

ÉTAT DES LIEUX SUR LA CONSOMMATION DE CANNABIS ET D'ALCOOL CHEZ LES PERSONNES ÂÎNÉES AU QUÉBEC

Janvier 2025 — Mise à jour en juin 2025

Auteurs

Frédérique Maire, analyste-rechercheur en substances psychoactives à l'ASPQ

Kim Brière-Charest, directrice des projets en substances psychoactives à l'ASPQ

Contribution

Anthea Dalle, chargée de projet en substances psychoactives à l'ASPQ

Christophe Huynh, chercheur d'établissement, Institut universitaire sur les dépendances, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Émilie Rousseau-Tremblay, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Leïla Miraoui-Azarhooshang, chargée de projet en substances psychoactives à l'ASPQ

Vincent Wagner, chercheur d'établissement à l'Institut universitaire sur les dépendances, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Virginie Lacoste, agente de planification, de programmation et de recherche et répondante régionale substances psychoactives, Équipe municipalité et communauté en santé, Secteur Promotion et prévention, Direction de santé publique du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Sarah Mangle, stagiaire en substances psychoactives à l'ASPQ

Note sur la mise à jour

Une mise à jour mineure a été réalisée en juin 2025 afin de clarifier l'interprétation d'une donnée issue de l'EQSP 2020-2021 portant sur la fréquence de consommation de cannabis.

Remerciements

La réalisation de cette publication n'aurait pas été possible sans la contribution financière de la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale et de la Direction de santé publique de la Montérégie. Les propos de ce rapport n'engagent pas leur responsabilité.

Mentions légales

Les reproductions à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation à des fins commerciales doit faire l'objet d'une autorisation écrite de l'Association pour la santé publique du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Ce document est disponible sur le site web de l'Association pour la santé publique du Québec : www.aspq.org.

Association pour la santé publique du Québec (ASPQ)

L'ASPQ est une association autonome regroupant citoyen·nes et partenaires pour faire de la santé durable une priorité. La santé durable s'appuie sur une vision à long terme qui, tout en fournissant des soins à toutes et à tous, s'assure aussi de garder la population québécoise en santé par la prévention. Notre organisation conseille, enquête, sensibilise, mobilise des acteurs et émet des recommandations basées sur les données probantes, des consensus d'expert·es, l'expérience internationale et l'acceptabilité sociale.



5455 avenue de Gaspé, bureau 200
Montréal (Québec) H2T 3B3
info@aspq.org | aspq.org



Table des matières

Faits saillants	4	Motifs de consommation	19
Introduction	6	Accès légal au cannabis	19
Personnes âgées	6	Usage thérapeutique	20
Mise en contexte	7	Santé psychologique.....	21
Portrait de la consommation d'alcool et de cannabis chez les personnes âgées au Québec	8	Culture et normes sociales	21
Vieillesse, consommation et santé	11	Contextes entourant la consommation	22
Impacts de la consommation de substances psychoactives lors du vieillissement.....	11	Milieus de vie collectifs	22
Stigmatisation	12	Sources d'information	23
Polyconsommation.....	12	Sources d'approvisionnement	25
Sécurité routière.....	14	Politiques publiques	26
Impacts sur la santé mentale et physique.....	15	Références.....	27
Troubles liés aux substances	16		

Faits saillants

On observe une augmentation de la fréquence et de la quantité d'alcool consommé chez les personnes âgées au Québec. Les 65 ans et plus représentent le groupe d'âge avec la proportion la plus élevée de consommation quotidienne d'alcool^[6]. La consommation élevée d'alcool en une occasion est en hausse^[7], à l'image de la consommation générale en augmentation entre 2000 et 2018 chez cette population^[7,8].

Le Québec connaît un vieillissement rapide de la population. En 2023, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 21 % de la population^[4], tout comme les jeunes de moins de 20 ans. Cette proportion devrait atteindre 25 % d'ici 2031^[2].

La consommation de cannabis est en hausse chez les personnes âgées. Bien que les personnes québécoises âgées de 65 ans et plus présentent la prévalence la plus faible de consommation de cannabis, la croissance la plus rapide est observée chez ce groupe depuis la légalisation^[9].

La génération des baby-boomers se distingue des précédentes notamment par ses habitudes de consommation de substances psychoactives. Elle serait plus tolérante et ouverte à la consommation d'alcool et de cannabis en raison de l'évolution des attitudes sociales envers ces substances, ayant permis de réduire les tabous entourant leur consommation^[3], et d'un accès facilité à celles-ci^[4,5].



Le changement de statut d'occupation peut influencer les habitudes de consommation de substances psychoactives.

Certaines personnes retraitées, en particulier les hommes consommant de l'alcool de manière hebdomadaire avant leur départ à la retraite, tendent à augmenter cette consommation ^[11]. Peu de recherches ont exploré la consommation de substances selon le statut d'occupation chez ce groupe, y compris pour le cannabis.

Les troubles liés aux substances chez les personnes âgées sont souvent mal reconnus et difficilement repérés, étant confondus avec des signes normaux du vieillissement.

Cette méconnaissance, associée à des perceptions erronées et à un manque d'intérêt scientifique sur le sujet, entrave l'accès aux soins ^[4].

La consommation de cannabis et d'alcool chez les personnes âgées serait principalement motivée par des besoins spécifiques associés à cette période de la vie.

Elle est utilisée pour répondre à des enjeux physiques courants liés au vieillissement ^[9,12] et à des émotions résultant de changements majeurs tels que le passage à la retraite, les deuils et la maladie ^[13]. La culture de la consommation d'alcool, profondément ancrée dans la société, joue un rôle significatif dans la motivation à consommer ^[12].

La consommation de substances dans certains milieux de vie collectifs est perçue comme un enjeu par le personnel. L'absence de directives claires entraîne des pratiques informelles qui varient d'un établissement à l'autre ^[16], laissant des personnes âgées sans lieu de consommation autorisé ni supervisé et sans soutien.

Amplifiée par des préjugés liés à l'âge, la stigmatisation liée à la consommation de substances est d'autant plus présente envers les personnes âgées. Cette double stigmatisation peut affecter leur santé, accentuer l'isolement social et réduire l'accès aux soins et services ^[14,15]. Les personnes âgées tendent à se tourner vers la SQDC pour obtenir des informations sur les effets du cannabis et la santé ^[14], une préférence motivée par la crainte d'être jugées par leurs prestataires de soins ou encore par un manque de conseils ^[14].

Le processus de vieillissement ralentit l'élimination des substances psychoactives par le corps et accroît la sensibilité à leurs effets ^[10].

Ces changements, couplés à la polypharmacie courante chez les personnes âgées, augmentent considérablement les risques associés à la consommation de substances chez ce groupe, notamment les troubles de santé concomitants et les interactions médicamenteuses.



Introduction

Personnes âgées

Les besoins et les réalités évoluent avec l'avancement en âge, notamment sur les plans de la retraite, la santé et le niveau d'autonomie. Les définitions et critères pour délimiter cette période varient considérablement ^[4]. Les études gériatriques, par exemple, situent le début de la vieillesse à des âges différents : 50, 55, 65 ou encore 70 ans. Cette absence de consensus montre bien que la population âgée n'est pas homogène. Elle regroupe des personnes aux parcours de vie divers, notamment en

matière de consommation, d'expériences de vieillissement, de niveaux de précarité et d'états de santé. Ce portrait explore les données issues de la littérature relatives à la consommation de cannabis et d'alcool selon différents groupes d'âge associés à cette phase de la vie, avec une emphase sur les réalités des personnes âgées de 65 ans et plus étant donné les changements dans les habitudes de consommation de substances associés au passage à la retraite.



Mise en contexte

Le Québec connaît actuellement un vieillissement marqué de sa population : en 2023, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 21 % de la population, un pourcentage équivalent à celui des jeunes de moins de 20 ans^[41]. Cette proportion est plus élevée que la moyenne canadienne qui se situait à 18 % pour la même année^[41]. Cette tendance ne montre aucun signe de ralentissement, les projections indiquant une croissance significative du nombre de personnes âgées au cours des prochaines décennies. Ce vieillissement de la population, accompagné de défis de santé et de limitations, entraîne déjà des répercussions importantes sur le système de santé et les services sociaux, comme en témoignent les longues listes d'attente pour l'hébergement^[48] et les services à domicile^[49,20]. Ces impacts actuels ne feront que s'amplifier dans les années à venir^[24].

D'ici 2031, la proportion des 65 ans et plus parmi la population générale devrait atteindre les 25,2 % alors qu'en 2041, elle devrait être de 26,0 %^[47].

Le vieillissement démographique actuel est en partie attribuable à l'entrée des *baby-boomers*ⁱⁱ au sein de la population aînée^[23]. **Cette génération se distingue par des changements dans les habitudes de consommation et un rapport plus tolérant et ouvert aux substances**^[42]. Cette évolution serait notamment liée à un accès facilité aux substances^[4,5] et une libéralisation des attitudes sociales envers l'alcool et le cannabis^[3]. On observe une consommation répandue d'alcool^[24] ainsi qu'une popularité croissante de la consommation de cannabis au sein de ce groupe, surtout depuis sa légalisation^[9,25] sous la Loi encadrant le cannabis en vigueur depuis 2018^[26]. Malgré cette tendance, des études indiquent que les personnes âgées manquent d'information sur le cannabis, qu'il s'agisse des bénéfices ou des risques associés à sa consommation^[14,27]. Le *Rapport final du Comité d'experts* publié en 2024 dans le cadre de l'Examen législatif sur la Loi sur

le cannabis identifie notamment des lacunes concernant les connaissances sur les répercussions de la consommation ou de l'exposition au cannabis à différents stades de la vie, en particulier chez les personnes âgées^[28].

L'alcool et le cannabis, étant des substances psychoactives largement consommées au Québec^[29], exercent déjà une pression significative sur le système de santé dans la province. En 2020, les coûts liés à la rémunération des médecins et aux médicaments sur ordonnance s'élevaient à plus de 791 millions de dollars en lien avec l'alcool, tandis que ceux liés au cannabis se chiffraient à près de 47 millions de dollars^[30]. Ces coûts de santé sous-estiment largement l'impact réel puisqu'ils excluent les coûts liés aux hospitalisations, chirurgies d'un jour, visites à l'urgence, services ambulanciers et traitements spécialisés.

Le processus de vieillissement non seulement modifie, mais accentue également les risques associés à la consommation de substances psychoactives^[10,13,31]. Avec le vieillissement d'une génération consommatrice de ces substances, il est probable que la pression exercée sur un réseau de santé déjà surchargé s'intensifie. Le manque de connaissances, particulièrement en ce qui concerne le cannabis, accroît les risques pour une population déjà plus vulnérable aux effets de la consommation. Il est donc important d'analyser les habitudes ainsi que les motifs de consommation propres à cette population afin d'élaborer des stratégies de prévention adaptées, de mettre en place des ressources appropriées et d'assurer une offre de soins en adéquation avec leurs besoins.

ii Le baby-boom désigne la période marquée par une forte augmentation du taux de natalité au Canada, qui s'est étendue de la fin de la Seconde Guerre mondiale en 1945 jusqu'en 1965. Les personnes nées pendant cette période sont communément appelées les baby-boomers [22].

Portrait de la consommation d'alcool et de cannabis chez les personnes aînées au Québec

La consommation de substances psychoactives chez les personnes aînées est souvent méconnue et parfois même niée de la population, celle-ci l'associant plutôt aux individus plus jeunes. En raison de préjugés liés à l'âge, les personnes aînées sont souvent perçues comme étant abstinentes ou peu enclines à consommer. La banalisation de l'alcool entraîne également une minimisation de l'importance accordée à la considération des impacts de cette substance et des actions conséquentes pour réduire les risques associés comparativement à d'autres substances psychoactives. Ces perceptions, combinées à un manque de visibilité dans les médias, contribuent à une sous-représentation de la réalité de la consommation chez les personnes aînées ^[4], pouvant entraîner des enjeux importants pour la prise en charge. Pourtant, **la consommation de substances psychoactives est bien présente au sein de cette population**. L'Enquête québécoise sur la santé de la population révèle qu'en 2019, les ménages québécois aînésⁱⁱⁱ représentaient 20,3 % des dépenses totales liées aux produits du tabac, aux boissons alcoolisées et au cannabis à des fins non thérapeutiques ^[6, 29].

