

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

Substance use among older residents in residential and long-term care facilities: A scoping review on intervention practices

Camille Beaujoin, Miguel Bergeron-Longpré, Louis-Philippe Bleau, Julie Beausoleil, Kettly Pinchinat Jean-Charles, Michelle Guerrero, Valérie Aubut, Nadine Blanchette-Martin, Francine Ferland, Jorge Flores-Aranda, Christophe Huÿnh, Nadia L'Espérance and Vincent Wagner

Volume 48, Number 2, Fall 2023

La qualité des services en santé mentale au Québec

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1109841ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1109841ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Beaujoin, C., Bergeron-Longpré, M., Bleau, L.-P., Beausoleil, J., Pinchinat Jean-Charles, K., Guerrero, M., Aubut, V., Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Flores-Aranda, J., Huÿnh, C., L'Espérance, N. & Wagner, V. (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(2), 257–294. <https://doi.org/10.7202/1109841ar>

Article abstract

Objectives Residential and long-term care facilities struggle to support older residents who experience a loss of autonomy, use psychoactive substances and face issues related to their consumption. Substance use can interact negatively with other physical, mental health or social conditions (e.g., homelessness) to create particularly complex profiles. In Quebec, as in many other countries around the world, there are often no clear guidelines for the care of elderly residents using psychoactive substances. The purpose of this study is to document the characteristics of existing interventions and practices towards older people who use psychoactive substances in residential and long-term care facilities in order to support decision makers with improvement of services and quality of care.

Methods We carried out a scoping review of the scientific literature. We consulted 7 scientific databases (MEDLINE, EmBASE, PsychINFO, CINAHL, SocIndex, Ageline, Érudit). To identify the relevant grey literature, we explored the websites of governmental, non-governmental organizations and professional associations in the fields of addiction and aging in a selection of OECD countries. In addition, 31 experts were solicited to enhance the documentary research process. We conducted a thematic analysis on 65 documents.

Results The philosophies underlying practices related to substance use reflect a hard balance to strike between priorities to be given to health, safety, and respect for human rights in residential and long-term-care settings. These philosophies, and the practices that stem from them, are distributed along a continuum ranging from the demand for abstinence to a total “laissez-faire” approach to substance use. Services offered are varied and involve complementary expertise in the health and social fields to meet the complex needs of this population. Finally, a diversity of organizational dynamics is observed: proposed interventions regarding substance use can be structured programs, informal interventions, internal substance use management policies, or specific settings for older adults who use substances, such as wet eldercare facilities.

Conclusion This portrait of the interventions that target the use of psychoactive substances in residential and long-term care settings may assist care workers and service managers in Quebec and internationally, with clinical practice improvements. This may ultimately support both seniors-dedicated and addiction services. In view of population aging and the complex needs of older populations, clear guidelines are crucial to ensure the quality of care and services in these settings.

Tous droits réservés © Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, 2024

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

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

Camille Beaujoin^{a,b}

Miguel Bergeron-Longpré^{a,b}

Louis-Philippe Bleau^{a,b}

Julie Beausoleil^a

Kettly Pinchinat Jean-Charles^{a,c}

Michelle Guerrero^{a,d}

Valérie Aubut^{a,d,e}

Nadine Blanchette-Martin^{a,f}

Francine Ferland^{a,f}

Jorge Flores-Aranda^{a,g}

Christophe Huynh^{a,b}

Nadia L'Espérance^{a,d,h}

Vincent Wagner^{a,i}

a. Institut universitaire sur les dépendances.

b. Université de Montréal.

c. Institut universitaire SHERPA.

d. Université du Québec à Trois-Rivières.

e. Université d'Ottawa.

f. CIUSSS de la Capitale-Nationale; CISSS de Chaudière-Appalaches.

g. Université du Québec à Montréal.

h. CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

i. Université de Sherbrooke.

RÉSUMÉ Objectifs Les milieux d'hébergement et de soins de longue durée sont peu outillés pour accompagner les résident(e)s âgé(e)s en perte d'autonomie qui consomment des substances psychoactives (SPA) et qui rencontrent des enjeux liés à leur usage. En effet, l'usage de SPA peut interagir négativement avec d'autres conditions de santé physique, mentale, ou sociales (p. ex. vécu d'itinérance) pour créer des profils particulièrement complexes. Au Québec, comme dans bien des pays à travers le monde, il n'existe souvent pas de lignes directrices claires définissant l'accompagnement des résident(e)s âgé(e)s consommant des SPA. Cette étude vise à documenter les caractéristiques des initiatives et pratiques d'intervention existantes auprès des personnes âgées qui consomment des SPA au sein de ressources d'hébergement et de soins de longue durée, et ce, afin de soutenir les décideur(-euse)s dans l'amélioration des services et la qualité des soins.

Méthode Une revue de portée de la littérature scientifique et grise a été menée en consultant 7 bases de données scientifiques (MEDLINE, EmBASE, PsychINFO, CINAHL, SocIndex, Ageline, Érudit), ainsi que des ressources documentaires d'organisations gouvernementales, non gouvernementales et d'associations professionnelles dans les champs de la dépendance et du vieillissement, dans une sélection de pays de l'OCDE. De plus, 31 expert(e)s ont été sollicité(e)s pour bonifier la démarche de recherche documentaire. L'analyse thématique a été réalisée sur 65 documents.

Résultats Les philosophies sous-tendant les pratiques d'intervention liées à la consommation de SPA reflètent le difficile équilibre à trouver entre la santé, la sécurité et le respect des droits de la personne dans les milieux d'hébergement. Ces philosophies, et les pratiques qui en découlent se distribuent sur un continuum allant de l'exigence de l'abstinence à un total « laisser-faire » vis-à-vis de la consommation. L'offre de services est variée, faisant intervenir des spécialités complémentaires des domaines de la santé et du social afin de répondre aux besoins complexes de cette clientèle. Enfin, différentes dynamiques organisationnelles sont observées : les interventions proposées en matière de consommation peuvent être des programmes structurés, des interventions informelles, des politiques internes visant à encadrer la consommation de SPA dans les milieux d'hébergement, ou encore des ressources réservées aux personnes âgées qui consomment, telles que les établissements de consommation supervisée.

Conclusion En proposant un portrait des caractéristiques des interventions existantes en matière de consommation de SPA en milieux d'hébergement et de soins de longue durée, cette étude pourra contribuer à appuyer les gestionnaires et intervenant(e)s au Québec et ailleurs dans le monde, dans l'amélioration des pratiques cliniques, pour soutenir tant l'autonomie des personnes âgées que l'offre de service en dépendance. Considérant le vieillissement de la population et les besoins complexes des populations aînées qui consomment des SPA, disposer

de lignes directrices claires concernant l'accompagnement de ces personnes est crucial pour assurer la qualité des soins et des services offerts dans ces milieux.

MOTS CLÉS consommation de substances psychoactives, personnes âgées, milieux d'hébergement et de soins de longue durée, intervention, Québec

Substance use among older residents in residential and long-term care facilities: a scoping review on intervention practices

ABSTRACT Objectives Residential and long-term care facilities struggle to support older residents who experience a loss of autonomy, use psychoactive substances and face issues related to their consumption. Substance use can interact negatively with other physical, mental health or social conditions (e.g., homelessness) to create particularly complex profiles. In Quebec, as in many other countries around the world, there are often no clear guidelines for the care of elderly residents using psychoactive substances. The purpose of this study is to document the characteristics of existing interventions and practices towards older people who use psychoactive substances in residential and long-term care facilities in order to support decision makers with improvement of services and quality of care.

Methods We carried out a scoping review of the scientific literature. We consulted 7 scientific databases (MEDLINE, EmBASE, PsychINFO, CINAHL, SocIndex, Ageline, Érudit). To identify the relevant grey literature, we explored the websites of governmental, non-governmental organizations and professional associations in the fields of addiction and aging in a selection of OECD countries. In addition, 31 experts were solicited to enhance the documentary research process. We conducted a thematic analysis on 65 documents.

Results The philosophies underlying practices related to substance use reflect a hard balance to strike between priorities to be given to health, safety, and respect for human rights in residential and long-term-care settings. These philosophies, and the practices that stem from them, are distributed along a continuum ranging from the demand for abstinence to a total "laissez-faire" approach to substance use. Services offered are varied and involve complementary expertise in the health and social fields to meet the complex needs of this population. Finally, a diversity of organizational dynamics is observed: proposed interventions regarding substance use can be structured programs, informal interventions, internal substance use management policies, or specific settings for older adults who use substances, such as wet eldercare facilities.

Conclusion This portrait of the interventions that target the use of psychoactive substances in residential and long-term care settings may assist care workers and service managers in Quebec and internationally, with clinical practice improvements. This may ultimately support both seniors-dedicated and addiction services. In view of population aging and the complex needs of older populations,

clear guidelines are crucial to ensure the quality of care and services in these settings.

KEYWORDS substance use, seniors, residential and long-term care facilities, intervention, Quebec

1. Contexte

La consommation de substances psychoactives (SPA) peut être associée à divers risques pour la santé, incluant le fait de développer un trouble lié à l'usage de substances (TLUS) (Organisation mondiale de la Santé, 2022). La consommation de SPA est également susceptible d'entraîner des difficultés sur le plan professionnel, social ou familial, et peut aggraver des problématiques de santé mentale préexistantes (Association canadienne pour la santé mentale, 2018; United Nations Office on Drug and Crime, 2020). En plus des risques préalablement évoqués, la consommation de SPA chez les personnes âgées représente un enjeu particulier. Celles-ci vont présenter davantage de risques de développer des problèmes de santé issus de leur consommation, en raison des effets physiologiques du vieillissement (Castle et al., 2016; Institut national de santé publique du Québec, 2020; Kuerbis et al., 2014; Taylor et Grossberg, 2012). À l'inverse, les effets de l'usage de SPA peuvent aggraver ou précipiter certains effets délétères du vieillissement, comme les troubles cognitifs, le risque d'infarctus pulmonaires, cardiaques et cérébraux, et contribuent à la perte d'autonomie des personnes (Beynon, 2009).

Plusieurs études suggèrent que l'usage de SPA chez les personnes âgées est en augmentation (Dowling et al., 2008; Kuerbis, 2019). Au Québec, le pourcentage de personnes de 65 ans et plus qui consomment des SPA (comme le cannabis et la cocaïne, mais excluant l'alcool) est passé de 0,7 % en 2008 à 1,9 % en 2015 (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022). En matière d'alcool, on estime que 15,7 % des personnes de 65 à 69 ans et 11 % de celles de 70 à 75 ans ont une consommation excessive d'alcool (définie ici par le fait de boire 4 verres ou plus pour les femmes, ou 5 verres ou plus pour les hommes en une même occasion, au moins 1 fois par mois) au Québec (Institut national de santé publique du Québec, 2020). À l'échelle internationale, on observe également une grande variation dans les taux de prévalence concernant les usages problématiques de SPA, avec des chiffres allant de 0,1 % (p. ex. diagnostic d'un trouble de l'usage d'opioïdes) à 32 %

des 65 ans et plus présentant un usage problématique d'alcool (Choi et al., 2015 ; Kuerbis, 2020). Dans le même temps, notons que chez les personnes âgées, certains signes cliniques pouvant habituellement alerter sur un usage excessif de SPA (p. ex. troubles du sommeil, chutes, perte d'équilibre) vont souvent être attribués en premier lieu aux manifestations du vieillissement (Castle et al., 2016 ; Dowling et al., 2008). Cela contribue alors à des erreurs ou des retards de diagnostic, qui entravent par conséquent une potentielle prise en charge (Castle et al., 2016 ; Kuerbis, 2019).

Quand la perte d'autonomie est suffisamment importante pour qu'elle ne permette plus le maintien des personnes à leur domicile, ces dernières sont amenées à être hébergées dans des établissements spécialisés pour recevoir soins et soutiens adéquats (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018, 2021). Au Québec, des établissements comme les centres d'hébergement et de soins de longue durée ou les ressources intermédiaires accueillent ainsi une clientèle âgée en perte d'autonomie, présentant des déficits importants sur le plan physique et cognitif, avec une forte prévalence de démences et de symptômes comportementaux et psychologiques associés (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018). Ces milieux accueillent aussi de plus en plus fréquemment des personnes moins âgées, mais présentant une perte d'autonomie précoce du fait de certains enjeux de santé mentale et surtout d'une histoire de précarité sociale ou d'itinérance (Brown et al., 2012 ; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021). La présence simultanée d'une consommation de SPA, et les problématiques qui en découlent, complexifient alors davantage l'accompagnement de ces personnes au sein de ces établissements (Atkinson, 2016 ; Castle et al., 2016 ; Kuerbis et al., 2014).

