



Consommation de substances psychoactives chez les personnes âgées du Bas-Saint-Laurent : Déterminants, facteurs de risque et enjeux pour la santé

Direction de la santé publique

Octobre 2025

Crédits

Direction de la santé publique

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

288, rue Pierre-Saindon

Rimouski (Québec) G5L 9A8

Téléphone : 418-724-5231

Télécopieur : 418-723-3103

Direction du projet :

D^r Sylvain Leduc, Directeur de santé publique

Analyse et rédaction : Khaly Mbodji, Agent de planification, de programmation et de recherche

Coordination : Julie Desrosiers, cheffe de service en santé publique

Relecture :

Direction de la santé publique. CISSS du Bas-Saint-Laurent

Suzie Berthelot, Agente de planification, de programmation et de recherche

Geneviève Laroche, Agente de planification, de programmation et de recherche

D^{re} Sophie Marcoux, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive

Marie-Josée Pineault, adjointe au directeur de santé publique

Catherine Turgeon-Pelchat, Agente de planification, de programmation et de recherche

Direction du Programme Santé mentale-Dépendances. CISSS du Bas-Saint-Laurent

Lise-Monique Beaulieu, Professionnelle – répondante clinique

Révision linguistique et mise en page : Mélanie Gagné, adjointe administrative

Date de publication : 30 octobre 2025

Vous avez des questions ou des commentaires sur cette publication?

Vous pouvez joindre l'équipe de surveillance de la Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent en nous écrivant à : surveillance.dspub.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca

Table des matières

Liste des sigles et acronymes	5
Faits saillants	6
Mise en contexte	8
Notes méthodologiques	10
Alcool	12
1. Description	12
2. Effets liés à la consommation de l'alcool	12
3. Facteurs de risque chez les personnes âgées	12
4. Portrait de la consommation d'alcool chez les personnes âgées du Bas-Saint-Laurent	13
Tabagisme, vapotage et produits dérivés de nicotine	17
1. Description	17
2. Effets liés à l'utilisation du tabac et de la cigarette électronique	18
3. Facteurs de risque chez les personnes âgées	18
4. Portrait de l'usage du tabac et de la cigarette électronique chez les personnes âgées du Bas-Saint-Laurent	18
Cannabis	20
1. Description	20
2. Effets liés à la consommation de cannabis	20
3. Facteurs de risque chez les personnes âgées	21
4. Portrait de la consommation du cannabis chez les personnes âgées du Bas-Saint-Laurent	21
Autres substances psychoactives	25
1. Description	25
2. Effets liés à la consommation de drogues	25
3. Facteurs de risque chez les personnes âgées	26
4. Portrait de la consommation de drogues chez les personnes âgées du Bas-Saint-Laurent	26
Polypharmacie, benzodiazépines et médicaments contenant des opioïdes prescrits ou non	29
1. Description	29
2. Impacts sur la santé	30
3. Facteurs de risque chez les personnes âgées	31
4. Portrait de la polypharmacie chez les personnes âgées du Bas-Saint-Laurent	31
Enjeux de la consommation de SPA plus spécifiques aux personnes âgées et mesures préventives	36
Stigmatisation	37
Repérage et dépistage d'une consommation problématique de SPA	38
Accès limité aux services en dépendance	38
Chutes	39
Polypharmacie	40
Douleur chronique	40

Conclusion	41
Références	42

Liste des figures

Figure 1 : Proportion des aînées ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, selon le genre et les MRC du Bas-Saint-Laurent, Bas-Saint-Laurent, Québec, EQSP 2020-2021	13
Figure 2 : Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois et consommation excessive d'alcool selon l'âge, Bas-Saint-Laurent, EQSP 2020-2021	14
Figure 3 : Proportion des aînés ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale, Bas-Saint-Laurent, EQSP 2020-2021	15
Figure 4 : Proportion des aînés ayant consommé l'alcool de façon excessive au cours des 12 derniers mois selon la consommation de cannabis et de drogue dans la dernière année, Bas-Saint-Laurent, EQSP 2020-2021	16
Figure 5 : Taux bruts d'hospitalisations en lien avec les troubles liés à l'alcool pour 100 000 personnes de 65 ans et plus, Bas-Saint-Laurent, Québec, 2015-2016 à 2022-2023.	17
Figure 6 : Proportion de fumeurs actuels de cigarettes, incluant l'utilisation de la cigarette électronique contenant de la nicotine selon l'âge et le genre, Bas-Saint-Laurent, EQSP 2020-2021.	19
Figure 7 : Répartition de la population des aînés selon le statut de fumeur de cigarettes, Bas-Saint-Laurent, EQSP 2020-2021	20
Figure 8 : Proportion des aînés ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, Bas-Saint-Laurent, Québec, EQSP 2020-2021.	22
Figure 9 : Proportion des aînés ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, Bas-Saint-Laurent, Québec, EQSP 2014-2015 et 2020-2021	23
Figure 10 : Proportion de la population âgée de 55 ans et plus ayant avoir déclaré avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois ou non, pour des raisons médicales ou pour traiter un problème de santé ou soulager des symptômes ou non, avec un document médical d'un médecin ou non, Québec, EQSP 2024.	24
Figure 11 : Proportion de consommateurs de drogues au cours des 12 derniers mois selon l'âge, Québec, EQSP 2020-2021	27
Figure 12 : Proportion de consommateurs de drogues au cours des 12 derniers mois selon les cycles d'enquête, Bas-Saint-Laurent, Québec, EQSP 2014-2015 et 2020-2021	28
Figure 13 : Taux bruts d'hospitalisations en lien avec des troubles liés à l'usage de drogues pour 100 000 personnes de 65 ans et plus, Bas-Saint-Laurent, Québec, 2015-2016 à 2023-2024	29
Figure 14 : Prévalence de la polypharmacie 5+, 10+ et 15+ chez les aînés, MRC du Bas-Saint-Laurent, Québec, 2023-2024	32
Figure 15 : Prévalence de la polypharmacie 5+, 10+ et 15+ selon les groupes d'âge, Bas-Saint-Laurent, 2023-2024	33
Figure 16 : Évolutions de la prévalence de la polypharmacie 5+, 10+ et 15+, Bas-Saint-Laurent, 2003-2004 à 2023-2024	34

Figure 17 : Évolution de la proportion d'utilisateurs de médicaments benzodiazépines chez les aînés atteints de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs (AMATN) ou non (NAMATN), Bas-Saint-Laurent, Québec, 2015-2016 à 2023-2024..... 35

Figure 18 : Proportion de la population des aînés ayant consommé des médicaments prescrits contenant des opioïdes au cours des 12 derniers mois, Bas-Saint-Laurent, Québec, EQSP 2020-2021. 36

Liste des sigles et acronymes

ASPQ	Association pour la santé publique du Québec
CBD	Cannabidiol
CCDUS	Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
CCSMPA	Coalition Canadienne pour la santé mentale des personnes âgées
CQTS	Conseil québécois sur le tabac et la santé
EQC	Enquête québécoise sur le cannabis
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
EQTPV	Enquête québécoise sur le tabac et les produits de vapotage
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la Statistique du Québec
MED-ECHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OICS	Organe international de contrôle des stupéfiants
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
PGPS	Politique gouvernementale de prévention en santé
PAID	Plan d'action interministériel en dépendance
RPAM	Régime public d'assurance médicaments
SISMACQ	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec
SPA	Substances psychoactives
SQDC	Société québécoise du cannabis
THC	Tétrahydrocannabinol
TLS	Trouble lié aux substances psychoactives

Faits saillants

Au Bas-Saint-Laurent, la proportion de personnes âgées consommant des substances psychoactives comme l'alcool, le tabac, le cannabis ou d'autres drogues sont comparables à celle observée dans le reste de la province. En revanche, les personnes âgées du Bas-Saint-Laurent présentent des proportions significativement plus élevées que la province de consommation de certaines classes de médicaments, dont les benzodiazépines, et de polypharmacie (usage de 5, 10 ou 15 médicaments ou plus au cours d'une année).

- Au Bas-Saint-Laurent, l'alcool demeure la substance psychoactive la plus consommée chez les personnes âgées : 73 % des personnes âgées ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédant l'édition 2020-2021 de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP). Les hommes (80 %) sont plus nombreux à déclarer avoir consommé de l'alcool par rapport aux femmes (67 %).
- La consommation excessive d'alcool est présente : 14 % des personnes âgées ont déclaré avoir consommé, lors d'une même occasion, au moins 4 verres et plus (pour les femmes) ou 5 verres et plus (pour les hommes) d'alcool, au moins une fois par mois au cours des 12 mois précédents l'édition 2020-2021 de l'EQSP. Être un homme ou vivre une détresse psychologique élevée serait associés à une consommation excessive d'alcool plus fréquente. Les taux d'hospitalisation en lien avec les troubles liés à l'alcool sont par ailleurs significativement plus élevés dans la région qu'au Québec pour 2023-2024.
- L'usage de la cigarette demeure stable : la proportion des personnes âgées ayant déclaré avoir fait usage de la cigarette est estimée à 10 % et n'a pas connu d'évolution entre les deux derniers cycles de l'EQSP. Les personnes âgées présentent la prévalence d'usage de la cigarette la plus faible de tous les groupes d'âge et cette tendance se maintient même si on prend en compte l'usage de la cigarette électronique avec nicotine, disponible seulement pour le dernier cycle de l'EQSP. Cependant, près de 3 hommes sur 5 et 2 femmes sur 5 âgés de 65 ans et plus sont des anciens fumeurs.
- Bien que la population âgée soit celle qui consomme le moins de cannabis et de drogues parmi les différents groupes d'âge, une hausse de la consommation de cannabis et de drogues est observée chez les personnes âgées entre les cycles 2014-2015 et 2020-2021 de l'EQSP. La consommation de cannabis et de drogues est passée respectivement de 0,8 % à 3,2 % et de 1,1 % à 4,4 %, soit la plus forte hausse de tous les groupes d'âge.
- La prévalence des différentes mesures de polypharmacie (soit l'usage de 5, 10 ou 15 médicaments et plus au cours d'une année) a connu une hausse au cours de la décennie 2003-2004 à 2013-2014. Au cours de la décennie 2013-2014 à 2023-2024, en revanche, la prévalence de l'usage de 5 ou 10 médicaments ou plus a connu une légère baisse, alors que

la prévalence de l'usage de 15 médicaments ou plus s'est maintenue à un niveau stable. Avec près de 39% des aînés qui consomment 10 médicaments ou plus par année, la région du Bas-Saint-Laurent figure, avec la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine et le Saguenay – Lac-Saint-Jean, parmi les régions où la prévalence de la polypharmacie chez les aînés est la plus élevée au Québec. L'usage des benzodiazépines, un médicament psychotrope défini comme potentiellement inapproprié, a connu une baisse au cours de la dernière décennie mais reste significativement plus élevé au Bas-Saint-Laurent que dans le reste du Québec, tant chez les personnes aînées atteintes que chez celles qui ne sont pas atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Si la consommation de SPA chez les personnes aînées est un sujet qui mérite d'emblée notre attention, il l'est d'autant plus en raison du fait que la région se démarque défavorablement du reste du Québec en ce qui concerne la fréquence des chutes dans cette population et du possible lien avec la consommation de substances psychoactives à travers la médication. En effet, depuis la période 2007-2011, l'écart entre le taux de mortalité par chutes et chutes présumées dans la région et celui du reste du Québec ne cesse de se creuser, illustrant une situation préoccupante sur le plan de la santé publique.

Les personnes aînées font face à plusieurs enjeux en lien avec la consommation de substances psychoactives :

- La polyconsommation de substances augmente les risques d'effets indésirables graves comme les troubles cognitifs, les chutes, ou les accidents de la route.
- Elles peuvent subir une double stigmatisation liée à l'âge et à l'usage de substances, ce qui peut nuire au dépistage, à l'accès aux services et à une meilleure prise en charge.
- Les troubles liés à la consommation de substances sont souvent sous-diagnostiqués et sous-traités, en raison d'une reconnaissance limitée de ces enjeux chez les personnes aînées, de formation insuffisante des professionnels de la santé, et d'un manque de services adaptés à leurs réalités.
- Les interventions efficaces pour prévenir les troubles liés à la consommation de substances psychoactives spécifiques aux personnes aînées sont encore rares, malgré des besoins évidents. Les mesures de prévention sont souvent conçues pour la population générale sans nécessairement tenir compte de leurs spécificités.

Mise en contexte

La prévention de l'usage problématique de substances psychoactives (SPA) (notamment l'alcool et le cannabis) ainsi que la réduction de l'usage des produits du tabac constituent deux objectifs du Plan d'action interministériel 2022-2025 de la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS)². Plus spécifiquement, dans le plan d'action gouvernemental 2024-2029 - la fierté de vieillir³, la prévention des dépendances aux substances psychoactives constitue un des besoins exprimés lors de la consultation publique sur les actions à prioriser dans la mise en œuvre du plan.

Dans la littérature, plusieurs études suggèrent une augmentation de l'usage de SPA chez les personnes âgées^{4,5}. Selon le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), au Québec, entre 2008 et 2014-2015, la consommation de drogues comme le cannabis et la cocaïne est passée de 0,7 % à 1,9 % chez les personnes âgées⁶.

Les personnes âgées présentent une vulnérabilité accrue face aux effets des SPA en raison de facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux propres au vieillissement.

Les facteurs physiologiques incluent :

- Changements physiologiques : avec le vieillissement, le métabolisme ralentit, ce qui modifie l'absorption, la distribution et l'élimination des substances dans l'organisme, augmentant ainsi les risques d'accumulation et d'effets secondaires⁷.
- Tolérance inversée : Avec les changements physiologiques liés au vieillissement, les personnes âgées développent une tolérance plus faible aux substances. Cela signifie qu'elles peuvent ressentir des effets plus marqués avec des doses plus faibles que les adultes plus jeunes. Ce phénomène, appelé tolérance inversée, se caractérise par une augmentation de la sensibilité aux effets d'une substance, même si la dose reste la même ou diminue^{7,8}.
- Sensibilité accrue : Chez les personnes âgées, le cerveau réagit plus fortement aux psychotropes, ce qui peut amplifier leurs effets, même à faibles doses, augmentant les risques de confusion, de chutes ou de troubles cognitifs⁷.
- Interactions médicamenteuses : Les personnes âgées sont plus sujettes à prendre plusieurs médicaments en même temps pour traiter diverses affections chroniques, ce qui peut augmenter les risques d'interactions indésirables entre médicaments ou entre médicaments et autres SPA^{7,9}.

Les facteurs psychologiques et sociaux quant à eux, réfèrent au fait que le vieillissement peut s'accompagner d'événements déstabilisants comme l'isolement social, la perte du conjoint, la diminution des capacités physiques ou cognitives. Ces réalités peuvent engendrer de l'anxiété, de la dépression ou de l'insomnie et favoriser le recours aux substances comme réponse à la détresse psychologique⁸.

La population des aînés au Bas-Saint-Laurent¹ :

- Deuxième région la plus vieillissante au Québec;
- 29 % de la population est âgée de 65 ans et plus en 2024. Cette proportion atteindra 31 % en 2044;
- 10 % des personnes âgées sont âgées de 85 ans et plus en 2024. Cette proportion atteindra 24 % en 2044.

Malgré cette vulnérabilité, l'usage de SPA chez les personnes âgées constitue un enjeu négligé, notamment parce que les troubles associés à l'usage de SPA sont souvent sous-diagnostiqués ou mis sur le compte du vieillissement⁹. Il convient ainsi de mettre en place des interventions adaptées aux besoins spécifiques de cette population afin de permettre aux professionnels de la santé, aux personnes âgées et à leur famille de pouvoir reconnaître les problèmes associés à l'usage de SPA et favoriser une meilleure prise en charge.

Objectifs du présent rapport :

1. Pour les cinq substances psychoactives les plus répandues chez les personnes âgées (alcool, tabac, cannabis, autres drogues, médicaments) :
 - Décrire les substances et leurs effets;
 - Exposer les principaux facteurs de risques associés à la consommation;
 - Documenter la consommation chez les âgés.
2. Présenter les enjeux de la consommation de SPA plus spécifiques aux personnes âgées (stigmatisation, repérage et dépistage, accès aux services, chutes, polypharmacie, douleur chronique) et les mesures de prévention associées.

Notes méthodologiques

Les données présentées dans ce rapport concernent la population des personnes âgées de 65 ans et plus. C'est à ce groupe d'âge, sauf mention contraire, que nous ferons référence sous le terme « *personnes âgées* ». Toutefois, pour alléger le titre des figures, le terme « *âînés* » a été utilisé à la place de « *personnes âgées* ».

Plusieurs sources de données ont été utilisées pour documenter la consommation de SPA chez les personnes âgées du Bas-Saint-Laurent. Les données présentées proviennent de résultats d'enquêtes populationnelles (Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), Enquête québécoise sur le cannabis (EQC)), du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) et du système de Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO) du MSSS.

L'EQSP vise à recueillir des données sur l'état et les déterminants de santé physique et mentale de l'ensemble des personnes de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel au Québec. L'édition 2020-2021 est la troisième édition de l'enquête. Les deux premières éditions ont été réalisées en 2008 et en 2014-2015.

Afin de suivre les comportements liés à la consommation du cannabis auprès de la population québécoise dans un contexte de légalisation du cannabis au Canada en 2018, le MSSS a mandaté l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) afin de mettre en place l'EQC, une enquête menée auprès de la population du Québec âgée de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel au Québec. L'objectif est de déterminer l'évolution de la consommation et des normes sociales à l'égard du cannabis. L'EQC est une enquête annuelle, la première édition a eu lieu en 2018, soit avant l'entrée en vigueur de la loi encadrant l'usage du cannabis. À la suite de la loi, plusieurs éditions de l'enquête ont eu lieu en 2019, 2021, 2022, 2023 et 2024. Dans un souci de comparabilité temporelle, la même méthodologie est utilisée pour toutes les éditions.