Alcool

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée au Québec ^[7]. En 2019, l'Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues rapportait que 81 % des personnes âgées de 15 ans et plus vivant au Québec avaient consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, la prévalence la plus élevée parmi toutes les provinces canadiennes, dont la moyenne se situait à 76 % ^[32].

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, une augmentation de la proportion de la consommation d'alcool chez les personnes âgées de 65 ans et plus a été observée au Québec, étant passée de 69 % en 2000-2001 à 76 % en 2017-2018 ^[7,8]. Selon les plus récentes données de l'Enquête québécoise sur la santé de la population, cette proportion se situait à 75 % ^[6] en 2020-2021. La proportion de personnes de 65 ans et plus consommant de l'alcool trois fois par mois ou moins augmente avec l'âge tandis qu'elle diminue pour une consommation d'une à six fois par semaine ^[6].

10,3 % des personnes âgées de 65 ans et plus avaient consommé de l'alcool à tous les jours, ce qui représente la fréquence de consommation quotidienne la plus élevée parmi tous les groupes d'âge. Cette consommation quotidienne diminue toutefois avec l'âge (voir Figure 1). La non-consommation atteint une prévalence de 25,1 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus et augmente avec le vieillissement ^[6]. Les femmes âgées de 65 ans et plus consomment moins que les hommes, étant plus nombreuses à déclarer ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois (30 % contre 20 %) ou à en avoir consommé trois fois ou moins par mois (31 % contre 24 %). Les hommes âgés de 65 ans et plus étaient, quant à eux, proportionnellement plus nombreux à avoir déclaré consommer de l'alcool une à six fois par semaine (42 % contre 32 %) ou à tous les jours (14 % contre 7 %) durant les 12 derniers mois ^[6].

Figure 1 : Fréquence de consommation d'alcool chez les personnes âgées de 65 ans et plus au Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021 ^[6, 29]

Fréquence	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et +	Total (65 ans et +)
Non-consommation	21,7 %	28,2 %	37,1 %	25,1 %
Trois fois par mois ou moins	26,7 %	28,7 %	33,3 %	27,9 %
Une à six fois par semaine	40,9 %	33,0 %	21,1 %	36,7 %
Tous les jours	10,6 %	10,1 %	8,6 %	10,3 %

Plus d'une personne âgée de 65 ans et plus sur 10 consomme de l'alcool quotidiennement ^[6,29].

iii Le Portrait des personnes aînées au Québec classe les catégories d'âge selon l'âge de la personne de référence, soit celle qui assume principalement la gestion financière du ménage. Par « ménages aînés », on entend les ménages dont la personne de référence est âgée de 65 ans et plus ^[6].

Le groupe des 45-64 ans se hissait en deuxième position pour la proportion de consommation quotidienne la plus élevée (6,3 %) [6]. Ces personnes étaient toutefois plus nombreuses que celles âgées de 65 ans et plus à déclarer consommer de l'alcool d'une à six fois par semaine (47,4 %) et moins nombreux à rapporter en consommer trois fois par mois ou moins (26,8 %). Elles étaient aussi moins nombreuses à déclarer ne pas avoir consommé d'alcool au cours de l'année 2020-2021 (19,4 % comparativement à 25,1 % chez les 65 ans et plus).

Les personnes âgées de 65 ans et plus sont moins enclines à avoir une consommation élevée d'alcool en une occasion (soit 4 verres ou plus pour les femmes et 5 verres ou plus pour les hommes) par rapport aux plus jeunes, 13,4 % ayant connu une telle consommation en 2020-2021 comparativement à 25,1 % chez les 45-64 ans, 30,2 % chez les 25-44 ans et 22,3 % chez les 15-24 ans [6]. Les hommes âgés de 65 ans et plus étaient plus susceptibles d'avoir déclaré une consommation élevée d'alcool que les femmes du même âge (16,8 % contre 10,3 %). À l'instar de la non-consommation, l'avancée en âge parmi le groupe des 65 ans et plus semble prédire une diminution de la consommation élevée d'alcool en une même occasion (voir Figure 2) [6].

Bien que la proportion de consommation élevée soit la plus faible chez les personnes aînées, la hausse la plus marquée a été observée parmi les personnes âgées de 65 ans et plus qui consomment de l'alcool. L'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes révèle qu'au pays, entre les années 2000 et 2018, cette proportion est passée de 5 % à 12 %, ce qui représente une augmentation de 140 % [7].

Figure 2 : Consommation élevée d'alcool chez les personnes âgées de 65 ans et plus au Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021 [6,29]			
65-74 ans	75-84 ans	85 ans et +	Total (65 ans et +)
17,3 %	9,0 %	2,1 %	13,4 %

Le statut d'occupation peut influencer les habitudes de consommation de substances psychoactives. Certaines personnes retraitées tendent à augmenter leur consommation d'alcool, parfois en développant une consommation élevée en une occasion, cette hausse pouvant perdurer avec le temps [44]. Cette tendance s'observerait plus particulièrement chez les hommes, notamment ceux qui avaient déjà une consommation hebdomadaire d'alcool avant leur départ à la retraite [44]. De plus, une transition à la retraite forcée, c'est-à-dire une retraite imposée par des facteurs externes, semble également être associée à une consommation d'alcool plus élevée [44]. En 2023, l'âge moyen de la retraite au Québec était de 65,5 ans pour les hommes et 64 ans pour les femmes, une tendance à la hausse depuis 2006 [33]. Parallèlement, le taux d'emploi chez les 65 à 69 ans a également augmenté, atteignant 30 % chez les hommes et 19 % chez les femmes [34]. Malgré ces évolutions, peu d'enquêtes se sont penchées sur la consommation de substances psychoactives en fonction du statut d'occupation des personnes aînées, soulignant l'importance de collecter davantage de données afin de mieux comprendre l'incidence de ce rôle sur leurs habitudes de consommation.

Cannabis

Après l'alcool, le cannabis est la deuxième substance récréative la plus consommée au Québec, alors que 17,6 % des personnes âgées de 15 ans et plus déclaraient en avoir consommé lors de l'Enquête québécoise sur la santé de la population de 2020-2021 [29]. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, cette proportion a plus que triplée entre 2014 (quelques années avant la légalisation nationale du cannabis en 2018) et 2021. L'augmentation du taux de 245 % se démarque nettement de l'augmentation observée parmi les autres groupes d'âge (voir Figure 3 et 4) [29]. Bien que le groupe des 65 ans et plus présente la prévalence la plus faible de consommation de cannabis, il a également connu, au Québec [29] et au Canada, l'une des croissances les plus rapides parmi toutes les tranches d'âge, principalement en raison de l'émergence de nouvelles personnes consommatrices [9,25].

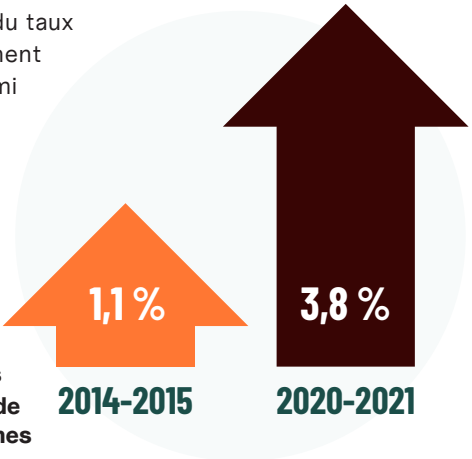


Figure 3 : Évolution de la consommation de cannabis chez les personnes âgées de 65 ans et plus, Enquête québécoise sur la santé de la population [29]

Figure 4 : Évolution de la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois selon l'âge, Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021 ^[29]

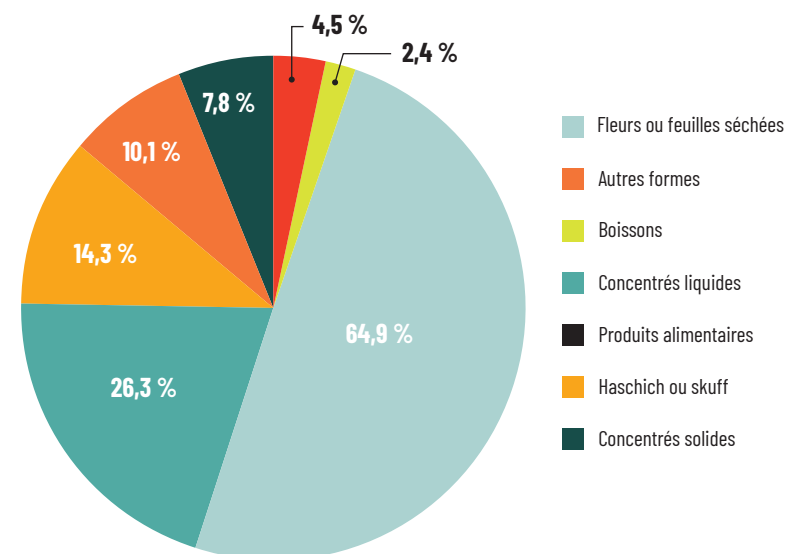
Groupe d'âge	2014-2015	2020-2021	Coefficient multiplicateur ^{iv}	Variation (%) ^v
15 à 24 ans	38,4 %	30,3 %	0,79	- 21,1 %
25 à 44 ans	21 %	27,7 %	1,32	+ 31,9 %
45 à 64 ans	8 %	12,4 %	1,55	+ 55,0 %
65 et plus	1,1 %	3,8 %	3,45	+ 245,0 %

Parmi les personnes québécoises âgées de 65 ans et plus, en 2020-2021, 0,8 % en faisaient un usage quotidien, tandis que 1,2 % en consommaient régulièrement (une fois ou plus par semaine), 0,5 % occasionnellement (de 1 à 3 fois par mois) et 1,2 % moins d'une fois par mois. Ce groupe représente la tranche d'âge avec les proportions de consommation les plus faibles pour toutes les fréquences ^[29]. Le groupe des 45-64 ans affichait, quant à lui, les deuxièmes plus faibles proportions de consommation de cannabis pour toutes les fréquences : 2,6 % en consommaient quotidiennement, 3,2 % régulièrement, 1,6 % occasionnellement et 4,9 % moins d'une fois par mois ^[29].

Les personnes québécoises âgées de 65 ans et plus démontrent **une préférence marquée pour les produits de cannabis se présentant sous la forme de fleurs ou de feuilles séchées (64,9 %) ^[29], consommés principalement par inhalation** (fumées, vapotées ou vaporisées) bien qu'il soit également possible de les ingérer ^[25,35]. Les concentrés liquides sont également populaires (26,3 %) ^[29] et se consomment par inhalation (vapotés ou vaporisés), mais aussi par ingestion orale ^[25,35]. En troisième position, on retrouvait le haschich et le skuff (14,3 %) ^[29], un produit se consommant par

inhalation (fumés ou vapotés) ^[35]. D'autres produits, tels que les produits alimentaires et les concentrés solides, sont également consommés par les personnes âgées de 65 ans et plus, bien que de manière moins importante (voir Figure 5) ^[29].

Figure 5 : Produits de cannabis les plus consommés par les personnes âgées de 65 ans et plus au Québec (%) selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021 ^[29]



Les données de l'Enquête québécoise sur le cannabis de 2023, qui étudie plus largement les personnes de 55 ans et plus, montrent également que les produits les plus populaires et les méthodes de consommation associées coïncident avec les pratiques de consommation les plus répandues. 70,8 % des personnes consommatrices âgées de 55 ans et plus fument le cannabis, 25,4 % utilisent des gouttes orales, 15,5 % en consomment dans des produits alimentaires et 14,6 % optent pour l'ingestion par pilule ^[36].

^{iv} Le coefficient multiplicateur représente combien de fois une valeur initiale a été multipliée pour atteindre une valeur finale. Il inclut à la fois la valeur initiale et l'augmentation ou la diminution relative. Un coefficient supérieur à 1 indique une augmentation ; un coefficient inférieur à 1 indique une diminution.

^v Le taux de variation mesure la proportion d'augmentation ou de diminution entre une valeur initiale et une valeur finale, exprimée en pourcentage.