Dans ces contextes d'hébergement, un usage problématique de SPA peut en effet compromettre la santé et la sécurité du/de la résident(e), mais également affecter celles des autres résident(e)s, du personnel, ainsi que la qualité des soins et de l'accompagnement offerts plus globalement (Castle et al., 2016 ; Kuerbis, 2020 ; Rao et Crome, 2011). Considérant le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de personnes âgées qui consomment des SPA, et donc la probabilité de retrouver ces dernières dans des établissements d'hébergement et de soins de longue durée, il est alors essentiel que ces milieux disposent de lignes directrices claires pour orienter l'intervention auprès des résident(e)s en perte d'autonomie chez qui la consommation de SPA peut créer des problèmes, même en dehors d'un trouble lié à

l'usage de SPA (Grossi et al., 2021; Kuerbis, 2020; Substance Abuse and Mental Health Administration, 2020). Or, à notre connaissance, de telles lignes directrices n'existent pas au Québec, et restent encore très rares à l'international. L'objectif de cette étude est ainsi de dresser un portrait des pratiques d'intervention à destination des personnes âgées en perte d'autonomie consommant des SPA, chez qui cet usage peut donner naissance à diverses conséquences négatives, et qui résident au sein d'établissements d'hébergement et de soins de longue durée. Cette démarche permettra de mettre en lumière des pistes relatives à l'offre et à l'organisation des services permettant de mieux soutenir les intervenant(e)s et gestionnaires dans l'accompagnement de cette clientèle spécifique.

2. Méthodologie

Nous avons choisi de réaliser une revue de portée de la littérature pour répondre à notre objectif de recherche. Cette dernière permet d'acquérir une meilleure compréhension d'un phénomène encore mal délimité, et sur lequel porte une littérature assez hétérogène (Aromataris et Munn, 2020; Tricco et al., 2018). La présente démarche suit un protocole, non enregistré, élaboré selon les principales recommandations méthodologiques PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews*, Tricco et al., 2018).

2.1. Question(s) de recherche

Nous avons considéré la question de recherche générale suivante : « Quelles sont les pratiques d'intervention auprès des personnes consommant des SPA et résidant dans des ressources d'hébergement accueillant une population âgée en perte d'autonomie ? » Cette interrogation se décline en 3 sous-questions : a) « Quelles sont les philosophies d'intervention sous-tendant ces pratiques ? » ; b) « Quels types d'intervention composent ces pratiques ? » ; et c) « Comment sont-elles concrètement mises en œuvre ? »

2.2. Critères d'inclusion

Nous avons ciblé les études scientifiques primaires publiées de 2000 à 2021, en français ou en anglais, les 2 langues comprises par les membres de l'équipe de recherche. En plus de la littérature scientifique, une littérature grise constituée de documents relatifs aux pratiques d'intervention de clinicien(-ne)s, de gestionnaires ou d'organisations

a été considérée. Les pratiques d'intervention sont appréhendées de manière ouverte pour capter toutes les actions et composantes psychosociales qui les influencent (p. ex. nature des programmes, attitudes du personnel, approches et cadres d'intervention) au sein des établissements d'hébergement et de soins de longue durée accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie. La structure de ces milieux ainsi que les termes pour les désigner varient grandement sur le plan international (Howe et al., 2013). Nous n'avons pas restreint notre choix de documents à ceux traitant d'un TLUS diagnostiqué, considérant que le diagnostic en question n'est pas systématique dans ces milieux, et que la validité de ses critères est discutée auprès de cette population (Kuerbis, 2020; Substance Abuse and Mental Health Administration, 2020). Enfin, aucun critère d'âge n'a été considéré vis-à-vis de la clientèle de ces établissements, afin d'éviter l'exclusion d'études portant sur une clientèle sensiblement plus jeune, mais présentant déjà un profil gériatrique justifiant l'hébergement.

2.3. Repérage des études pertinentes

L'équipe de recherche a collaboré avec une bibliothécaire spécialisée en dépendance pour le choix des bases de données bibliographiques, la rédaction de la syntaxe et l'extraction des textes. Six bases de données répertoriant la littérature scientifique dans le domaine de la santé et des sciences sociales (MEDLINE; EMBASE; CINAHL; PsychINFO; Ageline et SocINDEX) et une base répertoriant spécifiquement la littérature en langue française (Érudit) ont été explorées. L'élaboration itérative de la syntaxe de recherche a débuté par une stratégie pour MEDLINE (Tableau 1) adaptée ensuite à chacune des autres bases de données ciblées. Les extractions ont été réalisées du 17 au 22 juin 2021. Une fois les études sélectionnées, leur bibliographie a été scrutée ainsi que les titres les citant tels qu'identifiés via *Google Scholar* afin de ne pas manquer d'articles pertinents sur le sujet.

Nous avons ciblé les sites Internet de 315 organisations gouvernementales et non gouvernementales ainsi que d'associations dans les domaines des dépendances et du vieillissement en Amérique du Nord (Canada et États-Unis), en Europe (France, Suisse, Royaume-Uni, Danemark, Norvège et Suède) et en Australasie (Australie et Nouvelle-Zélande) afin d'explorer la littérature grise. Nous avons choisi ces pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour des enjeux de faisabilité, afin de restreindre la quantité de sources pertinentes à explorer, tout en nous assurant que l'analyse

TABLEAU 1

Stratégie de recherche adaptée à la syntaxe de MEDLINE

#	Équations
# 1	exp Aged/
# 2	Geriatrics/
# 3	Geriatric Nursing/
# 4	(elder* OR senior* OR geriatric* OR ag?ing OR gerontology* OR centenarian* OR nonagenarian* OR octogenarian* OR oldest old OR senium OR very old OR late adulthood OR old* people OR old* adult* OR old* men OR old* women OR old* population* OR old* individual* OR old* age).ti,ab,kf.
# 5	1 OR 2 OR 3 OR 4
# 6	Homes for the aged/
# 7	Nursing Homes/
# 8	Intermediate Care Facilities/
# 9	Skilled Nursing Facilities/
# 10	Residential Facilities/
# 11	Long-Term Care/
# 12	Assisted Living Facilities/
# 13	((intermediate care OR extended care OR skilled nursing care OR residential care OR long-term care) adj2 [facility OR facilities OR institution* OR setting*]).ti,ab,kf.
# 14	(Nursing home* OR assisted living).ti,ab,kf.
# 15	(old age home? OR aged home? OR elderly home? OR old people home? OR nursing home? OR care home? OR care housing OR old age housing OR aged housing OR elderly housing OR old people housing).ti,ab,kf.
# 16	(Home* for the aged OR home* for the old* OR Home* for the elderly OR medical housing).ti,ab,kf.
# 17	Halfway Houses/
# 18	Group homes/
# 19	Housing/
# 20	(Halfway house* OR hostel* OR assisted living OR support* hous* OR residential home* OR residential facilit* OR residential institution* OR housing).ti,ab,kf.
# 21	6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15 OR 16 OR 17 OR 18 OR 19 OR 20
# 22	Exp Alcoholic Beverages/
# 23	Alcohol drinking/
# 24	Cannabis/
# 25	Medical Marijuana/
# 26	Exp Cocaine/
# 27	Exp Smoking/
# 28	Exp "Tobacco Use"/
# 295	Exp Tobacco Products/
# 30	Heroin/
# 31	Illicit drugs/
# 32	Designer drugs/
# 33	Exp Substance-Related Disorders/
# 34	Prescription Drugs/
# 35	Nonprescription Drugs/

# 36	Behind-the-Counter Drugs/
# 37	(cannabis OR has?hish OR mari?uana OR cocaine OR smoking OR tobacco OR cigarette* OR heroin OR alcohol* OR synthetic drug* OR designer drug* OR street drug* OR street substance* OR designer substance* OR synthetic substance*).ti,ab,kf.
# 38	([antidepress* OR amphetamine* OR Benzodiazepine* OR Chemical* OR drink* OR Drug OR Drugs OR hallucinogen* OR medication* OR Medicine* OR narcotic* OR opioid* OR psychotrop* OR Stimulant* OR substance* OR tranquiliz* OR prescription drug* OR prescribed drug* OR non-prescription drug* OR nonprescription drug* OR non-prescribed drug* OR nonprescribed drug* OR Over-the-counter drug* OR Patent medicine* OR Magistral medicine* OR OTC drug* OR OTC agent* OR OTC medication* OR OTC medicine* OR OTC product* OR over the counter agent* OR over the counter medication* OR over the counter medicine* OR over the counter product* OR behind-the-counter drug* OR behind the counter agent* OR behind the counter medication* OR behind the counter medicine* OR behind the counter product* OR BTC drug* OR BTC agent* OR BTC medication* OR BTC medicine* OR BTC product*] ADJ2 [illegal* OR illicit* OR diversion* OR abus* OR addict* OR binge OR consum* OR dependen* OR disorder* OR excess* OR harm* OR hazardous OR heav* OR intoxica* OR misus* OR overus* OR problem* OR risk*]).ti,ab,kf.
# 39	22 OR 23 OR 24 OR 25 OR 26 OR 27 OR 28 OR 29 OR 30 OR 31 OR 32 OR 33 OR 34 OR 35 OR 36 OR 37 OR 38
# 40	Exp Therapeutics/
# 41	Exp Psychotherapy/
# 42	Exp Counseling/
# 43	(Treatment* or Therap* or Program* or Intervention* or Counsel?ing or Psychotherap* or Care or Guideline* or Management or Service* or Approach* or Strateg* or Rehabilitation or Practice* or Evaluation* or Assessment* or Evidence-based or Polic* or approach* or service* or training).ti,ab,kf.
# 44	40 or 41 or 42 or 43
# 45	5 AND 21 AND 39 AND 44
# 46	45 and (english or french).lg.

Légende de la syntaxe utilisée

/	descripteur du vocabulaire contrôlé
ti, ab, kf	Champs « Titre » (ti), « Résumé » (ab), mots clés de l'auteur (kf)
Exp	« Explode », Permet d'aller chercher tous les sujets se trouvant sous le sujet éclaté dans le thésaurus.
or, and, not	OU, ET, SANS Opérateurs booléens
ADJn	ADJn est un opérateur de proximité qui permet de récupérer les références qui contiennent les termes recherchés, dans n'importe quel ordre, éloignés d'un certain nombre (n) de mots de l'autre. NOTE: ADJ1 repère les mots un à côté de l'autre, peu importe l'ordre ADJ2 repère les mots, peu importe l'ordre, avec 0 ou 1 mot entre les deux.
*	Caractère de troncation (NOTE: gene* recherche: gene, genes, genetics, and generation)
?	Caractère de remplacement optionnel qui remplace 0 ou 1 caractère dans un mot ou à la fin d'un mot.

subséquente se rapporte à des contextes politiques, socioéconomiques, et des systèmes de santé relativement similaires à ceux du Québec et du Canada. De plus, 31 expert(e)s sur les thématiques du vieillissement et de l'usage de SPA ont été sollicité(e)s pour orienter l'équipe de recherche vers des documents additionnels.

2.4. Sélection des titres

Dans le cas de la littérature scientifique, une première étape de sélection consistait en l'examen du contenu (titre, résumé et mots-clés) des

notices bibliographiques via la plateforme *Covidence*. Afin de s'assurer d'une convergence dans les manières de sélectionner les titres, un exercice à l'aveugle avait préalablement porté sur 198 notices, soit 2,1 % des 9 538 notices identifiées initialement. Par la suite, 2 autrices de l'article (JB, KPJ) procédaient à la sélection de manière indépendante. Au cours d'une seconde étape, une de ces 2 mêmes autrices évaluait les documents retenus dans leur intégralité afin d'en déterminer l'admissibilité. Deux réviseuses ont ultérieurement confirmé les motifs d'exclusions (CB, JB). Dans le cas de la littérature grise, chacun des textes était sélectionné (titre et résumé) puis lu en entier par 1 des auteurs (LPB, MBL). La Figure 1 présente toutes les informations relatives à cette démarche de repérage et de sélection.

