

1^{er} webinaire | 1. Webinare



nationale plattform demenz
plateforme nationale démence
piattaforma nazionale demenza

Troubles de l'usage de substances –
dans les contextes de **démences**,
troubles psychiatriques et soins palliatifs

1^{er} avril 2022, MS Teams

14h Mots de bienvenu

14h10 But du webinaire

14h15 Présentation

14h55 Pause

15h Discussion

15h30 Fin

Substanzgebrauchsstörungen – in den
Settings **Demenz**, psychiatrische
Störungen und Palliative Care 2022

1. April 2022, MS Teams

14:00 Grussworte

14:10 Ziel des Webinars

14:15 Präsentation

14:55 Pause

15:00 Diskussion

15:30 Schluss

Mots de bienvenue | Grussworte

Margit Jochum Christin, Responsable de l'organe de coordination de la Plateforme nationale démence, OFSP

Hervé Kündig, Responsable recherche, Groupement Romand d'Études des Addiction, GREA

Margit Jochum Christin, Leiterin des Koordinationsstelle der Nationalen Plattform Demenz, BAG

Hervé Kündig, Forschungsleiter, Groupement Romand d'Études des Addiction, GREA

Buts du webinaire | Ziel des Webinars

- Le webinaire va **présenter les résultats** du mandat en mettant l'accent sur le contexte de démence, dans le but de **faire connaître les principales recommandations** ;
- Assurer la **diffusion des factsheets/fiches** d'information et du **rapport** ;
- Evaluer **quelques pistes d'action** pendant la discussion.
- Das Webinar wird die **Ergebnisse** des Mandats mit Schwerpunkt auf dem Demenzkontext **vorstellen**, mit dem Ziel, die **wichtigsten Empfehlungen bekannt zu machen**;
- Die **Verbreitung der Factsheets/Faktenblätter und des Berichts** sicherstellen ;
- Einige **Handlungsansätze** während der Diskussion bewerten.

Troubles de l'usage de substances – dans les contextes de démences, troubles psychiatriques et soins palliatifs

Substanzgebrauchsstörungen – in den Settings Demenz, psychiatrische Störungen und Palliative Care

1^{er} webinaire de la Plateforme nationale démence

2022-04-01 | Christophe Al Kurdi (GREA)

Contenu de la présentation (40')

Brève introduction (4')

1. Les TUS (16')

1. Généralités
2. TUS et vieillissement
3. TUS et troubles mentaux cooccurrents
4. TUS et soins palliatifs (focus douleur)

2. TUS et troubles neurocognitifs (20')

1. TNC induits par une substance
2. TUS induits par un TNC
3. repérage, diagnostic, traitement
4. recommandations

Kurzes Vorwort (4')

1. Die SGS (SGS)

1. Allgemeines
2. SGS und Altern
3. SGS und Co-Occurring Disorders
4. SGS und Palliativ Care (Fokus Schmerzen)

2. SGS und neurokognitiven Störungen (20')

1. Substanzinduzierte NKS
2. Durch NKS werden SGS induziert
3. Erkennung, Diagnose, Behandlung
4. Empfehlungen

Introduction | Vorwort (4')

1. *Le GREA*
2. *Le mandat*
3. *La démarche*
4. *Les livrables*

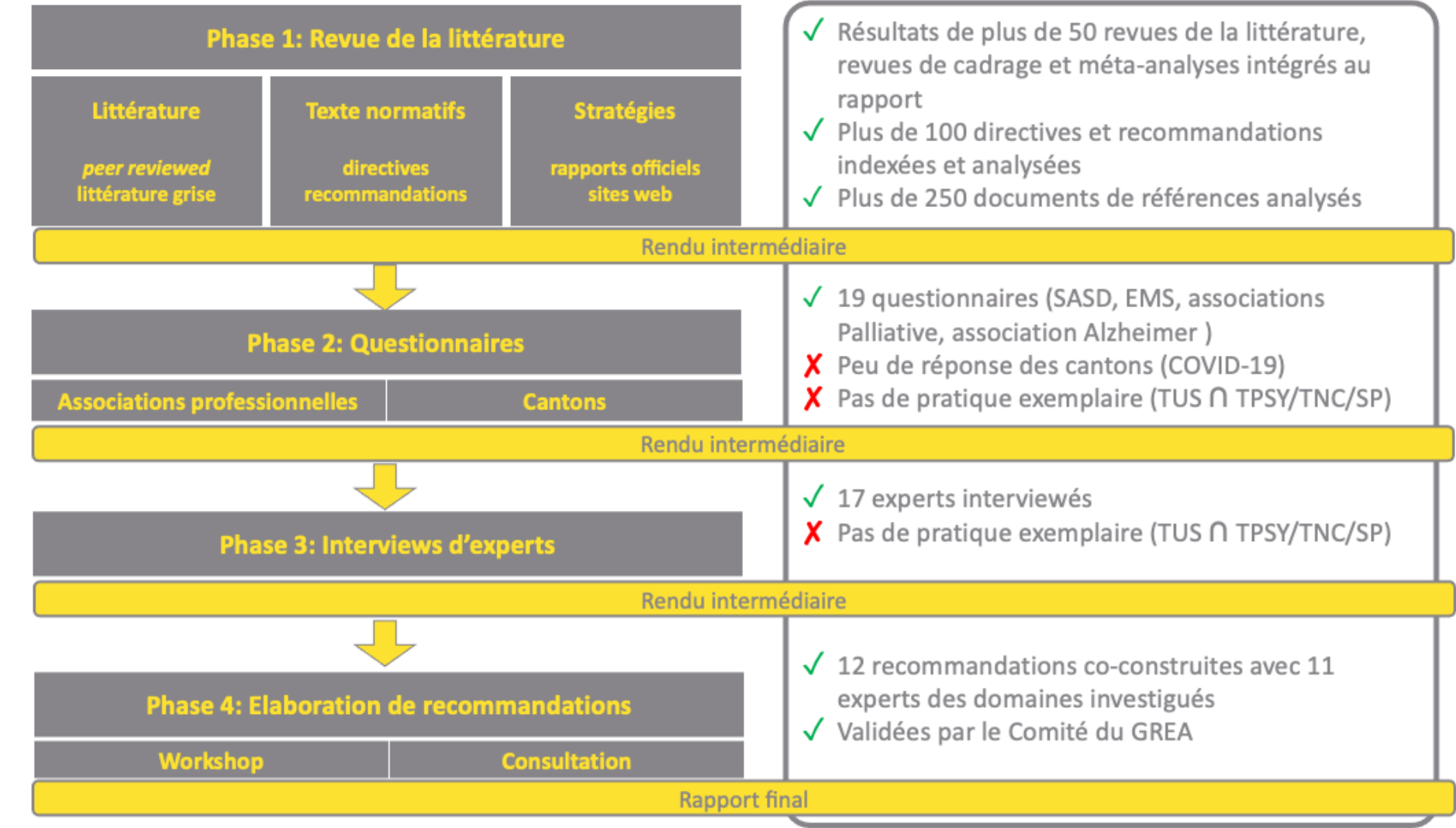
1. *Le GREA*
2. *Der Auftrag*
3. *Das Vorgehen*
4. *Projektleistungen*

- Organisation faitière des professionnels romands des addictions
- Association **interprofessionnelle** (travailleurs sociaux / médecins / éducateurs / etc.)
 - Advocacy
 - Gestions de programmes
 - Recherche
 - Formation
- Dachorganisation der Westschweizer Suchtfachleute
- **Interprofessioneller** Verband (Sozialarbeiter/Ärzte/Pädagogen/etc.)
 - Advocacy
 - Programmverwaltungen
 - Forschung
 - Ausbildung

INTRO > Le mandat | Der Auftrag

- Mandat de la Division Stratégies de la santé de l'OFSP, réalisé entre octobre 2020 et novembre 2021.
- Montrer les similitudes et les différences dans la « prise en soins » des personnes présentant TUS dans les contextes :
 - de démences (1)
 - de maladies psychiatriques (2)
 - de soins palliatifs (3)
- Identifier
 - les difficultés inhérentes au (repérage), diagnostic et prise en charge
- Catégoriser
 - les lieux de prise en charge et les acteurs concernés par celle-ci.
- Auftrag der Abteilung Gesundheitsstrategien des BAG realisiert zwischen Oktober 2020 und November 2021.
- Aufzeigen von Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der «Versorgung» von Menschen mit einer SGS in den Settings:
 - Demenz (1),
 - psychiatrische Krankheiten (2)
 - Palliative Care (3)
- Identifizieren
 - Schwierigkeiten in Bezug auf (Erkennung) Diagnose und Behandlung
- Kategorisieren
 - die Orte der Versorgung und die daran beteiligten Akteure.