Le SISMACQ est mis en œuvre par le Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour la surveillance des maladies chroniques dans la population québécoise. Le SISMACQ est issu du jumelage de fichiers médico-administratifs. Il bénéficie d'une bonne couverture populationnelle avec une mise à jour annuelle.

La banque de données MED-ÉCHO contient des renseignements clinico-administratifs relatifs aux soins et aux services rendus à une personne, admise ou inscrite dans un centre hospitalier du Québec.

Toutes les données utilisées ont été obtenues à partir de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Dans la plupart des cas, les proportions et prévalences présentées sont ajustées par standardisation pour permettre une comparaison entre la région et le reste du Québec. Dans les cas où la standardisation n'était pas possible ou pertinente, les proportions brutes sont présentées.

Il existe certaines limites méthodologiques associées à l'interprétation des indicateurs utilisés dans ce rapport. Par exemple, dans les enquêtes populationnelles, la nature autorapportée des réponses ne garantit pas leur exactitude. En effet, celles-ci peuvent être affectées par des biais associés au caractère sensible de certaines questions (biais de désirabilité) ou aux facteurs cognitifs (biais de rappel).

Les personnes vivant dans un logement collectif institutionnelⁱ sont exclues des enquêtes populationnelles. Leur non-prise en compte pourrait sans doute contribuer à une sous-estimation des proportions de personnes âgées consommatrices de SPA dans ces enquêtes. Au Bas-Saint-Laurent, 10 % des personnes âgées vivent dans un logement collectif, selon le recensement de 2021. Cette proportion est plus marquée chez les personnes âgées de 85 ans et plus (48 %).

Dans le cadre de l'EQC, les résultats sont présentés selon les six groupes d'âge suivant : 15-17 ans, 18-20 ans, 21-24 ans, 25-34 ans, 35-54 ans et 55 ans et plus. Cette catégorisation ne permet pas d'isoler les tendances propres à la population des personnes âgées de 65 ans et plus.

L'édition 2020 de l'EQC n'a pas eu lieu du fait de la pandémie de la COVID 19 et l'interprétation des résultats des éditions suivantes de l'EQC et de l'édition 2020-2021 de l'EQSP devrait tenir compte de ce contexte particulier de pandémie qui a bouleversé certains comportements et habitudes de vie.

Le SISMACQ bénéficie d'une bonne couverture populationnelle, mais il s'agit de données administratives qui ne concernent que les personnes ayant eu recours au système de santé et dont l'état a été diagnostiqué par un professionnel, ce qui exclut les personnes atteintes de maladies chroniques, mais non diagnostiquées.

Pour certains indicateurs, il n'a pas été possible de présenter les estimations pour les personnes âgées, en raison de coefficients de variation trop élevés. Cette limite statistique, liée à la faiblesse des effectifs dans ce sous-groupe, compromet la fiabilité des estimations et restreint l'interprétation des données.

ⁱ Désigne un logement de nature commerciale, institutionnelle ou communautaire dans lequel une personne ou un groupe de personnes réside ou pourrait résider. Il doit fournir des soins ou des services ou disposer de certaines installations communes, telles qu'une cuisine ou une salle de bain, qui sont partagées par les occupants. Les logements collectifs comprennent, par exemple, les pensions et maisons de chambres, les hôtels, les motels, les établissements pour touristes, les établissements de soins infirmiers, les résidences pour personnes âgées, les hôpitaux, les résidences de personnel, les bases militaires, les campements de travailleurs, les établissements correctionnels et les foyers collectifs.

Alcool

1. Description

L'alcool agit sur le cerveau et le système nerveux central, provoquant des effets comme la détente, l'euphorie, des troubles de la coordination, du jugement. L'alcool est une SPA largement consommée chez les personnes âgées¹⁰. À l'instar des jeunes et des adultes, la consommation d'alcool chez les personnes âgées est perçue comme un élément central de leur vie sociale, que ce soit lors de moments passés en famille ou entre amis, ou encore pour souligner des événements particuliers^{11,12}. Au Québec, 20 % des consommateurs d'alcool chez les personnes âgées dépassent au moins une des limites de consommation d'alcool à faible risque recommandées pour la population adulte, alors qu'ils sont 33 % à dépasser le seuil recommandé pour les personnes âgées¹³.

2. Effets liés à la consommation de l'alcool

La consommation régulière ou excessive d'alcool chez les personnes âgées peut être associée à certains problèmes psychosociaux et de santé physique ou mentale. Selon la Coalition Canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA), l'alcool peut entraîner des difficultés liées à la mobilité, des troubles neurocognitifs ainsi que des comorbidités comme les chutes et les fractures¹⁴. Ces troubles liés à l'usage de l'alcool ne sont pas toujours faciles à détecter, car ils s'apparentent aux problèmes de santé courant chez les personnes âgées.

La consommation excessive d'alcool à l'âge adulte est associée à un risque accru de déclin cognitif et de démence plus tard dans la vie¹⁵. Chez les personnes âgées, la consommation excessive d'alcool peut augmenter le risque d'un certain nombre d'affections et de maladies, y compris l'hypertension, l'accident vasculaire cérébral hémorragique, le diabète, la maladie alcoolique du foie, les maladies du système gastro-intestinal, notamment la gastrite et les ulcères, le déclin cognitif et la démence¹⁶⁻²¹. Il a été également montré que le risque de développer un cancer dans plusieurs organes tels que l'oropharynx, le larynx, l'œsophage, le foie, le colon, le rectum et le sein augmente proportionnellement à la quantité d'alcool consommée²².

3. Facteurs de risque chez les personnes âgées

Les personnes âgées constituent un groupe particulièrement vulnérable aux effets de l'alcool. En effet, avec l'âge, le métabolisme de l'alcool devient plus lent, ce qui prolonge ses effets et augmente le risque d'intoxication. Ainsi, les personnes âgées n'ont généralement pas besoin d'une grande quantité d'alcool pour ressentir des effets importants. De plus, le ralentissement du métabolisme qui intervient avec l'âge s'accompagne de changements physiologiques, telles une diminution de la masse musculaire, une sensibilité accrue du système nerveux et une baisse des capacités visuelles et auditives. L'alcool peut aggraver ces altérations, ce qui augmente le risque de chutes, d'accidents de la route ou d'autres blessures²³. Par ailleurs, les personnes âgées sont plus susceptibles de consommer plusieurs médicaments et l'interaction entre l'alcool et les médicaments peut altérer l'efficacité de ces derniers et augmenter les effets secondaires indésirables pour la santé^{24,25}.

Par rapport aux hommes, les femmes âgées peuvent présenter une plus grande sensibilité aux effets négatifs de l'alcool. En effet, leur masse musculaire est inférieure à celle des hommes et, par conséquent, leur capacité à métaboliser l'alcool est moindre²⁶.

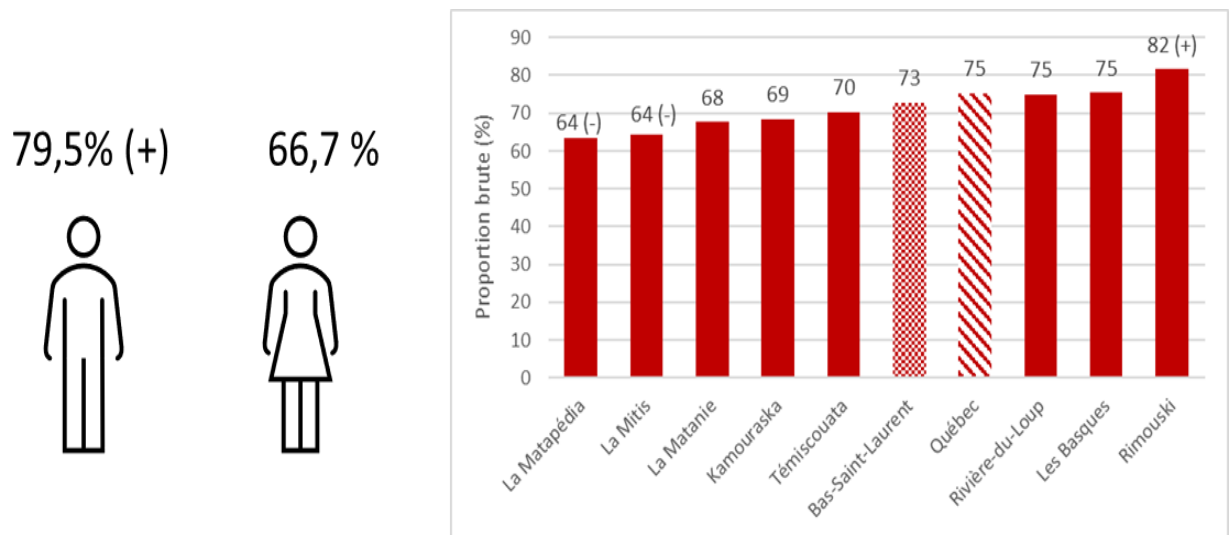
4. Portrait de la consommation d'alcool chez les personnes âgées du Bas-Saint-Laurent

Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois

Selon l'EQSPⁱⁱ 2020-2021, au Bas-Saint-Laurent, 73 % des personnes âgées ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents l'enquête, proportion non significativement différente de celle observée pour le reste du Québec (75 %). Les hommes sont significativement plus nombreux à déclarer avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois par rapport aux femmes (79,5 % contre 66,7 %).

Certaines disparités sont notées au sein des MRCⁱⁱⁱ de la région. La MRC de Rimouski-Neigette présente la proportion la plus élevée de personnes âgées ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois par rapport au reste de la région alors que les MRC de La Matapédia et de la Mitis présentent les proportions les moins élevées (figure 1). La proportion élevée de personnes âgées bénéficiant d'un statut socio-économique plus favorisé dans la MRC de Rimouski-Neigette pourrait en partie expliquer la prévalence marquée de personnes âgées consommatrices d'alcool dans cette MRC par rapport au reste de la région.

Figure 1 : Proportion des aînées ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, selon le genre et les MRC du Bas-Saint-Laurent, Bas-Saint-Laurent, Québec, EQSP 2020-2021



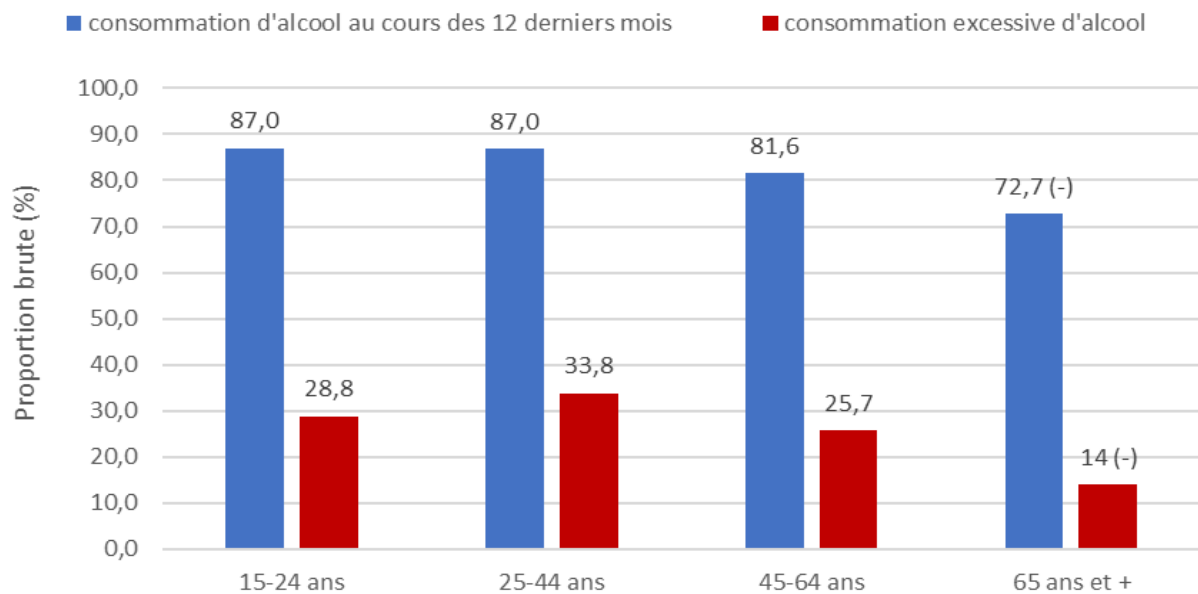
(-) (+) : indique une différence significative, au seuil de 5 %, entre les femmes et les hommes (figure de gauche) et entre les MRC et le reste de la région du Bas-Saint-Laurent (figure de droite). Extraction et traitement de données – Khaly Mbodji – 15 avril 2025.

ⁱⁱ Une description de l'enquête est disponible dans la section « notes méthodologiques » du rapport

ⁱⁱⁱ Municipalité régionale de comté

Bien que la consommation d'alcool soit répandue dans l'ensemble de la population, sa prévalence diminue significativement chez les personnes âgées comparativement aux autres groupes d'âge. Cette tendance s'observe aussi bien pour la consommation d'alcool au cours de la dernière année que pour la consommation excessive d'alcool (figure 2). Certaines données de la littérature indiquent que la consommation d'alcool diminue avec l'âge autant chez les hommes que chez les femmes²⁷.

Figure 2 : Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois et consommation excessive d'alcool selon l'âge, Bas-Saint-Laurent, EQSP 2020-2021.

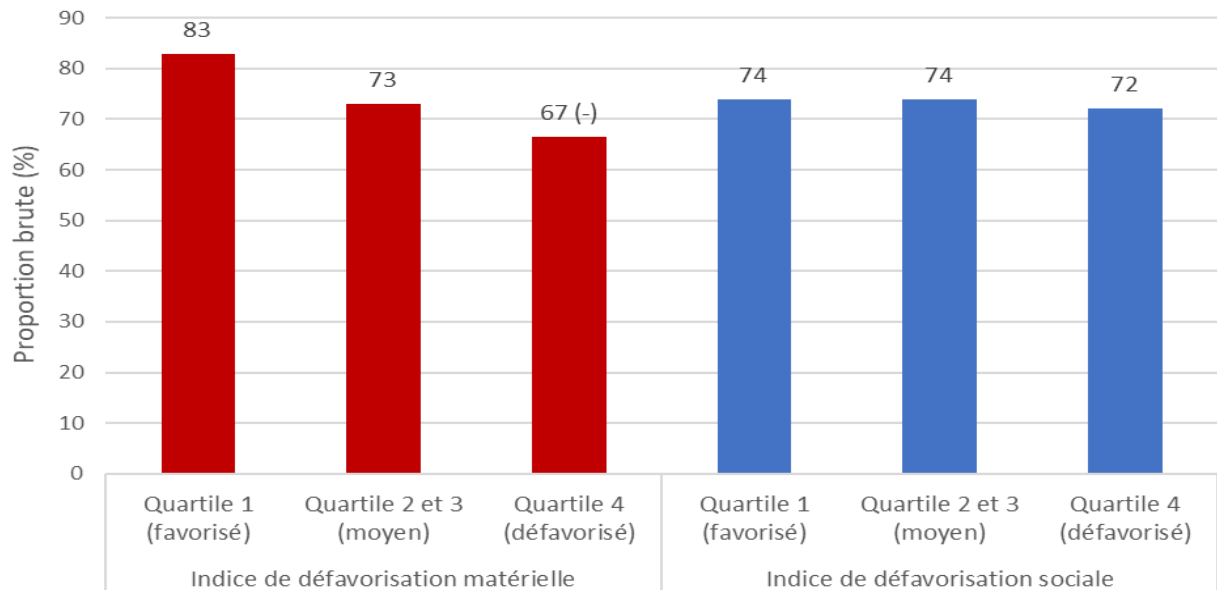


(-) : indique une différence significativement moins élevée au seuil de 5 % entre le groupe 65 ans et plus et les autres groupes d'âge. Extraction et traitement de données – Khaly Mbodji – 15 avril 2025.

Les personnes âgées les plus favorisées matériellement sont plus nombreuses, en proportion, à consommer de l'alcool (figure 3)^{iv}.

^{iv} L'indice de défavorisation matérielle est un indicateur à caractère économique reflétant notamment la scolarité, le rapport emploi/population et le revenu moyen. L'indice de défavorisation sociale est un indicateur pouvant renseigner sur le réseau d'une personne, reflétant notamment l'éloignement par rapport à un réseau social en vertu d'une séparation, d'un divorce ou d'un veuvage, de la monoparentalité ou du fait d'être une personne seule.

Figure 3 : Proportion des aînés ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale, Bas-Saint-Laurent, EQSP 2020-2021.



(-) : indique une différence significativement moins élevée au seuil de 5 % entre le quartile défavorisé et les autres. Extraction et traitement de données – Khaly Mbodji – 15 avril 2025.

Consommation excessive d'alcool^v

La consommation excessive d'alcool chez les personnes aînées peut être liée à une augmentation des situations stressantes comme la solitude, le deuil, l'isolement, la perte du soutien social, l'anxiété, la dépression.

