre 2012 et 2019 ; dans l'ensemble de la population, il a connu une hausse plus limitée.

16. Par exemple, la prévalence de l'usage de cannabis au cours de l'année écoulée chez les personnes de 65 ans et plus est passée de 1,2 % en 2012 à 5,1 % en 2019, ce qui représente une augmentation de 325 %. Dans l'ensemble de la population, la hausse a été relativement contenue puisqu'elle est restée en deçà de 50 %, la prévalence étant passée de 12,1 % en 2012 à 17,5 % en 2019. Le schéma est similaire pour l'usage illicite d'autres substances. L'usage non médical, ou mésusage, d'analgésiques au cours de l'année écoulée a doublé (passant de 0,8 % en 2012 à 1,7 % en 2019) chez les personnes de 65 ans et plus, tandis qu'il a légèrement diminué (4,8 % en 2012 et 3,5 % en 2019) dans l'ensemble de la population (voir tableau 2).

<sup>12</sup>Comiskey et al., *Addiction Debates*.

<sup>13</sup>I. Vogt, « Life situations and health of older drug addicts: a literature report », *Suchttherapie*, vol. 10, n° 1 (2009), p. 17 à 24.

<sup>14</sup>Comiskey et al., *Addiction Debates*.

Tableau 1 Usage illicite de drogues au cours de l'année écoulée chez les 65 ans et plus et dans l'ensemble de la population, États-Unis d'Amérique, 2018-2019

Type de substances	Usage au cours de l'année écoulée (pourcentage) 2018		Usage au cours de l'année écoulée (pourcentage) 2019	
	65 ans et plus	Ensemble de la population	65 ans et plus	Ensemble de la population
Toutes drogues illicites	5,7	19,4	7,1	20,8
Toutes drogues illicites, hors cannabis	2,1	8,5	2,7	8,6
Cannabis	4,1	15,9	5,1	17,5
Opioides	0,4	1,1	0,5	1,1
Analgésiques (mésusage)	1,3	3,6	1,7	3,5
Cocaïne	0,1	2,0	0,2	2,0
Stimulants	2,4	6,6	2,5	6,6
Hallucinogènes	0,1	2,0	0,2	2,2
Méthamphétamine	0,1	0,7	0,1	0,7

Source : Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Enquête nationale sur l'usage de drogues et la santé, 2018 et 2019.

Tableau 2 Usage illicite de drogues au cours de l'année écoulée chez les 65 ans et plus et dans l'ensemble de la population, pour certaines drogues, États-Unis d'Amérique, 2012-2019

Type de substances	Usage au cours de l'année écoulée (pourcentage) 2012		Usage au cours de l'année écoulée (pourcentage) 2019	
	65 ans et plus	Ensemble de la population	65 ans et plus	Ensemble de la population
Toutes drogues illicites	2,3	16,0	7,1	20,8
Cannabis	1,2	12,1	5,1	17,5
Analgésiques (usage non médical/mésusage)	0,8	4,8	1,7	3,5
Cocaïne	0,0	1,8	0,2	2,0
Hallucinogènes	0,1	1,7	0,2	2,2

Source : Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Enquête nationale sur l'usage de drogues et la santé, 2012 et 2019.

17. Selon de nouvelles estimations de la prévalence de l'usage de substances en Inde<sup>15</sup> et au Nigéria<sup>16</sup> l'usage non médical de médicaments opioïdes et de sirop contre

<sup>15</sup>Ambekar *et al.*, *Magnitude of Substance Use in India 2019* (New Delhi, Ministère de la justice sociale et de l'autonomisation, 2019).

<sup>16</sup>ONUDD et Nigéria, « Drug Use in Nigeria 2018: executive summary » (Vienne, 2019).

la toux atteindrait une ampleur considérable chez les 45-64 ans. Au Nigéria, ce serait dans le groupe des 60-64 ans que les taux de prévalence annuelle de l'usage non médical de sirop contre la toux et de tranquillisants seraient les plus élevés (3,7 % et 1 %, respectivement).

18. En République islamique d'Iran, une étude a révélé que l'usage de drogues chez les personnes âgées

Tableau 3 Usage de médicaments soumis à prescription au cours de l'année écoulée chez les 65 ans et plus et dans l'ensemble de la population, États-Unis d'Amérique, 2018-2019

Type de substances	Usage au cours de l'année écoulée (pourcentage) 2018		Usage au cours de l'année écoulée (pourcentage) 2019	
	65 ans et plus	Ensemble de la population	65 ans et plus	Ensemble de la population
Analgésiques	35,0	31,6	35,0	30,0
Tranquillisants	21,4	16,9	20,1	16,0
Benzodiazépines	13,0	11,2	12,6	10,7
Sédatifs	9,1	6,1	8,3	5,7

Source : Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Enquête nationale sur l'usage de drogues et la santé, 2018 et 2019.

s'expliquait le plus souvent par des facteurs environnementaux, dont la facilité d'accès aux produits, le manque d'installations sportives et récréatives et la fréquentation d'amis faisant eux-mêmes usage de drogues<sup>17</sup>.

19. Une étude sur les conséquences du mésusage à long terme d'anxiolytiques et d'hypnotiques chez les personnes âgées a mis en évidence le risque de dépendance qui résulte de l'usage à long terme de benzodiazépines par ces personnes<sup>18</sup>. Au Japon, par exemple, une évaluation des pratiques de prescription d'hypnotiques et d'anxiolytiques a montré que ces médicaments étaient prescrits de manière disproportionnée aux patientes et patients âgés<sup>19</sup>. Cette étude a également fait apparaître que la prescription de fortes doses d'anxiolytiques et d'hypnotiques aux patientes et patients, principalement des personnes âgées, souffrant de troubles du sommeil ou d'anxiété était courante. Il était aussi fréquent que cette patientèle se voie prescrire plusieurs médicaments contenant des agents hypnotiques et anxiolytiques.