INTRO > la démarche | das Vorgehen



INTRO > les livrables | die Projektleistungen

Al Kurdi, Christophe, et Fabrice Rosselet. « *Troubles de l'usage de substances – dans les contextes de démences, troubles psychiatriques et soins palliatifs* ». Lausanne: Groupement Romand d'Etude des Addictions (GREA), 27 janvier 2022.

<https://www.grea.ch/publications/rapport-TUS-2022>

+ Executive Summary | 6 Factsheets (FR / DE / IT)

- | | |
|--|---|
| 1. Troubles de l'usage de substances et vieillissement | 1. Substanzgebrauchsstörungen und Altern |
| 2. Incidence de la consommation excessive de substances psychoactives sur le développement de la démence | 2. Auswirkungen übermässigen Substanzkonsums auf die Entwicklung einer Demenz |
| 3. Enjeux relatifs aux troubles neurocognitifs induits par l'alcool | 3. Herausforderungen bei alkoholinduzierten neurokognitiven Störungen |
| 4. Enjeux relatifs aux troubles mentaux et addictifs cooccurrents (CODs) | 4. Herausforderungen bei gemeinsam auftretenden psychischen und Suchtstörungen (CODs) |
| 5. Troubles de l'usage de substances et douleurs | 5. Substanzgebrauchsstörungen und Schmerzen |
| 6. Principaux problèmes reliés à la polypharmacie | 6. Hauptprobleme der Polypharmazie |



Lausanne, le 27 janvier 2022

Troubles de l'usage de substances – dans les contextes de démences, troubles psychiatriques et soins palliatifs

Christophe Al Kurdi, Fabrice Rosselet

Un projet réalisé sur mandat de l'OFSP — Division Stratégies de la santé

1. Trouble de l'usage de substances (TUS) Substanzgebrauchsstörung (SGS)

1. Généralités

2. TUS et vieillissement

3. TUS et troubles cooccurrents (CODs)

4. TUS et soins palliatifs

1. Allgemeines

2. SGS und Altern

3. SGS und Co-Occurring Disorders (CODs)

4. SGS und Palliativ Care

1. TUS > généralités > définition | SGS > Allgemeines > Definitionen (1/4)

- La caractéristique essentielle d'un **TUS** est un ensemble de symptômes (...) indiquant que le sujet continue à consommer la substance malgré des problèmes significatifs liés à cela.
- **L'addiction** (TUS sévère) est la perte de l'autonomie du sujet par rapport à un produit ou un comportement. Elle se caractérise par l'association de deux dimensions : La souffrance de la personne, et les changements de son rapport au monde (aliénation)
- Das wesentliche Merkmal einer **SGS** ist eine Sammlung von Symptomen (...), die darauf hinweisen, dass die Person die Substanz trotz erheblicher damit verbundener Probleme weiterhin konsumiert.
- **Sucht** (Schwere Substanzgebrauchsstörung) ist der Verlust der Autonomie des Betroffenen in Bezug auf ein Produkt oder ein Verhalten. Sie ist durch die Verbindung von zwei Dimensionen gekennzeichnet: Das Leiden der Person und die Veränderungen in seiner Beziehung zur Welt (Entfremdung).

TUS > généralités > synonymie | SGS > Allgemeines > Synonymie (2/4)

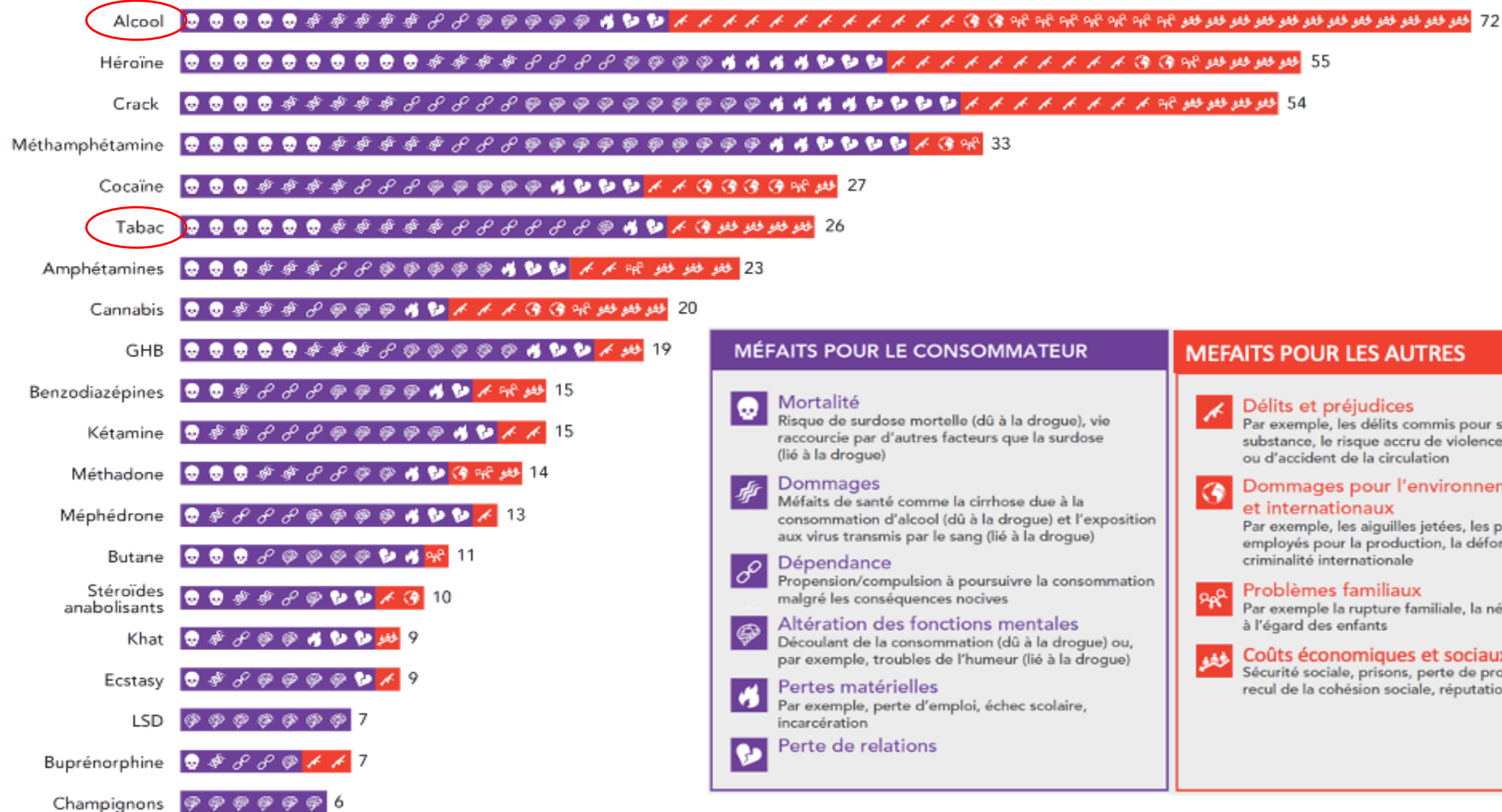
*Stratégie Addictions	**Psychoactif.ch	# DSM-IV/CIM-10	##DSM 5
Comportement à faible risque	Consommation peu problématique	Usage	Usage
Comportement à risque : Excessif, Chronique, Inadapté	Consommation problématique	Usage nocif/Abus	Troubles de l'usage d'une substance (TUS) – Trouble léger – Trouble modéré – Trouble sévère
Addiction	Dépendance	Syndrome de dépendance	

