GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

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

Abstract FR

Ce projet a été réalisé par le GREA, sur mandat de la Division Stratégies de la santé de l'OFSP, entre octobre 2020 et novembre 2021. Il vise à montrer les similitudes et les différences dans la « prise en soins » des personnes présentant un trouble de l'usage de substances (TUS) dans les contextes de démences (1), de maladies psychiatriques (2) et de soins palliatifs (3). Plus spécifiquement, ce projet identifie pour les trois contextes susmentionnés : a) les difficultés inhérentes au diagnostic ; b) les difficultés inhérentes à la prise de soins pour les personnes concernées et leurs proches ; c) les lieux de prise en charge et les acteurs concernés par celle-ci.

Mots-clés : Suisse, Troubles de l'usage de substances, TUS, Troubles neurocognitifs, TNC, Démence, Troubles psychiatriques, Troubles cooccurrents, CODs, Soins palliatifs, Douleur, Addictions, Repérage, Diagnostic, Traitement.

Abstract DE

Dieses Projekt wurde vom GREA im Auftrag der Abteilung Gesundheitsstrategien des BAG zwischen Oktober 2020 und November 2021 realisiert. Es soll Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der «Versorgung» von Menschen mit einer Substanzgebrauchsstörung (SGS) in den Settings Demenz (1), psychiatrische Krankheiten (2) und Palliative Care (3) aufzeigen. In diesen drei Settings identifiziert das Projekt insbesondere: a) die Schwierigkeiten in Bezug auf die Diagnose; b) die Schwierigkeiten in Bezug auf die Versorgung von Betroffenen und ihren Angehörigen; c) die Orte der Versorgung und die daran beteiligten Akteure.

Schlüsselwörter: Schweiz, Substanzgebrauchsstörungen, SGS, Neurokognitive Störungen, NKS, Demenz, Psychiatrische Störungen, Komorbide Störungen, CODs, Palliative Care, Schmerzen, Sucht, Erkennung, Diagnose, Behandlung.

Abstract IT

Il presente progetto è stato realizzato dal GREA («Groupement Romand d'Etudes des Addictions»), su mandato della divisione Strategie della sanità dell'UFSP, tra ottobre 2020 e novembre 2021. Lo scopo è illustrare le similitudini e le differenze nella «presa a carico» di persone affette da un disturbo da uso di sostanze (DUS) nei contesti di demenza (1), malattie psichiatriche (2) e cure palliative (3). Nello specifico, il progetto identifica per i tre contesti summenzionati: a) le difficoltà inerenti alla diagnosi; b) le difficoltà legate alla presa a carico per le persone coinvolte e i loro familiari; c) i luoghi preposti alla presa a carico e gli attori interessati da quest'ultima.

Parole chiave: COD, cure palliative, demenza, diagnosi, dipendenze, disturbi co-occorrenti, disturbi da uso di sostanze, DNC, DUS, disturbi neurocognitivi, disturbi psichiatrici, dolore, Svizzera, tracciamento, trattamento.

Citation suggérée :

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'Étude des Addictions (GREA), janvier 2022. www.grea.ch/publications/rapport-TUS-2022.

Contenu

Table des matières

Abstract **2**
Contenu ..... **III**
Table des matières III
Liste des tableaux VIII
Liste des figures IX
Liste des encadrés X
Principales abréviations ..... **XI**
Résumé ..... **XII**
Contexte du mandat XII
Principaux résultats XII
Recommandations XVII
Zusammenfassung ..... **XIX**
Hintergrund des Auftrags XIX
Hauptergebnisse XIX
Empfehlungen XXIII
Riassunto ..... **XXVI**
Contesto del mandato XXVI
Risultati principali XXVI
Raccomandazioni XXX
Remerciements ..... **XXXIII**
Introduction **1**
Contexte 1
Objectifs 1
Méthodologie 1
Revue de la littérature 1
Questionnaires préliminaires 2
Entretiens d'experts 2
Workshop(s) et consultation 2
Déroulement du projet 3
Structure du rapport (accès rapide) 4
1 Rappel liminaire : Trouble de l'usage de substances (TUS) **5**
1.1 Terminologie 5
1.2 Généralités sur les substances psychoactives (SPA) 6
1.2.1 Comment agissent les substances psychoactives ? 6
1.2.2 Quels effets nocifs peut avoir la consommation de substance ? 6
1.2.3 Qui est concerné par la prise de substances psychoactives en Suisse ? 6
1.2.4 Quel est le coût économique et humain de la consommation de substances en Suisse ? 7
1.3 Repérage 7
1.4 Diagnostic d'un TUS 8
1.4.1 Critères diagnostiques 8
1.4.2 Diagnostic différentiel 9

1.5 Prise en soins 10
1.5.1 Le moment opportun : les stades du changement 10
1.5.2 Approches courantes 11
1.6 Ressources 12
1.6.1 Documents à teneur normative 12
1.6.2 Documents de référence 12
1.6.3 Suivi de la problématique 13
1.6.4 Plateformes web 13
1.6.5 Autres 13
2 TUS et vieillissement 14
2.1 Éléments de compréhension 14
2.1.1 Vieillissement démographique 14
2.1.2 Vieillissement de la population consommatrice de substances psychoactives (SPA) 14
2.2 Spécificités cliniques 14
2.2.1 Multimorbidité 15
2.2.2 Consommation précoce et consommation tardive 15
2.2.3 Vieillissement accéléré 15
2.3 Épidémiologie 16
2.3.1 Tabac 16
2.3.2 Alcool 16
2.3.3 Sédatifs (benzodiazépines et médicaments Z) 17
2.3.4 Opiacés/opioïdes 18
2.3.5 Polypharmacie 19
2.3.6 Les substances les plus consommées 20
2.4 Étiologie 20
2.4.1 Facteurs de risques de développer un TUS 20
2.5 Difficultés inhérentes au repérage (screening) 21
2.5.1 Bonnes pratiques 21
2.6 Difficultés inhérentes au diagnostic 22
2.6.1 Bonnes pratiques 22
2.7 Difficultés inhérentes à la prise en soins consommateurs âgés 23
2.7.1 Bonnes pratiques 23
2.8 Points clés 25
2.9 Ressources 25
2.9.1 Documents à teneur normative 25
2.9.2 Documents de référence 26
2.9.3 Suivi de la problématique 26
2.9.4 Plateformes web 26
3 TUS et troubles cooccurrents (CODs) 27
3.1 Éléments de compréhension 27
3.1.1 Terminologie 27
3.1.2 Coûts humains et économiques 27
3.1.3 Spécificités cliniques 27
3.1.4 Épidémiologie des troubles cooccurrents 28
3.1.5 Étiologie 30

3.2 Difficultés inhérentes au repérage (screening) 31
3.2.1 Littérature 32
3.2.2 Entretiens 32
3.3 Difficultés inhérentes au diagnostic 33
3.3.1 Littérature 33
3.3.2 Entretiens 34
3.4 Difficultés inhérentes à la prise en charge 35
3.4.1 Littérature 35
3.4.2 Entretiens 36
3.5 Points clés 36
3.6 Ressources 37
3.6.1 Documents à teneur normative 37
3.6.2 Documents de référence 37
3.6.3 Suivi de la problématique 37
3.6.4 Plateformes web 37
3.6.5 Autres : uniquement santé psychique 37
4 TUS et troubles neurocognitifs (TNC) 39
4.1 Éléments de compréhension 39
4.1.1 Terminologie 39
4.1.2 Coûts humains et économiques 40
4.1.3 Spécificités cliniques 40
4.1.4 Épidémiologie 41
4.1.5 Étiologie 42
4.2 Difficultés inhérentes au repérage (screening) 44
4.2.1 Littérature 45
4.2.2 Entretiens 45
4.3 Difficultés inhérentes au diagnostic 46
4.3.1 Littérature 46
4.3.2 Entretiens 46
4.4 Difficultés inhérentes à la prise en charge 47
4.4.1 Littérature 47
4.4.2 Entretiens 49
4.5 Points clés 50
4.6 Ressources 50
5 TUS et soins palliatifs (SP) 51
5.1 Éléments de compréhension 51
5.1.1 Terminologie 51
5.1.2 Soins curatifs et soins palliatifs 51
5.1.3 Prise en charge palliative des personnes consommatrices de substances psychoactives 52
5.1.4 Coûts humains et économiques 52
5.1.5 Spécificités cliniques 52
5.1.6 Épidémiologie 53
5.1.7 Étiologie 54
5.2 Difficultés inhérentes au repérage (screening) 54
5.3 Difficultés inhérentes au diagnostic 55

5.4 Difficultés inhérentes à la prise en charge 55
5.4.1 Littérature 55
5.4.2 Entretiens 56
5.5 Points clés 57
5.6 Ressources 57
5.6.1 Documents à teneur normative 57
6 Autres problématiques transverses 60
6.1 Polypharmacie et PMI 60
6.2 Consommation simultanée d'alcool et de médicaments 61
6.3 Chutes en relation avec des substances 61
6.4 Sevrage et risques accrus pour les personnes âgées 62
6.5 Suicide 62
6.6 Dépressions 63
7 Acteurs de la prise en soins 64
7.1 Survol des acteurs 64
7.2 La personne concernée 64
7.2.1 Les personnes âgées 64
7.3 Soutien informel 65
7.3.1 Les proches 65
7.4 Acteurs de 1ère ligne 66
7.4.1 Services d'aide et de soins à domicile (SASD) 66
7.4.2 Pharmaciens 67
7.4.3 Médecin de premier recours (MPR) 67
7.4.4 Urgences 67
7.5 Services ambulatoires 68
7.5.1 Services ambulatoires dédiés aux consommateurs de substances 68
7.5.2 Équipes mobiles/de liaison 69
7.5.3 Autres modèles 69
7.5.4 Centres de référence 69
7.5.5 Groupes d'entraide 70
7.6 Structures intermédiaires 70
7.7 Soins stationnaires 71
7.7.1 Généralités 71
7.7.2 Soins stationnaires en santé mentale 72
7.8 Longue durée 73
7.8.1 Homes — Maisons pour personnes âgées 73
7.8.2 Établissements médico-sociaux (EMS) 73
7.8.3 Soins palliatifs spécialisés de longue durée 75
7.9 Autres acteurs 75
7.9.1 Justice 75
7.9.2 Réseaux de soins (soins intégrés/coordonnés) 75
7.9.3 Interprofessionnalité 76
7.10 Acteurs centraux 76
8 Recommandations 78
8.1 Basées sur pratiques communes 78

8.1.1 Renforcement de l'autonomie (empowerment) ... 78
8.1.2 Renforcement de l'autodétermination ... 79
8.1.3 Maintien dans la communauté ... 79
8.1.4 Continuité des soins ... 80
8.1.5 Intervention précoce (IP) ... 80
8.1.6 Travail des proches ... 81
8.1.7 Soins de longue durée ... 81
8.2 Basées sur des problématiques partagées ... 82
8.2.1 Vieillissement de la population ... 82
8.2.2 Polymédication ... 83
8.2.3 Sevrages potentiellement mortels (alcool et benzodiazépines) ... 83
8.2.4 Douleurs et hyperalgésie (opioïdes) ... 84
8.2.5 Modalités de rémunération ... 84
9 En guise de conclusion ... 86
10 Sources ... 87
11 Annexes ... 108

Liste des tableaux

Tableau 1 : Modes de consommation, différences terminologiques 5
Tableau 2 : Exemples de questionnaires validés pour le repérage 7
Tableau 3 : Critères diagnostics pour le trouble de l'usage de substances (DSM-5) 8
Tableau 4 : Stades du changement et type d'intervention (Prochaska et Di Clemente) 11
Tableau 5 : Exemples de prise en soins 11
Tableau 6 : Documents à teneur normative 12
Tableau 7: Prévalence de la consommation de substances psychoactives par les personnes âgées 20
Tableau 8 : Instruments de screening adaptés aux personnes âgées 21
Tableau 9 : Difficultés à appliquer les critères diagnostiques d'un TUS à des personnes âgées 22
Tableau 10 : Exemples d'interventions auprès de personnes âgées, en fonction de leurs perceptions et comportements (CPLT et FQCRPAT, 2001) 24
Tableau 11 : Principales directives et recommandations en matière de TUS et personnes âgées 25
Tableau 12 : Recommandations de smarter medicine Switzerland concernant la prescription de psychotropes (version courte) 26
Tableau 13 : Risques accrus d'un TUS en cas de troubles psychiatriques 30
Tableau 14 : Risques accrus de troubles de la personnalité en cas de TUS 30
Tableau 15 : Modèles explicatifs de la cooccurrence TUS et TPSY 31
Tableau 16 : Critères diagnostics pour un trouble mental induit par une substance/un médicament (DSM-5) 33
Tableau 17 : Exemples d'entretiens structurés pour le diagnostic des troubles cooccurrents 34
Tableau 18 : Modèles de prise en charge des troubles co-occurrents 35
Tableau 19 : Recommandations de Praticien Addiction Suisse sur la prise en charge des CODs, selon la substance 37
Tableau 20 : Critères diagnostiques TNC induit par une substance/un médicament 46
Tableau 21 : Cognition et stades du changement 47
Tableau 22 : Principales différences entre soins curatifs et palliatifs (Benhaberou-Brun et al., 2013) 51
Tableau 23 : Documents normatifs en matière de TUS 57
Tableau 24 : Médicaments à éviter absolument en cas de consommation d'alcool (Addiction Suisse et ZFPS, 2020) 61
Tableau 25 : Hospitalisation en 2019 selon le groupe diagnostics (diagnostic principal) 72

Annexes

Tableau 26 : Exemples de mots-clés (recherche de littérature) 109
Tableau 27 : Questionnaire préliminaire aux associations non-addictions 109
Tableau 28 : Questionnaire aux cantons 111
Tableau 29 : Retours questionnaires 112
Tableau 30 : Guide d'entretien experts addictions 112
Tableau 31 : Guide d'entretien experts non-addictions 115
Tableau 32 : Liste des experts interviewés 117
Tableau 33 : Dispositifs exemplaires repérés dans la littérature et dans la cadre du premier WS 119
Tableau 34 : Personnes ayant contribué aux recommandations (participation workshop et/ou retours lors de la consultation) 120
Tableau 35 : Critères de diagnostic de la dépendance selon la CIM-10 122
Tableau 36 : Diagnostics associés aux classes de substances (DSM 5) 123
Tableau 37 : Exemples d'interventions selon la typologie de buveurs âgés (Meyer et Willimann, 2007) 125
Tableau 38 : Recommandations de smarter medicine Switzerland concernant la prescription de psychotropes (version longue) 125
Tableau 39 : Troubles mentaux et du comportement, selon la CIM-10 127
Tableau 40 : Exemples d'atteintes neurocognitives liées à la démence (APA 2015) 130
Tableau 41 : Outils pour éviter les PMI auprès des personnes âgées 136
Tableau 42 : Maladies psychiques les plus fréquentes en traitement stationnaire, 2'019 (diagnostic principal) 137
Tableau 43 : Séjours hospitaliers 2019 pour des troubles liés à des substances psychoactives (diagnostic principal ou secondaire) 137
Tableau 44 : PAFA selon groupes diagnostiques (OBSAN 2020) 138
Tableau 45 : Opportunités et risques des différents modèles de rémunération liée à la performance (FMC 2017) 139
Tableau 46 : Compatibilité des modèles de rémunération liée à la performance avec le système actuel (FMC 2017) 140

Liste des figures

Figure 1 : Étapes de la recherche 3
Figure 2 : Modèles explicatifs de la cooccurrence TUS et TPSY 31
Figure 3 : Implication des processus cognitifs dans le modèle transthéorique du changement (Boudehent et al., 2012) 48
Figure 4 : Acteurs de la prise en soins 64
Figure 5 : Acteurs de la prise en soins (focus sur le repérage et le maintien dans la communauté) 77

Annexes

Figure 6 : Recherche de littérature 109
Figure 7 : Atelier — Exemples de pratiques (pour discussion) 118
Figure 8 : Méfaits des substances psychoactives (Nutt et al. 2010) 120
Figure 9 : Pyramide de l'intervention précoce (2016) 122
Figure 10 : Modèle biopsychosocial des causes de l'addiction, selon Sting & Blum, 2003 124
Figure 11 : Modèle du changement (Prochaska et DiClemente 1982) 124
Figure 12 : Organisation des soins palliatifs en Suisse (OFSP, palliative ch & CDS 2012) 133
Figure 13 : Hospitalisations 2018 selon les diagnostics psychiatriques (OBSAN 2020) 136

Liste des encadrés

Encadré 1 : Diagnostic différentiel 9
Encadré 2 : Usagers précoces ou tardifs (late onset vs early onset) 15
Encadré 3 : Facteurs de risque de mésusage de substances chez les personnes âgées 20
Encadré 4 : Manifestations du vieillissement et/ou d'un usage de substance 21
Encadré 5 : Exemples de sources d'informations complémentaires aux observations cliniques 23
Encadré 6 : Soins centrés sur la personne 23
Encadré 7 : Conséquences de la cooccurrence TUS/TPSY 28
Encadré 8 : Focus sur les comorbidités concernant les personnes âgées 28
Encadré 9 : Classe de substances et troubles psychiatriques spécifiques (EMCDDA 2013) 30
Encadré 10 : Prise en compte de troubles concomitants en cas de TAO (SSAM, 2020) 37
Encadré 11 : Projet « CareMENS » 39
Encadré 12 : TNC légers ou Mild Cognitive Impairment (MCI) 40
Encadré 13 : Prise en charge insuffisante de la douleur des personnes utilisatrices de SPA (Dassieu et Roy, 2020) 55
Encadré 14 : Recommandations 2020 de la SSAM pour la prise en charge de la douleur en cas de traitement de TAO (SSAM, 2020) 58
Encadré 15 : Recommandations 2017 du réseau douleur des HUG pour la prise en charge de la douleur des patients avec traitement au long court et/ou dépendance aux opiacés 58
Encadré 16 : Prescriptions inappropriées et iatrogénie médicamenteuse 60
Encadré 17 : Personnel soignant 71

Annexes

Encadré 18 : Définition de l'intervention précoce (Charte 2016) 121
Encadré 19 : La charte de l'intervention précoce — les principes adoptés (2016) 121
Encadré 18 : Classification des stades de la démence et problèmes éthiques spécifiques correspondants (ASSM 2018) 129
Encadré 19 : Modèles de rémunération 139

Principales abréviations

→	Signe de renvoi (est toujours suivi d'un lien hypertexte qui permet l'accès rapide à une section du rapport)
ALZ	Alzheimer
APA	*American Psychiatric Association* (publie le DSM)
ARD	*alcohol-related dementia* (démence alcoolique)
ASI	Association Suisse des infirmières et infirmiers
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CIM-10	Classification internationale des maladies (10e édition)
CODs	*co-occurring disorders* (Troubles cooccurrents)
CoRolAR	*Continuous Rolling Survey of Addictive Behaviours and Related Risks* (enquête téléphonique du Monitorage suisse des addictions)
CURAVIVA	Association de branche des institutions au service des personnes ayant besoin de soutien
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e édition)
EMCDDA	*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies)
EMS	Établissement médico-social
ESS	Enquête suisse sur la santé
FVS	*Fachverband Sucht* (association alémanique des professionnels des addiction)
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
IC	Intervalle de confiance
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
MCI	*Mild Cognitive Impairment* (Trouble neurocognitif léger, selon le DSM)
MonAM	Système de monitorage suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles
OBSAN	Observatoire suisse de la santé
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OIH	*opioid induced hyperalgesia* (hyperalgésie)
OMS	Organisation mondiale de la santé (publie la CIM)
OR	*odds ratio* (rapport des cotes)
PMI	Prescription médicamenteuse inappropriée ou médicaments potentiellement inappropriés
PSS	Promotion Santé Suisse
PUD	Personne utilisatrice de drogue
RAI	*Resident Assessment Instrument*
SAMHSA	*Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (administration étasunienne de référence)
SASD	Service(s) d'aide et de soins à domicile
SBIRT	Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment
SGAP	Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de la Personne Âgée
SP	Soins palliatifs
SPA	Substances psychoactives
SSAM	Société Suisse de Médecine de l'Addiction
TAO	Traitement par agoniste opioïde
TNC	Troubles neurocognitifs
TPSY	Troubles psychiatriques
TUS	Trouble lié à l'utilisation de substances ou Trouble de l'usage de substances (traduction de SUD – *Substance use disorder,* terminologie DSM)

Résumé

Contexte du mandat

Ce projet a été réalisé par le GREA, sur mandat de la Division Stratégies de la santé de l'OFSP, entre octobre 2020 et novembre 2021.

Il vise à montrer les similitudes et les différences dans la « prise en soins » des personnes présentant un trouble de l'usage de substances (TUS) dans les contextes de démences (1), de maladies psychiatriques (2) et de soins palliatifs (3).

Plus spécifiquement, ce projet identifie pour les trois contextes susmentionnés : a) les difficultés inhérentes au diagnostic pour les personnes concernées ; b) les difficultés inhérentes à la prise de soins pour les personnes concernées et leurs proches ; c) les lieux de prise en charge et les acteurs concernés par celle-ci.

Les méthodes qualitatives suivantes ont été utilisées : revue de la littérature, questionnaires, entretiens semi-directifs, workshop, consultation.

Principaux résultats

Rappel liminaire : Trouble de l'usage de substances (TUS)

- Dans le domaine médical, plutôt que de parler d'addiction, les professionnels font référence aux TUS — Troubles de l'usage de substances (DSM-5) ou au syndrome de dépendance (CIM-10).
- Pour le repérage d'un TUS, les professionnels peuvent s'appuyer sur des instruments de screening (ASSIST, DEP-ADO, CAGE, etc.) ou sur l'observation. Il est important de comprendre que l'utilisation d'un instrument de screening ne débouche pas sur un diagnostic.
- Le diagnostic d'un TUS est un acte complexe. En plus de déterminer le type d'usage (TUS léger ou sévère), le médecin doit aussi être en mesure de différencier les symptômes d'intoxication et de sevrage, des troubles psychiatriques induits par une substance (dits « secondaires »), des troubles psychiatriques préexistants (dits « primaires »).
- Le traitement des TUS fait appel à de nombreuses approches qui ont en commun de prendre en compte à la fois la personne, son environnement et son insertion socioculturelle, dans une logique d'autonomisation et de renforcement de sa capacité à agir.

TUS et vieillissement (chap. 2)

- En Suisse, les substances les plus problématiques pour les personnes âgées sont le tabac, l'alcool, les sédatifs (benzodiazépines et médicaments Z) et les antidouleurs opioïdes : 15,2 % des hommes et 12,5 % des femmes de 65 à 74 ans fument quotidiennement ; 6,7 % des hommes et 5,7 % des femmes de 65 à 74 ans sont concernés par une consommation chronique à risque d'alcool ; près d'une personne de plus de 65 ans sur cinq s'est vu prescrire des benzodiazépines ou des médicaments apparentés durant l'année.
- En raison de la polypharmacie, c'est-à-dire du nombre important de médicaments consommés par les seniors (en EMS la moyenne s'élève à 9,3 médicaments par jour !), ceux-ci sont un public très exposé aux interactions dangereuses entre médicaments ou entre substances psychoactives (principalement alcool) et médicaments.
- Certains évènements de vie, comme la retraite, le deuil ou d'autres facteurs de risques comme l'isolement social, les troubles mentaux, etc. peuvent conduire des personnes âgées vers une consommation problématique : on parle alors de consommation tardive (*late onset*), par opposition à une consommation précoce qui aurait débuté lorsque la personne concernée était encore jeune (*early onset*).
- Du fait de leur physiologie, les personnes âgées sont affectées par les substances différemment des adultes plus jeunes, et de plus petites quantités de substances peuvent avoir un impact plus conséquent sur leur santé physiologique et mentale.

- Il n'est pas simple d'identifier un TUS chez les personnes âgées. Les signes et les symptômes d'un TUS peuvent facilement être confondus avec le vieillissement normal ou des troubles physiques ou mentaux courants chez les populations âgées. Une autre difficulté tient au fait que de nombreux problèmes chez les personnes âgées se présentent de manière atypique par rapport aux adultes plus jeunes. Par ailleurs, les instruments de screening adaptés aux personnes âgées (p. ex : SMAST-G), ne semblent que peu utilisés.
- Les critères retenus par le DSM-5 (ou la CIM-10) pour diagnostiquer un TUS auprès d'un public adulte ne sont pas forcément transposables aux personnes âgées. Celles-ci peuvent par exemple éprouver des problèmes significatifs sans pour autant remplir l'ensemble des critères requis pour diagnostiquer un TUS.
- Dans la majorité des cas de consommation tardive (*late onset*), une intervention brève (IB) peut s'avérer suffisante pour infléchir les comportements dommageables de la personne âgée. À l'inverse, lorsque la consommation de substances a débuté tôt dans la vie de la personne (*early onset*), un traitement plus complexe est généralement requis.