2.5. Recension des écrits

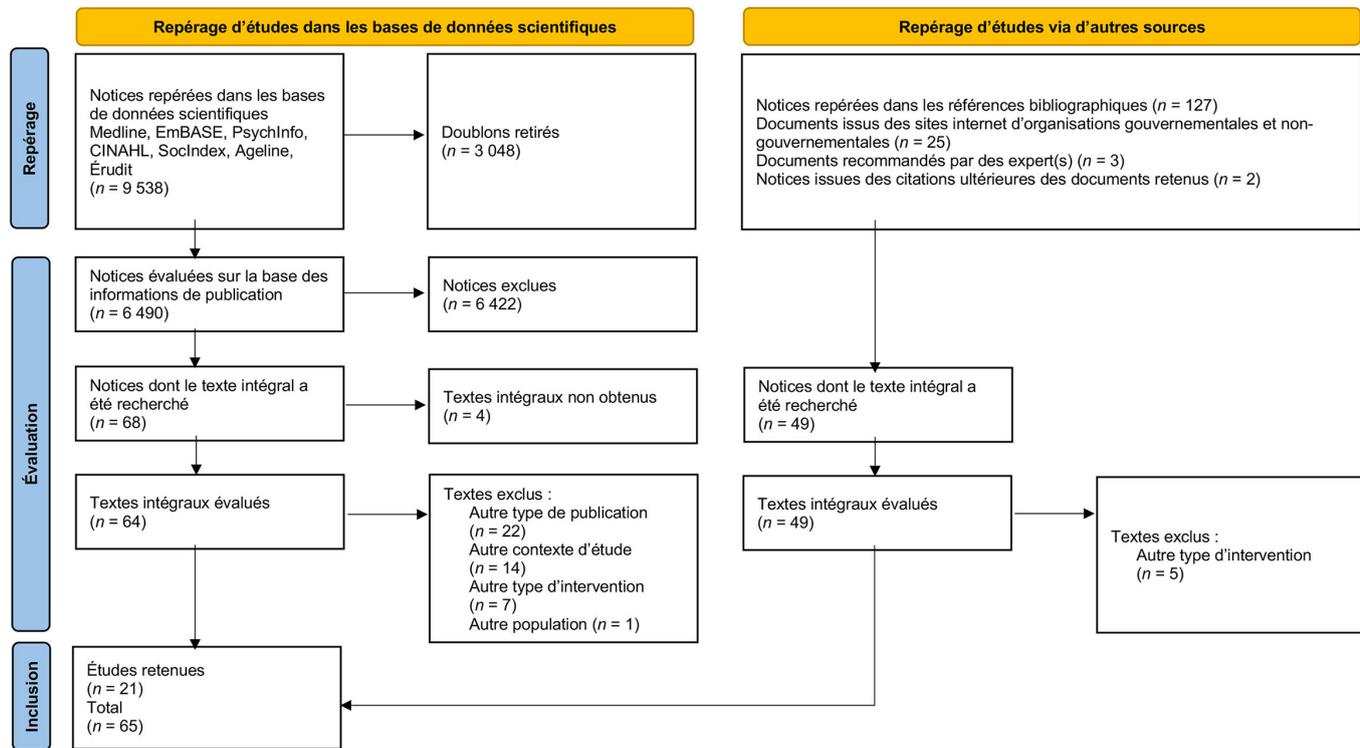
Une fiche de lecture a été développée, testée et validée en équipe, afin de colliger et cartographier les données pertinentes. Elle inclut une description des pays, SPA, milieux d'hébergement, devis de recherche ainsi que des espaces pour les observations relatives aux 3 questions de recherche (CB, JB, KPJ, MG). Des adaptations ont été apportées à la fiche de lecture pour la littérature grise, afin de préciser les caractéristiques de chacun des écrits (p. ex. autorat, lectorat visé). La même procédure de rédaction et de relecture a été adoptée (CB, MBL, LPB). Les informations relatives aux caractéristiques des études ainsi que les résultats ont été consignés, puis synthétisés.

2.6. Stratégie d'analyse

L'ensemble des documents retenus a fait l'objet d'une analyse thématique (Braun et Clarke, 2006; Paillé et Mucchielli, 2012). Notre démarche était guidée par les 3 sous-questions de recherche (c'est-à-dire, les philosophies sous-tendant les pratiques d'intervention, le contenu de ces pratiques et leur organisation concrète) qui ont représenté les 3 pôles thématiques de l'analyse. Nous avons élaboré une première version des résultats sur la base de l'analyse de la littérature scientifique. Les données pertinentes issues de la littérature grise sont venues ajouter des compléments d'information.

FIGURE 1

Organigramme de processus



Notes : Les critères d'exclusion détaillés sont les suivants : (1) autre type de publication (= monographie, thèse, mémoire, article de presse, article théorique sans données empiriques, commentaires éditoriaux) ; (2) autre contexte d'étude (= autres milieux de vie considérés que les milieux d'hébergement et de soins de longue durée pour personnes âgées) ; (3) autre type d'intervention (= l'intervention décrite ne concerne pas la consommation de substances psychoactives). Inspiré de : Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D. et al., The PRISMA 2020 statement : an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

3. Résultats

3.1 Brève description des documents retenus

Un total de 21 articles scientifiques et de 44 documents de la littérature grise a été retenu. Une synthèse regroupant les principales caractéristiques de ces documents est présentée dans le Tableau 2 (littérature scientifique) et le Tableau 3 (littérature grise). La majorité des documents ciblent la consommation d'alcool ou de tabac. Néanmoins, quelques documents considèrent l'usage de toutes les SPA, sans distinction, incluant celles ayant un statut illégal. Dans les sections qui vont suivre, nous spécifierons le type de SPA auquel il est fait référence lorsque cela est nécessaire.

TABLEAU 2

Tableau récapitulatif des études retenues issues de la littérature scientifique (n = 21)

Références	Pays	Contexte d'hébergement	Substances	Devis	Échantillon	Résultats principaux
Abdullah, A. S. M., Lam, T.-H., Chan, S. K., Leung, G. M., Chi, I., Ho, W. W. et Chan, S. S. (2008). Effectiveness of a mobile smoking cessation service in reaching elderly smokers and predictors of quitting. <i>BMC Geriatrics</i> , 8(1), 25. https://doi.org/10.1186/1471-2318-8-25	Chine	Unités résidentielles publiques ou privées	Tabac	Devis quantitatif: questionnaire longitudinal jusqu'à 6 mois	Résident(e)s qui consomment du tabac (n = 365)	Programme de cessation tabagique réalisé par une équipe mobile dans les résidences. Diminution du tabagisme et satisfaction des bénéficiaires 6 mois après l'intervention.
Adler, G., Greeman, M., Parker, H. et Kuskowski, M. (2002). Self-determination and residents who smoke. <i>J Soc Work Long Term Care</i> , 1(4), 19-30. https://doi.org/10.1300/J181v01n04_03	États-Unis	Maisons de repos	Tabac	Devis quantitatif: questionnaire transversal	Travailleuses et travailleurs sociaux (n = 115)	Les travailleuses et travailleurs sociaux considèrent la résidence comme un domicile et les résident(e)s ont droit à l'autodétermination. Les travailleuses et travailleurs sociaux pensent que la résidence a le droit de limiter la consommation de tabac.
Beideman, J., Kulak, J. A. et Watt, C. A. (2018). Legislation governing tobacco use in Ontario's retirement homes. <i>Journal of Aging @ Social Policy</i> , 30(2), 141-154. https://doi.org/10.1080/08959420.2017.1407215	Canada	Maisons de retraite	Tabac	Devis quantitatif: analyse de l'exhaustivité des règlements en matière de tabac selon un modèle préétabli	Des règlements des résidences en matière de tabac (n = 75)	L'exhaustivité des règlements des résidences en matière de tabac varie entre 37 % et 64 %. Besoin d'un cadre conceptuel provincial en matière de consommation de tabac dans ce type de résidence.
Boucek, L., Kane, I., Lindsay, D. L., Hagle, H., Salvio, K. et Mitchell, A. M. (2019). Screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) education of residential care nursing staff: Impact on staff and residents. <i>Geriatric Nursing</i> , 40(6), 553-557. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.04.002	États-Unis	Milieu de soins résidentiels	Alcool	Devis quantitatif: questionnaires pré-post	Infirmier(-ière)s (n = 55) et résident(e)s (n = 40)	Intervention de formation du personnel en matière de consommation d'alcool, d'abus d'alcool et d'effets néfastes liés à l'alcool. Les connaissances du personnel en matière de consommation d'alcool ont augmenté et la consommation d'alcool chez les résident(e)s a diminué après l'intervention.
Carosella, A. M., Ossip-Klein, D. J., Watt, C. A. et Podgorski, C. (2002). Smoking history, knowledge, and attitudes among older residents of a long-term care facility. <i>Nicotine @ Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco</i> , 4(2), 161-169. https://doi.org/10.1080/14622200210123987	États-Unis	Résidences de soins de longue durée	Tabac	Devis quantitatif: questionnaire transversal	Résident(e)s (n = 95), dont 25 fumeurs et 70 non-fumeurs	Les non-fumeurs étaient plus susceptibles que les fumeurs de croire que le tabagisme affecte négativement la santé. Davantage d'intervention pour encourager la cessation tabagique dans les résidences doit être implantée et le personnel devrait être davantage formé.

Emiliussen, J., Engelsen, S., Christiansen, R., Nielsen, A. S. et Klausen, S. H. (2021). Alcohol in long-term care homes: A qualitative investigation with residents, relatives, care workers and managers. <i>Nordic Studies on Alcohol and Drugs</i> , 38(5), 414-433. https://doi.org/10.1177/145507252111018113	Danemark	Résidence de soins de longue durée	Alcool	Devis qualitatif inter-prétatif phénoménologique: entrevues semi-dirigées	Résident(e)s (n = 5); professionnel(le)s de la santé (n = 4); membres de la famille des résident(e)s (n = 3) et gestionnaires (n = 2)	<p>Pour les résident(e)s: l'alcool est un produit apprécié pour les occasions spéciales.</p> <p>Pour les professionnel(le)s et les gestionnaires: droit à l'autodétermination des résident(e)s, mais certains contrôlent parfois la consommation d'alcool par crainte d'effets néfastes sur la santé.</p> <p>Le contrôle de la consommation est souvent du ressort du personnel au niveau individuel - Il manque des lignes directrices claires en ce qui concerne l'alcool dans les résidences.</p>
Harnett, T. et Jönson, H. (2020). "Wet" eldercare facilities: Three strategies on the use of alcohol and illicit substances. <i>Nordic Social Work Research</i> , 12(1), 1-14. https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1742195	Suède	Résidences de consommation supervisée d'alcool	Alcool et substances illicites	Devis qualitatif: entrevues semi-dirigées	Membres du personnel (n = 12) et gestionnaires (n = 5)	<p>Résidence de type <i>wet eldercare facility</i></p> <p>Équilibre entre la réduction des méfaits comme solution de dernier recours, car échec des traitements misant sur l'abstinence et respect de la dignité des personnes, mais avec une volonté de garder un contrôle sur la consommation.</p> <p>Trois stratégies sont mises en œuvre par les professionnels: détourner le regard, limiter la consommation de SPA, distribuer et accompagner la consommation d'alcool.</p>
Johannessen, A., Tevik, K., Engedal, K. et Helvik, A.-S. (2021). Health professionals' experience of nursing home residents' consumption of alcohol and use of psychotropic drugs. <i>Nordic Studies on Alcohol and Drugs</i> , 38(2), 161-174. https://doi.org/10.1177/1455072520961890	Norvège	Maisons de repos	Alcool et médicaments psychotropes	Devis qualitatif: entrevues individuelles et groupes de discussion	Infirmier(-ière)s (n = 19) et un(e) éducateur(-trice) spécialisé(e)	<p>Il est important d'équilibrer la consommation d'alcool pour améliorer la qualité de vie des résident(e)s, mais sans causer de méfaits.</p> <p>Les résidences manquent de politiques claires en matière de consommation. Quelques outils organisationnels ont été mis en place pour faire un suivi croisé concernant la consommation de médicaments.</p>
Jönson, H., Højgaard-Bøytler, J. et Harnett, T. (2021). Finding a fair deal: Policies on alcohol and drugs at "wet" eldercare facilities. <i>J Subst Abuse Treat</i> , 134(2022), 1-6. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108515	Suède	Résidences de consommation supervisée d'alcool	Alcool et autres substances psychoactives	Devis qualitatif: entrevues semi-dirigées	Résident(e)s des résidences d'hébergement (n = 42) et membres du personnel de ces résidences (n = 21)	<p>Résidence de type <i>wet eldercare facility</i></p> <p>Autodétermination: les résident(e)s sont considérés comme des locataires de leurs chambres.</p> <p>Pragmatisme: interdire l'alcool n'est pas une solution, il faut donc trouver des compromis, mais limiter la consommation si elle devient néfaste pour les résident(e)s.</p> <p>Résultats à long terme: les politiques mises en œuvre diminuent le stress et l'anxiété chez les résident(e)s, qui consomment alors moins.</p>