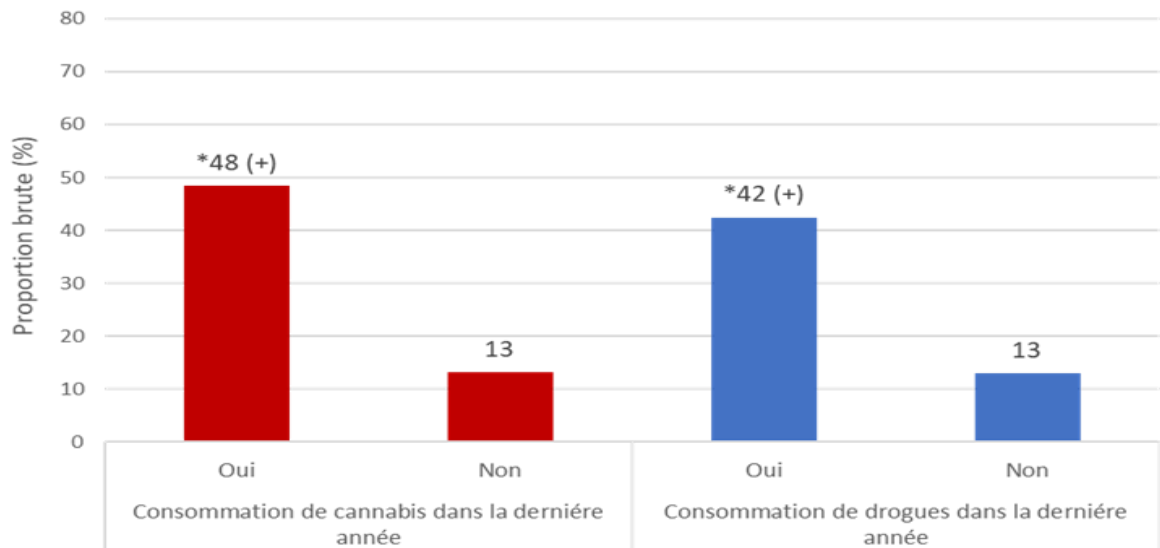
- 14 % des personnes aînées au Bas-Saint-Laurent ont consommé l'alcool de façon excessive en une même occasion dans les 12 derniers mois, selon l'édition 2020-2021 de l'EQSP.
- Au Bas-Saint-Laurent, chez les personnes aînées, être un homme ou vivre une détresse psychologique élevée serait associés à une consommation excessive d'alcool plus fréquente.

Les personnes aînées ayant consommé du cannabis ou de la drogue^{vi} dans la dernière année sont également plus nombreuses à déclarer avoir consommé de l'alcool de façon excessive (figure 4). Ces données pourraient faire penser à la possibilité d'une polyconsommation dont l'objectif peut être, entre autres, de soulager des problèmes de santé physique ou mentale pour certains répondants. Les personnes aînées ayant débuté leur consommation plus tôt dans la vie et ayant une consommation rapidement problématique sont plus susceptibles de développer une polyconsommation de SPA. Les personnes aînées qui suivent ce parcours consommeraient l'alcool surtout de façon problématique²⁸.

^v Selon l'EQSP, la consommation excessive d'alcool est définie comme la consommation de 5 verres ou plus chez les hommes et de 4 verres ou plus chez les femmes lors d'une même occasion, au moins une fois par mois, au cours de la dernière année.

^{vi} Inclut entre autres les substances suivantes : cocaïne ou crack, ecstasy, crystal meth ou méthamphétamines, autres amphétamines, drogues hallucinogènes, GHB, héroïne.

Figure 4 : Proportion des aînés ayant consommé l'alcool de façon excessive au cours des 12 derniers mois selon la consommation de cannabis et de drogue dans la dernière année, Bas-Saint-Laurent, EQSP 2020-2021



(+) : indique une différence significativement plus élevée au seuil de 5 % entre les modalités oui et non.

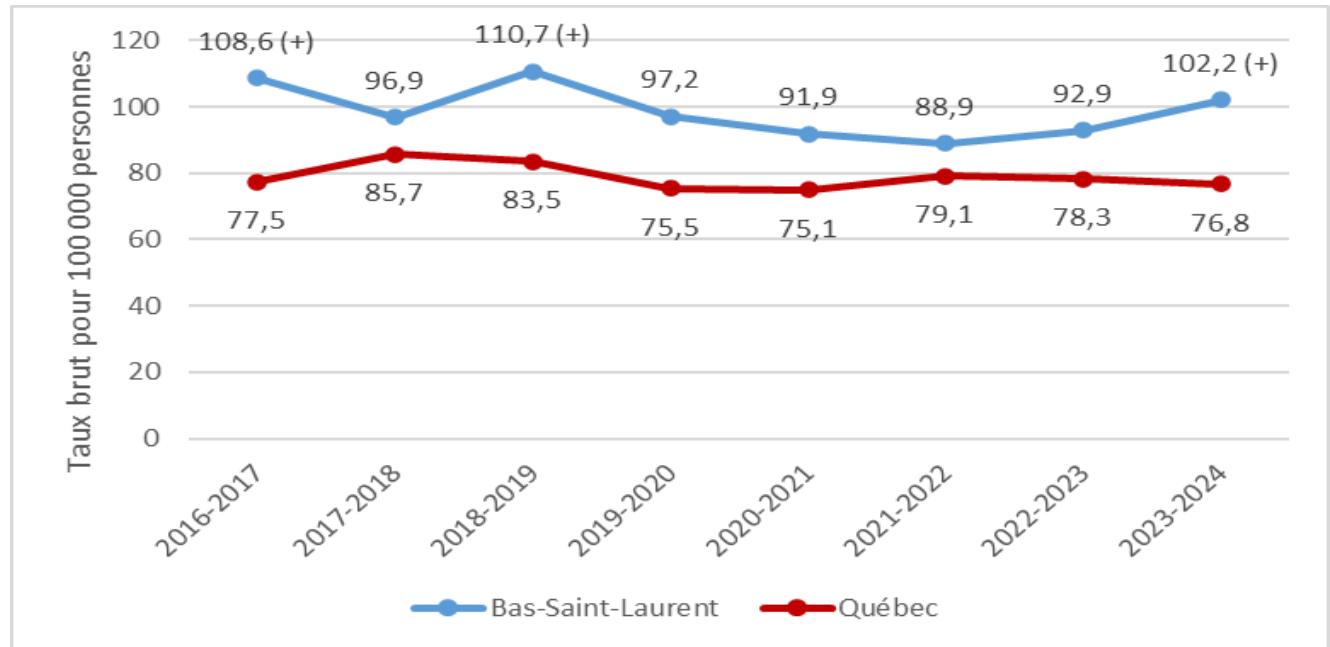
* : Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.
Extraction et traitement de données – Khaly Mbodji – 3 mars 2025.

Hospitalisations en lien avec les troubles liés à l'alcool

Les troubles liés à l'alcool incluent les troubles de l'utilisation d'alcool (abus, dépendance), les troubles induits par l'alcool (sevrage, troubles mentaux et du comportement, comorbidités) ainsi que l'intoxication à l'alcool.

Au Bas-Saint-Laurent, le taux d'hospitalisation en lien avec les troubles liés à l'alcool chez les personnes âgées a connu une tendance à la baisse à partir de 2018-2019 environ. Cette diminution pourrait s'expliquer notamment par le renforcement des pratiques cliniques et organisationnelles : déploiement des services de détection et d'intervention précoce, arrimage avec la santé publique et amélioration de l'accessibilité aux programmes structurés (p. ex. Alcochoix+). Toutefois, la hausse constatée en 2023-2024, avec une différence significative par rapport au Québec, indique une dynamique préoccupante qui mérite une surveillance attentive et des interventions ciblées dans les prochaines années. Dans la région, le taux d'hospitalisation en lien avec les troubles liés à l'alcool est plus élevé chez les hommes par rapport aux femmes, quelle que soit la période considérée (données non illustrées), comme c'est le cas ailleurs au Québec.

Figure 5 : Taux bruts d'hospitalisations en lien avec les troubles liés à l'alcool pour 100 000 personnes de 65 ans et plus, Bas-Saint-Laurent, Québec, 2015-2016 à 2022-2023.



(+) : indique une différence significative au seuil de 5 % entre le Bas-Saint-Laurent et le reste du Québec.

Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 6 octobre 2025.

Source : MSSS, Fichier des hospitalisations, MED-ECHO.

Extraction et traitement de données – Catherine Turgeon-Pelchat – 6 octobre 2025.

Tabagisme, vapotage et produits dérivés de nicotine

1. Description

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le tabac renferme plus de 7 000 substances chimiques, dont au moins 250 sont connues pour être toxique ou cancérigène²⁹. La dépendance au tabac est en grande partie liée à la nicotine, une SPA qui, à elle seule et aux doses absorbées par les fumeurs, présente une toxicité limitée, mais un pouvoir addictif insidieux. En revanche, les nombreux composés toxiques présents dans la fumée et qui sont inhalés à chaque bouffée sont, eux, extrêmement nocifs. Les personnes exposées aux substances nocives de la cigarette ne se limitent pas aux seuls fumeurs : elles incluent également les membres de leur entourage, qui inhalent involontairement la fumée secondaire. Cette exposition passive, aussi appelée tabagisme passif, peut avoir des effets délétères sur la santé. Les enfants, les personnes âgées et les individus souffrant de maladies chroniques sont particulièrement vulnérables à ces effets³⁰.

Selon le Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS), la cigarette électronique est conçue pour chauffer, à l'aide d'une pile et d'un élément chauffant, un liquide qui produit un aérosol, souvent appelé vapeur d'où le terme vapoteuse³¹. Les produits de vapotage contiennent souvent de la nicotine et sont apparus il y a plus d'une décennie au Québec, initialement comme outil de cessation tabagique. À ce jour, les produits de vapotage demeurent non approuvés au Canada en vertu de la loi sur les aliments et drogues, ce qui signifie que ces produits ne sont pas prescrits par les fournisseurs de soins de santé comme outil de cessation tabagique et que l'industrie n'est pas autorisée à faire des allégations relatives

à la santé³². Vapoter un produit contenant de la nicotine peut provoquer une dépendance chez les personnes n'ayant jamais consommé de nicotine auparavant.

2. Effets liés à l'utilisation du tabac et de la cigarette électronique

Le tabagisme est la principale cause de mortalité évitable au Canada³³. L'impact sur l'espérance de vie est particulièrement marqué, avec une réduction d'au moins 10 ans chez les fumeurs comparativement aux non-fumeurs³⁴. Le tabagisme est associé à des pathologies mortelles comme plusieurs cancers, maladies cardiovasculaires et affections respiratoires³⁵. De plus, le tabac peut affecter les propriétés pharmacologiques et pharmacodynamiques de nombreux médicaments³⁶.

Le vapotage de la nicotine peut provoquer une augmentation à court terme de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque dans les minutes et heures suivant la consommation³⁷. Outre la nicotine, les liquides de vapotage contiennent généralement du glycérol, du propylène glycol ainsi que des substances chimiques aromatiques. Si ces substances sont considérées comme étant sécuritaires dans les produits cosmétiques et alimentaires, les effets à long terme de leur inhalation restent inconnus et font toujours l'objet de recherche. Les données toxicologiques actuelles sur les liquides de vapotage suggèrent des risques pour la santé, bien que celles-ci ne permettent pas encore de les caractériser avec précision³⁸. Les effets secondaires les plus couramment rapportés par les utilisateurs de produits de vapotage incluent une irritation de la gorge et de la bouche, des maux de tête, de la toux et des nausées³⁷.

3. Facteurs de risque chez les personnes âgées

Les personnes âgées sont plus susceptibles de développer une dépendance à la nicotine comparativement aux jeunes, en raison de leur exposition prolongée à cette substance⁹. En effet, plusieurs personnes âgées ont commencé à fumer à une époque où les risques étaient moins connus et où la consommation était socialement plus acceptée. Le taux de mortalité est deux fois plus élevé chez les personnes âgées qui fument que chez celles qui ne fument pas³⁹. En plus des risques associés au tabagisme à tous âges, le tabagisme accélère la perte osseuse liée à l'âge. À 70 ans, les fumeurs présentent une diminution de la densité osseuse et un risque de fracture plus élevé que les non-fumeurs. Les femmes âgées qui fument sont particulièrement vulnérables au développement d'une ostéoporose post-ménopausique⁴⁰. Des interactions entre le tabac et certains médicaments ont été décrites dans la littérature. Les fumeurs qui prennent des médicaments susceptibles d'interagir avec le tabac peuvent nécessiter des doses plus élevées que les non-fumeurs. Chez les personnes âgées qui fument, les posologies prescrites peuvent s'avérer insuffisantes ou inefficaces⁴⁰. À l'inverse, lors de la cessation tabagique, les fumeurs peuvent avoir besoin d'une réduction de la dose d'un médicament qui interagit avec le tabac⁴¹.

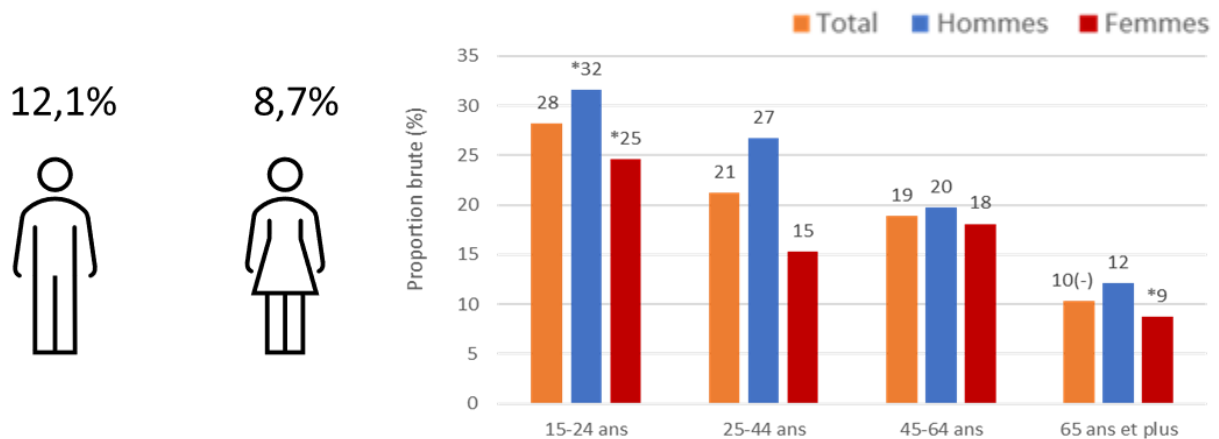
4. Portrait de l'usage du tabac et de la cigarette électronique chez les personnes âgées du Bas-Saint-Laurent

Fumeurs actuels de cigarette, incluant la cigarette électronique contenant de la nicotine

Selon les données de l'EQSP 2020-2021, la proportion de fumeurs de cigarettes, incluant l'utilisation de la cigarette électronique contenant de la nicotine, est estimée à 10 % chez les personnes âgées du Bas-Saint-Laurent. Cette proportion n'est pas significativement différente de celle observée pour le reste du Québec. Elle est en revanche significativement moins élevée chez les personnes âgées comparativement à tous les autres groupes d'âge. Plusieurs facteurs pourraient contribuer à cette

tendance, notamment la mortalité prématurée liée au tabagisme, l'abandon du tabac avec l'âge et les différences générationnelles (figure 6).

Figure 6 : Proportion de fumeurs actuels de cigarettes, incluant l'utilisation de la cigarette électronique contenant de la nicotine selon l'âge et le genre, Bas-Saint-Laurent, EQSP 2020-2021.



(+) : indique une différence significativement moins élevée au seuil de 5 % entre le groupe 65 ans et plus les autres groupes d'âge.

* : Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

Extraction et traitement de données – Khaly Mbodji – 3 mars 2025.

Les données de l'EQSP ne sont pas très précises en ce qui concerne la proportion des personnes âgées ayant fait usage uniquement de la cigarette électronique au Bas-Saint-Laurent. Néanmoins, elles indiquent que dans l'ensemble du Québec, la proportion de la population ayant utilisé la cigarette électronique au cours des 30 derniers jours diminue avec l'âge, passant de 19 % chez les jeunes adultes à 9 % chez les adultes et à 1 % chez les personnes âgées.

La prise de conscience des risques accrus du tabagisme avec l'âge constitue sans doute un facteur essentiel dans la baisse de la prévalence du tabagisme ainsi que l'utilisation de la cigarette électronique observée chez les personnes âgées. Selon l'Enquête québécoise sur le tabac et les produits de vapotage (EQTPV) 2020, au Québec, les personnes âgées sont plus nombreuses à percevoir le tabac comme présentant un risque élevé pour la santé. Elles sont également plus nombreuses à percevoir la cigarette électronique avec nicotine comme étant aussi ou beaucoup plus nocive que la cigarette traditionnelle.

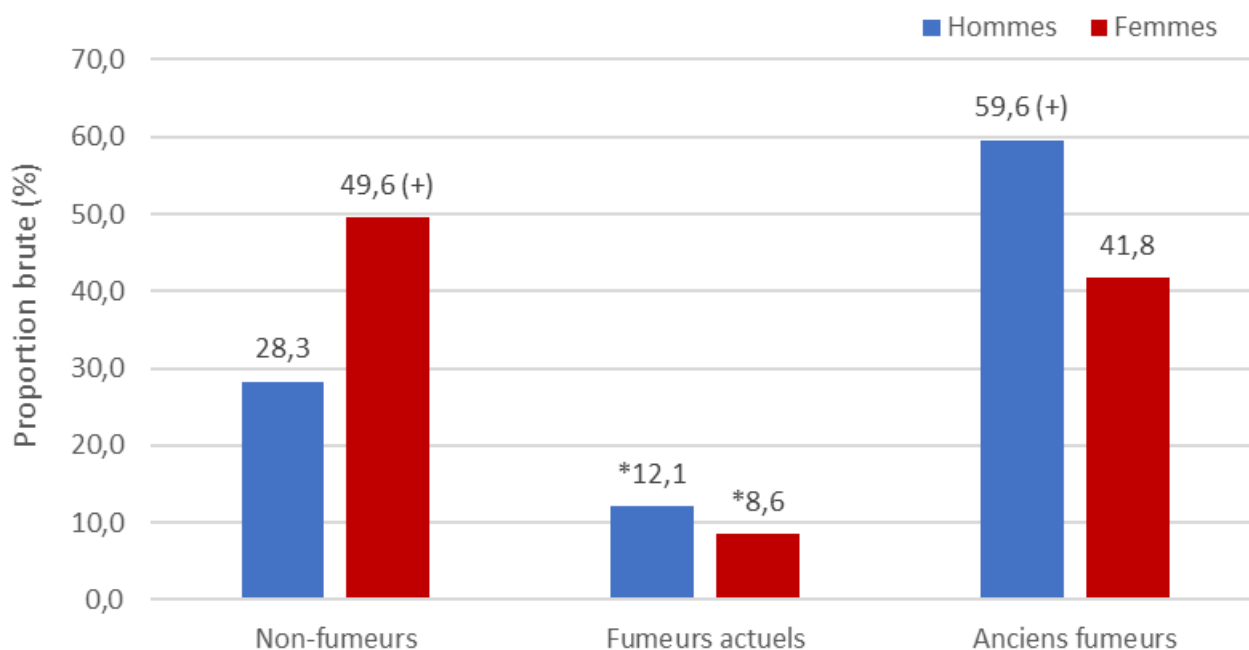
À l'échelle du Québec, les données de l'EQSP indiquent que les personnes âgées les plus défavorisées matériellement et socialement, ou avec un haut niveau de détresse psychologique sont significativement plus nombreuses à fumer la cigarette, incluant la cigarette électronique contenant de la nicotine.

