



1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

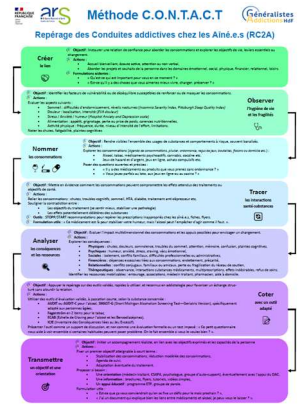
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

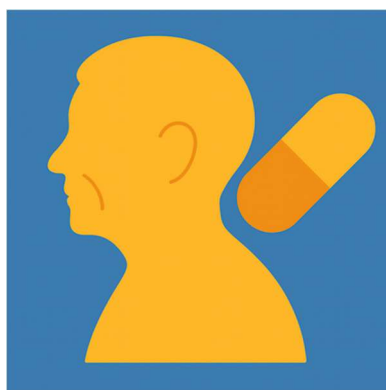
4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



Les antalgiques opioïdes chez nos aîné.e.s

— Repérer et agir en proxipraxie

1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

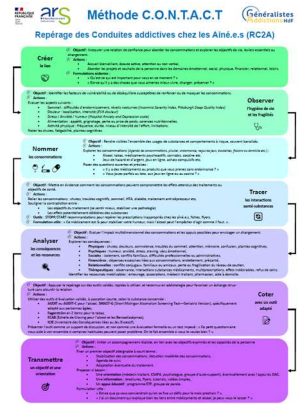
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

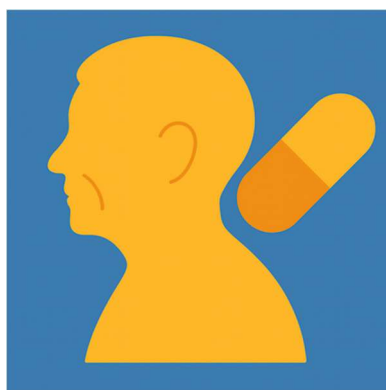
4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



Les antalgiques opioïdes chez nos aîné.e.s

— Repérer et agir en proxipraxie

1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

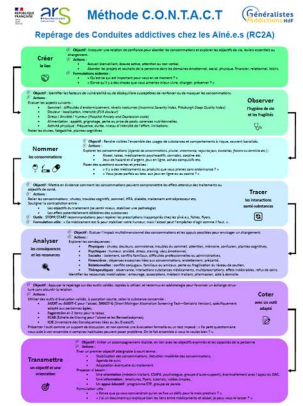
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

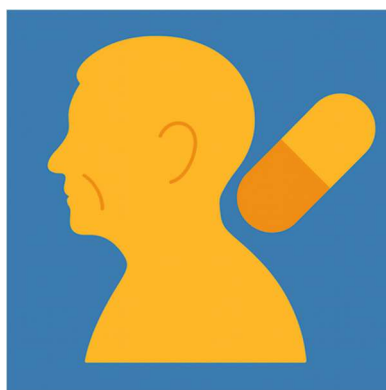
4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



Les antalgiques opioïdes chez nos aîné.e.s

— Repérer et agir en proxipraxie

1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

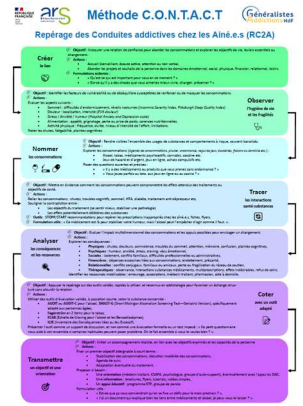
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

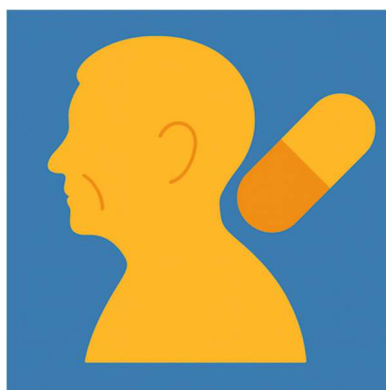
4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