<u>TUS et troubles cooccurrents (chap. 3)</u>

- De nombreuses terminologies coexistent pour désigner la cooccurrence d'un TUS et d'un trouble mental : « Comorbidité psychiatrique » ; « Double diagnostic » (*Dual diagnosis*) ; « Pathologie duelle » (*dual pathology, dual disorders*) ; « Troubles concomitants » ; ou encore « Troubles cooccurrents » (*co-occurring disorders — CODs*), qui est la terminologie la plus neutre.
- Un COD ne peut être compris comme une simple addition de problèmes : Le diagnostic du COD est plus complexe que celui de chacune des pathologies isolées ; les rechutes sont plus nombreuses ; le risque de chronicisation plus important ; la suicidalité est augmentée ; les traitements rendus plus difficiles ; etc.
- Les études épidémiologiques ont montré que les CODs n'étaient pas l'exception, mais la règle. Les personnes ayant un TUS souffrent de manière disproportionnée (par rapport au reste de la population) de maladies mentales (50 à 75 % des usagers des centres de traitement ont un trouble de santé mentale durant leur vie). À l'inverse, les personnes ayant une maladie mentale sont plus exposées au développement d'un TUS (30 à 50 % des patients admis en psychiatrie présentent un TUS).
- L'étiologie de la prévalence élevée des troubles liés à la consommation de substances chez les personnes atteintes de maladie mentale, et vice versa, reste toutefois incertaine. Plusieurs hypothèses coexistent depuis des années, sans qu'il soit possible de trancher entre les unes et les autres.
- En matière de repérage, la littérature, tout comme les experts interrogés, observe une sous-utilisation des instruments à même de mettre en évidence un TUS auprès de personnes souffrant de maladie mentale ou une maladie mentale, auprès de personnes souffrant d'un TUS.
- En cas de CODs, le diagnostic différentiel est particulièrement difficile à poser, car les cliniciens ont rarement l'occasion d'observer les patients pendant des périodes d'abstinence suffisamment longues (> 4 semaines) pour différencier avec précision les effets attendus de l'intoxication et du sevrage, les troubles de santé mentale induits et les troubles de santé mentale préexistants.
- À défaut de diagnostic fiable, les cliniciens interviewés rapportent traiter les troubles comme s'ils étaient indépendants (c'est-à-dire comme deux troubles primaires).
- S'agissant des modalités de traitement des CODs, les études cliniques révèlent que les approches thérapeutiques qui fournissent des soins à la fois pour les troubles psychiatriques et les TUS d'une manière intégrée, en traitant les deux troubles comme primaires avec des interventions simultanées conçues pour minimiser les risques d'exacerbation de l'autre trouble, obtiennent des résultats

thérapeutiques supérieurs. De manière congruente avec la littérature, les experts-praticiens interviewés privilégient les traitements intégrés (par rapport aux traitements dits séquentiel ou parallèle).

TUS et troubles neurocognitifs (chap. 4)

- Le DSM-5 regroupe sous la section « troubles neurocognitifs » (TNC), la démence, le delirium, les troubles amnésiques et les autres troubles cognitifs.
- La maladie d'Alzheimer est la forme la plus commune de démence neurodégénérative et serait à l'origine de 60 à 70 % des cas. Avec 30 % des cas, les démences dites vasculaires complètent le tableau de ces démences dites « primaires ». Par opposition aux démences primaires, la recherche a identifié des démences dites « secondaires ». Celles-ci peuvent être causées par une multitude d'influences très hétérogènes qui endommagent le cerveau, notamment des inflammations chroniques, des troubles métaboliques, des carences en vitamines, mais aussi des toxines (neurotoxines), comme l'alcool ou d'autres substances psychoactives.
- Afin de refléter la diversité des atteintes induites par certaines substances psychoactives, le DSM-5 a retenu le nouveau diagnostic de « TNC majeur ou léger induit par une substance/un médicament ». Celui-ci englobe un spectre de troubles allant de lésions cérébrales graves et irréversibles, comme la démence alcoolique ou le syndrome de Wernicke-Korsakoff, à des formes moins sévères, dénommées MCI (*Mild Cognitive Impairment*), qui seraient en partie spontanément réversibles avec le maintien de l'abstinence dans le temps ou bien avec la diminution drastique des consommations de substances psychoactives.
- Sur le plan épidémiologique, la recherche a établi une prévalence élevée d'abus d'alcool chez les patients atteints de démence (de 9 à 22 %) et, réciproquement, des taux élevés de démence chez les buveurs excessifs (de 10 à 24 %). S'agissant des autres substances, les estimations de la proportion de troubles cognitifs varient considérablement et se situeraient entre 30 et 80 %.
- En matière de TNC induits par une substance (c.-à-d. TNC comme trouble secondaire), les faits suivants ont été démontrés : 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 ; les personnes âgées qui utilisent des benzodiazépines (plus de 3 mois) sont 1,5 à 2 fois plus susceptibles de développer une démence que les personnes qui n'en ont jamais utilisé ; les fumeurs ont un risque augmenté de 59 à 79 % (par rapport à un non-fumeur) de développer une maladie d'Alzheimer et un risque augmenté de 35 à 78 % pour les démences vasculaires ; la polypharmacie, en particulier lorsqu'elle englobe des psychotropes et/ou des anticholinergiques, est associée à des troubles cognitifs ; de plus, on sait que le risque de démence augmente proportionnellement aux nombres de médicaments prescrits : 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).
- Les TNC ne sont pas uniquement la conséquence des TUS, ils peuvent également jouer un rôle soit dans le développement soit dans la sortie d'un TUS (c.-à-d. TNC comme trouble primaire). Ainsi l'insécurité émotionnelle liée aux premiers stades de la démence (durant lesquels la personne est consciente des altérations) pourrait conduire certaines personnes à abuser de SPA ou, à l'inverse, une démence avancée pourrait conduire des personnes dépendantes à oublier de consommer (autoguérison). Bien qu'observée par plusieurs experts interviewés, l'influence des TNC sur les TUS est peu documentée.
- Les principaux freins au repérage des TNC dans un contexte addictologique résident dans la focalisation sur les formes les plus graves (Wernicke-Korsakoff) au détriment des formes les moins sévères (MCI) et dans l'utilisation d'instruments de screening inadaptés. L'inadéquation de systèmes qualité

préexistants (RAI-NH et BESA) qui ne prennent pas, ou peu (RAI-HC), en compte les substances psychoactives pourraient également jouer un rôle dans les settings des soins de longue durée et les soins à domicile.

- Le diagnostic de troubles induits par une substance/un médicament soulève les mêmes difficultés, en matière de diagnostic différentiel, que celui des troubles psychiatriques cooccurrents : La principale gageure pour le praticien étant de disposer d'un patient abstinent, durant une période suffisamment longue. Les centres de la mémoire jouent un rôle primordial dans l'élaboration de diagnostics.
- La prise en charge des TUS est rendue plus difficile par la présence de TNC. Des approches couramment utilisées, comme les thérapies motivationnelles ou cognitivo-comportementales (TCC), ne peuvent plus être appliquées en raison des atteintes à la mémoire épisodique ou aux fonctions exécutives. Le taux de rechute s'en trouve également majoré.

TUS et soins palliatifs (chap. 5)

- Grâce aux politiques de réduction des risques et aux approches thérapeutiques connexes, de plus en plus de consommateurs de substances psychoactives (SPA) ne décèdent pas prématurément, et sont désormais plus susceptibles de mourir à un âge avancé, d'une cause non liée à la drogue. La conséquence majeure de ce changement est que le nombre de consommateurs de SPA âgés, susceptibles de recevoir des soins palliatifs, va croitre ces prochaines années.
- Bien que les soins palliatifs ne se résument pas à la gestion de la douleur, cette question est la plus traitée par la littérature lorsqu'elle concerne les personnes ayant un TUS. Ceci découle du fait que les substances utilisées pour calmer la douleur (p. ex. morphine, fentanyl, méthadone) sont identiques à celles qui sont à la fois utilisées pour s'intoxiquer et pour se soigner (TAO).
- À l'heure actuelle, la plus grande difficulté sur le plan du repérage des personnes consommatrices de substances qui requerraient des soins palliatifs spécialisés ne tient pas tant à la nature du public, mais à la confidentialité de la prise en charge palliative en Suisse qui, en l'état, concerne presque uniquement la filière oncologique.
- L'évaluation de la douleur affectant les personnes ayant un TUS ne soulève pas de problème particulier. Les outils usuels pouvant être utilisés.
- En revanche, plusieurs publications mettent en évidence une prise en charge insuffisante de la douleur dont serait l'objet les personnes utilisatrices de substances psychoactives, en particulier les patients suivant un traitement aux agonistes opioïdes (TAO). Quatre idées fausses courantes chez les prestataires de soins de santé seraient à l'origine de ce sous-traitement : 1) l'agoniste opioïde (méthadone ou 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.
- Un autre problème réside dans l'hyperalgésie induite par un usage prolongé d'opioïdes. Il s'agit d'une réaction paradoxale qui, lors de l'administration de ces molécules, ne conduit pas à une diminution de la douleur, mais à une augmentation de celle-ci. En raison d'un accroissement généralisé de la prescription d'antidouleurs opioïdes à l'étranger, comme en Suisse (+42 % entre 2013 et 2018), cette problématique pourrait se poser avec beaucoup plus d'acuité ces prochaines années.
- Il est important de relever que les spécialistes des soins palliatifs et des addictions sont au fait de ces problématiques et que leur méconnaissance concerne les autres acteurs de santé (y compris hospitaliers).

Autres problématiques transverses (chap. 6)

- Plusieurs problématiques concernent aussi bien les consommateurs de

substances vieillissants que les personnes ayant un TUS, associé, ou non, à d'autres troubles psychiatriques, cognitifs ou à un niveau de douleur important, sont évoquées dans le rapport.

- Les prescriptions médicamenteuses inappropriées (PMI) seraient à l'origine, sur le plan mondial, de 16,6 % des hospitalisations de personnes âgées. En Suisse, 80 % des patients auraient reçu au moins un médicament inapproprié.
- La consommation simultanée d'alcool et de médicaments pouvant déboucher sur des interactions dangereuses (antidouleurs/somnifères/calmants) concernerait 7,3 % de la population de Suisse latine.
- Plusieurs facteurs de risques sont associés aux chutes : prise de médicaments (polypharmacie et prise de médicament psychotrope), difficultés fonctionnelles, limitations cognitives, problèmes d'incontinence, consommation d'alcool et absence d'activité. La consommation de plus de 14 unités d'alcool par semaine augmente le risque de chute de 25 %. Les personnes de plus de 80 ans qui consomment des benzodiazépines ont deux fois plus de risques de tomber que celles qui n'en consomment pas.
- Parmi l'ensemble des substances psychoactives, l'alcool et les benzodiazépines sont connus pour pouvoir, dans les cas graves de sevrage, entraîner des symptômes engageant le pronostic vital. En raison des prévalences élevées de consommation chronique d'alcool chez les hommes âgés et de benzodiazépines chez les femmes âgées, une attention particulière est de mise.
- Les troubles liés à l'usage de l'alcool et d'autres substances sont présents dans 25 à 50 % de tous les cas de suicide. Dans les pays à revenu élevé, près de 90 % des personnes qui se suicident présentent des troubles mentaux. La cooccurrence de troubles mentaux et de TUS majore encore le risque de suicide : 50 % des personnes présentant un COD auraient déjà tenté de se suicider. Enfin, les comportements suicidaires sont 2 à 3 fois plus élevés chez les personnes atteintes de maladies chroniques qu'au sein de la population générale.
- Le trouble dépressif majeur) et les symptômes dépressifs sont à la fois des facteurs de risque et des conséquences d'un TUS chez les personnes âgées. Les adultes souffrant d'une dépression courent un risque deux fois plus élevé de développer une démence que les adultes qui ne souffrent pas de dépression. Environ 50 % des patients souffrant de dépression déclarent éprouver des symptômes de douleur.

<u>Acteurs de la prise en soins (chap. 7)</u>

- De très nombreux acteurs issus de la communauté, du secteur médico-social et du domaine sanitaire ont un rôle à jouer dans la prise en soins des personnes ayant à la fois un TUS et des troubles de santé mentale, des troubles cognitifs ou un besoin de prise en charge palliative.
- En raison du nombre de personnes concernées et de la diversité des problématiques rencontrées en leur sein, les services d'aides et de soins à domicile (SASD) tout comme les établissements médico-sociaux (EMS) occupent une position centrale.
- Pourtant, force est de constater qu'EMS et SASD ne sauraient à eux seuls gérer ces problématiques. À titre d'exemple, les proches aidants qui, dans presque 60 % des prises en charge, viennent compléter les prestations des SASD sont des acteurs indispensables au bon fonctionnement de la prise en soins à domicile et au maintien des personnes concernées dans la communauté. Cette complémentarité concerne également les équipes mobiles et de liaison, tout comme les centres de références, qui constituent des partenaires indispensables en matière d'expertise. Bien entendu, la chaine des interdépendances ne s'arrête pas à ces acteurs. On pourrait évoquer le soutien aux proches, qui permet de pérenniser ce « partenariat » entre proches aidants et SASD ou, encore, les structures intermédiaires qui, tout en délestant les proches aidants et les SASD de cas trop complexes, contribuent à éviter l'engorgement des EMS et/ou des services stationnaires hospitaliers. Le

travail des groupes d'entraide et le soutien apporté par les associations aux personnes concernées sont également des pièces irremplaçables de ce grand puzzle.

- On le comprend, de par leur complémentarité et leur interdépendance multiples, il est difficile de désigner les acteurs qui occuperaient le centre de cette problématique.

Recommandations

Le projet a débouché sur les recommandations suivantes qui sont applicables aux quatre domaines concernés. Elles se basent sur la mise en évidence de pratiques et de problématiques partagées et sont susceptibles d'améliorer les synergies entre les différents domaines.

1. **Renforcement de l'autonomie (empowerment)** : Les prestataires mettent à disposition du matériel didactique (psychoéducation) favorisant l'empowerment des personnes concernées. Ils intègrent systématiquement les personnes (ou leur représentant) aux décisions thérapeutiques qui les concernent. Ils favorisent, au mieux, leur participation au fonctionnement institutionnel. La Confédération, les cantons et les communes soutiennent financièrement et/ou logistiquement (p. ex. en mettant à disposition gratuitement des locaux) les associations, respectivement les groupes d'entraide, actifs dans la gestion des maladies chroniques.
2. **Renforcement de l'autodétermination** : Les prestataires encouragent et soutiennent activement leur client dans l'élaboration d'une déclaration anticipée. Ils optent avec la personne concernée pour la forme la plus adéquate au vu de sa situation.
3. **Maintien dans la communauté** : Les cantons encouragent activement les prestataires sanitaires et médico-sociaux à développer des structures intermédiaires et/ou des services mobiles en vue de retarder au maximum, pour les personnes qui le souhaiteraient, une institutionnalisation de longue durée. Ils portent une attention particulière au développement de structures intermédiaires ouvertes aux personnes qui ne souhaitent pas, ou n'arrivent pas, à stopper leur consommation de substances.
4. **Continuité des soins** : Les cantons rapprochent les soins des milieux de vie par la mise en place de services mobiles et de projet communautaires. Ils envisagent de nouvelles formes organisationnelles, comme les Maisons de santé, qui sont particulièrement adaptées aux maladies chroniques.
5. **Intervention précoce** : Dans le cas d'un repérage positif d'un trouble de l'usage de substances, d'un trouble psychiatrique ou de déficit cognitif, les prestataires investiguent les deux autres troubles — en raison des comorbidités fréquentes relevées par la littérature.
6. **Travail des proches** : Le soutien aux proches est systématiquement promu et financé. Dans la mesure du possible, ce soutien va au-delà de la simple diffusion d'information à leur attention. Ce soutien peut prendre la forme d'offres destinées à décharger les proches en prenant en charge momentanément les personnes concernées (ex. : offres intermédiaires, comme une clinique de jour) ; il peut viser à les remplacer durant une période limitée (remplacement par un bénévole durant une soirée) ou prolongée (ex. : vacances Alzheimer). Il peut également prendre la forme d'une indemnisation de leur travail.
7. **Soins de longue durée** : Les cantons encouragent activement les prestataires médico-sociaux à ouvrir leurs institutions aux personnes qui ne souhaitent pas, ou n'arrivent pas, à stopper leur consommation de substances ainsi qu'aux personnes suivant un traitement par agonistes opioïdes (TAO). À défaut, les cantons développent de telles institutions. Dans tous les cas, les cantons facilitent l'admission des personnes de moins de 65 ans dont l'état de santé physique et/ou psychique nécessiterait un suivi médico-social 24h/24. Les structures d'accueil de longue durée (EMS) prennent en compte la question des consommations de substances psychoactives. Au minimum, elles se dotent d'une charte qui explicite les règles applicables aux résidants.

Dans la mesure du possible, elles collaborent sur ces questions avec des spécialistes des addictions.

8. **Vieillissement de la population** : Les prestataires adaptent régulièrement leur fonctionnement et leurs routines organisationnelles de manière à les rendre plus adaptées aux personnes âgées. Les cantons soutiennent ces efforts financièrement.

9. **Polymédication** : La Confédération met à disposition de la population une application en ligne grâce à laquelle, les personnes qui le souhaite peuvent vérifier les éventuelles interactions problématiques entre les différents médicaments et produits psychoactifs (légaux ou illégaux) qu'elles consomment.

10. **Sevrages potentiellement mortels (alcool et benzodiazépines)** : Les prestataires, offrant une prise en charge stationnaire, réduisent les risques d'un sevrage involontaire — potentiellement mortel — en questionnant systématiquement, à leur admission, les personnes sur leur consommation d'alcool et de benzodiazépines. En cas de dialogue impossible (crise/confusion aiguë), et selon l'état de santé de la personne, des tests biologiques peuvent être envisagés. La question du sevrage, et des problématiques connexes, sont incluses aux formations de base/continues du personnel infirmier.

11. **Douleurs et hyperalgésie (opioïdes)** : Les médecins appliquent aux personnes consommant des opioïdes 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. En cas de doutes sur les dosages (ces derniers pouvant être très élevé), ils peuvent s'adresser à un service spécialisé en addictologie ou à un réseau douleur. La question de la douleur, en particulier de l'hyperalgésie, sont incluses aux formations de base/continues des médecins et du personnel soignant.

12. **Modalités de rémunération** : Les politiques sont conscients qu'une prise en charge efficace et efficiente des maladies chroniques ne saurait être le fait des seuls acteurs de la santé ni être comprise comme une addition d'actes médicaux, individuels, « LAMalisables ». Ils réfléchissent à des formes innovantes de financement qui favorisent le travail en réseau et stimulent les prises en charge à la fois interprofessionnelles et transdisciplinaires.

Zusammenfassung

Hintergrund des Auftrags

Dieses Projekt wurde vom GREA im Auftrag der Abteilung Gesundheitsstrategien des BAG zwischen Oktober 2020 und November 2021 realisiert.

Es soll Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der «Versorgung» von Menschen mit einer Substanzgebrauchsstörung (SGS) in den Settings Demenz (1), psychiatrische Krankheiten (2) und Palliative Care (3) aufzeigen.

In diesen drei Settings identifiziert das Projekt insbesondere: a) die Schwierigkeiten in Bezug auf die Diagnose; b) die Schwierigkeiten in Bezug auf die Versorgung von Betroffenen und ihren Angehörigen; c) die Orte der Versorgung und die daran beteiligten Akteure.

Es wurden folgende qualitative Methoden verwendet: Literaturreview, Fragebogen, halbstrukturiertes Interview, Workshop, Konsultation.

Hauptergebnisse

Vorbemerkung: Substanzgebrauchsstörungen (SGS)

- Statt von Sucht zu sprechen ist in der medizinischen Fachwelt meist die Rede von Substanzgebrauchsstörungen, kurz SGS, (DSM-5) oder dem Abhängigkeitssyndrom (CIM-10).
- Um eine SGS zu erkennen, können sich die Fachleute auf Screeninginstrumente (ASSIST, DEP-ADO, CAGE usw.) oder die Beobachtung abstützen. Zu beachten ist, dass der Einsatz eines Screeninginstruments keine Diagnose darstellt.
- Die Diagnose einer SGS ist ein komplexer Vorgang. Neben der Bestimmung der Art des Gebrauchs (leichte oder schwere SGS) muss die Ärztin oder der Arzt auch zwischen Vergiftungs- und Entzugssymptomen, substanzinduzierten (sog. «sekundären») und vorbestehenden (sog. «primären») psychiatrischen Störungen unterscheiden.
- Bei der Behandlung von SGS kommen viele Ansätze zum Einsatz. Um die Betroffenen zu ermächtigen und ihre Handlungsfähigkeit zu stärken, beziehen alle Ansätze auch das Umfeld der Betroffenen und ihre soziokulturelle Integration ein.

SGS und Alterung (Kap. 2)

- Die problematischsten Substanzen für ältere Menschen in der Schweiz sind Tabak, Alkohol, Beruhigungsmittel (Benzodiazepine und Z-Medikamente) und opioidhaltige Schmerzmittel: In der Altersgruppe 65-74 Jahre rauchen 15,2 % der Männer und 12,5 % der Frauen täglich, 6,7 % der Männer und 5,7 % der Frauen sind von chronischem risikoreichem Alkoholkonsum betroffen, und fast einer von fünf Personen über 65 wurden im Lauf des Jahres Benzodiazepine oder ähnliche Medikamente verschrieben.
- Aufgrund der Polypharmazie im Alter, das heisst vieler gleichzeitig eingenommener Arzneimittel (in Pflegeheimen liegt der Durchschnitt bei 9,3 Medikamenten pro Tag!), sind ältere Menschen in besonderem Masse gefährlichen Wechselwirkungen zwischen Medikamenten oder zwischen psychoaktiven Substanzen (hauptsächlich Alkohol) und Medikamenten ausgesetzt.
- Bestimmte Lebensereignisse wie Pensionierung, Trauer oder andere Risikofaktoren wie soziale Isolation, psychische Störungen und ähnliches können bei älteren Menschen zu einem problematischen Konsum führen: Es wird dann von einem späten Konsum (*late onset*) gesprochen, im Gegensatz zu einem frühen Konsum (*early onset*), der im jüngeren Alter beginnt.
- Substanzen haben bei älteren Menschen aufgrund ihrer Physiologie eine andere Wirkung als bei jüngeren Erwachsenen. Im Alter können sich schon kleinere Mengen stärker auf die physiologische und geistige Gesundheit auswirken.

- Bei älteren Menschen ist es nicht einfach, eine SGS zu erkennen. Die Anzeichen und Symptome sind leicht mit der normalen Alterung oder mit bei älteren Bevölkerungsgruppen üblichen körperlichen oder geistigen Störungen zu verwechseln. Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass viele Probleme bei älteren Menschen im Vergleich zu Jüngeren atypisch auftreten. Hinzu kommt, dass kaum auf ältere Menschen zugeschnittene Screeninginstrumente (z. B. SMAST-G) im Einsatz sind.
- Die im DSM-5 (oder ICD-10) für die Diagnose von SGS bei Erwachsenen herangezogenen Kriterien sind nicht unbedingt auf ältere Menschen übertragbar. So können ältere Menschen erhebliche Beschwerden haben, ohne dass alle erforderlichen Kriterien für die Diagnose einer SGS erfüllt sind.
- Bei spätem Substanzkonsum (*late onset*) reicht eine Kurzintervention (KI) meist aus, damit Betroffene ihr Gesundheitsverhalten ändern. Bei einem frühen Beginn des Substanzkonsums (*early onset*) ist hingegen meist eine komplexere Behandlung erforderlich.