<p>Klein, W. C. et Jess, C. (2002). One last pleasure? Alcohol use among elderly people in nursing homes. <i>Health & Social Work, 27</i>(3), 193-203. https://doi.org/10.1093/hsw/27.3.193</p>	<p>États-Unis</p>	<p>Maisons de repos</p>	<p>Alcool</p>	<p>Devis quantitatif: questionnaire transversal</p>	<p>Résidences d'hébergement (n = 111)</p>	<p>55 % des répondant(e)s trouvent la consommation d'alcool appropriée, 20 % trouvent la consommation inappropriée.</p> <p>L'alcool est généralement interdit, mais le personnel ferme souvent les yeux lorsque les résident(e)s consomment. Quelques établissements autorisent la consommation à l'extérieur ou aux occasions spéciales. Certaines politiques excluent les résident(e)s qui consomment lors de l'admission.</p>
<p>Lemke, S. et Schaefer, J. A. (2012). Addressing substance use disorders in VA nursing homes. <i>J Soc Work Pract Addict, 12</i>(1), 89-106. https://doi.org/10.1080/1533256X.2012.646630</p>	<p>États-Unis</p>	<p>Maisons de repos pour les vétérans</p>	<p>Substances psychoactives</p>	<p>Devis quantitatif: questionnaire transversal</p>	<p>Gestionnaires de résidences d'hébergement pour vétérans (n = 45)</p>	<p>2/3 des résidences ont recours à un expert externe pour gérer les résident(e)s difficiles. La moitié des résidences ont du personnel formé en dépendance. 1/3 des questionnaires ont confiance dans la capacité du personnel à prendre en soin des résident(e)s avec un TUS Presque toutes les résidences dépistent les résident(e)s pour le TUS à l'admission.</p>
<p>Mjelde-Mossey, L. A. (2007). Alcoholism treatment in a nursing home. <i>Alcohol Treat Q, 25</i>(3), 87-98. https://doi.org/10.1300/J020v25n03_07</p>	<p>États-Unis</p>	<p>Maisons de repos</p>	<p>Alcool</p>	<p>Devis quantitatif: questionnaire transversal</p>	<p>Patient(e)s du programme de traitement de la dépendance à l'alcool (n = 55)</p>	<p>Il y a 2,5 fois plus de personnes âgées dépendantes à l'alcool qui ont besoin de soutien pour accomplir les gestes de la vie quotidienne comparativement aux personnes âgées non dépendantes à l'alcool.</p> <p>Un programme de traitement pour la dépendance à l'alcool a été implanté dans la structure (10 lits). Les résident(e)s reçoivent des soins infirmiers, du counselling et des séances d'éducation sur la consommation d'alcool.</p>
<p>Rota-Bartelink, A. (2011a). Supporting older people living with alcohol-related brain injury: The Wicking project outcomes. <i>Care Management Journals: Journal of Case Management; The Journal of Long-Term Home Health Care, 12</i>(4), 186-193. https://doi.org/10.1891/1521-0987.12.4.186</p>	<p>Australie</p>	<p>Milieu de soins résidentiels</p>	<p>Alcool, tabac et autres substances psychoactives</p>	<p>Devis mixte Volet qualitatif: entrevues et observations Volet quantitatif: essai randomisé</p>	<p>Résident(e)s qui ont bénéficié du programme (n = 7) et un groupe contrôle (non-résident(e)s) qui n'a pas bénéficié du programme (n = 7)</p>	<p>Un programme de réduction des méfaits implanté dans une résidence pour les personnes âgées itinérantes et présentant des lésions cérébrales liées à l'alcool: il s'agit d'interventions personnalisées intensives autour de la consommation problématique de substances.</p> <p>L'anxiété, la dépression, la consommation d'alcool et les comportements agressifs ont diminué dans le groupe intervention comparativement au groupe contrôle. La qualité de vie et le bien-être ont également augmenté dans le groupe intervention comparativement au groupe contrôle. Le programme permet au gouvernement d'économiser 30 \$ par personne.</p>

<p>Rota-Bartelink, A. et Lipmann, B. (2010). Older people with alcohol-related brain injury and associated complex behaviors: A psychosocial model of residential care (the Wicking Project). <i>Care Management Journals: Journal of Case Management; The Journal of Long Term Home Health Care</i>, 11(2), 112-121. https://doi.org/10.1891/1521-0987.11.2.112</p>	Australie	Milieux de soins résidentiels	Alcool, tabac et autres substances psychoactives	Devis quantitatif: essai randomisé	Participant(e)s ayant des troubles du comportement liés à des lésions cérébrales liées à l'alcool et qui sont à risque d'itinérance, ou ont déjà été en situation d'itinérance, et qui ont bénéficié du programme (n = 4)/Un groupe contrôle sur liste d'attente (n = 6)	<p>Un programme de réduction des méfaits implanté dans une résidence pour les personnes âgées itinérantes et présentant des lésions cérébrales liées à l'alcool: il s'agit d'interventions personnalisées intensives autour de la consommation problématique de substances, ainsi qu'un programme récréationnel. Le personnel assiste aussi les résident(e)s pour l'achat d'alcool et de cigarettes.</p> <p>Pour le programme récréationnel, les résultats préliminaires montrent de la satisfaction et une réduction des troubles du comportement.</p>
<p>Schonfeld, L., King-Kallimanis, B. L., Duchene, D. M., Etheridge, R. L., Herrera, J. R., Barry, K. L. et Lynn, N. (2010). Screening and brief intervention for substance misuse among older adults: The Florida BRITE project. <i>Am J Publ Health</i>, 100(1), 108-114. https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.149534</p>	États-Unis	Communauté pour les retraité(e)s et logements pour les seniors	Alcool et substances psychoactives	Devis quantitatif: questionnaire de dépistage de l'utilisation de substances psychoactives	Des personnes âgées (n = 3 497)	<p>Programme BRITE: programme qui vise à dépister puis à intervenir sur le mésusage et/ou l'abus de substances psychoactives chez les personnes âgées. L'intervention porte sur 6 dimensions: la consommation d'alcool, la consommation de médicaments sur prescription, la consommation de médicaments en vente libre, la consommation de substances illicites, et enfin la dépression et le risque suicidaire.</p> <p>L'intervention BRITE a permis de dépister des problématiques de consommation qui n'auraient pas été dépistées auparavant. Après l'intervention, la consommation d'alcool, de médicaments en vente libre et de substances illicites a diminué. La dépression a diminué après l'intervention.</p>
<p>Schonfeld, L., Hazlett, R. W., Hedgecock, D. K., Duchene, D. M., Burns, L. V. et Gum, A. M. (2015). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Older Adults With Substance Misuse. <i>American Journal of Public Health</i>, 105(1), 205-211. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301859</p>	États-Unis	Divers lieux de vie pour les personnes âgées	Alcool et substances psychoactives	Devis quantitatif: analyses descriptives	Personnes âgées de 55 ans et plus (n = 85 001)	<p>Programme BRITE: programme qui vise à dépister puis à intervenir sur le mésusage et/ou l'abus de substances psychoactives chez les personnes âgées. L'intervention porte sur trois dimensions: la consommation d'alcool, la consommation d'autres substances psychoactives (p. ex. le tabac) et la dépression.</p> <p>Les résultats montrent une diminution significative de la consommation de substances à 6 mois après l'intervention.</p>

Schwartz, K. M. et Lasky, N. (2002). The development and implementation of an alcohol policy in a nursing home: Overcoming denial. <i>Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 35(2), 151-167.	Canada	Maisons de repos	Alcool	Devis qualitatif: étude de cas	Étude de cas: une résidence de 279 lits, avec la présentation de deux résident(e)s (un homme de 74 ans et une femme de 65 ans)	Équilibre entre l'idée que l'autonomie, la dignité et les droits des résident(e)s doivent être respectés, mais la consommation d'alcool doit être contrôlée pour limiter le risque de méfaits Implantation d'une nouvelle politique en matière d'alcool, en collaboration avec le comité de résident(e)s: l'alcool est distribué par le personnel infirmier (2 verres par jour), un(e) médecin doit évaluer si la consommation d'alcool est possible, et un dépistage et des interventions brèves doivent être proposés
Stefanacci, R. G., Lester, P. E., Kohen, I. et Feuerman, M. (2009). Nursing home policies on items brought in from the outside for facility residents. <i>J Am Med Dir Assoc</i> , 10(6), 419-422. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.03.003	États-Unis	Maisons de repos	Alcool, tabac, médicaments en vente libre	Devis quantitatif: questionnaire transversal	Directeur(-trice)s des soins infirmiers (n = 299)	Les politiques des résidences en ce qui concerne les items rapportés de l'extérieur. 84 % des résidences ont une politique concernant les médicaments OTC 64 % concernant les cigarettes 58 % concernant l'alcool 37 % concernant les aliments Plus de la moitié des répondants estiment que la résidence a le droit de restreindre l'accès à l'alcool, aux médicaments en vente libre et au tabac, mais peu considèrent que la résidence a le droit de restreindre l'accès à la nourriture.
Watt, C. A., Carosella, A. M., Podgorski, C. et Ossip-Klein, D. J. (2004). Attitudes toward giving smoking cessation advice among nursing staff at a long-term residential care facility. <i>Psychol Addict Behav.</i> , 18(1), 56-63. https://doi.org/10.1037/0893-164X.18.1.56	États-Unis	Résidences de soins de longue durée	Tabac	Devis quantitatif: questionnaire transversal	Infirmier(-ière)s (n = 115)	Le personnel non-fumeurs pratique plus le counselling que le personnel fumeurs. Le counselling est réalisé lorsque le tabac est perçu comme un danger pour le(la) résident(e). Les barrières au counselling sur le tabac: perception que les résident(e)s ne souhaitent pas arrêter, politiques de la résidence permettant le tabagisme, croyance que le counselling est la responsabilité des médecins. Besoin de davantage de formation pour le personnel, de collaboration interdisciplinaire (médecins, infirmier(-ière)s) et de politiques claires institutionnelles entourant le tabagisme.

Watt, C. A., Lassiter, J. W., Boyle, J. R., Kulak, J. A. et Ossip-Klein, D. (2009). An examination of policies addressing resident smoking in nursing homes. <i>J Am Med Dir Assoc</i> , 10(4), 258-263. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.11.004	États-Unis	Maisons de repos	Tabac	Devis quantitatif: évaluation des politiques des résidences concernant le tabagisme basées sur les critères du JCAHO	Des politiques de résidences concernant le tabagisme (n = 47)	Les résidences autorisant le tabac à l'extérieur et à l'intérieur ont inclus 23 % des critères dans leur politique en moyenne. Les résidences autorisant le tabac à l'extérieur seulement ont inclus 27 % des critères en moyenne. Les résidences non-fumeuses ont inclus 29 % des critères en moyenne. Les résidences devraient décourager la consommation de tabac, ou bien assurer la sécurité des non-fumeurs si la consommation de tabac est permise.
White, J. B., Duncan, D. F., Burr Bradley, D., Nicholson, T., Bonaguro, J. et Abrahamson, K. (2015). Substance abuse policies in long-term care facilities: A survey with implications for education of long-term-care providers. <i>Educ Gerontol</i> , 41(7), 519-526. https://doi.org/10.1080/03601277.2014.986400	États-Unis	Résidences de soins de longue durée	Substances psychoactives	Devis quantitatif: questionnaire transversal	Gestionnaires de résidence d'hébergement (n = 40)	Les politiques des résidences d'hébergement : évaluation de la consommation à l'admission, programmes internes, référence à des services spécialisés. Les résidences manquent de préparation, de politiques claires et de personnel formé pour accompagner la consommation croissante de substances chez les aîné(e)s.