Source(s) : * Conseil fédéral [1], **CFLD [2], #APA 2003 [3], ## APA 2013 [4]

*Strategie Sucht	**Psychoaktiv.ch	# DSM-IV/CIM-10	##DSM 5
Risikoaarmes Verhalten	risikoarmer Konsum	Gebrauch	Gebrauch
Risikoverhalte : exzessives, chronisches, situationsunangepasstes	Problematischer Konsum	schädlicher Gebrauch/Missbrauch	Substanzgebrauchsstörung (SGS) – Leichte Störung – Moderate Störung – Schwere Störung
Sucht	Abhängigkeit	Abhängigkeitsyndrom	

Quelle(n) : * Conseil fédéral [1], **CFLD [2], #APA 2003 [3], ## APA 2013 [4]

TUS > généralités > méfaits | SGS > Allgemeines > Missetaten (3/4)



MÉFAITS POUR LE CONSOMMATEUR

- Mortalité**
Risque de surdose mortelle (dû à la drogue), vie raccourcie par d'autres facteurs que la surdose (lié à la drogue)
- Domages**
Méfaits de santé comme la cirrhose due à la consommation d'alcool (dû à la drogue) et l'exposition aux virus transmis par le sang (lié à la drogue)
- Dépendance**
Propension/compulsion à poursuivre la consommation malgré les conséquences nocives
- Altération des fonctions mentales**
Découlant de la consommation (dû à la drogue) ou, par exemple, troubles de l'humeur (lié à la drogue)
- Pertes matérielles**
Par exemple, perte d'emploi, échec scolaire, incarcération
- Perte de relations**

MEFAITS POUR LES AUTRES

- Délits et préjudices**
Par exemple, les délits commis pour se procurer la substance, le risque accru de violence domestique ou d'accident de la circulation
- Domages pour l'environnement et internationaux**
Par exemple, les aiguilles jetées, les produits chimiques employés pour la production, la déforestation, la criminalité internationale
- Problèmes familiaux**
Par exemple la rupture familiale, la négligence à l'égard des enfants
- Coûts économiques et sociaux**
Sécurité sociale, prisons, perte de productivité, recul de la cohésion sociale, réputation du quartier

Source illustration: GCDP, « La classification des substances psychoactives: Lorsque la science n'est pas écoutée », Global Commission on Drug Policy, 2019.

Données: D. J. Nutt, L. A. King, et L. D. Phillips, « Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis », *The Lancet*, vol. 376, n° 9752, p. 1558-1565, nov. 2010.

TUS > généralités > démarche | SGS > Allgemeines > Vorgehen (4/4)

- **Repérage**: basé sur l'observation ou des instruments de screening (ASSIST, DEP-ADO, CAGE, etc.)
ne débouche pas sur un diagnostic!
- **Diagnostic**: acte médical complexe. Différencier le type d'usage (TUS léger ou sévère), le sevrage, l'intoxication, mais également les troubles primaires et secondaires
- **Traitements** : prennent en compte à la fois le produit, la personne et son environnement socioculturelle. Logique d'autonomisation et de renforcement de sa capacité à agir
- **Erkennung**: basiert auf Beobachtung oder Screening-Instrumenten (ASSIST, DEP-ADO, CAGE usw.) **führt aber nicht zu einer Diagnose!**
- **Diagnose**: komplexe medizinische Handlung. Differenzierung nach Art des Gebrauchs (leichte oder schwere SGS), Entzug, Vergiftung, aber auch nach primären und sekundären Störungen.
- **Behandlungen**: Berücksichtigen das Produkt, die Person und ihr soziokulturelles Umfeld. Logik der Selbstbestimmung und Stärkung der eigenen Handlungsfähigkeit

TUS > vieillissement > substances | SGS > Altern > Substanzen (1/4)

Substances psychoactives	H	F
Tabac – conso. quotidienne		
15 ans et plus	31,0 %	23,3 %
65-74 ans	15,2 %	12,5 %
75 ans et plus	7,3 %	5,6 %
Alcool – conso. chronique à risque		
15 ans et plus	5,2 %	4,1 %
65-74 ans	6,7 %	5,7 %
75 ans et plus	6,9 %	6,1 %
Sédatifs – conso. chronique		
15 ans et plus	2,1 %	4,0 %
70 ans et plus	5,2 %	11 %
Analgésiques – conso. chronique		
15 ans et plus	1,6 %	2,3 %
70 ans et plus	4,4 %	4,9 %
Sources : MonAM (ESS 2017 et CoRoIAR 2016)		

Substances psychoactives	H	F
Tabak – tägliche Konsum		
15 Jahre und mehr	31,0 %	23,3 %
65-74 Jahre	15,2 %	12,5 %
75 Jahre und mehr	7,3 %	5,6 %
Alkohol – chronisches risikoreiches Konsum		
15 Jahre und mehr	5,2 %	4,1 %
65-74 ans	6,7 %	5,7 %
75 Jahre und mehr	6,9 %	6,1 %
Beruhigungsmittel – chronisches Konsum		
15 Jahre und mehr	2,1 %	4,0 %
70 Jahre und mehr	5,2 %	11 %
Schmerzmittel – chronisches Konsum		
15 Jahre und mehr	1,6 %	2,3 %
70 Jahre und mehr	4,4 %	4,9 %
Quellen : MonAM (ESS 2017 et CoRoIAR 2016)		

TUS > vieillissement > risques | SGS > Altern > Risiken (2/4)

Exemples de facteurs de risques pour une consommation tardive (SAMHSA 2020)

- Retraite
- Perte d'un proche
- Changement d'environnement (p. ex., déménagement en EMS)
- Santé physique (p. ex. douleur, problèmes de sommeil et de mobilité)
- Troubles mentaux (p. ex. dépression et anxiété)
- Déclin cognitif (p. ex. maladie d'Alzheimer)
- Isolement social

Beispiele für Risikofaktoren für einen späten Konsum (SAMHSA 2020)

- Pensionierung
- Trauer
- Veränderung des Umfelds (z. B. Umzug in ein Pflegeheim).
- Körperliche Gesundheit (z. B. Schmerzen, Schlaf- und Mobilitätsprobleme)
- Psychische Störungen (z. B. Depressionen und Angstzustände)
- Kognitiver Verfall (z. B. Alzheimer-Krankheit)
- Soziale Isolation

TUS > vieillissement > difficultés | SGS > Altern > Schwierigkeiten (3/4)

Repérage

- Les signes du vieillissement et d'un TUS se ressemblent (slide suivante).
- ∃ des instruments de screening pour les personnes âgées (PA), mais ceux-ci sont peu utilisés

Diagnostic

- Les outils diagnostics (DSM/CIM) sont mal adaptés.
- ∃ des problèmes qui requièrent un traitement sans remplir les critères diagnostics

Traitement

- Intervention brève, si détecté à temps.
- Sinon soins axés sur la personne, incluant la réduction des risques (RdR).

Erkennung

- Die Anzeichen des Alterns und von SGS ähneln sich (nächste Folie).
- ∃ Screening-Instrumente für ältere Menschen (ÄM), diese werden jedoch kaum genutzt.

Diagnose

- Die diagnostischen Instrumente (DSM/ICD) sind schlecht angepasst.
- ∃ Probleme, die eine Behandlung erfordern, ohne die diagnostischen Kriterien zu erfüllen.