<u>SGS und *Co-Occurring Disorders*, CODs (Kap. 3)</u>

- Es gibt zahlreiche Bezeichnungen für das gleichzeitige Auftreten einer SGS und einer psychischen Störung wie «psychiatrische Komorbidität», « Doppeldiagnose» (*Dual Diagnosis*), «duale Pathologie» (*Dual Pathology, Dual Disorders*). Aktuell bevorzugt die Fachwelt die neutralste Bezeichnung *Co-Occurring Disorders* («komorbide» oder «gleichzeitig auftretende Störungen»), kurz CODs.
- CODs sind keine blosse Addition von Beschwerden: Die COD-Diagnose ist komplexer als die Diagnose der einzelnen Pathologien für sich, bei CODs sind Rückfälle häufiger, das Risiko einer Chronifizierung ist höher, die Suizidalität ist erhöht und die Behandlung wird erschwert usw.
- Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass CODs nicht die Ausnahme, sondern die Regel sind. Menschen mit einer SGS sind im Vergleich zur übrigen Bevölkerung überproportional von psychischen Erkrankungen betroffen (50-75 % der Behandelten in Behandlungszentren haben im Lauf ihres Lebens eine psychische Störung). Umgekehrt sind Menschen mit einer psychischen Erkrankung stärker gefährdet, eine SGS zu entwickeln (30-50 % der Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie haben eine SGS).
- Die Ätiologie der hohen Prävalenz von Substanzkonsumstörungen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen und umgekehrt bleibt aber unklar. Es bestehen seit Jahren mehrere Hypothesen nebeneinander, ohne dass sich die eine oder andere durchsetzen könnte.
- In Bezug auf die Erkennung stellen die Literatur wie auch die befragten Expertinnen und Experten eine Unternutzung der Instrumente fest, mit denen bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung eine SGS oder bei Menschen mit einer SGS eine psychische Erkrankung nachgewiesen werden könnte.
- Bei CODs ist die Differenzialdiagnose besonders schwierig. Klinisch ist selten eine Beobachtung über ausreichend lange Abstinenzzeiten (>4 Wochen) möglich, die eine genaue Differenzierung zwischen den erwarteten Auswirkungen der Intoxikation und des Entzugs, induzierten psychischen Störungen und bereits bestehenden psychischen Störungen zuliesse.
- Ohne entsprechende Diagnose werden laut den befragten Klinikerinnen und Klinikern die Störungen so behandelt, als wären sie unabhängig voneinander (d. h. wie zwei primäre Störungen).
- Klinische Studien zeigen bei der Behandlung von CODs bessere Ergebnisse mit Ansätzen, die psychiatrische Störungen und SGS integriert versorgen, indem sie beide Störungen als primäre Störung behandeln und Interventionen gleichzeitig so vornehmen, dass das Risiko einer Verschärfung der anderen Störung minimiert wird. Übereinstimmend mit der Literatur bevorzugen die befragten Praktikerinnen und Praktiker integrierte Behandlungen (im Vergleich

zu sog. sequenziellen oder parallelen Behandlungen).

SGS und neurokognitive Störungen (Kap. 4)

- Das DSM-5 fasst unter dem Abschnitt «neurokognitive Störungen» (NKS) Demenz, Delir, amnestische und andere kognitive Störungen zusammen.
- Die Alzheimer-Krankheit ist die häufigste Form der neurodegenerativen Demenz und dürfte 60-70 % der Fälle ausmachen. Die restlichen 30 % der sogenannten «primären» Demenzen machen die vaskulären Demenzen aus. Neben den primären Demenzen hat die Forschung sogenannt «sekundäre» Demenzen identifiziert. Sie können durch eine Vielzahl sehr heterogener Einflüsse verursacht werden, die das Gehirn schädigen. Dazu gehören chronische Entzündungen, Stoffwechselstörungen, Vitaminmangel, aber auch Giftstoffe (Neurotoxine) wie Alkohol oder andere psychoaktive Substanzen.
- Um die Vielfalt der durch bestimmte psychoaktive Substanzen verursachten Beeinträchtigungen abzubilden, wurde im DSM-5 die neue Diagnose substanz-/medikamenteninduzierte schwere oder leichte NKS eingeführt. Sie umfasst ein Spektrum von Störungen, das von schweren und irreversiblen Hirnschäden wie Alkoholdemenz oder Wernicke-Korsakoff-Syndrom bis zu weniger schweren Formen kognitiver Störungen (*Mild Cognitive Impairment,* MCI) reicht, die bei längerer Abstinenz oder drastisch eingeschränktem Substanzkonsum teilweise spontan reversibel sind.
- Epidemiologisch hat die Forschung eine hohe Prävalenz des Alkoholmissbrauchs bei Menschen mit Demenz (9-22 %) und umgekehrt hohe Demenzraten bei Menschen mit übermässigem Alkoholkonsum (10-24 %) festgestellt. Was den Anteil kognitiver Störungen bei anderen Substanzen anbelangt, so variieren die Schätzungen erheblich und liegen zwischen 30 und 80 %.
- Im Bereich der substanzinduzierten NKS (d. h. NKS als sekundäre Störung) wurden folgende Fakten nachgewiesen: Übermässiger Alkoholkonsum erhöht das Risiko für Demenzen allgemein um das Dreifache und das Alzheimerrisiko um das Doppelte; ältere Menschen mit (länger als dreimonatigem) Gebrauch von Benzodiazepinen entwickeln 1,5-2 Mal häufiger eine Demenz als die Gruppe ohne Benzodiazepine; Rauchende haben im Vergleich zu Nichtrauchenden ein um 59-79 % erhöhtes Risiko, an Alzheimer zu erkranken, und ein um 35-78 % erhöhtes Risiko für vaskuläre Demenz; Polypharmazie, insbesondere wenn sie Psychopharmaka und/oder Anticholinergika umfasst, wird mit kognitiven Störungen in Verbindung gebracht. Ausserdem ist bekannt, dass das Demenzrisiko proportional zur Anzahl der verschriebenen Medikamente steigt (OR bei 1-4 Medikamenten 1,72, bei 5-9 Medikamenten 2,64 und bei 10 und mehr Medikamenten 3,35.
- NKS sind nicht nur die Folge von SGS, sie können auch eine Rolle bei der Entwicklung einer SGS oder dem Ausstieg spielen (d. h. NKS als primäre Störung). So könnte emotionale Unsicherheit in frühen Stadien der Demenz (in denen sich die Betroffenen der Veränderungen bewusst sind) zum Konsum psychoaktiver Substanzen führen. Umgekehrt könnte eine fortgeschrittene Demenz dazu führen, dass abhängige Personen den Konsum vergessen (Selbstheilung). Der Einfluss von NKS auf SGS wurde von mehreren Befragten beobachtet, ist aber kaum dokumentiert.
- Die grössten Hindernisse für die Erkennung von NKS in einem suchtmedizinischen Kontext bilden die Fokussierung auf die schwersten Formen (Wernicke-Korsakoff) zulasten der milderen Ausprägungen (MCI) und die Verwendung ungeeigneter Screeninginstrumente. In den Settings Langzeitpflege und Pflege zuhause könnte auch eine Rolle spielen, dass bestehende Qualitätssysteme (RAI-NH und BESA) psychoaktive Substanzen nicht oder kaum (RAI-HC) berücksichtigen.
- Die Diagnose substanz-/medikamenteninduzierter Störungen ist mit denselben differenzialdiagnostischen Schwierigkeiten verbunden wie die Diagnose von CODs: Die grösste Herausforderung für die Praxis besteht

darin, dass ein abstinenter Patient über einen ausreichend langen Zeitraum da sein muss. Memory-Zentren spielen eine wichtige Rolle bei der Diagnose.

- Die Behandlung von SGS wird durch das Vorliegen von NKS erschwert. Häufig verwendete Ansätze wie Motivations- oder kognitive Verhaltenstherapien (CBT) können aufgrund der Beeinträchtigung des episodischen Gedächtnisses oder der Exekutivfunktionen nicht mehr angewendet werden. Auch die Rückfallquote wird dadurch erhöht.

SGS und Palliative Care (Kap. 5)

- Dank der Schadensminderungspolitik und der damit verbundenen therapeutischen Ansätze sterben immer mehr Konsumierende psychoaktiver Substanzen (PAS) nicht mehr vorzeitig, sondern im höheren Alter an einer nicht drogenbedingten Ursache. Dadurch wird die Zahl der älteren, allenfalls Palliative Care benötigenden PAS-Konsumierenden in den nächsten Jahren zunehmen.
- Obwohl es bei der Palliative Care nicht nur um das Schmerzmanagement geht, so wird dieses Thema in der einschlägigen SGS-Literatur am häufigsten behandelt. Dies deshalb, weil dieselben schmerzstillenden Substanzen (z. B. Morphin, Fentanyl, Methadon) sowohl zur Berauschung als auch zur Behandlung (OAT) verwendet werden.
- Die grösste Schwierigkeit Menschen mit Substanzkonsum zu identifizieren, die spezielle Palliative Care benötigen, liegt nicht in der Art der Zielgruppe, sondern in der Vertraulichkeit der Palliative Care in der Schweiz, die sich derzeit fast ausschliesslich auf den onkologischen Bereich beschränkt.
- Die Evaluation der Schmerzen von Menschen mit SGS ist nicht mit besonderen Problemen verbunden. Es können die gängigen Instrumente verwendet werden.
- Mehrere Publikationen weisen aber auf eine unzureichende Schmerzbehandlung von psychoaktive Substanzen konsumierenden Menschen hin, insbesondere Patientinnen und Patienten mit einer Opioid-Agonisten-Therapie (OAT). Diese Unterbehandlung sei auf vier häufige Missverständnisse unter Leistungserbringen zurückzuführen: 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 Opioide oder Drogen zu gelangen.
- Ein weiteres Problem ist die durch den Langzeitgebrauch von Opioiden induzierte Hyperalgesie. Dabei handelt es sich um eine paradoxe Reaktion, die bei der Verabreichung dieser Moleküle nicht zu einer Schmerzlinderung, sondern zu einer Schmerzsteigerung führt. Aufgrund einer allgemeinen Zunahme der Verschreibung von opioiden Schmerzmitteln im Ausland und in der Schweiz (+42 % zwischen 2013 und 2018) könnte sich diese Problematik in den nächsten Jahren deutlich verschärfen.
- Dazu ist anzumerken, dass zwar Palliativ- und Suchtfachpersonen mit dem Problem vertraut sind, andere Akteure (inkl. Spitäler) jedoch weniger.

Andere Querschnittsprobleme (Kap. 6)

- Der Bericht greift mehrere Querschnittsprobleme auf, die sowohl alternde Substanzkonsumierende als auch Menschen mit einer SGS – die mit anderen psychiatrischen oder kognitiven Störungen oder mit hohem Schmerzniveau einhergehen kann oder nicht – betreffen.
- Die Verschreibung inadäquater Medikamente (*Inappropriate Prescribing*, IP) soll weltweit für 16,6 % der Spitaleinweisungen älterer Menschen verantwortlich sein. 80 % der Patientinnen und Patienten in der Schweiz sollen mindestens ein inadäquates Medikament erhalten haben.
- Der gleichzeitige Konsum von Alkohol und Medikamenten, der zu gefährlichen Wechselwirkungen führen kann (Schmerz-/Schlaf-/Beruhigungsmittel),

betrifft 7,3 % der Bevölkerung in der lateinischen Schweiz.

- Verschiedene Faktoren sollen das Sturzrisiko erhöhen: eingenommene Medikamente (Polypharmazie und Psychopharmaka), funktionelle Schwierigkeiten, kognitive Einschränkungen, Inkontinenzprobleme, Alkoholkonsum und mangelnde Aktivität. Der Konsum von mehr als 14 Alkoholeinheiten pro Woche erhöht das Sturzrisiko um 25 %. Bei Menschen über 80 steigt das Sturzrisiko mit der Einnahme von Benzodiazepinen um das Doppelte.
- Unter den psychoaktiven Substanzen sind Alkohol und Benzodiazepine dafür bekannt, dass sie in schweren Entzugsfällen zu lebensbedrohlichen Symptomen führen können. Aufgrund der hohen Prävalenz von chronischem Alkoholkonsum bei älteren Männern und von Benzodiazepinen bei älteren Frauen ist hier besondere Aufmerksamkeit geboten.
- In 25-50 % aller Suizidfälle sind Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol und anderen Substanzen vorhanden. In Ländern mit hohem Einkommen weisen fast 90 % der Menschen, die Suizid begehen, psychische Störungen auf. Bei gleichzeitigem Auftreten von psychischen Störungen und SGS erhöht sich das Suizidrisiko weiter: 50 % der Menschen mit einer SGS haben bereits einen Suizidversuch unternommen. Schliesslich ist das Suizidverhalten bei Menschen mit chronischen Krankheiten 2-3 Mal höher als in der Allgemeinbevölkerung.
- Depressionen (*Major Depressive Disorders*) und depressive Symptome sind sowohl Risikofaktoren als auch Folgen einer SGS bei älteren Menschen. Erwachsene mit Depressionen haben ein doppelt so hohes Risiko, an Demenz zu erkranken, wie Erwachsene ohne Depressionen. Etwa 50 % der Patientinnen und Patienten mit Depressionen haben Schmerz-symptome.

<u>Versorgungsakteure (Kap. 7)</u>

- Bei der Versorgung von Menschen, die neben einer SGS auch psychische oder kognitive Störungen haben oder die Palliative Care benötigen, spielen zahlreiche Akteure aus dem Gemeinwesen, dem sozialmedizinischen Bereich und dem Gesundheitsbereich eine Rolle.
- Eine zentrale Stellung nehmen in Anbetracht der Zahl der Betroffenen und der Vielfalt der Probleme, mit denen sie konfrontiert sind, die Spitex-Dienste und die Alters- und Pflegeheime ein.
- Die Alters- und Pflegeheime und die Spitex-Dienste können diese Probleme aber nicht allein bewältigen. So sind beispielsweise die pflegenden Angehörigen, die in fast 60 % der Fälle die Spitex-Leistungen ergänzen, unverzichtbare Akteure für das reibungslose Funktionieren der Pflege zuhause und für den Verbleib der Betroffenen im angestammten Umfeld. Diese Komplementarität umfasst auch die mobilen und Verbindungsteams sowie die Referenzzentren als unverzichtbare Partner in Sachen Fachwissen. Damit ist das Ende der Kette aber noch längst nicht erreicht. Zu erwähnen wären unter anderem auch die Angehörigenhilfe, die die Partnerschaft zwischen pflegenden Angehörigen und der Spitex langfristig ermöglicht, oder Zwischenstrukturen, die pflegende Angehörige und die Spitex bei komplexen Fällen entlasten und dazu beitragen, eine Überlastung der Alters- und Pflegeheime oder der Spitäler zu vermeiden. Auch die Arbeit von Selbsthilfegruppen und die Unterstützung der Betroffenen durch Verbände stellen wichtige Stücke in diesem grossen Puzzle dar.
- Bei dieser vielfältigen Komplementarität und Interdependenz ist es schwierig die Akteure zu benennen, die im Mittelpunkt dieser Problematik stehen.

Empfehlungen

Das Projekt führte zu folgenden Empfehlungen, die für die vier betroffenen Bereiche gleichermassen gelten. Die Empfehlungen basieren auf den

herausgearbeiteten gemeinsamen Praktiken und Problemen und können die Synergien unter den verschiedenen Bereichen verbessern.

1. **Autonomie stärken (Empowerment)**: Die Leistungserbringer stellen didaktisches Material (Psychoedukation) bereit, mit dem das Empowerment der Betroffenen gefördert wird. Sie beziehen die Betroffenen (oder ihre Vertretungen) systematisch in die sie betreffenden therapeutischen Entscheidungen ein. Sie fördern, soweit möglich, deren Beteiligung am institutionellen Betrieb. Bund, Kantone und Gemeinden unterstützen im Chronischkranken-Bereich aktive Vereine bzw. Selbsthilfegruppen finanziell und/oder logistisch (z. B. durch kostenlos bereitgestellte Räumlichkeiten).
2. **Selbstbestimmung stärken**: Die Leistungserbringer ermutigen und unterstützen ihre Klientinnen und Klienten aktiv bei der Erstellung einer Patientenverfügung. Zusammen mit der betroffenen Person wählen sie dabei die für die jeweilige Situation am besten geeignete Form.
3. **Verbleib in angestammter Umgebung**: Die Kantone ermutigen die Leistungserbringer im Gesundheits- und Sozialbereich aktiv, Zwischenstrukturen und/oder mobile Dienste zu schaffen, die allen, die das möchten, ein möglichst langes Hinauszögern einer langfristigen Institutionalisierung ermöglicht. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Schaffung von Zwischenstrukturen für Menschen, die ihren Substanzkonsum nicht einstellen wollen oder können.
4. **Versorgungskontinuität**: Die Kantone bringen die Versorgung mit mobilen Diensten und Gemeinschaftsprojekten näher an die Lebenswelten heran. Sie ziehen neue Organisationsformen wie besonders für chronische Krankheiten geeignete Gesundheitshäuser in Betracht.
5. **Frühintervention**: Erkennen Leistungserbringer eine Substanzgebrauchsstörung oder eine psychiatrische Störung oder eine kognitive Beeinträchtigung, so werden in Anbetracht der in der Literatur häufig festgestellten Komorbiditäten auch die beiden anderen Störungen abgeklärt.
6. **Arbeit der Angehörigen**: Die Unterstützung durch Angehörige wird systematisch gefördert und finanziert. Wo möglich geht diese Unterstützung über die blosse Verbreitung von Informationen für Angehörige hinaus. Die Unterstützung kann in Angeboten zur Entlastung der Angehörigen durch vorübergehende Betreuung der Betroffenen (z. B. Tagesklinik) oder durch eine Vertretung über einen kürzeren (z. B. Einsatz an 1 Abend) oder längeren Zeitraum (z. B. Alzheimerferien) bestehen. Die Unterstützung kann auch in Form einer Entschädigung der Angehörigenarbeit erfolgen.
7. **Langzeitversorgung**: Die Kantone ermutigen sozialmedizinische Leistungserbringer aktiv, ihre Einrichtungen für Menschen zu öffnen, die ihren Substanzkonsum nicht beenden wollen oder können, oder für Menschen in einer Opioid-Agonisten-Therapie (OAT). Gegebenenfalls bauen die Kantone solche Einrichtungen auf. In jedem Fall erleichtern die Kantone die Aufnahme von unter 65-Jährigen, deren physischer und/oder psychischer Gesundheitszustand eine sozialmedizinische Betreuung rund um die Uhr erfordert. Langzeitpflegeeinrichtungen (APH) beachten das Thema Substanzkonsum. Sie verfügen zumindest über eine Charta mit den Regeln, die für Bewohnende gelten. Sie arbeiten in der Frage möglichst mit Suchtexpertinnen und -experten zusammen.
8. **Alterung der Bevölkerung**: Die Leistungserbringer passen ihre Arbeitsweise und ihre organisatorischen Routinen regelmässig mit Blick auf eine altersgerechtere Gestaltung an. Die Kantone unterstützen diese Bemühungen finanziell.
9. **Polymedikation**: Der Bund stellt für die Bevölkerung eine Online-Anwendung bereit, mit der mögliche problematische Wechselwirkungen zwischen (legalen oder illegalen) Medikamenten und psychoaktiven Produkten überprüft werden können.
10. **Potenziell tödlicher Entzug (Alkohol und Benzodiazepine)**: Stationäre Leistungserbringer verringern das Risiko

eines unbeabsichtigten - und potenziell tödlichen - Entzugs, indem sie bei der Aufnahme systematisch nach dem Konsum von Alkohol und Benzodiazepinen fragen. Wenn ein Gespräch nicht möglich ist (akute Krise/Verwirrtheit), können je nach Gesundheitszustand der Person biologische Tests in Betracht gezogen werden. Der Entzug und damit verbundene Themen sind Bestandteil der Aus- und Weiterbildung der Pflegefachpersonen.

11. **Schmerzen und Hyperalgesie (Opioide)**: Ärztinnen und Ärzte wenden bei Menschen, die Opioide einnehmen, das gleiche Schmerzmanagement an wie bei anderen Patientinnen und Patienten, das sich an den WHO-Schmerzstufen und den Aussagen der Betroffenen orientiert. Bei Zweifeln bezüglich der Dosierung (die sehr hoch sein kann) können sie sich an eine Suchtfachstelle oder ein Schmerznetzwerk wenden. Das Thema Schmerz, insbesondere Hyperalgesie, ist Bestandteil der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und des Pflegepersonals.

12. **Vergütungsmodalitäten**: Die Politik ist sich bewusst, dass eine effektive und effiziente Behandlung chronischer Krankheiten nicht allein von den Akteuren des Gesundheitswesens geleistet werden kann und nicht als Addition medizinischer, individueller, «KVG-isierbarer» Massnahmen zu verstehen ist. Sie prüft innovative Finanzierungsformen zur Förderung von Netzwerken und interprofessionellen und transdisziplinären Behandlungen.

Riassunto

Contesto del mandato

Il presente progetto è stato realizzato dal GREA («Groupement Romand d'Etudes des Addictions»), su mandato della divisione Strategie della sanità dell'UFSP, tra ottobre 2020 e novembre 2021.

Lo scopo è illustrare le similitudini e le differenze nella «presa a carico» di persone affette da un disturbo da uso di sostanze (DUS) nei contesti di demenza (1), malattie psichiatriche (2) e cure palliative (3).

Nello specifico, il progetto identifica per i tre contesti summenzionati: a) le difficoltà inerenti alla diagnosi per le persone coinvolte; b) le difficoltà legate alla presa a carico per le persone coinvolte e i loro familiari; c) i luoghi preposti alla presa a carico e gli attori interessati da quest'ultima.

Sono stati utilizzati i seguenti metodi qualitativi: rassegna della letteratura, questionari, interviste semistrutturate, workshop, consultazione.

Risultati principali

Nozioni preliminari: disturbo da uso di sostanze (DUS)

- In ambito medico, i professionisti preferiscono parlare di «disturbi da uso di sostanze (DUS)» (DSM-5) oppure di «sindrome da dipendenza» (ICD-10) anziché di semplice «dipendenza».
- I professionisti possono riconoscere un DUS avvalendosi di strumenti di screening (ASSIST, DEP-ADO, CAGE ecc.) oppure basandosi sull'osservazione. È importante comprendere che l'utilizzo di uno strumento di screening non porta a una diagnosi.
- La diagnosi di un DUS è complessa. Oltre a determinare il tipo di uso (DUS lieve o severo), il medico deve anche essere in grado di distinguere i sintomi di intossicazione e di dissuefazione da disturbi psichiatrici indotti da una sostanza («secondari») e da disturbi psichiatrici preesistenti («primari»).
- Per il trattamento dei DUS si ricorre a numerosi approcci che tengono conto nel contempo della persona, del suo ambiente e del suo inserimento socioculturale, nell'ottica di renderla autonoma e di rafforzare la sua capacità di agire.

DUS e invecchiamento (cap. 2)

- In Svizzera, le principali sostanze oggetto di un consumo problematico nelle persone anziane sono il tabacco, l'alcol, i sedativi (benzodiazepine e medicamenti Z) e gli antidolorifici oppioidi: il 15,2 per cento degli uomini e il 12,5 per cento delle donne tra i 65 e i 74 anni fumano quotidianamente; il 6,7 per cento degli uomini e il 5,7 per cento delle donne nella stessa fascia d'età registrano un consumo cronico a rischio di alcol; a quasi una persona su cinque oltre i 65 anni sono stati prescritti benzodiazepine o medicamenti affini nell'arco dell'anno.
- A causa della polifarmacia, ossia del numero considerevole di medicamenti assunti dagli anziani (nelle case di cura la media è di 9,3 medicamenti al giorno!), questi soggetti risultano particolarmente esposti alle interazioni pericolose tra medicamenti o sostanze psicoattive (principalmente l'alcol) e medicamenti.
- Alcuni fatti della vita, come il pensionamento, un lutto o altri fattori di rischio quali l'isolamento sociale, i disturbi mentali ecc. possono spingere le persone anziane verso un consumo problematico: si parla in questo caso di consumo tardivo («late onset»), in opposizione a un consumo precoce che si manifesta quando la persona interessata è ancora giovane («early onset»).
- Considerata la loro condizione fisiologica, le persone anziane risentono delle sostanze in modo diverso rispetto ad adulti più giovani. Di conseguenza, quantità molto ridotte possono avere un impatto più marcato sulla loro salute fisica e mentale.
- Identificare un DUS negli anziani non è semplice. I segnali e i sintomi di tale

disturbo possono essere facilmente confusi con il normale invecchiamento o con disturbi fisici e mentali comuni per questa fascia di popolazione. Un'altra difficoltà è legata al fatto che negli anziani numerosi problemi si manifestano in maniera inusuale rispetto a quanto accade negli adulti più giovani. D'altro canto, gli strumenti di screening adatti ai primi (p. es.: SMAST-G) sembrano essere poco utilizzati.

- I criteri menzionati nel DSM-5 (o nell'ICD-10) per diagnosticare un DUS in un pubblico adulto non sono automaticamente applicabili agli anziani. Questi ultimi possono per esempio lamentare disturbi significativi, senza tuttavia soddisfare l'insieme dei criteri necessari per diagnosticare un DUS.
- Nella maggior parte dei casi di consumo tardivo, un intervento di breve durata (IB) può essere sufficiente per modificare i comportamenti pregiudizievoli dell'anziano. Al contrario, il consumo di sostanze iniziato in giovane età richiede generalmente un trattamento più complesso.