Statut tabagique

Au Bas-Saint-Laurent, les femmes âgées sont significativement plus nombreuses à ne pas fumer par rapport aux hommes âgés (50 % contre 28 %). La proportion de personnes âgées fumant actuellement

la cigarette est estimée respectivement à 12,1 % et à 8,6 %, chez les hommes et les femmes. Environ 60 % des hommes et 42 % des femmes sont des anciens fumeurs de cigarettes (figure 7).

Figure 7 : Répartition de la population des aînés selon le statut de fumeur de cigarettes, Bas-Saint-Laurent, EQSP 2020-2021.



(+) : indique une différence significativement plus élevée au seuil de 5 % entre hommes et femmes.

* : Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.
Extraction et traitement de données – Khaly Mbodji – 15 avril 2025.

Cannabis

1. Description

Le cannabis est une substance psychoactive produite à partir de la plante du même nom. Le cannabis est formé d'un mélange complexe de composés (cannabinoïdes), qui peuvent interagir entre eux, notamment le tétrahydrocannabinol (THC) et le cannabidiol (CBD). Le THC est le cannabinoïde le plus étudié et est le principal responsable de la manière dont l'organisme réagit face au cannabis, y compris l'effet d'euphorie et d'intoxication⁴². Il présente des effets nocifs qui peuvent être plus importants lorsque la concentration de THC est élevée⁴². Le cannabis est la substance récréative la plus consommée au Québec après l'alcool⁴³. Même si les personnes âgées affichent la prévalence d'utilisation la plus faible, la consommation est en hausse et c'est dans ce groupe que l'on observe la croissance la plus rapide depuis la légalisation du cannabis au Canada en 2018⁴³.

2. Effets liés à la consommation de cannabis

La consommation de cannabis peut entraîner une dépendance ou un risque accru de divers problèmes de santé. Selon une synthèse des connaissances de l'INSPQ⁴⁴, la consommation régulière de cannabis expose à divers risques pour la santé, notamment :

- Des problèmes physiques (symptômes respiratoires, maladies parodontales, dysrythmies cardiaques, vomissements cycliques et un risque accru d'un sous-type de cancer testiculaire);
- Des problèmes de santé mentale (augmentation des symptômes dépressifs et anxieux, ainsi qu'un risque plus élevé de développer un trouble lié à l'usage du cannabis);
- Des problèmes de la fonction cognitive et cérébrale (baisse de performance dans certains domaines cognitifs et modifications fonctionnelles et structurales du cerveau).

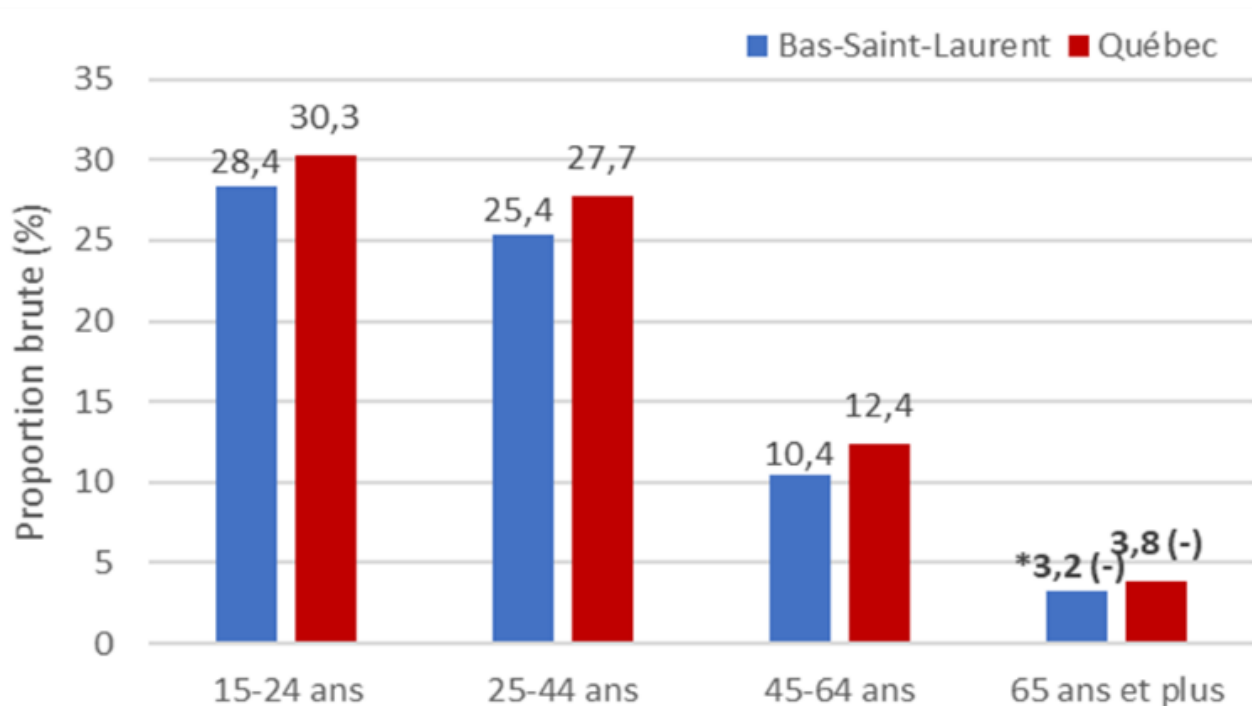
3. Facteurs de risque chez les personnes âgées

Les modifications physiologiques qui interviennent avec le vieillissement font que les personnes âgées sont particulièrement vulnérables aux effets du cannabis⁴⁵. La baisse de la masse musculaire et l'augmentation de la masse adipeuse chez les personnes âgées peuvent être à l'origine d'un ralentissement du métabolisme. Cette modification physiologique entraîne un effet prolongé du cannabis dans l'organisme et une augmentation de sa concentration plasmatique qui peuvent occasionner des effets négatifs tels que des étourdissements, des chutes et des blessures⁴⁶. Les personnes âgées ayant consommé du cannabis par le passé ou actuellement sont plus susceptibles de déclarer des troubles de santé mentale au cours de la dernière année ou au cours de leur vie, comparativement à celles n'ayant jamais consommé⁴⁵. De plus, selon le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS), la teneur en THC des produits de cannabis a beaucoup changé au fil des années. Le cannabis qui était consommé jusque dans les années 1970 contenait environ 1 à 2 % de THC. À la fin des années 1990, le cannabis contenait environ 5 % de THC. Aujourd'hui, la teneur des produits vendus à la Société québécoise du cannabis (SQDC) peut aller jusqu'à un maximum de 30 % de THC, ce qui augmente les chances d'être intoxiqué et de subir des effets négatifs⁴⁷. Finalement, pour les personnes qui consomment plusieurs médicaments, le risque d'interactions médicamenteuses avec le métabolisme du cannabis est plus élevé^{45,47}.

4. Portrait de la consommation du cannabis chez les personnes âgées du Bas-Saint-Laurent

Selon l'EQSP 2020-2021, les personnes âgées représentent, en proportion, le groupe d'âge qui consomme le moins de cannabis au Bas-Saint-Laurent. La proportion de personnes âgées ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, dans la région, est estimée à 3,2 % (figure 8).

Figure 8 : Proportion des aînés ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, Bas-Saint-Laurent, Québec, EQSP 2020-2021.

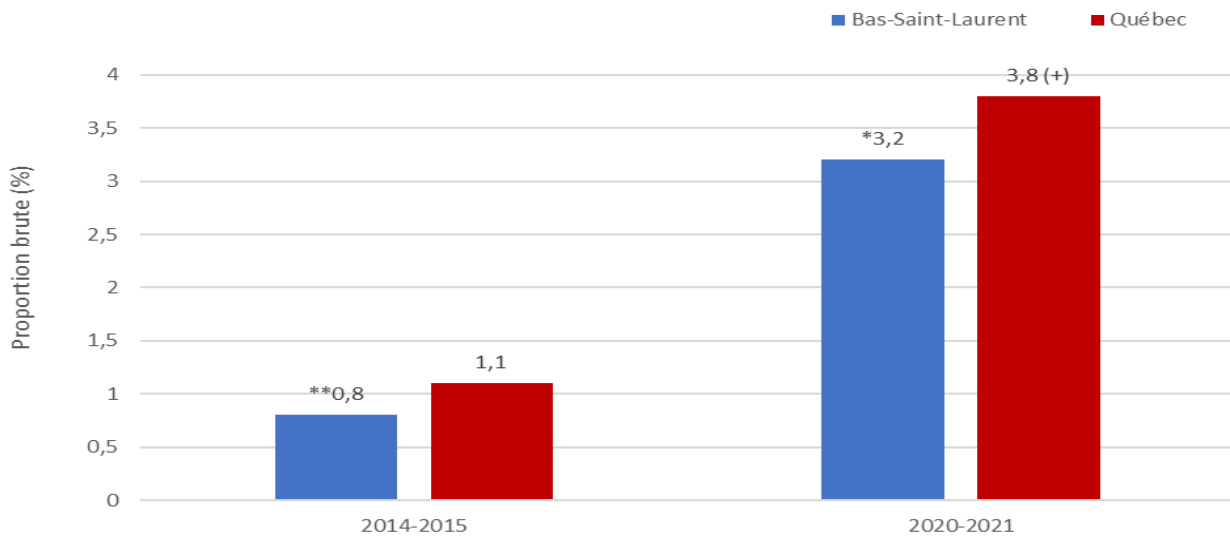


(-) : indique une différence significativement moins élevée au seuil de 5 % entre le groupe 65 ans et plus les autres groupes d'âge.

* : Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.
Extraction et traitement de données – Khaly Mbodji – 15 avril 2025.

La proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus du Québec ayant déclaré avoir consommé du cannabis a plus que triplé entre les cycles 2014-2015 et 2020-2021 de l'EQSP, passant de 1,1 % à 3,8 % (Figure 9). Cette croissance est la plus rapide de tous les autres groupes d'âge et pourrait entre autres s'expliquer par l'apparition de nouveaux consommateurs. En effet, la légalisation est considérée comme un facteur important de normalisation de la consommation⁴⁸. De plus, les membres de la génération des « baby-boomers », qui sont devenus aujourd'hui des personnes aînées, ont été pour la plupart exposés à cette substance dans leur jeunesse. Dans un contexte de légalisation, de réduction de la stigmatisation et pour des raisons de santé comme le traitement de la douleur chronique ou des troubles du sommeil, ils contribuent sans doute à la hausse de la consommation observée ou déclarée dans le groupe des personnes aînées⁴⁸.

Figure 9 : Proportion des aînés ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, Bas-Saint-Laurent, Québec, EQSP 2014-2015 et 2020-2021.



(+) : indique une différence significative au seuil de 5 % entre le groupe 65 ans et plus les autres groupes d'âge.

* : Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

** : Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur de la proportion est imprécise et n'est présentée qu'à titre indicatif.

Extraction et traitement de données – Khaly Mbodji – 15 avril 2025.

Toutefois, selon l'EQC, la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois chez les 55 ans et plus a connu une baisse significative en 2024 (7,8 %) par rapport à l'édition 2022 (8,5 %) de l'enquête.

Les méthodes de consommation du cannabis peuvent varier dans le temps. À titre d'exemple, si la proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont déclaré avoir consommé du cannabis en le fumant a connu une baisse significative entre 2024 et 2018, celle qui le vapote a connu, elle, une augmentation dans la même période.

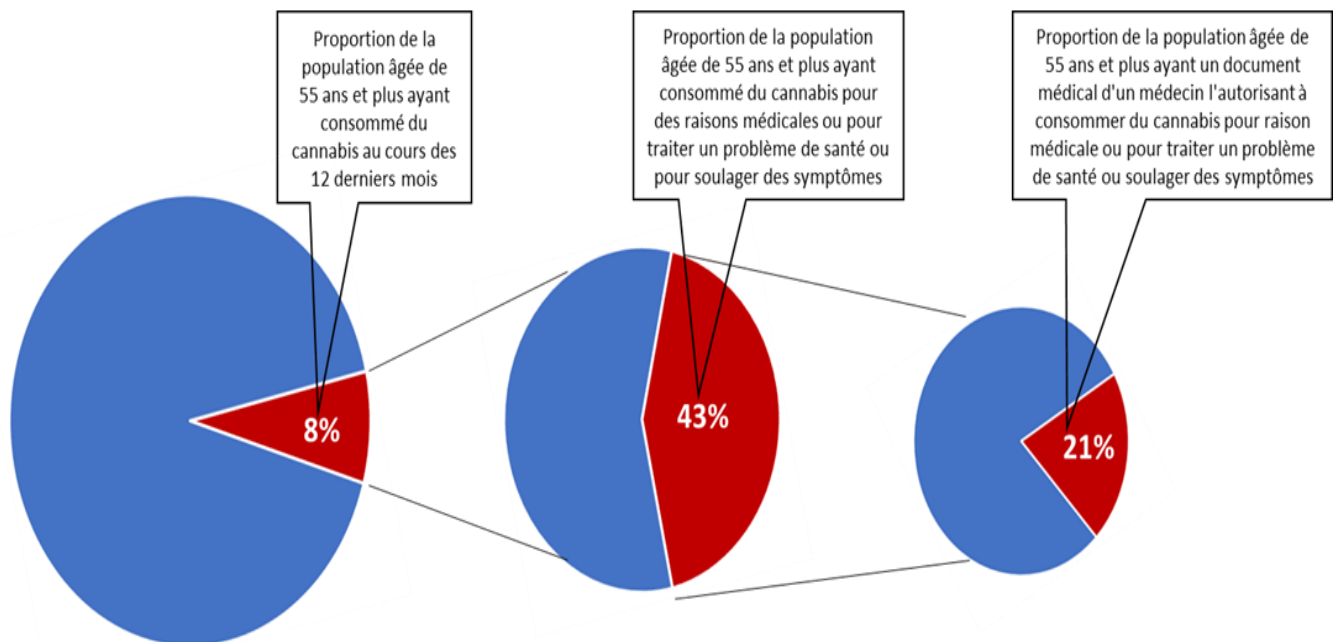
Au Québec, selon l'EQC 2024, la SQDC est la principale source d'approvisionnement pour le cannabis chez les 55 ans et plus, à l'instar de ce qui est observé chez les 15 ans et plus de façon générale. En effet, environ 67 % des 55 ans et plus ayant déclaré avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois affirment s'en être procuré, au moins en partie, à la SQDC, tandis qu'ils sont 28 % à avoir déclaré s'en être procuré, au moins en partie, d'un membre de la famille, d'un ami ou d'une connaissance. Chez les répondants de tous les groupes d'âge confondus, 69 % des répondants ont mentionné la SQDC comme source et 36 % d'un membre de la famille, un ami ou une connaissance.

Rappelons que les personnes âgées recevant une prescription de cannabis à des fins médicales ne peuvent en faire l'achat à la SQDC, mais doivent plutôt transiger avec des producteurs autorisés de Santé Canada. Il n'est toutefois pas impossible qu'une personne ayant une prescription de cannabis à des fins médicales achète elle-même un produit via la SQDC, sans utiliser sa prescription.

Dans l'ensemble du Québec, la consommation de cannabis chez les 55 ans et plus est associée à la consommation d'autres substances psychoactives. Les personnes âgées qui consomment du cannabis sont plus enclines à consommer de l'alcool, des médicaments prescrits contenant des opioïdes et à fumer quotidiennement du tabac. Elles sont également plus susceptibles de présenter un niveau élevé de détresse psychologique. Chez les personnes âgées, le cannabis est notamment utilisé en complément ou en remplacement des autres substances ou des médicaments sur ordonnance par les personnes qui en consomment pour soulager certains enjeux physiques associés au vieillissement, tels que les douleurs physiques et chroniques, les troubles du sommeil et de l'appétit⁴⁸.

Selon l'édition 2024 de l'EQC, au Québec, la proportion de la population ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois pour des raisons médicales, pour traiter un problème de santé ou pour soulager des symptômes parmi celles ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois sont estimés à 43 % dans la population âgée de 55 ans et plus (figure 10). L'enquête indique également que les femmes sont significativement plus nombreuses à utiliser le cannabis à des fins thérapeutiques comparées aux hommes (55 % contre 37 %). Environ 21 % des répondants ayant consommé du cannabis à des fins thérapeutiques l'auraient fait à la suite d'une prescription médicale (19 % chez les hommes et 23 % chez les femmes).

Figure 10 : Proportion de la population âgée de 55 ans et plus ayant avoir déclaré avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois ou non, pour des raisons médicales ou pour traiter un problème de santé ou soulager des symptômes ou non, avec un document médical d'un médecin ou non, Québec, EQSP 2024.



Extraction et traitement des données – Khaly Mbodji – 30 mai 2025.

Autres substances psychoactives

1. Description

Les drogues sont des substances psychoactives qui agissent sur le système nerveux central en modifiant les pensées, les émotions, l'humeur ou les comportements⁴⁹. Elles peuvent être d'origine naturelle ou synthétique. Selon les effets qu'elles produisent sur le système nerveux central, on peut les classer en trois catégories :

- Les dépresseurs (héroïne, gamma-hydroxybutyrate ou GHB) : ils agissent sur le cerveau en diminuant le niveau d'éveil et l'activité générale du cortex cérébral. Ils ont un effet calmant, peuvent réduire l'anxiété et, à des doses plus élevées, peuvent induire et maintenir le sommeil⁵⁰;
- Les stimulants (amphétamines, méthamphétamines, crystal meth, cocaïne, crack) : ils agissent sur le cerveau en augmentant le niveau d'éveil et l'activité générale du cortex cérébral. Ils provoquent l'éveil et l'euphorie⁵¹;
- Les perturbateurs (drogues hallucinogènes, ecstasy) : ils déstabilisent les fonctions psychiques d'un individu et provoquent des altérations plus ou moins marquées du fonctionnement cérébral, de la perception, de l'humeur et des processus cognitifs^{51,52}.

