

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

Les Colloques académiques du Centre Leenaards de la Mémoire (CHUV)

2023-04-06

Christophe Al Kurdi (GREAA)

Contenu de la présentation (40')

Brève introduction (4')

1. Les TUS (16')

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

2. TUS et troubles neurocognitifs (16')

1. TNC induits par une substance
2. TUS induits par un TNC
3. Repérage, diagnostic, traitement

3. Recommandations (4')

Introduction (4')

Le GREA | le mandat | la démarche | les livrables

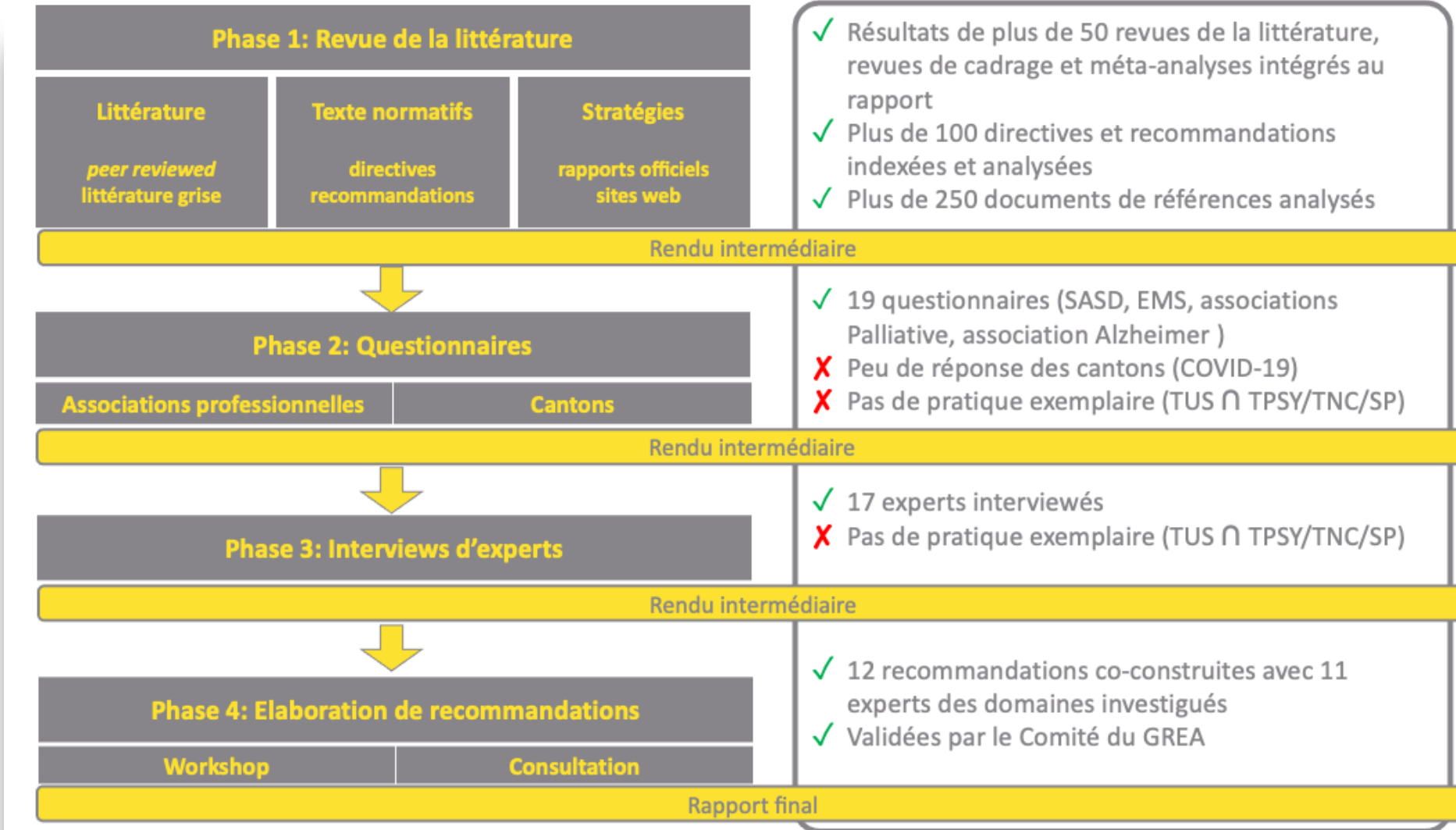
Intro (1/4) > Le GREA

- Organisation faitière des professionnels romands des addictions
 - Fachverband Sucht
 - Ticino Addiction
 - SSAM – Société Suisse de Médecine de l'Addiction
- Association interprofessionnelle (travailleurs sociaux | médecins | éducateurs | autres)
 - Advocacy
 - Gestions de programmes (PILDJ / CRIAD)
 - Recherche
 - Formation (Fordd)

Intro (2/4) > Le mandat

- 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 :
 1. de démences
 2. de maladies psychiatriques
 3. de soins palliatifs
- 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

Intro (3/4) > La démarche



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

Généralités | TUS et vieillissement | TUS et troubles cooccurrents (CODs) | TUS et soins palliatifs