DUS e disturbi co-occorrenti (cap. 3)

- Per indicare la co-occorrenza di un DUS e di un disturbo mentale esistono diverse espressioni: comorbilità psichiatrica, doppia diagnosi («dual diagnosis»), doppia patologia («dual pathology», «dual disorders»), disturbi concomitanti o disturbi co-occorrenti (COD; «co-occurring disorders»). Quest'ultimo è il termine più neutro.
- Un COD non può essere inteso come un semplice insieme di problemi: la sua diagnosi è più complessa di quella delle singole patologie che lo costituiscono; vi sono più recidive; il rischio di cronicizzazione è più elevato; la suicidalità è maggiore; le cure sono più difficili ecc.
- Studi epidemiologici hanno mostrato che i COD non sono rari, ma ricorrenti. Le persone affette da un DUS soffrono in maniera sproporzionata (rispetto al resto della popolazione) di malattie mentali (dal 50 al 75 % dei pazienti degli istituti di cura soffre di un disturbo mentale nel corso della vita). Inversamente, le persone con una malattia mentale tendono maggiormente a sviluppare un DUS (dal 30 al 50 % dei pazienti ammessi in un reparto psichiatrico presenta un DUS).
- L'eziologia dell'elevata prevalenza dei disturbi legati al consumo di sostanze nelle persone affette da malattie mentali e viceversa resta tuttavia incerta. Da anni coesistono diverse ipotesi, senza che una abbia prevalso sull'altra.
- A livello di tracciamento, la letteratura, così come gli esperti interpellati, osserva un basso ricorso a strumenti che permettano di individuare un DUS presso persone che soffrono di una malattia mentale oppure una malattia mentale presso persone che soffrono di un DUS.
- In caso di COD risulta particolarmente difficile effettuare una diagnosi differenziale, poiché raramente i clinici hanno l'opportunità di osservare i pazienti durante periodi di astinenza sufficientemente lunghi (> 4 settimane) da poter distinguere con precisione gli effetti attesi dell'intossicazione e della dissuefazione dai disturbi di salute mentale indotti o preesistenti.
- In mancanza di una diagnosi affidabile, i clinici intervistati affermano di trattare i disturbi come se fossero indipendenti (ossia come due disturbi primari).
- Per quanto concerne le modalità di trattamento dei COD, gli studi clinici rilevano che ottengono risultati migliori gli approcci terapeutici atti a curare i disturbi psichiatrici e i DUS in maniera integrata, ossia trattandoli come disturbi primari con interventi simultanei volti a minimizzare i rischi di esacerbazione dell'altro disturbo. Conformemente alla letteratura, i professionisti intervistati prediligono i trattamenti integrati (rispetto ai cosiddetti trattamenti sequenziali o paralleli).

DUS e disturbi neurocognitivi (cap. 4)

- Alla sezione dedicata ai disturbi neurocognitivi (DNC), il DSM-5 riporta la demenza, il delirio, i disturbi della memoria e gli altri disturbi cognitivi.
- Il morbo di Alzheimer è la forma più comune di demenza neurodegenerativa e sarebbe all'origine del 60-70 per cento dei casi. Le demenze vascolari (30 % dei casi) completano il quadro di questo tipo di demenze definite «primarie». A esse la

ricerca contrappone le cosiddette demenze «secondarie». Queste ultime possono essere generate da numerosi fattori molto eterogenei che danneggiano il cervello, quali infiammazioni croniche, disturbi metabolici, carenze vitaminiche, ma anche tossine (neurotossine) come l'alcol o altre sostanze psicoattive.

- Al fine di riflettere l'eterogeneità dei danni causati da alcune sostanze psicoattive, il DSM-5 ha adottato la nuova diagnosi di «DNC maggiore o lieve indotto da una sostanza/un medicamento». Essa ingloba una serie di disturbi che vanno dalle lesioni cerebrali gravi e irreversibili, come la demenza alcolica o la sindrome di Wernicke-Korsakoff, a forme meno gravi, dette MCI («Mild Cognitive Impairment»), che sarebbero in parte spontaneamente reversibili mantenendo l'astinenza nel tempo o diminuendo drasticamente il consumo di sostanze psicoattive.
- Sul piano epidemiologico, la ricerca ha stabilito una prevalenza elevata di abuso di alcol nei pazienti affetti da demenza (9-22 %) e, allo stesso modo, un elevato tasso di demenza nei forti bevitori (10-24 %). Per quanto riguarda le altre sostanze, le stime sulla proporzione di disturbi cognitivi variano considerevolmente, attestandosi tra il 30 e l'80 per cento.
- In materia di DNC indotti da una sostanza (ossia disturbi secondari) è stato dimostrato quanto segue: il consumo eccessivo di alcol è associato a un rischio triplicato di demenza in generale e a un rischio raddoppiato di sviluppare il morbo di Alzheimer. Le persone anziane che assumono benzodiazepine (per più di 3 mesi) tendono a sviluppare una demenza con una frequenza da 1,5 a 2 volte maggiore rispetto a chi non ne ha mai fatto uso. Rispetto ai non fumatori, i fumatori rischiano maggiormente di sviluppare il morbo di Alzheimer (59-79 %) o demenze vascolari (35-78 %). La polifarmacia, in particolare quando implica psicotropi e/o anticolinergici, è associata a disturbi cognitivi. È altresì noto che il rischio di demenza è direttamente proporzionale al numero di medicamenti prescritti: OR di 1,72 da 1 a 4 medicamenti; OR di 2,64 da 5 a 9 medicamenti; OR di 3,35 con 10 medicamenti o più.
- I DNC non sono soltanto la conseguenza dei DUS. Possono anche incidere sullo sviluppo o sull'insorgenza di un DUS (ossia DNC come disturbo primario). In questo modo, l'insicurezza emotiva legata ai primi stadi della demenza (durante i quali il soggetto è consapevole delle alterazioni) potrebbe spingere certe persone ad abusare di sostanze psicoattive o, al contrario, una demenza avanzata potrebbe portare persone dipendenti a dimenticare di consumare (autoguarigione). Benché osservato da diversi esperti interpellati, l'impatto dei DNC sui DUS è poco documentato.
- I principali freni al tracciamento dei DNC in un contesto di dipendenza risiedono nella maggiore attenzione verso le forme più gravi (Wernicke-Korsakoff) a scapito di quelle più leggere (MCI) e nell'utilizzo di strumenti di screening inadatti. Anche l'inadeguatezza di sistemi di valutazione preesistenti (RAI-NH e BESA) che non tengono conto, o lo fanno in minima parte (RAI-HC), delle sostanze psicoattive potrebbe giocare un ruolo nei contesti di cure di lunga durata e di cure a domicilio.
- La diagnosi di disturbi indotti da una sostanza/un medicamento pone di fronte alle stesse difficoltà, in materia di diagnosi differenziale, di quella dei disturbi psichiatrici co-occorrenti: la sfida principale per il medico è avere un paziente che si astiene dal consumo per un periodo sufficientemente lungo. I centri della memoria svolgono un ruolo fondamentale nell'elaborazione delle diagnosi.
- La presa a carico dei DUS è resa più difficile dalla presenza di DNC. Approcci comunemente utilizzati, quali terapie motivazionali o cognitivo-comportamentali (TCC), non possono più essere impiegati a causa dei danni alla memoria episodica o alle funzioni esecutive. Ne consegue un tasso di recidiva altrettanto maggiorato.

<u>DUS e cure palliative (cap. 5)</u>

- Grazie alle politiche di riduzione dei rischi e agli approcci terapeutici correlati, sono sempre meno i consumatori di sostanze psicoattive che muoiono

prematuramente; il decesso tende a verificarsi in età avanzata per cause non legate alla droga. La conseguenza principale di questo cambiamento è che il numero di consumatori anziani che rischiano di ricevere cure palliative crescerà nei prossimi anni.

- Nonostante le cure palliative non si riducano alla gestione del dolore, si tratta del tema maggiormente trattato dalla letteratura riguardante le persone affette da un DUS. Ciò deriva dal fatto che le sostanze utilizzate per placare il dolore (p. es. morfina, fentanil, metadone) coincidono con quelle utilizzate per intossicarsi e curarsi (terapia con agonisti oppioidi [TAO])
- Attualmente, la difficoltà maggiore sul piano del tracciamento di persone facenti uso di sostanze che richiederebbero cure palliative specializzate non è tanto intrinseca alla tipologia di pubblico, ma al carattere confidenziale della presa a carico palliativa in Svizzera, che, allo stato attuale, riguarda quasi unicamente il settore oncologico.
- La valutazione del dolore provato dalle persone affette da un DUS non risulta particolarmente problematica, in quanto si possono utilizzare gli strumenti abituali.
- Al contrario, numerose pubblicazioni evidenziano un'insufficiente presa a carico del dolore nel caso di consumatori di sostanze psicoattive, in particolare di pazienti che seguono una TAO. All'origine di questa insufficienza vi sarebbero quattro false convinzioni, comuni tra i fornitori di prestazioni sanitarie: 1) l'agonista oppioide (metadone o buprenorfina) assicura l'analgesia; 2) l'utilizzo di oppioidi per l'analgesia può scatenare una ricaduta nella dipendenza; 3) gli effetti sommati degli analgesici oppioidi e della TAO possono indurre una depressione respiratoria e del sistema nervoso centrale; 4) la lamentela del dolore può essere una scusa per ottenere medicamenti oppioidi o cercare droga, a causa di una dipendenza dagli oppioidi.
- Un altro problema risiede nell'iperalgesia causata da un uso prolungato di oppioidi. Si tratta di una reazione paradossale che, al momento della somministrazione di queste molecole, non porta a una diminuzione del dolore, ma a un aumento dello stesso. A causa di un incremento generalizzato della prescrizione di antidolorifici oppioidi all'estero, così come in Svizzera (+42 % tra il 2013 e il 2018), nei prossimi anni questa problematica potrebbe presentarsi con un'intensità molto più acuta.
- È importante sottolineare che gli specialisti nell'ambito delle cure palliative e delle dipendenze sono al corrente di tali problematiche e che la scarsa dimestichezza riguarda altri attori sanitari (compresi quelli ospedalieri).

<u>Altre problematiche trasversali (cap. 6)</u>

- Il rapporto cita numerose problematiche riguardanti sia i consumatori anziani di sostanze sia le persone con un DUS, associato o meno ad altri disturbi psichiatrici, cognitivi o caratterizzati da un forte dolore.
- Le prescrizioni farmacologiche inappropriate sarebbero all'origine, a livello mondiale, del 16,6 per cento delle ospedalizzazioni di persone anziane. In Svizzera, l'80 per cento dei pazienti avrebbe ricevuto almeno un medicamento inappropriato.
- Il consumo simultaneo di alcol e medicamenti che potrebbero portare a interazioni pericolose (antidolorifici/sonniferi/calmanti) riguarderebbe il 7,3 per cento della popolazione della Svizzera latina.
- Diversi fattori di rischio sono associati a recidive: assunzione di medicamenti (polifarmacia e assunzione di medicamenti psicotropi), difficoltà funzionali, limitazioni cognitive, problemi d'incontinenza, consumo di alcol e inattività. Il consumo di più di 14 unità di alcol alla settimana aumenta del 25 per cento il rischio di recidiva. Le persone con più di 80 anni che consumano benzodiazepine rischiano recidive il doppio delle volte rispetto a chi non ne fa uso.
- Tra tutte le sostanze psicoattive, nei casi gravi di dissuefazione, l'alcol e le benzodiazepine sono noti per essere la causa scatenante di sintomi potenzialmente letali. L'elevata

prevalenza di un consumo cronico di alcol negli uomini anziani e di benzodiazepine nelle donne anziane fa sì che la questione richieda un'attenzione particolare.

- I disturbi legati all'utilizzo di alcol e di altre sostanze sono presenti nel 25-50 per cento di tutti i casi di suicidio. Nei Paesi a reddito elevato, quasi il 90 per cento delle persone che si suicidano presenta disturbi mentali. La co-occorrenza di disturbi mentali e di DUS aggrava ulteriormente il rischio di suicidio: il 50 per cento delle persone con un COD avrebbe già tentato di togliersi la vita. In ultimo, i comportamenti suicidi sono 2-3 volte più frequenti nelle persone con malattie croniche rispetto alla popolazione generale.
- Il disturbo depressivo maggiore e i sintomi depressivi sono nel contempo fattori di rischio e conseguenze di un DUS nelle persone anziane. Gli adulti che soffrono di depressione corrono un rischio 2 volte maggiore rispetto a chi non è depresso. Circa il 50 per cento dei pazienti con depressione dichiara di provare sintomi di dolore.

Attori della presa a carico (cap. 7)

- Numerosissimi attori provenienti dalla comunità e dai settori medico-sociale e sanitario devono contribuire alla presa a carico di persone aventi nel contempo un DUS e disturbi mentali, cognitivi o necessità di cure palliative.
- Alla luce del numero di persone coinvolte e della diversità delle problematiche incontrate al loro interno, i servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD) così come le case di cura rivestono un ruolo fondamentale.
- Tuttavia occorre constatare che le case di cura e i SACD, da soli, non sarebbero in grado di gestire queste problematiche. A titolo esemplificativo, le persone che assistono i propri congiunti (che in quasi il 60 % dei casi di presa a carico integrano le prestazioni dei SACD) sono attori indispensabili per il buon funzionamento della presa a carico domiciliare e per la permanenza delle persone coinvolte nella comunità. Questa complementarità riguarda sia i servizi mobili sia quelli di collegamento nonché i centri di riferimento, partner indispensabili nell'ambito delle perizie. Ovviamente, la catena delle interdipendenze non si ferma a questi attori. Si potrebbero menzionare il sostegno ai familiari, che permette di perpetuare questo «partenariato» tra familiari assistenti e SACD o, ancora, le strutture intermedie che, sgravando i familiari assistenti e i SACD dei casi troppo complessi, contribuiscono a evitare il collasso delle case di cura e/o dei servizi stazionari ospedalieri. Il lavoro dei gruppi di auto-aiuto e il sostegno apportato dalle associazioni alle persone coinvolte sono tasselli altrettanto insostituibili di questo enorme puzzle.
- Comprensibilmente, per la loro complementarità e interdipendenza su più fronti, è difficile individuare gli attori al centro di tale problematica.

Raccomandazioni

Il progetto ha portato alle raccomandazioni seguenti, applicabili ai quattro ambiti in questione. Esse mettono in evidenza pratiche e problematiche condivise e sono destinate a migliorare le sinergie tra i diversi ambiti.

1. **Rafforzamento dell'autonomia («empowerment»)**: i fornitori di prestazioni mettono a disposizione materiale didattico (psicoeducazione), favorendo l'«empowerment» delle persone interessate. Coinvolgono sistematicamente le persone (o i loro rappresentanti) nelle decisioni terapeutiche che le riguardano. Favoriscono, al meglio, la loro partecipazione al funzionamento istituzionale. La Confederazione, i Cantoni e i Comuni sostengono finanziariamente e/o logisticamente (p. es. mettendo a disposizione locali a titolo gratuito) le associazioni e i gruppi di auto-aiuto, attivi nella gestione delle malattie croniche.
2. **Rafforzamento dell'autodeterminazione**: i fornitori di prestazioni incoraggiano e sostengono attivamente il loro cliente nell'elaborazione di direttive anticipate. D'intesa con la persona interessata, optano per la forma più idonea alla luce della sua situazione.

3. **Permanenza nella comunità:** i Cantoni incoraggiano attivamente i fornitori di prestazioni sanitarie e medico-sociali a sviluppare strutture intermedie e/o servizi mobili al fine di ritardare il più possibile, per le persone che lo desiderano, un ricovero di lunga durata in un istituto. Rivolgono un'attenzione particolare allo sviluppo di strutture intermedie aperte alle persone che non desiderano, o non riescono, a porre fine al consumo di sostanze.
4. **Continuità delle cure**: i Cantoni avvicinano le cure al contesto in cui vivono i pazienti, attivando servizi mobili e progetti comunitari. Prevedono nuove forme organizzative, come le Maisons de santé, particolarmente adatte in caso di malattie croniche.
5. **Intervento precoce:** in caso di tracciamento positivo di un DUS, di un disturbo psichiatrico o di un deficit cognitivo, i fornitori di prestazioni indagano la presenza degli altri due disturbi, alla luce delle comorbilità frequenti rilevate dagli studi.
6. **Lavoro dei familiari:** il sostegno ai familiari viene sistematicamente promosso e finanziato e, per quanto possibile, non si limita semplicemente a comunicare loro informazioni. Può tradursi in offerte destinate a sgravare i familiari prendendo a carico momentaneamente le persone interessate (p. es. offerte intermedie come una clinica diurna) o essere finalizzato a sostituire gli stessi per un periodo limitato (sostituzione di una sera da parte di un volontario) o prolungato (p. es. vacanze Alzheimer). Può anche assumere la forma di un indennizzo del loro lavoro.
7. **Cure di lunga durata:** i Cantoni incoraggiano attivamente i fornitori di prestazioni medico-sanitarie ad aprire i loro istituti alle persone che non riescono, o non vogliono, porre fine al consumo di sostanze, nonché alle persone che seguono una TAO. Se mancano, sono i Cantoni a sviluppare tali istituti. In ogni caso essi facilitano l'ammissione delle persone con meno di 65 anni il cui stato di salute fisico e/o psichico necessiterebbe di un'assistenza medico-sociale 24 ore su 24. Le case di cura tengono conto della questione del consumo di sostanze psicoattive, dotandosi quanto meno di una carta che espliciti le regole applicabili ai pazienti ricoverati. Inoltre collaborano al riguardo, nei limiti del possibile, con esperti in materia di dipendenze.
8. **Invecchiamento della popolazione**: i fornitori di prestazioni adeguano regolarmente il proprio modo di operare e le abitudini organizzative così da renderle più idonee alle persone anziane. I Cantoni sostengono questi sforzi sul piano finanziario.
9. **Polimedicazione:** la Confederazione mette a disposizione della popolazione un'applicazione online grazie alla quale chi lo desidera può verificare le eventuali interazioni problematiche tra i diversi medicamenti e prodotti psicoattivi (legali o illegali) assunti.
10. **Dissuefazioni potenzialmente letali (alcol e benzodiazepine):** i fornitori di prestazioni, offrendo una presa a carico stazionaria, riducono i rischi di una dissuefazione involontaria — potenzialmente mortale — interrogando sistematicamente le persone, al momento dell'ammissione, sul loro consumo di alcol e di benzodiazepine. In caso d'impossibilità di dialogo (crisi/confusione acuta), e a seconda dello stato di salute della persona, possono essere previsti test biologici. La questione della dissuefazione, e delle problematiche correlate, fa parte del programma di formazione di base/continua del personale infermieristico.
11. **Dolori e iperalgesie (oppioidi):** i medici applicano alle persone facenti uso di oppioidi la stessa presa a carico del dolore, basata sulla scala dell'OMS e sulle loro dichiarazioni, che applicano ai loro pazienti. In caso di dubbi sui dosaggi (che possono essere molto elevati), possono rivolgersi a un servizio specializzato in medicina delle dipendenze o a un programma di miglioramento della presa a carico del dolore («Pain Network»). La questione del dolore, in particolare dell'iperalgesia, fa parte del programma di formazione di base/continua dei medici e del personale curante.

12. **Modalità di rimunerazione:** la politica è consapevole del fatto che una presa a carico efficace ed efficiente delle malattie croniche non potrebbe spettare ai soli attori in ambito sanitario né essere vista come una serie di interventi medici, individuali, inquadrabili nella LAMal. Pensa, dunque, a forme di finanziamento innovative che favoriscano la collaborazione e stimolino la presa a carico sia interprofessionale sia transdisciplinare.

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement les personnes qui ont bien voulu nous donner de leur précieux temps pour participer à cette recherche et, sans lesquelles ce travail n'aurait pu être réalisé :

Karin Baumgartner, Anne Beranche, Christian Bernet, Tony Berthel, Doris Beyeler-Zahno, Rita Bonvin, Rémi Burgain, Joëlle Casanova-Saini, Frédéric Catala, Pia Coppex, Patrick Csomor, Franziska Eckmann, Sandra Eckstein, Ansgar Felbecker, Chelo Fernandez, Géraldine Flühmann, Giovanni Frisoni, Werner Gasser, Peter Gasser, Igor Gjorgjevski, Judith Hübscher Stettler, Laurence Jelk Morales, Barbara Lucas, Aurore Lugon-Moulin, Roger Mäder, Franck Mauduit, Markus Meitz, Ombretta Moccetti, Sophie Pautex, Olivier Pochon, Jan Roloff, Olivier Rouaud, Egemen Savaskan, Roman Schaffhauser, Delphine Segard, Vanessa Vaucher, Armin von Gunten, Christine Zobrist et Daniele Zullino.

Nous remercions Nora Balsinger, collaboratrice à Addiction Suisse, qui s'est chargée des entretiens auprès des experts suisses alémaniques consultés.

Nos remerciements vont également à Ambroise Ecoffey, collaborateur à la Division Stratégies de la santé de l'OFSP, qui nous a accompagné tout au long de ce mandat.

Introduction

Contexte

Le département fédéral de l'intérieur (DFI) a lancé la Plateforme des soins palliatifs (PSP) le 27 avril 2017. Le 24 octobre 2019, le Dialogue Politique national de la santé a décidé d'intégrer la Stratégie nationale en matière de démence 2014-2019 dans une plateforme, la Plateforme nationale démence (PND). En parallèle le Conseil fédéral a adopté la Stratégie nationale Addictions 2017-2024 en novembre 2015 et la Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (MNT) 2017-2024 en avril 2016. Enfin le Conseil fédéral a approuvé le rapport sur le postulat de Philipp Stähelin (10.3255) « Avenir de la psychiatrie en Suisse » le 11 mars 2016. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) coordonne les deux plateformes ainsi que les deux stratégies et a été chargé d'écrire le rapport en réponse au postulat[1].

L'OFSP souhaite avoir un document qui rassemble toutes ces différentes thématiques en mettant l'accent sur la prise en soins[2] des personnes présentant un syndrome de dépendance et leurs proches.

Objectifs

Le projet vise à montrer les similitudes et les différences dans la « prise en soins » des personnes présentant un trouble lié à l'usage de substances (TUS) dans les contextes de démences (1), de maladies psychiatriques (2) et de soins palliatifs (3).

Plus concrètement, il nous a été demandé d'identifier pour les trois contextes concernés :

- Les difficultés inhérentes au diagnostic pour les personnes concernées ;
- Les difficultés inhérentes à la prise de soins pour les personnes concernées et leurs proches ;
- Les lieux de prise en charge et les acteurs concernés par celle-ci.

Il s'agissait, entre autres, de mettre en évidence des liens entre les différentes thématiques et montrer où des synergies pouvaient être créées.

Enfin le projet devait se conclure sur des recommandations (pouvant être présentées sous forme de bonnes pratiques) susceptibles d'améliorer les synergies entre les différents domaines.

Méthodologie

La réalisation de ce mandat s'est appuyée sur la combinaison des méthodes qualitatives suivantes : revue de la littérature, enquête par questionnaires, entretiens semi-directifs, workshop et consultation.

Revue de la littérature

La mise en évidence des principales difficultés inhérentes au diagnostic et à la prise en charge des TUS dans les trois contextes susmentionnés a reposé sur la mise en œuvre d'une très vaste recherche de littérature portant sur les diverses combinaisons possibles de mots clés (→A1). En raison de l'étendue de la thématique à traiter, nous avons privilégié dans un premier temps l'examen de revues de la littérature, de méta-analyses et de revues de cadrage et avons, dans un

[1] Paragraphe repris de l'appel d'offre

[2] Le terme de « prise en soins » fait autant référence aux soins, au traitement, à l'accompagnement qu'au soutien. Il englobe également le rôle joué par les proches aidants.

deuxième temps, investigué plus en avant les articles scientifiques (*peer reviewed*) et les rapports de recherche (littérature grise) qui nous semblaient les plus prometteurs.

De manière complémentaire à ce premier axe de recherche, nous avons porté notre attention sur les textes à teneur normative (directives médicales, recommandations professionnelles, recommandations éthiques, etc.), afin de voir dans quelle mesure les difficultés mises en évidence par la littérature étaient abordées dans le cadre de ce corpus à destination des professionnels.

Enfin, parallèlement à la recherche de textes normatifs et de manière à avoir une idée précise des acteurs clés agissants à l'intérieur des quatre domaines d'études et des enjeux y relatifs, nous avons investigué le matériel produit autour des stratégies nationales (rapports et sites web).