Les antalgiques opioïdes chez nos aîné.e.s

— Repérer et agir en proxipraxie

1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

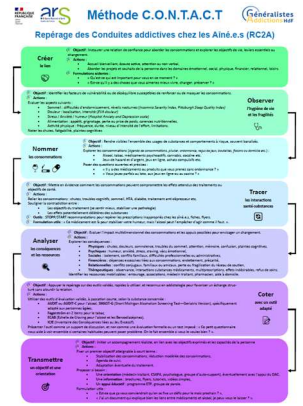
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

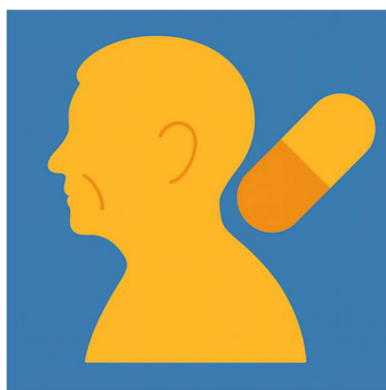
4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



Les antalgiques opioïdes chez nos aîné.e.s

— Repérer et agir en proxipraxie

1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

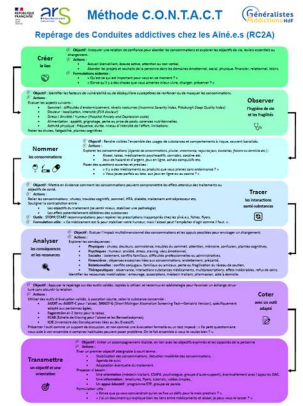
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

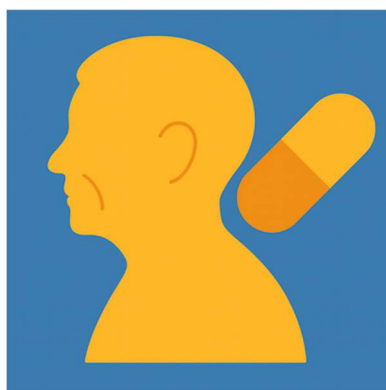
4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



Les antalgiques opioïdes chez nos aîné.e.s

— Repérer et agir en proxipraxie

1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

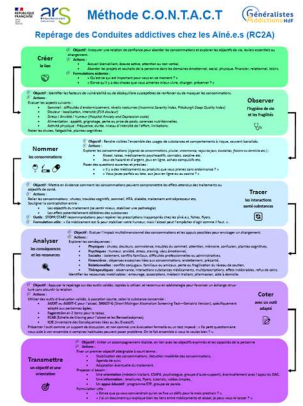
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

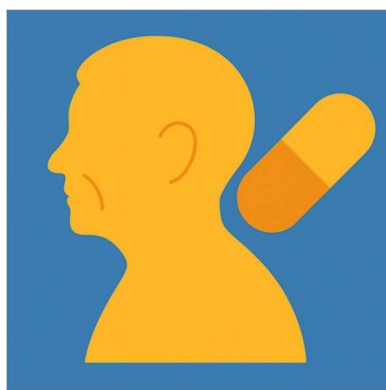
4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



Les antalgiques opioïdes chez nos aîné.e.s

— Repérer et agir en proxipraxie

1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

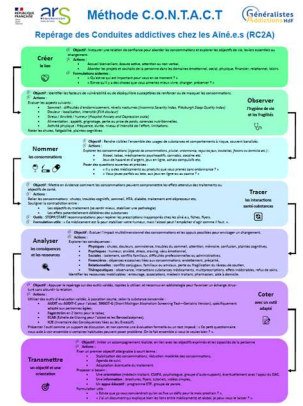
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

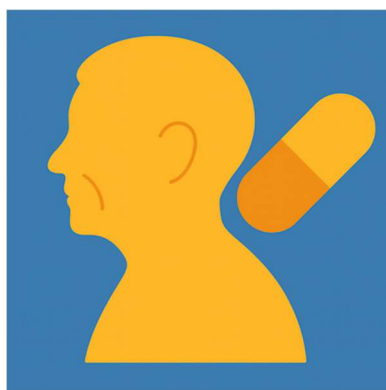
4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