TABLEAU 3

Tableau récapitulatif des documents retenus issus de la littérature grise (n = 44)

Références	Pays	Contexte d'hébergement	Substances	Organisme	Type de document	Objectifs
AdvantAge Ontario. (2018). <i>The Cannabis Toolkit</i> . http://www.advantageontario.ca/AAO/Content/Resources/Advantage_Ontario/Cannabis-Toolkit-Public.aspx	Canada	Résidences de soins de longue durée	Cannabis	Organisme à but non lucratif	Guide d'outils	Outils pour accompagner la consommation de cannabis dans les résidences de soins de longue durée.
Al Kurdi, C. et Rosselet, F. (2022). <i>Troubles de l'usage de substances – dans les contextes de démences, troubles psychiatriques et soins palliatifs</i> . GREA.	Suisse	Établissements médicosociaux (EMS), et maisons de retraite	Substances psychoactives	Groupe ment Romand d'Étude des Addictions (GREA)	Rapport	Montrer les similitudes et les différences dans la prise en soins des personnes présentant un trouble de l'usage de substances (TUS) dans les contextes de démences, de maladies psychiatriques, et de soins palliatifs.
Association canadienne pour la santé mentale. (2018). <i>Troubles concomitants de santé mentale et de consommation de substances</i> . CMHA National. https://cmha.ca/fr/documents/troubles-concomitants-de-sante-mentale-et-de-consommation-de-substances	Canada	Résidence de soins de longue durée	Substances psychoactives	Association canadienne pour la santé mentale	Rapport	Souligner la nécessité d'un cadre qui prévient la mauvaise santé mentale chez les aîné(e)s.
Atkinson, C. (2016). <i>Service responses for older high-risk drug users: A literature review</i> . http://www.sccjr.ac.uk/wp-content/uploads/2016/08/SCCJR-Report-062016.pdf	Royaume-Uni	Non précisé	Médicaments prescrits, substances illicites, alcool	The Scottish Centre for Crime and Justice Research	Rapport	Identification des besoins des consommateur(-trice)s âgé(e)s à haut risque et information sur les interventions qui leur sont offertes.
Bachmann, A., Cornut, M. et Gotsmann, L. (2019). Améliorer la coopération entre soins et traitement des dépendances. <i>Curaviva</i> . https://www.infodrog.ch/files/content/alter/Curaviva_ameliorer_cooperation_soins_traitement_dependances.pdf	Suisse	Établissement médicosocial (EMS)	Substances psychoactives	Curaviva (organisme à but non lucratif)	Article de revue de l'association	Description d'un exemple d'intervention en dépendance dans un EMS.
Bachmann, A., Gotsmann, L. et Wenger, J. (2019). Un équilibre entre l'approche thérapeutique et l'autodétermination. <i>Soins infirmiers</i> , 112(08), 6.	Suisse	Établissement médicosocial (EMS)	Substances psychoactives		Article de revue professionnelle	Description d'un exemple d'intervention en dépendance dans un EMS.
Barry, K. L., Blow, F. C., Cameron, K. A., McNeill, A., Watson, E. et Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). <i>A guide to preventing older adult alcohol and psychoactive medication misuse/abuse: Screening and brief interventions</i> (p. 124) [Intervention guide]. SAMSHA. chrome-extension://efaidnbmninnkpcapjpcgclefindmkaj/https://assets-us-01.kcusercontent.com/ffacf7d-10b6-0083-2632-604077fd4eca/8ef517aa-3330-497d-b37b-0460b8577f5b/SBIRT-Older-Adult-Manual-Final.pdf	États-Unis	Divers milieux de soins de santé et de services sociaux	Alcool et médicaments psychotropes	Substance Abuse and Mental Health Services Administration (agence fédérale des États-Unis)	Guide d'intervention	Guide pour la mise en œuvre de programmes visant à prévenir l'abus d'alcool et de médicaments psychoactifs chez les personnes âgées.

Bart-Christiane, J., Trépied, V., Chauvel, C. et Sow, A. (2020). <i>Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages en ESSMS</i> .	France	Établissement social ou médicosocial (ESSMS) Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	Substances psychoactives	Haute Autorité de Santé	Rapport	État des lieux sur la prévention des dépendances et la réduction des risques en établissement.
Burgess, K. et Scott, P. (2006). Resident rights: The safety issue. <i>Provider</i> , 32(10), 71-76.	États-Unis	Résidence de soins de longue durée	Toutes les substances psychoactives		Article de revue professionnelle	Proposer une convention de risques négociée.
Butt, P. R., White-Campbell, M., Canham, S., Johnston, A. D., Indome, E. O., Purcell, B., Tung, J. et Van Bussel, L. (2020). <i>Canadian guidelines on alcohol use disorder among older adults</i> . https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2019/12/Final_Alcohol_Use_DisorderV6.pdf	Canada	Divers	Alcool	Publié par le Canadian Geriatrics Society et rédigé par le Canadian Coalition of Seniors' Mental Health	Guide de pratiques cliniques	Proposer un consensus basé sur 22 recommandations pour prévenir, évaluer, gérer et traiter la consommation problématique d'alcool chez les personnes âgées.
Caring.com. (2021). <i>Assisted living options for people struggling with addiction</i> [Ressources]. Caring.Com.	États-Unis	Divers	Alcool et médicaments	Agence pour placement en ressources	Site internet	Offrir des ressources aux personnes âgées qui ont une dépendance.
Centre for Addiction and Mental Health, Gaffey, M., Walker, L., Ashraf Baig, F. et McAllister, J. (2006). <i>Smoke-free long-term care homes project</i> . Center for Addiction and Mental Health (CAMH). https://www.nicotinedependenceclinic.com/en/teach/Documents/Smoke%20Free%20Long-Term%20Care%20Homes%20Project.pdf#:~:text=The%20Smoke-Free%20Long-Term%20Care%20Homes%20Project%20at%20the,modify%20the%20contents%20of%20this%20manual%20as%20needed.	Canada	Résidences de soins de longue durée	Tabac	Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), fait partie du Government of Ontario's Smoke-Free Ontario Strategy	Guide d'intervention	Accompagner les intervenant(e)s pour venir en aide aux résident(e)s dans l'application de la loi sur l'interdiction de fumer.
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (2021). <i>Guide de gestion de la consommation du cannabis en RNI</i> . https://www.ciussmqc.ca/Content/Client/Librairie/Documents/A_propos_de_nous/GD-07-015_Guide_de_gestion_de_la_consommation_du_cannabis_en_RNI_20211129.pdf	Canada	Ressources intermédiaires et ressources de type familial	Cannabis	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	Guide de gestion de la consommation de cannabis	Définir des normes dans l'encadrement de la consommation de cannabis en ressources non institutionnelles.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2010). <i>Treatment and care for older drug users: EMCDDA Selected issues</i> . Publications Office. https://data.europa.eu/doi/10.2810/39905	Europe	Résidences de soins de longue durée	Toutes les substances psychoactives		Rapport	Faire un portrait de la consommation de substances chez les personnes âgées et proposer des interventions.
Grossi, A., Holmes, A. et Ibrahim, J. E. (2021). Use of Alcohol in Long Term Care Settings: A Comparative Analysis of Personal Choice, Public Health Advice and the Law. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 22(1), 9-14.e1. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.08.010	États-Unis	Résidences de soins de longue durée	Alcool	Department of Health and Human Services, Seniors, Aging and Aged Care Branch, Health and Well-Being Division, Victoria, Australia et le Department of Forensic Medicine, Monash University.	Article scientifique	Proposer un cadre explorant la santé publique, les droits de l'Homme et le cadre législatif au regard du choix d'un(e) résident(e) de boire de l'alcool.
Hartz, G. et Kuhlman, G. (2004). Smoking cessation for geropsychiatric patients in long-term care. <i>Psychiatric Services</i> , 55(4), 454.	États-Unis	Résidences de soins de longue durée	Tabac	Veterans Affairs Palo Alto Health Care System	Rapport	Description d'expérience clinique dans la transformation d'une résidence de soins de longue durée (fumeurs à non-fumeurs).
Horowitz, A. C. (2015). Resident smoking policies. <i>Long-Term Living: For the Continuing Care Professional</i> , 64(6), 8-11.	États-Unis	<i>Skilled nursing facilities</i>	Tabac		Article de revue professionnelle	Présenter les obligations légales que doivent respecter les résidences en matière de tabagisme et les recommandations de sécurité.
Infodrog. (2022). <i>Prise en charge à long terme – Addictions et vieillissement.ch</i> . Retrieved May 20, 2022, from https://www.addictions-et-vieillessement.ch/professionnels/aide/prise-en-charge-long-terme.html	Suisse	Établissement médicosocial (EMS)	Alcool, médicaments	Addiction et vieillissement	Site internet	Document 1 : Conseil pour la mise en place d'un programme d'intervention précoce dans un EMS. Document 2 : Évoquer les grands principes qui doivent guider la prise en charge à long terme des personnes âgées.
Kessler, D., Gross, C., Koller, S. et Haug, S. (2012). <i>Exploration erfolgversprechender Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen in der Schweiz Schlussbericht (Exploration de mesures prometteuses pour réduire la consommation problématique d'alcool chez les personnes âgées en Suisse/rapport final)</i> . https://doi.org/10.5167/uzh-64924	Suisse	Non précisé	Alcool	Federal Office of Public Health (OFSP) et Institut de recherche sur la santé publique et les addictions	Rapport	Présenter les mesures prometteuses pour la réduction de la consommation problématique d'alcool par des personnes âgées.
Kumar, P. (2005). CMS to help smokers quit. <i>Caring for the Ages</i> , 6(7), 1-22.	États-Unis	Résidences de soins de longue durée	Tabac	American Medical Directors Association	Rapport	Présenter des conseils pour accompagner la population en général et pour la population des résident(e)s en soins de longue durée, dans une optique d'abstinence totale.

Lefrançois, P. (2015). Gérer les résidents qui ont des addictions. <i>Géroscope</i> , 60. https://www.geroscopie.fr/print.asp?679E558B417EBF	France	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	Alcool, tabac		Entrevue	Brosser le portrait de la situation dans la résidence et proposer des recommandations d'interventions.
Lester, P. E. et Kohen, I. (2008). Smoking in the nursing home: Case report and literature review. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 9(3), 201-203. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2007.09.002	États-Unis	Maisons de repos pour aînés	Tabac	American Medical Directors Association	Rapport	Présentation d'un cas clinique mettant l'emphase sur les risques du tabagisme en résidence.
McCabe, L. (2007). Alcohol in care homes: What rules to play by? <i>Journal of Dementia Care</i> , 15(1), 34-36.	Royaume-Uni	Résidences de soins	Alcool	Dementia Services Development Centre	Rapport	Informers les autres professionnel(le)s sur les différentes manières de gérer la consommation d'alcool des résident(e)s.
McCann, M., Wadd, Sarah et Crofts, Gill. (2017). "Wet" care homes for older people with refractory alcohol problems: A qualitative study (p. 26). Alcool Research UK. https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/files.alcoholchange.org.uk/documents/FinalReport_0143.pdf	Royaume-Uni	Résidences de consommation supervisée d'alcool	Alcool		Rapport	Examiner les services de réduction des méfaits offerts dans deux résidences de consommation supervisée d'alcool.
Menecier-Ossia, L., Kholler, M., Moscato, A. et Menecier, P. (2014). L'alcool en établissement pour personnes âgées. <i>Soins Gérontologie</i> , 106, 34-36.	France	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	Alcool		Article de revue professionnelle	Plaidoyer pour considérer l'accompagnement des résident(e)s qui consomment dans une perspective de réduction des méfaits.
Nelson, R. (2011). AJN Reports. Cannabis use in long-term care: An emerging issue for nurses. <i>American Journal of Nursing</i> , 111(4), 19-20.	États-Unis	Résidences de soins de longue durée	Cannabis		Rapport	Brosser le portrait de la gestion de la consommation du cannabis dans les résidences de longue durée.
Newson, P. (2009). Managing alcohol misuse in a care home environment. <i>Nursing @ Residential Care</i> , 11(11), 538-542.	Royaume-Uni	Résidences de soins	Alcool		Article	Discuter de l'abus d'alcool chez les personnes âgées et explorer les conséquences néfastes potentielles.
Ontario Ministry of Health. (2017). <i>Smoke-Free Ontario Act, 2017—How the Act Affects: Residential Care Facilities</i> (p. 5).	Canada	Résidences de soins	Tabac, cannabis	Ministère de la Santé, Ontario	Rapport	Établir le cadre dans lequel s'instaure le <i>Smoke-Free Ontario Act</i> (2017) dans les résidences de soins.
Phillips, A. (2014). One too many: Alcohol consumption and the health risks. <i>Nursing @ Residential Care</i> , 16(4), 206-209.	Royaume-Uni	Résidences de soins	Alcool		Article de revue professionnelle	Proposer des pistes d'interventions au personnel infirmier des résidences pour repérer, surveiller et traiter le mésusage d'alcool.
Rao, T. et Crome, I. (2011). Substance misuse among care home residents. <i>Nursing @ Residential Care</i> , 13(12), 594-596.	Royaume-Uni	Résidences de soins	Alcool, médicaments		Article de revue professionnelle	Informers les professionnel(le)s sur le mésusage de substances chez les personnes âgées en résidence et proposer des pistes d'intervention.