Questionnaires préliminaires

Dans le but de comprendre dans quelle mesure les acteurs de terrains œuvrant auprès de personnes requérant des soins palliatifs et/ou souffrant de démence étaient impactées par des problématiques liées à la consommation de substances psychoactives, nous avons réalisé une enquête préliminaire par questionnaire auprès des associations cantonales concernées (Palliative/Alzheimer — CH, GE, VD, VS…) et des organisations professionnelles actives dans l'aide et les soins à domicile (SASD) et les soins de longues durées (EMS). Il s'agissait également d'identifier d'éventuelles publications spécialisées sur lesquelles ces acteurs pouvaient s'appuyer, de mettre en évidence des modèles de prise en charge spécifique et de préparer les entretiens d'experts.

Avec les mêmes attentes en termes d'identification de modèles de prise en charge spécifique, nous avons contacté l'ensemble des cantons suisses (via leur département en charge des questions sociales et/ou sanitaires) pour qu'ils nous indiquent des projets, institutions ou personnes qu'ils jugeaient pertinents. Pour le détail, voir annexes (→A2).

Entretiens d'experts

En nous appuyant sur les résultats de la revue de la littérature et des questionnaires, nous avons construit deux guides d'entretien et conduit 17 interviews d'une durée d'environ une heure chacun, dans les parties alémanique et romande de la Suisse. Ces entretiens nous ont permis d'approfondir les questions techniques liées au diagnostic et à la prise en charge et nous ont aidés à identifier des préoccupations communes aux quatre domaines investigués. Pour le détail, voir annexes (→A3).

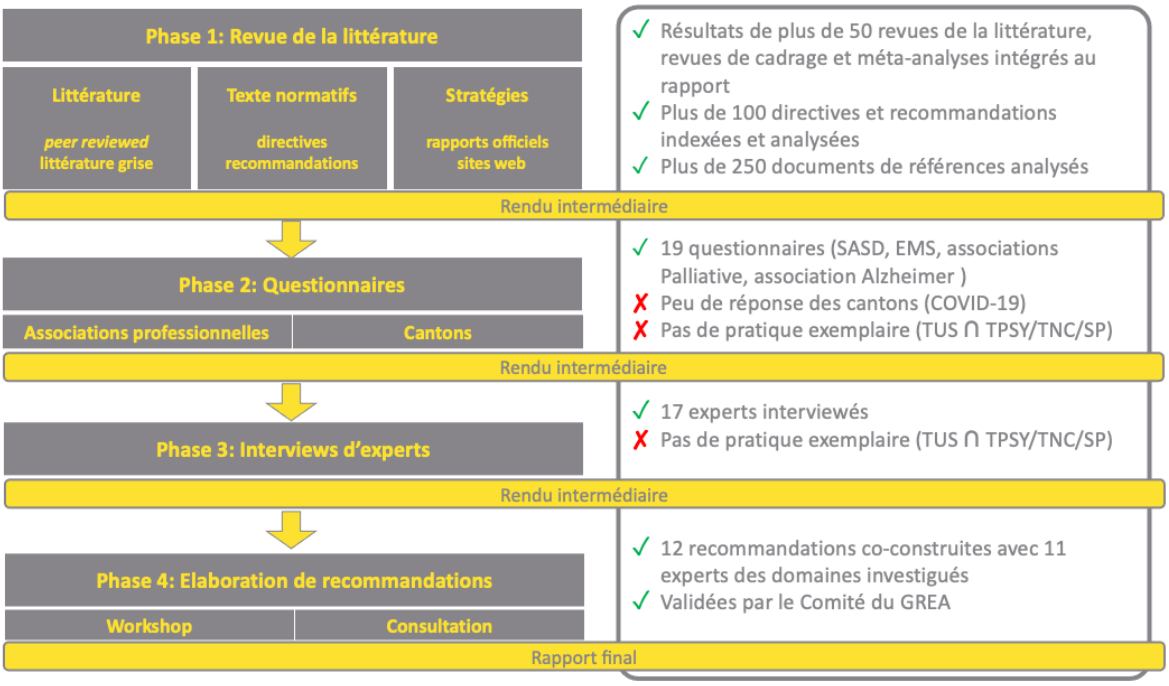
Workshop(s) et consultation

Dans la perspective de produire des recommandations « susceptibles d'améliorer les synergies entre les domaines concernés » nous avons planifié deux workshops : le premier avait comme objectif d'identifier, à partir de la prise en compte des TUS dans chaque domaine, des similitudes et de bonnes pratiques (transférables d'un domaine à l'autre) ; le second devait permettre de dégager des recommandations et des priorités pour la prise en compte des TUS dans les domaines précités. En raison d'un manque de participants issus des domaines des soins palliatifs et de la démence, le deuxième workshop a été annulé. En lieu et place, une première version des recommandations a été soumise par courriel pour consultation. Les retours ont été intégrés à la version finale, présentée au chapitre 8 de ce rapport (→8). Pour le détail de la démarche, voir annexes (→A4).

Déroulement du projet

Les différentes étapes de la recherche se sont déroulées entre octobre 2020 et novembre 2021.

Figure 1 : Étapes de la recherche



Remarque sur l'élaboration des recommandations : Parce que notre revue de la littérature, tout comme les démarches entreprises auprès des professionnels, des cantons comme des experts, n'ont pas abouties à l'identification de modèles de prise en charge spécifique aux TUS — à l'intérieur de chacun des trois domaines concernés (psychiatrie/démence/soins palliatifs) — il nous a été impossible de comparer les modèles entre eux afin de désigner des pratiques exemplaires. Nous avons donc réorienté le processus de production de recommandations en nous basant, non plus sur la prise en compte des TUS au sein des trois domaines concernés, mais sur la recherche, plus générale, de dénominateurs communs aux quatre domaines investigués. Ce choix de mettre en évidence des problématiques transverses et de rédiger des recommandations y relatives, applicables aux quatre domaines, s'est fait sur la conviction qu'un premier pas, en vue de créer des synergies, passait obligatoirement par la mise en évidence d'enjeux communs.

Structure du rapport (accès rapide)

Chapitre liminaire : Du fait de la complexité de la matière abordée, le premier chapitre reprend la terminologie utilisée autour des troubles de l'usage de substances (TUS) et présente les principaux enjeux relatifs au repérage, diagnostic et prise en charge des TUS. (→1)

Chapitre 2 : Parce que la démence concerne avant tout des personnes âgées, et que la dimension « âge » est déterminante en matière de TUS, le chapitre 2 s'intéresse au repérage, au diagnostic et à la prise en charge des personnes âgées ayant un TUS. Ce chapitre désigne également les principales substances concernées par cette tranche d'âge et indique les principaux problèmes y relatifs. (→2)

Les **chapitres 3 à 5** abordent dans le détail les problèmes soulevés par le repérage, le diagnostic et la prise en charge d'un TUS lorsque celui-ci est associé à d'autres troubles psychiatriques (TPSY, →3), à des troubles démentiels (TNC, →4) et à une prise en charge de type palliatif, définie essentiellement comme une prise en charge de la douleur (SP, →5). Ces chapitres fournissent également des éléments épidémiologiques (prévalence des troubles) et étiologiques (qui visent à expliquer les relations causales complexes entre TUS et troubles psychiatriques /neurocognitifs/douleur).

Le **chapitre 6** met l'accent sur plusieurs problématiques transversales qui concernent aussi bien les consommateurs de substances vieillissants que les personnes ayant un TUS, associé, ou non, à d'autres troubles psychiatriques, cognitifs ou à un niveau de douleur important. À ce titre, les prescriptions médicamenteuses inappropriées, les mélanges alcool-médicaments, les chutes, les risques liés au sevrage, le suicide et la dépression sont évoqués. (→6)

Le **chapitre 7** présente les différents acteurs ayant un rôle à jouer, et leur complémentarité, dans la prise en soins des problématiques évoquées. Ce chapitre s'attache aussi à fournir — là où cela est possible — un aperçu chiffré du nombre de professionnels concernés et de la proportion de leur « patientèle » affectée par des TUS/TPSY/TNC. Il se conclut par la mise en évidence des acteurs clés en matière de repérage et de maintien des personnes concernées dans la communauté. (→7)

Le **chapitre 8** présente des recommandations applicables aux quatre domaines investigués. Elles s'articulent autour des thèmes suivants : renforcement de l'autonomie (empowerment) ; renforcement de l'autodétermination ; maintien dans la communauté ; continuité des soins ; intervention précoce (IP) ; travail des proches ; soins de longue durée ; vieillissement de la population ; polymédication ; sevrages potentiellement mortels ; douleurs et hyperalgésie ; modalités de financement. (→8)

1 Rappel liminaire : Trouble de l'usage de substances (TUS)

Du fait de la complexité de la matière abordée, ce premier chapitre reprend la terminologie utilisée autour des troubles de l'usage de substances (TUS) et présente les principaux enjeux relatifs au repérage, diagnostic et prise en charge des TUS.

1.1 Terminologie

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) [3].

Dans le domaine médical, plutôt que de parler d'addiction, les professionnels de santé font référence au diagnostic de syndrome de dépendance dans la Classification internationale des maladies (CIM-10) ou, plus récemment dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), à celui de **TUS — Trouble de l'usage de substances** (→1.4).

Il est important de relever que seule une minorité d'usagers de drogues souffrent d'addiction (autrement dit d'un TUS sévère) et que la majorité d'entre eux contrôlent leur consommation. Afin de mettre en évidence ce qui se trouve entre une consommation qui ne pose aucun problème et une perte totale d'autonomie, la Stratégie nationale addictions [1, p. 13] distingue trois formes de consommation et de pratiques :

1. **Comportement à faible risque** : décrit les formes qui ne sont nocives ni pour la santé de la personne concernée ni pour son entourage et qui font souvent partie de la vie en société.
2. **Comportement à risque** : désigne les formes qui peuvent causer des problèmes ou des dommages physiques, psychiques ou sociaux à la personne concernée et à son entourage. Parmi celles-ci, on distingue : a) le comportement excessif (p. ex. biture express) ; b) le comportement chronique (p. ex., consommation quotidienne d'alcool) ; c) le comportement inadapté à la situation (par ex., conduite en état d'ébriété).
3. **Addiction** : est un phénomène qui a des composantes à la fois biologiques, psychologiques et sociales. Elle a des répercussions sur l'état physique et psychique de la personne, sur son entourage au sens large et sur son insertion sociale. Son apparition est due non seulement à des prédispositions individuelles, mais aussi à des facteurs sociétaux (entourage personnel, situation professionnelle et financière, perception culturelle des substances considérées, accessibilité de ces substances, etc.).

Tableau 1 : Modes de consommation, différences terminologiques

*Stratégie Addictions	**Psychoactif.ch	# DSM-IV/CIM-10[4]	##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)
Addiction	Dépendance	Syndrome de dépendance	– Trouble léger – Trouble modéré – Trouble sévère

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

[3] Définition du GREA, pour plus d'informations, voir le dossier « Addiction » du GREA : https://www.grea.ch/dossiers/addiction

[4] CIM-10, voir chap. V, Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-F19) : https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/

1.2 Généralités sur les substances psychoactives (SPA)

1.2.1 Comment agissent les substances psychoactives ?

Selon le DSM-5, toutes les substances qui sont prises en excès ont en commun une activation directe du système cérébral de récompense, lequel est impliqué dans le renforcement des comportements et la production de souvenirs. Ces substances produisent une activation si intense du système de récompense que les activités habituelles peuvent s'en trouver négligées. Au lieu d'aboutir à une activation du système de récompense par des comportements adaptatifs, les substances donnant lieu à abus activent directement les voies de récompense. Les mécanismes pharmacologiques par lesquels chaque classe de substances produit une récompense sont différents, mais typiquement les substances activent ce système et produisent des sensations de plaisir, souvent appelées high. De plus, les sujets avec des niveaux plus bas de contrôles de soi, lesquels peuvent refléter des altérations dans les mécanismes cérébraux d'inhibition, peuvent être particulièrement à risque de développer des troubles liés à la consommation d'une substance, suggérant que les racines des troubles liés à la consommation d'une substance peuvent être retrouvées dans les comportements de certaines personnes bien avant le début même de la consommation actuelle de substance [5, p. 823].

1.2.2 Quels effets nocifs peut avoir la consommation de substance ?

Pour l'OMS, les principaux effets nocifs de l'usage de substances psychoactives peuvent être répartis en quatre catégories. Les affections chroniques viennent en premier. Concernant l'alcoolisme, ce sont la cirrhose hépatique et une foule d'autres maladies chroniques ; concernant le tabagisme à la cigarette, ce sont le cancer du poumon, l'emphysème et diverses affections chroniques. L'usage de l'héroïne par injection, en raison de l'utilisation d'une même aiguille par plusieurs usagers, est dans de nombreux pays un vecteur important de transmission d'agents infectieux comme le VIH et les virus des hépatites B et C. Viennent ensuite les effets biologiques aigus ou à court terme de la substance. C'est notamment le cas de la surdose avec les opioïdes et l'alcool. Dans cette catégorie, on classe également les accidents dus aux effets de la substance sur la coordination physique, la concentration et le jugement, lorsque leur altération est potentiellement dangereuse. Les accidents occasionnés par la conduite d'un véhicule après consommation d'alcool ou d'autres drogues sont prépondérants dans cette catégorie, mais d'autres accidents, le suicide et (tout au moins pour l'alcool) les coups et blessures y figurent également. La troisième et la quatrième catégorie d'effets nocifs induits sont les dommages sociaux dus à l'usage des substances psychoactives : difficultés sociales aiguës, telles que l'interruption brutale d'une relation ou l'arrestation, et difficultés sociales chroniques, telles que l'incapacité de remplir les obligations professionnelles ou familiales [6, p. 12]. Pour une vision d'ensemble des méfaits, présentée par substance, voir les annexes (→A5).

1.2.3 Qui est concerné par la prise de substances psychoactives en Suisse ?

En Suisse, neuf personnes sur dix boivent de l'alcool [7]. Près d'une personne sur cinq consomme de l'alcool en quantités excessives, c'est-à-dire qu'elle boit trop, trop souvent et au mauvais moment. Presque 5 % de la population présente une consommation à risque chronique, c'est-à-dire qu'elle boit trop et trop fréquemment (pour les hommes 4 verres standard et pour les femmes 2). 15.9 % de la population (20.7 % des hommes et 11.1 % des femmes) présente une consommation ponctuelle à risque avec 4 verres standard et plus pour les femmes et 5 verres standard et plus pour les hommes lors d'une occasion au moins une fois par mois. On estime que 250'000 à 300'000 personnes sont alcoolodépendantes en Suisse [8]. En 2017, 27,1 % de la population de plus de 15 ans fumait, soit 31 % des hommes et 23,3 % des femmes [9]. Selon l'ESS 2017, 4,3 % des personnes interrogées avaient pris chaque jour un somnifère, un tranquillisant ou les deux, les femmes (5,6 %) près de deux fois plus souvent que les hommes (3,0 %). Durant la semaine précédant l'enquête, 24,1 % des personnes interrogées ont pris au moins une fois un analgésique, une proportion qui a pratiquement doublé au cours des 25 dernières années (12,4 % en 1992). La consommation quotidienne d'analgésiques a elle aussi augmenté : de 1992 à 2002, 4,1 % à 4,3 % des personnes interrogées indiquaient en consommer chaque jour, alors que ce

pourcentage se situait à 6,4 % en 2017. Comme pour les calmants et les somnifères, les femmes consomment davantage d'analgésiques que les hommes (7,2 % contre 5,1 %) [10, p. 75-76][5].

1.2.4 Quel est le coût économique et humain de la consommation de substances en Suisse ?

En Suisse, un décès sur sept (soit environ 9'000 cas par an) est lié au tabac ; 1'600 personnes meurent des suites de l'abus d'alcool et environ 120 d'une consommation de drogues illégales (surdoses) [7]. Les coûts sociaux, qui comprennent les coûts de santé directs auxquels s'ajoutent les coûts économiques indirects, s'élèvent à 7,7 milliards de francs [7]. L'abus d'alcool entraîne des frais d'environ 2,8 milliards de francs par année. La majeure partie de cette somme est à la charge de l'économie sous forme de pertes de productivité ; les décès prématurés, les absences pour cause de maladie ou les mises à la retraite anticipée provoquent des coûts se montant à 2,1 milliards de francs [8]. Quant au tabagisme, il grèverait l'économie suisse à hauteur de 3,9 milliards de francs chaque année, dont 3 milliards seraient utilisés pour financer les traitements médicaux et 0,9 milliard pour compenser la perte de gain [9].

1.3 Repérage

Dans une logique visant à offrir, au plus tôt, un soutien adapté aux personnes ayant un problème de consommation de substances psychoactives (SPA), plusieurs stratégies ont été développées aussi bien en Suisse qu'à l'étranger. Bien que leur dénomination (« SBIRT », « early intervention », «dépistage/repérage et intervention précoce», «dépistage précoce et intervention brève», etc.), leurs composantes (promotion d'un milieu favorable, instrument de screening, grille d'observation, évaluation, intervention brève) et leur lieu d'implantation (écoles, services d'urgences, cabinet médical, institution sociale, etc.) diffèrent, elles ont en commun le « repérage » des personnes concernées.

Pour faciliter la tâche des professionnels, de nombreux instruments, dits de screening, ont été développés à leur attention. Parfois, les professionnels préfèrent avoir recours à des « grilles d'observation » maison qui, à l'inverse des instruments de screening, ne sont pas validées scientifiquement.

Tableau 2 : Exemples de questionnaires validés pour le repérage

Nom	Description
ASSIST	Ce questionnaire, conçu et validé par l'OMS, permet un dépistage bref de diverses substances psychoactives : tabac, alcool, cannabis, cocaïne, stimulants de type amphétamines, solvants, calmants ou somnifères, hallucinogènes, opiacés, autres drogues. Ce questionnaire demande entre quatre et quinze minutes selon le nombre de substances consommées. www.who.int/substance_abuse/activities/assist_french.pdf
DEP-ADO	Développé au Québec par RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives), ce questionnaire a été validé auprès de jeunes de 14 à 17 ans, et permet aux intervenants de première ligne un repérage des consommations psychoactives problématiques. https://oraprdnt.uqtr.uquebec.ca/pls/public/docs/GSC4242/F1775629324_DEP_ADO_fr_V3.2a_2013.pdf
CAGE	Le CAGE est le questionnaire standardisé le plus connu en matière d'alcool. Composé de quatre questions, il peut facilement être utilisé par un médecin généraliste lors d'une visite médicale. www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/fr/alcool/diagnostic/questionnaire-cage

[5] Nous n'abordons pas les autres substances psychoactives (cannabis, cocaïne…) dans le cadre de ce rapport, car leur consommation reste anecdotique pour ce qui concerne les personnes âgées. De plus, leur impact sur les troubles psychiatriques prête encore à discussion, quant aux troubles cognitifs, il est trop peu documenté.

Il est essentiel de comprendre que **l'utilisation de ces instruments ne débouche pas sur un diagnostic**. Ils peuvent au mieux attester de l'absence d'un problème ou, au contraire, alerter d'un *hypothétique* problème. Dans ce deuxième cas de figure, plusieurs options existent :

1. Lorsque la passation de l'instrument a été faite par un professionnel formé, il peut sur la base d'informations complémentaires, initier une intervention brève (IB) (voir [11]) ;
2. Si le professionnel ne dispose pas d'une formation à l'IB ou que la problématique addictive lui semble trop complexe, il peut référer la personne à un centre spécialisé qui possède l'expertise requise pour une évaluation complète (généralement multidimensionnelle) et/ou une prise en charge spécialisée.

On notera que certains instruments peuvent également être utiles aux cliniciens pour le suivi dans la durée des personnes concernées.

Une autre manière de concevoir le repérage est de s'appuyer non pas sur des professionnels, mais sur la communauté et la personne elle-même. Dans cette perspective, il s'agit de mettre à disposition des personnes concernées des tests qu'elles peuvent s'autoadministrer ; d'inciter les institutions à prendre en compte cette problématique par la mise en place de procédure (milieu favorable) ; ou encore de publier des informations destinées aux proches (familles, collègues, etc.). Cette perspective[6] est celle qui a été retenue par le GREA depuis 2010 [12]. Elle se différencie d'autres approches du fait qu'elle exige, avant tout repérage, la mise en place de mesures visant « la promotion d'un environnement favorable ». Une charte nationale [13], rédigée et ratifiée en 2016 par la grande majorité des acteurs actifs dans le domaine des addictions, soutient cette exigence d'une étape préalable au repérage et la reconnait comme un élément essentiel de l'intervention précoce telle qu'elle devrait être pratiquée en Suisse (→A6). Actuellement, d'autres modèles voient le jour tant en Suisse [14]–[17] qu'à l'étranger [18].

1.4 Diagnostic d'un TUS

L'élaboration d'un diagnostic est un acte médical complexe, réservé aux médecins. À cette fin, ils peuvent s'appuyer indistinctement sur la Classification internationale des maladies (CIM — élaborée par l'OMS) ou sur le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM — publié par l'*American Psychiatric Association* ou APA).

1.4.1 Critères diagnostiques

Selon le DSM-5, la caractéristique essentielle d'un trouble de l'usage d'une substance est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à consommer la substance malgré des problèmes significatifs liés à cela.

Tableau 3 : 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

[6] Voir le dossier du GREA : www.grea.ch/dossiers/intervention-precoce-ip et le site web dédié à ce thème : www.interventionprecoce.ch

	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 : – 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 : – 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].

Il est important de relever que les critères diagnostiques énumérés dans le tableau ci-dessus constituent des critères génériques. Le DSM-5 recense des critères spécifiques pour 10 classes de substances. Pour les critères diagnostics de la CIM-10, également utilisée en Suisse, voir les annexes (→A7).

1.4.2 Diagnostic différentiel

En raison des similitudes avec d'autres troubles, et de leurs interdépendances fréquentes, poser le diagnostic d'un TUS n'est pas une chose aisée (voir encadré ci-dessous).

Encadré 1 : Diagnostic différentiel

Le premier défi pour le médecin qui traite un utilisateur de substances consiste à déterminer s'il présente un usage non problématique, un usage à risque ou s'il y a présence d'un trouble lié à l'utilisation de la substance. Le diagnostic d'un trouble lié à l'utilisation de la substance se distingue de celui d'un usage récréatif quand l'individu présente de façon répétée des problèmes sociaux, relationnels ou physiques liés à sa consommation, en plus de conséquences négatives sur le fonctionnement social et sur la santé, de nouveaux comportements (tentative de diminuer ou de cesser la consommation, consommation plus importante que celle planifiée) et de changements physiologiques spécifiques (tolérance et sevrage).

(…) Le médecin doit aussi être en mesure de différencier les **symptômes d'intoxication** et de **sevrage**, des **troubles psychiatriques induits par une substance** et des **troubles psychiatriques primaires.** Les troubles induits par une substance peuvent être de différentes natures : psychotiques, affectifs, anxieux, cognitifs (delirium), sexuels, du sommeil ou non spécifié. Ces symptômes se différencient des symptômes d'intoxication et de sevrage lorsqu'ils dépassent ce qui est attendu dans le contexte de ces catégories diagnostiques et que les symptômes méritent en soi une attention particulière. Un diagnostic de trouble induit par une substance est posé si on ne peut expliquer les symptômes par un trouble psychiatrique primaire (p. ex., une schizophrénie pour des symptômes psychotiques ou un trouble bipolaire dans le cas de symptômes affectifs). Parmi les indices augmentant le niveau de suspicion d'un trouble psychiatrique primaire, notons :

– L'apparition de symptômes psychiatriques avant le début de la consommation de substance ;
– La persistance de symptômes psychiatriques durant plus de quatre semaines après la disparition des symptômes aigus d'intoxication ou de sevrage à la substance ;
– Des symptômes plus intenses et d'une nature différente de ce qui est attendu pour la consommation d'une substance donnée ;
– La présence de symptômes psychiatriques dans le contexte d'une période prolongée d'abstinence ;
– Une histoire familiale positive vis-à-vis d'un ou de plusieurs troubles psychiatriques primaires.

Une évaluation psychiatrique minutieuse et une attention particulière portée à la relation temporelle entre les symptômes psychiatriques et l'utilisation de drogues sont souvent la clé qui permet de poser le diagnostic adéquat.

Source : Lalonde et Pinard (2016), Psychiatrie clinique : Approche bio-psycho-sociale (Tome 1), p. 902 [19], [20].

Intoxication

L'intoxication est le terme médical pour décrire les perturbations physiques et cognitives qui sont directement consécutives à un épisode de consommation. Il s'agit des « effets attendus » par une personne lorsqu'elle prend de son propre chef une substance psychoactive ou lorsque celle-ci est prescrite par un médecin. Ces effets sont limités dans le temps.