Les antalgiques opioïdes chez nos aîné.e.s

— Repérer et agir en proxipraxie

1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

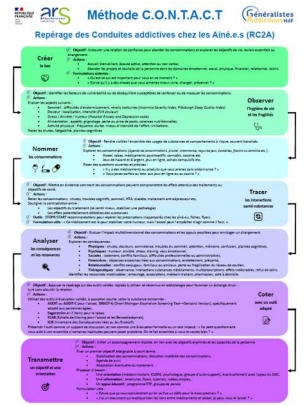
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

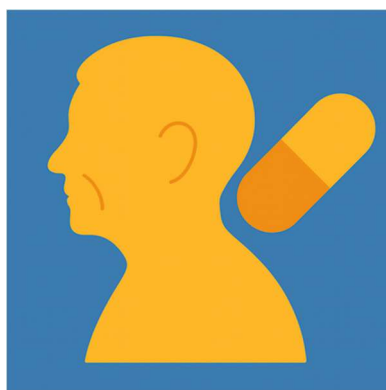
4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



Les antalgiques opioïdes chez nos aîné.e.s

— Repérer et agir en proxipraxie

1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

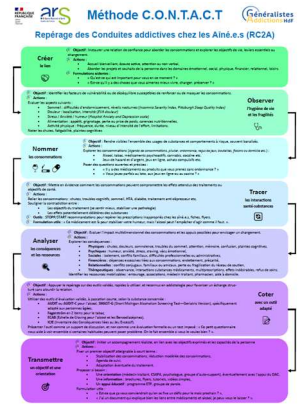
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

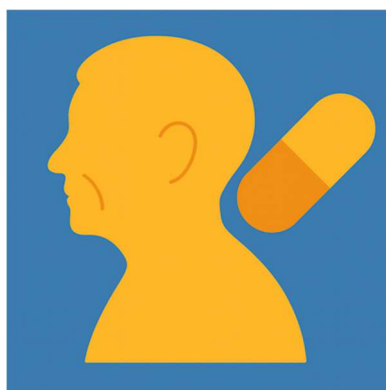
4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



Les antalgiques opioïdes chez nos aîné.e.s

— Repérer et agir en proxipraxie

1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

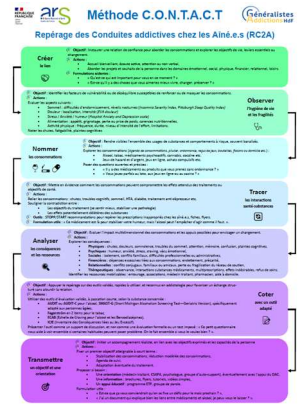
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

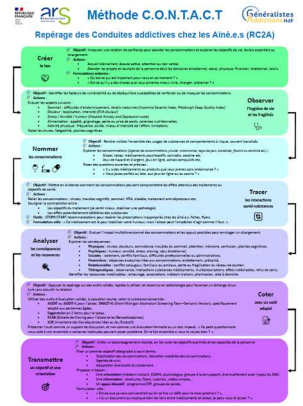
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance** ;
- « **Start low, go slow** » : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

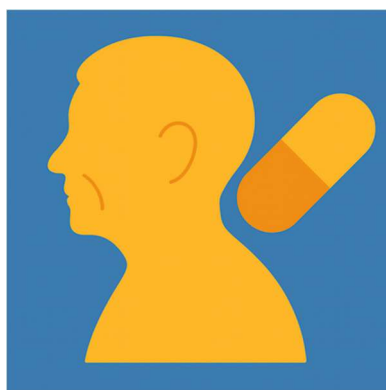
4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



Les antalgiques opioïdes chez nos aîné.e.s

— Repérer et agir en proxipraxie

1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'âiné

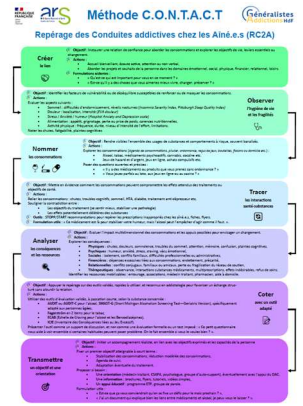
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance** ;
- « **Start low, go slow** » : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