Rota-Bartelink, A. (2011b). <i>The Wicking Project. Older people with acquired brain injury and associated complex behaviours: A psychosocial model of care. Final report.</i> https://www.wintringham.org.au/file/1411//The_Wicking_Project_-_Report_(Sept_2011).pdf	Australie	Résidences pour personnes âgées	Substances psychoactives		Rapport	Présentation du projet de recherche-action <i>Projet Wicking</i> et de ses résultats.
Rota-Bartelink, A. (2016). <i>The Wicking Project II (2015-2016). The provision of skilled specialist consultancy services to people living with highly complex needs and their caregivers. Final report</i>	Australie	Une maison communautaire de 4 chambres et une résidence de 60 lits	Substances psychoactives		Rapport	Présenter les résultats du projet <i>Wicking I et II</i> .
Shalshin, A. et Krichmar, G. (2013). Effective nonpharmacological strategies for smoking cessation in geriatric long-term care residents. <i>Chest. Conference: CHEST</i> , 144(4).	États-Unis	Résidences de soins de longue durée gériatriques	Tabac		Résumé	Évaluer les meilleures stratégies non pharmaceutiques afin d'arrêter de fumer.
Simonton, A. J. (2020). <i>Clinical considerations for substance-use issues in long-term care facilities.</i>	États-Unis	Résidences de soins de longue durée	Substances psychoactives		Rapport	Donner des pistes de traitement des problématiques liées à la consommation de substances en résidence.
Sorrell, J. M. (2017). Substance use disorders in long-term care settings. <i>Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services</i> , 55(1), 24-27.	États-Unis	Résidences de soins de longue durée	Alcool		Article de revue professionnelle	Montrer la nécessité de développer des stratégies pour s'attaquer au problème de dépendance aux substances chez les résident(e)s.
Vaucher, V. et Broers, B. (2019). Usager de substances vieillissant: Quel lieu de vie? <i>Dépendances</i> , 62, 14-18.	Suisse	Tous les milieux	Opiïdes		Article de revue professionnelle	Proposer une réflexion sur les lieux de vie qui existent, adaptés ou pas pour l'utilisateur(-ère) de substances vieillissant(e), fondées sur des expériences locales.
Vossius, C., Testad, I., Berge, T. et Nesvag, S. (2011). The Stavanger wet house. <i>Nordic Studies on Alcohol and Drugs</i> , 28(3), 279-282. https://doi.org/10.2478/v10199-011-0024-1	Norvège	Maisons de repos	Alcool, substances psychoactives		Article scientifique	Décrire une intervention offerte aux résident(e)s âgé(e)s qui consomment des substances: la création d'une unité spécialisée en dépendance au sein d'une résidence pour personnes âgées.
Wenger, J. (2019). <i>Plaisir, consommation de substances psychoactives et addictions dans les EMS.</i> Fachverband Sucht. https://www.infodrog.ch/files/content/alter/Concept_plaisir_consommation_EMS.pdf	Suisse	Établissements médicosociaux (EMS)	Toutes les substances psychoactives	Association professionnelle suisse alémanique des spécialistes des addictions (Fachverband Sucht) Infodrog (Centrale nationale de coordination des addictions) GREA (Groupement Romand d'Études des Addictions) Ticino Addiction	Rapport	Guide de mise en œuvre pour l'entretien de rapports professionnels avec les personnes âgées.

White-Campbell, M. (2020). <i>Support for treatment of nicotine dependence for residents of long-term care during the COVID-19 crisis.</i>	Canada	Résidences de soins de longue durée	Tabac	Baycrest Centre	Guide clinique	Présenter des suggestions de règles à suivre entourant la consommation tabagique en résidences de soins de longue durée.
Wilkinson, C. & National Drug Research Institute (Australia). (2018). <i>Older Australians: Trends and impacts of alcohol and other drug use.</i> https://ndri.curtin.edu.au/ndri/media/documents/publications/T281.pdf	Australie	Services de soins primaires	Alcool et autres substances psychoactives		Rapport	Explorer l'impact de l'alcool, des drogues illicites et de l'abus de médicaments pharmaceutiques (AOD) chez les Australien(ne)s âgés.
Williams, L. (2006). Resident smoking rights and risks. <i>Nursing Homes Long Term Care Management</i> , 55(1), 48.	États-Unis	Maisons de repos	Tabac	GuideOne Center (firme de consultant « management » pour les organisations de santé)	Cas clinique	Fournir des recommandations pour réduire les risques associés à la cigarette dans les résidences (éviter les feux et les blessures).
Winnipeg Regional Health Authority. (2018). <i>Tobacco use and dependence. Long-term care resource guide.</i>	Canada	Foyers de soins personnels	Tabac	Winnipeg Regional Health Authority WRHA Long Term Care Tobacco Dependence Working Group	Guide Clinique de ressources	Fournir des preuves d'orientations éclairées pour l'évaluation et la gestion de l'usage/dépendance au tabac chez les résident(e)s dans les foyers de soins personnels et les établissements de soins de longue durée.
Zhang, S., Richer, C., Barbeau, D., Duong, C. et DiTommaso, S. (2022). <i>Prise en charge des troubles liés aux substances (Outil clinique).</i> https://mdsld.ca/chapitre/prise-en-charge-des-troubles-lies-aux-substances/#objectifs	Canada	Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	Alcool, tabac, cannabis		Outil clinique	Améliorer les compétences des professionnel(le)s pour prendre soin des résident(e)s qui consomment des substances psychoactives.

3.2 Axe 1: philosophies d'intervention

L'objectif ou l'obligation d'abstinence relative à la consommation de SPA est une approche fréquemment en vigueur dans les établissements accueillant les personnes âgées en perte d'autonomie (Abdullah et al., 2008; Beideman et al., 2018; Boucek et al., 2019; Carosella et al., 2002; Klein et Jess, 2002; Lemke et Schaefer, 2012; Mjelde-Mossey, 2007; Schonfeld et al., 2010; Stefanacci et al., 2009; Watt et al., 2004; White et al., 2015). Toutefois, il existe également des milieux où l'accent est davantage mis sur une approche de réduction des méfaits qui cherche avant tout à réduire les risques et les conséquences négatives liés à l'usage de SPA (Adler et al., 2002; Emiliussen et al., 2021; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2010; Harnett et Jönson, 2020; Johannessen et al., 2021; Jönson et al., 2021; Menecier-Ossia et al., 2014; Rota-Bartelink, 2011b; Rota-Bartelink et Lipmann, 2010; Vaucher et Broers, 2019; Watt et al., 2004; Wenger, 2019). La réduction des méfaits s'articule ici autour du soutien à l'autodétermination des personnes âgées qui consomment, de l'idée d'une intervention pragmatique, ou encore du droit à la dignité et à l'absence de stigmatisation, tout en tenant compte des enjeux de perte d'autonomie que peuvent rencontrer les personnes (Adler et al., 2002; Atkinson, 2016; Bachmann, Cornut, et al., 2019, 2019; Bachmann, Gotsmann, et al., 2019; Canadian Mental Health Association, 2010; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2010; Harnett et Jönson, 2020; Jönson et al., 2021; Rota-Bartelink, 2011b, 2011a; Rota-Bartelink et Lipmann, 2010).

Force est surtout de constater que le cadre d'intervention se caractérise souvent par un processus de négociation implicite. Il s'agit alors de trouver un équilibre entre: 1) le respect des droits et libertés individuelles; et 2) la prévention des conséquences négatives pour la santé et la sécurité des résident(e)s, considérant leur degré de vulnérabilité, ainsi que pour le personnel, la vie collective et l'organisation des soins (Grossi et al., 2021). Concrètement, les pratiques de régulation entourant la consommation des résident(e)s se situent par conséquent souvent quelque part sur un continuum allant de l'interdiction de la consommation/l'obligation d'abstinence à un « laisser-faire ». Dans le cas où la consommation est tolérée, elle reste réglementée (p. ex. nature des SPA autorisées, modalités d'approvisionnement, de distribution et de consommation, rôle du personnel) considérant les spécificités de ces milieux et de la clientèle hébergée (Centre intégré

universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, 2021; Emiliussen et al., 2021; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2010; Harnett et Jönson, 2020; Horowitz, 2015; Johannessen et al., 2021; Jönson et al., 2021; Klein et Jess, 2002; McCabe, 2007; Schwartz et Lasky, 2002; Wenger, 2019; Zhang et al., 2022).

3.3 Axe 2 : pratiques d'intervention

3.3.1 Des programmes ciblant l'usage de SPA

Plusieurs programmes dédiés spécifiquement à l'accompagnement des résident(e)s âgé(e)s qui consomment des SPA sont décrits (Abdullah et al., 2008; Boucek et al., 2019; Canadian Mental Health Association, 2010; Mjelde-Mossey, 2007; Rota-Bartelink, 2011b; Rota-Bartelink et Lipmann, 2010; Schonfeld et al., 2010; Wenger, 2019). Certains de ces programmes offrent un service de dépistage de la consommation problématique de SPA par le biais d'outils standardisés valides auprès de la population aînée (Abdullah et al., 2008; Schonfeld et al., 2010, 2015; Simonton, 2020). L'*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST), l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) ou le *10-item Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version* (S-MAST-G) ont ici été utilisés. Dans le cas où de tels outils n'existent pas, notamment quand il faut évaluer le mésusage de certains médicaments ou SPA illégales, des questions spécifiques ont été développées par les équipes (Schonfeld et al., 2010, 2015).

Ensuite, ces programmes offrent des séances d'éducation (pour les résident(e)s et le personnel), du counselling personnalisé pour les résident(e)s, un suivi de la consommation, des groupes de soutien, de l'intervention brève ou encore des thérapies de substitution pour la nicotine (Abdullah et al., 2008; Boucek et al., 2019; Canadian Mental Health Association, 2010; Mjelde-Mossey, 2007; Schonfeld et al., 2010, 2015; Wenger, 2019; Winnipeg Regional Health Authority, 2018). Pour sa part, le *Wicking Project* met davantage l'accent sur la promotion de l'autodétermination des résident(e)s (Rota-Bartelink, 2011a; Rota-Bartelink et Lipmann, 2010). Ce programme se veut adaptable à chaque résident(e), à leurs capacités et limitations éventuelles en termes d'autonomie, et offre notamment une gestion personnalisée de la distribution en alcool et cigarettes, un suivi par un(e) médecin, et enfin un programme individualisé en matière de loisirs et d'activités récréatives.

3.3.2 Autres interventions

Certains milieux proposent des interventions moins structurées. Ainsi, les intervenant(e)s des établissements peuvent offrir des conseils aux résident(e)s, en particulier pour l'arrêt de leur consommation de tabac (Adler et al., 2002; Carosella et al., 2002; Centre for Addiction and Mental Health et al., 2006; Hartz et Kuhlman, 2004; Lemke et Schaefer, 2012; Watt et al., 2004). D'autres activités incluent une utilisation adaptée de techniques comportementales et de l'entrevue motivationnelle pour soutenir l'engagement des résident(e)s vers un objectif de réduction de la consommation (Centre for Addiction and Mental Health et al., 2006; Wilkinson et National Drug Research Institute [Australia], 2018). Plusieurs documents soulignent dans ce contexte la pertinence de l'association entre un traitement médicamenteux et un accompagnement psychosocial (Hartz et Kuhlman, 2004; Kumar, 2005; Lester et Kohen, 2008; Simonton, 2020; White-Campbell, 2020; Zhang et coll., 2022). Certains milieux vont créer un contrat de soin personnalisé délimitant la consommation des résident(e)s, selon leur condition, et les conséquences en cas de non-respect de celui-ci (Grossi et al., 2021; Lefrançois, 2015; McCabe, 2007; Menecier-Ossia et al., 2014; Williams, 2006). Il s'agit alors de trouver l'équilibre entre le confort de la personne et le bon déroulement de la vie collective (Lefrançois, 2015). Finalement, plusieurs établissements ont mis en œuvre des stratégies contrôlées de distribution pour les substances légales (AdvantAge Ontario, 2018; Harnett et Jönson, 2020; McCabe, 2007).

3.3.3 Les établissements de consommation supervisée pour personnes âgées

Ces programmes de consommation supervisée (*wet eldercare facilities*), qui se déploient à l'échelle d'un établissement entier ou d'une unité spécialisée à l'intérieur d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée plus traditionnel, s'adressent surtout aux personnes âgées consommant de l'alcool (McCann et al., 2017). Toutefois, certains établissements ont fini par intégrer le fait que d'autres SPA puissent être consommées, considérant les réalités et la complexité des trajectoires des personnes hébergées (Harnett et Jönson, 2020; Jönson et al., 2021; McCann et al., 2017; Vossius et al., 2011). Habituellement, on observe que la consommation d'alcool et des autres SPA est prohibée dans les espaces partagés, pour ne pas nuire aux résident(e)s qui souhaitent limiter leur consommation, mais le personnel « ferme les yeux » sur ce

qui se passe à l'intérieur des chambres (Jönson et al., 2021; McCann et al., 2017; Vossius et al., 2011). Les résident(e)s se procurent leur consommation par leurs propres moyens, mais peuvent aussi être assisté(e)s par le personnel dans le cas des SPA légales (McCann et al., 2017; Vossius et al., 2011). Dans le cas d'une consommation de SPA illégales, les résident(e)s ont accès à du matériel sécuritaire de consommation (p. ex. seringues) (McCann et al., 2017).