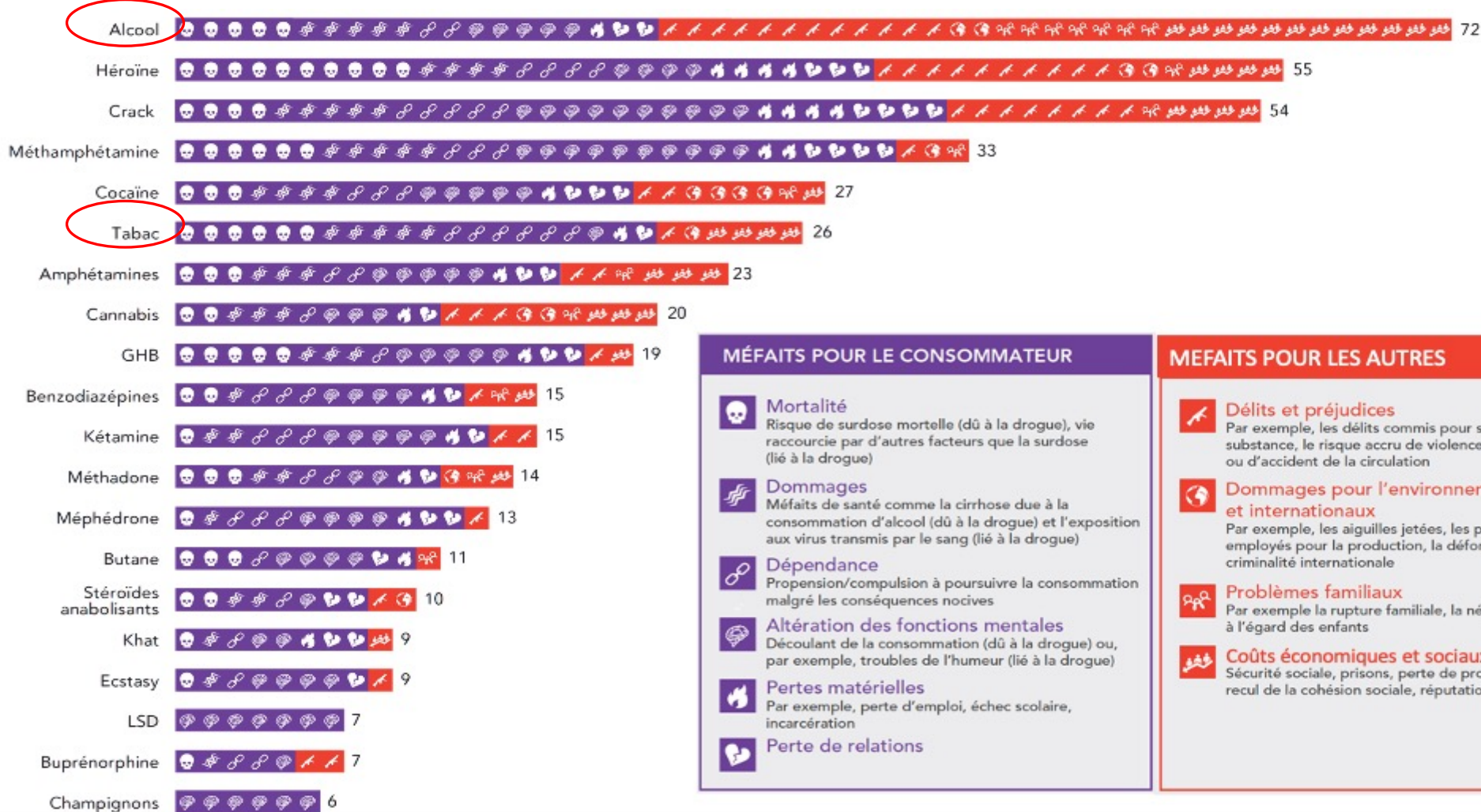
TUS > généralités (1/4) > synonymie

*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) <ul style="list-style-type: none">– Trouble léger– Trouble modéré– Trouble sévère
Addiction	Dépendance	Syndrome de dépendance	
Sources : * Conseil fédéral 2015, **CFLD 2005, #APA 2003, ## APA 2013			

TUS > généralités (2/4) > définition

- Approche **biopsychosociale** de George Engel (1977)
- « La toxicomanie surgit à un triple carrefour : celui d'un **produit**, d'un **moment socioculturel** et d'une **personnalité**. Ce sont là trois dimensions également constitutives » (Olievenstein 1983)
- Selon le GREA, l'**addiction** 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)
- <https://www.grea.ch/dossiers/addiction>

TUS > généralités (3/4) > un rappel sur les méfaits



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)
- Dommages**
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
- Dommages 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 (4/4) > démarche

- **Repérage:** basé sur l'observation ou des instruments de screening (ASSIST, DEP-ADO, CAGE, etc.)
- **Diagnostic:** acte médical complexe. Il faut différencier le type d'usage (TUS léger, modéré ou sévère), le sevrage, l'intoxication, mais également les troubles primaires et secondaires
- **Traitements :** ont en commun de prendre en compte à la fois le produit, la personne et son environnement socioculturel. Logique d'autonomisation et de renforcement de sa capacité à agir
 - Paradigme de l'abstinence vers celui du rétablissement