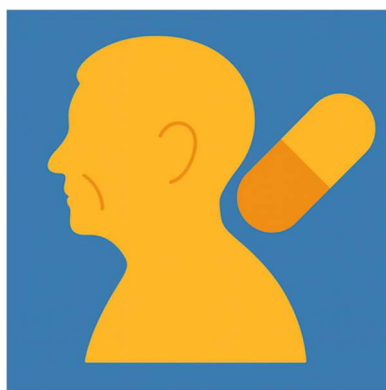
4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



Les antalgiques opioïdes chez nos aîné.e.s

— Repérer et agir en proxipraxie

1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'âiné

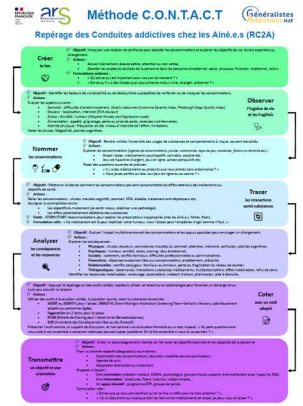
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance** ;
- « **Start low, go slow** » : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

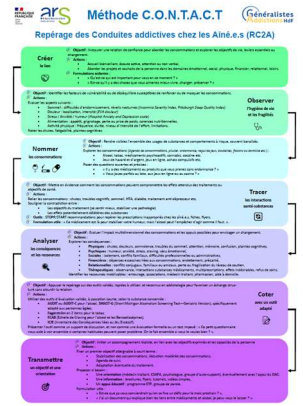
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance** ;
- « **Start low, go slow** » : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

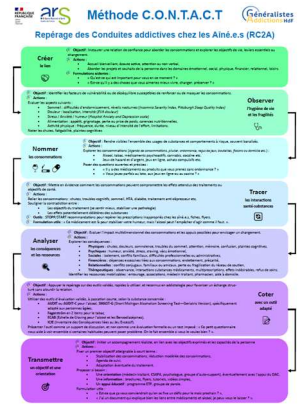
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance** ;
- « **Start low, go slow** » : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

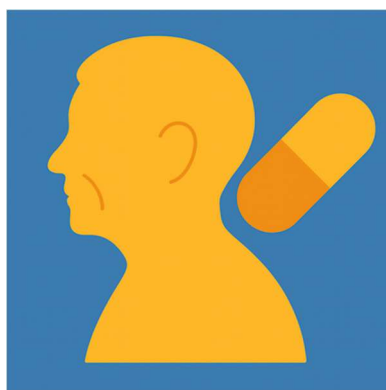
4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



Les antalgiques opioïdes chez nos aîné.e.s

— Repérer et agir en proxipraxie

1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

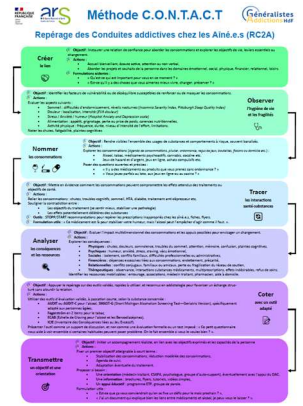
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

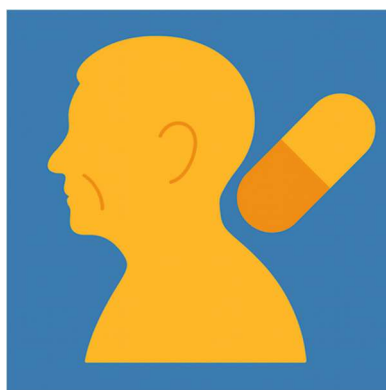
4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



Les antalgiques opioïdes chez nos aîné.e.s

— Repérer et agir en proxipraxie

1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'âiné

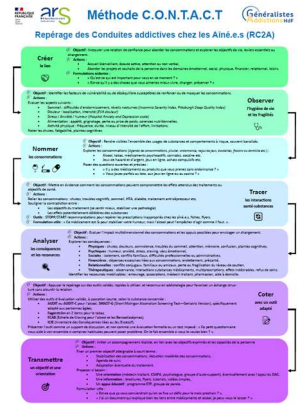
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