Behandlung

- Kurze Intervention, wenn rechtzeitig erkannt.
- Ansonsten personenzentrierte Versorgung, einschließlich Schadensminderung.

TUS > vieillissement > diff. > repérage | SGS > Altern > Erkennung (4/4)

Exemples de manifestations communes au vieillissement et aux TUS (CPLT et FQCRPAT 2001)

- Confusion
- Désorientation
- Perte de mémoire à court terme
- Ralentissement du processus de la pensée
- Perte de coordination musculaire et d'équilibre
- Tremblements
- Gastrite
- Dépression
- Arythmie cardiaque
- Hypertension artérielle
- Malnutrition, déshydratation

Beispiele für gemeinsame Erscheinungsformen des Alterns und SGS. (CPLT et FQCRPAT 2001)

- Verwirrung
- Desorientierung
- Verlust des Kurzzeitgedächtnisses
- Verlangsamung des Denkprozesses
- Verlust der Muskelkoordination und des Gleichgewichts
- Zittern
- Gastritis
- Depression
- Herzrhythmusstörungen
- Hoher Blutdruck
- Mangelernährung, Dehydrierung

TUS > CODs > prévalences | SGS > CODs > Prevalenzen (1/4)

Diagnostic	Risque relatif de conduite addictive associée
Troubles dépressifs	2
Troubles anxieux	3
Schizophrénie	5
Trouble bipolaire	7
Trouble de la personnalité limite	5
Trouble de la personnalité antisociale	9
Sources : Regier (1990) , Tableau repris à Cloutier et al. (2016)	

Diagnostic	Substance concernée	Troubles de la personnalité
Trouble (léger/modéré) lié aux substances	Alcool	28,6%
	Autres drogues	47,7%
Dépendance liée à une substance	Alcool	39,5%
	Autres drogues	69,5%
Aucun (Population générale)	—	14,8%
Sources : Grant et al. (2004) , Tableau repris à Cloutier et al. (2016)		

Diagnose	Relatives Risiko für assoziiertes Suchverhalten
Depressive Störungen	2
Angststörungen	3
Schizophrenie	5
Bipolare Störung	7
Borderline-Persönlichkeitsstörung	5
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	9
Quellen Regier (1990), Tabelle übernommen von Cloutier et al. (2016)	

Diagnose	Substanz	Persönlichkeitsstörung
Substanzbezogene Störung (leicht/mittel)	Alkohol	28,6 %
	Andere Drogen	47,7 %
Substanzbezogene Abhängigkeit	Alkohol	39,5 %
	Andere Drogen	69,5 %
Keine (allgemeine Bevölkerung)	—	14,8 %
Quellen: Grant et al. (2004), Tabelle übernommen von Cloutier et al. (2016)		

Les combinaisons les plus couramment observées sont les suivantes (EMCDDA 2013) :

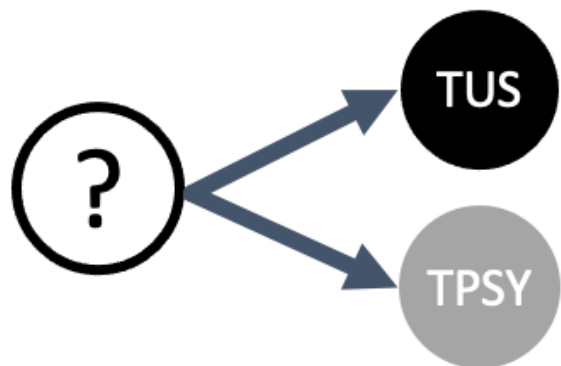
- Alcool et dépression/anxiété
- Opioïdes et troubles de la personnalité/comportement
- Cannabis et schizophrénie
- Amphétamines et troubles psychotiques

Am häufigsten beobachtete Kombinationen (EMCDDA 2013) :

- Alkohol und Depression/Angstzustände
- Opioide und Persönlichkeits-/Verhaltensstörungen
- Cannabis und Schizophrenie
- Amphetamine und psychotische Störungen

TUS > CODs > étiologie | SGS > CODs > Ätiologie (3/4)

a. Modèle des facteurs communs



b. Trouble addictif secondaire

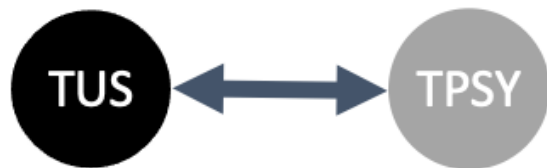


c. Trouble psychiatrique secondaire (DSM-5)



- a. Gemeinsame-Faktoren-Modell
- b. sekundäre Suchtstörung
- c. sekundäre psychiatrische Störung (DSM-5)
- d. bidirektionales Modell
- e. Der Zufall

d. Modèle bidirectionnel



e. Le Hasard

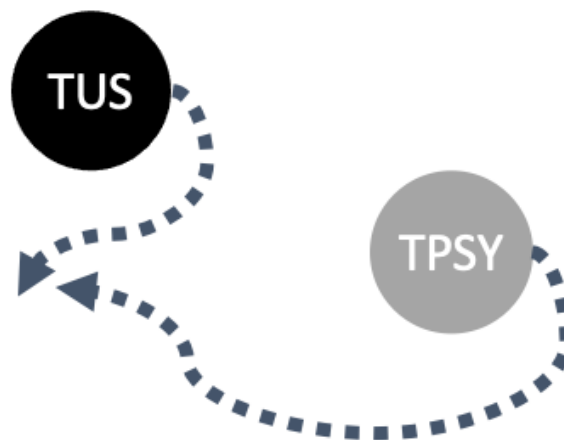


Illustration: Christophe Al Kurdi | **Sources:** Mueser, Kim T, Robert E Drake, et Michael A Wallach (1998) « Dual Diagnosis: A Review of Etiological Theories », EMCDDA (2015) « Comorbidity of Substance Use and Mental Disorders in Europe ».

TUS > CODs > difficultés | SGS > CODs > Schwierigkeiten (4/4)

Repérage / diagnostic:

- ∃ des instruments de screening
- ∃ Guides d'entretien structuré pour le diagnostic (p. ex. MINI)
- Très difficile de déterminer si un TPSY est primaire ou secondaire

Traitement :

- Complexe (multimorbidité, rechute, suicide, problème sociaux et judiciaire, etc.).
- **Traitement intégré:** les deux troubles sont traités simultanément, par une même équipe, comme s'il étaient les deux primaires (>< traitement séquentielle)

Erkennung / Diagnose:

- ∃ Screening-Instrumente
- ∃ Leitfäden für strukturierte Interviews zur Diagnose (z. B. MINI).
- Sehr schwierig zu bestimmen, ob eine psychische Störung primär oder sekundär ist.

Behandlung:

- Komplex (Multimorbidität, Rückfall, Suizid, soziale und gerichtliche Probleme usw.).
- **Integrierte Behandlung:** Beide Störungen werden gleichzeitig von einem Team behandelt, als ob sie beide primär wären (><sequentielle Behandlung).

TUS > SP > prévalence douleurs | SGS > PC > Prävalenzen Schmerzen (1/4)

Les personnes souffrant d'un TUS et les patients en TAO sont **2 à 3 fois plus** exposés à la douleur que le reste de la population

- 22% de la population a des douleurs persistantes (Gureje et al. 1998)
- ils sont 48 à 60% chez les usagers d'opioïdes (Voon, Karamouzian, et Kerr 2017)
- entre 37 et 61% pour les patients en traitement par agonistes opioïdes (TAO) (Rosenblum et al. 2003; Jamison, Kauffman, et Katz 2000)

Menschen mit SGS und OAT-Patienten sind **2-3 Mal häufiger** Schmerzen ausgesetzt als der Rest der Bevölkerung.