<sup>17</sup>Fateme Kazemi *et al.*, « Predisposing factors for substance abuse among elderly people referring to Qazvin addiction treatment centers, Iran 2017 », *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, vol. 22, n° 5 (2018).

<sup>18</sup>N. N. Ivanets *et al.*, « The efficacy of psychopharmacotherapy of late onset depression: the optimization of treatment duration », *Journal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova (Revue de neurologie et de psychiatrie S. S. Korsakov)*, vol. 116, n° 4 (janvier 2016).

<sup>19</sup>Takkaki Hirooka, « Excessive prescribing of hypnotic and anxiolytic drugs in Japan », *Nihon Rinsho (Revue japonaise de médecine clinique)*, vol. 73, n° 6 (juin 2015), p. 1049 à 1056.

20. Aux États-Unis, les personnes de 65 ans et plus représentent plus de 10 % de la population totale ; or, elles sont à l'origine de 30 % des prescriptions médicales. La prévalence de l'usage au cours de l'année écoulée d'analgésiques, de tranquillisants, de benzodiazépines et de sédatifs est plus élevée dans ce groupe d'âge que dans l'ensemble de la population (voir tableau 3). On a par ailleurs signalé que la surconsommation de médicaments psychoactifs était très répandue dans le cadre du traitement des personnes âgées souffrant de démence qui vivent en maison de retraite, en résidence avec services ou à leur domicile.

21. Dans le *Rapport mondial sur les drogues 2018*, l'ONUDC a constaté que les décès dus à des troubles liés à l'usage de drogues avaient été multipliés par trois chez les personnes de 50 ans et plus dans la région du Pacifique occidental<sup>20</sup> et dans les Amériques au cours de la période 2000-2015. Aux États-Unis, bien que les taux de décès par surdose aient augmenté dans toutes les tranches d'âge entre 1999 et 2017, ils étaient en 2017 nettement plus élevés chez les 25-64 ans (31,4 décès pour 100 000) que chez les 65 ans et plus (6,9 pour 100 000). Cependant, le taux qui a le plus évolué entre 1999 et 2017 est celui des 55-64 ans, qui est passé de 4,2 à 28,0 pour 100 000<sup>21</sup>.

<sup>20</sup>Australie, Cambodge, Chine, Japon, Malaisie, Mongolie, Nouvelle-Zélande, Philippines, République de Corée et Viet Nam, ainsi que les États insulaires du Pacifique.

<sup>21</sup>Holly Hedegaard, Arialdi M. Miniño et Margaret Warner, « Drug overdose deaths in the United States, 1999-2017 », NCHS Data Brief, n° 329 (Hyattsville, Maryland, États-Unis, National Center for Health Statistics, novembre 2018).

## Difficultés rencontrées en matière de prévention, de traitement et de guérison dans tous les domaines d'action

22. Le manque général de données sur l'usage de substances chez les personnes âgées<sup>22</sup> a pour corollaire une attention insuffisante accordée au sujet lors de l'élaboration de politiques et de programmes. Compte tenu du nombre réduit de programmes spécialisés et de la collecte limitée de données scientifiques, il est difficile de cerner les interventions et les politiques qui ont donné de bons résultats en termes de prévention, de traitement et de réadaptation s'agissant d'usage de drogues chez les personnes âgées.

23. Dans le document final de la trentième session extraordinaire de l'Assemblée générale, intitulé « Notre engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue »<sup>23</sup>, il est brièvement question de services et de politiques adaptés à l'âge et au genre, mais les besoins spécifiques des personnes âgées ne sont aucunement mis en avant.

24. Les personnes âgées qui font mésusage de substances présentent des caractéristiques diverses. Dans certaines études, elles sont classées en trois groupes : a) les sujets à la pratique chronique (conduite inchangée au cours de la vie) ; b) les sujets survivants (usage problématique à long terme) ; et c) les sujets à la pratique tardive (démarrage ou augmentation de l'usage assez tard). Dans d'autres, elles entrent dans deux catégories : a) les personnes qui ont commencé tôt ; et b) celles qui ont commencé tard. Les premières ont un long passé d'usage de substances et poursuivent leur pratique en vieillissant, tandis que les deuxièmes adoptent une fois âgées cette pratique nouvelle pour elles<sup>24,25,26</sup>. L'apparition d'une pratique tardive peut être associée à la prescription d'analgésiques, médicaments qui présentent un risque de mésusage s'ils ne sont pas correctement prescrits. La prise en charge de la maladie chronique chez les personnes âgées est complexe, et la bonne gestion de la

douleur est aussi un sujet délicat : de nombreuses personnes âgées indiquent souffrir de douleurs qui ne sont pas soulagées de manière satisfaisante par leur prestataire de soins de santé à cause d'autres substances qui ont accru leur tolérance aux analgésiques opioïdes<sup>27</sup>. En outre, à mesure que la population mondiale vieillit, la proportion de patientes et de patients âgés subissant des interventions chirurgicales et suivant des traitements médicamenteux complémentaires augmente. Le recours aux médicaments antidouleurs est un aspect essentiel des soins de santé ; le défaut d'assurance-maladie chez les personnes âgées, qui peuvent ainsi être amenées à se procurer ces médicaments ou des solutions de soulagement de la douleur auprès de sources illicites, est l'un des autres problèmes qui se posent. L'OICS a précédemment appelé l'attention sur la prescription massive de benzodiazépines aux personnes âgées et le risque de surconsommation ; il engageait alors tous les gouvernements à se montrer vigilants face aux conséquences de l'usage impropre et de la surconsommation de benzodiazépines et les priait instamment de surveiller de près les niveaux de consommation de ces substances<sup>28</sup>.