Les médicaments contenant des opioïdes comme la morphine, l'oxycodone ou le fentanyl sont prescrits pour soulager la douleur modérée ou sévère. Toutefois, leur mécanisme d'action peut être identique à celui de drogues illicites comme l'héroïne. L'usage de ces médicaments sera abordé dans le chapitre suivant.

2. Effets liés à la consommation de drogues

Chaque individu réagit différemment à la consommation d'une drogue. Son état physique et mental, la nature du produit consommé ainsi que le contexte dans lequel il l'utilise influencent son expérience. L'interaction de ces facteurs est connue sous le nom de "loi de l'effet"⁵³. La consommation de drogues peut entraîner chez les consommateurs des problèmes de santé non négligeables comme des surdoses, des conséquences psychosociales telles que les troubles de santé mentale et enfin des effets physiologiques tels que :

- La tolérance : lorsqu'une personne consomme régulièrement des drogues ou de l'alcool, elle s'habitue à une dose particulière et a besoin de plus grandes quantités pour obtenir les mêmes effets;
- La dépendance : elle se manifeste par un besoin incontrôlable d'adopter un comportement ou de consommer une substance. Lorsqu'une personne cède à ce besoin, elle ressent généralement du plaisir ou un soulagement. En revanche, si ce besoin n'est pas comblé, un état de manque appelé sevrage se crée chez la personne, accompagné de symptômes physiques et psychologiques qui sont négatifs pour la personne. Pour éviter ces effets négatifs, la personne est souvent poussée à consommer à nouveau, ce qui entretient le cycle de la dépendance⁵⁴.
- Le sevrage : réaction du corps qui peut survenir lorsqu'une personne arrête ou réduit significativement sa consommation de drogues, de médicaments ou d'alcool après en avoir

consommé régulièrement pendant une longue période ou après la consommation de doses élevées^{6,55}.

Selon l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) des Nations unies, les personnes âgées qui font usage de plusieurs substances, notamment la polymédication, associée à la consommation de drogue, sont particulièrement vulnérables à certains troubles de santé comme les problèmes respiratoires, les troubles dégénératifs, les maladies du foie, le diabète et les problèmes chroniques de santé mentale. Elles sont également plus à risque de chutes, d'accidents de la route, ou de difficultés à accomplir les tâches de la vie quotidienne⁵⁶.

3. Facteurs de risque chez les personnes âgées

Chez les personnes âgées, l'usage de drogues peut exacerber les changements physiologiques associés au vieillissement⁵⁷. Par rapport aux plus jeunes, les personnes âgées qui consomment des drogues présentent en général davantage de problèmes de santé physique⁵⁸ et ont des particularités physiologiques qui peuvent influencer la pharmacocinétique et la pharmacodynamie des SPA. Par exemple, chez les personnes âgées, la diminution de la masse maigre et de l'eau corporelle totale qui accompagne typiquement le vieillissement, de même qu'une élimination rénale moins efficace, peuvent entraîner une accumulation prolongée des drogues dans l'organisme. Dès lors, même une consommation modérée peut provoquer des effets importants⁵⁷.

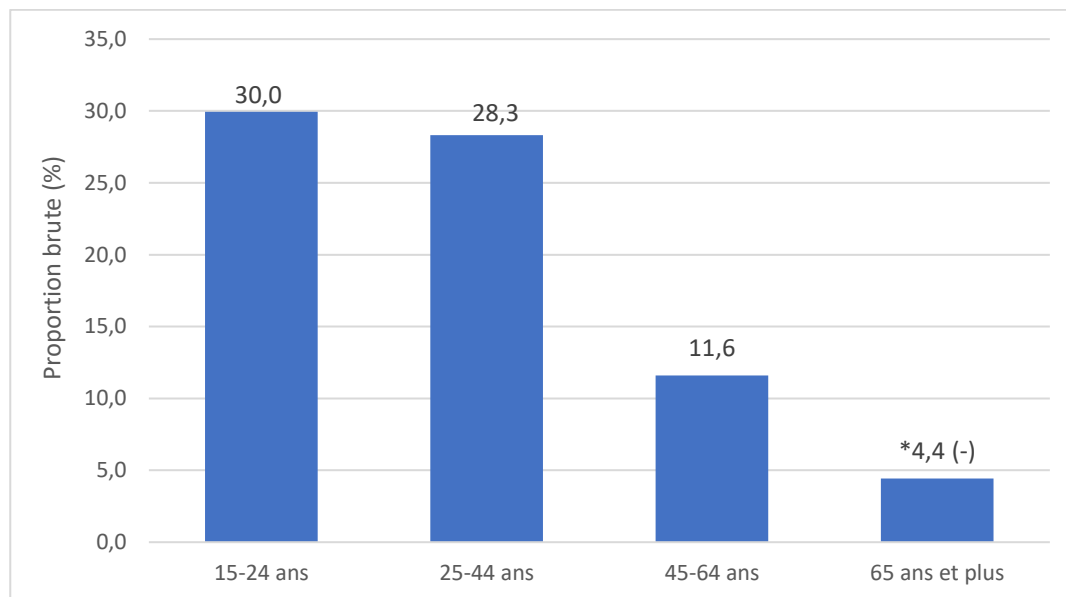
4. Portrait de la consommation de drogues^{vii} chez les personnes âgées du Bas-Saint-Laurent

Consommation de drogues au cours des 12 derniers mois

Au Bas-Saint-Laurent, les personnes âgées représentent le groupe d'âge où la consommation de drogues est la plus faible en proportion comparativement aux jeunes et aux adultes (figure 11). Selon l'édition 2020-2021 de l'EQSP, la proportion de personnes âgées ayant déclaré avoir consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois est estimé à 4,4 % au Bas-Saint-Laurent. Cette proportion n'est pas significativement différente de celle observée pour le reste du Québec pour la même période (5,3 %).

^{vii} Inclus entre autres les substances suivantes : cocaïne ou crack, ecstasy, crystal meth ou méthamphétamines, autres amphétamines, drogues hallucinogènes, GHB, héroïne.

Figure 11 : Proportion de consommateurs de drogues au cours des 12 derniers mois selon l'âge, Québec, EQSP 2020-2021.



(-) : indique une différence significativement moins élevée au seuil de 5 % entre le groupe 65 ans et plus les autres groupes d'âge.

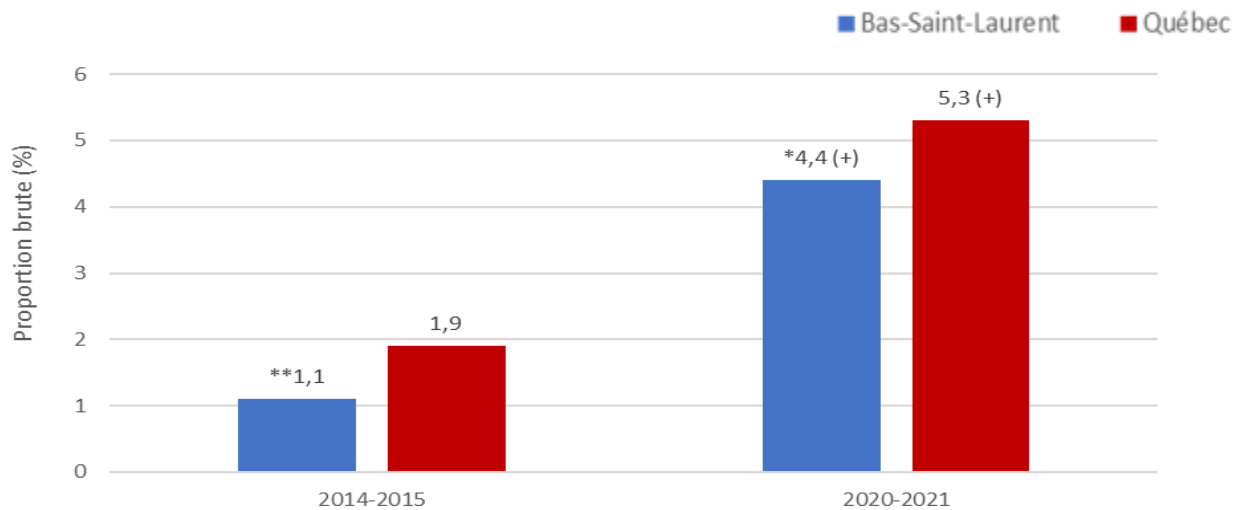
* : Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

Extraction et traitement de données – Khaly Mbodji – 1^{er} mai 2025

Au Bas-Saint-Laurent comme dans le reste du Québec, la proportion des personnes âgées ayant déclaré avoir consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois est en hausse par rapport au cycle 2014-2015 de l'enquête (figure 12). Cette hausse est par ailleurs la plus importante de tous les autres groupes d'âge. L'augmentation de la consommation de drogues chez les personnes âgées est devenue une réalité mondiale selon l'OICS qui l'a qualifié « **d'épidémie cachée** » dans son rapport annuel de 2020⁵⁶.

Au Québec, les personnes âgées qui fument occasionnellement ou quotidiennement la cigarette, ainsi que celles présentant une détresse psychologique élevée sont plus susceptibles de consommer des drogues (données non illustrées).

Figure 12 : Proportion de consommateurs de drogues au cours des 12 derniers mois selon les cycles d'enquête, Bas-Saint-Laurent, Québec, EQSP 2014-2015 et 2020-2021



(+) : indique une différence significative au seuil de 5 % entre le groupe 65 ans et plus les autres groupes d'âge.

* : Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

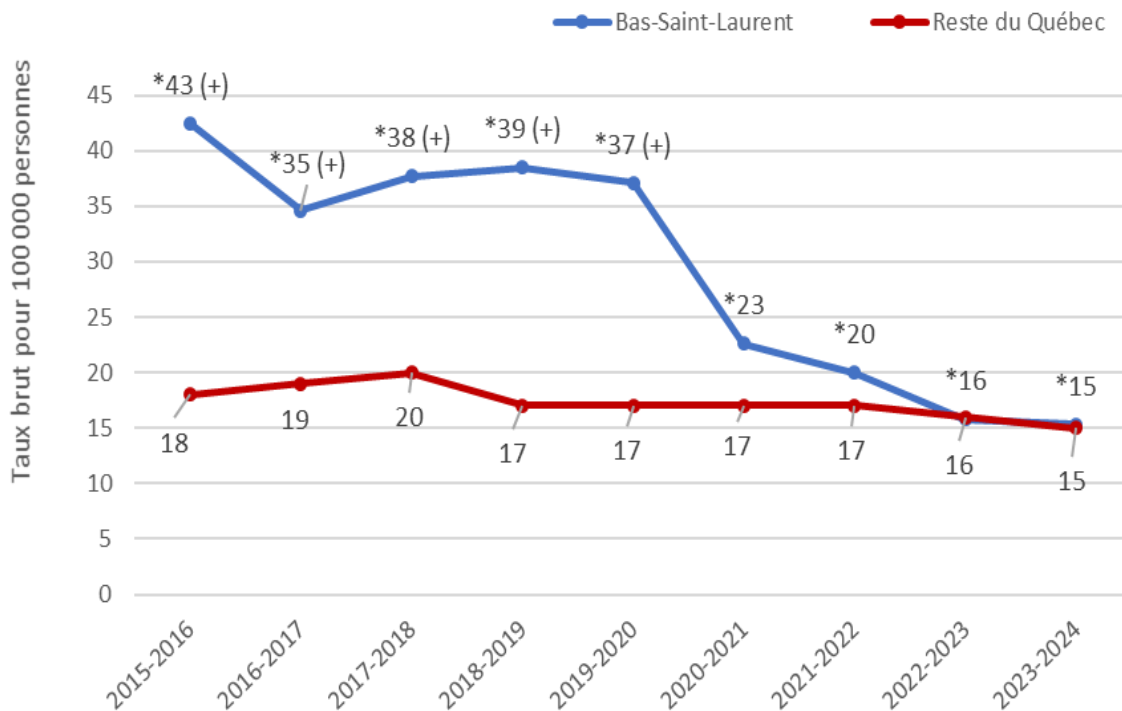
** : Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur de la proportion est imprécise et n'est présentée qu'à titre indicatif.

Extraction et traitement de données – Khaly Mbodji – 1^{er} mai 2025.

Hospitalisations en lien avec les troubles associés aux drogues

Au Bas-Saint-Laurent, le taux brut d'hospitalisation en lien avec des troubles liés à l'usage de drogues est demeuré élevé par rapport au reste du Québec de 2015-2016 à 2019-2020, avec en moyenne un taux brut d'hospitalisation annuel de 38 pour 100 000 personnes. À partir de 2019-2020, une baisse importante est observée jusqu'en 2023-2024, où le taux brut d'hospitalisation (15 pour 100 000 personnes) est comparable à celui observé pour le reste du Québec (figure 13). Cette baisse ne s'explique pas facilement. Le développement des standards de pratiques en lien notamment avec le Plan d'action interministériel en dépendance (PAID) 2018-2028 pourrait en partie expliquer la tendance.

Figure 13 : Taux bruts d'hospitalisations en lien avec des troubles liés à l'usage de drogues pour 100 000 personnes de 65 ans et plus, Bas-Saint-Laurent, Québec, 2015-2016 à 2023-2024



(+) : indique une différence significative au seuil de 5 % entre le groupe 65 ans et plus les autres groupes d'âge.

* : Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 26 mars 2025.

Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO

Extraction et traitement de données – Khaly Mbodji – 1^{er} mai 2025.

Polypharmacie, benzodiazépines et médicaments contenant des opioïdes prescrits ou non

1. Description

La polypharmacie est généralement définie comme l'usage de cinq médicaments ou plus au cours d'une année⁵⁹. Bien que cette définition soit la plus couramment utilisée, d'autres critères ont été proposés dans la littérature, avec des seuils allant de la prise de deux médicaments ou plus à plus de 10 médicaments^{59,60}. La polypharmacie est un phénomène très répandu chez les personnes âgées. Cela s'explique par la présence de plusieurs problèmes de santé chroniques qui nécessitent différents traitements. En plus des prescriptions médicales multiples qui peuvent venir de différents professionnels de santé, certaines personnes âgées prennent aussi des médicaments en vente libre ou des produits naturels^{61,62}.

En plus de la polypharmacie, certaines classes spécifiques de médicaments – les benzodiazépines et les opioïdes - devraient aussi attirer particulièrement l'attention lorsqu'il est question de risques d'effets indésirables à la santé en lien avec les SPA chez les personnes âgées. Selon l'INSPQ, au Québec, les benzodiazépines représentent la classe de médicaments la plus utilisée parmi les médicaments potentiellement inappropriés couramment prescrits aux personnes âgées⁶³. Les benzodiazépines sont fréquemment prescrites aux personnes âgées pour traiter l'anxiété, l'insomnie ou certains troubles neurologiques^{64,65}. Selon l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), les personnes âgées comptaient pour 70 % de tous les patients ayant reçu au moins une prescription de benzodiazépines en 2023. De plus, au Québec, 12 % des personnes âgées ont une prescription de benzodiazépines alors qu'en Ontario ou dans l'Ouest canadien, cette proportion varie entre 7 % et 8 %. Le nombre de personnes consommant des benzodiazépines dans la province a en revanche diminué de 30 % entre 2013 et 2023⁶⁶.

En ce qui concerne les opioïdes, le Canada connaît depuis deux décennies une crise en partie causée par une surprescription de médicaments opioïdes, initialement destinés à soulager la douleur aiguë ou chronique⁶⁷. Ce recours excessif aux opioïdes a favorisé le développement de dépendances, poussant plusieurs personnes à se procurer des substances illicites apparentées, mais bien plus puissantes et dangereuses, comme le fentanyl. Selon la CCSMPA, entre 2007 et 2015, au Canada, les personnes âgées présentaient un taux d'hospitalisations pour une surdose d'opioïdes plus élevé que dans tout autre groupe d'âge. Avec plus de 20 hospitalisations pour 100 000 personnes, ce taux était près du double de celui observé chez les 15 à 24 ans, et les personnes âgées représentaient à elles seules 30 % de l'ensemble des hospitalisations liées à une intoxication aux opioïdes⁶⁸.

2. Impacts sur la santé

La polypharmacie est associée à divers risques pour la santé à travers une augmentation globale des risques d'effets secondaires, des risques d'interactions, du nombre de médicaments potentiellement inappropriés et d'une sous-utilisation des médicaments appropriés. Cela peut notamment résulter en une augmentation des syndromes gériatriques (fragilité, chutes répétées/troubles de l'équilibre, dénutrition/perte de poids, troubles cognitifs/délirium, etc.) et en une augmentation des coûts de santé⁶⁹.

Chez les personnes âgées, la polypharmacie est ainsi ultimement associée à une utilisation accrue des services de santé, des hospitalisations additionnelles et, dans certains cas, de la mortalité prématurée. L'utilisation simultanée de plusieurs médicaments, en particulier ceux qui ont des propriétés psychoactives, augmente le risque de chutes chez les personnes âgées. Ces chutes peuvent entraîner des blessures graves, des hospitalisations prolongées, une perte d'autonomie^{60,70} et des décès. En effet, Les chutes sont responsables de 21 644 décès survenus au Québec entre 2000 et 2019, ce qui correspond en moyenne à 1 082 décès par année. Les personnes âgées représentent 91,9 % de ces décès⁷¹.