- 22% der Bevölkerung haben anhaltende Schmerzen (Gureje et al. 1998)
- sind es bei Opioidkonsumenten 48 bis 60% (Voon, Karamouzian, et Kerr 2017)
- zwischen 37 und 61% bei Patienten in Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) (Rosenblum et al. 2003; Jamison, Kauffman, et Katz 2000)

TUS > douleur > difficultés | SGS > Schmerzen > Schwierigkeiten (2/4)

Repérage / diagnostic

- Pas de difficulté
 - ∃ des échelles simples d'utilisation qui peuvent être utilisées également avec les personnes ayant un TUS

Traitement

- Prise en charge **inadéquate et/ou insuffisante** de la douleur (Dassieu et Roy 2020)
 - Manque de connaissances
 - Préjugés

Erkennung / Diagnose

- Keine Schwierigkeit
 - ∃ einfach zu verwendende Skalen, die auch bei Personen mit SGS eingesetzt werden können.

Behandlung:

- **Unzureichende und/oder ungenügende** Schmerzbehandlung (Dassieu et Roy 2020) .
 - Mangelndes Wissen
 - Vorurteilen

TUS > douleur > ex. de prise en charge insuffisante

SGS > Schmerz > bsp. unzureichende Behandlung (3/4)

Quatre **idées fausses** concernant les patients en TAO (Alford, Compton, et Samet 2006) :

1. L'agoniste opioïde (méthadone / buprénorphine) assure l'analgésie ;
2. l'utilisation d'opioïdes pour l'analgésie peut entraîner une rechute de la dépendance ;
3. les effets additionnés des analgésiques opioïdes et de la TAO peuvent entraîner une dépression respiratoire et du système nerveux central ;
4. la plainte douloureuse peut être une manipulation pour obtenir des médicaments opioïdes, ou une recherche de drogue, en raison d'une dépendance aux opioïdes.

Vier **Missverständnisse** in Bezug auf OAT-Patienten (Alford, Compton, et Samet 2006) :

1. Opioid-Agonisten (Methadon oder Buprenorphin) sorgen zu Analgesie;
2. Die Verwendung von Opioiden zur Analgesie kann zu einem Rückfall in die Abhängigkeit führen;
3. Die addierten Effekte von opioiden Analgetika und OAT können zu einer Depression der Atmung und des zentralen Nervensystems führen;
4. Die Klage Abhängiger über Schmerzen kann manipulativ sein, um an Opioiden oder Drogen zu gelangen.

TUS > douleur > hyperalgésie | SGS > Schmerzen > Hyperalgesie (4/4)

- L'hyperalgésie induite par un **usage prolongé** d'opioïdes (OIH — *opioid induced hyperalgesia*) est une réaction paradoxale qui, lors de l'administration de ces molécules, ne conduit pas à une diminution de la mais à **une augmentation de la douleur** (Calvino 2013)
- Concerne les usagers d'héroïne, patients TAO et les utilisateurs d'antalgiques opioïdes (prescrits)
- **+ 42%** de la prescription d'antidouleurs entre 2013 et 2018 (Wertli et al. 2020)
- Die durch den **Langzeitgebrauch** von Opioiden induzierte Hyperalgesie (OIH - *opioid induced hyperalgesia*) ist eine paradoxe Reaktion, die bei der Verabreichung dieser Moleküle nicht zu einer Schmerzlinderung, sondern zu **einer Schmerzsteigerung führt** (Calvino 2013).
- Betrifft Heroinkonsumenten, OAT-Patienten und Benutzer von (verschriebenen) opioden Schmerzmitteln.
- **+ 42%** der Verschreibung von Schmerzmitteln zwischen 2013 und 2018 (Wertli et al. 2020)

2. TUS et troubles neurocognitifs (TNC) SGS und neurokognitive Störungen (NKS)

1. *TNC induits par une substance*
2. *TUS induits par un TNC*
3. *repérage, diagnostic, traitement*
4. *recommandations*

1. *Substanzinduzierte NKS*
2. *Durch NKS werden SGS induziert*
3. *Erkennung, Diagnose, Behandlung*
4. *Empfehlungen*

TNC > substances comme facteurs de risques

NKS > Substanzen als Risikofaktoren (1/6)

- Plus de **146'000** personnes sont atteintes de démence en Suisse
- Chaque année on dénombre presque **32'000** nouveaux cas
 - **L'âge** est le principal facteur de de risque
 - ∃ d'autres facteurs de risques liés au style de vie qui sont modifiables (p.ex. inactivité physique, le **tabagisme** ou la **consommation excessive d'alcool**)
 - Environ 40% des cas pourraient être évité | 12'800 (Livingston et al. 2020)
- In der Schweiz leiden über **146 000** Menschen an Demenz.
- Jedes Jahr kommen fast **32 000** Neuerkrankungen hinzu.
 - Das **Alter** ist der wichtigste Risikofaktor.
 - ∃ weitere Risikofaktoren im Zusammenhang mit dem Lebensstil, die veränderbar sind (z. B. körperliche Inaktivität, **Rauchen** oder **exzessiver Alkoholkonsum**).
 - Etwa 40% der Fälle könnten vermieden werden | 12'800 (Livingston et al. 2020)

TNC > substances psychoactives comme facteur de risque

NKS > psychoaktive Substanzen als Risikofaktoren (2/6)

- La dépendance à l'alcool est bien connue pour entraîner de graves lésions cérébrales qui peuvent déboucher sur des **déficits cognitifs persistants**
 - Démence alcoolique (ARD — *Alcohol-Related Dementia*)
 - Syndrome de Korsakoff (SK).
 - ∃ des formes moins sévères dénommées « déficit cognitif léger » (auparavant MCI — *Mild Cognitive Impairment*) qui,
 - seraient en partie **réversibles** avec le maintien de l'abstinence / la diminution drastique des consommations d'alcool.
- nouveau diagnostic: **TNC majeur ou léger induit par une substance/un médicament** (DSM-5)
- Alkoholabhängigkeit ist dafür bekannt, dass sie zu schweren Hirnschäden führt, die in **anhaltenden kognitiven Defiziten** münden können.
 - Alkoholbedingte Demenz (ARD - *Alcohol-Related Dementia*).
 - Korsakoff-Syndrom (SK).
 - ∃ weniger schwere Formen, die als "leichte kognitive Beeinträchtigung" (früher MCI - *Mild Cognitive Impairment*) bezeichnet werden und die,
 - bei Beibehaltung der Abstinenz/drastischer Reduzierung des Alkoholkonsums teilweise **reversibel** sein sollen.
- Neue Diagnose: **Substanz- oder arzneimittelinduzierte schwere oder leichte NKS** (DSM-5)

TNC > incidence de l'alcool | NKS > Alkoholinzidenz (3/6)

- Consommation excessive est associée à:
 - un **triplement** du risque de démences
 - **doublement** de développer la maladie d'Alzheimer (Schwarzingher et al. 2018)
- Consommation modérée pourrait avoir un effet protecteur
- Übermässiger Alkoholkonsum ist mit:
 - einer **Verdreifachung** des Demenzrisikos
 - **Verdopplung** des Alzheimererrisikos verbunden (Schwarzingher et al. 2018)
- Mässiger Konsum könnte eine schützende Wirkung haben

TNC > incidence du tabac | NKS > Tabakinzidenz (4/6)

- RR démence vasculaire 1,58 – 1,79
- RR maladie d'Alzheimer 1,35 – 1,78
- 14 % des cas de maladie d'Alzheimer attribuables au tabac (OMS 2014)

→ L'arrêt du tabac diminue le risque au niveau des personnes qui n'ont jamais fumé (Guochao Zhong et al. 2015)

→ Diminution même en cas d'arrêt après 60 ans (Choi, Choi, et Park 2018)

- RR vaskuläre Demenz 1,58 - 1,79
- RR Alzheimer-Krankheit 1,35 - 1,78
- 14 % der Fälle von Alzheimer-Krankheit auf Tabak zurückzuführen (WHO 2014)