Sevrage

Le sevrage est un syndrome qui se produit quand les concentrations sanguines ou tissulaires d'une substance diminuent à la suite d'une consommation massive et prolongée. La réduction ou l'arrêt soudain de la consommation peut provoquer des symptômes de sevrage plus ou moins graves

selon la substance en cause, la fréquence habituelle de consommation et la dose consommée. L'ICRAS précise que l'arrêt du tabac et du cannabis peut entraîner des symptômes de sevrage qui, sans être mortels, causent beaucoup d'inconfort. Le sevrage d'opioïdes (p. ex. fentanyl, héroïne, hydromorphone, morphine) peut provoquer un inconfort extrême, mais ne cause généralement pas de complications médicales graves. Le sevrage de stimulants (p. ex. méthamphétamine, cocaïne) se manifeste soit par de l'agitation et de l'irritabilité, soit au contraire par une dépression et un besoin exagéré de sommeil. Et nous met en garde du fait que le sevrage de benzodiazépines et d'alcool peut, dans les cas graves, entraîner des symptômes engageant le pronostic vital qui exigent des soins médicaux immédiats (p. ex. convulsions, delirium, hallucinations, agitation extrême et fluctuations de la température corporelle et de la tension artérielle) [21, p. 46-47].

Troubles induits par une substance

Les troubles induits par une substance désignent les troubles mentaux et les maladies physiques qui découlent directement de la consommation répétée d'une substance. Sur le plan somatique, il peut s'agir d'un cancer des poumons pour le tabagisme ou d'une cirrhose hépatique en cas d'alcoolisme. Quant aux troubles mentaux induits, ils sont abordés en détail par le DSM-5 qui précise que lorsque les symptômes sont considérés comme une conséquence physiologique directe d'une substance, un trouble induit par une substance est diagnostiqué. Pour une vue synthétique des diagnostics associés aux classes de substances, voir les annexes (→A8).

- Les Troubles liés à l'utilisation d'une substance apparaissent aussi, souvent, en comorbidité avec de nombreux troubles mentaux (p. ex. : Troubles des conduites chez les adolescents, Personnalités antisociale et borderline, Schizophrénie, Troubles de l'humeur) dont ils compliquent l'évolution et le traitement [3, p. 236]. Ces derniers sont l'objet du chapitre relatif aux **TUS et (autres) trouble psychiatriques** (→3).
- On relèvera que les « troubles neurocognitifs (TNC) » dont font partie les démences, figurent également sous le diagnostic de troubles induits par une substance. Cette relation est abordée dans le chapitre consacré aux **TUS et démence** (→4).

1.5 Prise en soins

Naguère axés principalement sur l'abstinence, les traitements ont progressivement adopté une démarche différenciée. Selon les principes du rétablissement, c'est la personne avec sa situation et ses ressources qui lui sont propres, qui va trouver le chemin pour se rétablir, et gérer ses difficultés. Autrement dit, ce n'est plus le professionnel qui impose LE but thérapeutique et LA méthode pour l'atteindre, actuellement tous deux sont négociés régulièrement entre le « patient » et le professionnel. En Suisse, les objectifs de la thérapie destinée aux personnes présentant des troubles liés aux substances sont précisés à l'article 6 de l'ordonnance sur les stupéfiants (OAStup). Dans cette publication, ils ne se focalisent plus uniquement sur l'abstinence, mais ne reflètent que partiellement la pratique professionnelle actuelle.

De manière plus générale, parce que l'addiction est un phénomène issu de multiples facteurs, à la fois médicaux, psychologiques et sociaux (voir modèle biopsychosocial →A9), elle demande – selon les professionnels suisses des addictions (GREA, Ticino Addiction, et Fachverband Sucht) – une réponse de la collectivité dans plusieurs domaines complémentaires, à savoir le social, la santé, la sécurité, l'éducation et l'environnement [22].

1.5.1 Le moment opportun : les stades du changement

Afin d'être en mesure de proposer des interventions acceptables et praticables pour leurs clients, les professionnels des addictions se réfèrent au modèle développé par Prochaska et Di Clemente [23]. Celui-ci décrit une série de stades du changement que toutes les personnes franchissent lorsqu'elles cherchent à résoudre leurs problèmes d'usage d'alcool et/ou d'autres drogues. Il s'agit pour le professionnel de pouvoir s'adapter aux besoins spécifiques de la personne concernée, plus précisément à son stade de prise de conscience par rapport à ses difficultés, à un moment donné. Pour une illustration, voir annexes (→A10).

- En cas de problèmes cognitifs, ce modèle de référence est mis à mal (→4.4)

Tableau 4 : Stades du changement et type d'intervention (Prochaska et Di Clemente)

Stade du changement		Type d'intervention
Précontemplation	La personne ne considère pas que ses habitudes d'usage posent un problème ou sont à modifier.	Sensibiliser la personne aux risques et aux conséquences de l'usage continu de l'alcool et d'autres drogues.
Contemplation	La personne est ambivalente. Elle commence à s'interroger sur le pour et le contre de la réduction de l'usage.	Évaluer les risques et les avantages de la consommation ; reconnaître l'ambivalence et évoquer des raisons de changer.
Préparation	La personne commence à réfléchir à des mesures pour effectuer des changements positifs.	Établir des plans, fixer des buts et déterminer les ressources nécessaires pour appuyer les interventions subséquentes.
Action	La personne prend des mesures précises qui visent à modifier les habitudes de consommation	Fournir le soutien et l'encouragement nécessaires pour aider la personne à aller de l'avant.
Entretien	La personne a réalisé des efforts et cherche à maintenir ces nouveaux comportements positifs.	Valoriser les efforts (renforcement positif) et proposer des mesures de prévention des rechutes.
Rechute	La personne a repris les comportements qu'elle cherchait à diminuer/arrêter.	Renouveler le processus depuis le début. Valoriser les efforts entrepris, dédramatiser la rechute en relevant les leçons apprises.

Source : Santé Canada et W. Morrison & Associates (2008), Intervention précoce, services d'approche et liens communautaires pour les jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues [24].

1.5.2 Approches courantes

Le traitement des addictions fait appel à de nombreuses approches, issues des disciplines aussi variées que celles de la psychologie, du travail social, de la médecine, de l'anthropologie, ou encore, plus récemment, des neurosciences. Il s'agit de prendre en compte à la fois la personne, son environnement et son insertion socioculturelle, dans une logique d'autonomisation et de renforcement de sa capacité à agir.

Tableau 5 : Exemples de prise en soins

Dénomination	Description
Approches psychosociales	Les thérapies motivationnelles et cognitives sont conçues pour s'appliquer aux mêmes processus cérébraux motivationnels que ceux qui sont touchés par les substances psychoactives. Elles tentent de remplacer la motivation à utiliser ces substances par la motivation à pratiquer d'autres comportements.
Entretien motivationnel (EM)	L'EM s'appuie sur une approche empathique consistant pour le thérapeute à motiver le patient par des questions sur les avantages et les inconvénients de certains comportements. La motivation au changement vient du patient lui-même. La relation thérapeutique se conçoit comme un partenariat et non une relation patient expert.
Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)	Le but des TCC en addictologie est d'aider les patients à s'émanciper des stratégies cognitives qui les amènent à consommer. Le thérapeute accompagne la personne pour identifier puis modifier les enchainements cognitifs-émotionnels-comportementaux afin de mettre en place des réponses adaptées aux situations à haut risque.
Soins axés sur le rétablissement	Le rétablissement est une approche qui reconnait la primauté de la personne sur tous les types de traitement. Plutôt que de considérer la personne comme déficiente, elle la voit comme le principal levier du changement. Les groupes d'entraide comme les alcooliques anonymes (AA) ont été les premiers à populariser ce modèle. Auparavant séparé du réseau de soins, la logique du rétablissement devient un paradigme dominant dans le réseau professionnel et de nouvelles approches voient le jour pour mieux intégrer les différents services.
Traitements pharmacologiques	On peut distinguer trois types de traitements pharmacologiques : 1) Ceux qui éliminent les aspects positifs (récompense) de l'usage de substances ou qui rendent leur usage déplaisant (p. ex. naltrexone) ; 2) Ceux qui miment certains des effets des substances psychoactives (p. ex. la méthadone, la buprénorphine, la diacétylmorphine), leur dénomination commune est : Traitement basé sur la substitution (TBS) ; traitement par agonistes opioïdes (TAO) ; ou en encore, dans le cadre de l'OAStup, « Traitement avec prescription de stupéfiants » ; 3) Ceux qui suppriment le « craving », c'est-à-dire l'envie irrésistible de consommer (p. ex. Baclofène).
Prise en charge socioéducative	La prise en charge socioéducative agit en complémentarité des approches médicale et psychologique et favorise la resocialisation et la réinsertion. Accompagnant le patient dans ses démarches, son quotidien, le

	but est de réinvestir les liens sociaux, développer les compétences sociales et relationnelles en vue d'une autonomisation et une responsabilisation dans ses choix et décisions.
Groupe d'entraide	Les groupes d'entraide autogérés (également appelés groupe d'autosupport) sont de petites structures communautaires formées de gens partageant un problème et valorisant l'entraide entre égaux pour arriver à changer leur situation. Ils privilégient comme source de connaissance les expériences de leurs pairs (ex. : Alcooliques anonymes (AA), Narcotiques anonymes (NA)). Certaines institutions ont repris, en partie, ce modèle et proposent à leurs clients des groupes d'entraide à guidance professionnelle.
Consommation contrôlée	La consommation contrôlée (CC) est une alternative à l'abstinence qui vise la maîtrise de la consommation et intègre la prévention des rechutes. La CC est une consommation disciplinée, astreinte à un plan prédéfini, à savoir des règles établies quant à la quantité et au cadre (voir : www.grea.ch/dossiers/consommation-controlee).
Self-Help	De nombreuses publications semblent attester de la transformation des programmes classiques de consommation contrôlée vers des « Self-Help Intervention » soutenus par les technologies de l'information et de la communication.
Réduction des risques (RdR)	La RdR désigne communément l'ensemble des programmes, des prestations et des pratiques qui visent à réduire les dommages associés à l'utilisation de substances psychoactives, par des personnes qui sont dans l'incapacité ou qui n'ont pas la volonté de cesser de consommer [25]. Une des caractéristiques essentielles de cette approche est qu'elle se concentre sur les personnes elles-mêmes, leurs pratiques, leur environnement et leurs conséquences négatives, plutôt que sur la prévention de la consommation de drogues (voir : www.grea.ch/dossiers/reduction-des-risques)

Source (principale) : GREA, dossier traitement et rétablissement, www.grea.ch/dossiers/traitement-retablissement

1.6 Ressources

1.6.1 Documents à teneur normative

Tableau 6 : Documents à teneur normative

Thème	Intitulé	Références
Général	Praticien Addiction Suisse www.praticien-addiction.ch	
Qualité	QuaTheDA Qualité Thérapie Drogue Alcool www.quatheda.ch	[26]
Trouble de l'usage de l'alcool	S3 Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen (AWMF-Register Nr. 076-001) — Utilisées en Suisse par la SSAM https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html.	AWMF, 2020 [27]
Benzodiazépines	Principes généraux régissant l'utilisation des benzodiazépines et des médicaments apparentés http://avmca.ch/sites/default/files/BENZOS__f_.pdf.	AMS, SSAM, et APC, 2014 [28]
Pairs	Travail avec les pairs dans le domaine des addictions en Suisse : Recommandations https://www.infodrog.ch/files/content/materialien_fr/recommandations_travail-avec-les-pairs.pdf.	Infodrog, 2014 [29]
Hépatite C	L'hépatite C chez les usagers de drogue : Directives avec fiches d'information spécifiques à chaque contexte https://www.infodrog.ch/files/content/hepc_fr/richtlinien-hepatitis-c-drogen-fr-2019.pdf.	OFSP et Infodrog, 2019 [30]
Politique drogue	Déclaration d'Ascona	[31]
Intervention précoce	Charte de l'intervention précoce de 2016	[13]
LStup	Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (LStup) https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1952/241_241_245/fr	[32]

1.6.2 Documents de référence

Cadre : Santé2020 [33] > Stratégie MNT [34] > Stratégie addictions [1]

Plan de mesures de la Stratégie addictions [35]

Prises de position de la CFLD [2], [36]–[38]

Prises de position de la NAS [39]–[42]

1.6.3 Suivi de la problématique

Addiction Suisse : Monitorage suisse des addictions www.suchtmonitoring.ch

MonAM — Système de monitorage suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (OBSAN, OFSP) https://ind.obsan.admin.ch/fr/monam

MonAM : Indicateurs de suivi la Stratégie Addictions https://ind.obsan.admin.ch/fr/monam/topic/1SUC

MonAM : Séjours hospitaliers pour des troubles liés à des substances psychoactives (diagnostic principal ou secondaire) https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/sejours-hospitaliers-pour-des-troubles-lies-a-des-substances-psychoactives-diagnostic-principal-ou-secondaire

OBSAN : Prise en charge stationnaire due à des substances psychoactives (F11-F19) https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/maladies-mentales-les-plus-frequentes-en-traitement-stationnaire

OBSAN : Prise en charge stationnaire due à l'alcool (F10) https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/maladies-mentales-les-plus-frequentes-en-traitement-stationnaire

1.6.4 Plateformes web

FVS — Fachverband Sucht www.fachverbandsucht.ch

GREA — Groupement romand d'études des addictions www.grea.ch

Infodrog — Centrale nationale de coordination des addictions www.infodrog.ch

Infodrog : Répertoire des offres d'aide en Suisse www.Indexaddictions.ch

Infoset www.infoset.ch

OFSP : Dossier sur la Stratégie addictions www.bag.admin.ch (sous onglet « Stratégie & politique »)

SSAM — Société Suisse de Médecine de l'Addiction www.ssam.ch/SSAM/fr

Ticino Addiction www.ticinoaddiction.ch

1.6.5 Autres

GREA : Publications du GREA www.grea.ch/publications

GREA : Dossier « Stratégie addictions » www.grea.ch/dossiers/strategie-addictions

GREA : Dossier « Loi sur les stupéfiants » www.grea.ch/dossiers/loi-sur-les-stupefiants-lstup

GREA : Site web de référence sur intervention précoce www.Interventionprecoce.ch

2 TUS et vieillissement

Parce que la démence concerne avant tout des personnes âgées, et que la dimension « âge » est déterminante en matière de TUS, ce chapitre s'intéresse au repérage, au diagnostic et à la prise en charge des personnes âgées ayant un TUS. Ce chapitre désigne également les principales substances concernées par cette tranche d'âge et indique les principaux problèmes y relatifs.

2.1 Éléments de compréhension

2.1.1 Vieillissement démographique

La pyramide des âges s'est considérablement modifiée au cours du 20e siècle. La proportion des jeunes (de moins de 20 ans) a régressé de 40,7 % en 1900 à 20 % en 2019, celle des personnes âgées de plus de 64 ans a progressé de 5,8 % à 18,7 %. L'augmentation est particulièrement marquée (de 0,5 % à 5,3 %) pour les personnes du quatrième âge (80 ans ou plus). Selon l'OFS, ce phénomène se poursuivra et la part des personnes de 65 ans ou plus devrait passer de 18,7 % (2019) à environ 25,6 % en 2050 [43].

2.1.2 Vieillissement de la population consommatrice de substances psychoactives (SPA)

L'élévation de l'âge des personnes qui consomment des substances est visible depuis plusieurs années déjà dans les centres d'accueil à bas seuil d'accessibilité, dans le cadre des traitements résidentiels, auprès des patients suivant un traitement par agonistes opioïdes (TAO) ainsi qu'en alcoologie.

En 2010, Da Cunha et collègues relevaient qu'une partie non négligeable de la population en situation d'addiction vieillissait en raison d'une meilleure prise en charge et la plupart de leurs interlocuteurs alertaient de l'absence de structures résidentielle « pour personnes âgées et/ou, dans l'impossibilité de vivre de manière autonome », tout comme de « lieux pouvant accueillir pour des séjours de courte durée les personnes en situation de crise due à des pathologies psychiatriques et/ou de forte consommation et pour lesquelles ni les structures hospitalières ni le résidentiel, ni l'ambulatoire n'ont de solution » [44, p. 45].

Toutefois, le vieillissement de cette population ne concerne pas uniquement les institutions spécialisées dans la prise en charge des TUS. L'ensemble des services dédiés aux personnes âgées (soins gériatriques, soins à domicile, EMS, etc.) sont, de plus en plus, confrontés à cette problématique. Les domaines des soins palliatifs (→5) et de la prise en charge des troubles neurocognitifs (→4) devraient, également, être de plus en plus concerné par cette population.

Plus globalement, un de nos interlocuteurs relevait le manque d'expertise en rapport avec ce public inédit :

> *« Il y a un nouveau phénomène qu'on a déjà abordé. C'est celui du vieillissement d'une population qui avant succombait, en fait, avant d'atteindre un âge plus avancé. C'est le cas notamment des héroïnomanes. On a constaté avec nos collègues de l'addiction. Ils ont des cohortes comme cela — j'ai mentionné la méthadone — des cohortes de gens qui ont ce type de traitement, qui vieillissent de plus en plus. Et ces personnes-là — heureusement en fait — atteignent l'âge avancé. Seulement, **il n'y a pas grand monde qui a une grande expérience du vieillissement** ».*

2.2 Spécificités cliniques

L'abus de substances peut être très dangereux pour les personnes âgées. Elles sont affectées par les substances différemment des adultes plus jeunes, et de plus petites quantités de substances peuvent avoir un impact plus important. La consommation abusive de substances par les personnes âgées peut aggraver toute maladie chronique dont elles peuvent souffrir. De plus, les personnes âgées prennent souvent plus d'un médicament, ce qui augmente leurs chances d'être exposées à des interactions médicamenteuses dangereuses [45]. Un métabolisme plus lent

prolonge les effets sur le système nerveux central et augmente la susceptibilité aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues [46, p. 9].

2.2.1 Multimorbidité

Outre les problèmes physiques pouvant être provoqués par une consommation de substances psychoactives (cancer, cirrhose, etc.), les personnes consommatrices de substances ont tendance à cumuler, plus que le reste de la population, des troubles d'ordres psychiatriques (dépression, psychose, etc.), neurologiques (troubles cognitifs légers/démence) ainsi que les problématiques sociales (chômage, perte du logement, divorce, etc.), voire judiciaires.

Par ailleurs, indépendamment de la consommation de substances, les personnes âgées présentent souvent de multiples comorbidités. Selon Weber elles sont atteintes de deux ou plusieurs affections chroniques simultanément. Les polypathologies augmentent fortement à partir de l'âge moyen. Si 13 % des 50-64 ans vivant dans un ménage privé présentent simultanément deux ou plusieurs maladies chroniques, ils sont 25 % chez les 65-79 ans et plus de 41 % chez les 80 ans et plus. La présence simultanée de plusieurs maladies chroniques entraîne une vulnérabilité accrue et a des conséquences négatives sur l'autonomie et la capacité fonctionnelle, la gravité des pathologies et les frais thérapeutiques. Les maladies physiques s'accompagnent souvent de pathologies psychiques. Ainsi, trois quarts des personnes éprouvant une souffrance psychique forte présentent également des troubles physiques importants. Chez les personnes très âgées notamment, les souffrances psychiques et les troubles physiques sont également renforcés par les limitations sensorielles telles que les handicaps auditifs et visuels [47, p. 27]. Pour des exemples issus de la pratique clinique, voir la publication de Dietschi [48].

2.2.2 Consommation précoce et consommation tardive

Savaskan et collègues expliquent que les conséquences de la consommation chronique de substances psychoactives peuvent être plus graves si la dépendance commence à un plus jeune âge et se poursuit tard dans la vie (*early onset*), contrairement à une maladie qui commence tard dans la vie (*late onset*). Les usagers qui développent un trouble de la dépendance à un stade avancé de leur vie ont tendance à être plus stables, mieux intégrés socialement et mieux préparés au traitement. Ils précisent que lorsqu'un TUS apparaît à un âge plus avancé (apparition tardive), il s'agit très souvent d'une réaction à des événements critiques de la vie, et la consommation peut être comprise comme une stratégie de régulation des émotions et d'adaptation. La retraite, la perte des aidants, la solitude, les troubles du sommeil, la dépression, l'anxiété et la douleur peuvent tous jouer un rôle en tant que facteurs facilitants. Chez les personnes qui atteignent la vieillesse avec un trouble de la dépendance préexistant (apparition précoce), les processus de vieillissement sont accélérés par la consommation. La tolérance diminue et les comorbidités augmentent [49].

Encadré 2 : Usagers précoces ou tardifs (late onset vs early onset)

Les utilisateurs âgés de substances se distinguent selon qu'ils sont des usagers précoces (sujets survivants) ou tardifs (sujets réagissants). Les usagers précoces ont généralement de longs antécédents de consommation, qui persistent au cours de la vieillesse. Les usagers tardifs commencent souvent en raison de la survenue d'événements stressants dans leur vie comme le départ en retraite, une rupture conjugale, l'isolement social, ou encore un deuil. S'agissant de l'alcool, des études font apparaître des différences cliniques importantes selon l'âge de début de consommation des patients.

Source : EMCDDA (2008), Consommation de drogues chez les personnes âgées [50].

2.2.3 Vieillissement accéléré

Il est important de rappeler qu'une consommation de drogues légales (alcool/tabac), comme illégale, est susceptible de conduire à un vieillissement prématuré (organes internes, cerveau, peau, dentition, etc.). De fait, certains usagers de drogues peuvent présenter à 40 ans déjà, les caractéristiques physiologiques de personnes de plus de 65 ans, sans pour autant avoir accès aux services, comme les EMS, qui leur sont réservés.

2.3 Épidémiologie

2.3.1 Tabac

Le tabagisme est l'une des principales causes de nombreuses maladies, de cas d'invalidité et de décès prématurés. L'OBSAN précise qu'il existe une corrélation marquée entre la consommation de tabac et la mortalité due au cancer du poumon. Le tabagisme accroît aussi le risque de développer d'autres cancers (langue, larynx, etc.), des maladies cardio-vasculaires ou des affections respiratoires chroniques [51, p. 66].

En 2017, selon l'ESS, 27,1 % de la population suisse de plus de 15 ans fumait, soit 31 % des hommes et 23,3 % des femmes [9].

La proportion de fumeurs est nettement moindre chez les personnes de plus de 65 ans : 15,2 % des hommes et 12,5 % des femmes de 65 à 74 ans fument quotidiennement ; chez les 75 ans et plus, la proportion n'est plus que de 7,3 % pour les hommes et de 5,6 % pour les femmes [52, p. 20].

- Le tabagisme cause 9'500 décès par an en Suisse, ce qui correspond à 15 % de tous les décès. Les personnes qui fument meurent le plus souvent des suites de maladies cardio-vasculaires (39 %), d'un cancer du poumon (28 %), de maladies des voies respiratoires (15 %) ou d'un autre cancer (14 %) [9].
- La prévalence du tabagisme est bien plus élevée chez les personnes présentant des problèmes de santé mentale que dans le reste de la population (→3.1.4).
- Le tabagisme est associé à un risque augmenté de développer une maladie d'Alzheimer et de démence vasculaire (→4.1.5).

2.3.2 Alcool

Selon Savaskan et collègues, les blessures, les accidents, la cirrhose du foie et le cancer sont les conséquences les plus courantes de la dépendance à l'alcool (TUS-alcool), avec une mortalité accrue. Ce trouble est également associé à une forte suicidalité. Les troubles gastro-intestinaux tels que la gastrite et les ulcères gastriques, la pancréatite aiguë et chronique progressive, la cardiomyopathie alcoolique, la dépression plaquettaire et l'anémie mégaloblastique, les carcinomes, l'atrophie cérébelleuse, l'ataxie, les polyneuropathies et les symptômes extrapyramidaux sont fréquents. En raison d'une carence en thiamine, le syndrome de Wernicke-Korsakoff peut survenir et entraîner des dommages cognitifs permanents. La démence alcoolique survient généralement à un âge plus précoce que la démence d'Alzheimer en cas de consommation nocive chronique et se manifeste par des dysfonctionnements exécutifs, des troubles de l'orientation, une désinhibition, des troubles affectifs, des changements de personnalité, une irritabilité, une dépression et une négligence [49].

Selon les données du Monitorage suisse des addictions 2016, 89,2 % des hommes et 82,6 % des femmes de 15 ans et plus ont consommé au moins occasionnellement de l'alcool, le nombre d'hommes consommant quotidiennement (12,5 %) étant supérieur à celui des femmes (6,5 %) ; presque une personne sur dix a déclaré consommer de l'alcool quotidiennement (9,4 %) et 50,9 % consomment au moins une fois par semaine ; 14,1 % ont indiqué ne plus boire ou ne jamais avoir bu d'alcool au cours de leur vie ; alors que 26,5 % des hommes ont déclaré boire épisodiquement au moins une fois par mois de manière risquée (cinq verres ou plus par occasion pour les hommes et quatre pour les femmes), ce pourcentage s'est établi à 14,9 % pour les femmes [53]. Enfin, on estime que 250'000 à 300'000 personnes sont alcoolodépendantes en Suisse [8].