25. Il importe de garder à l'esprit ces distinctions entre début d'usage précoce et début d'usage tardif lors de l'élaboration d'interventions et de programmes<sup>29</sup>. Cependant, quelle que soit la classification, le processus de vieillissement peut déclencher des problèmes psychologiques, sociaux ou de santé qui augmentent la probabilité d'usage de substances et la susceptibilité à cette pratique, qui aggrave en retour les problèmes préexistants.

26. Les prestataires de services et les professionnels de la santé doivent s'intéresser à la présence potentielle, chez les personnes âgées qui prennent des drogues, de troubles de santé mentale coexistants ou préexistants tels que déficience cognitive et dépression, ainsi que de manifestations physiques complexes telles que douleurs, insomnies ou usage non médical de médicaments soumis à prescription et de médicaments en vente libre<sup>30</sup>. Par exemple, des travaux sur les troubles liés à l'usage de substances réalisés en Inde en 2015 ont mis en évidence le chevauchement entre usage de substances et comorbidités<sup>31</sup>. Une étude consacrée aux événements indésirables liés aux médicaments a révélé que les

<sup>22</sup>Aux fins du présent chapitre, les « personnes âgées » sont les personnes de plus de 65 ans.

<sup>23</sup>Résolution S-30/1 de l'Assemblée générale annexe.

<sup>24</sup>Colin Atkinson, « Service responses for older high-risk drug users: a literature review », SCCJR Research Report n° 06/2016 (Glasgow, Scottish Centre for Crime and Justice Research, 2016).

<sup>25</sup>Anne Marie Carew et Catherine Comiskey, « Treatment for opioid use and outcomes in older adults: a systematic literature review », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 182 (2018), p. 48 à 57.

<sup>26</sup>Brenda Roe *et al.*, « Experiences of drug use and ageing: health, quality of life, relationship and service implications », *Journal of Advance Nursing*, vol. 66, n° 9 (septembre 2010), p. 1968 à 1979.

<sup>27</sup>Johnston *et al.*, « Responding to the needs of ageing drug users ».

<sup>28</sup>E/INCB/2015/1, par. 769.

<sup>29</sup>Rahul Rao et Ann Roche, « Substance misuse in older people: baby boomers are the population at highest risk », *British Medical Journal*, vol. 358 (2017).

<sup>30</sup>Ibid.

<sup>31</sup>Siddharth Sarkar, Arpit Parmar et Biswadip Chatterjee, « Substance use disorders in the elderly: a review », *Journal of Geriatric Mental Health*, vol. 2, n° 2 (décembre 2015), p. 74 à 82.

cliniciens devaient aussi tenir compte des plantes médicinales ou compléments alimentaires pris par leurs patients, qui pouvaient ne pas en parler spontanément mais s'exposer ainsi à des interactions entre différents produits. Cette observation vaut tout particulièrement pour les personnes âgées, car la sensibilité aux médicaments augmente avec l'âge<sup>32</sup>.

27. La polymédication, c'est-à-dire la prise d'au moins cinq médicaments par jour, qu'il s'agisse de médicaments soumis à prescription ou en vente libre, ou encore de drogues illicites, est un problème croissant chez les personnes âgées, partout dans le monde. Les conséquences néfastes de la polymédication et de la prise injustifiée de médicaments sur les plans médical, infirmier, social et économique ont été mises en évidence dans une étude sur l'ampleur que revêtait ce phénomène dans le monde<sup>33</sup>. Il a ainsi été constaté que, dans différents pays, les mesures prises pour atténuer les effets cliniques et économiques de la polymédication et de la prise injustifiée de médicaments se déclinaient en diverses interventions cliniques, pharmacologiques, assistées par ordinateur et éducatives. Il en a été conclu qu'il fallait, dans les domaines de la recherche, de l'éducation et des directives de pratique clinique, adopter de nouvelles approches s'écartant radicalement du « modèle monopathologique » et fondées sur une démarche palliative, gériatrique et éthique. De telles approches pourraient offrir de nouveaux outils pour traiter et réduire la prise injustifiée de médicaments et la polymédication, et elles pourraient aussi présenter de l'intérêt par rapport à la question de la polyconsommation de drogues.

28. Une série d'études et de revues de la littérature apportent un certain nombre d'éléments sur les problèmes liés à la santé et aux activités sociales que rencontrent les personnes âgées qui font usage de drogues.

29. En ce qui concerne la santé, les principaux problèmes que rencontrent les personnes âgées qui font usage de drogues sont les suivants :

a) Risque accru de décès par maladie, surdose et suicide<sup>34,35,36</sup> ;

<sup>32</sup>Paula A. Rochon, « Drug prescribing for older adults », UpToDate, 8 juin 2020. Disponible à l'adresse [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).

<sup>33</sup>Doron Garfinkel, Birkan Ilhan et Gulistan Bahat, « Routine deprescribing of chronic medications to combat polypharmacy », *Therapeutic Advances in Drug Safety*, vol. 6, n° 6 (décembre 2015), p. 212 à 233.

<sup>34</sup>Johnston *et al.*, « Responding to the needs of ageing drug users ».

<sup>35</sup>Atkinson, « Service responses for older high-risk drug users ».