La gestion des finances des résident(e)s est ici un moyen qui peut être utilisé pour réguler la consommation: le personnel verse un montant quotidien aux résident(e)s, ce qui permet de réduire la probabilité de consommation excessive (McCann et al., 2017; Vossius et al., 2011). Chaque résident(e) se voit attribuer un(e) intervenant(e) principal(e) pour l'aider dans ses tâches quotidiennes (lessive, ménage, tâches administratives, etc.). De plus, diverses activités collectives et individuelles sont organisées, selon les intérêts (McCann et al., 2017; Vossius et al., 2011). Enfin, au-delà de la consommation de SPA, ces établissements veillent à répondre aux besoins de base de leur clientèle et peuvent offrir des soins palliatifs pour les résident(e)s en fin de vie (Harnett et Jönson, 2020; Jönson et al., 2021; McCann et al., 2017; Vossius et al., 2011).

3.4 Axe 3 : mise en œuvre et organisation des interventions

3.4.1 *Hétérogénéité des politiques internes*

Les politiques internes des différents établissements formalisent si la consommation est autorisée, sous quelles conditions (p. ex. accord d'un[e] médecin, antécédents de santé, niveau d'autonomie, etc.), selon quelles modalités et quoi faire en cas de non-respect du cadre (p. ex. transfert ou exclusion de la personne, appel auprès des autorités, etc.) (Adler et al., 2002; Beideman et al., 2018; Carosella et al., 2002; Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, 2021; Emiliussen et al., 2021; Harnett et Jönson, 2020; Horowitz, 2015; Jönson et al., 2021; Klein et Jess, 2002; Lemke et Schaefer, 2012; Schwartz et Lasky, 2002; Stefanacci et al., 2009; Watt et al., 2004, 2009; White et al., 2015; Williams, 2006). Dans certains cas, ces politiques couvrent aussi la distribution des SPA (essentiellement alcool, tabac, voire cannabis) par les familles qui visitent les résident(e)s ou l'achat des SPA légales par le personnel (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, 2021; Emiliussen et al., 2021;

Stefanacci et al., 2009 ; Watt et al., 2009). Toutefois, de nombreux établissements manquent encore de politiques claires et celles qui existent restent peu exhaustives (Nelson, 2011 ; Rao et Crome, 2011 ; Watt et al., 2009 ; White et al., 2015).

3.4.2 *L'enjeu de la formation*

La formation et la sensibilisation du personnel concernant les enjeux entourant la consommation de SPA chez les personnes âgées est cruciale (Atkinson, 2016 ; Bachmann, Cornut, et al., 2019 ; Bachmann, Gotsmann, et al., 2019 ; Butt et al., 2020 ; Canadian Mental Health Association, 2010 ; Hartz et Kuhlman, 2004 ; Lemke et Schaefer, 2012 ; Menecier-Ossia et coll., 2014 ; Rao et Crome, 2011 ; Rota-Bartelink, 2011a ; Schwartz et Lasky, 2002 ; Watt et al., 2004 ; White et al., 2015 ; Zhang et al., 2022). Ce besoin de formation concerne tout autant les intervenant(e)s externes offrant des programmes en dépendance dans ces milieux que le personnel des établissements pour personnes âgées (Abdullah et al., 2008 ; Mjelde-Mossey, 2007). En plus des connaissances spécifiques (p. ex. soins cliniques, soins de base, dépendances, démences et symptômes associés, troubles du comportement, douleur chronique, etc.), le développement d'un savoir-être empreint d'empathie et d'acceptation inconditionnelle est essentiel pour l'accompagnement de ces résident(e)s (Rota-Bartelink et Lipmann, 2010 ; Winnipeg Regional Health Authority, 2018).

3.4.3 *L'intégration des soins et les processus de collaboration*

Considérant la complexité de ces profils, l'intervention dans ces milieux repose sur une collaboration étroite entre les différent(e)s professionnel(le)s agissant dans l'établissement (médecins, gestionnaires, infirmier[-ère]s, intervenant[e]s psychosociaux[-ales], préposé[e]s, etc.) (Johannessen et al., 2021 ; Rota-Bartelink et Lipmann, 2010 ; Watt et al., 2004). Il est suggéré que des canaux efficaces de communication soient disponibles pour faciliter la collaboration entre les professionnel(le)s (Wenger, 2019). Rota-Bartelink et collègues mettent également en lumière la nécessité de disposer de suffisamment de personnel pour assurer un accompagnement satisfaisant (Rota-Bartelink, 2011b). D'autres documents appuient davantage le fait de pouvoir solliciter facilement différentes ressources offrant des services complémentaires (Bachmann, Cornut, et al., 2019 ; Bachmann, Gotsmann, et coll., 2019 ; Barry et al., 2015 ; Johannessen et al., 2021 ; Lemke et Schaefer, 2012 ; Rota-Bartelink et Lipmann, 2010 ; Watt et al., 2004).

Il peut par exemple s'agir de faire venir en soutien des consultant(e)s spécialisé(e)s dans le domaine des dépendances, de la santé mentale, de la gérontopsychiatrie ou de la neuropsychologie afin de mieux répondre aux besoins des résident(e)s (Bachmann, Cornut, et al., 2019; Bachmann, Gotsmann, et al., 2019; Barry et al., 2015; Canadian Mental Health Association, 2010; Johannessen et al., 2021; Lemke et Schaefer, 2012; Rota-Bartelink et Lipmann, 2010, 2010; Schonfeld et al., 2010; Schwartz et Lasky, 2002; White et al., 2015). Finalement, quelques études abordent le processus de collaboration entre le personnel des établissements et les résident(e)s (Burgess et Scott, 2006; Grossi et al., 2021; Harnett et Jönson, 2020; Rota-Bartelink et Lipmann, 2010). En ce sens, plusieurs documents détaillent le fort pouvoir décisionnel à donner à la personne aînée, principalement dans l'élaboration des règles de vie, du contrat de soin ou encore de la gestion de leur budget, tout en tenant compte de leurs capacités et limitations. L'entourage des résident(e)s doit également être considéré dans ces discussions (Schwartz et Lasky, 2002; Stefanacci et al., 2009).

4. Discussion

L'objectif de cette étude était de documenter les caractéristiques des initiatives et pratiques d'intervention ciblant les personnes aînées en perte d'autonomie qui consomment des SPA au sein d'établissements d'hébergement et de soins de longue durée, chez qui cet usage peut entraîner diverses problématiques. L'analyse des 21 articles scientifiques et 44 documents de la littérature grise retenus a permis de dégager plusieurs éléments relatifs aux philosophies d'intervention, au contenu des pratiques d'intervention, et à l'organisation concrète de ces dernières.

4.1. Milieu de soin et milieu de vie

Les philosophies d'intervention ici décrites renvoient souvent à des obligations réglementaires semblant difficiles à concilier. D'une part, sous le prétexte de protéger la santé et la sécurité des résident(e)s, souvent en grande perte d'autonomie, et des intervenant(e)s, on peut justifier l'abstinence comme seul objectif des interventions (Beideman et al., 2018; Grossi et al., 2021). D'autre part, on souhaite aussi offrir des services respectant l'autodétermination, le bien-être et la dignité des personnes, ce qui nécessiterait alors de les laisser consommer si cela est leur objectif (Jonson et al., 2021; Lefrançois, 2015). Cette

situation paradoxale questionne plus largement sur le mandat de ces milieux, et sur la nature des régulations qui doivent s’y appliquer. En effet, les milieux d’hébergement et de soins de longue durée sont souvent présentés, y compris au Québec, comme étant simultanément des milieux de soin, milieux de vie collective, et un espace privé, lieu de vie de la personne (Adler et al., 2002; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021). Ce flou conduit le personnel à faire face à de réels défis éthiques, quand leurs pratiques d’intervention doivent tenir compte de considérations qui peuvent sembler difficilement conciliables (Zhang et coll., 2022; Lefrançois, 2015). En l’absence de lignes directrices claires, on constate alors que le personnel développe des stratégies personnelles, à la marge, plus tolérantes pour faire face aux réalités qui défont les réglementations en vigueur (Adler et al., 2002; Emiliussen et al., 2021; Harnett et Jönson, 2020; Rao et Crome, 2011).

Il faut aussi considérer que le statut légal et les représentations sociales associées à une SPA peuvent aussi avoir une incidence sur la manière de concevoir et d’organiser l’intervention auprès des personnes âgées en perte d’autonomie qui consomment. Dans le cadre de notre démarche, nous relevons, sans surprise, que l’essentiel des écrits porte sur les SPA légales, l’alcool, le tabac, voire le cannabis dans certains pays. Pour autant, cela ne signifie pas que les SPA illégales sont inexistantes au sein des milieux accueillant des personnes âgées en perte d’autonomie (Harnett et Jönson, 2020; McCann et al., 2017; Taylor et Grossberg, 2012). Toutefois, la consommation d’une SPA illégale peut entraîner des réponses différentes de ce qui peut valoir pour l’alcool ou le tabac (p. ex. contact des autorités policières) (Jönson et al., 2021; McCann et al., 2017). D’autres études ont souligné comment les attitudes personnelles des professionnel(le)s vis-à-vis de certaines SPA peuvent influencer la nature de leurs interactions avec leur clientèle âgée (de Graaf et al., 2023; Grossi et al., 2021; Johannessen et al., 2021). La considération accordée aux personnes âgées qui consomment des SPA illégales peut avoir des conséquences sur le plan de leur santé, le degré de confiance qu’elles ont dans l’équipe d’intervenant(e)s, et peut surtout réactualiser des enjeux de stigmatisation auxquelles ces personnes ont déjà pu être exposées durant leur parcours de vie (Jönson et al., 2022).

4.2. Des obstacles à l’intervention

Rares sont ainsi les milieux d’hébergement qui proposent des interventions pour accompagner les personnes âgées qui consomment des

SPA et qui peuvent vivre des enjeux en lien avec cet usage. Lemke et collègues (2012) montrent que moins d'un tiers des établissements proposent des prises en charge spécifiques, incluant par exemple prévention, promotion de la santé, réduction des méfaits, aux personnes âgées qui consomment des SPA. Cette proportion est encore plus faible quand les résident(e)s présentent une démence ou un trouble de santé mentale. Selon le personnel rencontré dans l'étude de Watt et collègues (2004), le manque de soutien institutionnel constitue une des barrières principales au développement de cet accompagnement. D'autres sources suggèrent que les milieux institutionnels doivent agir pour disposer d'une politique standardisée définissant le socle minimal de prise en charge, alliant évaluation de la consommation, suivi et traitement multidisciplinaire, si nécessaire et selon les objectifs et capacités des personnes (Phillips, 2014; Rao et Crome, 2011; Substance Abuse and Mental Health Administration, 2020; Zhang et al., 2022).

Le manque de formation du personnel est également une thématique revenue à de nombreuses reprises au sein des documents que nous avons explorés (Johannessen et al., 2021; Klein et Jess, 2002; Lemke et Schaefer, 2012; Watt et al., 2004). Cela représente un point crucial, considérant que la complexité des profils alliant perte d'autonomie (incluant limitations physiques, troubles cognitifs et autres maladies dégénératives ou chroniques) et consommation de SPA, requiert une sensibilisation et une expertise spécifique de la part des intervenant(e)s (Johannessen et al., 2021; Lemke et Schaefer, 2012). La collaboration interdisciplinaire et entre services est un autre facteur définissant un accompagnement de qualité. L'Association canadienne pour la santé mentale soulignait il y a déjà plus d'une décennie le trop faible niveau de collaboration entre les acteur(-trice)s de la santé et des services sociaux impliqué(e)s auprès des personnes âgées (Canadian Mental Health Association, 2010). Au-delà de la collaboration entre les différent(e)s acteur(-trice)s pertinents sur cette thématique, c'est plus largement l'intégration des soins qui est questionnée et qui nécessite un appui supplémentaire, encore une fois considérant le croisement des problématiques rencontrées, notamment de la part des décideur(-euse)s politiques (Rota-Bartelink, 2011a).