→ Rauchstopp senkt das Risiko auf dem Niveau von Personen, die nie geraucht haben (Guochao Zhong et al. 2015)

→ Abnahme auch bei Aufhören nach dem 60. Lebensjahr (Choi, Choi, und Park 2018)

TNC > incidence des benzodiazépines | NKS > Benzoinzidenz (5/6)

- ∃ un lien fort entre Benzos et déclin cognitif
- Risque de démence augmenté
 - + **60 %** – majoritairement de type ALZ, benzos de demi-vie longue (Shash et al. 2016)
 - **de 1,5 à 2 fois** lors d'une utilisation sur une longue période (> 3mois) (Billioti de Gage, Pariente, et Bégaud 2015)
 - risque dose-dépendant (Guochao Zhong et al. 2015)
- «les critères requis pour étayer fortement une relation causale ne seraient que partiellement remplis» (Brandt et Leong 2017)
- ∃ Starke Zusammenhang zwischen Benzos und kognitivem Abbau.
- Risiko für Demenz erhöht
 - + **60 %** - überwiegend vom Typ ALZ, Benzos mit langer Halbwertszeit (Shash et al. 2016)
 - um das **1,5- bis 2-fache** bei Verwendung über einen längeren Zeitraum (> 3 Monate) (Billioti de Gage, Pariente, und Bégaud 2015)
 - dosisabhängiges Risiko (Guochao Zhong et al. 2015)
- "die Kriterien, die erforderlich sind, um eine kausale Beziehung stark zu untermauern, wären nur teilweise erfüllt" (Brandt und Leong 2017)

TNC > incidence de la polypharmacie

NKS > Inzidenz von Polypharmazie (6/6)

- ∃ un lien fort entre polypharmacie (en particulier psychotropes et anticholinergiques) et troubles cognitifs (Pazan et Wehling 2021; Wastesson et al. 2018)
 - origine du délire chez 11 à 30 % des patients âgés hospitalisés en médecine (Francis, Martin, et Kapoor 1990; George, Bleasdale, et Singleton 1997).
- Risque augmenté de démence proportionnel au nbr de médicaments (Park et al. 2017)
 - OR de 1,72 (de 1 à 4 médicaments)
 - OR de 2,64 (de 5 à 9 médicaments)
 - OR de 3,35 (10 et plus)

- ∃ ein starker Zusammenhang zwischen Polypharmazie (insbesondere Psychopharmaka und Anticholinergika) und kognitiven Störungen (Pazan und Wehling 2021; Wastesson et al. 2018)
 - Deliriumsursache bei 11-30 % der älteren Patienten in medizinischen Krankenhäusern (Francis, Martin und Kapoor 1990; George, Bleasdale und Singleton 1997)
- Erhöhtes Risiko für Demenz proportional zur Anzahl der Medikamente (Park et al. 2017)
 - OR von 1,72 (1 bis 4 Medikamente)
 - OR von 2,64 (5 bis 9 Medikamente)
 - OR von 3,35 (10 und mehr)

TNC > incidence des TNC sur les TUS

NKS > Inzidenz von NKS über SGS (1/1)

- Premier stade de la démence pourrait déboucher sur un TUS
 - Insécurité émotionnelle / besoin de se tranquilliser
 - Oubli du « verre quotidien » déjà consommé
- Démence avancée pourrait conduire à des formes d'auto guérisons
 - Fumeur qui « oublie » de fumer
 - Alcoolique qui ne boit plus
- Comportements observés dans la pratique mais peu documentés
- Erstes Stadium der Demenz könnte zu TUS führen.
 - Emotionale Unsicherheit / Bedürfnis, sich zu beruhigen
 - Vergessen des bereits konsumierten "täglichen Drinks".
- Fortgeschrittene Demenz könnte zu Formen der Selbstheilung führen.
 - Raucher, der das Rauchen "vergisst"
 - Alkoholiker, der nicht mehr trinkt
- In der Praxis beobachtete, aber wenig dokumentierte Verhaltensweisen

TNC > TNC+TUS > difficultés | NKS > NKS+SGS > Schwierigkeiten (1/2)

Repérage TNC (contexte addictologique):

- Ne peut pas se faire par le biais d'une simple observation clinique, ni au travers d'une auto-évaluation du patient
 - ∃ instrument de screening utile (le **MoCA**) et adapté (adapté comme le **BEARNI** ou le **TEDCA**)

Diagnostic :

- Très difficile de déterminer quel type de démence il s'agit
 - Démence alcoolique vs autres
 - **L'âge d'apparition est le facteur déterminant**
- En cas de TNC léger, seule une période d'abstinence permet un diagnostic (ce qui est souvent impossible)

Erkennung von NKS (Suchtkontext):

- Kann nicht durch eine einfache klinische Beobachtung oder durch eine Selbsteinschätzung des Patienten erfolgen.
 - ∃ Nützliches Screening-Instrument (das MoCA) und angepasst (angepasst wie das BEARNI oder das TEDCA).

Diagnose :

- Sehr schwierig zu bestimmen, um welche Art von Demenz es sich handelt.
 - Alkoholische Demenz vs. andere Demenzen
 - **Das Alter des Auftretens ist der entscheidende Faktor.**
- Bei einer leichten NKS ermöglicht nur eine Abstinenzperiode eine Diagnose (was oft nicht möglich ist)

TNC > TNC+TUS > difficultés | NKS > NKS+SGS > Schwierigkeiten (2/2)

Traitement

- Difficulté à mettre en œuvre traitement cognitivo-comportementale (TCC)
- Accentuation sur les aspects comportementaux

Behandlung

- Schwierige Umsetzung kognitive Verhaltenstherapien (CBT).
- Betonung der Verhaltensaspekte

TUS > CODs > recommandations | SGS > CODs > Empfehlungen (1/2)

- Dans un contexte gériatrique, il faudrait toujours envisager un trouble neurocognitif induit par une substance/médicament chez les personnes âgées présentant des déficits cognitifs dont le diagnostic n'est pas clair. (Pantel 2018)
- Dans un contexte addictologique, il est important de s'intéresser aux éventuels troubles cognitifs affectant sa patientèle et, le cas échéant, d'adapter sa prise en charge.

- In einem geriatrischen Setting sollte bei älteren Menschen mit kognitiven Defiziten mit unklarer Diagnose immer eine substanz-/medikamenten-induzierte neurokognitive Störung in Betracht gezogen werden (Pantel 2018)
- In einem Suchtsetting ist es wichtig, sich auch mit allfälligen kognitiven Störungen der Patientinnen und Patienten zu befassen und die Behandlung gegebenenfalls anzupassen.

TUS > CODs > recommandations | SGS > CODs > Empfehlungen (2/2)

- Il semble opportun de sensibiliser la population sur les risques de démence inhérents à une consommation excessive d'alcool ou de tabac ainsi qu'aux bienfaits de la réduction de la consommation d'alcool et de l'arrêt du tabac.
- Les projets actuels abordant (indirectement) la prescription de substances psychoactives de la part des professionnels de santé auprès des personnes âgées devraient être plus largement diffusés. P. ex.:
 - *smarter medicine Switzerland*,
 - Beers Criteria,
 - STOPP/START Criteria v2,
 - The PRISCUS List,
 - The EU(7)-PIM List.

- Es scheint angebracht, die Bevölkerung über die Demenzrisiken von übermässigem Alkohol- und Tabakkonsum sowie über die Vorteile der Reduzierung des Alkoholkonsums und der Aufgabe des Rauchens aufzuklären.
- Aktuelle Projekte, die sich (indirekt) mit der Verschreibung psychoaktiver Substanzen durch Gesundheitsfachpersonen bei älteren Menschen befassen sollten stärker verbreitet werden z. B.:
 - Smarter Medicine Switzerland,
 - Beers Criteria,
 - STOPP/START Criteria v2,
 - The PRISCUS List,
 - The EU(7)-PIM List.