<sup>36</sup>Sarah Larney *et al.*, « Defining populations and injecting parameters among people who inject drugs: implications for the assessment of hepatitis C treatment programs », *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, n° 10 (octobre 2015), p. 950 à 957.

b) Âge médian plus jeune au décès<sup>37</sup> ;

c) Apparition prématurée de troubles dégénératifs, de problèmes cardiovasculaires, de maladies du foie, de douleurs physiques, d'une capacité physique fonctionnelle réduite, de problèmes respiratoires et de diabète ;

d) Risque accru d'infection à VIH et au virus de l'hépatite C<sup>38,39</sup> ;

e) Exacerbation d'autres maladies liées à l'âge (en rapport avec l'usage problématique d'opioïdes plus particulièrement)<sup>40</sup> ;

f) Risque accru de chutes, de fractures, de blessures et d'accidents de la route dus à la conduite en état de conscience altéré<sup>41,42</sup> ;

g) Difficulté accrue à effectuer les tâches de la vie quotidienne, par exemple à prendre soin de soi, douleurs physiques accrues, incidence accrue des dépressions graves et difficultés au quotidien<sup>43</sup> ;

h) Risque accru de sursédation, de surdose, de confusion et d'évanouissement<sup>44</sup> ;

i) Incidence accrue de problèmes chroniques de santé mentale<sup>45,46</sup>.

30. En ce qui concerne les activités sociales, les principaux problèmes que rencontrent les personnes âgées qui font usage de drogues sont les suivants :

a) La stigmatisation associée aux problèmes d'usage de substances peut entraîner un sentiment de honte qui dissuade les personnes concernées de demander un traitement, et empêcher ainsi les familles et les prestataires de soins de santé de cerner leurs besoins en matière de prise en charge<sup>47</sup> ;

<sup>37</sup>Stephanie Yarnell *et al.*, « Substance use disorders in later life: a review and synthesis of the literature of an emerging public health concern », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 28, n° 2 (février 2020), p. 226 à 236.

<sup>38</sup>Johnston *et al.*, « Responding to the needs of ageing drug users ».

<sup>39</sup>Atkinson, « Service responses for older high-risk drug users ».

<sup>40</sup>*Ageing Cohort of Drug Users*.

<sup>41</sup>Marie-Claire Van Hout *et al.*, *A Scoping Review of Codeine Use, Misuse and Dependence* (Bruxelles, 2014).

<sup>42</sup>Ana Diniz *et al.*, « Elderly substance abuse: an integrative review », *Psicologia: Teoria e Prática*, vol. 19, n° 2 (2017), p. 42 à 59.

<sup>43</sup>Van Hout *et al.*, *A Scoping Review of Codeine Use, Misuse and Dependence*.

<sup>44</sup>Diniz *et al.*, « Elderly substance abuse ».

<sup>45</sup>Johnston *et al.*, « Responding to the needs of ageing drug users ».

<sup>46</sup>Atkinson, « Service responses for older high-risk drug users ».

<sup>47</sup>Carol S. D'Agostino *et al.*, « Community interventions for older adults with comorbid substance abuse: the Geriatric Addictions Program (GAP) », *Journal of Dual Diagnosis*, vol. 2, n° 3 (2006), p. 31 à 45.

b) Incidence accrue de problèmes financiers, de chômage et de sans-abrisme ;

c) Contacts limités avec la famille et la communauté, qui sont source d'isolement social, de solitude et d'exclusion<sup>48,49</sup> ;

d) Probabilité plus élevée qu'un traitement soit entamé après un contact avec le système de justice pénale plutôt que sur une décision personnelle ou sur les conseils de prestataires de soins de santé généraux ;

e) Crainte de subir la désapprobation des professionnels du traitement des troubles liés à l'usage de drogues.

31. L'examen des données épidémiologiques et des points énumérés ci-dessus fait ressortir trois domaines dans lesquels des mesures doivent être prises en rapport avec l'usage de drogues chez les personnes âgées : a) recherche et collecte de données ; b) lutte contre la stigmatisation ; et c) offre d'une prise en charge intégrée, holistique et adaptée à l'âge.

## Recherche et collecte de données

32. L'une des principales difficultés auxquelles les pays sont confrontés au moment d'aborder les problèmes posés par l'usage de drogues chez les personnes âgées est le manque de données. Par défaut de surveillance et d'informations sur le sujet, cet usage échappe souvent au diagnostic, ce qui explique qu'il ait été qualifié d'épidémie cachée. Améliorer la mesure et la surveillance de la santé et du bien-être des personnes âgées est une nécessité en général, mais c'est un impératif pour celles qui font usage de drogues. Si l'on reconnaît qu'il est toujours nécessaire d'améliorer cette surveillance, il faut aussi admettre que les systèmes de surveillance en place ne sont pas utilisés de manière optimale. Ainsi, les données relatives à la demande de traitement recueillies grâce aux systèmes d'observation existants pourraient renseigner sur les personnes âgées qui font usage de drogues.

33. **Il est recommandé d'élargir la tranche d'âge de la population ciblée par les études épidémiologiques.** Il faut aussi recourir à l'innovation et aux mégadonnées pour relever les nouveaux défis mondiaux que pose l'usage de substances. **Il est donc également recommandé que les**

**décideurs et les prestataires de services envisagent de recourir à des technologies d'assistance innovantes en matière de santé ou de mettre à profit les technologies existantes ou de nouvelles solutions pour assurer la coordination du traitement, le soutien et le suivi de la situation des personnes âgées qui font usage de drogues.**

34. Par exemple, des systèmes de télécommunication peuvent permettre d'accéder à des services de télémédecine et faciliter les consultations avec les prestataires de soins de santé en ligne qui assurent des services de traitement de l'usage de drogues pour les personnes âgées vivant en zone rurale, ainsi que le suivi de ces personnes par ces prestataires. On peut citer comme autre exemple l'adaptation des technologies existantes de téléphonie ou de téléphonie mobile qui permet actuellement la prise en charge et le suivi des personnes âgées vivant chez elles ou chez des membres de leur famille. Le développement des technologies de télécommunication est essentiel pour venir en aide aux personnes qui s'occupent d'un parent âgé.