La consommation de benzodiazépines peut à elle seule devenir problématique rapidement et entraîner des troubles liés à l'utilisation de substances, une surdose et même la mort. Pour cette raison, les benzodiazépines sont encadrées par la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Ceci rend leur utilisation illégale, à moins d'être autorisé à des fins médicales, scientifiques ou industrielles^{64,66}. Mélanger des benzodiazépines avec d'autres déprimeurs comme l'alcool ou des opioïdes est risqué. Combiner ces substances augmente le risque de surdose, parce qu'elles ont toutes des propriétés sédatives⁶⁴.

Les effets secondaires à court terme liés à la consommation d'opioïdes incluent quant à eux la somnolence, la constipation, l'impuissance chez les hommes, la nausée et les vomissements, une sensation d'euphorie, des difficultés respiratoires pouvant entraîner ou aggraver l'apnée du sommeil, des maux de tête, des étourdissements et de la confusion pouvant entraîner des chutes et des fractures. L'usage prolongé d'opioïdes entraîne le développement d'une tolérance, nécessitant des doses plus élevées pour obtenir le même effet, et peut conduire à une dépendance à la fois physique et psychologique. D'autres troubles comme des dommages au foie, l'infertilité chez les femmes et l'aggravation de la douleur ont été également notés⁷².

3. Facteurs de risque chez les personnes âgées

Chez les personnes âgées, les modifications physiologiques qui surviennent avec l'âge peuvent altérer la capacité à métaboliser les médicaments, ce qui peut notamment augmenter le potentiel d'interactions indésirables entre ces derniers⁷³. Par rapport aux personnes âgées en meilleure santé et faiblement médicamenteuses, la polypharmacie expose les personnes âgées les plus fragiles à un plus grand risque d'hospitalisation, de visites aux urgences et de mortalité⁶⁰.

Les benzodiazépines, par leur action dépressive sur le système nerveux central, peuvent altérer la fonction respiratoire et augmenter les risques de complications chez les personnes âgées souffrant d'insuffisance respiratoire modérée telles que la bronchite chronique et l'emphysème.

Les problèmes de douleurs chroniques sont plus fréquents chez les personnes âgées et il peut être tentant de recourir aux opioïdes pour obtenir un soulagement en dépit de leur association avec des risques significatifs de chutes, de traumatismes et de fracture⁷⁴. Comme pour plusieurs autres substances, le ralentissement de l'activité de certaines enzymes avec le vieillissement normal peut modifier l'excrétion des opioïdes dans cette population⁷⁵.

La consommation concomitante de substances psychoactives comme l'alcool et d'autres substances psychoactives, prescrite ou non, peut augmenter le risque de dépression respiratoire et de décès⁶⁸ en plus des autres risques décrits ci-dessus.

4. Portrait de la polypharmacie chez les personnes âgées du Bas-Saint-Laurent

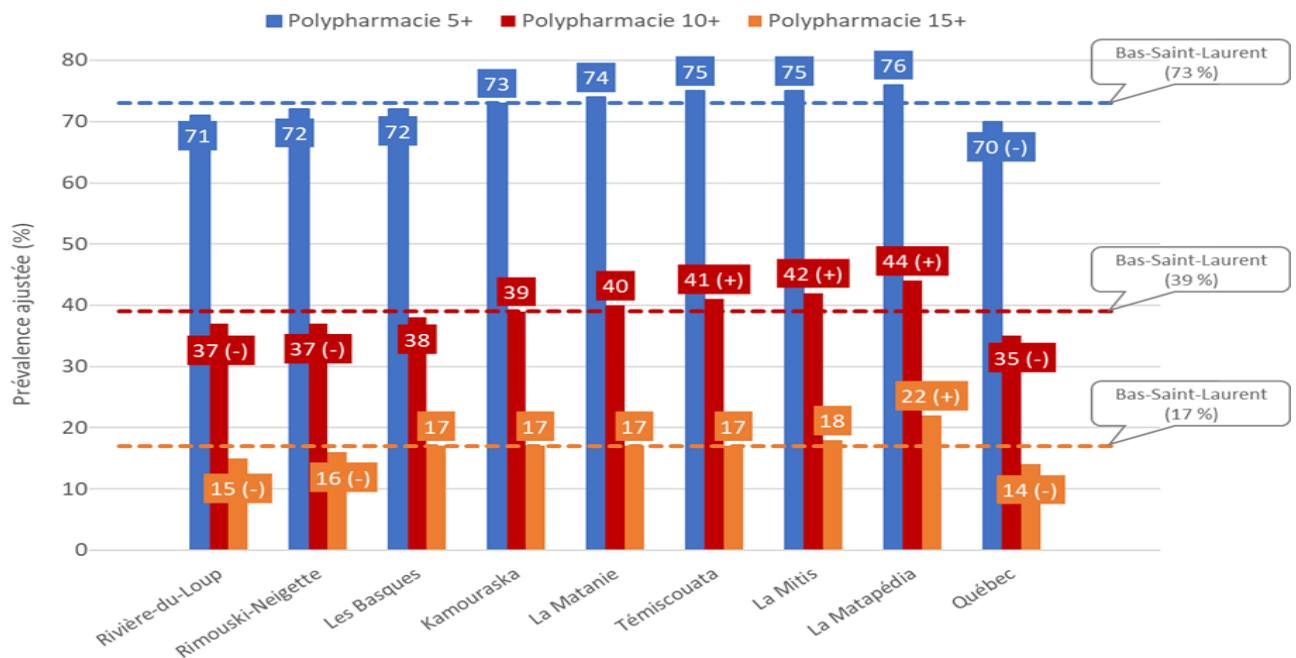
Polypharmacie 5+, 10+, ou 15+ médicaments^{viii}

Au Bas-Saint-Laurent, en 2023-2024, la proportion des personnes âgées couvertes par le Régime public d'assurance médicaments (RPAM) et ayant respectivement réclamé au moins 5, 10 ou 15 médicaments distincts ou plus est estimée à 73 %, 39 % et 17 %. Ces proportions sont significativement plus élevées que celles observées pour le reste du Québec, pour la même période.

On n'observe pas de différence entre les différentes MRC et le reste de la région en ce qui concerne la prévalence de la polypharmacie 5+, en revanche, les MRC de Rivière du Loup et Rimouski-Neigette présentent des prévalences de polypharmacie 10+ et 15+ significativement moins élevées que le reste de la région, alors que la MRC de la Matapédia présente les prévalences les plus élevées (figure 14).

^{viii} La polypharmacie 5+, 10+ ou 15+ désigne le fait d'avoir eu un remboursement par le Régime public d'assurance médicaments (RPAM) d'au moins cinq, dix ou quinze médicaments au cours d'une même année financière. Néanmoins, l'usage des données sur le remboursement n'est pas une mesure de l'adhésion du patient aux traitements et ne peut garantir que le médicament est consommé.

Figure 14 : Prévalence de la polypharmacie 5+, 10+ et 15+ chez les aînés, MRC du Bas-Saint-Laurent, Québec, 2023-2024



(+)/(-) : indique une différence significative au seuil de 1 % entre les MRC et le reste du Bas-Saint-Laurent et entre le reste du Québec et la région du Bas-Saint-Laurent

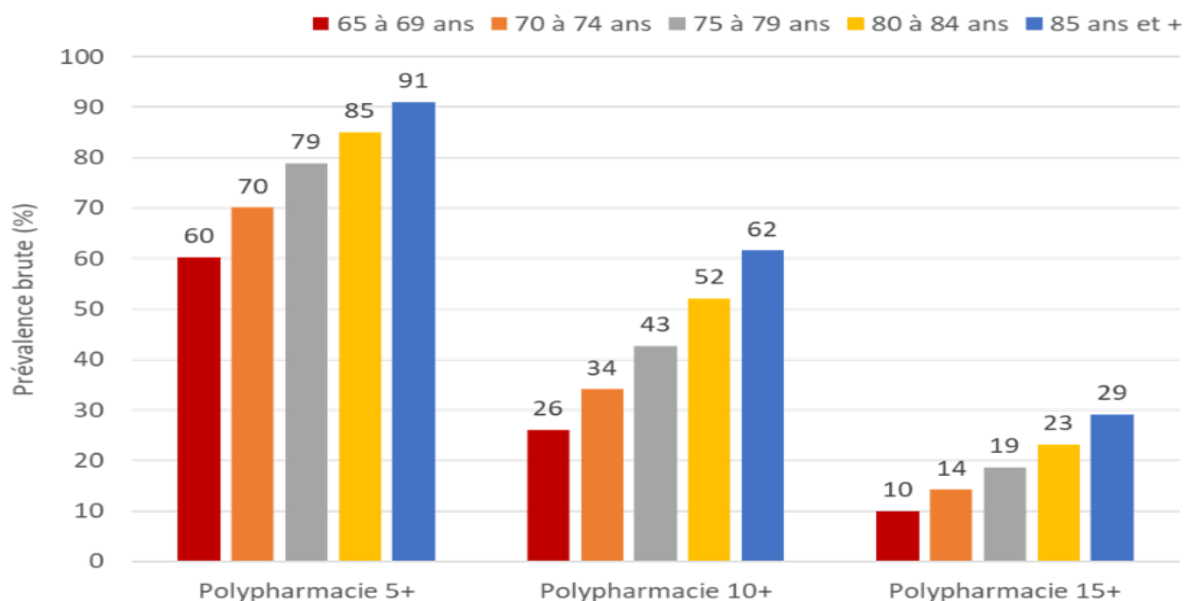
Source : Système intégré de surveillance de maladies chroniques du Québec (SISMACQ)

Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ)

Extraction et traitement de données – Khaly Mbodji – 5 juin 2025.

Au Bas-Saint-Laurent, comme ailleurs au Québec, la polypharmacie augmente avec l'âge. Les personnes âgées de 85 ans et plus sont plus nombreuses en proportion à faire usage de plusieurs médicaments à la fois. Environ 9 personnes âgées sur 10 de 85 ans et plus utilisent 5 médicaments ou plus au Bas-Saint-Laurent (figure 15). La prévalence des différentes mesures de polypharmacie demeure plus élevée chez les femmes comparativement aux hommes, quel que soit le groupe d'âge considéré (données non illustrées).

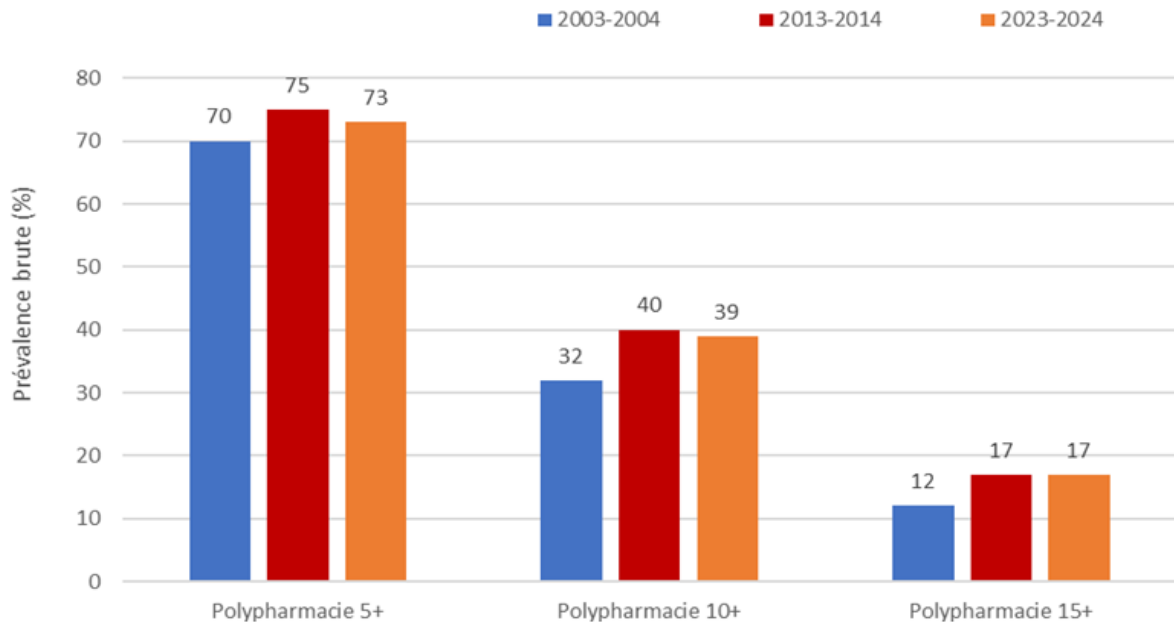
Figure 15 : Prévalence de la polypharmacie 5+, 10+ et 15+ selon les groupes d'âge, Bas-Saint-Laurent, 2023-2024



Source : Système intégré de surveillance de maladies chroniques du Québec (SISMACQ)
 Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ)
 Extraction et traitement de données – Khaly Mbodji – 5 juin 2025.

Au Bas-Saint-Laurent, la prévalence des différentes mesures de polypharmacie (5+, 10+ et 15+) a connu une hausse au cours de la décennie 2003-2004 à 2013-2014, passant respectivement de 70 % à 75 %, 32 % à 40 %, et 12 % à 17% pour la polypharmacie 5+, 10+ et 15+. Au cours de la décennie 2013-2014 à 2023-2024 en revanche, la prévalence de la polypharmacie 5+ et 10+ a connu une légère baisse, alors que la prévalence de la polypharmacie 15+ s'est maintenue à un niveau stable (figure 16).

Figure 16 : Évolutions de la prévalence de la polypharmacie 5+, 10+ et 15+, Bas-Saint-Laurent, 2003-2004 à 2023-2024



:

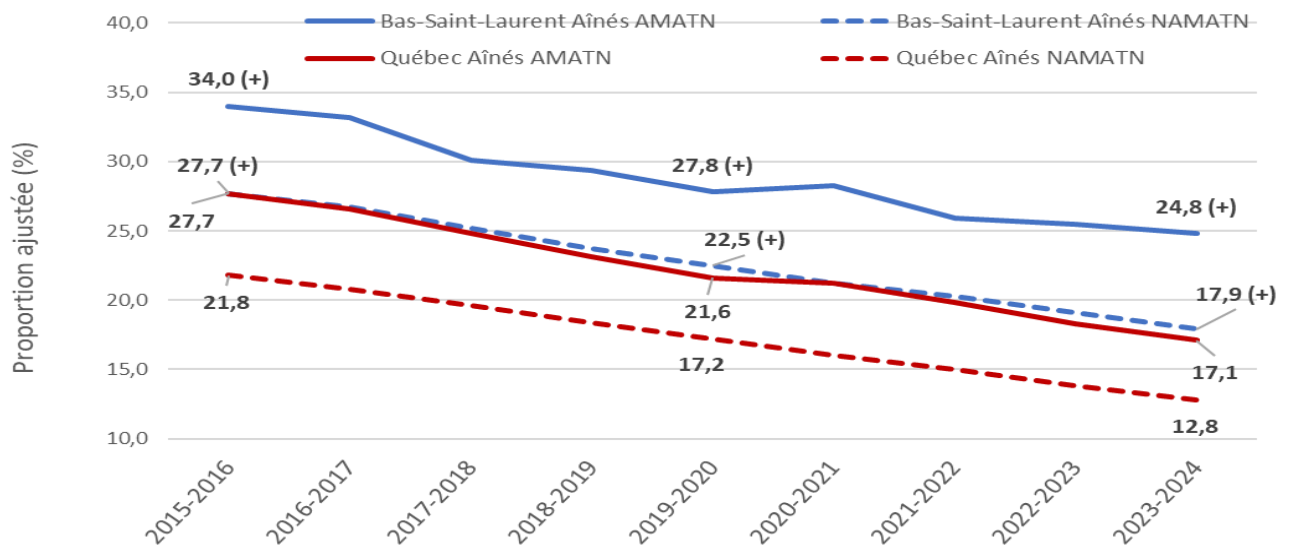
Source : Système intégré de surveillance de maladies chroniques du Québec (SISMACQ)
 Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ)
 Extraction et traitement de données – Khaly Mbodji – 5 juin 2025.

En 2023-2024, le Bas-Saint-Laurent, avec le Saguenay–Lac-Saint-Jean et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, constitue les régions avec les prévalences ajustées pour l'âge les plus élevées de mesures de polypharmacie chez les personnes âgées au Québec^{76,77}. Bien que ces régions figurent aussi parmi celles ayant les populations les plus âgées en moyenne au Québec, l'ajustement des données en fonction de l'âge neutralise en grande partie l'effet de ce facteur, suggérant d'autres causes en jeu. Comme l'indique un récent rapport sur le portrait de la polypharmacie chez les personnes âgées du Québec, d'autres facteurs tels que : le type de maladies et de médicaments prescrits, l'accès aux soins de santé, les types de professionnels qui prescrivent les médicaments ainsi que leur expérience devront être évalués pour obtenir une meilleure compréhension des prévalences différenciées observées dans les régions⁷⁸.

Usage de benzodiazépines

Au Bas-Saint-Laurent comme dans le reste du Québec, l'usage de benzodiazépines chez les personnes âgées, atteintes ou non de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs majeurs, a connu une baisse régulière au cours de la dernière décennie, mais reste significativement plus élevé au Bas-Saint-Laurent par rapport au reste du Québec (figure 17). Les femmes sont significativement plus nombreuses à faire usage de benzodiazépines, qu'elles soient atteintes ou non de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs majeurs.

Figure 17 : Évolution de la proportion d'utilisateurs de médicaments benzodiazépines chez les aînés atteints de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs (AMATN) ou non (NAMATN), Bas-Saint-Laurent, Québec, 2015-2016 à 2023-2024.