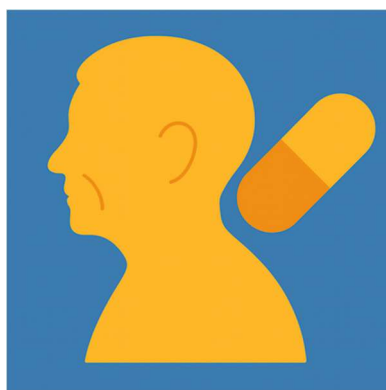
4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



Les antalgiques opioïdes chez nos aîné.e.s

— Repérer et agir en proxipraxie

1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

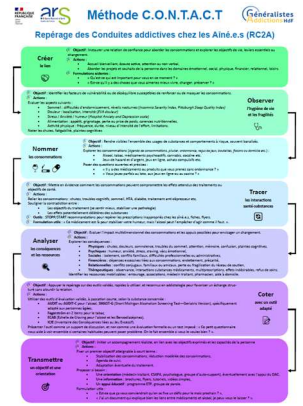
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

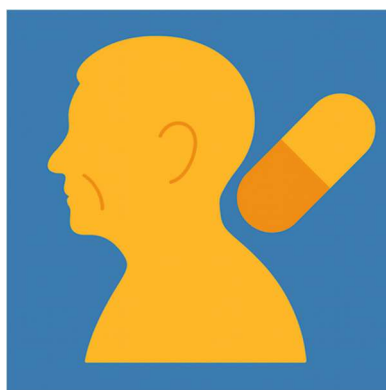
4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



Les antalgiques opioïdes chez nos aîné.e.s

— Repérer et agir en proxipraxie

1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

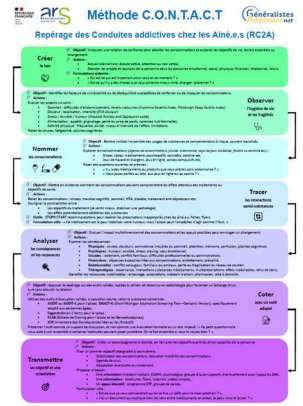
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Vieillesse** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

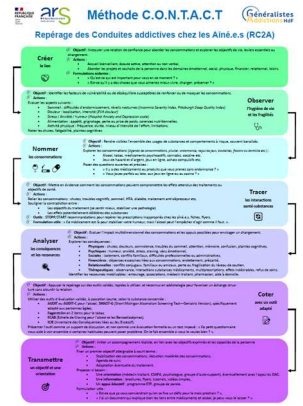
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance** ;
- « **Start low, go slow** » : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

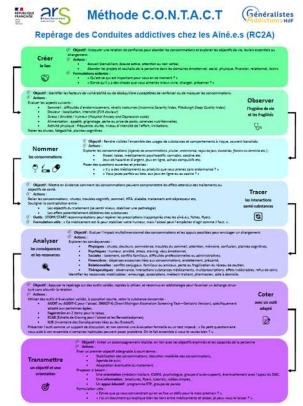
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

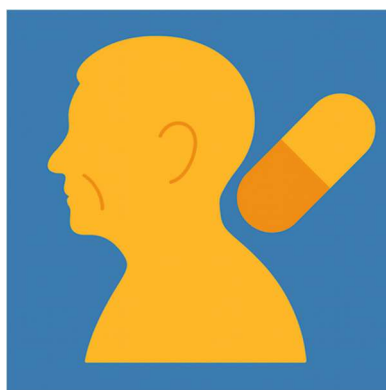
4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



Les antalgiques opioïdes chez nos aîné.e.s

— Repérer et agir en proxipraxie

1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

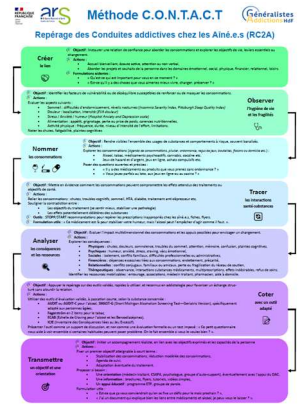
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

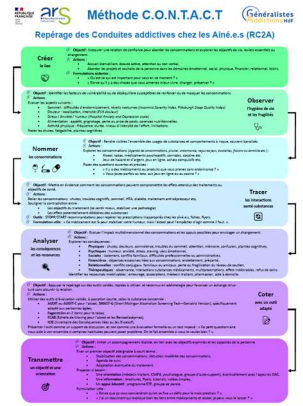
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Vieillesse** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