Merci pour votre attention
Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

PAUSE

Troubles de l'usage de substances – dans les contextes de **démences**, troubles psychiatriques et soins palliatifs

1^{er} avril 2022, MS Teams

14h Mots de bienvenu

14h10 But du webinaire

14h15 Présentation

14h55 Pause

15h Discussion

15h30 Fin

Substanzgebrauchsstörungen – in den Settings **Demenz**, psychiatrische Störungen und Palliative Care 2022

1. April 2022, MS Teams

14:00 Grussworte

14:10 Ziel des Webinars

14:15 Präsentation

14:55 Pause

15:00 Diskussion

15:30 Schluss

Discussions | Diskussionen

TROUBLES DE L'USAGE DE SUBSTANCES – DANS LES CONTEXTES DE DÉMENCES, TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET SOINS PALLIATIFS

Fiche d'information

Incidence de la consommation excessive de substances psychoactives sur le développement de la démence

En raison du vieillissement démographique de la population suisse, la démence concerne chaque année un nombre plus important de personnes. Toutefois, la démence n'est pas une conséquence inévitable du vieillissement. Des études ont mis en évidence des facteurs de risques liés au mode de vie qui, par définition, sont modifiables. Parmi ceux-ci figurent l'alimentation mais également la consommation de substances comme le tabac ou l'alcool. Cette fiche, issue d'une recherche exploratoire menée par le GREA sur mandat de l'OFSP, fait le point sur l'incidence des substances psychoactives sur la démence.

FAITS & CHIFFRES CLÉS

Plus de 146'000 personnes sont atteintes de démence en Suisse

Chaque année on dénombre presque 32'000 nouveaux cas

L'âge est le principal facteur de risque (non modifiable) de développer une démence

Il existe d'autres facteurs de risque liés au style de vie qui sont modifiables

La consommation excessive d'alcool est associée à un triplement du risque de démences en général et un doublement de celui de développer la maladie d'Alzheimer [1].

14 % des cas de maladie d'Alzheimer dans le monde sont potentiellement attribuables à la consommation de tabac

ÉLÉMENTS DE COMPRÉHENSION

Démence

La démence est un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal [2]. L'Association Alzheimer Suisse, estime à 146'500 le nombre de personnes atteintes de démence en Suisse en 2021 et à 31'375, le nombre de nouveaux cas sur une année (l'incidence) [3].

Facteurs de risques

L'âge est un facteur déterminant dans le développement d'une démence : les personnes de 80 à 89 ans seraient 16 % à en souffrir, un chiffre qui atteindrait 40 % à partir de 90 ans [4]. Toutefois, la démence n'est pas une conséquence naturelle ou inévitable de la vieillesse [2]. Plusieurs études récentes ont révélé un lien entre le développement de la démence et des facteurs de risque liés au style de vie comme l'inactivité physique, les régimes alimentaires peu équilibrés, mais également la consommation excessive d'alcool ou de tabac [5].

SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Afin de rendre compte des effets néfastes sur la cognition de la consommation de substances psychoactives, le DSM-5 retient, depuis 2015, le diagnostic de « Trouble neurocognitif (TNC) majeur ou léger induit par une substance/un médicament » [6]. TNC majeur étant synonyme de démence.

Alcool : en 2020, la *Lancet Commission* a introduit la consommation excessive d'alcool comme facteur de risque modifiable pour la démence [5]. Cette décision s'appuie sur une très vaste étude rétrospective, portant sur plus de 30 millions de patients hospitalisés, qui a démontré que la consommation excessive d'alcool est associée à un triplement du risque de démences en général et un doublement de celui de développer la maladie d'Alzheimer [1].

Tabac : plusieurs études établissent un lien entre le tabagisme et un risque accru de démence [7]–[10]. L'OMS estime que 14 % des cas de maladie d'Alzheimer dans le monde sont potentiellement attribuables à la consommation de tabac [11]. L'arrêt de la cigarette devrait être encouragé, car il réduit ce risque [12], [13].

SUBSTANZGEBRAUCHSSTÖRUNGEN – IN DEN SETTINGS DEMENZ, PSYCHIATRISCHE STÖRUNGEN UND PALLIATIVE CARE

Alkoholbedingte kognitive Störungen behindern die Motivationsprozesse, beeinträchtigen den Nutzen, den Patientinnen und Patienten aus den Behandlungen ziehen können, und erhöhen das Rückfallrisiko.

Die Identifizierung von neurokognitiven Störungen ist ein zentrales Element der Suchtbehandlung.

Es ist bekannt, dass kognitive Beeinträchtigungen bei Patientinnen und Patienten mit Substanzgebrauchsstörungen zu schlechteren Behandlungsergebnissen beitragen [11], zu denen auch häufigere Behandlungsabbrüche [12]–[16] und geringere Abstinenz gehören [12]. Zudem wirkt sich kognitive Dysfunktion nachweislich negativ auf die « Mechanismen therapeutischer Veränderung » aus [17]. Beispielsweise wird eine kognitive Beeinträchtigung mit geringerer Therapietreue [17], geringerem Engagement bei der Behandlung [18], weniger Bereitschaft zur Veränderung [19], weniger Selbstwirksamkeit [17], geringerer Einsicht [20], [21], stärkerer Verweigerung [22] und grösserer Impulsivität [23] in Verbindung gebracht. Ausserdem wurde nachgewiesen, dass sich kognitive Störungen bei Alkoholabhängigen negativ auf die Entwicklung der Fähigkeiten zur Alkoholverweigerung und auf die Teilnahme an einer Nachsorgebehandlung auswirken [24].

Die Identifizierung von NKS ist deshalb von zentraler Bedeutung für den Behandlungspfad der Patientin oder des Patienten. Diese Identifizierung kann jedoch nicht durch einfache klinische Beobachtung [25] oder durch die Selbsteinschätzung der Patientin oder des Patienten erfolgen [20], [21]. Dafür braucht es geeignete psychometrische Skalen wie MoCa [26], BEARNI [27] oder TEDCA [28]. Klinikerinnen und Kliniker können sich auch auf das Fachwissen eines Memory-Zentrums stützen.

FAZIT

- In einem geriatrischen Setting sollte bei älteren Menschen mit kognitiven Defiziten mit unklarer Diagnose immer eine substanz-/medikamenten-induzierte neurokognitive Störung in Betracht gezogen werden [29].
- In einem Suchtsetting ist es wichtig, sich auch mit allfälligen kognitiven Störungen der Patientinnen und Patienten zu befassen und die Behandlung gegebenenfalls anzupassen.
- Da die neurotoxische Wirkung von Alkohol in der Öffentlichkeit wenig bekannt ist, scheint es angezeigt die Bevölkerung für dieses Risiko zu sensibilisieren.

KONTAKT

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung
Abteilung Gesundheitsstrategien
gesundheitsstrategien@bag.admin.ch

Groupement Romand d'Étude des Addictions (GREA)
info@grea.ch

AUTOR / DATUM

Christophe Al Kurdi / März 2022

BERICHT

- Al Kurdi, Christophe, und Fabrice Rosselet. « Substanzgebrauchsstörungen – in den Settings Demenz, psychiatrische Störungen und Palliative Care ». Lausanne: Groupement Romand d'Étude des Addictions (GREA), Januar 2022.