Source : Système intégré de surveillance de maladies chroniques du Québec (SISMACQ), Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ)

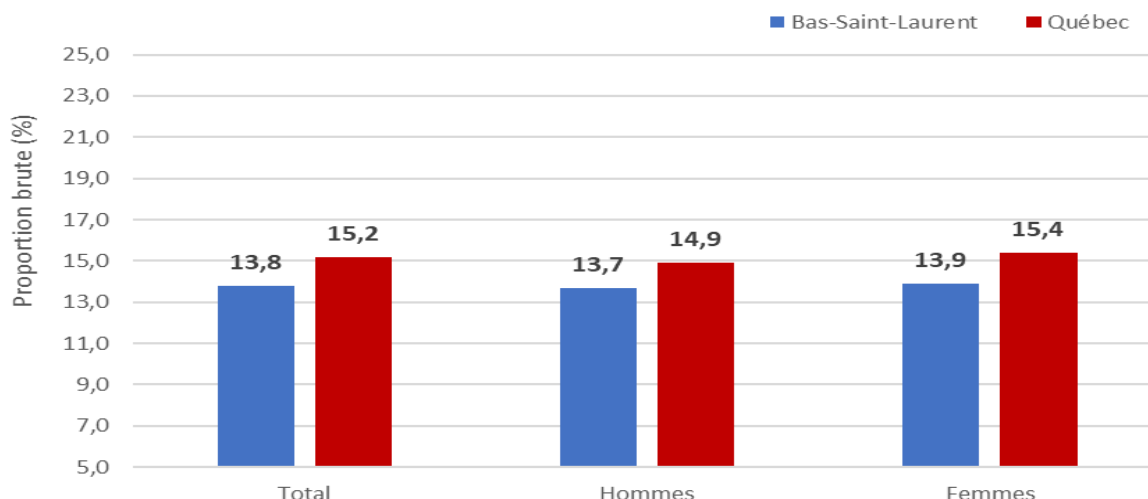
(+) : indique une différence significativement plus élevée au seul de 1 % entre le Bas-Saint-Laurent et le reste du Québec.

Extraction et traitement de données – Khaly Mbodji – 5 juin 2025.

Consommation de médicaments contenant des opioïdes prescrits ou non

Au Bas-Saint-Laurent, la proportion des personnes aînées qui ont déclaré avoir consommé des médicaments prescrits contenant des opioïdes est estimée à 13,8 %. Cette proportion n'est pas significativement différente de celle observée pour le reste du Québec (15,2 %). L'usage de médicaments prescrits contenant des opioïdes n'est pas différent entre les hommes et les femmes (figure 18).

Figure 18 : Proportion de la population des aînés ayant consommé des médicaments prescrits contenant des opioïdes au cours des 12 derniers mois, Bas-Saint-Laurent, Québec, EQSP 2020-2021.



Extraction et traitement de données – Khaly Mbodji – 6 mai 2025.

Les données sur la consommation de médicaments non prescrits contenant des opioïdes chez les personnes aînées du Bas-Saint-Laurent ne sont pas suffisamment précises pour être diffusées. Toutefois, dans l'ensemble du Québec, les personnes aînées représentent le groupe d'âge où la consommation de médicaments non prescrits contenant des opioïdes (1,9 %) est proportionnellement la plus faible par rapport aux autres groupes d'âge. Dans une étude des facteurs associés à l'usage problématique de médicaments antidouleurs contenant des opioïdes au sein de la population canadienne, les auteurs ont montré que les jeunes âgés de 20 à 24 ans étaient plus enclins à une utilisation problématique de médicaments antidouleurs contenant des opioïdes⁷⁹.

Enjeux de la consommation de SPA plus spécifiques aux personnes aînées et mesures préventives

Les interventions pour prévenir les troubles liés à la consommation de SPA spécifiquement chez les personnes aînées ont été très peu étudiées dans la littérature. Dans la plupart des cas, les études réalisées concernent les interventions destinées à l'ensemble de la population, qui s'appliquent également aux personnes aînées sans nécessairement tenir compte de leurs particularités.

Les mesures préventives universelles^{80,81} visent à réduire l'incidence des troubles liés à la consommation de SPA par :

- La sensibilisation du public aux risques associés à l'usage de substances (alcool, médicaments, drogues);
- Le repérage ou dépistage systématique en milieu médical et communautaire pour identifier précocement les consommations à risque;
- L'éducation sur les effets et interactions des substances, notamment avec les médicaments;
- La promotion de modes de vie sains (activité physique, réseau social, gestion du stress) comme alternatives à la consommation;

- La régulation de l'accès aux substances psychoactives (ex. : contrôle des prescriptions médicales, monopoles d'État, taxation);
- La formation des professionnels (médecins, travailleurs sociaux) pour un repérage et une prise en charge adaptés.

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Bas-Saint-Laurent propose un bottin qui rassemble une variété d'outils, d'informations et de ressources sur l'usage de substances et différentes formes de dépendances <https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/node/5990>. Certaines ressources sont seulement accessibles aux professionnels de la santé, mais la plupart sont accessibles à tous.

En plus des mesures universelles, il est judicieux d'utiliser, en complémentarité, des mesures ciblant plus spécifiquement les personnes âgées ou encore qui sont mieux adaptées aux enjeux plus typiques à ce groupe de la population tel que la stigmatisation, le repérage et le dépistage d'une consommation problématique de SPA, l'accès aux services en dépendance, les chutes et la douleur chronique.

Stigmatisation

Les personnes âgées qui consomment des SPA, qu'elles soient licites ou illicites, peuvent faire face à une double stigmatisation : celle liée à l'âge (âgisme) et celle associée à l'usage de substances.

Mesures pour prévenir la stigmatisation

- Former les professionnels de la santé sur la compréhension des troubles liés à l'usage de substances, la réduction des préjugés et la promotion d'une approche centrée sur la personne âgée;
- Garantir un accès équitable aux services;
- Mettre en place une approche de soins intégrée et personnalisée pour les personnes âgées;
- S'assurer d'utiliser un vocabulaire approprié pour éviter l'âgisme et éduquer le public et les intervenants sur les termes à utiliser ou à éviter.

Cette stigmatisation peut entraîner un sentiment de honte qui peut dissuader les personnes concernées de demander de l'aide ou d'accéder aux services de santé. Par conséquent, de nombreuses personnes âgées restent sans traitement adéquat pour leurs troubles liés à la consommation de substances^{43,56}.

Repérage et dépistage d'une consommation problématique de SPA

Chez les personnes âgées, les troubles liés à la consommation de SPA sont fréquemment sous-diagnostiqués et sous-traités. Selon le CCDUS, près des deux tiers des cas d'usage problématique d'alcool dans cette population ne sont pas détectés, retardant ainsi l'accès à une prise en charge adaptée⁹. Plusieurs facteurs contribuent à cette situation :

- La tendance des professionnels de santé à attribuer les manifestations cliniques de ces troubles à des effets habituels du vieillissement⁹;
- Les outils diagnostiques couramment utilisés pour dépister la consommation problématique de SPA ne sont pas toujours adaptés à la population des personnes âgées⁹;
- L'organisation des services cliniques définis par groupes d'âge qui limitent l'accès de certaines clientèles à des ressources spécifiques dont elles auraient besoin⁸²;
- Le poids de la stigmatisation liée à l'usage de substances peut entraver le dépistage, tant du côté des patients que des professionnels de santé, contribuant ainsi à la sous-détection des troubles;
- Certains professionnels de la santé peuvent manifester une réticence à aborder la question de la consommation de substances avec leurs patients âgés, par crainte de provoquer un malaise ou de heurter leur sensibilité⁴³. Selon un sondage de l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) mené par Léger en 2024, seuls 33 % des consommateurs de cannabis âgés de 50 ans et plus et 16 % de ceux consommant de l'alcool rapportent que leur consommation de substances a été abordée par un professionnel de la santé⁸³.

Mesures pour favoriser le repérage de la consommation de SPA et le dépistage des troubles liés aux substances psychoactives (TLS) chez les personnes âgées

- Former les professionnels de la santé et les médecins à la consommation de substances dans un contexte de vieillissement;
- Mettre en place des outils de dépistage adaptés à la clientèle âgée;
- Outiller les professionnels de la première ligne et y intégrer le dépistage;
- Réduire la stigmatisation et les préjugés liés à l'âge.

Accès limité aux services en dépendance

Le manque de reconnaissance des troubles liés à l'usage de SPA chez les personnes âgées contribue également à une offre de soins inadéquate et à un accès restreint à des services spécifiquement adaptés à leurs besoins. Par exemple, selon un rapport québécois, moins d'une personne sur dix de 50 ans et plus ayant un problème de consommation d'alcool parvient à accéder à des ressources et des soins⁴³.

Au Bas-Saint-Laurent, l'étendue du territoire combiné à la faible densité de la population entraîne une offre de services dispersée et peu accessible. L'isolement fréquent chez les personnes âgées vivant seules, sans réseau de soutien ou en perte d'autonomie, réduit les occasions d'être repérées ou accompagnées vers des services appropriés.

Mesures pour favoriser l'accès aux services en dépendance

- Développer ou intégrer des services de proximité adaptés aux personnes âgées dans les programmes de prévention déjà existants;
- Améliorer l'accessibilité territoriale;
- Briser l'isolement et renforcer les liens sociaux;
- Faire connaître les services existants aux professionnels de la santé et aux personnes âgées.

Chutes

Les chutes représentent la principale cause de décès par traumatismes non intentionnels chez les personnes âgées au Québec⁸⁴. Elles constituent une préoccupation majeure chez les personnes âgées et leurs proches, car elles sont liées à un risque accru de perte d'autonomie, de fractures, de traumatismes crâniens, de blessures graves et de décès^{43,71}. Parmi les multiples facteurs de risque de chutes identifiés, la consommation problématique de SPA, qu'elles soient prescrites (médicaments), légales ou illicites, constitue un important facteur de risque modifiable^{9,85}.

L'examen récent de la fréquence des chutes au Bas-Saint-Laurent, ainsi que la comparaison avec le reste du Québec, a mené à des constats préoccupants. En effet, au Bas-Saint-Laurent, le taux de mortalité par chute ou chute présumée a connu une hausse régulière dans la décennie 2007-2011 à 2017-2021, passant de 78 décès par 100 000 personnes en 2007-2011, à 113 décès par 100 000 personnes en 2012-2016, puis à 191 décès pour 100 000 personnes en 2017-2021. Ces valeurs sont significativement plus élevées que celles observées pour le reste de la province dans les mêmes périodes.

L'examen de différents facteurs de risque de chutes fait par la suite - principalement la présence de maladies chroniques et la médication - a révélé un écart important chez les personnes âgées de la région et celles du reste du Québec quant à la consommation de médicaments psychotropes et quant à la polyconsommation. L'écart pour d'autres facteurs considérés, comme la présence de maladies chroniques s'est quant à lui révélée moins marquée.

Mesures de prévention des chutes chez les personnes âgées

- Évaluation des risques de chutes;
- Prescription de l'exercice physique;
- Évaluation et traitement de la vision;
- Révision de la médication;
- Modification de l'environnement domiciliaire;
- Modification de l'environnement piétonnier.

Polypharmacie

La polypharmacie constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Ce phénomène est particulièrement préoccupant chez les personnes âgées au Québec en raison de sa forte prévalence et des risques qui y sont associés.

Mesures pour réduire la polypharmacie et les risques associés chez les personnes âgées⁸⁶

- Procéder à la révision systématique des médicaments de façon périodique;
- Déprescrire et éviter de prescrire des médicaments potentiellement inappropriés;
- Favoriser la coordination interprofessionnelle afin de réduire la médication potentiellement inappropriée;
- Sensibiliser et informer les patients, leurs proches et les pairs aidants;
- Prioriser des alternatives non pharmacologiques (par exemple, pour aider à la gestion des problèmes de sommeil).

Douleur chronique

La douleur chronique touche particulièrement les personnes âgées et constitue un enjeu de santé publique majeur en raison de son impact sur la qualité de vie, la perte d'autonomie et les capacités fonctionnelles⁸⁷. Elle constitue l'une des principales raisons pour lesquelles les personnes âgées consomment des substances, notamment des opioïdes, et dans certains cas, du cannabis thérapeutique⁸⁸. Bien que ces médicaments soient souvent prescrits pour soulager la douleur, leur usage peut augmenter les risques de dépendance, de polypharmacie, d'effets indésirables – incluant certains associés à un risque de chute - et d'interactions médicamenteuses. Par ailleurs, lorsque la douleur persiste sans être correctement prise en charge, certaines personnes âgées peuvent se tourner vers l'alcool ou d'autres substances en guise d'automédication⁸⁹. Une gestion efficace de la douleur chronique est essentielle pour prévenir les troubles liés à la consommation de substances dans cette population. Il importe aussi de souligner l'importance d'adopter des approches intégrées et privilégiant, lorsque possible, des solutions non pharmacologiques.

Mesures de gestion de la douleur chronique

L'Association québécoise de la douleur chronique propose plusieurs ressources en gestion de la douleur chronique facilement accessibles :

- Orienter les patients vers des méthodes non pharmacologiques de gestion de la douleur lorsque possible, incluant le soutien entre pairs;
- Former les professionnels de la santé à la prise en charge de différents types de douleur chronique et à l'utilisation sécuritaire des opioïdes.

Conclusion

La consommation de SPA chez les personnes âgées constitue un enjeu de santé publique complexe. En effet, chez les personnes âgées, des facteurs tels que les changements physiologiques associés au vieillissement, les pratiques pharmacologiques souvent inadaptées ou excessives, l'association de plusieurs SPA, ainsi que le recours insuffisant à des alternatives non médicamenteuses contribuent à les exposer davantage aux effets indésirables des SPA. Des facteurs sociaux tels que l'isolement, la perte de rôles sociaux valorisants et le manque de soutien de l'entourage peuvent exacerber la détresse psychologique et favoriser une consommation problématique de SPA.

Bien que la prévalence de la consommation de SPA soit globalement plus faible chez les personnes âgées, c'est dans ce groupe que l'on observe la hausse la plus marquée au cours des dernières années. Le portrait actuel révèle une consommation non négligeable d'alcool et un usage du cannabis et des drogues en hausse. Surtout, les prévalences de polypharmacie (consommation de plusieurs médicaments) au Bas-Saint-Laurent sont parmi les plus élevées au Québec et les personnes âgées bas-laurentiennes sont parmi les plus grandes consommatrices de benzodiazépines, un médicament psychotrope potentiellement inapproprié. Les inégalités sociales, en générant des situations d'exclusion, de précarité ou de solitude, peuvent accentuer la détresse psychologique et favoriser la polyconsommation chez les personnes âgées. Ces différents facteurs interagissent et exposent les personnes âgées à diverses conséquences, notamment un risque accru de chutes, de confusion, de perte d'autonomie, voire de mortalité prématurée. D'ailleurs, l'examen des taux de mortalité par chutes chez les aînés dans la région révèlent des taux parmi les plus élevés du Québec pour les années récentes, malgré de faibles différences entre les personnes âgées de la région et celles du Québec relativement aux facteurs de risque de chutes non associés à la médication (ex. maladies chroniques).

La hausse de la prévalence des troubles associés à l'usage de SPA chez les personnes âgées, combinée au vieillissement de la population, représente un défi pour le système de santé et appelle à des actions préventives urgentes spécifiques à ce groupe d'âge. La prévention des effets délétères liés à la consommation de SPA chez les personnes âgées passe notamment par une meilleure compréhension des risques, une détection précoce des usages problématiques et une action coordonnée entre les différents acteurs du système de santé.

Références

1. Institut de la statistique du Québec (2025). *Projections de population régions administratives et régions métropolitaines* Gouvernement du Québec
<https://statistique.quebec.ca/fr/document/projections-de-population-regions-administratives-et-regions-metropolitaines-rmr>
2. Gouvernement du Québec (2022). *Plan d'action Interministériel 2022-2025 de La politique gouvernementale de prévention En Santé*. Gouvernement du Québec; 2024. Accessed March 8, 2025.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-297-05W.pdf>
3. Gouvernement du Québec (2024). *La Fierté de Vieillir - Plan d'action Gouvernemental 2024-2029*. Québec. Gouvernement du Québec. Accessed March 5, 2025.
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003734/?&txt=La%20fiert%C3%A9%20de%20vieillir&msss_valpub&date=DESC
4. Dowling GJ, Weiss SRB, Condon TP. Drugs of Abuse and the Aging Brain. *Neuropsychopharmacology*. 2008;33(2):209-218. doi:10.1038/sj.npp.1301412
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17406645/>
5. Kuerbis A. Substance Use among Older Adults: An Update on Prevalence, Etiology, Assessment, and Intervention. *Gerontology*. 2020;66(3):249-258. doi:10.1159/000504363
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31812954/>
6. Ministère de la santé et des services sociaux (2022). *Flash surveillance*. Gouvernement du Québec
<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/flash-surveillance/substances-psychoactives/>
7. D'Arcy L, Maari F, Landry L. *Guide sur l'intervention en lien avec l'usage et la dépendance aux substances psychoactives pour les milieux d'hébergement des personnes en perte d'autonomie*. Institut universitaire sur les dépendances (2025)
https://iud.quebec/sites/iud/files/media/document/Guide_IUD_SAPA_version_web.pdf
8. Santé Canada (2024). *La consommation de substances et le vieillissement*. Gouvernement du Canada
[https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/vieillesse-aines/consommation-substances-vieillesse.html](https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/vieillesse/vieillesse-aines/consommation-substances-vieillesse.html). (Consulté le 12 mai 2025).
9. Flint AJ, Merali Z, Vaccarino FJ. *Consommation de substances au Canada : Meilleure qualité de Vie : usage de substances et vieillissement*. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.
<https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Substance-Use-and-Aging-Report-2018-fr.pdf>
10. Kuerbis A, Sacco P, Blazer DG, Moore AA. Substance abuse among older adults. *Clin Geriatr Med*. 2014;30(3):629-654. doi:10.1016/j.cger.2014.04.008
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25037298/>