Vieillesse, consommation et santé

Impacts de la consommation de substances psychoactives lors du vieillissement

La consommation de substances psychoactives, comme le cannabis et l'alcool, se manifeste différemment chez les personnes vieillissantes par rapport aux personnes plus jeunes, avec des effets qui peuvent être plus marqués ou variés chez ces premières. Le processus de vieillissement altère le fonctionnement du corps et de l'esprit, entraînant notamment un ralentissement du métabolisme. Les personnes vieillissantes métabolisent et éliminent ainsi les substances plus lentement, ce qui peut rendre leurs effets plus intenses et prolongés^[40]. De plus, la prise de médicaments, fréquente avec l'avancée en âge, peut également influencer le métabolisme et l'élimination des substances. **Combinés aux changements physiologiques liés au vieillissement, les médicaments peuvent augmenter les risques associés à la consommation de substances psychoactives.** Ils peuvent notamment entraîner des interactions médicamenteuses (mélanges de substances avec les médicaments) et amplifier d'autres troubles de santé existants. Les changements physiologiques associés à l'âge, tels que la diminution de la masse musculaire, la diminution de la teneur en eau corporelle et les problèmes de santé sous-jacents, peuvent à leur tour augmenter la sensibilité aux effets des substances psychoactives et accroître les risques de complications telles que les intoxications, les chutes et les blessures accidentelles^[43,31].



La relation entre vieillissement et consommation de substances psychoactives est bidirectionnelle : la consommation de substances peut elle aussi précipiter ou aggraver des manifestations du vieillissement et la perte d'autonomie^[37]. Les effets du vieillissement et de la consommation de substances interagissent ainsi mutuellement. Les personnes âgées figurent d'ailleurs parmi les populations à risque en période de chaleur extrême, l'occurrence de coup de chaleur et d'hypothermie pouvant être décuplé particulièrement chez les personnes qui consomment de l'alcool^[38-40].

Outre les changements physiologiques associés à l'âge, divers facteurs sociodémographiques peuvent augmenter la vulnérabilité aux effets néfastes de la consommation de substances psychoactives. Les personnes âgées ayant un statut socioéconomique précaire, appartenant à une minorité visible, sexuelle ou de genre, vivant dans des régions ou zones où l'accès aux services est limité, ou présentant des incapacités ou handicaps sont particulièrement à risque^[41,42]. De plus, celles ayant un statut d'immigrant ou autochtone peuvent aussi faire face à une vulnérabilité accrue en raison de défis spécifiques associés à ces statuts^[41,42].

Stigmatisation

Les personnes âgées peuvent faire face à une stigmatisation particulière en matière de consommation de substances psychoactives, accentuée par une intersection complexe de préjugés liés à l'âge et à la consommation. L'âgisme, ou la discrimination basée sur l'âge, imprègne de nombreux aspects de la société, y compris les secteurs de la santé et des services sociaux, le monde du travail, les médias et le système judiciaire^[43]. Cette discrimination peut provoquer des sentiments d'inadéquation et mener à de l'autoâgisme, aussi appelé âgisme autodirigé, où les personnes intègrent ces stéréotypes négatifs et se jugent personnellement en fonction de ceux-ci^[44,45]. L'âgisme engendre des conséquences importantes sur la santé et le bien-être des personnes concernées. À lui seul, l'âgisme est lié à une détérioration de la santé physique et mentale, à plus d'isolement social et à une solitude et une insécurité financière accrues chez les personnes âgées^[43]. Ces effets contribuent à une baisse de la qualité de vie et peuvent également entraîner une mortalité prématurée^[43]. Lorsque combiné à des stéréotypes négatifs associés à la consommation de substances, il crée un double fardeau pour les personnes âgées. Cette dynamique peut limiter leur accès à des soins appropriés et les dissuader de discuter ouvertement de leur consommation.^[4,14,15]

Polyconsommation

La polypharmacie, définie ici comme l'utilisation de cinq médicaments ou plus au cours d'une année, est une réalité fréquente chez les personnes âgées en raison, notamment, du processus de vieillissement, de la présence de multimorbidités et du traitement des maladies chroniques^[46]. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, en 2016, la prévalence de la polypharmacie était plus élevée au Québec (72,8 %) qu'ailleurs au Canada (65,7 %) ^[46]. Cette différence entre la prévalence provinciale et nationale pourrait toutefois

s'expliquer par la structure variée des régimes d'assurance, les types de médicaments couverts ainsi que les méthodologies divergentes utilisées pour comptabiliser ces médicaments^[46]. Chez les personnes québécoises âgées de 65 ans et plus, la prévalence de la polypharmacie atteignait 72,8 % en 2016 alors qu'elle se situait à 62,0 % en 2000. En raison du vieillissement de la population et de la croissance de la multimorbidité, il est attendu que cette prévalence continue de s'accroître^[46].

Cette réalité s'inscrit dans un contexte plus large de surprescription médicamenteuse, où certaines personnes peuvent recevoir des médicaments en grandes quantités ou fréquences, augmentant ainsi les risques d'interactions médicamenteuses et d'effets indésirables^[47,48]. Plus spécifiquement, on observe une forte prescription de benzodiazépines chez les personnes âgées de 65 ans et plus, qui sont parmi les plus grandes consommatrices de cette substance^[49]. **La polypharmacie, intimement liée à la surprescription, est associée à de nombreux impacts sur la santé** (hospitalisations, mortalité, chutes et fragilité)^[46] et peut entraîner des effets secondaires indésirés et potentiellement dangereux^[48]. Elle peut également altérer les effets attendus et recherchés des médicaments prescrits et accroître ces risques lorsqu'elle est combinée à la consommation de substances psychoactives^[31,50]. En effet, les effets du cannabis et de l'alcool, associés à la diminution des capacités physiques et cognitives liées à l'âge, peuvent compromettre l'équilibre et la coordination motrice et ainsi augmenter le risque de

En 2016, la prévalence de la polypharmacie était plus élevée au Québec (72,8 %) qu'ailleurs au Canada (65,7 %) ^[46]



chutes et de blessures graves^[54]. Ces risques sont donc non seulement accrus en présence d'une polyconsommation combinant la consommation de substances psychoactives non prescrites et de médicaments d'ordonnance, mais se cumulent d'autant plus en contexte de polypharmacie.

Les chutes, en particulier, sont une préoccupation majeure chez les personnes âgées et sont associées à un risque accru de fractures, de traumatismes crâniens et d'autres blessures graves^[52]. Elles peuvent nécessiter une intervention chirurgicale, laquelle peut à son tour entraîner des complications, telles qu'un délirium post-opératoire^{vi}. Ce dernier peut fragiliser la condition cognitive de la personne, rendant la récupération encore plus difficile^[54], et peut notamment se cumuler aux troubles cognitifs liés à l'alcool. Les chutes représentent la principale cause de blessures chez les personnes âgées de 65 ans et plus au Canada, et toucheraient entre 20 % et 30 % d'entre elles chaque année^[55].

Selon l'Enquête canadienne sur la santé des aînés, en 2020 au Québec, 14,0 % de la population âgée de 65 ans et plus avait subi une chute au cours des 12 derniers mois, touchant ainsi 225 100 personnes^[56]. Les femmes sont particulièrement touchées, avec un taux de chutes atteignant 17,9 %, contre 9,7 % chez les hommes pour la même année^[56]. Il est également estimé qu'un tiers du million de personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile subira une chute au cours de l'année^[57]. D'après l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), les chutes ont, par ailleurs, causé 21 644 décès dans la province entre 2000 et 2019, dont 91,9 % concernaient des personnes âgées de 65 ans et plus^[57]. La mortalité par chutes est en augmentation chez ce groupe d'âge, particulièrement chez les personnes âgées de 85 ans et plus où une hausse significative a été observée, selon les données de l'INSPQ (voir Figure 6a)^[58]. Le taux de mortalité par chute a également augmenté chez les femmes âgées de 65 ans et plus comparativement aux hommes du même âge (voir Figure 6b)^[58].

Figure 6a : Évolution du taux de mortalité par chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus au Québec entre 2007 et 2021 par 100 000 habitants selon l'âge, tiré et adapté de l'INSPQ^[58]

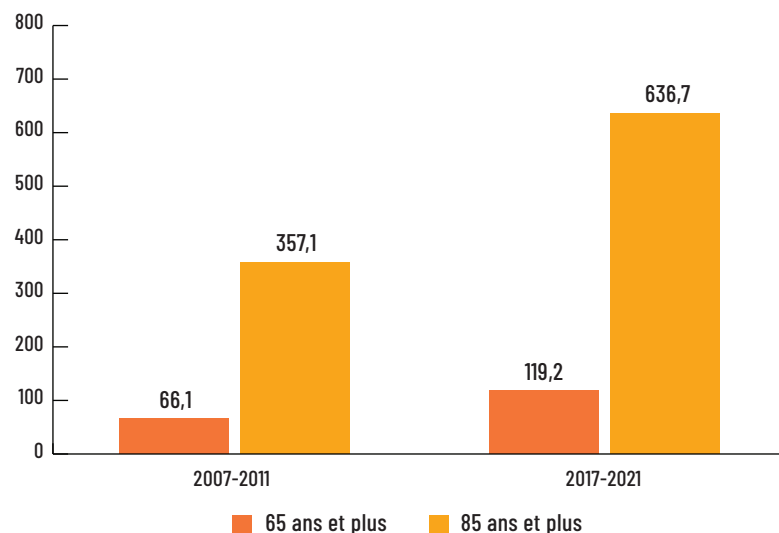
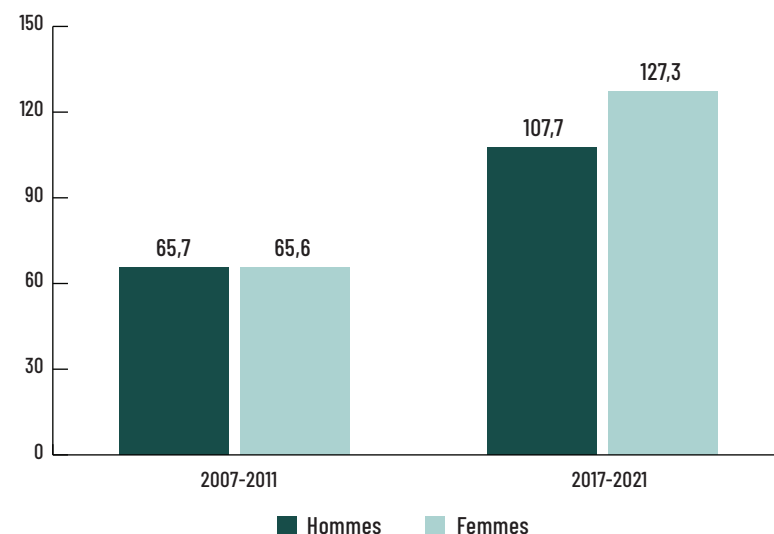


Figure 6b : Évolution du taux de mortalité par chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus au Québec entre 2007 et 2021 par 100 000 habitants selon le sexe, tiré et adapté de l'INSPQ^[58]



vi Un épisode de délirium post-opératoire peut apparaître après une opération ou un séjour aux soins intensifs. C'est un état de confusion, où la personne concernée est déconnectée de la réalité et change rapidement de comportement. Il affecte plus particulièrement les personnes âgées^[53].



En 2022, sur les **5,5 millions** de titulaires de permis de conduite au Québec, **près de 1,2 million** étaient âgés de 65 ans et plus ^[62]

s'attend à ce que ce chiffre s'élève à 1,5 millions d'ici 2030 ^[62]. L'Institut de la statistique du Québec rapporte que la conduite d'un véhicule automobile était notamment le mode de transport le plus couramment utilisé, soit par 64 % des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec en 2019, alors que 24 % se déplaçaient principalement en tant que passagère, 9 % utilisaient les taxis, transports adaptés ou transports en commun et 3 % optaient pour la bicyclette, la marche, le fauteuil roulant ou la voiturette motorisée ^[63].