TUS > vieillissement (1/5) > substances

Substances psychoactives	H	F
Tabac – consommation 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 – consommation 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 (benzodiazépines et médicaments Z) – consommation chronique		
15 ans et plus	2,1 %	4,0 %
70 ans et plus	5,2 %	11 %
Analgésiques – consommation chronique		
15 ans et plus	1,6 %	2,3 %
70 ans et plus	4,4 %	4,9 %
Sources : MonAM (ESS 2017 et CoRoIAR 2016) – https://ind.obsan.admin.ch/fr/monam		

TUS > vieillissement (2/5) > difficultés de repérage

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

TUS > vieillissement (3/5) > risques

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

TUS > vieillissement (4/5) > difficultés

Repérage

- Les signes du vieillissement et d'un TUS se ressemblent
- ∃ des instruments de screening pour les personnes âgées (p. ex : SMAST-G | www.addictions-et-vieillissement.ch), 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

- En cas de consommation tardive : Intervention brève, si détectée à temps
- En cas de consommation précoce: Soins axés sur la personne, incluant la réduction des risques (RdR)

TUS > vieillissement (5/5) > Points clés

- Malgré l'existence d'outils de screening adéquats, le repérage des consommations problématiques semble une mesure peu pratiquée par les institutions chargées des personnes âgées (ISGF et al. 2019) .
- En raison des risques de sevrage involontaire (alcool/Benzos), un dépistage routinier des SPA lors des admissions dans un nouveau lieu de vie ou de soins pourrait s'avérer pertinent (SGAP, ASI & SSAM et al. 2021).
- Depuis peu, il existe des directives médicales sur les TUS impliquant des personnes âgées (cf. SGAP, ASI & SSAM et al. 2021; Savaskan et Laimbacher 2021).
 - Il s'agit de les faire connaître auprès des publics concernés.
- Au regard du droit à l'autodétermination, il est important de disposer de suffisamment de lieux de vie destinés aux aînés qui ne veulent ou ne peuvent arrêter de consommer, ainsi que de structures intermédiaires destinées à les accueillir momentanément lors de crises.
 - Des modèles existent d'ores et déjà (FVS 2019; FVS et al. 2020)

TUS > CODs (1/5) > prévalences des troubles cooccurrents

Diagnostic	Risque relatif de conduites addictives associées
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		

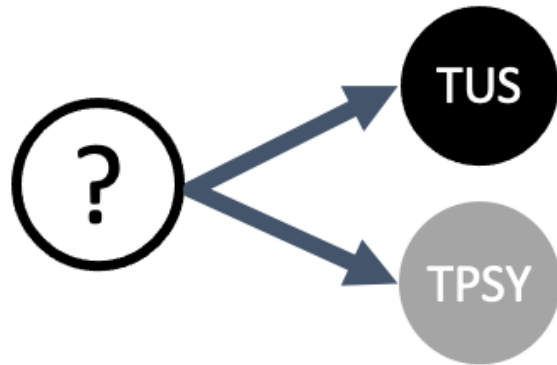
TUS > CODs (2/5) > combinaisons

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

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

TUS > CODs (3/5) > étiologie

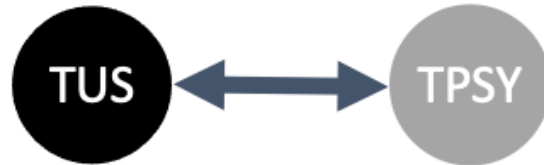
a. Modèle des facteurs communs



b. Trouble addictif secondaire



c. Trouble psychiatrique secondaire



d. Modèle bidirectionnel

e. Le Hasard

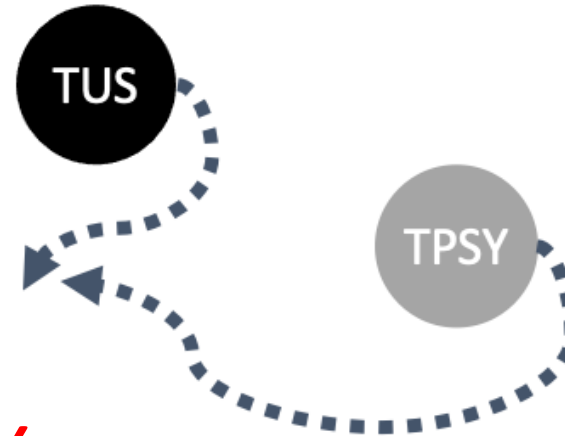


Illustration: Christophe Al Kurdi | **Sources:** Mueser, Kim T, Robert E Drake, et Michael A Wallach (1998) « Dual Diagnosis: A Review of Etiological Theories », EMCDDA (2015) « Comorbidity of Substance Use and Mental Disorders in Europe ».

TUS > CODs (4/5) > difficultés

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, problèmes sociaux et judiciaires, etc.).
- **Traitement intégré**: les deux troubles sont traités simultanément, par une même équipe, comme s'il était les deux primaires
 - (>< traitement séquentiel)

TUS > CODs (5/5) > Points clés

- En cas de troubles psychiatriques ou de TUS, il est important d'investiguer une probable cooccurrence de ces troubles.
- Idéalement, la prise en charge de personnes souffrantes de CODs devrait se faire dans le cadre d'un programme de traitement intégré.
 - L'appel à des équipes mobiles spécialisées en addictologie ou en psychiatrie peut constituer une alternative lorsque les compétences institutionnelles manquent.
 - Les problématiques socioéconomiques fréquemment présentes demandent également à être prises en compte.