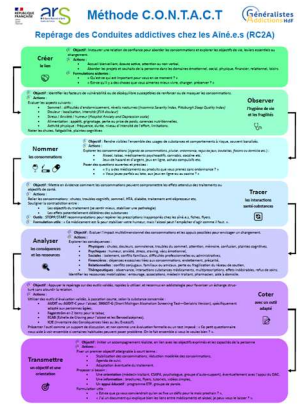
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

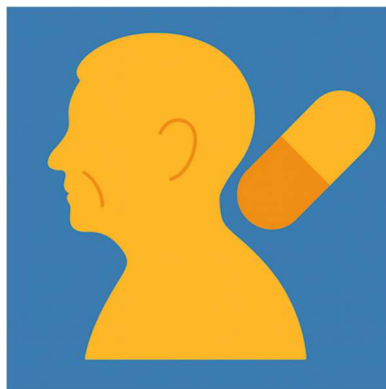
4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



Les antalgiques opioïdes chez nos aîné.e.s

— Repérer et agir en proxipraxie

1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

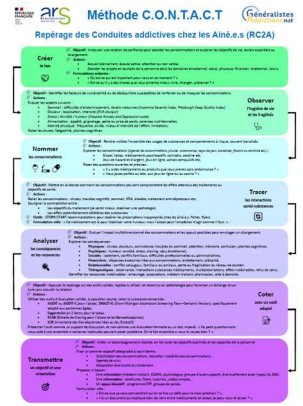
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance** ;
- « **Start low, go slow** » : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

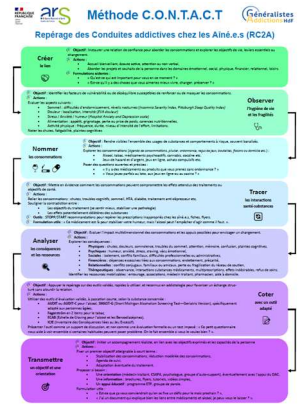
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'âiné

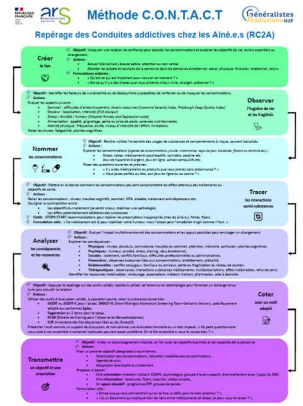
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxis.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes



1. Comprendre

Épidémiologie

En France, la consommation d'opioïdes antalgiques a nettement augmenté au cours des vingt dernières années, y compris chez les personnes âgées. Selon l'OFDT et Santé publique France, **près de 10 à 15 % des plus de 65 ans** reçoivent une prescription d'opioïdes, le plus souvent pour des douleurs chroniques non cancéreuses (arthrose, lombalgie, douleurs neuropathiques). Les femmes sont plus exposées, en lien avec une prévalence plus élevée de douleurs chroniques.

Si les opioïdes peuvent apporter un soulagement réel, leur **prescription au long cours** chez l'aîné.e soulève plusieurs enjeux : tolérance, dépendance, constipation sévère, confusion, chutes, risque de surdosage accidentel, et augmentation de la mortalité. Les données issues des sociétés savantes en douleur et gériatrie insistent sur la nécessité de limiter les prescriptions prolongées, de privilégier les alternatives non pharmacologiques, et de réévaluer régulièrement l'indication.

Dans ce contexte, les vulnérabilités liées à l'âge ne s'additionnent pas, elles se **potentialisent** : comorbidités somatiques, fragilités cognitives, polymédication, isolement social. Pourtant, le pronostic reste favorable : un repérage précoce et un accompagnement adapté permettent d'améliorer nettement la santé somatique, cognitive et relationnelle.

Les repères proposés doivent toujours tenir compte des capacités (cognitives, neurologiques, psychiatriques, etc.) de la personne accompagnée.