Selon un sondage de l'ASPQ mené par Léger en 2020-2021, les personnes âgées de 65 ans et plus sont bien conscientes que le cannabis peut affecter la conduite automobile (91,6 %) ^[64]. L'Enquête québécoise sur le cannabis de 2021 révèle toutefois que **ce groupe d'âge affiche la proportion la plus élevée de personnes croyant que la consommation de cannabis n'affecte pas la capacité à conduire** (4,6 % comparativement à 4,0 % et moins dans les autres tranches d'âge) ^[65]. De plus, l'édition de 2023 indique que les personnes âgées de 55 ans et plus constituent le deuxième groupe d'âge le plus concerné par la conduite après avoir consommé du cannabis (10,4 %) juste derrière les 25-34 ans (10,9 %) ^[36]. D'autres données tirées de l'Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues de 2019 montrent que, parmi les personnes québécoises ayant conduit un véhicule après avoir consommé 2 verres ou plus d'alcool dans les 2 heures précédentes, les personnes âgées de 65 ans et plus forment le deuxième groupe avec la plus grande proportion (21 %), après les 55-64 ans (24 %) ^[66].

Sécurité routière

La consommation de cannabis et d'alcool est associée à un affaiblissement des facultés cognitives telles que la concentration, la mémoire, la perception, la prise de décision et le temps de réaction, peu importe l'âge. Le processus de vieillissement et la prise de médicaments prescrits peuvent aussi altérer ces capacités ^[40,54,59-61] qui sont, entre autres essentielles à la conduite automobile. Leur combinaison accentue donc d'autant plus les risques de conduite avec capacités affaiblies.

En 2022, sur les 5,5 millions de titulaires de permis de conduite au Québec, près de 1,2 million étaient âgés de 65 ans et plus ^[62]. Les projections démographiques estimant que le quart de la population québécoise sera alors âgé de 65 ans et plus, la Société de l'assurance automobile du Québec

Les personnes âgées représentent la plus grande proportion de conduite avec les capacités affaiblies par l'alcool au Québec. 24 % des 55-64 ans auraient conduit après avoir consommé 2 verres ou plus d'alcool dans les 2 heures précédentes, suivi de 21 % des 65 ans et plus ^[66].

Impacts sur la santé mentale et physique

En plus de l'affaiblissement accru des capacités physiques et cognitives, la consommation de cannabis et d'alcool peut engendrer ou accentuer des effets sur la santé mentale et physique. Bien que des effets positifs soient rapportés dans la littérature ^[12,67], comme la facilitation de la socialisation, le soulagement de l'ennui, la détente et la réduction du stress et de la douleur, l'utilisation de ces substances est associée à un risque amplifié de développer ou d'aggraver des problèmes de santé mentale tels que l'anxiété, la dépression ^[50] et les troubles psychotiques ^[61]. De plus, les troubles liés aux substances psychoactives sont associés à un vieillissement prématuré, ce qui augmente notamment le risque de déclin cognitif précoce et le développement de diverses formes de démence ^[68].

La consommation d'alcool à tout âge est reconnue comme un facteur de risque au développement de diverses maladies plus tard dans la vie, telles que les dommages au foie, les problèmes cardiaques, la démence et plusieurs types de cancers ^[69]. C'est notamment chez les personnes âgées de 65 à 74 ans que l'on constate la proportion la plus importante de nouveaux cancers diagnostiqués au Canada ^[70]. Le cancer du sein et le cancer colorectal, par exemple, sont tous deux associés à la consommation d'alcool ^[71] et figurent parmi les cancers les plus fréquents chez les personnes âgées de 60 ans et plus au pays en 2018 ^[72].

Le cannabis peut avoir des effets néfastes sur le système cardiovasculaire et pulmonaire, surtout lorsque consommé par inhalation ^[10,60]. Cette méthode est généralement associée à la consommation des produits de cannabis les plus populaires (feuilles séchées, concentrés liquides, haschich) auprès des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec en 2020 ^[29]. Bien que la vaporisation soit considérée comme une technique de consommation produisant moins de substances nocives que la fumée, les données actuellement disponibles ne permettent pas de confirmer que ce mode de consommation est réellement plus sécuritaire ^[74]. En ce qui concerne le vapotage, les effets à long terme des aérosols et des particules en suspension contenues dans ces produits demeurent méconnus ^[73].



Quelques recherches indiquent que la consommation de cannabis peut avoir des effets apaisants à court terme et réduire les symptômes associés à certains problèmes de santé ^[59,61]. Ces recherches n'ayant pas été réalisées auprès de personnes âgées, ces résultats ne sont que peu généralisables à cette population qui présente des caractéristiques particulières pouvant modifier ces effets, tels que les changements physiologiques liés au vieillissement, la prise de médicaments, et les problèmes de santé ^[64].



Troubles liés aux substances

Intoxication aux substances

L'intoxication représente un risque supplémentaire de la consommation de cannabis et d'alcool, particulièrement dans le contexte où le dosage n'est pas régulé au même titre qu'un médicament d'ordonnance. D'après l'Agence de la santé publique du Canada, en 2016 et 2017, l'alcool figurait notamment parmi les trois principales substances impliquées dans les 705 décès dus à une intoxication aiguë chez les personnes âgées de 60 ans et plus au Canada, après le fentanyl et la cocaïne^[75].

Chez les personnes âgées, l'intoxication au cannabis est particulièrement préoccupante en raison de la forte teneur en THC (principal composé psychoactif du cannabis) des produits contemporains disponibles sur le marché légal et illégal. En 1970, le cannabis contenait environ 1 % de THC; en 1995, cette moyenne avait augmenté à 4 % pour finalement atteindre les 15 à 30 % en 2024^[10,59,76]. Même si plusieurs produits offerts à la SQDC présentent des concentrations de THC pouvant atteindre les 30 %^[76], celle-ci est dans l'obligation d'afficher le taux de concentration de THC sur l'emballage et de limiter cette concentration dans les produits^{vii} afin d'éviter les intoxications et la consommation accidentelle. Cependant, des changements proposés à la Loi sur le cannabis au Canada pourraient éventuellement permettre aux provinces de retirer les spécifications afférentes aux taux de THC et de CBD contenus dans les produits de cannabis^[78].

Les personnes âgées ayant consommé du cannabis durant leur jeunesse, y compris les *baby-boomers*, peuvent supposer que la teneur en THC est restée stable au fil des ans, les exposant à un risque accru d'intoxication lorsqu'elles consomment les produits contemporains beaucoup plus puissants.

Dépendance

Bien que des perceptions, souvent liées à des représentations sociales, puissent donner l'impression que les enjeux de consommation n'affectent pas les personnes âgées ou ne se développent pas à ce stade de la vie, la réalité est que **ce groupe de la population peut tout autant être confronté à des troubles liés aux substances**^{viii}. Selon l'Enquête canadienne sur la santé mentale et l'accès aux soins, 1,1 % des personnes âgées de 65 ans et plus au Canada présentaient un trouble lié à l'utilisation de substances en 2022^[81]. Ces troubles peuvent avoir des origines précoces, persistant tout au long de la vie, mais peuvent aussi se manifester tardivement, pendant la vieillesse^[82]. **Plusieurs facteurs associés à cette période de la vie contribuent au risque de développer un trouble d'utilisation de substances**, notamment une vulnérabilité psychologique et physiologique accrue, influencée par un cumul de deuils, de pertes, de changements de

vii Loi encadrant le cannabis (C-5.3, a. 28 et 44, 2e et 3e al.) : Limité à 30 % poids par poids, 10 mg par emballage et 5 mg par portion unitaire distinguable pour les comestibles sous forme solide et 5 mg pour les comestibles sous forme liquide^[77].

viii Les troubles liés aux substances (TLS) regroupent les troubles d'utilisation d'une substance (TUS) tels que « l'abus » ou la dépendance, les troubles induits par une substance et les intoxications^[80].

vie, de problèmes de santé et de douleur chronique^[4]. Ces réalités sont associées à de la polypharmacie au niveau des médicaments^[4], laquelle pourrait s'ajouter par extension à une consommation de substances non prescrites.

La littérature suggère qu'il existe une tendance à l'augmentation des troubles d'utilisation de substances chez les personnes âgées^[4]. Il est cependant **difficile de suivre cette tendance avec les données disponibles au grand public**, car les études sur les troubles liés aux substances excluent souvent les personnes âgées, tandis que les recherches en gériatrie abordent rarement les enjeux de dépendance souvent en raison d'un manque d'intérêt clinique ou de fausses croyances sur l'utilité de telles études, comme l'idée reçue selon laquelle les personnes âgées n'ont pas d'intérêt à changer leurs habitudes ou que l'accès au plaisir prévaut à la santé à ce stade de la vie^[4].

Un autre défi dans le suivi des troubles d'utilisation de substances réside dans la variabilité des définitions de la vieillesse et des critères délimitant cette période de la vie^[4]. Certaines études situent la vieillesse à partir de 55 ans, tandis que d'autres la définissent à partir de 65 ou même 70 ans. De ce fait, **la prévalence des troubles liés aux substances serait sous-estimée chez les personnes âgées**. Des données québécoises rapportées par l'INSPQ soutiennent qu'un peu plus de 6 hommes âgés de 65 ans et plus sur 1000 étaient diagnostiqués avec un trouble d'utilisation d'alcool en 2016, présentant la prévalence la plus importante parmi tous les groupes d'âge masculins, suivi de près par les 50-64 ans^[83]. Un peu moins de 2 femmes âgées de 65 ans et plus sur 1000 étaient diagnostiquées avec un trouble d'utilisation d'alcool, une prévalence similaire aux autres groupes d'âge féminin à l'exception des 12 à 17 ans (moins d'une sur 1000).



Les troubles liés aux substances peuvent notamment se manifester par des symptômes de sevrage. Les personnes qui consomment régulièrement de l'alcool ou du cannabis, ou qui en consomment depuis longtemps, peuvent démontrer des symptômes tels que de la douleur, de la transpiration, de l'irritabilité, des nausées ou des diarrhées lorsqu'ils arrêtent ou réduisent leur consommation^[25,84,85]. Au Québec, entre 2001 et 2016, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient le groupe d'âge ayant la prévalence annuelle la plus élevée de sevrage alcoolique^[83]. La prévalence était d'environ 3 femmes âgées de 65 ans et plus sur 1000, comparativement à moins de 1 femme sur 1000 dans les autres groupes d'âge en 2016. Pour les hommes du même âge, la prévalence était d'environ 3,5 pour 1000, tandis qu'elle était inférieure à 1,5 sur 1000 chez les autres groupes d'âge.

... 10 % des personnes âgées de 50 ans et plus aux prises avec un trouble d'utilisation d'alcool parviennent à accéder à des ressources et des soins ^[84].



Détection et repérage

Le repérage des troubles liés aux substances chez les personnes âgées peut être entravé par plusieurs obstacles, sans compter la confusion possible avec les effets secondaires attribuables aux médicaments prescrits. **La présentation clinique de ces troubles peut être confondue par les prestataires de soins avec des manifestations normales du vieillissement**, ce qui retarde souvent le repérage et nécessite parfois l'apparition de complications (maaises, chutes, confusions) pour une identification ^[4,84]. Elle tend également à favoriser l'invisibilisation des troubles liés aux substances chez les personnes âgées. Par le fait même, le manque de formation spécialisée sur la consommation de substances psychoactives chez les personnes âgées rend les prestataires de soins peu équipés à détecter efficacement les signes de troubles liés aux substances chez cette population ^[9,86].

Les critères et outils couramment utilisés pour repérer le niveau de risque ou le niveau de soins nécessaire ne sont pas toujours adaptés aux personnes âgées et manquent ainsi la sensibilité requise pour ce groupe démographique. Un repérage basé sur les quantités consommées, par

exemple, peut se révéler inefficace chez les personnes âgées en raison des changements physiologiques associés à la vieillesse qui augmentent les effets des substances tout en diminuant la tolérance ^[4]. Certains guides ont toutefois été développés pour faciliter le repérage des troubles liés aux substances chez les personnes âgées, comme les *Lignes directrices sur les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives chez les personnes âgées* élaborées par la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) et l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie (ACGP) qui proposent notamment des critères d'identification spécifiques à cette population ^[87].

Des croyances erronées souvent liées à l'âgisme, telles que la non-existence des troubles d'utilisation de substances ou la non-nécessité d'agir pour ce genre de troubles chez ce groupe démographique, peuvent aussi conduire à un sous-repérage ^[4]. De plus, certains membres du personnel de la santé peuvent ressentir de l'appréhension à discuter de la consommation de substances avec leurs patientes et patients âgés lors de consultations, craignant de les froisser ou de les infantiliser ^[4,84]. Les personnes âgées elles-mêmes peuvent associer leurs symptômes à des manifestations normales du vieillissement et éprouver des difficultés ou des réticences à demander de l'aide, notamment par peur d'être jugées ^[4].