TUS > SP (1/5) > prévalence douleurs

- 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%** (Rosenblum et al., 2003) et **61%** (Jamison, Kauffman, et Katz 2000) pour les patients en traitement par agonistes opioïdes (TAO)

TUS > douleur (2/5) > difficultés

Repérage / diagnostic:

- Pas de difficulté
 - ∃ des échelles simples d'utilisation qui peuvent être utilisées également avec les personnes ayant un TUS
 - p. ex. Gold Standards Framework[®] Proactive Identification Guidance, SPICTTM, NECPAL©, Pallia 10

Traitement :

- Prise en charge **inadéquate** et/ou **insuffisante** de la douleur (Dassieu et Roy 2020; Manguzzi et al. 2018)
 - Manque de connaissance
 - Aprioris

(cf. palliative ch 2018; HUG – Réseau douleur 2019)

TUS > douleur (3/5) > Prise en charge insuffisante

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.

TUS > douleur (4/5) > hyperalgésie

- 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; Victorri-Vigneau et al. 2012)
- 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)

TUS > douleur (5/5)> Points clés

- Les professionnels de santé devraient appliquer aux personnes souffrant d'un TUS la même prise en charge de la douleur, basée sur les paliers de l'OMS et les déclarations de ces derniers, qu'avec les autres patients.
- La prise en charge antalgique des patients suivant un traitement par agonistes opioïdes (TAO) est maintenant bien documentée (<https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/fr/heroine/antalgie-et-tbs>).
 - En cas de doutes sur les dosages (ces derniers pouvant être très élevé), les professionnels de santé peuvent s'adresser à un service spécialisé en addictologie ou à un réseau douleur.
- La question de la douleur des personnes souffrant de TUS, en particulier la problématique de l'hyperalgésie, devrait être incluse aux formations de base/continues des médecins et du personnel soignant.

2. TUS et troubles neurocognitifs (TNC)

TNC induits par une substance | TUS induits par un TNC | Repérage, diagnostic, traitement

TNC (1/6) > substances comme facteurs de risques

- 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
- ∃ 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 (Livingston et al. 2020)
 - env. 12'800

TNC (2/6) > substances comme facteur de risque

- 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 (Sullivan et Pfefferbaum 2013; Pitel et al. 2009) et
 - la diminution drastique des consommations d'alcool (Segobin et al. 2015; Cabé et al. 2016)

➔ nouveau diagnostic (DSM-5): **TNC majeur ou léger induit par une substance/un médicament**

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

- Consommation excessive est associé à (Schwarzingher et al. 2018) :
 - un **triple**ment du risque de démences (neurodégénératives, précoce, vasculaires)
 - **doublement** de développer la maladie d'Alzheimer
- Consommation modérée pourrait avoir un effet protecteur
 - Les gros buveurs, mais également les abstinents auraient un risque augmenté (cf. Rehm et al. 2019)

TNC (4/6) > incidence du tabac

- **14 %** des cas de maladie d'Alzheimer attribuables au tabac (OMS 2014)
- RR démence vasculaire 1,58 – 1,79
- RR maladie d'Alzheimer 1,35 – 1,78
- L'arrêt du tabac diminue le risque au niveau des personnes qui n'ont jamais fumé (Zhong et al. 2015)
- Diminution même en cas d'arrêt après 60 ans (Choi, Choi, et Park 2018)

TNC (5/6) > incidence des benzodiazépines

- ∃ un lien fort entre Benzos et déclin cognitif (Arora et al. 2014)
- 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)
- mais «les critères requis pour étayer fortement une relation causale ne seraient que partiellement remplis» (Brandt et Leong 2017)

TNC (6/6) > incidence de la polypharmacie

- ∃ un lien fort entre polypharmacie et troubles cognitifs
 - En particulier **psychotropes** et **anticholinergiques** (Pazan et Wehling 2021; Wastesson et al. 2018)
- Risque augmenté de démence proportionnel au nombre 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)

TNC > incidence des TNC sur les TUS (1/1)

- Premier stade de la démence pourrait déboucher sur un TUS (Pantel 2018)
 - Insécurité émotionnelle / besoin de se tranquilliser
 - Oubli du « verre quotidien » déjà consommé
- Démence avancée pourrait conduire à des formes d'autoguérisons
 - Fumeur qui « oublie » de fumer
 - Alcoolique qui ne boit plus
- Comportements observés dans la pratique, mais peu documentés

TNC > TNC+TUS > difficultés (1/1)

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 au contexte addicto, comme le BEARNI ou le TEDCA (Dumeige-Harbonnier 2018)

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)

Traitement

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

3. Recommendations

Quatre points à retenir

Recommandation (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 (cf. 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.

Recommandations (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.