Physiologie & physiopathologie

- **Viellissement** : diminution de l'eau corporelle et de la masse maigre → concentration plasmatique accrue des opioïdes ; ralentissement de la clairance rénale & hépatique → allongement de la demi-vie & accumulation ; augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique & sensibilité accrue des récepteurs opioïdes → effet renforcé sur le système nerveux central.
- **Comorbidités fréquentes** : douleurs chroniques, anxiété/dépression, trouble du sommeil, troubles cognitifs, insuffisance rénale, comorbidités cardiovasculaires.
- **Conséquences** : sédation, constipation sévère, nausées/vomissements, confusion, chutes et fractures, dépression respiratoire, dépendance et syndrome de sevrage.
- **Interactions opioïdes & médicaments** (⚠ vigilance également au moment du sevrage)

:

Médicaments / substances	Effet de l'association avec opioïdes	Conséquences cliniques possibles
Benzodiazépines	Potentialisation dépresseur SNC	Somnolence, confusion, altération cognitive, dépression respiratoire, apparition/aggravation d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS), mortalité
Hypnotiques/Z-drugs	Effet additif dépresseur SNC	Sur-sédation, apparition/aggravation d'un SAS, chutes
Antidépresseurs (IRS, tricycliques)	Risque de syndrome sérotoninergique (tramadol, oxycodone)	Agitation, tremblements, hyperthermie, troubles neurocognitifs
Antipsychotiques	Potentialisation de la sédation et des effets cognitifs	Confusion, ralentissement psychomoteur, chutes, altération mémoire/attention
Alcool	Synergie dépresseur SNC	Confusion, chutes, coma, apparition/aggravation d'un SAS, arrêt respiratoire
Anticoagulants	Risque indirect (traumatismes liés aux chutes)	Hémorragies graves

2. Repérer

Signes cliniques chez l'ainé

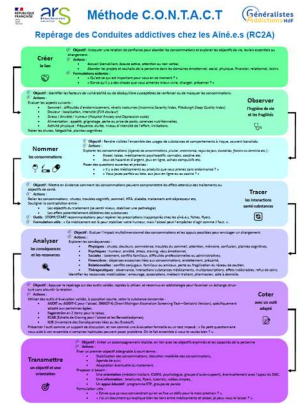
- **Typiques** : constipation réfractaire, somnolence, myosis serré, confusion, ralentissement psychomoteur, craving, syndrome de sevrage,
- **Atypiques/trompeurs (le plus souvent)** : chutes inexplicables, troubles mnésiques, perte d'appétit, dépression résistante, déclin cognitif, isolement social, SAS, etc.,
- **Facteurs contextuels** : douleurs chroniques, prescriptions anciennes, automédication, trouble du sommeil, isolement, deuil, etc. Risque majoré si cumul avec alcool et/ou benzodiazépines

Biomarqueurs

- Pas de biomarqueur standard en proxipraxie.
- Les tests urinaires rapides (bandelettes) existent mais sont peu utilisés en ville.
- Le diagnostic repose donc surtout sur l'**entretien clinique, examen des ordonnances, l'agenda des consommations et le dialogue avec la personne/l'aidant.**

Outils de repérage

- **RPIB (Repérage Précoce & Intervention Brève)** : outil structuré de proximité, particulièrement adapté aux aînés.
 - Permet d'initier un dialogue, de contextualiser la consommation, (intérêt de l'**Addicto'repère**).
 - Mobiliser la méthode **CONTACT** et le **RCZA** (outils de notre association), ou RPIB document RESPADD.
- **ORT (Opioid Risk Tool)** évalue le risque de développer un mésusage avant prescription & **POMI** : questionnaire de dépistage du mésusage chez les patients sous opioïdes (à utiliser avec prudence, non validés spécifiquement chez les aînés).
- **Évaluation de la douleur** : EVA si possible, DN4, ECPA (Échelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Âgée), Algoplus et Doloplus-2 en cas de troubles cognitifs.
- **Agenda des consommations / prises médicamenteuses**.
- **Cliniquement** : Interroger la personne et l'aidant sur les chutes, la constipation, les troubles cognitifs, la vigilance/somnolence.



Le dépistage reste utile à tout âge : il n'est jamais trop tard pour repérer et intervenir.

3. Agir

La prise en soins transdisciplinaire améliore la qualité de l'accompagnement (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, (neuro)psychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, etc.).