35. La nécessité d'améliorer l'évaluation et la surveillance de l'usage de médicaments soumis à prescription a également été soulignée<sup>50</sup>. La mise en place et l'utilisation d'un système de suivi des prescriptions sont susceptibles de conduire à une réduction, d'une manière générale et plus spécialement chez les personnes âgées, des prescriptions multiples, du nomadisme médical et des admissions aux services des urgences. Il importe en outre d'améliorer les outils de diagnostic et d'évaluation destinés à ces personnes<sup>51,52</sup>.

36. Concevoir des systèmes de surveillance qui permettent de déterminer la nature et de mesurer l'étendue de l'usage de substances, y compris le mésusage de médicaments soumis à prescription et en vente libre, chez les personnes âgées est clairement une priorité. **L'OICS recommande donc que les gouvernements établissent des systèmes de suivi des prescriptions ou qu'ils étendent ou améliorent les systèmes en place. Lorsqu'il existe déjà des systèmes d'observation de l'usage illicite de drogues, il est recommandé de supprimer la limite d'âge communément et artificiellement fixée à 65 ans et d'étendre la surveillance de sorte qu'elle couvre les médicaments soumis à prescription et les médicaments en vente libre.**

<sup>50</sup>Rachel D. Maree *et al.*, « A systematic review of opioid and benzodiazepine misuse in older adults », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 24, n° 11 (novembre 2016), p. 949 à 963.

<sup>51</sup>Ilana Crome, « Substance misuse in the older person: setting higher standards », *Clinical Medicine*, vol. 13, n° 6 (décembre 2013), p. s46 à s49.

<sup>52</sup>Diniz *et al.*, « Elderly substance abuse ».

<sup>48</sup>Atkinson, « Service responses for older high-risk drug users ».

<sup>49</sup>April Shaw et Austin Smith, « Senior drug dependents and care structures: Scotland – qualitative report » (Glasgow, Scottish Drugs Forum, 2010).

37. Il est également recommandé d'exploiter tout le potentiel des ressources existantes (jeux de données, évaluations et observations disponibles, et applications des innovations et technologies originales et connectées qui montent en puissance) et d'y apporter une valeur ajoutée. **Pour ce qui est d'ajouter de la valeur aux données existantes, il est recommandé d'analyser et d'étudier les systèmes nationaux pertinents où sont enregistrés les dossiers de santé des personnes âgées afin de se faire une première idée de l'ampleur cachée de l'usage de drogues non diagnostiqué, y compris du mésusage de médicaments soumis à prescription, et des comorbidités qui y sont associées chez les personnes âgées.** Le processus devrait être répété régulièrement. Les systèmes en question pourraient comprendre ceux des urgences hospitalières, les systèmes d'enregistrement des dossiers des patientes et patients hospitalisés ou recevant des soins ambulatoires, les systèmes d'information sur la délivrance de médicaments, les systèmes des médecins généralistes, les systèmes d'assurance maladie et les systèmes de recensement des accidents de la route. Lorsqu'il existe plusieurs systèmes de données, des méthodes d'analyse plus perfectionnées pourraient être employées, telles que la méthode capture-recapture, pour estimer l'ampleur cachée du phénomène à l'échelle infranationale.

## Lutte contre la stigmatisation

38. La nature de l'usage de substances et le défi qu'il représente à l'échelle mondiale ont été débattus au plus haut niveau politique international. En 2016, l'Assemblée générale a consacré sa trentième session extraordinaire aux moyens d'aborder et de combattre le problème mondial de la drogue. Dans le document final de cette session, les États Membres ont reconnu que la dépendance à la drogue était un trouble de santé multifactoriel complexe de nature chronique et récidivante qui avait des causes et des conséquences sociales et qu'on pouvait prévenir et soigner par, entre autres, des programmes de traitement, de prise en charge et de réadaptation fondés sur des données scientifiques. Le fait que l'usage de substances soit ainsi considéré comme un problème de santé d'envergure mondiale est déterminant pour la lutte contre la stigmatisation.

39. Les personnes âgées qui font usage de drogues sont plus susceptibles que les autres de souffrir de stigmatisation et d'exclusion sociale et d'être isolées de leur famille et de leurs amis. Cette stigmatisation accrue a été révélée à l'occasion d'une étude sur les personnes âgées menée en Allemagne, en Autriche, en Pologne et

en Écosse (Royaume-Uni)<sup>53</sup>, dans laquelle il était constaté que l'impact de la stigmatisation sur les personnes âgées qui font usage de drogues peut être profond et constituer un obstacle considérable au traitement et à la guérison. Les actions de sensibilisation et les mesures pratiques mises en œuvre pour lutter contre la stigmatisation consistent notamment à revoir le langage employé dans les médias et les stéréotypes véhiculés par eux, à encourager les personnalités publiques à parler de leurs expériences personnelles, à mieux former le personnel non spécialisé et à favoriser les contacts entre les personnes qui font usage de drogues et les autres<sup>54</sup>.

40. La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées a élaboré des lignes directrices pour le traitement des troubles liés à l'usage de cannabis, d'opiacés et de benzodiazépines au sein des populations âgées<sup>55</sup>. Un constat commun était la reconnaissance du fait que la stigmatisation sociale et la déficience cognitive dont elles souffraient pouvaient jouer un rôle dans la sous-estimation de l'usage de substances chez ces personnes. Compte tenu de la qualité des données disponibles ainsi que de considérations de coût et de faisabilité, une série de recommandations a été élaborée, dont l'une des plus importantes est qu'il faut veiller à ce que le dépistage soit fait de façon bienveillante et sans stigmatisation. La faible prise de conscience du problème et le rôle de la déficience cognitive et de la stigmatisation dans le sous-diagnostic ont également été mis en lumière dans une étude sur l'usage de substances chez les personnes âgées<sup>56</sup>. Le problème de la stigmatisation en rapport avec l'usage de drogues en général a aussi été reconnu par la Commission des stupéfiants dans sa résolution 61/11, intitulée « Promouvoir l'adoption d'attitudes non stigmatisantes pour veiller à la disponibilité, à l'accessibilité et à la prestation de services de santé, de soins et de protection sociale destinés aux usagers de drogues ».