Merci pour votre attention

Sources citées

- Al Kurdi, Christophe, et Fabrice Rosselet. 2022. « Troubles de l'usage de substances – dans les contextes de démences, troubles psychiatriques et soins palliatifs ». Lausanne: Groupement Romand d'Etude des Addictions (GREA). <https://www.grea.ch/publications/rapport-TUS-2022>.
- Alford, Daniel P., Peggy Compton, et Jeffrey H. Samet. 2006. « **Acute Pain Management for Patients Receiving Maintenance Methadone or Buprenorphine Therapy ». *Annals of Internal Medicine* 144 (2): 127-34. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-2-200601170-00010>.
- APA. 2003. **DSM-IV TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Édité par Julien-Daniel Guelfi et Marc-Antoine Crocq. 2e édition. Issy-les-Moulineaux: Editions Masson.
- — —. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Association.
- Arora, Amit, Andrew O'Neill, Peter Crome, et Finbarr C. Martin. 2014. « **Clinical Medicine and Substance Misuse ». In *Substance Use and Older People*, 35-55. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118430965.ch5>.
- Billioti de Gage, Sophie, Antoine Pariente, et Bernard Bégaud. 2015. « Is there really a link between benzodiazepine use and the risk of dementia? » *Expert Opinion on Drug Safety* 14 (5): 733-47. <https://doi.org/10.1517/14740338.2015.1014796>.
- Brandt, Jaden, et Christine Leong. 2017. « Benzodiazepines and Z-Drugs: An Updated Review of Major Adverse Outcomes Reported on in Epidemiologic Research ». *Drugs in R&D* 17 (4): 493-507. <https://doi.org/10.1007/s40268-017-0207-7>.
- Cabé, N., A. Laniepece, L. Ritz, C. Lannuzel, C. Boudehent, F. Vabret, F. Eustache, H. Beaunieux, et A. -L. Pitel. 2016. « **Troubles cognitifs dans l'alcoolodépendance : intérêt du dépistage dans l'optimisation des prises en charge ». *L'Encéphale* 42 (1): 74-81. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.012>.
- Calvino, Bernard. 2013. « L'hyperalgésie induite par les opioïdes ». *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement* 14 (5): 226-33. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2013.04.003>.
- CFLD. 2005. *Psychoactiv.ch : D'une politique des drogues illégales à une politique des substances psychoactives (version de travail)*. Berne: Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD). <http://www.grea.ch/sites/default/files/Psychoactiv.pdf>.
- Choi, Daein, Seulggie Choi, et Sang Min Park. 2018. « Effect of smoking cessation on the risk of dementia: a longitudinal study ». *Annals of Clinical and Translational Neurology* 5 (10): 1192-99. <https://doi.org/10.1002/acn3.633>.
- Cloutier, Richard, Patrick Barabé, Stéphane Potvin, et François Noël. 2016. « **Toxicomanies et maladies mentales (chap. 39) ». In **Psychiatrie clinique: approche bio-psycho-sociale (Tome I)*, édité par Pierre Lalonde et Georges-Franck Pinard, 909-24.
- Conseil fédéral. 2015. « Stratégie nationale Addictions 2017-2024 ». Berne: Confédération suisse. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nationale-strategie-sucht/statategie-sucht.pdf.download.pdf/Strat%C3%A9gie%20nationale%20Addictions.pdf>.

Sources citées (suite)

- CPLT et FQCRPAT. 2001. « La toxicomanie chez les aînés. Reconnaître, comprendre et agir: Guide d'intervention ». Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie & Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. https://www.cqld.ca/app/uploads/2016/12/toxicomanie-aines_jan-2001.pdf.
- Dassieu, Lise, et Élise Roy. 2020. « **La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues : état des connaissances et enjeux socio-anthropologiques ». *Drogues, santé et société* 18 (1): 69-99. <https://doi.org/10.7202/1068818ar>.
- Dumeige-Harbonnier, Emile. 2018. « **Les outils de dépistage des troubles cognitifs en addictologie: revue systématique de la littérature ». Thèse d'exercice, France: Université de Lille. <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/f9b76821-3d54-4913-b25f-12529432b97c>.
- EMCDDA. 2013. « Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data ». EMCDDA Papers. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. https://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_220660_EN_TDAU13002ENN.pdf.
- — —. 2015. « **Comorbidity of Substance Use and Mental Disorders in Europe ». 19. Insights. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/comorbidity-substance-use-mental-disorders-europe_en.
- Engel, George L. 1977. « The need for a new medical model: a challenge for biomedicine ». *Science, New Series* 196 (4286): 129-36. <https://doi.org/10.1126/science.847460>.
- FVS. 2019. « Modèle: Plaisir, consommation de substances psychoactives et addictions dans les EMS ». Fachverband für Sucht. https://www.addictions-et-vieillessement.ch/files/content/pdf-fr/pdf%2055+/fs_concept-consommations-substances-ems.pdf.
- FVS, ASI/SBK, Infodrog, et GREA. 2020. « Posture infirmière en cas de consommation de produits addictifs et d'addictions chez les personnes âgées. Recommandations ». Berne: Association suisse des infirmières et infirmiers. https://www.addictions-et-vieillessement.ch/files/content/pdf-fr/SBK_Umgang_Suchtmittel_fr.pdf.
- Grant, Bridget F., Frederick S. Stinson, Deborah A. Dawson, S. Patricia Chou, Mary C. Dufour, Wilson Compton, Roger P. Pickering, et Kenneth Kaplan. 2004. « Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions ». *Archives of general psychiatry* 61 (8): 807-16. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.8.807>.
- Gureje, Oye, Michael Von Korff, Gregory E. Simon, et Richard Gater. 1998. « Persistent Pain and Well-being: A World Health Organization Study in Primary Care ». *JAMA* 280 (2): 147-51. <https://doi.org/10.1001/jama.280.2.147>.
- HUG – Réseau douleur. 2019. « Choisir le bon outil pour évaluer la douleur à Genève aux HUG ». 29 janvier 2019. <https://www.hug.ch/reseau-douleur/choisir-bon-outil>.
- ISGF, Susanne Schaaf, Corina Salis Gross, Domenic Schnoz, et Stephan Koller. 2019. « FFF – Fit für Früherkennung und Frühintervention bei problematischem alkoholkonsum von älteren Menschen ». 397. Forschungsbericht. Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF). https://www.isgf.uzh.ch/dam/jcr:04b23339-ff21-4bd9-94ee-acbaf43bf827/FFF-Schlussbericht_def.pdf.