FAKTEBLÄTTER ZUM BERICHT

1. Substanzgebrauchsstörungen und Altern
2. Auswirkungen übermässigen Substanzkonsums auf die Entwicklung einer Demenz
3. Herausforderungen bei alkoholinduzierten neurokognitiven Störungen
4. Herausforderungen bei gemeinsam auftretenden psychischen und Suchtstörungen (CODs)
5. Substanzgebrauchsstörungen und Schmerzen
6. Hauptprobleme der Polypharmazie

TROUBLES DE L'USAGE DE SUBSTANCES – DANS LES CONTEXTES DE DÉMENCES, TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET SOINS PALLIATIFS

SOURCES

- [1] M. Schwarzwinger et al., « Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008–13: a nationwide retrospective cohort study », *Lancet Public Health*, vol. 3, n° 3, p. e124– e132, mars 2018, doi: 10.1016/S2468-2667(18)30022-7.
- [2] OMS, « La démence », 21 septembre 2020. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (consulté le 15 décembre 2020).
- [3] ALZ, « Les démences en Suisse 2021 », Alzheimer Suisse, Berne, 2021. [En ligne]. Disponible sur: https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/Factsheet_DemencesCH_neu_2021.pdf
- [4] BASS, « Estimations de la prévalence de la démence en Suisse », Office fédéral de la santé publique (OFSP), 1 avril 2021. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie/inf-daten/8_1_versorgungsmonitoring/praevalezenzschätzung_demenz.pdf.download.pdf/prevalence_demence.pdf
- [5] G. Livingston et al., « Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission », *The Lancet*, vol. 396, n° 10248, p. 413– 446, août 2020, doi: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6.
- [6] APA, « DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2015.
- [7] R. Peters, R. Poulter, J. Warner, N. Beckett, L. Burch, et C. Bulpitt, « Smoking, dementia and cognitive decline in the elderly, a systematic review », *BMC Geriatr*, vol. 8, n° 1, p. 36, déc. 2008, doi: 10.1186/1471-2318-8-36.
- [8] J. K. Cataldo, J. J. Prochaska, et S. A. Glantz, « Cigarette Smoking is a Risk Factor for Alzheimer's Disease: An Analysis Controlling for Tobacco Industry Affiliation », *J. Alzheimers Dis.*, vol. 19, n° 2, p. 465– 480, janv. 2010, doi: 10.3233/JAD-2010-1240.
- [9] K. J. Anstey, C. von Sanden, A. Salim, et R. O'Keefe, « Smoking as a Risk Factor for Dementia and Cognitive Decline: A Meta-Analysis of Prospective Studies », *Am. J. Epidemiol.*, vol. 166, n° 4, p. 367– 378, août 2007, doi: 10.1093/aje/kwm116.
- [10] M. A. Beydoun, H. A. Beydoun, A. A. Gamaldo, A. Teel, A. B. Zonderman, et Y. Wang, « Epidemiologic studies of modifiable factors associated with cognition and dementia: systematic review and meta-analysis », *BMC Public Health*, vol. 14, n° 1, p. 843, juin 2014, doi: 10.1186/1471-2458-14-843.
- [11] OMS, « Dossier sucoicots tabac: tabac et démence », Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2014. [En ligne]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332561>
- [12] G. Zhong, Y. Wang, Y. Zhang, J. J. Guo, et Y. Zhao, « Smoking Is Associated with an Increased Risk of Dementia: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies with Investigation of Potential Effect Modifiers », *PLOS ONE*, vol. 10, n° 3, p. e0118333, mars 2015, doi: 10.1371/journal.pone.0118333.
- [13] D. Choi, S. Choi, et S. M. Park, « Effect of smoking cessation on the risk of dementia: a longitudinal study », *Ann. Clin. Transl. Neurol.*, vol. 5, n° 10, p. 1192– 1199, sept. 2018, doi: 10.1002/actn.3.633.
- [14] M. J. Barker, K. M. Greenwood, M. Jackson, et S. F. Crowe, « Cognitive Effects of Long-Term Benzodiazepine Use », *CNS Drugs*, vol. 18, n° 1, p. 37– 48, janv. 2004, doi: 10.2165/00023210-200418010-00004.
- [15] H. Verdoux, R. Lagnaoui, et B. Bégaud, « Is benzodiazepine use a risk factor for cognitive decline and dementia? A literature review of epidemiological studies », *Psychol. Med.*, vol. 35, n° 3, p. 307– 315, avr. 2005, doi: 10.1017/S0033291704003897.
- [16] S. Paterniti, C. Dufouil, et A. Alperovitch, « Long-Term Benzodiazepine Use and Cognitive Decline in the Elderly: The Epidemiology of Vascular Aging Study », *J. Clin. Psychopharmacol.*, vol. 22, n° 3, p. 285– 293, juin 2002.
- [17] S. Billoti de Gage et al., « Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study », *BMJ*, vol. 345, p. e6231, sept. 2012, doi: 10.1136/bmj.e6231.
- [18] D. Shash et al., « Benzodiazepine, psychotropic medication, and dementia: A population-based cohort study », *Alzheimers Dement.*, vol. 12, n° 5, p. 604– 613, 2016, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.10.006>.
- [19] S. Billoti de Gage, A. Pariente, et B. Bégaud, « Is there really a link between benzodiazepine use and the risk of dementia? », *Expert Opin. Drug Saf.*, vol. 14, n° 5, p. 733– 747, mai 2015, doi: 10.1517/14740338.2015.1014706.
- [20] G. Zhong, Y. Wang, Y. Zhang, et Y. Zhao, « Association between Benzodiazepine Use and Dementia: A Meta-Analysis », *PLOS ONE*, vol. 10, n° 5, p. e0127836, mai 2015, doi: 10.1371/journal.pone.0127836.
- [21] J. Brandt et C. Leong, « Benzodiazepines and Z-Drugs: An Updated Review of Major Adverse Outcomes Reported on in Epidemiologic Research », *Drugs RD*, vol. 17, n° 4, p. 493– 507, déc. 2017, doi: 10.1007/s40208-017-0207-7.
- [22] F. Pagan et M. Whelling, « Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences », *Eur. Geriatr. Med.*, vol. 12, n° 3, p. 445– 452, juin 2021, doi: 10.1007/s41999-021-00479-3.
- [23] J. W. Wastesson, L. Morin, E. C. K. Tan, et K. Johnell, « An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review », *Expert Opin. Drug Saf.*, vol. 17, n° 12, p. 1185– 1196, déc. 2018, doi: 10.1080/14740338.2018.1546841.
- [24] H.-Y. Park, J.-W. Park, H. J. Song, H. S. Sohn, et J.-W. Kwon, « The Association between Polypharmacy and Dementia: A Nested Case-Control Study Based on a 12-Year Longitudinal Cohort Database in South Korea », *PLOS ONE*, vol. 12, n° 1, p. e0169493, janv. 2017, doi: 10.1371/journal.pone.0169493.



Discussions | Diskussionen

- Il semble opportun de sensibiliser la population sur les risques de démence inhérents à une consommation excessive d'alcool ou de tabac ainsi qu'aux bienfaits de la réduction de la consommation d'alcool et de l'arrêt du tabac.

- Es scheint angebracht, die Bevölkerung über die Demenzrisiken von übermäßigem Alkohol- und Tabakkonsum sowie über die Vorteile der Reduzierung des Alkoholkonsums und der Aufgabe des Rauchens aufzuklären.

Discussions | Diskussionen

- Les projets actuels abordant (indirectement) la prescription de substances psychoactives de la part des professionnels de santé auprès des personnes âgées devraient être plus largement diffusés. P. ex.:
 - *smarter medicine Switzerland*,
 - Beers Criteria,
 - STOPP/START Criteria v2,
 - The PRISCUS List,
 - The EU(7)-PIM List.

- Aktuelle Projekte, die sich (indirekt) mit der Verschreibung psychoaktiver Substanzen durch Gesundheitsfachpersonen bei älteren Menschen befassen sollten stärker verbreitet werden z. B.:
 - Smarter Medicine Switzerland,
 - Beers Criteria,
 - STOPP/START Criteria v2,
 - The PRISCUS List,
 - The EU(7)-PIM List.

Bonnes fêtes pascales | Schöne Ostertage



Source:
https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/8/81/Hase_mit_Ostereiern_%281%29.jpg/440px-Hase_mit_Ostereiern_%281%29.jpg