**41. Il est recommandé d'appliquer les stratégies existantes de prévention fondées sur des données factuelles pour éviter la stigmatisation des personnes âgées qui font usage de drogues. Il est également recommandé d'associer les personnes âgées à l'élaboration de**

<sup>53</sup>Shaw et Smith, « Senior drug dependents and care structures ».

<sup>54</sup>Charlie Lloyd, « The stigmatization of problem drug users: a narrative literature review », *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, vol. 20, n° 2 (2013), p. 85 à 95.

<sup>55</sup>Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, « Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez les personnes âgées » (Toronto, 2019) ; et Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, « Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées » (Toronto, 2019).

<sup>56</sup>Alexis Kuerbis *et al.*, « Substance abuse among older adults », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 30, n° 3 (juin 2014), p. 629 à 654.

messages de lutte contre la stigmatisation sur le plan local et à la formation continue des prestataires de services de prévention universelle et de services de prévention ciblée. Il est en outre recommandé d'observer et d'évaluer en permanence les programmes de formation visant à lutter contre la stigmatisation pour s'assurer qu'ils restent d'actualité et adaptés à leur objectif.

42. Il est recommandé en particulier de consulter et de soutenir les personnes âgées qui font usage de drogues afin de concevoir avec elles des messages visant à lutter contre la stigmatisation au niveau de la communauté et des modules qui s'intégreraient dans la formation professionnelle continue du personnel travaillant dans les services concernés.

### Offre d'une prise en charge intégrée, holistique et adaptée à l'âge

43. Au-delà de la question de la stigmatisation qui empêche de prendre conscience du problème, **il est recommandé que les gouvernements mettent au point des réponses efficaces en matière de services destinés aux personnes âgées qui font usage de drogues.** Il s'agit notamment de traiter conjointement plusieurs problèmes, par exemple de santé physique, de santé mentale et de dépendance à la drogue. Il faudrait par ailleurs offrir en permanence un soutien personnel. Un continuum de soins totalement fluide est nécessaire pour faire en sorte que les personnes âgées qui souffrent de troubles liés à l'usage de substances bénéficient du soutien voulu, depuis le dépistage jusqu'à la guérison. La stratégie et le plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé<sup>57</sup> traitent également des soins intégrés. Dans les plans de soins intégrés, il est souligné que les services de prise en charge de longue durée doivent être axés sur la capacité fonctionnelle et le bien-être des personnes âgées. Dans la stratégie, il est précisé qu'on peut y parvenir au moyen d'une prise en charge faisant intervenir de nombreuses professions et de nombreux milieux, ainsi que par des services spécialement adaptés à la situation de la patiente ou du patient et aux soins requis. La prise en charge de la démence et les soins palliatifs sont cités en exemple, mais les recommandations valent aussi pour la dépendance à la drogue et les services de santé mentale. L'International Association for Hospice and Palliative Care a également réaffirmé la nécessité d'une formation et d'un accès aux médicaments essentiels soumis à contrôle international pour le traitement de la douleur forte, des troubles mentaux et des troubles liés à l'usage de substances et pour les soins palliatifs de fin de vie.

<sup>57</sup>OMS (Genève, 2017).

Elle a insisté sur la nécessité de lutter contre l'âgisme, sur le droit au soulagement de la douleur dans le cadre de soins palliatifs, sur l'importance d'un accès universel aux médicaments essentiels et sur le manque de formation parmi les professionnels de la santé intervenant dans ces domaines.

44. Une étude<sup>58</sup> ayant comparé l'efficacité des services de traitement des troubles liés à l'usage de substances et des services de santé mentale lorsqu'ils étaient intégrés aux soins primaires et lorsqu'ils étaient dispensés par des prestataires extérieurs vers lesquels la personne était orientée a permis de constater que, bien qu'il ne soit pas apparu de différences sur le plan clinique, l'accès à ces services et la participation au traitement étaient nettement meilleurs dans le modèle de prise en charge intégrée. Ces constatations pourraient éventuellement être mises à profit pour traiter le mésusage de benzodiazépines et d'opioïdes chez les personnes âgées dans le cadre des soins primaires.

45. Dans son guide sur l'usage de substances chez les personnes âgées, le Royal College of Psychiatrists du Royaume-Uni reconnaît qu'il est courant que les personnes soient évaluées et traitées dans le cadre d'une gamme de services offerts à la fois en parallèle et de manière séquentielle. Pour garantir une bonne orientation des patientes et patients et améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge, il importe de travailler suivant un modèle de soins coordonnés par un service principal ayant désigné un coordonnateur<sup>59</sup>.

46. Le programme gériatrique de traitement de l'addiction appelé Geriatric Addiction Program a été conçu aux États-Unis pour répondre aux besoins des personnes âgées qui connaissent toute une série de problèmes liés à la dépendance aux substances et à la santé en général. Alors que la majorité des clientes et clients ont été dirigés vers ce programme pour des problèmes d'alcool, environ 15 % d'entre eux avaient parallèlement des problèmes de drogue. Il s'agissait d'un programme d'intervention au sein de la communauté qui visait à fournir des services d'intervention, d'évaluation et de liaison aux personnes âgées à domicile. Les données disponibles montrent que le programme a donné de bons résultats, mais il n'a malgré cela pas été largement reproduit<sup>60</sup>.

<sup>58</sup>Maree *et al.*, « A systematic review of opioid and benzodiazepine misuse in older adults ».

<sup>59</sup>Rahul Rao et Amit Arora, *Substance Misuse in Older People: An Information Guide*, Faculty Report, n° OA/AP/01 (Londres, Royal College of Psychiatrists, 2015).