Sources citées (suite)

- Jamison, Robert N., Janice Kauffman, et Nathaniel P. Katz. 2000. « Characteristics of Methadone Maintenance Patients with Chronic Pain ». *Journal of Pain and Symptom Management* 19 (1): 53-62. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(99\)00144-X](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(99)00144-X).
- Livingston, Gill, Jonathan Huntley, Andrew Sommerlad, David Ames, Clive Ballard, Sube Banerjee, Carol Brayne, et al. 2020. « ***Dementia Prevention, Intervention, and Care: 2020 Report of the Lancet Commission ». *The Lancet* 396 (10248): 413-46. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6).
- Manguzzi, Elena, Laura Wainstein, Jules Alexandre Desmeules, et Barbara Broers. 2018. « **Gestion de la douleur aiguë chez les patients sous traitements de substitution aux opioïdes ». *Revue médicale suisse* 14 (612): 1280-85. <https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-612/Gestion-de-la-douleur-aigue-chez-les-patients-sous-traitements-de-substitution-aux-opioides>.
- Mueser, Kim T, Robert E Drake, et Michael A Wallach. 1998. « Dual Diagnosis: A Review of Etiological Theories ». *Addictive Behaviors, Addictions '98: Comorbidity Across the Addictions*, 23 (6): 717-34. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00073-2](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00073-2).
- OFSP, SSAM, et AMCS. 2013. « Dépendance aux opioïdes: Traitements basés sur la substitution (Recommandations de l'OFSP, SSAM et AMCS) ». Berne: Office Fédéral de la Santé Publique.
- Olievenstein, Claude. 1983. *La drogue ou la vie*. Robert Laffont. Paris: Robert Laffont.
- OMS. 2014. « Dossier succincts tabac : tabac et démence ». Genève: Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332581>.
- palliative ch. 2018. « Soins Palliatifs Généraux: Recommandations à l'attention des professionnels de santé et des prestataires de soins en médecine de premier recours en ambulatoire et en milieu stationnaire. » Berne: Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs. https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/C_Fachgesellschaft/Arbeitsgruppen/Qualitaet/Broschuere_Allg_PalliativeCare_Empf_fuer_Fachpersonen_fr_RL3.pdf.
- Pantel, Johannes. 2018. « **Sucht und demenzielle Erkrankungen: Grundlagen und Interventionen in Beratung und Therapie ». In *Psychotherapie mit Älteren bei Sucht und komorbiden Störungen*, édité par Tanja Hoff, 139-57. Psychotherapie: Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-53196-9_7.
- Park, Hae-Young, Ji-Won Park, Hong Ji Song, Hyun Soon Sohn, et Jin-Won Kwon. 2017. « The Association between Polypharmacy and Dementia: A Nested Case-Control Study Based on a 12-Year Longitudinal Cohort Database in South Korea ». *PLOS ONE* 12 (1): e0169463. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169463>.
- Pazan, Farhad, et Martin Wehling. 2021. « Polypharmacy in Older Adults: A Narrative Review of Definitions, Epidemiology and Consequences ». *European Geriatric Medicine* 12 (3): 443-52. <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00479-3>.

Sources citées (suite)

- Pitel, Anne Lise, Julia Rivier, Hélène Beaunieux, François Vabret, Béatrice Desgranges, et Francis Eustache. 2009. « Changes in the Episodic Memory and Executive Functions of Abstinent and Relapsed Alcoholics Over a 6-Month Period ». *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 33 (3): 490-98. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2008.00859.x>.
- Praticien Addiction Suisse. 2020. « Antalgie et TAO ». 3 avril 2020. <https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/fr/heroine/antalgie-et-tbs>.
- Regier, Darrel A., Mary E. Farmer, Donald S. Rae, Ben Z. Locke, Samuel J. Keith, Lewis L. Judd, et Frederick K. Goodwin. 1990. « Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse: Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study ». *JAMA* 264 (19): 2511-18. <https://doi.org/10.1001/jama.1990.03450190043026>.
- Rehm, Jürgen, Omer S. M. Hasan, Sandra E. Black, Kevin D. Shield, et Michaël Schwarzingner. 2019. « *Alcohol use and dementia: a systematic scoping review ». *Alzheimer's Research & Therapy* 11 (1): 1. <https://doi.org/10.1186/s13195-018-0453-0>.
- Réseau douleur des HUG. 2017. « Antalgie dans les services médico-chirurgicaux adultes: aide mémoire pour les professionnels ». Hôpitaux Universitaires de Genève. https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur_/antalgie_new_a6_9.pdf.
- Rosenblum, Andrew, Herman Joseph, Chunki Fong, Steven Kipnis, Charles Cleland, et Russell K. Portenoy. 2003. « Prevalence and Characteristics of Chronic Pain Among Chemically Dependent Patients in Methadone Maintenance and Residential Treatment Facilities ». *JAMA* 289 (18): 2370-78. <https://doi.org/10.1001/jama.289.18.2370>.
- SAMHSA. 2020. « **TIP 26: Treating Substance Use Disorder in Older Adults ». Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Substance Abuse Treatment. https://store.samhsa.gov/product/treatment-improvement-protocol-tip-26-treating-substance-use-disorder-in-older-adults/PEP20-02-01-011?referer=from_search_result.
- Savaskan, Egemen, et Sabrina Laimbacher, éd. 2021. *Abhängigkeitserkrankungen im Alter: Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie*. Hogrefe AG.
- Schwarzingner, Michaël, Bruce G Pollock, Omer S M Hasan, Carole Dufouil, Jürgen Rehm, S Baillot, Q Guibert, F Planchet, et S Luchini. 2018. « **Contribution of Alcohol Use Disorders to the Burden of Dementia in France 2008–13: A Nationwide Retrospective Cohort Study ». *The Lancet Public Health* 3 (3): e124-32. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30022-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30022-7).
- Segobin, Shailendra, Ludivine Ritz, Coralie Lannuzel, Céline Boudehent, François Vabret, Francis Eustache, Hélène Beaunieux, et Anne-Lise Pitel. 2015. « Integrity of White Matter Microstructure in Alcoholics with and without Korsakoff's Syndrome ». *Human Brain Mapping* 36 (7): 2795-2808. <https://doi.org/10.1002/hbm.22808>.