S'agissant de la consommation des personnes âgées, l'ESS 2017 montre que 6,7 % des hommes et 5,7 % des femmes de 65 à 74 ans sont concernés par une consommation chronique à risque d'alcool en Suisse [52, p. 21]. En Suisse latine, 19,4 % des personnes âgées de plus de 65 ans sont abstinentes, c'est-à-dire qu'elles ne consomment jamais d'alcool, 15,9 % consomment de l'alcool quelques fois par mois, 29,3 % en consomment chaque semaine et 35,4 %, chaque jour. Il existe d'importantes différences de comportement entre les hommes et les femmes : près de la

moitié des hommes consomme de l'alcool chaque jour (47,8 %) alors que c'est le cas de 26,5 % des femmes [51, p. 68-69].

- L'alcool cause plus de 1'500 décès prématurés par année en Suisse ce qui correspond à 10 % de l'ensemble des décès des hommes, et 5 % des femmes. Les cancers contribuent à 36 % à ces décès, les problèmes du système digestif à 21 %. Les accidents et blessures sont responsables de 21 % des décès [8].
- La prévalence des troubles de l'usage de l'alcool (TUS-alcool) est bien plus élevée chez les personnes présentant des problèmes de santé mentale que dans le reste de la population, et inversement (→3.1.4).
- La consommation excessive d'alcool est associée à un risque augmenté de développer une maladie d'Alzheimer et/ou d'autres types de démence associée à l'alcool (→4.1.5).
- À l'inverse, mais ceci est nettement moins documenté, une démence naissante pourrait conduire certaines personnes à une consommation excessive d'alcool (→4.1.5).

2.3.3 Sédatifs (benzodiazépines et médicaments Z)

Les sédatifs désignent les benzodiazépines et les analogues aux benzodiazépines tels que la zopiclone, le zaleplon et le zolpidem (dits médicaments Z). Ils ont en commun d'agir sur les récepteurs post-synaptiques du GABA et renforcent l'effet inhibiteur du neurotransmetteur [49]. Les benzodiazépines sont utilisées en médecine pour quatre propriétés. Selon le type de produit, elles sont anxiolytiques (elles combattent l'anxiété), sédatives (elles induisent le sommeil), antiépileptiques (elles combattent les convulsions) et myorelaxantes (elles détendent les muscles) [54].

Selon le Monitorage suisse des addictions (enquête CoRolAR 2016), 11 % de la population helvétique (14 % des femmes et 7,9 % des hommes) de 15 ans et plus indiquent avoir pris au moins une fois un somnifère ou un tranquillisant au cours de l'année ayant précédé l'enquête. 7,4 % mentionnent avoir consommé un tel produit au cours des trente derniers jours, dont la moitié presque quotidiennement ou quotidiennement [54], [55]. Ces chiffres sont corroborés par une analyse conduite par Landolt et collègues, des données 2018 de l'assureur maladie Helsana : la prévalence extrapolée sur un an pour la population générale suisse était de 8,1 % pour une prescription de benzodiazépines (BZ), de 3,5 % pour une prescription de médicaments Z (ZD) et de 10,5 % pour une prescription de BZ et/ou ZD [56]. Selon l'OBSAN (ESS 2017), 4,3 % des personnes interrogées avaient pris chaque jour un somnifère, un calmant ou les deux, les femmes (5,6 %) près de deux fois plus souvent que les hommes (3,0 %). Sur la durée, la consommation quotidienne de somnifères et de calmants reste relativement stable et oscille entre 4,2 % et 4,8 % [10, p. 75].

La proportion de personnes qui prennent des somnifères et des tranquillisants augmente avec l'âge. Selon l'ESS 2017, si 1,0 % des personnes de 15 à 34 ans en prennent chaque jour, la proportion atteint 9,2 % dans le groupe d'âge des 65 ans et plus [10, p. 75]. La différence est également marquée à partir de 65 ans : alors que 6,7 % des hommes et 13,3 % des femmes de 65 à 74 ans interrogées dans le cadre de l'ESS 2017 disent avoir pris un tel médicament durant les 7 jours écoulés, la proportion s'élève à 9,8 % (hommes) et 25,0 % (femmes) chez les 75 ans et plus [52, p. 22]. Conduite par Luta et collègues, une analyse des données du Groupe Mutuel (un assureur maladie), montre qu'environ 20 % des personnes de plus de 65 ans avaient reçu au moins une prescription de benzodiazépines en 2017. Cette étude atteste également d'une augmentation avec l'âge : 65-69 : 15,9 % ; 70-74 : 18,4 % ; 75-80 : 22,5 % ; > 80 : 25,8 % [57]. L'étude de Landolt et collègues montre que la majorité des personnes de plus de 65 ans se sont vu prescrire au moins une fois dans l'année des benzodiazépines ou des médicaments apparentés (BZ : 51,9 % ; ZD : 56,9 % ; BZ et/ou ZD : 53,5 %) [56].

De manière préoccupante, un nombre considérable de personnes prennent des somnifères et des tranquillisants sur une période qui excède la durée recommandée [54]. Selon l'enquête CoRolAR 2016, 80,2 % des personnes de plus de 75 ans qui consomment des benzodiazépines tous les jours, le font depuis plus d'une année (contre 51,1 % pour les personnes entre 65 et 74 ans). Alors

que la durée maximale recommandée est de trois mois pour les benzodiazépines, 55,9 % des plus de 75 ans et 38,1 % des 65-74 ans – qui prennent des benzodiazépines quotidiennement – le font depuis plus de trois ans [58, p. 26].

- La prise prolongée de benzodiazépines comporte non seulement un risque important de développer un TUS, mais peut également conduire à des troubles cognitifs voire à une démence de type Alzheimer (→4.1.5).
- En cas de consommation d'alcool, la prise de benzodiazépines est dangereuse (→6.2).
- Les benzodiazépines, associées ou non à de l'alcool, augmente le risque de chutes (→6.3).
- Enfin, le sevrage provoqué par un arrêt brutal des benzodiazépines peut s'avérer mortel (→6.4).

2.3.4 Opiacés/opioïdes

Les opiacés sont des substances dérivées de l'opium qui ont des effets euphorisants, tranquillisants et analgésiques. Avec les opioïdes, les opiacés font partie des médicaments les plus prescrits contre la douleur (p. ex. morphine) et sont utilisés à la fois sous forme d'automédication (p. ex. usage illégal d'héroïne) ou sont administrés dans le cadre de traitement par agonistes opioïdes (p. ex. méthadone).

Une analyse des données récoltées par l'*International Narcotics Control Board* (INCB), concernant la mise en circulation légale à visée médicale ou scientifique des substances placées sous contrôle international [59], a permis à Ruchat et collègues de mettre en évidence une multiplication par 23 de l'usage des opioïdes forts entre 1985 et 2015 en Suisse (de 18 à 421 mg/habitant/année) [60]. On notera à la suite des auteurs que les données de l'INCB ne permettent pas de dire si cette augmentation est le fait d'une meilleure prise en charge de la douleur, de prescriptions plus libérales pour des indications médicales non démontrées ou, encore, la conséquence directe du développement de traitements par agonistes opioïdes (TAO). Ce qu'on sait avec certitude, c'est que la Suisse se place au 7e rang mondial de la consommation d'opioïdes par habitant et, de fait, que cette problématique demande à être traitée avec sérieux.

Prescription d'antidouleurs

À l'instar de ce qui se passe à l'échelle mondiale, la prescription d'antidouleurs opioïdes (p.ex. fentanyl, buprénorphine ou oxycodone) a, selon Wertli et collègues [61], [62], notablement augmenté ces dernières années en Suisse (+42 % entre 2013 et 2018) et concernerait majoritairement des personnes qui ne sont pas atteintes d'une maladie tumorale active (85,8 %) [63]. Il n'existe toutefois aucun chiffre fiable de la prévalence de la consommation d'opioïdes en Suisse.

L'enquête CoRolAR 2016, qui chiffre à 2,6 % la part de la population qui fait un usage quotidien d'antidouleurs « forts » (c'est-à-dire sans analgésiques « over-the-counter » comme le paracétamol et l'aspirine), nous fournit un maxima en deçà duquel il est possible de situer cette prévalence (< 2,6 %). S'agissant d'un usage quotidien et prolongé (plus d'une année), celle-ci serait inférieur à 1,8 % [55, pp 12-18]. L'ESS 2017, qui prend en compte l'usage de tous les analgésiques (y compris le paracétamol et l'aspirine) arrive à une prévalence quotidienne de 6,4 % en 2017 (contre 4,1 % en 1992 et 4,3 % en 2002). Comme pour les calmants et les somnifères, les femmes consomment davantage d'analgésiques que les hommes (7,2 % contre 5,1 %) et la consommation quotidienne augmente avec l'âge, passant de 2,7 % chez les 15 à 34 ans à 10,9 % chez les 65 ans et plus [10, p. 76].

- La consommation prolongée d'antidouleurs opioïdes peut conduire à une augmentation de la tolérance (diminution de l'effet antalgique) et à une hyperalgésie (réaction paradoxale qui augmente la douleur au lieu de la diminuer) (→5.1.5) ;
- Ce qui peut avoir des conséquences dans la prise en charge de la douleur, par exemple dans un contexte des soins palliatifs (→5.4).

Consommation illégale d'héroïne
L'héroïne provoque, après quelques secondes seulement, un flash, qui est suivi d'un état d'apaisement. Elle calme les douleurs et rend euphorique. L'héroïne exerce aussi un effet stimulant sur le système nerveux central : la confiance en soi augmente, l'anxiété et les tensions disparaissent [64].

Selon une estimation des années 1990, quelque 30'000 personnes étaient dépendantes de l'héroïne et/ou de la cocaïne en Suisse. En 2016, 0,7 % de la population déclarait avoir consommé de l'héroïne au moins une fois dans sa vie. Toutefois, comme le relève Addiction Suisse, la prévalence de l'usage d'héroïne est difficile à quantifier, car les personnes qui en consomment sont difficilement atteignables par les enquêtes de population ou préfèrent cacher leur consommation [64].

- En 2018, 165 décès ont été attribués à la drogue en Suisse, l'héroïne étant selon l'OBSAN à l'origine de la plupart de ces décès [65].
- Comme pour la plupart des substances psychoactives, la prévalence de problèmes de santé mentale est bien plus élevée chez les personnes dépendantes à l'héroïne que dans le reste de la population, et inversement.
- Contrairement à une opinion largement répandue, un usage durable d'héroïne pure n'entraîne que peu de conséquences physiques [64]. Néanmoins, l'injection d'héroïne comporte un risque d'infection (VIH et hépatites) pouvant conduire des complications mortelles.
- Les consommateurs réguliers d'héroïne souffrent plus que le reste de la population de douleurs (→5.1.5).
- Tolérance et hyperalgésie peuvent avoir des conséquences dans la prise en charge de la douleur, par exemple dans un contexte des soins palliatifs (→5.4).

Traitements par agonistes opioïdes (TAO)
Selon la Statistique nationale des traitements de substitution (www.substitution.ch) [66], en 2020, 16'144 personnes bénéficiaient d'un TAO. Avec 72,6 % de l'effectif, les hommes étaient largement majoritaires à suivre un tel traitement. Avec respectivement 19,0 % et 20,9 % de l'effectif, les classes d'âge 45-49 ans et 50-54 ans étaient les plus représentées. On notera que presque 1'500 personnes de plus de 60 ans bénéficiaient d'un TAO (9,5 % de l'effectif), dont 395 personnes avaient atteint l'âge de la retraite (2,5 %). Les produits suivants étaient les plus utilisés : méthadone (59,8 %), morphine retard (27.5 %) et Buprénorphine (8,5 %). Les principaux lieux de remise du traitement sont la pharmacie (49.4 %), le médecin traitant (26,0 %) et dans le cadre d'une institution spécialisée (20,6 %) [67]. Les TAO sont fréquemment accompagnées de médications complémentaires. Selon Labhart et Maffli, les benzodiazépines à demi-vie longue (27,2 %) sont les plus fréquemment prescrits, suivis par les antidépresseurs (20,3 %), les neuroleptiques (19,7 %), les autres tranquillisants/somnifères/sédatifs (11,1 %), les benzodiazépines à demi-vie courte (10,6 %), antiépileptiques (4,7 %), psychostimulants (2,7 %, p. ex. Ritaline) et les analgésiques non opiacés (2,1 %). Seuls 37,7 % des personnes en TAO ne prendraient aucune médication complémentaire [68, p. 22].

- Les personnes suivant un TAO souffrent plus que le reste de la population de douleurs (→5.1.5).
- Ils sont concernés par les phénomènes de tolérance et hyperalgésie, ce qui peut compliquer une prise en charge de la douleur, par exemple dans un contexte des soins palliatifs (→5.4).

2.3.5 Polypharmacie

Selon l'OFSP, les personnes âgées souffrent souvent simultanément de plusieurs maladies chroniques et doivent de ce fait prendre différents médicaments (polymédication). L'âge peut modifier la réaction aux médicaments (pharmacodynamique, pharmacocinétique). La polymédication entraîne donc un plus grand risque d'effets indésirables dus aux médicaments. De

nombreuses hospitalisations sont imputables à une surmédication ou à des erreurs de médication [69, p. 20]. L'ESS 2017 a mis en évidence qu'un quart des répondants (24 %) avait consommé trois ou quatre types de médicaments différents au cours des sept derniers jours et 6 %, au moins cinq [51, p. 73]. Une recherche de Blozik et collègues [70]portant sur les demandes de remboursement de médicaments entre 2008-2010 a montré que la proportion de personnes demandant le remboursement de 5 médicaments et plus s'élevait régulièrement avec l'âge, avec un pic à 52 % environ dans le groupe d'âge des 86-90 ans [71, p. 14]. Selon une recherche effectuée à partir des données de 2013 à 2016 d'un assureur maladie par Schneider et collègues, les résidents des EMS prennent 9,3 médicaments par jour en moyenne, soit approximativement 4 médicaments de plus que la population générale de plus de 65 ans (5,6 médicaments par jour) [72][73].

- La polypharmacie est associée à un risque important de PMI — Prescriptions Médicamenteuses Inappropriées (→6.1).
- Elle peut s'avérer problématique en cas de consommation d'alcool (→6.2).
- De plus, plusieurs études ont mis en évidence son rôle dans le déclin cognitif et le développement de démence (→4.1.5).

2.3.6 Les substances les plus consommées

Tableau 7: Prévalence de la consommation de substances psychoactives par les personnes âgées

Substances		Hommes	Femmes
Tabac – consommation quotidienne			
	Population de 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			
	Population de 15 ans et plus	5,2 %	4,1 %
	65-74 ans	6,7 %	5,7 %
	75 ans et plus	6,9 %	6,1 %
Sédatifs – consommation chronique			
	Population de 15 ans et plus	2,1 %	4,0 %
	70 ans et plus	5,2	11 %
Analgésiques – consommation chronique			
	Population de 15 ans et plus	1,6 %	2,3 %
	70 ans et plus	4,4 %	4,9 %

Sources : MonAM (ESS 2017 et CoRolAR 2016) [74]–[76]

2.4 Étiologie

2.4.1 Facteurs de risques de développer un TUS

Il existe certaines similitudes entre les personnes âgées et les jeunes dans leur profil de risque de «mésusage» de substances. Ces facteurs de risque comprennent l'absence de domicile fixe, des antécédents de consommation de substances et la dépression. Cependant, selon Wilson, d'autres facteurs de risque sont plus pertinents pour les personnes âgées, comme un deuil récent, la retraite, l'isolement social et l'immobilité [77]. La SAMHSA a recensé d'autres facteurs de risques que nous reprenons ci-dessous.

Encadré 3 : Facteurs de risque de mésusage de substances chez les personnes âgées

- Retraite (lorsqu'elle n'est pas volontaire)
- Perte du conjoint, du partenaire ou d'un membre de la famille
- Environnement (p. ex., déménagement dans une résidence assistée)
- Santé physique (par exemple, douleur, hypertension artérielle, problèmes de sommeil et de mobilité)
- Déclin cognitif (p. ex., maladie d'Alzheimer)
- Changements sociaux (p. ex. moins actif, déconnecté de la famille et des amis)
- Facteurs de stress économiques (augmentation des médicaments et des coûts de santé, revenu réduit)
- Antécédents de TUS au cours de la vie ou dans la famille
- Disponibilité élevée des substances

– Événements traumatiques antérieurs	– Isolement social
– Troubles mentaux (par exemple, troubles liés à la dépression et à l'anxiété)	

Source : SAMHSA (2020), TIP 26: Treating Substance Use Disorder in Older Adults [45, p. 11].

2.5 Difficultés inhérentes au repérage (screening)

De très nombreuses publications insistent sur le fait qu'il n'est pas simple d'identifier l'usage de substances chez les personnes âgées. Les signes et les symptômes de l'abus de substances peuvent facilement être confondus avec le vieillissement normal ou des troubles physiques ou mentaux courants chez les populations âgées [45, p. 37]. Les signes d'intoxication ou de consommation prolongée peuvent être attribués par mégarde au vieillissement, à un déficit cognitif ou à une démence [46, p. 14]. De plus, ce qui n'aide pas au repérage, selon Wilson [77], il est reconnu que les gériatres sont moins susceptibles que les médecins généralistes de dépister la consommation d'alcool [78]. Par ailleurs, les personnes âgées sont connues pour sous-déclarer leur consommation de substances psychoactives, avec une différence allant jusqu'à quatre fois plus importantes par rapport à leurs homologues plus jeunes [79].

Encadré 4 : Manifestations du vieillissement et/ou d'un usage de substance

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

Source : CPLT et FQCRPAT (2001), La toxicomanie chez les aînés. Reconnaître, comprendre et agir : Guide d'intervention [80, p. 18].

En Suisse, le même constat a été dressé par l'ISGF, dans une étude de 2019, qui montre que le dépistage et l'intervention précoce en cas de consommation problématique d'alcool et de médicaments chez les personnes âgées sont des mesures encore peu connues et peu pratiquées dans le domaine de l'aide et des soins à domicile (SASD), des EMS et des cercles de qualité de médecins de famille et de médecins d'EMS [81, p. 5]. Ce constat figure également dans les récentes recommandations de la SGAP, l'ASI et la SSAM : Selon Savaskan et collègues, la dépendance aux substances psychoactives chez les personnes âgées étant souvent sous-estimée ou non reconnue, un dépistage régulier lors de l'admission dans un établissement hospitalier pourrait prévenir les symptômes de sevrage inattendus chez les personnes présentant des troubles de dépendance non diagnostiqués [49].

2.5.1 Bonnes pratiques

En raison des spécificités physiologiques et des modes de vie différents, des personnes âgées, une partie des instruments développés pour la population adulte, ou adolescente, ne se prêtent pas au repérage des TUS auprès des personnes âgées. De fait, des Instruments de screening adaptés aux seniors devraient être utilisés.

Tableau 8 : Instruments de screening adaptés aux personnes âgées

Alcool	Multiples substances
– Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	– Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)
– Alcohol Use Disorders Identification Test-C (AUDIT-C)	– Brief Addiction Monitor
– Short Michigan Alcoholism Screening Test- Geriatric Version (SMAST-G)	– CAGE Adapted to Include Drugs (CAGE-AID)
– Senior Alcohol Misuse Indicator (SAMI)	– 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. Pour une liste d'instrument en allemand, voir [82].

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

2.6 Difficultés inhérentes au diagnostic

Deux systèmes de classification peuvent être utilisés à des fins de diagnostic : le DSM-5 et la CIM-10. Cependant, selon Wilson et collègues [77], les personnes âgées peuvent ne pas remplir les critères requis pour parvenir à un diagnostic de trouble de l'usage de substances selon le DSM-5 ou de syndrome de dépendance selon la CIM-10. Par ailleurs, les personnes âgées peuvent éprouver des problèmes significatifs, même en consommant de faibles quantités d'alcool (ou d'autres substances psychoactives). Autrement dit, il n'est pas obligatoire de se trouver en présence de tolérance et de sevrage pour qu'il y ait un problème [46, p. 39].

Tableau 9 : Difficultés à appliquer les critères diagnostiques d'un TUS à des personnes âgées

	Critères DSM-5	Considérations particulières pour les personnes âgées
1	Substance prise en plus grande quantité ou sur une période plus longue que prévu	Les troubles cognitifs peuvent interférer avec l'autocontrôle.
2	Désir persistant ou des efforts infructueux pour réduire ou contrôler la consommation de substances.	Il peut y avoir moins de pressions sociales pour réduire l'usage nocif.
3	Grande partie du temps est consacrée aux activités nécessaires à l'obtention de substances ou à la récupération des effets.	Des effets négatifs peuvent se produire à des niveaux d'utilisation relativement faibles.
4	Besoin impérieux ou forte envie de consommer des substances.	Les personnes âgées peuvent ne pas reconnaître les besoins comme des envies, ou les attribuer à autre chose.
5	Consommation récurrente de substances entraînant l'incapacité de remplir les principales obligations liées au travail, à l'école ou à la maison	Les rôles et les attentes des personnes âgées et de leurs familles peuvent avoir changé, de sorte que le problème n'est pas reconnu.
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	Les personnes âgées peuvent ne pas se rendre compte que les problèmes sont associés à 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	Les personnes âgées peuvent avoir des activités réduites en raison de problèmes physiques ou psychiatriques des comorbidités ou du « ralentissement ». L'isolement social et les handicaps peuvent être détectés plus difficilement
8	Utilisation récurrente dans des situations pour lesquels il existe un risque physique	Les personnes âgées peuvent ne pas se rendre compte qu'une situation qui était auparavant sûre est devenue physiquement dangereuse.
9	Poursuite de la consommation en dépit de la connaissance d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par des substances	Les personnes âgées peuvent ne pas se rendre compte que ces symptômes sont liés à une substance Les praticiens peuvent ne pas attribuer certains ou tous les problèmes à une substance

Source : Wilson et al. (2014), Comprehensive Geriatric Assessment and the Special Needs of Older People (Chap. 13) [77].

2.6.1 Bonnes pratiques

Selon Wilson et collègues [77], lors de l'anamnèse dans le cadre d'une évaluation complète, il peut être difficile de se concentrer sur un ensemble particulier de symptômes ou sur un seul processus pathologique. Cela peut être dû en partie au fait que les patients présentent de multiples problèmes en interaction. Une autre difficulté tient au fait que de nombreux problèmes chez les personnes âgées se présentent de manière atypique par rapport aux adultes plus jeunes. C'est notamment le cas du délire, qui peut être le signe d'une infection urinaire (parfois diagnostiquée à tort), mais qui peut tout aussi bien être la caractéristique d'une intoxication ou d'un sevrage de substances, typiquement le delirium tremens. Compte tenu de la stigmatisation et de la sous-déclaration de la consommation de substances psychoactives chez les personnes âgées, Wilson et collègues suggèrent qu'il peut être très utile de compléter les informations cliniques à partir de diverses

sources. Ils précisent que cela est également particulièrement instructif chez les patients souffrant de troubles cognitifs ou ayant des problèmes de communication.

Encadré 5 : Exemples de sources d'informations complémentaires aux observations cliniques

- Les parents, amis et soignants informels (en tenant compte du partage des informations et de la confidentialité) ;
- Les consultations de médecins généralistes ;
- Les résumés de sortie d'hôpital ;
- Les évaluations des services sociaux ;
- Les observations des soignants à domicile ;
- Les observations de centres de jour ;
- Les rapports des responsables du logement/des gardiens des logements accompagnés ; des agences de justice pénale ;
- Les résultats des investigations précédentes (y compris les tests cognitifs et la neuro-imagerie).

Source : Wilson et al. (2014), Comprehensive Geriatric Assessment and the Special Needs of Older People (Chap. 13) [77].

2.7 Difficultés inhérentes à la prise en soins consommateurs âgés

Du fait de leur métabolisme, les personnes âgées peuvent éprouver des problèmes significatifs même en consommant de faibles quantités de substances (p. ex. alcool). Santé Canada nous rappelle qu'il n'est pas obligatoire de se trouver en présence d'un syndrome de dépendance pour qu'il y ait un problème voir [46, p. 39]. La SAMHSA précise que les personnes âgées qui font un usage abusif de substances peuvent avoir besoin d'un traitement même si elles ne satisfont pas aux critères du DSM-5 pour un TUS [45, p. 13]. Elle nous rappelle également que le diagnostic et la planification du traitement diffèrent pour les personnes âgées qui ont des antécédents de consommation abusive de substances (apparition précoce) et celles qui ne développent des problèmes que plus tard dans leur vie (apparition tardive). Par exemple, les personnes âgées qui commencent à boire en raison de facteurs de stress en fin de vie (p. ex., la perte d'un être cher) ne présentent pas nécessairement les mêmes problèmes médicaux ou mentaux que les personnes âgées qui boivent depuis l'adolescence ou le début de l'âge adulte [45, p. 30].