<sup>60</sup>D'Agostino *et al.*, « Community interventions for older adults with co-morbid substance abuse ».

47. En général, les travaux de recherche sur le sujet montrent que les personnes âgées qui ont besoin d'assistance préfèrent non seulement être soignées à domicile plutôt que dans des institutions ou des maisons de retraite, mais elles préfèrent également être prises en charge par des aidants naturels ou familiaux plutôt que par des aidants professionnels. De fait, dans bien des cultures et sociétés, il est de règle que les personnes âgées vivent avec leurs enfants adultes ou leurs frères et sœurs plus jeunes, qui s'occupent d'elles<sup>61</sup>.

48. Selon les *Normes internationales en matière de traitement des troubles liés à l'usage de drogues* de l'ONU DC et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'accompagnement à domicile suppose de se rendre chez les personnes ciblées<sup>62</sup>. Ces visites sont importantes dans les zones où les personnes qui font usage de drogues sont isolées du reste de la communauté en raison de la stigmatisation et de la discrimination. L'accompagnement à domicile prend la forme de visites régulières au domicile de ces personnes. Les programmes de traitement des troubles liés à l'usage de drogues qui prévoient un accompagnement à domicile et une prise en charge intégrée et visent spécifiquement les personnes âgées vivant chez elles ou chez des membres de leur famille qui s'occupent d'elles peuvent permettre des économies substantielles tout en réduisant les souffrances inutiles et la charge de soins imposée aux membres de la famille et aux proches.

49. L'accompagnement ambulatoire a lieu dans les contextes où les personnes ont déjà accès à certains services ou dans ceux où il est très probable de trouver des personnes cibles (par exemple, les foyers pour personnes âgées sans abri ou les habitations à loyer modéré). Plutôt que de se focaliser sur les individus, il vise les institutions et les milieux où se trouvent les populations cibles. Cette méthode est axée sur l'élargissement de l'éventail des personnes qui reçoivent des messages d'éducation à la santé et sur la formation de professionnels et de personnels plus nombreux à l'éducation et à l'accompagnement de leurs clientes et clients.

50. La nécessité d'une vision holistique plus globale du traitement des troubles liés à l'usage de drogues et de la guérison tient à l'évolution des concepts de guérison du

point de vue des services de santé mentale et découle des principes de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, qui adopte une catégorisation générale de ces personnes. Aux termes de l'article 4 de la Convention, les États parties s'engagent à garantir et à promouvoir le plein exercice de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales de toutes les personnes handicapées sans discrimination d'aucune sorte fondée sur le handicap. Par ailleurs, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels reconnaît le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Quel que soit l'âge de la personne ou le rapport coûts-avantages économiques pour la société, pouvoir bénéficier d'un traitement approprié de la dépendance à l'usage de substances est un droit humain élémentaire qu'ont à égalité les personnes les plus jeunes et les plus âgées. Considérant que, dans le monde entier, des études ont démontré que les besoins des personnes âgées qui font usage de drogues sont à la fois spécifiques et complexes, il est impératif de concevoir un modèle souple et adaptable pour un continuum coordonné de soins intégrés. Il importe de faire en sorte que les politiques et les pratiques contribuent à la mise en place d'un système complet de prise en charge intégrée pour ces personnes.

51. Il est entendu, dans la définition de la prise en charge intégrée, que les soins sont centrés sur les besoins des personnes, de leur famille et des communautés. Il est indispensable de mettre en place une direction claire et transversale, de faire appel aux conseils d'experts et de donner à l'ensemble une orientation qui transcende les priorités d'un domaine particulier et place la personne âgée au centre de la solution. **Pour ce qui est de la participation, que ce soit dans le domaine de la santé ou, plus largement, de l'action sociale et de la sécurité, il est recommandé d'impliquer les personnes âgées qui font ou ont fait usage de drogues dans le processus d'élaboration de la politique de prise en charge intégrée.**

52. **En ce qui concerne l'accès à un continuum de soins pour les personnes âgées qui font usage de drogues, il est recommandé d'étendre ou de développer les services existants d'accompagnement destinés à ces personnes pour y inclure des services à domicile et des services ambulatoires et de faire de cette action d'accompagnement une passerelle vers un continuum de soins intégrés ou un point d'entrée dans ce continuum pour les plus marginalisées de ces personnes.**

53. Habituellement, les adultes d'un âge assez avancé sont moins susceptibles que les personnes appartenant à d'autres groupes d'âge d'être soumis à un dépistage

<sup>61</sup>Catherine M. Comiskey *et al.*, « The BREATHE Project, a mobile application, video-monitoring system in family homes as an aid to the caring role: Needs, acceptability and concerns of informal carers », *Digital Health*, vol. 4 (2018), p. 1 à 8.

<sup>62</sup>OMS et ONU DC, *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders: Revised Edition Incorporating Results of Field-Testing (Normes internationales en matière de traitement des troubles liés à l'usage de drogues, édition révisée intégrant les résultats de l'expérimentation sur le terrain)* (Genève et Vienne, 2020).

de l'usage de substances. Plusieurs facteurs font obstacle à un tel dépistage, qui permettrait de repérer ce type de pratique : la gêne que les cliniciennes et cliniciens peuvent éprouver à évaluer la dépendance aux drogues ; les similitudes entre les symptômes caractéristiques de l'usage de substances et ceux d'autres maladies courantes à un âge avancé ; et l'idée répandue parmi les personnes âgées que les symptômes de l'usage de drogues sont perçus comme faisant partie du vieillissement normal plutôt que comme résultant de cet usage. Il se peut en outre que, dans certaines cultures et certains milieux sociaux, l'usage de substances soit vu comme un dernier plaisir ou une dernière douceur accordés aux personnes âgées.