Sources citées (suite)

- SGAP, ASI & SSAM, Egemen Savaskan, Andreas Fuchs, Ulrich Hemmeter, Bernd Ibach, Esther Indermaur, Stefan Klöppel, et al. 2021. « **Empfehlungen für die Prävention, Diagnostik und Therapie der Abhängigkeitserkrankungen im Alter ». *Praxis* 110 (2): 79-93. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003609>.
- Shash, Dalia, Tobias Kurth, Marion Bertrand, Carole Dufouil, Pascale Barberger-Gateau, Claudine Berr, Karen Ritchie, et al. 2016. « Benzodiazepine, Psychotropic Medication, and Dementia: A Population-Based Cohort Study ». *Alzheimer's & Dementia* 12 (5): 604-13. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.10.006>.
- SSAM. 2020. « Recommandations médicales relatives au traitement agoniste opioïde (TAO) du syndrome de dépendance aux opioïdes 2020 ». Berne: Société Suisse de Médecine de l'Addiction. https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/images/stories/heroin/20200716_SSAM_Recommendations_FR_def.pdf.
- Sullivan, Edith V., et Adolf Pfefferbaum. 2013. « Neuropsychology and neuroimaging studies in alcohol-dependence ». *Revue de neuropsychologie* Volume 5 (3): 187-99. <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2013-3-page-187.htm>.
- Victorri-Vigneau, C., M. Bronnec, M. Guillou, M. Gérardin, L. Wainstein, C. Grosclaude, et P. Jolliet. 2012. « Prise en charge de la douleur aiguë chez les patients sous traitements de substitution aux opiacés ». *Douleur et Analgésie* 25 (2): 83-86. <https://doi.org/10.1007/s11724-012-0291-y>.
- Voon, Pauline, Mohammad Karamouzian, et Thomas Kerr. 2017. « **Chronic pain and opioid misuse: a review of reviews ». *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 12 (1): 36. <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0120-7>.
- Wastesson, Jonas W., Lucas Morin, Edwin C. K. Tan, et Kristina Johnell. 2018. « An Update on the Clinical Consequences of Polypharmacy in Older Adults: A Narrative Review ». *Expert Opinion on Drug Safety* 17 (12): 1185-96. <https://doi.org/10.1080/14740338.2018.1546841>.
- Wertli, Maria M., Ulrike Held, Andri Signorell, Eva Blozik, et Jakob M. Burgstaller. 2020. « Analyse der Entwicklung der Verschreibungspraxis von Schmerzund Schlafmedikamenten zwischen 2013 und 2018 in der Schweiz ». Bern: Inselspital – Universitätsspital für Allgemeine Innere Medizin. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/forschungsberichte/forschungsberichte-medikamentenmissbrauch/verschreibungspraxis-schmerz-und-schlafmedikamente.pdf.download.pdf/Schlussbericht_Pain-medication-use.pdf.
- Zhong, Guochao, Yi Wang, Yong Zhang, Jeff Jianfei Guo, et Yong Zhao. 2015. « Smoking Is Associated with an Increased Risk of Dementia: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies with Investigation of Potential Effect Modifiers ». *PLOS ONE* 10 (3): e0118333. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118333>.
- Zhong, GuoChao, Yi Wang, Yong Zhang, et Yong Zhao. 2015. « Association between Benzodiazepine Use and Dementia: A Meta-Analysis ». *PLOS ONE* 10 (5): e0127836. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127836>

Réserve

Critères diagnostics pour le trouble de l'usage de substances (DSM-5)