Principes généraux d'accompagnement chez l'aîné

- **Explorer l'ensemble des prescriptions et leur observance ;**
- **« Start low, go slow »** : progresser par étapes, en ajustant les objectifs et les stratégies sans brutalité ;
- **Réévaluer régulièrement l'indication**, surtout si prescription ancienne ;
- **Ne pas viser l'abstinence d'emblée** : la réduction ou la stabilisation des consommations peuvent être un objectif pertinent, l'abstinence n'est pas toujours un impératif de soins et peut être différée ;
- **Fixer des objectifs individualisés** : selon la qualité de vie, l'autonomie, la sécurité ;
- **Valoriser chaque progrès** : toute réduction améliore déjà la santé (moins de chutes, sommeil plus réparateur, meilleure vigilance, amélioration de la force musculaire, etc.).

Accompagnement non médicamenteux

- **Psychoéducation**
 - Expliquer les liens entre opioïdes et troubles somatiques (constipation, confusion, vigilance, mémoire, chutes) ainsi que les risques d'une association aux benzodiazépines et à l'alcool ;
 - Expliquer les liens avec les troubles psychiques/psychiatriques (dépression, anxiété, troubles cognitifs, troubles du sommeil, etc.) ;
 - Clarifier les interactions avec les traitements (psychotropes, anti-HTA, antalgiques...) ;
- **Explorer la fonction des antalgiques opioïdes en dehors de la douleur**

- Identifier ce que la consommation vient « combler » (anxiété, solitude, dépression, ritualisation, évitement émotionnel) ;
- Proposer des alternatives adaptées (activités sociales, relaxation, suivi douleur, soutien psychologique).
- **Approches non pharmacologiques de la douleur** (kinésithérapie, activité physique adaptée, relaxation, TCC douleur).
- **Psychothérapies validées**
 - Entretien motivationnel, thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), approches centrées sur les émotions ou la pleine conscience (MBRP, ACT), approches centrées sur la personne de libre expression et d'élaboration personnelle ;
 - TCC de l'insomnie (efficace même après 65 ans) & mesures d'hygiène du sommeil.
- **Programmes d'éducation thérapeutique (ETP)** – Si disponible sur le territoire
- **Soutien par les pairs**
 - Groupes d'entraide, pair aidant : rôle important dans le maintien de la motivation et le lien social.
- **Approches sociales et communautaires**
 - Activités de groupe & lutte contre l'isolement et restauration du lien social.
- **Prise en charge pluriprofessionnelle** (Médecin traitant, pharmacien.ne, IDE, psychologue, neuropsychologue, assistant.e de service social, DAC/PTA, SSIAD, etc.)

Accompagnement médicamenteux - recommandations françaises (HAS, ANSM)

- **Réévaluer** la prescription après **3 mois** (HAS) ;
- **Rotation d'opioïde si tolérance ou perte d'efficacité.** Prudence avec le tramadol (risque convulsions + syndrome sérotoninergique) ;
- **La réduction des opioïdes doit toujours être envisagée de manière progressive** (en informer la personne accompagnée). Réalisation de palier de 2 à 4 semaines minimum.
Durée du sevrage : souvent **6 à 12 mois** (parfois plus) ;
- **Diminution fine des doses** (10-20 % de réduction par palier) **avec surveillance rapprochée & monitoring** ;
- **Prévenir la constipation systématiquement** (hygiène de vie, alimentation adaptée, activité physique, hydratation, laxatifs prophylactiques) ;
- **Traitement des comorbidités** si nécessaires avec une vigilance portée à la polymédication.

4. Orienter

Quand adresser ?

- Dépendance sévère ou complications,
- Comorbidités importantes,
- Isolement majeur, perte d'autonomie,
- Échec d'accompagnement ambulatoire,
- Même tardivement, une orientation adaptée peut changer l'évolution et le pronostic.

Vers qui orienter ?

- CSAPA, addictologue libéral/hospitalier,
- Gériatre (bilan somatique et cognitif global),
- Équipes mobiles (gériatriques, addictologiques),
- Soins spécialisés : douleur, neurologie, etc.,
- DAC/PTA pour situations complexes