11. Haarni I, Hautamäki L. Life experience and alcohol: 60–75-year-olds' Relationship to alcohol in theme interviews. *Nord Stud Alcohol Drugs*. 2010;27(3):241-258. doi:10.1177/145507251002700304
https://www.researchgate.net/publication/349716514_Les_croyances_entourant_la_consommation_d%27alcool_dans_la_population_generale_une_etude_de_porteeBeliefs about alcohol consumption in general population a scoping reviewLas creencias en torno al consumo
12. Kelly S, Olanrewaju O, Cowan A, Brayne C, Lafortune L. Alcohol and older people: A systematic review of barriers, facilitators and context of drinking in older people and implications for intervention design. Ginsberg SD, ed. *PLOS ONE*. 2018;13(1):e0191189. doi:10.1371/journal.pone.0191189
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29370214/>
13. Bergeron CD, April N, Morin R, Hamel D, Dubé M. *Portrait Statistique – La consommation d'alcool chez les personnes âgées au Québec*. Institut national de santé publique du Québec (2020)
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2680_portrait_statistique_consommation_alcool_aines.pdf
14. Coalition Canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2019). *Lignes directrices Canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées*. Toronto, Canada
https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2020/05/Alcohol_Use_Disorder_FR.pdf
15. Livingston G, Huntley J, Liu KY, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet*. 2024;404(10452):572-628. doi:10.1016/S0140-6736(24)01296-0
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39096926/>
16. Taylor B, Irving HM, Baliunas D, et al. Alcohol and hypertension: gender differences in dose–response relationships determined through systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2009;104(12):1981-1990. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02694.x
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19804464/>
17. Mukamal KJ, Chung H, Jenny NS, et al. Alcohol Consumption and Risk of Coronary Heart Disease in Older Adults: The Cardiovascular Health Study. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(1):30-37. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.00561.x
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16420195/>
18. Baliunas DO, Taylor BJ, Irving H, et al. Alcohol as a Risk Factor for Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2009;32(11):2123-2132. doi:10.2337/dc09-0227
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19875607/>
19. Díaz L, Montero A, González-Gross M, Vallejo A, Romeo J, Marcos A. Influence of alcohol consumption on immunological status: a review. *Eur J Clin Nutr*. 2002;56(S3):S50-S53. doi:10.1038/sj.ejcn.1601486
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12142963/>
20. Wakabayashi I, Araki Y. Influences of gender and age on relationships between alcohol drinking and atherosclerotic risk factors. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010;34(s1). doi:10.1111/j.1530-0277.2008.00758.x
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5020564/>
21. Peters R, Peters J, Warner J, Beckett N, Bulpitt C. Alcohol, dementia and cognitive decline in the elderly: a systematic review. *Age Ageing*. 2008;37(5):505-512. doi:10.1093/ageing/afn095
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18487267/>

22. Bagnardi V, Blangiardo M, Vecchia CL, Corrao G. A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. *Br J Cancer*. 2001;85(11):1700-1705. doi:10.1054/bjoc.2001.2140
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11742491/>
23. Government of Alberta (2025). *About MyHealth.Alberta.ca - Substance use disorders in older adults*.
<https://myhealth.alberta.ca/Health/pages/conditions.aspx?hwid=ug4806>
24. Meier P, Seitz HK. Age, alcohol metabolism and liver disease: *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2008;11(1):21-26. doi:10.1097/MCO.0b013e3282f30564
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18090653/>
25. Moore AA, Whiteman EJ, Ward KT. Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2007;5(1):64-74. doi:10.1016/j.amjopharm.2007.03.006
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17608249/>
26. Blow FC, Barry KL. Use and misuse of alcohol among older women. *Alcohol Res Health J Natl Inst Alcohol Abuse Alcohol*. 2002;26(4):308-315.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6676682/>
27. Graziani P. La consommation excessive d'alcool chez la personne âgée. *drogue santé société*. 2011;9(2):49-74. doi:10.7202/1005300ar
https://drogues-sante-societe.ca/wp-content/uploads/2012/10/vol9_no2_2.pdf
28. Aubut V. *Les trajectoires addictives des personnes âgées en lien avec les trajectoires de recherche d'aide et d'utilisation de services, Le point de vue d'utilisateurs*. Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.) en sciences cliniques
https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/10529/Aubut_Valerie_MSc_2017.pdf
29. Organisation mondiale de la santé (2019). *Le tabac et le corps humain*.
<https://iris.who.int/handle/10665/324846>
30. Johnson KC. La fumée de tabac ambiante (FTA). *Mal Chron Au Can*. 2010;29(supplément 2):149-166.
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/487-fumeetabacsecondaire.pdf>
31. Conseil québécois sur le tabac et la santé (2019). *Les produits de vapotage : De Quoi Parle-t-on ? Montréal (Québec)*.
https://mapbv.com/wp-content/uploads/2021/10/Produits_de_vapotage_De_quoi_parle-t-on.pdf
32. Santé Canada (2023). *Le vapotage et cessation tabagique*. Gouvernement du Canada
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/tabagisme-et-tabac/vapotage/arreter-fumer.html>
33. Institut national de santé publique du Québec (2023). *Coup d'œil sur le tabac*. Gouvernement du Québec :
<https://www.inspq.qc.ca/tabac-et-cigarette-electronique/coup-d-%C5%93il-tabac>
34. Gouvernement du Québec (2020). *Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025*.
https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/strategie/STR_19-006-04W_MSSS.pdf

35. Dobrescu alexandru, Bhandari A, Sutherland G, Dinh T. *The costs of tobacco use in Canada*, 2012. The Conference Board of Canada
<https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/costs-tobacco-use-canada-2012/Costs-of-Tobacco-Use-in-Canada-2012-eng.pdf>
36. Desai HD, Seabolt J, Jann MW. Smoking in Patients Receiving Psychotropic Medications: A Pharmacokinetic Perspective. *CNS Drugs*. 2001;15(6):469-494. doi:10.2165/00023210-200115060-00005
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11524025/>
37. Santé Canada (2024). *Les risques du vapotage*. Gouvernement du Canada.
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/tabagisme-et-tabac/vapotage/risques.html>
38. Andriamasinoro SN, Dieynaba Diallo, Fournier A, et al. *État des connaissances sur les liquides de vapotage de cannabis*. Institut national de santé publique du Québec (2023)
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2023-07/3340-etat-connaissances-liquides-vapotage-cannabis.pdf>
39. Donze J, Ruffieux C, Cornuz J. Determinants of smoking and cessation in older women. *Age Ageing*. 2006;36(1):53-57. doi:10.1093/ageing/afl120
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17264137/>
40. Santé Canada (2002). *Vieillesse en santé: Tabagisme et renoncement au tabac chez les aînés*. Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
<https://publications.gc.ca/Collection/H39-612-2002-5F.pdf>
41. Kroon LA. Drug interactions with smoking. *Am J Health Syst Pharm*. 2007;64(18):1917-1921. doi:10.2146/ajhp060414
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17823102/>
42. Santé Canada (2023). *Au sujet du cannabis*. Gouvernement du Canada
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/sujet.html>
43. Maire F, Brière-Charest K. *État des lieux sur la consommation de cannabis et d'alcool chez les personnes âgées au Québec*. Association pour la santé publique du Québec
<https://aspq.org/app/uploads/2025/03/cannabis-et-alcool-chez-les-aînés-es.pdf>
44. Marchand A, Levasseur MÉ. *Effets sur la santé de la consommation quotidienne ou quasi quotidienne à long terme de cannabis*. Institut national de santé publique du Québec
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2885-effets-sante-consommation-long-terme-cannabis.pdf>
45. Bellemare M, Dubé PA, Mallet L. Quels sont les risques pour la santé des personnes âgées qui consomment du cannabis ? *Pharmactuel*. 2019;52(3):179-184.
46. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2020). *Ce que les personnes âgées doivent savoir au sujet du cannabis*.
https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2020/09/CCSMH_Cannabis_brochure_FR.pdf
47. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2020). *Un guide sur le cannabis pour les aînés*. CCDUS Canada.
<https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-07/CCSA-Cannabis-Use-Older-Adults-Guide-2020-fr.pdf>

48. Santé Canada (2023). *Consommation de cannabis chez les personnes âgées au Canada : Exploration des perspectives et des expériences à la suite de la légalisation du cannabis*. Gouvernement du Canada
https://publications.gc.ca/collections/collection_2024/sc-hc/H14-595-2024-fra.pdf
49. Gouvernement du Québec (2017). *Connaître les drogues et leurs effets*.
<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/connaître-les-drogues-et-leurs-effets>
50. Trevor AJ. Sedative-Hypnotic Drugs. In: Katzung BG, ed. *Basic & Clinical Pharmacology*, 14e. McGraw-Hill Education; 2017. Accessed May 21, 2025. accesspharmacy.mhmedical.com/content.aspx?aid=1148435875
<https://accesspharmacy.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3058§ionid=255305447>
51. Ritter JM, Flower RJ, Henderson G, et al. Nervous system. In: *Rang & Dale's Pharmacology*. Tenth edition. Elsevier; 2023.
<https://evolve.elsevier.com/cs/product/9780323873956?role=student>
52. Halberstadt AL. Recent advances in the neuropsychopharmacology of serotonergic hallucinogens. *Behav Brain Res*. 2015;277:99-120. doi:10.1016/j.bbr.2014.07.016
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25036425/>
53. Gouvernement du Québec (2017). *Connaître les drogues et leurs effets*. Gouvernement du Québec.
<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/connaître-les-drogues-et-leurs-effets>
54. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. *Dépendance*. Gouvernement du Québec (2025)
<https://ciusssmq.ca/conseils-sante/dependance-alcool-droque-jeu/#ressources-aide-parent>
55. Santé Canada (2024). *À propos de la consommation de substances*. Gouvernement du Canada
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/a-propos-de-consommation-substances.html>
56. Organe international de contrôle des stupéfiants (2020). *Rapport 2020*. Nations unies, Vienne
https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2020/Annual_Report/E_INCB_2020_1_fre.pdf
57. Beynon CM. Drug use and ageing: oldepeople do take drugs! *Age Ageing*. 2008;38(1):8-10.
doi:10.1093/ageing/afn251
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19029104/>
58. Beynon CM, Roe B, Duffy P, Pickering L. Self reported health status, and health service contact, of illicit drug users aged 50 and over: a qualitative interview study in Merseyside, United Kingdom. *BMC Geriatr*. 2009;9(1). doi:10.1186/1471-2318-9-45
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19818114/>
59. Sirois C, Domingues NS, Laroche ML, et al. Polypharmacy Definitions for Multimorbid Older Adults Need Stronger Foundations to Guide Research, Clinical Practice and Public Health. *Pharmacy*. 2019;7(3):126.
doi:10.3390/pharmacy7030126
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31470621/>
60. Pazan F, Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *Eur Geriatr Med*. 2021;12(3):443-452. doi:10.1007/s41999-021-00479-3
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8149355/>

61. Gosselin E, Simard M, Dubé M, Sirois C. *Portrait de la polypharmacie chez les aînés Québécois Entre 2000 et 2016*. Institut national de santé publique du Québec, Québec
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2679_portrait_polypharmacie_aines_quebecois.pdf
62. Guillot J, Maumus-Robert S, Bezin J. Polypharmacy: A general review of definitions, descriptions and determinants. *Therapies*. 2020;75(5):407-416. doi:10.1016/j.therap.2019.10.001
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31732240/>
63. Roux B, Simard M, Gagnon ME. *Utilisation des médicaments potentiellement inappropriés chez les aînés Québécois présentant des maladies chroniques ou leurs signes précurseurs : Portrait 2014-2015*. Institut national de santé publique du Québec (2019)
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2575_utilisation_medicaments_potentiellement_inappropriés_aînés.pdf
64. Santé Canada (2023). *Benzodiazépines*. Gouvernement du Canada
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/drogues-illicites-et-reglementees/benzodiazepines.html>
65. Godard-Sebillotte C, Henein M, Vedel I, Kröger E, Rochette L, Massamba V. *Surveillance des troubles neurocognitifs majeurs : prévalence, incidence, utilisation des services hospitaliers et des médicaments de 2000 à 2019*. Institut national de santé publique du Québec, Québec (2023)
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2023-10/3403-surveillance-troubles-neurocognitifs-majeurs.pdf>
66. Ordre des pharmaciens du Québec (2024). *Les benzodiazépines : Une relation de confiance à bâtir avec le patient*.
https://www.opq.org/wp-content/uploads/2024/08/Int_aut_2024_VF.pdf
67. Santé Canada (2024a). *Crise des surdoses au Canada et approvisionnement en drogues illégales toxiques*. Gouvernement du Canada
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/crise-surdoses-approvisionnement-drogues-illegales-toxiques.html>
68. Coalition Canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2019). *Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez les personnes âgées*. Toronto, Canada
https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2020/05/Canadian_Guidelines_Opioid_Use_Disorder_FR.pdf
69. Bureau d'information et d'études en santé des populations (2017). *Polypharmacie et déprescription : des réalités cliniques et de recherche jusqu'à la surveillance*. Actes de Conférence. Institut national de santé publique du Québec, Québec
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2269_polypharmacie_deprescription_realites_cliniques.pdf
70. Doumat G, Daher D, Itani M, Abdouni L, El Asmar K, Assaf G. The effect of polypharmacy on healthcare services utilization in older adults with comorbidities: a retrospective cohort study. *BMC Prim Care*. 2023;24(1). doi:10.1186/s12875-023-02070-0
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37237338/>
71. Institut national de santé publique du Québec. *Chutes chez les personnes âgées*.
<https://www.inspq.qc.ca/securite-prevention-de-la-violence-et-des-traumatismes/prevention-des-traumatismes-non-intentionnels/dossiers/chutes-chez-les-aines>

72. Santé Canada (2024b). *À Propos Des Opioides*. Gouvernement du Canada
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/a-propos-de-opioides.html>
73. Rouleau A, Proulx C, O'Connor K, Bélanger C, Dupuis G. Usage des benzodiazépines chez les personnes âgées : état des connaissances. *Santé Ment Au Qué.* 2004;28(2):149-164. doi:10.7202/008621ar
<https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2003-v28-n2-smq724/008621ar/>
74. Yoshikawa A, Ramirez G, Smith ML, et al. Opioid Use and the Risk of Falls, Fall Injuries and Fractures among Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Magaziner J, ed. *J Gerontol Ser A.* 2020;75(10):1989-1995. doi:10.1093/gerona/glaa038
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32016284/>
75. Prostran M, Vujović KS, Vučković S, et al. Pharmacotherapy of Pain in the Older Population: The Place of Opioids. *Front Aging Neurosci.* 2016;8. doi:10.3389/fnagi.2016.00144
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27378916/>
76. Bressan C, Caron M, Jantzen R, Rousseau MP. *État des pratiques : Portrait de la polypharmacie et de l'usage de médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées au Québec*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) 2024
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage_optimal/INESSS_Polypharmacie_EP_VF.pdf
77. Gosselin M, Simard M, Boiteau V, Sirois C. *Vieillesse en santé : Surveillance de la qualité et de la complexité des pharmacothérapies chez les aînés Québécois*. Institut national de santé publique du Québec
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3498-surveillance-qualite-complexite-pharmacotherapies-aines.pdf>
78. Sirois C, Simard M, Boiteau V. *Vieillesse en santé : Portrait de la polypharmacie chez les personnes âgées au Québec de 2000 à 2022*. Institut national de santé publique du Québec (2025)
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3691-polypharmacie-personnes-a%C3%A9nees-qc-2000-2022.pdf>
79. Carrière G, Garner R, Sanmartin C. Facteurs déterminants associés à l'usage problématique de médicaments antidouleur contenant des opioïdes au sein de la population à domicile, Canada, 2018. *Rapp Sur Santé.* 2021;32(12):14-28.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2021012/article/00002-fra.htm>
80. Gouvernement du Québec (2018). *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028. Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet*. Gouvernement du Québec
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>
81. Santé Canada (2023). *La stratégie canadienne sur les drogues + autres substances l'approche du Gouvernement du Canada à l'égard des méfaits liés à la consommation de substances et de la crise des surdoses*. Gouvernement du Canada
<https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/canadian-drugs-substances-strategy-approach-related-harms-overdose-crisis/cdss-report-fra.pdf>

82. Demers L, Pelchat Y. Le réseau intégré de services aux aînés en perte d'autonomie des Bois-Francs : une innovation mise à l'épreuve. *Rech Sociographiques*. 2013;54(1):59-83. doi:10.7202/1015208ar
<https://www.erudit.org/fr/revues/rs/2013-v54-n1-rs0543/1015208ar/>
83. Association pour la santé publique du Québec (2025). *Cannabis et alcool chez les personnes âgées : Une réalité méconnue, mais bien réelle*.
<https://aspq.org/cannabis-et-alcool-chez-les-personnes-ainees-une-realite-meconnue-mais-bien-reelle/>
84. Brousseau MH, Gagné M, Sylvain-Morneau J, Perron PA. *Mortalité attribuable aux chutes chez les personnes de 65 ans et plus au Québec de 2000 à 2021*. Institut national de santé publique du Québec (2025)
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3623-mortalite-chutes-65-ans-plus-qc-2000-2021.pdf>
85. St-Laurent M, Bégin C, Boudreault V, Gagné D, Parisien M, Trickey F. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés Vivant à Domicile*. Gouvernement du Québec (2019)
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-232-02W.pdf>
86. Garceau V, Morel AM. *La Prévention et la promotion de la santé chez les personnes âgées: Une perspective de santé durable*. Association pour la santé publique du Québec (2023)
https://aspq.org/app/uploads/2023/05/memoire-aspq_aines-2023_web.pdf
87. Pelletier C. *Modalités de soins ostéopathiques auprès des personnes âgées souffrant de douleur chronique : une étude qualitative*. ENOSI, École d'ostéopathie (2021)
https://enosi.ca/wp-content/uploads/2022/04/2021-08-C.Pelletier_Modalites-de-soins-osteopathiques-aupres-des-personnes-agees-souffrant-de-douleur-chronique--une-etude-qualitative.pdf
88. Campbell G, Hall WD, Peacock A, et al. Effect of cannabis use in people with chronic non-cancer pain prescribed opioids: findings from a 4-year prospective cohort study. *Lancet Public Health*. 2018;3(7):e341-e350. doi:10.1016/S2468-2667(18)30110-5
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29976328/>
89. Alford DP, German JS, Samet JH, Cheng DM, Lloyd-Travaglini CA, Saitz R. Primary Care Patients with Drug Use Report Chronic Pain and Self-Medicate with Alcohol and Other Drugs. *J Gen Intern Med*. 2016;31(5):486-491. doi:10.1007/s11606-016-3586-5
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26809204/>