A	1	Substance est souvent consommée en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
	2	Désir persistant, ou efforts infructueux, pour réduire ou contrôler la consommation de substances.
	3	Une grande partie du temps est consacré aux activités nécessaires à l'obtention de substances ou à la récupération des effets.
	4	Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer des substances.
B	5	Consommation récurrente de substances entraînant l'incapacité de remplir les principales obligations liées au travail, à l'école ou à la maison.
	6	Continuation de l'utilisation malgré le fait d'avoir des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents causés ou exacerbés par la consommation de substances psychoactives
	7	Abandon ou réduction importante d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs en raison de la consommation de substances psychoactives
C	8	Utilisation récurrente de la substance dans des situations où cela est physiquement dangereux
	9	La consommation de substances psychoactives se poursuit en dépit de la connaissance d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent qui est susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par des substances
D	10	Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none">– Besoin de quantités notablement plus fortes de substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.– Effet notablement diminué en cas de l'usage continu de la même quantité de substance.
	11	Sevrage, défini par l'un des deux critères suivants : <ul style="list-style-type: none">– Présence de signes de sevrage concernant la substance lors de l'arrêt ou forte diminution de celle-ci.– Consommation de substance pour éviter ou stopper des signes de sevrages.

Note : La présence d'au moins deux de ces symptômes indique un trouble de l'usage des substances (TUS). La gravité du trouble est définie comme légère (présence de 2 à 3 symptômes), modérée (présence de 4 à 5 symptômes) ou grave (présence de 6 symptômes ou plus). Cependant, cette définition est basée sur une population adulte, plutôt que sur des personnes âgées.

Source : APA (2015), DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [5].

Instruments de screening adaptés aux personnes âgées

Alcool

- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)
- Alcohol Use Disorders Identification Test-C (AUDIT-C)
- Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (SMAST-G)
- Senior Alcohol Misuse Indicator (SAMI)

Multiples substances

- Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)
- Brief Addiction Monitor
- CAGE Adapted to Include Drugs (CAGE-AID)
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) Quick Screen V1.0

Note : La plupart de ces instruments sont disponibles sur le site web « Vieillissement et addiction » accessible sous : <https://www.addictions-et-vieillissement.ch/medecins/alcool/depistage.html>.

Source : SAMHSA (2020), TIP 26: Treating Substance Use Disorder in Older Adults [45, p. 43].

Critères diagnostiques pour un trouble mental induit par une substance/un médicament (DSM-5)

A	Le trouble se manifeste par un tableau symptomatique cliniquement significatif d'un trouble mental caractérisé.
B	Mise en évidence, d'après l'anamnèse, l'examen physique ou les examens complémentaires des deux éléments suivants :
	1. Le trouble s'est développé pendant ou dans le mois qui a suivi une intoxication ou un sevrage ou une prise de médicament ; et
	1. La substance/le médicament impliqué(e) peut induire le trouble mental.
C	Le trouble n'est pas mieux expliqué par un trouble mental indépendant (c.-à-d. qui est non induit par une substance ou un médicament). Les critères suivants peuvent permettre de mettre en évidence un trouble mental indépendant :
	1. Le trouble a précédé le début d'une intoxication grave ou d'un sevrage ou d'une exposition à un médicament ; ou
	1. Le trouble mental complet a persisté pendant une période de temps conséquente (p. ex. au moins un mois) après la fin d'un sevrage aigu ou d'une intoxication grave ou d'une prise de médicament. Ce critère ne s'applique pas aux troubles neurocognitifs induits par une substance ni au trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes, lesquels persistent après l'arrêt d'une intoxication aiguë ou d'un sevrage.
D	Le trouble ne survient pas uniquement au décours d'un état confusionnel.
E	Le trouble cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Source : APA (2015), DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

Diagnostics associés aux classes de substances (DSM 5)

	Troubles psychotiques	Troubles bipolaires	Troubles dépressifs	Troubles anxieux	Troubles obsessionnels compulsifs	Troubles du sommeil	Dysfonctions sexuelles	État confusionnel (delirium)	Troubles neurocognitifs	TUS	Intoxication	Sevrage
Alcool	I / S	I / S	I / S	I / S		I / S	I / S	I / S	I / S / P	X	X	X
Caféine				I		I / S					X	X
Cannabis	I			I		I / S		I		X	X	X
Hallucinogènes												
Phencyclidine (PCP)	I	I	I	I				I		X	X	
Autres hallucinogènes	I*	I	I	I				I		X	X	
Substances inhalées (solvants)	I		I	I				I	I / P	X	X	
Opiacés			I / S	S		I / S	I / S	I / S		X	X	X
Sédatifs hypnotiques ou anxiolytiques	I / S	I / S	I / S	S		I / S	I / S	I / S	I / S / P	X	X	X
Stimulants**	I	I / S	I / S	I / S	I / S	I / S	I	I		X	X	X
Tabac						S				X		X
Autres (ou inconnues)	I / S	I / S	I / S	I / S	I / S	I / S	I / S	I / S	I / S / P	X	X	X

Note :

I = La spécification « avec début pendant l'intoxication » peut être utilisée pour la catégorie.

S = La spécification « avec début pendant le sevrage » peut être utilisée pour la catégorie.

I / S = Soit « avec début pendant l'intoxication » soit « avec début pendant le sevrage » peut être utilisées pour la catégorie.

P = Le trouble est persistant.

* = Y compris le trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes (flashbacks).

** = Inclut les substances de type amphotaminique, la cocaïne et les stimulants autres ou non spécifiés.

Source : APA (2015), DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [4], [5]