4.3. Approche universaliste versus spécialisée

Se dessine finalement un certain clivage entre une approche « universaliste » et une approche dite « spécialisée » (Infodrog, 2022; Kessler et al., 2012; Vaucher et Broers, 2019). Dans l'approche universaliste, on

souhaite intégrer les personnes âgées qui consomment des SPA dans les milieux « traditionnels » d'hébergement et de soins de longue durée (Vaucher et Broers, 2019). Toutefois, à ce jour, les ressources humaines ou matérielles des milieux traditionnels sont rarement suffisantes ou adaptées pour accommoder les besoins complexes de ces personnes (Vaucher et Broers, 2019). La différence de vécu avec la clientèle gériatrique « traditionnelle » fait également que ces résident(e)s ont des difficultés à s'y sentir intégré(e)s (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2010). À l'opposé, l'approche spécialisée regroupe des établissements dédiés uniquement à l'accueil de cette population, tels que les établissements de consommation supervisée (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2010; Jönson et al., 2021). Toutefois, ce type de résidence ne constitue pas toujours un contexte idéal pour les résident(e)s souhaitant réduire leur consommation, en plus d'indirectement contribuer à leur stigmatisation, car cela reviendrait à les cloisonner dans une ressource étiquetée pour personnes consommant des SPA (Vaucher et Broers, 2019).

4.4. Limites de l'étude

Notre démarche présente certaines limites. Tout d'abord, si les documents retenus abordent tous la question des interventions accompagnant la consommation de SPA chez les personnes âgées hébergées dans des milieux d'hébergement et de soins de longue durée, certains articles scientifiques fournissent peu de détails sur le contenu des interventions en question. L'intégration complémentaire de la littérature grise a néanmoins permis d'accéder à un contenu plus exhaustif. Une deuxième limite concerne le fait qu'une bonne part des documents retenus ciblent, explicitement ou non, la consommation de SPA légales (alcool, tabac). Si cela représente les SPA les plus consommées, y compris dans ces milieux, on manque encore d'information sur les interventions ciblant la consommation d'autres catégories de SPA, notamment du cannabis, ou des substances illégales qui peuvent pourtant être consommées par certaines personnes âgées.

5. Conclusion

Cette étude constitue l'une des premières à documenter les pratiques en matière d'accompagnement des personnes âgées consommant des SPA dans des milieux d'hébergement et de soins de longue durée, chez qui cet usage peut susciter des problématiques diverses. En

privilégiant une revue de la portée, la combinaison de la littérature scientifique et grise offre un large éventail de détails provenant de contextes diversifiés. Obtenus à la suite d'une démarche rigoureuse suivant les lignes directrices PRISMA pour les revues de la portée, nos résultats pourront contribuer à éclairer les intervenant(e)s, gestionnaires et décideur(-euse)s du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, ainsi que de systèmes similaires ailleurs dans le monde, dans la bonification de l'offre de soin, notamment dans le champ du soutien à l'autonomie des personnes âgées et de la dépendance. L'implantation d'interventions adaptées aux besoins complexes de cette population particulière contribuera plus largement à l'amélioration de la qualité des soins et des pratiques cliniques dans ces milieux d'hébergement, à l'heure où le vieillissement de la population est un phénomène qui se précipite dans de nombreux pays, et auquel les services doivent s'ajuster efficacement.

Remerciements

La recherche décrite dans cet article est issue du projet BeSPA (*Les besoins complexes des personnes présentant des problématiques liées à la consommation de substances psychoactives et fréquentant des ressources pour personnes âgées: mieux les comprendre pour mieux y répondre*, chercheurs principaux: Vincent Wagner, Jorge Flores-Aranda), financé par Santé Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada ou du ministère de la Santé et des Services sociaux. La publication de cet article est possible grâce au soutien financier de l'axe Santé mentale des populations du Réseau de recherche en santé des populations du Québec. Enfin, nous tenons à remercier Karine Bélanger, bibliothécaire spécialisée à la Bibliothèque québécoise sur les dépendances au moment de la réalisation de cette étude, pour son appui durant la démarche de recherche documentaire.

RÉFÉRENCES

- Adler, G., Greeman, M., Parker, H. et Kuskowski, M. (2002). Self-determination and residents who smoke. *J Soc Work Long Term Care*, 1(4), 19-30. https://doi.org/10.1300/J181v01n04_03
- Aromataris, E. et Munn, Z. (2020). *JBIManual for Evidence Synthesis*. <https://synthesismanual.jbi.global/>

- Association canadienne pour la santé mentale. (2018). *Troubles concomitants de santé mentale et de consommation de substances*. CMHA National. <https://cmha.ca/fr/documents/troubles-concomitants-de-sante-mentale-et-de-consommation-de-substances>
- Atkinson, C. (2016). *Service responses for older high-risk drug users: A literature review*. <http://www.sccjr.ac.uk/wp-content/uploads/2016/08/SCCJR-Report-062016.pdf>
- Beideman, J., Kulak, J. A. et Watt, C. A. (2018). Legislation governing tobacco use in Ontario's retirement homes. *Journal of Aging & Social Policy*, 30(2), 141-154. <https://doi.org/10.1080/08959420.2017.1407215>
- Beynon, C. M. (2009). Drug use and ageing: Older people do take drugs! *Age and Ageing*, 38(1), 8-10. <https://doi.org/10.1093/ageing/afn251>
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brown, R. T., Kiely, D. K., Bharel, M. et Mitchell, S. L. (2012). Geriatric Syndromes in Older Homeless Adults. *Journal of General Internal Medicine*, 27(1), 16-22. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1848-9>
- Canadian Mental Health Association. (2010). *Mental health and addictions issues for older adults: Opening the doors to a strategic framework* (p. 39). <https://ontario.cmha.ca/documents/mental-health-and-addictions-issues-for-older-adults-opening-the-doors-to-a-strategic-framework/>
- Castle, N., Smith, M. L. et Wolf, D. G. (2016). Long-Term Care and Alcohol Use. Dans A. Kuerbis, Alison. A. Moore, P. Sacco et F. Zanjani (Éds.), *Alcohol and Aging: Clinical and Public Health Perspectives* (p. 233-246). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-47233-1_15
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2018). *Meilleure qualité de vie: Usage de substances et vieillissement*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Substance-Use-and-Aging-Report-2018-fr.pdf>
- Choi, N. G., DiNitto, D. M. et Marti, C. N. (2015). Alcohol and Other Substance Use, Mental Health Treatment Use, and Perceived Unmet Treatment Need: Comparison between Baby Boomers and Older Adults: Substance Use, Mental Health Treatment, and Age Cohort Comparison. *The American Journal on Addictions*, 24(4), 299-307. <https://doi.org/10.1111/ajad.12225>
- de Graaf, L., Janssen, M., Roelofs, T. et Luijkx, K. (2023). Who's Involved? Case Reports on Older Adults' Alcohol and Tobacco Use in Dutch Residential Care Facilities. *Qualitative Health Research*, 10497323231186880. <https://doi.org/10.1177/10497323231186879>
- Dowling, G. J., Weiss, S. R. B. et Condon, T. P. (2008). Drugs of Abuse and the Aging Brain. *Neuropsychopharmacology*, 33(2), Art. 2. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301412>
- Emiliussen, J., Engelsen, S., Christiansen, R., Nielsen, A. S. et Klausen, S. H. (2021). Alcohol in long-term care homes: A qualitative investigation with residents, relatives, care workers and managers. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38(5), 414-433. <https://doi.org/10.1177/14550725211018113>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2010). *Treatment and Care for Older Drug Users: EMCDDA Selected Issues*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <https://data.europa.eu/doi/10.2810/39905>

- Grossi, A., Holmes, A. et Ibrahim, J. E. (2021). Use of Alcohol in Long Term Care Settings: A Comparative Analysis of Personal Choice, Public Health Advice and the Law. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(1), 9-14.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.08.010>
- Harnett, T. et Jönson, H. (2020). “Wet” eldercare facilities: Three strategies on the use of alcohol and illicit substances. *Nordic Social Work Research*, 12(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1742195>
- Howe, A. L., Jones, A. E. et Tilse, C. (2013). What’s in a name? Similarities and differences in international terms and meanings for older peoples’ housing with services. *Ageing and Society*, 33(4), 547-578. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000086>
- Infodrog. (2022). *Prise en charge à long terme—Addictions-et-vieillessement.ch*. <https://www.addictions-et-vieillessement.ch/professionnels/aide/prise-en-charge-long-terme.html>
- Institut national de santé publique du Québec. (2020). *Portrait statistique—La consommation d’alcool chez les personnes âgées au Québec* (p. 20). Gouvernement du Québec.
- Johannessen, A., Tevik, K., Engedal, K. et Helvik, A.-S. (2021). Health professionals’ experience of nursing home residents’ consumption of alcohol and use of psychotropic drugs. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38(2), 161-174. <https://doi.org/10.1177/1455072520961890>
- Jönson, H., Højgaard-Bøytler, J. et Harnett, T. (2021). Finding a fair deal: Policies on alcohol and drugs at “wet” eldercare facilities. *J Subst Abuse Treat*, 134(2022), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108515>
- Kessler, D., Gross, C., Koller, S. et Haug, S. (2012). *Exploration erfolgversprechender Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen in der Schweiz Schlussbericht (Exploration de mesures prometteuses pour réduire la consommation problématique d’alcool chez les personnes âgées en Suisse/rapport final)*. <https://doi.org/10.5167/uzh-64924>
- Klein, W. C. et Jess, C. (2002). One last pleasure? Alcohol use among elderly people in nursing homes. *Health & Social Work*, 27(3), 193-203. <https://doi.org/10.1093/hsw/27.3.193>
- Kuerbis, A. (2019). Substance Use among Older Adults: An Update on Prevalence, Etiology, Assessment, and Intervention. *Gerontology*, 66, 1-10. <https://doi.org/10.1159/000504363>
- Kuerbis, A., Sacco, P., Blazer, D. G. et Moore, A. A. (2014). Substance Abuse Among Older Adults. *Clinics in geriatric medicine*, 30(3), 629-654. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2014.04.008>
- Lefrançois, P. (2015). Gérer les résidents qui ont des addictions. *Géroskopie*, 60. <https://www.geroscopie.fr/print.asp?679E558B417EBF>
- Lemke, S. et Schaefer, J. A. (2012). Addressing substance use disorders in VA nursing homes. *J Soc Work Pract Addict*, 12(1), 89-106. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2012.646630>
- McCann, M., Wadd, S. et Crofts, G. (2017). “Wet” care homes for older people with refractory alcohol problems: A qualitative study (p. 26). Alcohol Research UK. https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/files.alcoholchange.org.uk/documents/FinalReport_0143.pdf

- Menecier-Ossia, L., Kholler, M., Moscato, A. et Menecier, P. (2014). L'alcool en établissement pour personnes âgées. *Soins Gérontologie*, 106, 34-36.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée* (p. 1-23). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-834-12W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Des milieux de vie qui nous ressemblent. Politique d'hébergement et de soins de longue durée* (p. 1-104). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002994/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *La consommation de substances psychoactives en quelques chiffres*. <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/flash-surveillance/substances-psychoactives/>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Drugs (psychoactive)*. <https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S.,... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11—L'analyse thématique. Dans *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 231-314). Armand Colin; Cairn.info. <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-p-231.htm>
- Phillips, A. (2014). One too many: Alcohol consumption and the health risks. *Nursing & Residential Care*, 16(4), 206-209.
- Rao, T. et Crome, I. (2011). Substance Misuse among Care Home Residents. *Nursing & Residential Care*, 13(12), 594-596. <https://doi.org/10.12968/nrec.2011.13.12.594>
- Rota-Bartelink, A. (2011a). Supporting older people living with alcohol-related brain injury: The Wicking project outcomes. *Care Management Journals: Journal of Case Management; The Journal of Long Term Home Health Care*, 12(4), 186-193. <https://doi.org/10.1891/1521-0987.12.4.186>
- Substance Abuse and Mental Health Administration. (2020). *Treating Substance Use Disorder in Older Adults* (p. 377). Substance Abuse and Mental Health Administration.
- Taylor, M. H. et Grossberg, G. T. (2012). The Growing Problem of Illicit Substance Abuse in the Elderly: A Review. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 14(4). <https://doi.org/10.4088/PCC.11r01320>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- United Nations Office on Drug and Crime. (2020). *World Drug Report 2020*. <https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/exsum.html>

- Vaucher, V. et Broers, B. (2019). Usager de substances vieillissant : Quel lieu de vie ? *Dépendances*, 62, 14-18.
- Wadd, S. et Dutton, M. (2018). Accessibility and suitability of residential alcohol treatment for older adults: A mixed method study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 13(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s13011-018-0183-0>
- Watt, C. A., Carosella, A. M., Podgorski, C. et Ossip-Klein, D. J. (2004). Attitudes toward giving smoking cessation advice among nursing staff at a long-term residential care facility. *Psychol Addict Behav.*, 18(1), 56-63. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.18.1.56>
- Zhang, S., Richer, C., Barbeau, D., Duong, C. et DiTommaso, S. (2022). *Prise en charge des troubles liés aux substances (Outil clinique)*. <https://mdsld.ca/chapitre/prise-en-charge-des-troubles-lies-aux-substances/#objectifs>