Les troubles cognitifs, de plus en plus prévalents avec l'avancement en âge, peuvent aussi impacter la propension de certaines à demander ou rechercher de l'aide ou encore à prendre conscience de leur situation ^[4]. Le manque de communication avec l'entourage des personnes âgées, qui pourrait autrement aider les prestataires de soins à repérer la consommation et le niveau de risque associé, peut représenter un autre obstacle important ^[4]. On constate une méconnaissance concernant le risque de développer une dépendance au cannabis : selon l'Enquête québécoise sur le cannabis 2021, **8,3 % des personnes âgées de 55 ans et plus ne savent pas qu'il existe un tel risque, ce qui représente la proportion la plus élevée parmi tous les groupes d'âge** (7,6 % et moins chez les autres groupes d'âge) ^[65].

En raison du manque de reconnaissance des troubles liés aux substances chez les personnes âgées, l'offre et l'accès à des soins adaptés spécifiques à ce groupe d'âge sont largement limités ^[4]. Selon la littérature, moins de 10 % des personnes âgées de 50 ans et plus aux prises avec un trouble d'utilisation d'alcool parviennent à accéder à des ressources et des soins ^[84]. Pourtant, le pronostic du traitement des troubles liés aux substances chez les personnes âgées est considéré comme bon, parfois même meilleur que chez les individus plus jeunes ^[4,86].



Motifs de consommation

Les motivations des personnes âgées à consommer de l'alcool et du cannabis sont variées et souvent influencées par des facteurs sociaux, médicaux et psychologiques. Bien qu'un usage non thérapeutique soit souvent associé aux jeunes adultes, les personnes âgées consomment elles aussi des substances psychoactives de façon récréative^{ix}. Leurs pratiques de consommation sont cependant généralement davantage guidées par des besoins et des changements spécifiques à cette période de la vie.

Accès légal au cannabis

L'augmentation de l'acceptabilité sociale depuis la légalisation du cannabis à des fins non médicales au Canada, survenue en 2018 après la légalisation de son usage médical en 1999, pourrait expliquer la croissance rapide de l'usage de cannabis observée chez les personnes âgées de 65 ans et plus^[9,25]. Cette légalisation aurait contribué à normaliser et à déstigmatiser le cannabis, tout en modifiant la perception de sa nocivité, rendant cette substance et sa consommation plus acceptables socialement^[14,88].

Avant cette légalisation, le cannabis était généralement perçu comme socialement inacceptable, ce qui influençait fortement les perceptions des personnes âgées, qui ont grandi dans un contexte où sa consommation était criminalisée. Avec l'évolution des perceptions sociales, particulièrement l'augmentation de l'acceptabilité de la consommation de cannabis au sein



de l'entourage, les personnes âgées ont progressivement modifié leur vision de cette substance^[88]. Elles seraient désormais plus enclines à la consommer, particulièrement à des fins thérapeutiques^[88]. Par ailleurs, l'émergence des commerces de cannabis à travers le pays et la présence accrue de cette substance dans les médias auraient également contribué à accroître sa visibilité et à intégrer sa consommation comme une pratique plus courante^[14,88]. Les expériences passées avec le cannabis en tant que substance illégale pousseraient toutefois encore certaines personnes âgées à croire qu'elles sont jugées pour leur consommation, même à des fins thérapeutiques, les incitant ainsi à dissimuler leur usage, notamment auprès des prestataires de soins^[15]. Selon l'Enquête québécoise sur le cannabis de 2021, 8,6 % des personnes consommatrices âgées de 55 ans et plus se sentaient souvent ou parfois jugées négativement en raison de leur consommation de cannabis, tandis que 10,9 % le ressentaient rarement et 64,2 % n'avaient jamais cette impression^[65].

Usage thérapeutique

L'usage thérapeutique est largement identifié comme l'une des motivations principales à consommer du cannabis ou de l'alcool chez les personnes âgées, de façon souvent prédominante aux fins de plaisir ou de socialisation. Le cannabis et l'alcool sont notamment utilisés pour répondre à des enjeux physiques courants associés au vieillissement, tels que les douleurs physiques et chroniques, les troubles du sommeil [9,12] et de l'appétit [10]. Elles optent pour ces substances comme une alternative aux médicaments prescrits [9], soit par manque d'accès (faute d'ordonnances) [4] ou pour cesser la prise de médicaments sur ordonnance [25]. Selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population de 2020-2021, 43 % des personnes âgées de 65 ans et plus se considéraient en très bonne ou en excellente santé. Cette proportion diminue toutefois avec l'avancée en âge : alors que 48 % des personnes de 65 à 74 ans se percevaient en très bonne ou en excellente santé, ce taux se situe à 38 % pour celles âgées de 75 à 84 ans et à 27 % chez les 85 ans et plus [29, 89], ce qui pourrait expliquer en partie l'usage de substances à des fins thérapeutiques.

Des croyances concernant les effets positifs d'une consommation modérée d'alcool, particulièrement liés à la prévention de maladies cardio-vasculaires [12,90], et des doutes concernant les risques de l'alcool pour la santé [90] semblent persister. En ce qui concerne le cannabis, on remarque un intérêt grandissant chez les personnes âgées de son utilisation à des fins de santé [25]. Statistique Canada indique qu'au pays, en 2019, près de trois personnes consommatrices de cannabis âgées de 65 ans plus sur quatre en faisaient usage pour des raisons médicales [91]. La même année, les personnes canadiennes âgées de 65 ans et plus représentaient notamment la tranche d'âge ayant eu le plus recours au cannabis dans le but de soulager de la douleur (72 %

comparativement à 67 % et moins chez les autres groupes d'âge) [92].

Bien que 53,4 % des 55 ans et plus ayant consommé du cannabis en 2021 l'aient fait à des fins thérapeutiques, seulement 13 % avaient une autorisation médicale selon l'Enquête québécoise sur le cannabis [65].

En comparaison, cette proportion était de 41,1 % ou moins chez les autres groupes d'âge et diminuait avec la jeunesse (plus le groupe est jeune, moins il consomme pour cette raison) [65].

L'usage récréatif ou non médical de cannabis demeurerait toutefois largement désapprouvé chez ce groupe démographique au Canada [88]. Ce constat fait écho aux résultats d'enquêtes récentes sur le sujet. Selon un sondage de l'ASPQ mené par Léger en 2020-2021, les personnes âgées de 65 ans et plus étaient significativement moins nombreuses que celles des autres tranches d'âge à considérer la consommation récréative à des fins non médicales comme socialement acceptable (29,2 % comparativement à 39,1 % et plus chez les autres groupes d'âge) [64,93]. L'Enquête québécoise sur le cannabis a révélé que les personnes de 55 ans et plus désapprouvaient le plus la consommation occasionnelle de cannabis à des fins non médicales (36,5 %), suivies de près par les 15-17 ans (36,3 %), tandis que chez les autres groupes d'âge, ce chiffre était de 30 % ou moins, en 2021. La perception de la consommation occasionnelle à des fins non médicales a toutefois grandement évolué ces dernières années chez les personnes âgées de 55 ans et plus : en 2018, 56,5 % d'entre elles jugeaient cette consommation inacceptable [65]. Malgré cette perception plus négative à l'égard de la consommation de cannabis à des fins récréatives, 52,2 % des personnes âgées de 55 ans qui consommaient du cannabis le faisaient pour des raisons non thérapeutiques en 2021. Bien que cette proportion soit relativement élevée, elle reste inférieure à celle observée dans tous les autres groupes d'âge où elle s'élève à 63,9 % ou plus [65].

Les risques pour la santé associés à la consommation de cannabis seraient perçus comme minimes par plusieurs personnes âgées, celles-ci y attribuant plutôt des effets bénéfiques sur la santé [14]. Cette perception pourrait expliquer en partie la hausse significative de l'usage de cannabis chez ce groupe d'âge [25]. Il existe encore peu de preuves concernant l'efficacité du cannabis pour traiter divers problèmes de santé et les données limitées disponibles n'ont généralement pas été recueillies à l'aide d'études portant spécifiquement sur des personnes âgées. Certaines études suggèrent toutefois que la consommation de cannabis pourrait offrir des avantages thérapeutiques dans des cas particuliers, tels que les nausées et vomissements liés à la chimiothérapie, les spasmes ou raideurs musculaires associés à certaines scléroses, la douleur neuropathique chronique ainsi que la douleur en soins palliatifs et en fin de vie [25,61,64]. Toujours selon l'Enquête québécoise sur le cannabis, en 2021, 40,8 % des personnes âgées de 55 ans et plus considéraient que le risque pour la santé associé à la consommation occasionnelle de cannabis était minime. Cette proportion chutait toutefois à 13,0 % lorsqu'il était question d'une consommation régulière. Ce groupe d'âge était le moins enclin à percevoir

comme minimise le risque pour la santé associé à la consommation de cannabis, qu'elle soit occasionnelle ou régulière. Cette perception du risque minimise toutefois augmenté depuis 2018, se situant à 35,1 % pour la consommation occasionnelle et 11,3 % pour la consommation régulière [65].

Santé psychologique

La consommation de cannabis et d'alcool peut aussi servir de mécanisme d'adaptation face aux émotions associées à des changements significatifs caractérisant la période du vieillissement tels que la retraite, le deuil ou la maladie [43]. Ces substances peuvent être perçues comme des moyens de soulager l'anxiété, le stress, l'isolement social, l'ennui, la solitude ou la tristesse qui accompagnent souvent ces transitions et épreuves [12,13,90]. La retraite, par exemple, peut entraîner un bouleversement radical de la routine et de statut social, tandis que la perte de proches peut déclencher une détresse émotionnelle, incitant à l'usage de substances [90]. Des données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes montrent que 77 % des personnes âgées de 65 ans et plus estimaient avoir une santé mentale très bonne ou excellente en 2019-2020 au Québec [94]. Cependant, d'après l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 12 % rapportaient éprouver parfois ou souvent le sentiment d'être tenus à l'écart, 13 % se disaient isolés et 26 % indiquaient manquer de compagnie [6]. Bien que ces proportions puissent sembler modestes, elles représentent 192 700 à 422 200 personnes [6]. De plus, la même enquête indique que 9 % des personnes âgées de 65 ans et plus se disaient insatisfaites de leur vie sociale en 2020-2021, un résultat qui doit toutefois être considéré dans le contexte particulier de la pandémie de COVID-19. [95]

Les défis de santé liés à l'âge, comme les maladies chroniques, peuvent à leur tour provoquer de l'anxiété et encourager le recours à un soulagement immédiat par la consommation de cannabis ou d'alcool [13,90]. Selon l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2019-2020, les personnes canadiennes âgées de 65 ans et plus se tourneraient toutefois moins vers la consommation de cannabis que les individus plus jeunes pour soulager des symptômes d'anxiété et de dépression (12 % comparativement à 26 % et plus chez les autres groupes d'âge) [92]. Un sondage de l'ASPQ mené par Léger en 2023 montrent des résultats similaires avec l'alcool, où les personnes québécoises répondantes âgées de 55 ans et plus étaient significativement moins nombreuses à rapporter consommer de l'alcool pour apaiser des manifestations de stress ou d'anxiété (13 % comparativement à 23 % et plus chez les autres groupes d'âge) ou pour contrer la déprime (6 % comparativement à 18 % chez les autres groupes d'âge) [96].

Culture et normes sociales

L'influence de la culture et des normes sociales sur les habitudes de consommation d'une population est significative [97]. Ce phénomène est particulièrement marqué dans les sociétés où la consommation de substances est largement acceptée, voire valorisée comme un moyen de détente, de célébration ou de socialisation. L'étude *Updated Understanding of the Experiences and Perceptions of Alcohol Use*, menée au Canada auprès de personnes âgées de 50 ans et plus, a révélé que ces dernières perçoivent la culture canadienne comme favorable à l'usage d'alcool, exerçant une influence considérable sur leurs propres habitudes de consommation [12]. À l'instar des générations plus jeunes, quoique de façon moins importante, les personnes âgées consomment du cannabis ou de l'alcool pour se détendre, célébrer ou socialiser lors d'événements [12,14,90]. Selon cette même étude, il semble que les personnes âgées ressentent également une pression sociale à consommer dans ces circonstances, certaines d'entre elles mentionnant boire de l'alcool pour répondre aux attentes dans divers contextes sociaux [12]. La consommation de substances chez les personnes âgées peut également être devenue une habitude ancrée au fil du temps, influencée elle aussi par les normes sociales et les routines établies [90].