54. Il est recommandé de procéder au dépistage et à l'évaluation de l'usage de drogues chez les personnes âgées ainsi que d'améliorer les processus en question. Il est également recommandé que les outils de dépistage et d'évaluation existants et les programmes fondés sur des données factuelles qui sont actuellement mis en œuvre auprès des personnes âgées qui font usage de drogues soient culturellement adaptés aux personnes de sociétés et de milieux différents.

55. Conformément aux meilleures pratiques et aux priorités de l'OMS en matière de vieillissement, il est recommandé d'établir un système de prise en charge intégrée des personnes âgées qui font usage de drogues. Le personnel des services d'aide aux personnes âgées qui ne s'occupent pas de traitement de l'usage de drogues doit être conscient et informé du risque que leurs clientes et clients fassent usage de substances, des incidences que cette pratique peut avoir et des moyens de les atténuer. En outre, il doit mieux connaître les options d'orientation vers les services de traitement des troubles liés à l'usage de substances. La mise en place d'un système de prise en charge intégrée doit permettre de faire en sorte que les personnes âgées qui font usage de substances bénéficient de soins continus au moment et à l'endroit où elles en ont besoin, qu'il s'agisse pour leur prestataire de soins primaires de passer en revue les médicaments qu'elles prennent ou de leur proposer éventuellement un traitement pour des comorbidités existantes ou futures liées à l'usage de drogues ou à l'âge. Au niveau individuel, cela peut nécessiter d'établir des documents d'orientation et des parcours de soins à l'intention des prestataires de soins primaires et des médecins généralistes, ainsi que des documents d'orientation et des protocoles communs de prise en charge à l'intention des systèmes de soins. Ces protocoles définiraient les rôles et les responsabilités du personnel au sein des institutions et offrirait des solutions de travail en partenariat et d'orientation entre les services spécialisés et les

services de guérison d'une part, et les services de santé et d'aide sociale d'autre part.

56. Il est recommandé que les pays associent les personnes âgées qui font usage de drogues à la mise en place des services qui leur sont destinés. Il est essentiel de tenir compte des avis de ceux qui ont recours à ces services et d'agir en conséquence lors de la planification et de la prestation de services de santé pour tous les citoyens.

57. Considérant que, dans le document final de la trentième session extraordinaire de l'Assemblée générale, les États Membres ont pris des engagements en faveur de services adaptés à l'âge et au genre, il est recommandé que toute politique conçue pour les personnes âgées faisant usage de drogues s'appuie sur les principes d'indépendance, de participation, de soins, d'épanouissement personnel et de dignité énoncés dans les Principes des Nations Unies pour les personnes âgées<sup>63</sup> et qu'elle s'inspire du document intitulé *Vieillir en restant actif : cadre d'orientation*<sup>64</sup> ainsi que de la stratégie et du plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé.

## Pour la suite

58. En 2020, une pandémie inattendue et sans précédent a sévi dans le monde entier, ignorant les frontières, quelles qu'elles soient. La pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) a des conséquences catastrophiques sur la population mondiale, et les personnes âgées sont actuellement les plus fortement exposées et touchées. Bien que des personnes de toutes les tranches d'âge puissent contracter la COVID-19, les personnes âgées courent un risque important de développer des maladies graves en raison des changements physiologiques qui accompagnent le vieillissement et de leurs éventuels problèmes de santé sous-jacents. Les personnes âgées qui font usage de drogues constituent un groupe particulièrement vulnérable et, tant que la pandémie dure, les pays devraient veiller à ce que ces personnes bénéficient sur le plan sanitaire et social d'un soutien ciblé et adapté, qui les aide à traverser la pandémie tout en contribuant à prévenir l'usage de drogues et les conséquences qui y sont associées.

59. Les besoins des personnes âgées qui font usage de drogues vont de besoins individuels à des besoins liés à la famille, à la communauté, au système et aux services.

<sup>63</sup>Résolution 46/91 de l'Assemblée générale, annexe.

<sup>64</sup>OMS (Genève, 2002).

Les besoins en matière de santé peuvent être complexes pour toutes les personnes âgées et plus encore pour celles qui font usage de substances, en particulier lorsque ces substances ont à l'origine été prescrites par des professionnels de la santé ou lorsque l'usage en question est un trouble chronique récurrent, qu'il s'agisse d'usage impropre d'alcool ou de mésusage d'analgésiques opiacés et d'autres médicaments. D'autres besoins peuvent avoir trait à la crainte de la maltraitance; à l'isolement de la famille et à la perte d'amis; à la crainte de la stigmatisation; à la crainte d'entrer en contact avec le système judiciaire; et à la crainte de la pauvreté et du sans-abrisme.

60. Toutefois, il existe des principes directeurs, des politiques et des bonnes pratiques pour traiter précisément ces questions. Lorsqu'ils répondent aux besoins des personnes âgées qui font usage de substances, les pays, les communautés et les décideurs politiques doivent, plutôt que de suivre un modèle fondé sur les déficits,

adopter des modèles reposant sur l'engagement citoyen, la prise en charge holistique intégrée et la collaboration au développement professionnel et communautaire continu face à la stigmatisation, au niveau tant de l'individu, de la famille que des services.

61. Partout dans le monde, les personnes âgées qui font usage de drogues sont confrontées à des problèmes de santé, de sécurité et de participation qui ne s'étaient jusqu'à présent jamais posés à l'échelle mondiale. **L'OICS voudrait engager les États Membres à faire le nécessaire pour relever le défi combiné de l'usage de substances et du vieillissement d'une manière globale et, à cet effet, à exploiter les données scientifiques disponibles et à s'appuyer sur les recommandations du présent rapport (voir chap. IV) afin de combler les lacunes du passé et de préparer un meilleur avenir pour l'un des groupes les plus marginalisés de la société : les personnes âgées qui font usage de drogues.**