77 % des personnes âgées de 65 ans et plus estimaient avoir une **santé mentale très bonne ou excellente** en 2019-2020 [94]



Contextes entourant la consommation

Milieux de vie collectifs

En 2021 au Québec, 91 % des personnes âgées de 65 ans plus vivaient dans un ménage privé^x, tandis que 9 % résidaient dans un logement collectif^{xi}, tel que les résidences privées pour aînés (RPA)^{xii} et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)^{xiii} [6]. Parmi ces personnes résidant en logements collectifs, moins de 3 % vivaient en CHSLD [33]. **Dans certains milieux de vie collectifs, la consommation de substances psychoactives est rapportée comme un enjeu significatif** sur les plans de la santé, du bien-être et de la sécurité des personnes consommatrices, des autres personnes résidentes et du personnel [16]. Cette consommation complexifierait la prestation de soins, notamment au sein des ressources intermédiaires (RI)^{xiv} et des CHSLD où résident des personnes âgées confrontées à des pertes d'autonomie importantes ainsi qu'à des déficits physiques

et cognitifs sévères [16]. Pour le personnel, elle nécessite également de trouver un équilibre entre le respect des droits individuels à consommer et la prévention de ces possibles répercussions [16,101]. Malgré ce constat, **il n'existerait actuellement aucune directive claire au Québec concernant la consommation de substances chez les personnes âgées vivant en milieux collectifs** [16].

La politique québécoise en matière d'hébergement et de soins de longue durée reconnaît pourtant la réalité de la consommation de substances psychoactives parmi les personnes résidentes, notant qu'environ 10 % de celles ayant besoin de ces services rencontrent des troubles liés aux substances psychoactives, principalement l'alcool [102]. Cette politique souligne également l'importance du respect de la dignité individuelle, de l'exercice des droits et du soutien à l'autodétermination et ne fournit pas d'indication précise aux établissements pour gérer les enjeux liés [102]. **Ainsi, les établissements adoptent des approches variées quant à la gestion de la consommation de substances psychoactives :** certains permettent cette pratique, d'autres l'interdisent formellement, et d'autres encore la permettent sous certaines conditions spécifiques. Cette absence d'indications se reflète également dans les services offerts en lien avec la consommation de substances psychoactives. Les équipes travaillant au sein de ces établissements développent souvent des pratiques informelles et non standardisées pour répondre aux besoins des personnes résidentes, en l'absence de lignes directrices formelles. Cela peut inclure le dépistage de troubles de l'usage, la création d'espaces dédiés à la consommation, l'accès à du matériel de consommation sécuritaire, des modalités d'approvisionnement des substances et la supervision de la consommation [16]. Les initiatives plus structurées demeurent quasiment absentes au Québec [16].

x « Ménage privé » réfère ici à un ménage constitué d'une personne seule, d'un couple, ou de plusieurs personnes, qu'elles soient apparentées ou non, habitant un logement privé [6].

xi Un logement collectif est un logement de type commercial, institutionnel ou communautaire, qui offre des soins ou des services ou qui inclut des installations communes, comme une cuisine ou une salle de bain, que les personnes résidentes partagent [6].

xii Une résidence privée pour aînés est un immeuble locatif principalement destiné aux personnes âgées de 65 ans et plus. Elle propose divers services, tels que des soins infirmiers, des repas, l'entretien ménager et des activités de loisirs [98].

xiii Les centres d'hébergement de soins de longue durée sont des établissements spécialisés offrant un milieu de vie adapté aux personnes nécessitant une assistance et des soins intensifs plusieurs heures par jour [99].

xiv Les ressources intermédiaires (RI) sont des établissements rattachés à un établissement public du réseau de la santé et des services sociaux qui, pour permettre à un usager de rester ou de s'intégrer dans la communauté, lui fournit un milieu de vie adapté à ses besoins ainsi que les services de soutien ou d'assistance nécessaires. Elles accueillent principalement des adultes ayant une déficience intellectuelle, un trouble envahissant du développement, une déficience physique, une perte d'autonomie liée au vieillissement, un trouble de santé mentale, un problème de dépendance, ou une combinaison de ces problèmes. Le bâtiment ou le local où les services d'une ressource intermédiaire sont fournis n'est pas considéré comme une installation maintenue par l'établissement public auquel cette ressource est associée [100].

Selon l'article 13 de la Loi encadrant le cannabis, des fumeurs fermés où la consommation de cannabis est autorisée peuvent être aménagés dans divers lieux, tels que les établissements de santé ou de services sociaux et les RI^[103]. Sont inclus également les espaces communs des immeubles résidentiels comportant plusieurs logements, les aires communes des résidences pour personnes âgées, ainsi que les maisons de soins palliatifs et les endroits proposant des services de soutien aux personnes en détresse ou en situation de vulnérabilité^[103]. Bien que cette loi permette l'aménagement de fumeurs dans les RI, leur utilisation pour la consommation de cannabis demeure à la discrétion des propriétaires^[104].

Du côté des CHSLD, qui constituent des établissements publics, la consommation de cannabis est acceptée uniquement au sein des établissements équipés de fumeurs ventilés^[105]. La décision de permettre ou non la consommation de cannabis dans les RPA et les RI relèverait plutôt de la discrétion des propriétaires. L'article 16 de la Loi encadrant le cannabis interdisant la consommation dans les espaces publics^[103], les personnes âgées résidant au sein d'établissements ne permettant pas la consommation de cannabis se retrouvent donc sans lieu de consommation autorisé et, par le fait même, ne bénéficient pas de soutien en cas de réactions adverses.

Sources d'information

Plusieurs études récentes menées au Canada auprès de personnes âgées de 55 ans et plus se sont penchées sur les informations recherchées par les personnes âgées concernant l'usage de substances psychoactives, en particulier le cannabis, ainsi que sur les sources auprès desquelles elles se tournent pour obtenir ces informations^[9,14,27]. Ces dernières expriment un fort désir d'en apprendre davantage sur les risques, les bénéfices et les applications médicales et thérapeutiques du cannabis, en particulier sur les dosages appropriés.

Les personnes âgées privilégient des sources d'informations fiables, telles que les personnes prestataires de soins de santé, bien que beaucoup rapportent que ces dernières semblent peu informées sur le cannabis et répondent rarement de manière satisfaisante à leurs questions sur le sujet lorsque cette consommation est discutée^[14]. Les personnes âgées perçoivent les médecins comme plus enclins à porter des jugements sur la consommation de cannabis^[14] et comme des obstacles potentiels à l'obtention d'informations liées^[27], les rendant **moins enclines à aborder**

le sujet avec leurs prestataires de soins^[14]. Ce malaise à répondre à ces questionnements de la part des prestataires de soins pourrait être attribuable au manque de recherche spécifique sur l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées et au manque de données fiables disponibles^[25]. L'Association médicale canadienne souligne que, dans un tel contexte, les médecins se retrouvent confrontés à des défis importants, notamment en ce qui concerne l'offre de conseils et la gestion appropriée des doses et des effets secondaires chez leur clientèle âgée^[25].

Une proportion importante de personnes âgées se tournent plutôt vers le personnel des magasins réglementés, comme la SQDC, pour obtenir des informations, les percevant comme une source fiable d'information^[9,14]. Elles semblent même obtenir de leur part des conseils sur des aspects de santé, bien que cela soit contraire à la législation en vigueur qui interdit au personnel d'établissements de vente de cannabis de fournir de telles informations^[27].



Selon le rapport de 2024 du Vérificateur général du Québec, 92 % des demandes de conseil en matière de santé en succursale n'auraient pas été redirigées vers des professionnels de la santé, y compris lors d'usage thérapeutique ^[106].

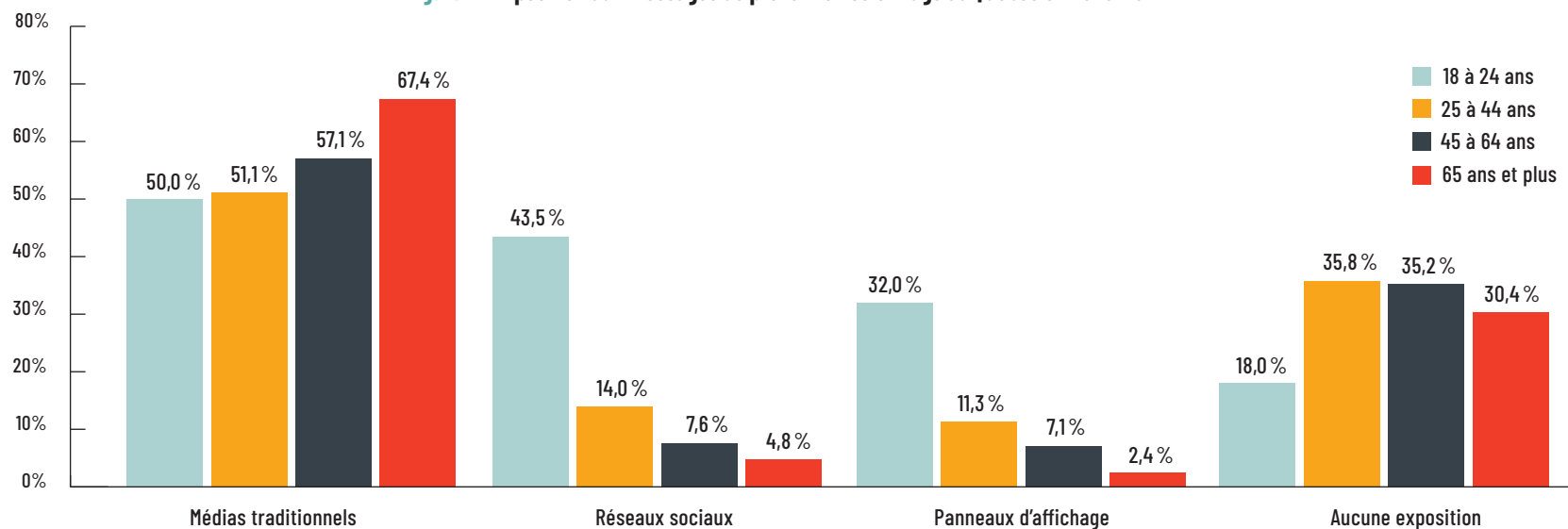
Contrairement aux orientations de la réglementation, le service-conseil de la SQDC ne serait pas toujours offert dans une optique de réduction des risques liés à la consommation de ses produits ^[106].

En dehors des magasins réglementés, les personnes âgées recherchent des informations auprès d'autres sources non médicales telles que leur entourage, les médias traditionnels, les médias sociaux (Facebook), les sites médicaux reconnus, les pharmacies et les documents imprimés dans les lieux de vente ^[14]. Certaines se fient également à leurs expériences personnelles en lien avec le cannabis ^[14]. Ce groupe d'âge se démarque toutefois des plus jeunes, étant moins rejoint par les médias sociaux et les proches. **Selon un sondage réalisé par Léger pour l'ASPQ en 2020-2021, 67,4 % des personnes âgées de 65 ans et plus interrogées ont été exposées à des messages de prévention diffusés dans les médias traditionnels**, contre 57 % ou moins chez les autres groupes d'âge. En revanche, seulement 4,8 % ont trouvé ces messages sur les réseaux sociaux (voir Figure 7) ^[93].

Ces différences pourraient s'expliquer par une utilisation d'Internet à des fins personnelles moins répandue chez les personnes âgées de 65 ans et plus (77 % en 2022) par rapport aux cohortes plus jeunes (92 % et plus) ^[107]. De plus, seulement 16,7 % d'entre elles se sont tournées vers leur entourage dans le but d'obtenir de l'information sur le cannabis (comparativement à 31,3 % et plus chez les autres groupes d'âge) ^[64,93].

Bien que le gouvernement du Canada ait publié des directives et recommandations officielles pour une consommation à moindre risque d'alcool ^[108] et de cannabis ^[109], celles-ci ne sont pas spécifiquement adaptées aux personnes âgées. Les lignes directrices officielles sur l'alcool ^[108] et les nouveaux repères proposés par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) ^[69] incluent des quantifications qui demeurent lieu de controverses au Québec ^[110], alors que celles concernant le cannabis proposent des conseils généraux pour réduire les risques, sans indication sur les doses. D'ailleurs, le CCDUS a proposé l'émission d'une quantité standard de THC, à l'instar du verre standard en matière d'alcool, qui permet un repère équivalent, peu importe son taux de concentration ^[111]. Étant donné les changements physiologiques liés au vieillissement et d'autres facteurs tels que la prise de médicaments, les effets ressentis lors de la consommation de substances peuvent être plus prononcés, ce qui réduit l'espace de réduction des risques ^[84]. Par conséquent, les quantités recommandées pour la population générale pourraient être différentes pour ce sous-groupe de la population.

Figure 7 : Exposition aux messages de prévention selon l'âge au Québec en 2020-2021 ^[93]



Des ressources disponibles en ligne destinées aux personnes âgées, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins comprennent, entre autres, des guides, des trousseaux à outils et des recommandations. Avant la proposition des nouveaux repères portant sur l'alcool, le CCDUS et la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées ont collaboré à l'élaboration de directives et recommandations spécifiques aux personnes âgées concernant la consommation d'alcool^[54] et de cannabis^[59]. Ces directives et recommandations spécifiques ne sont toutefois pas adoptés officiellement au Canada. Bien que les directives proposées pour l'alcool comprennent des quantifications adaptées aux personnes âgées, l'outil relatif au cannabis ne propose pas de dosage précis.

Sources d'approvisionnement

À l'instar de la recherche d'information, les personnes âgées semblent principalement acheter leur cannabis dans des magasins réglementés.

Ces magasins licenciés sont perçus comme des endroits offrant des produits de cannabis plus sûrs en raison des normes strictes appliquées à la marchandise vendue^[14]. Deux personnes sur trois âgées de 65 ans et plus (66 %) ayant répondu à un sondage de l'ASPQ mené par Léger en 2020-2021 qualifiaient ces produits de meilleure qualité^[64,93]. La deuxième source d'approvisionnement la plus courante est les membres de la famille, les amis ou les connaissances (28,8 %) ^[29]. Bien que cette donnée soit rapportée comme étant imprécise, l'Enquête québécoise sur la santé de la population estime à 4,8 % la proportion de personnes âgées s'étant procuré du cannabis par le biais de fournisseurs illégaux^[29]. Selon le sondage de l'ASPQ mené par Léger, 68,7 % des personnes âgées de 65 ans et plus interrogées en 2020-2021 considéraient que le cannabis provenant du marché illicite contient davantage de produits toxiques^[64,93].

Possiblement en raison du manque de données probantes et de leurs réticences à discuter de leur consommation de cannabis^[14,25], peu de personnes âgées se procurent cette substance à l'aide d'une ordonnance médicale, même si l'une des principales raisons de leur consommation est à des fins thérapeutiques^[9,14].

En 2020, 61,4 % des personnes âgées de 65 ans et plus consommant du cannabis au Québec ont déclaré s'être approvisionnées à la SQDC^[29].



Politiques publiques

Une revue de la littérature réalisée par l'INSPQ met en lumière un manque de documentation sur les politiques publiques visant à réduire la consommation d'alcool chez les personnes âgées ^[112]. Un des articles recensés souligne l'importance d'inclure les personnes âgées dans les discussions nationales et internationales sur les politiques liées à la consommation de substances ainsi que d'intégrer la consommation de substances chez les personnes âgées dans les stratégies gouvernementales de vieillissement en santé ^[113].

Au Québec, le *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028* reconnaît que, bien que la prévalence de la consommation de substances psychoactives soit plus faible chez les personnes âgées, des facteurs tels que les changements physiologiques et la polypharmacie les rendent plus vulnérables à leurs effets ^[114]. Ce plan souligne notamment la nécessité d'adapter l'offre de services à ces particularités et au vieillissement de la population et l'importance d'accorder une attention particulière à cette clientèle. **Le nouveau Plan d'action gouvernemental : La fierté de vieillir 2024-2029 signale également l'importance de prévenir les dépendances aux substances psychoactives chez les personnes âgées** ^[33]. Le gouvernement s'engage ainsi à mettre en œuvre des actions concrètes telles que le soutien à des initiatives de gériatrie sociale, favorisant la concertation et renforçant les activités de repérage, de référencement et de surveillance pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées vulnérables – y compris par l'extension du réseau de travailleurs de milieu dédiés.



Références

1. Institut de la statistique du Québec (2024) Évolution, mouvement et structure par âge de la population. Available from: <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/evolution-mouvement-structure-age-population-bilan-demographique>.
2. Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique du Ministère de la famille (2018) Les aînés du Québec : Quelques données récentes (deuxième édition), Gouvernement du Québec.
3. Boyer M (2018) Compte rendu de [La révolution des mœurs. Comment les baby-boomers ont changé le Québec, de Jean-Marc Pottle, Montréal, Éditions Québec Amérique, 116 p.]. *Polit Sociétés* 37: 189.
4. Menecier P, Menecier-Ossia L, Fernandez L, et al. (2020) Conduites addictives du sujet âgé. *Rev Gériatrie* 45: 589–602.
5. Menecier P, Broyer P (2022) Identifying and treating alcohol use disorders in the elderly. *Rev Prat* 72: 953–956.
6. Poussart B, Julien D (2023) Portrait des personnes aînées au Québec, Québec, Institut de la statistique du Québec.
7. Institut national de santé publique du Québec (s.d.) Portrait de la consommation d'alcool au Québec et au Canada. Available from: <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/alcool/dossier/portrait-de-la-consommation-alcool-au-canada-et-au-quebec>.
8. Institut national de santé publique du Québec (2021) Consommation d'alcool chez la population générale, 2021. Available from: <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/alcool/consommation-population-generale>.
9. Baumbusch J, Sloan Yip I (2021) Exploring New Use of Cannabis among Older Adults. *Clin Gerontol* 44: 25–31.
10. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2020) Ce que les personnes âgées doivent savoir au sujet du cannabis.
11. Spini D, Ehsan A (2020) Événements critiques de la vie et comportements à risque liés à la santé à l'âge adulte : une revue narrative de la littérature, Institut des Sciences Sociales et Centre Suisse de Compétences en Recherche sur les Parcours de Vie et les Vulnérabilités (Centre LIVES).
12. Canham SL, Humphries J, Kupferschmidt AL, et al. (2021) Updated Understanding of the Experiences and Perceptions of Alcohol Use in Later Life. *Can J Aging Rev Can Vieil* 40: 424–435.
13. Agence de la santé publique du Canada (2021) La consommation de substances et le vieillissement. Available from: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/veillissement-aines/consommation-substances-veillissement.html>.
14. Narrative Research (2023) Consommation de cannabis chez les personnes âgées au Canada : exploration des perspectives et des expériences à la suite de la légalisation du cannabis, Santé Canada.
15. Dahlke S, Butler JI, Hunter KF, et al. (2024) The Effects of Stigma: Older Persons and Medicinal Cannabis. *Qual Health Res* 10497323241227419.
16. Beaujourn C, Bergeron-Longpré M, Bleau L-P, et al. (2023) Consommation de substances psychoactives chez les résident(e)s fréquentant des milieux d'hébergement et de soins de longue durée pour personnes âgées en perte d'autonomie : une revue de la portée sur les pratiques d'intervention. *Santé mentale au Québec* 48: 257–294.
17. Institut de la statistique du Québec (2022) Mise à jour 2022 des perspectives démographiques du Québec et de ses régions 2021–2066. *Bull Sociodémographique* 26: 1–11.
18. Paré E, Plante F (2021) Rapport spécial du Protecteur du citoyen : Pour un accès à l'hébergement public qui respecte les droits et les besoins des personnes âgées et de leurs proches, Protecteur du citoyen.
19. Cabinet du ministre de la Santé (2022) Soutien à domicile - La Commissaire à la santé et au bien-être se penchera sur la performance des soins à domicile. Available from: <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/soutien-a-domicile-la-commissaire-a-la-sante-et-au-bien-etre-se-penchera-sur-la-performance-des-soins-a-domicile-38909>.
20. Lévesque F (2022) Soins à domicile : Les listes d'attente s'allongent. *La Presse*.
21. Statistique Canada (2022) Portrait de la population croissante des personnes âgées de 85 ans et plus au Canada selon le Recensement de 2021. Available from: <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021004/98-200-X2021004-fra.cfm>.
22. Foot R, Cooper C (2013) Les baby-boomers au Canada. *Encyclopédie Can.*
23. Statistique Canada (2022) Portrait générationnel de la population vieillissante du Canada selon le Recensement de 2021. Available from: <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021003/98-200-X2021003-fra.cfm>.
24. Bergeron C, April N, Morin R, et al. (2020) Portrait statistique : La consommation d'alcool chez les personnes aînées au Québec, Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
25. Active aging Canada (2021) Be Wise: Cannabis and Older Adults.
26. Institut canadien d'information juridique (2018) Loi concernant le cannabis et modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, le Code criminel et d'autres lois.
27. Butler JI, Dahlke S, Devkota R, et al. (2023) The Information-Seeking Behavior and Unmet Knowledge Needs of Older Medicinal Cannabis Consumers in Canada: A Qualitative Descriptive Study. *Drugs Aging* 40: 427–438.
28. Rosenberg M, Ayonrinde DO, J. Conrod DP, et al. (2024) Examen législatif sur la Loi sur le Cannabis : Rapport final du Comité d'experts, Santé Canada.
29. Camirand H, Conus F, Davison A, et al. (2023) Enquête québécoise sur la santé de la population 2020–2021, Institut de la statistique du Québec.
30. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2023) Outil de visualisation des coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (CEMUSC), 2023. Available from: <https://cemusc.ca/consulter-les-donnees/>.

31. Gouvernement du Canada (2022) Effets de la consommation du cannabis sur la santé des adultes âgés de plus de 55 ans. Available from: <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/drugs-medication/cannabis/health-effects/adults-55-older/dultes-55-ans-plus.pdf>.
32. Santé Canada (2021) Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues (ECAD) : sommaire des résultats pour 2019. Available from: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2019.html>.
33. Ministère de la santé et des services sociaux (2024). La fierté de vieillir – Plan d'action gouvernemental 2024-2029, Québec, Gouvernement du Québec.
34. Institut de la statistique du Québec (2024) Taux d'emploi. Available from: <https://statistique.quebec.ca/vitrine/vieillessement/themes/travail-retraite/taux-emploi>.
35. Société québécoise du cannabis (s.d.) Comment consommer du cannabis : les différentes méthodes. Available from: <https://www.sqdc.ca/fr-CA/connaitre-le-cannabis/modes-de-consommation>.
36. Conus F, Davison A (2024) Enquête québécoise sur le cannabis 2023, Institut de la statistique du Québec.
37. Wagner V (2023) Vieillessement, perte d'autonomie et consommation de substances psychoactives. Quels enjeux et quelles pistes pour bonifier les services ?
38. Gouvernement du Québec (2022) Hypothermie. Available from: <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/hypothermie>.
39. Institut national de santé publique du Québec (2024) Chaleur. Available from: <https://www.inspq.qc.ca/changements-climatiques/menaces/chaleur>.
40. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (2023) Alcool et chaleur : quelques précautions à prendre!. Available from: <https://ciusssmq.ca/blogue/111/alcool-et-chaleur-quelques-precautions-a-prendre/>.
41. Agence de la santé publique du Canada (2018) Les principales inégalités en santé au Canada – Sommaire exécutif. Available from: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/rapport-principales-inegalites-sante-canada-sommaire-executif.html>.
42. World Health Organization (2024) Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders, Genève.
43. Organisation mondiale de la Santé (2021) L'âgisme, un enjeu mondial. Available from: <https://www.who.int/fr/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un>.
44. La Grande interaction pour rompre avec l'âgisme (GIRA) (s.d.) L'âgisme envers soi-même. Available from: <https://rompreaveclagisme.ca/lagisme-envers-soi-meme%2%80%8b/>.
45. Sahil S, Maltais M, Gagné D (2024) Représentations des personnes vieillissantes et du vieillissement dans les médias écrits d'information, Institut national de santé publique du Québec.
46. Gosselin E, Simard M, Dubé M, et al. (2020) Portrait de la polypharmacie chez les aînés québécois entre 2000 et 2016, Institut national de santé publique du Québec.
47. Office québécois de la langue française (2008) Vitrine linguistique de l'Office québécois de la langue française, Surprescription Available from: <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/26501385/surprescription>.
48. Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription (s.d.) La déprescription. Available from: <https://www.reseaudeprescription.ca/deprescription>.
49. Dubé P-A, Gosselin S, Jacques-Gagnon O, et al. (2016) Institut national de santé publique du Québec, La déprescription des benzodiazépines chez la personne âgée. Available from: <https://www.inspq.qc.ca/toxicologie-clinique/la-deprescription-des-benzodiazepines-chez-la-personne-agee>.
50. Gouvernement du Canada (2021) Les risques de l'alcool pour la santé. Available from: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/alcool/risques-sante.html>.
51. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2020) Les personnes âgées et l'alcool.
52. Z. Rubenstein L (2023) Manuel MSD pour le grand public, Chutes chez les adultes plus âgés. Available from: <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/la-santé-des-personnes-âgées/chutes-chez-les-adultes-plus-âgés/chutes-chez-les-adultes-plus-âgés>.
53. Centre hospitalier de l'Université de Montréal (2022) Le délirium – Information pour les proches.
54. Deblois S, Nauche B, Pomp A (2023) Prévention et traitement du délirium postopératoire : Revue rapide, Montréal, Centre hospitalier de l'Université de Montréal.
55. Agence de la santé publique du Canada (2021) Chutes chez les aînés au Canada. Available from: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/chutes-chez-aines-canada-deuxieme-rapport/chutes-chez-aines-canada-infographie.html>.
56. Statistique Canada (2021) Caractéristiques de santé des aînés de 65 ans et plus, Enquête canadienne sur la santé des aînés. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310078901>.
57. Institut national de santé publique du Québec (2022) Chutes chez les personnes aînées. Available from: <https://www.inspq.qc.ca/securite-prevention-de-la-violence-et-des-traumatismes/prevention-des-traumatismes-non-intentionnels/dossiers/chutes-chez-les-aines>.
58. Institut national de santé publique du Québec (2024) Mortalité par chutes chez les aînés. Available from: <https://www.inspq.qc.ca/indicateur/traumatismes-non-intentionnels/mortalite-chutes-aines>.
59. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2020) A Guide to Cannabis for Older Adults.
60. Bibliothèque publique d'Ottawa (s.d.) Le cannabis chez les personnes âgées. Available from: <https://bibliootawalibrary.ca/fr/storybook/aging%20well%20together/cannabis%20and%20the%20older%20adult>.

61. Ottawa public health (2023) Cannabis Information for Older Adults. Available from: <https://www.ottawapublichealth.ca/en/public-health-topics/cannabis-information-for-older-adults.aspx>.
62. Société de l'assurance automobile du Québec (2022) Conducteurs aînés – le saviez-vous ?. Available from: <https://saaq.gouv.qc.ca/securite-routiere/clienteles/aines/saviez-vous>.
63. Institut de la statistique du Québec (2024) Moyen de transport le plus couramment utilisé. Available from: <https://statistique.quebec.ca/vitrine/vieillesse/themes/mode-vie/moyen-transport-plus-couramment-utilise>.
64. Roy S, Dessureault M (2021) La consommation de cannabis et ses sphères d'influence au Québec : perspective des consommateurs actuels et potentiels, Montréal, Association pour la santé publique du Québec.
65. Institut de la statistique du Québec (2022) Enquête québécoise sur le cannabis 2021. Available from: <https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-le-cannabis-2021>.
66. Adapté de Statistique Canada (2019) ECAD-5289-F-2019-F1.
67. Morgan CJ, Noronha LA, Muetzelfeldt M, et al. (2013) Harms and benefits associated with psychoactive drugs: findings of an international survey of active drug users. *J Psychopharmacol Oxf Engl* 27: 497–506.
68. Onisiforou A, Zanos P, Georgiou P (2024) Molecular signatures of premature aging in Major Depression and Substance Use Disorders. *Sci Data* 11: 698.
69. Paradis C, Butt P, Naimi T, et al. (2023) Repères canadiens sur l'alcool et la santé : rapport final, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.
70. Canadian Cancer Society (2024) Cancer statistics at a glance. Available from: <https://cancer.ca/en/research/cancer-statistics/cancer-statistics-at-a-glance>.
71. Canadian Cancer Society (s.d.) Des faits qui dégrisent à propos de l'alcool et du risque de cancer. Available from: <https://cancer.ca/fr/cancer-information/reduce-your-risk/limit-alcohol/some-sobering-facts-about-alcohol-and-cancer-risk>.
72. Statistique Canada (2022) Short-term cancer prevalence in Canada, 2018. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2022003/article/00002-eng.htm>.
73. Santé publique Ottawa (2019) CANNABIS : Information à l'intention des aînés et des aidants.
74. Gouvernement du Québec (2023) Usage à moindres risques du cannabis. Available from: <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/connaître-les-drogues-et-leurs-effets/cannabis/description-effets-risques-cannabis/usage-cannabis-moindres-risques>.
75. VanSteelandt A, Ha JH, Burt J, et al. (2024) Décès accidentels liés à une intoxication aiguë due à une substance chez les aînés en 2016 et en 2017 : une étude nationale d'examen des dossiers. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* 44: 97–109.
76. Société québécoise du cannabis (2024) Produits. Available from: https://www.sqdc.ca/fr-CA/Rechercher?&sortBy=Created&sortDirection=desc&fn1=CategoryLevel1_Facet&fv1=Cannabis+s%C3%A9ch%C3%A9&fn2=CategoryLevel2_Facet&fv2=Fleurs+s%C3%A9ch%C3%A9es.
77. Assemblée nationale du Québec (2018) Loi encadrant le cannabis (C-5.3, r. 0.1) – Règlement déterminant d'autres catégories de cannabis qui peuvent être vendues par la Société québécoise du cannabis et certaines normes relatives à la composition et aux caractéristiques du cannabis.
78. Travaux publics et Services gouvernementaux (2024) La Gazette du Canada, Partie 1, volume 158, numéro 23 : Règlement modifiant certains règlements visant le cannabis (rationalisation d'exigences).
79. Stall NM, Shi S, Malikov K, et al. (2024) Edible Cannabis Legalization and Cannabis Poisonings in Older Adults. *JAMA Intern Med* 184: 840.
80. Huynh C, Rochette L, Pelletier É, et al. (2020) Portrait des troubles liés aux substances psychoactives : troubles mentaux concomitants et utilisation des services médicaux en santé mentale | INSPQ, Institut national de santé publique du Québec.
81. Stephenson E (2023) Statistique Canada, Troubles mentaux et accès aux soins de santé mentale. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00011-fra.htm>.
82. Schulte MT, Hser Y-I (2014) Substance Use and Associated Health Conditions throughout the Lifespan. *Public Health Rev* 35: https://web-beta.archive.org/web/20150206061220/http://www.publichealthreviews.eu/upload/pdf_files/14/OO_Schulte-Hser.pdf.
83. Huynh C, Rochette L, Pelletier É, et al. (2019) Les troubles liés aux substances psychoactives – Prévalence des cas identifiés à partir des banques de données administratives, 2001-2016, Institut national de santé publique du Québec.
84. Menecier P, Broyer P (2022) Repérer et traiter les troubles de l'usage de l'alcool chez le sujet âgé. *Rev Prat* 72.
85. Gouvernement du Canada (2014) À propos de la consommation de substances. Available from: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/a-propos-de-consommation-substances.html>.
86. Crome IB, Crome P (2018) Alcohol and age. *Age Ageing* 47: 164–167.
87. Conn D, Rabheru K, Checkland C, et al. (2019) Introduction sur les lignes directrices sur les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives chez les personnes âgées. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées.
88. Baumbusch J, Sloan Yip I (2022) Older adults experiences of using recreational cannabis for medicinal purposes following legalization. *Int J Drug Policy* 108: 103812.
89. Institut de la statistique du Québec (2024) Perception positive de son état de santé. Available from: <https://statistique.quebec.ca/vitrine/vieillesse/themes/sante-bien-etre/perception-positive-etat-sante>.
90. Kelly S, Olanrewaju O, Cowan A, et al. (2018) Alcohol and older people: A systematic review of barriers, facilitators and context of drinking in older people and implications for intervention design. *PLOS ONE* 13: e0191189.
91. Statistique Canada (2019) The Daily — National Cannabis Survey, third quarter 2019. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/191030/dq191030a-eng.htm>.
92. Statistique Canada (2022) Consommation de cannabis à des fins médicales et non médicales au Canada, 2019/2020. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2022054-fra.htm>.

93. Huynh C, Roy S, Beaulieu-Thibodeau A, et al. (2024) Age differences in cannabis-related perceptions, knowledge, and sources of information among adults in the post-legalization era in Quebec, Canada. *J Stud Alcohol Drugs* jsad.23-00355.
94. Institut de la statistique du Québec (2024) Perception positive de son état de santé mentale. Available from: <https://statistique.quebec.ca/vitrine/vieillesse/themes/sante-bien-etre/perception-positive-etat-sante-mentale>.
95. Institut de la statistique du Québec (2024) Satisfaction à l'égard de sa vie sociale. Available from: <https://statistique.quebec.ca/vitrine/vieillesse/themes/sante-bien-etre/satisfaction-vie-sociale>.
96. Normandeau É, Fluet H (2023) Rapport de sondage préparé pour l'ASPQ : Perception de la consommation de drogues et d'alcool (15667-060), Léger.
97. Sudhinaraset M, Wigglesworth C, Takeuchi DT (2016) Social and Cultural Contexts of Alcohol Use. *Alcohol Res Curr Rev* 38: 35–45.
98. Gouvernement du Québec (2024) Résidences privées pour aînés. Available from: <https://www.quebec.ca/habitation-territoire/location/residences-privées-ainés>.
99. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (s.d.) Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Available from: <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/services/ainés/residence-hebergement/chslld>.
100. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (s.d.) Hébergement ressources intermédiaires. Available from: <https://ciusssmq.ca/soins-et-services/soins-et-services-offerts/hebergement/hebergement-ressources-intermediaires-ri/>.
101. Christiansen R, Nielsen AS (2023) Bring me my alcohol!—On the continuum of pleasure and pain. *Nurs Philos* 24: e12403.
102. Tremblay N (2021) Des milieux de vie qui nous ressemblent : Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée, Gouvernement du Québec.
103. Assemblée nationale du Québec Loi encadrant le cannabis (C-5.3).
104. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (2021) Guide de gestion de la consommation du cannabis en RNI - Ressources intermédiaires et ressources de type familial.
105. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke Santé Estrie, Directives sur la consommation de cannabis. Available from: <https://www.santeestrie.qc.ca/soins-services/specialises/sejour-hospital/directives-sur-la-consommation-de-cannabis>.
106. Rivard C, Gennetier É, Bergeron J, et al. (2024) Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2023-2024 : Intégration et rétention des consommateurs de cannabis dans le marché légal.
107. Institut de la statistique du Québec (2024) Utilisation d'Internet à des fins personnelles. Available from: <https://statistique.quebec.ca/vitrine/vieillesse/themes/mode-vie/utilisation-internet-fins-personnelles>.
108. Santé Canada (2021) Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada. Available from: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/alcool/directives-consommation-alcool-faible-risque-canada.html>.
109. Santé Canada (2020) Recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque. Available from: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/ressources/recommandations-usage-cannabis-moindre-risque.html>.
110. Bertrand K, Brochu S, Fallu J-S, et al. (2022) Des conclusions démesurées pour la consommation d'alcool à faible risque. *Le Devoir*.
111. Gabrys R, Wood S (2024) Une unité standard de THC au Canada : recommandations pour la mise en oeuvre, Ottawa, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.
112. Bergeron C, April N, Morin R (2020) Mesures de prévention – La consommation d'alcool chez les personnes aînées au Québec, Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
113. Galluzzo L, Scafato E, Martire S, et al. (2012) Alcohol and older people. The European project VINTAGE: good health into older age. Design, methods and major results. *Ann Ist Super Sanita* 48: 221–231.
114. Ministère de la Santé et des Services sociaux 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.