2.7.1 Bonnes pratiques

Selon santé Canada, un traitement efficace pour les personnes âgées comporte **une approche axée sur le client**. Les approches axées sur le client mettent l'accent sur la réduction des méfaits de la consommation d'alcool et d'autres drogues, de même que sur l'amélioration de la qualité de vie. Les personnes âgées sont encouragées à déterminer le rythme, les buts et l'orientation du traitement [46, p. 107].

Encadré 6 : Soins centrés sur la personne

Selon l'American Geriatrics Society (2015), les « soins centrés sur la personne » signifient que les valeurs et les préférences des individus sont sollicitées et, une fois exprimées, orientent tous les aspects de leurs soins de santé, en soutenant leurs objectifs réalistes de santé et de vie. Les soins centrés sur la personne sont obtenus grâce à une relation dynamique entre les individus, les personnes qui sont importantes pour eux et tous les prestataires concernés. Cette collaboration éclaire la prise de décision dans la mesure où l'individu le souhaite.

Source : SAMHSA (2020), TIP 26: Treating Substance Use Disorder in Older Adults.

Pour la SAMSHSA, la création d'une **alliance thérapeutique** solide avec chaque client favorise l'engagement et la rétention dans le traitement. L'alliance thérapeutique est un processus de collaboration fondé sur un accord sur les objectifs et les tâches du traitement et sur un lien entre vous et le client sur les objectifs et les tâches du traitement et un lien entre vous et votre client. De nombreuses recherches montrent l'importance de l'alliance dans tous les types de relations d'aide et dans diverses méthodes de traitement, y compris le traitement des TUS [45, p. 32]. Enfin, les **programmes selon l'âge** permettent de mieux comprendre les questions liées au mode de vie,

au contexte social, aux préoccupations personnelles et aux questions ayant trait à la santé, et créent un nouveau réseau social [46, p. 109].

Tableau 10 : Exemples d'interventions auprès de personnes âgées, en fonction de leurs perceptions et comportements (CPLT et FQCRPAT, 2001)

Perceptions et comportements	Exemples d'interventions adéquates
La personne ne reconnaît pas son problème et l'entretient	– L'intervention doit viser principalement à répondre aux besoins fondamentaux d'hygiène et de salubrité, de protection de la santé et de sécurité. – L'intervention est orientée dans une perspective de réduction des méfaits. – L'intervention se maintient au niveau des services de première ligne. Une vigilance est maintenue pour prévenir la crise. Lorsque la crise se manifeste, la référence à l'urgence de l'hôpital est souvent requise compte tenu de condition de santé de la personne.
La personne ne reconnaît pas son problème, mais apporte des ajustements à son fonctionnement	– L'intervention doit viser principalement à susciter chez la personne âgée l'auto-évaluation de ses ajustements en suscitant une prise de conscience de leurs impacts et des ajustements qui peuvent être nécessaires. Progressivement, la personne est susceptible de nommer elle-même son problème de consommation comme étant un obstacle à apporter des ajustements à son fonctionnement. – L'intervention doit éviter toute forme d'attribution d'étiquettes associées au diagnostic de toxicomanie. – L'intervention se maintient au niveau des services de première ligne.
La personne reconnaît son problème, mais ne s'accorde pas d'espoir	– L'intervention doit porter principalement sur l'identification et la mise à profit de points d'ancrage (intérêts, compétences, relations, capacités, environnement) susceptibles d'éveiller un peu d'espoir. – Des résultats tangibles doivent découler de ces interventions afin de pouvoir augmenter progressivement le niveau d'espoir d'une situation meilleure. – L'intervention est initiée par les services de première ligne et, si nécessaire, une orientation dans les services spécialisés en toxicomanie peut s'en suivre. Par contre, si l'orientation vers les services spécialisés n'est pas indiquée, il peut quand même s'avérer approprié d'envisager une intervention conjointe (c.-à-d. en première ligne, avec le soutien d'intervenants en toxicomanie).
La personne reconnaît son problème et s'accorde de l'espoir	– L'intervention doit viser principalement à aider la personne à se prendre en charge en offrant l'intervention qui correspond à ses besoins (désintoxication, réadaptation, soutien social). – La persévérance dans le traitement et l'aide à la consolidation des changements s'avèrent des enjeux importants. – L'intervention implique une orientation dans les services spécialisés en toxicomanie ainsi qu'un soutien social mettant à profit les ressources de la communauté.

Source : CPLT et FQCRPAT (2001), La toxicomanie chez les aînés. Reconnaître, comprendre et agir: Guide d'intervention [80, p. 20-21].

Pour d'autres exemples d'interventions adaptées à la consommation d'alcool de personnes âgées, voir annexes (→A11).

2.8 Points clés

- Malgré l'existence d'outils de screening adéquats (voir : [83] [82]), le repérage des consommations problématiques semble une mesure peu pratiquée par les institutions chargées des personnes âgées (EMS / SASD) [81, p. 5]. L'encouragement de cette pratique permettrait une prise en charge simplifiée et économique des consommateurs tardifs.
- 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 (voir : [84]–[87]).
- En raison des risques de sevrage involontaire, un dépistage routinier des SPA lors des admissions dans un nouveau lieu de vie ou de soins pourrait s'avérer pertinent [49].
- Depuis peu, il existe des directives médicales sur les TUS impliquant des personnes âgées (voir : [49] [88]). Il s'agit de les faire connaitre auprès des publics concernés.

2.9 Ressources

2.9.1 Documents à teneur normative

Tableau 11 : Principales directives et recommandations en matière de TUS et personnes âgées

Intitulé	Références
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 .	SGAP, ASI & SSAM, 2021 [49]
Savaskan, Egemen, et Sabrina Laimbacher, éd. 2021. Abhängigkeitserkrankungen im Alter: Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie. Hogrefe AG.	[88]
Posture infirmière en cas de consommation de produits addictifs et d'addictions chez les personnes âgées. Recommandations https://www.addictions-et-vieillissement.ch/files/content/pdf-fr/SBK_Umgang_Suchtmittel_fr.pdf.	FVS, ASI/SBK, Infodrog, et GREA, 2020 [87]
Suchtgefährdung im Alter — erkennen und handeln: Leitfaden zum Umgang mit Gefährdeten https://www.akzent-luzern.ch/bestelltool/leitfaden/Leitfaden_Altersinstitutionen.pdf.	Akzent, 2013 [86]
Suchtgefährdung im Alter — erkennen und handeln: Leitfaden für Mitarbeitende und Leitende aus Altersinstitutionen https://www.infodrog.ch/files/content/diversitaet_de/130909_leitfaden_suchtgefaehrdung_im_alter_beirat.pdf.	Akzent, 2013 [85]
Empfehlungen zur Optimierung der Versorgung alternder abhängiger Frauen und Männer in der Deutschschweiz https://fachverbandsucht.ch/download/486/171107_Empfehlungen_Fachverband_Sucht_Versorgung_alternder_abhangiger_Frauen_und_Manner_def.pdf.	FVS — Fachverband Sucht, 2017 [89]
Modèle : Plaisir, consommation de substances psychoactives et addictions dans les EMS https://www.addictions-et-vieillissement.ch/files/content/pdf-fr/pdf%2055+/fs_concept-consommations-substances-ems.pdf.	FVS — Fachverband Sucht, 2019 [84]
Prävention von riskantem Alkohol- und Medikamentenkonsum beim Älterwerden: Leitfaden für Fachpersonen https://www.suchtimalter.ch/fileadmin/user_upload/sia/arbeitsinstrumente/2019_leitfaden_sup_alter.pdf.	ZFPS, 2016 [90]
Suchtmittelkonsum — Risiken früh erkennen und handeln! : Ein Leitfaden für Fachleute mit Verantwortung für andere Menschen https://www.suchtimalter.ch/fileadmin/user_upload/sia/arbeitsinstrumente/leitfaden_fruehint.pdf.	ZFPS, 2004 [91]
Leitfaden zur Früherkennung von Alkohol- und Medikamentenproblemen in der ambulanten Altersarbeit	ZG — Kanton Zug, 2015 [92]

https://www.zg.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/amt-fuer-gesundheit/suchtberatung/sucht-im-alter/downloads/LeitfadenSuchtgefhrdungAlterdef.18.5.2015.pdf/download.

Tableau 12 : Recommandations de smarter medicine Switzerland concernant la prescription de psychotropes (version courte)

Recommandation	Auteur, année
– Ne pas utiliser de benzodiazépines ou autres sédatifs-hypnotiques chez les personnes âgées pour le traitement de l'insomnie, de l'agitation ou d'un état confusionnel aigu et éviter leur prescription à la sortie de l'hôpital	SSMIG — Société Suisse de Médecine Interne Générale, 2016 [93]
– Ne pas utiliser d'antipsychotiques en première intention pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.	SPSG — Société Professionnelle Suisse de Gériatrie, 2017 [94]
– Ne pas faire usage de benzodiazépines ou d'autres hypnotiques sédatifs chez les personnes âgées en première intention pour le traitement de l'insomnie, de l'agitation ou du délire	SPSG — Société Professionnelle Suisse de Gériatrie, 2017 [94]
– Éviter l'administration de médicaments de réserve tels que sédatifs, antipsychotiques ou hypnotiques lors d'un delirium sans d'abord clarifier, éliminer ou traiter les causes à l'origine de ce dernier.	SSSG — Société scientifique de soins en gérontologie, 2019 [95]
– Ne pas utiliser d'opiacés pour traiter la migraine sauf en dernier recours	SSN — Société Suisse de Neurologie, s.d. [96]
– Ne pas prescrire d'analgésiques opiacés pour des lombalgies non spécifiques	SSR — Société Suisse de rhumatologie [97]

Note : Pour la version complète des recommandations (incluant le rationnel), voir annexes (→A12).

2.9.2 Documents de référence

Pas de stratégie ou programme spécifique à ce public.

2.9.3 Suivi de la problématique

Pas de suivi spécifique de la problématique, mais des données de prévalences accessibles via les indicateurs de suivi de la Stratégie Addictions (MonAM) https://ind.obsan.admin.ch/fr/monam/topic/1SUC > Tableaux de données > par classe d'âge

2.9.4 Plateformes web

CURAVIVA Suisse : Dossier « Addiction et vieillesse » www.curaviva.ch/Infos-specialisees/Dossiers-thematiques/Addiction-et-vieillesse/PrMaw

FVS : Dossier « Sucht im Alter ». https://fachverbandsucht.ch/de/fachwissen/themen/sucht-im-alter

GREA. Dossier « Seniors » www.grea.ch/dossiers/seniors

Infodrog, Addiction Suisse, et ZFPS : Site web « Vieillissement et addictions » www.addictions-et-vieillissement.ch

Infoset : Dossier « Seniors » www.infoset.ch/fr/dossier-seniors.html

ZFPS : Site web « Sucht im Alter » www.suchtimalter.ch/home

3 TUS et troubles cooccurrents (CODs)

Ce chapitre aborde dans le détail les problèmes soulevés par le repérage, le diagnostic et la prise en charge d'un TUS lorsque celui-ci est associé à d'autres troubles psychiatriques. Il fournit également des éléments épidémiologiques (prévalence des troubles) et étiologiques (qui visent à expliquer les relations causales complexes entre TUS et les (autres) troubles psychiatriques.

3.1 Éléments de compréhension

3.1.1 Terminologie

Une première définition de la comorbidité a été proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1995 comme « la cooccurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique » [98]. D'autres terminologies sont couramment utilisées depuis, comme : Comorbidité psychiatrique ; Double diagnostic (*Dual diagnosis*) ; Pathologie duelle (*dual pathology/disorders*) ; Troubles concomitants ; ou encore Troubles co-occurrents (*co-occurring disorders — CODs*), qui est la terminologie la plus neutre.

Pour une description des principales maladies psychiques selon la CIM, voir annexes (→A13).

3.1.2 Coûts humains et économiques

Il n'existe aucune estimation du nombre de décès ou des coûts ayant trait aux personnes présentant à la fois un trouble addictif et d'autres troubles psychiatriques. Cependant, nous savons que le domaine psychiatrique représentait en 2018, avec 2 milliards de francs, 6 % de l'ensemble des coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins (coûts AOS). Quant aux coûts sociaux des maladies psychiques et neurologiques, ils se situeraient entre 11 et 23 milliards de francs [10, p. 89].

3.1.3 Spécificités cliniques

Selon l'INESSS, la cooccurrence d'un problème de santé mentale et d'un TUS chez une personne ne peut être comprise comme une simple addition de problèmes. Il faut considérer les troubles concomitants comme étant une agrégation de divers problèmes qui caractérisent une seule et même personne et son environnement [99, p. ii]. Par ailleurs, comme le relève l'EMCDDA, les patients concernés par la comorbidité souffrent souvent de «multimorbidité», car ils sont atteints de pathologies somatiques graves auxquelles s'ajoutent des problèmes sociaux, de logement et d'emploi liés à cette comorbidité [98].

Dans un chapitre consacré aux comorbidités psychiatriques et addictives, Vinurel et Rahioui [100] soulignent que les différentes caractéristiques de chacun des deux troubles (diagnostic, impact fonctionnel, pronostic, etc.) sont modifiées par la cooccurrence. Ils dressent un tableau des spécificités cliniques que nous reprenons ici dans son intégralité (y compris les sources référencées étant donné leur pertinence) : Le diagnostic du COD est plus complexe que celui de chacune des pathologies isolées [101]. L'évolution des troubles est modifiée, avec une fréquence d'hospitalisation majorée [102]–[105] qui a lieu plus fréquemment dans les services d'urgences [106], [107]. Les rechutes sont également plus nombreuses [108]–[111] et le risque de chronicisation plus important, ces différents facteurs étant à l'origine d'une augmentation globale du coût de la prise en charge. Le pronostic est aggravé pour l'ensemble des aspects biopsychosociaux des troubles : augmentation des difficultés financières et du risque de désinsertion sociale [112], du nombre d'actes hétéro-agressifs et des actes de transgression [113]. Le fonctionnement clinique est globalement moins bon [114], la suicidalité plus forte [115]–[117]. Chacune des deux pathologies aggravera spécifiquement l'autre. Ainsi, le cannabis et l'alcool seront liés à un renforcement des mécanismes délirants (hallucinatoires, interprétatifs, intuitifs) et de la désorganisation psychomotrice chez le schizophrène [104], [108], avec une moins bonne

compliance au traitement. À l'inverse, il est montré que pour les patients présentant des troubles mentaux, l'effet néfaste des substances apparaîtra avec une plus faible consommation que dans la population générale. Les caractéristiques de la dépendance sont modifiées et le risque de rechute semble majoré, particulièrement pour le mésusage [118], [119]. Ainsi, à titre d'illustration, il a été montré que le craving à la cocaïne est plus marqué chez les patients présentant un trouble comorbide que dans l'addiction à la cocaïne isolée [120]. Au-delà du biais de la suicidalité augmentée, l'espérance de vie des patients est diminuée par les complications somatiques de la cooccurrence : hypertension artérielle dans 43 % des cas, infections VIH, VHC, VHB [121]–[123], justifiant une vigilance toute particulière.

Les troubles concomitants sont souvent désignés comme un « double diagnostic ». Cependant, comme le relève Kavanagh, la consommation de plusieurs substances est courante et les problèmes psychologiques comprennent souvent plus d'un type de trouble mental — y compris des troubles de la personnalité ou des caractéristiques subcliniques d'autres problèmes (p. ex. l'anxiété sociale). Les problèmes physiques sont également fréquents, notamment une mauvaise santé bucco-dentaire (exacerbée par le tabagisme). Par ailleurs, plus d'un problème situationnel est souvent présent (p. ex. des problèmes sociaux, médico-légaux, de logement et d'emploi) [124].

Encadré 7 : Conséquences de la cooccurrence TUS/TPSY

- Une évolution péjorative
- Des risques accrus de chronicisation
- Une plus grande fréquence de risque de rechute pour les deux troubles
- Des taux d'hospitalisations plus élevés
- Une plus grande fréquence de suicides et de tentatives de suicide
- Un risque accru de troubles des conduites (violences)
- Un plus grand taux de désinsertion sociale
- Une moindre qualité de vie
- Une moins bonne compliance aux traitements
- Une baisse de l'espérance de vie
- Un parcours de soin discontinu

Source : Fédération Addiction (2019), Addictions et troubles psychiatriques : Guide Repère(s [125, p. 30].

Encadré 8 : Focus sur les comorbidités concernant les personnes âgées

- Les consommateurs excessifs d'alcool chez les personnes aînées souffrent plus souvent de troubles psychiatriques que la population générale. Les problèmes peuvent comprendre la dépression, l'anxiété et les idées suicidaires [46, p. 26].
- Les femmes âgées ont un risque plus élevé de troubles mentaux concomitants et d'isolement social que les hommes âgés [45, p. 30].
- La dépression est centrale dans la compréhension de l'abus et de la dépendance chez les personnes âgées, en plus de représenter un obstacle important lorsqu'elle n'est pas traitée [80, p. 18].

Sources : Santé Canada/SAMHSA/CPLT et FQCRPAT.

3.1.4 Épidémiologie des troubles cooccurrents

Selon Cloutier et collègues [126], la plupart des connaissances acquises sur le plan épidémiologique proviennent des cinq études suivantes : L'ECA (Epidemiologic Catchment Area) (1980-1985) ; la NCS (*National Comorbidity Survey*) (1990-1992) ; la NCS R (*NCS Replication)* (2001-2003) ; la NLAES (*National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey*) (1992) ; la NESARC (*National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions*) (2001-2003).

Ces vastes études ont démontré que la cooccurrence des TUS et de la maladie mentale dépasse la simple coïncidence et qu'elle en complexifie les conséquences ainsi que les traitements dans les deux cas.

Études populationnelles

Nous reprenons, dans ce paragraphe, la description des résultats des principales recherches étasuniennes résumées par le Centre de Réadaptation en Dépendance de Montréal [127, p. 38-39] : Selon l'enquête américaine *Epidemiology Catchment Area* (ECA) réalisée entre 1980 et 1984 par Regier [128], la prévalence au cours de la vie de la concomitance de TUS et de santé

mentale était d'environ 28,9 % dans la population générale âgée de 15 à 54 ans ; alors que la prévalence générale des TUS-alcool et aux drogues était établie respectivement à 13,5 % et 6,1 % dans cette même étude. Chez les personnes présentant un TUS-alcool, le taux de prévalence à vie d'un trouble psychiatrique quelconque était de 36,6 % ; tandis que celui-ci s'élevait à 53,1 % parmi celles qui avaient TUS-drogue. Ainsi, comparativement à celles qui ne présentaient pas de TUS, les personnes ayant un TUS-alcool avaient trois fois plus de chances (OR=2,9) de souffrir d'un trouble mental, tandis que celles ayant un TUS-drogue en avaient six voire sept fois plus de risque (OR=6,5). Les troubles mentaux les plus prévalents chez les personnes ayant un TUS étaient le trouble de la personnalité antisociale (83,6 %, OR=29,6), la schizophrénie (47 %, OR=4,6) et les troubles bipolaires (56,1 %, OR=6,6). Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux étaient présents chez 32,0 % (OR=1,7) et 23,7 % (OR=1,0) de personnes ayant un TUS [127, p. 38-39]. D'après les résultats de l'enquête épidémiologique américaine NCS réalisée entre 1990 et 1992 par Kessler [129], un pourcentage de 41 à 65,5 % des répondants ayant présenté un TUS au cours de leur vie avaient également présenté un trouble mental (trouble de l'humeur ou trouble anxieux), tandis que 50,9 % des individus ayant un trouble mental avaient présenté un TUS. Aussi, au cours des 12 derniers mois, on estimait que 18,4 à 37,1 % des répondants ayant un trouble de l'humeur et 13,5 à 21 % ayant un trouble d'anxiété faisaient également face à un TUS [127, p. 38-39]. Selon une autre étude américaine plus récente (NESARC ; 2001-2002 ; n=43'093 répondants), 19,7 % des personnes ayant un TUS (abus ou dépendance à l'alcool ou aux drogues) dans les 12 derniers mois avaient un trouble de l'humeur (dépression majeure, dysthymie, mania, hypomanie), et 17,7 % un trouble anxieux (trouble panique avec et sans agoraphobie, phobie sociale, phobie spécifique et trouble d'anxiété généralisée). Inversement, selon Grant [130] la prévalence de TUS était de 19,9 % et de 14,96 % chez les personnes ayant respectivement un trouble de l'humeur et un trouble anxieux au cours des 12 derniers mois [127, p. 38-39].

On relèvera que dans la plupart des publications ayant trait aux TUS et aux troubles mentaux cooccurrents, la consommation de tabac n'est pas prise en compte tant elle est importante auprès de ces populations. À titre d'exemple, les personnes schizophrènes ont presque six fois plus de chance d'être fumeurs que le reste de la population (OR=5,9) [131].

En Suisse, aucune étude comparable n'a été conduite. Toutefois, l'exploitation des données de l'ESS par l'OBSAN [132] indique une surreprésentation des consommateurs à risques de substances parmi les personnes rapportant une « détresse psychique » élevée (22,2 % contre 13 %).

Populations spécifiques

Les études démontrent que les troubles co-occurrents sont plus la règle que l'exception parmi les individus ayant recours aux traitements pour les TUS ou les autres problèmes psychiatriques.

Aux États-Unis, la SAMHSA estime qu'entre 20 et 50 % des usagers des établissements psychiatriques ont un TUS au cours de la vie, tandis que 50 à 75 % des usagers des centres de traitement ont un trouble de santé mentale à vie [127, p. 37-38], [133]. En Europe, selon l'EMCDDA, des études systématiques montrent qu'environ 80 % des patients présentant un diagnostic de toxicomanie souffrent aussi de troubles psychiatriques comorbides. Environ 30 à 50 % des patients actuellement admis en psychiatrie en Europe ont une maladie mentale associée à des problèmes d'abus de substances, principalement d'alcool, de sédatifs ou de cannabis. Dans les échantillons cliniques de prévalence des patients toxicomanes, les troubles de la personnalité (50-90 %) représentent la forme de comorbidité la plus répandue, suivis des troubles de l'humeur (20-60 %) et des troubles psychotiques (15-20 %). Les troubles de la personnalité de type asocial s'élèvent à 25 % des échantillons cliniques représentatifs [98]. Selon une méta-analyse portant sur 29 études [134], les Troubles d'hyperactivité avec déficit d'attention (THADA) se rencontrent chez 23 % des patients présentant des addictions.

Risques relatifs

Tableau 13 : Risques accrus d'un TUS en cas de troubles psychiatriques

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

Source(s) : Regier (1990) [128], Tableau repris à Cloutier et al. (2016) [126]

Tableau 14 : Risques accrus de troubles de la personnalité en cas de TUS

Diagnostic	Substance concernée	Trouble 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%

Source(s) : Grant et al. (2004) [130], Tableau repris à Cloutier et al. (2016) [126]

Comorbidités fréquemment observées

Savaskan et collègues nous informent que les troubles psychiatriques comorbides les plus fréquents sont la dépression et les troubles anxieux, notamment associés à la dépendance à l'alcool. La dépression majeure, le trouble bipolaire, le trouble cognitif et la démence sont les troubles psychiatriques comorbides les plus fréquemment observés chez les personnes présentant un trouble de la dépendance. Les psychoses, les troubles du sommeil, les dysfonctionnements sexuels, le délire, les troubles de l'attention/hyperactivité, les séquelles de traumatismes et les troubles du stress et de la personnalité sont également très fréquents [49]. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies précise les combinaisons les plus couramment observées entre substances et troubles psychiatriques.

Encadré 9 : Classe de substances et troubles psychiatriques spécifiques (EMCDDA 2013)

- La consommation d'alcool et la dépression ou l'anxiété
- La consommation d'opioïdes et les troubles de la personnalité ou du comportement
- La consommation de cannabis et la schizophrénie
- La consommation d'amphétamines et les troubles psychotiques

Source : EMCDDA (2013), Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data [135].

3.1.5 Étiologie

L'étiologie de la prévalence élevée des troubles liés à la consommation de substances chez les personnes atteintes de maladie mentale, et vice versa, n'est pas claire. Mueser, Drake, et Wallach ont passé en revue les différentes théories expliquant une comorbidité accrue. Ils les ont organisées selon quatre modèles généraux : les modèles de facteurs communs, les modèles de troubles secondaires de consommation de substances, les modèles de troubles psychiques secondaires et les modèles bidirectionnels [136].

Figure 2 : Modèles explicatifs de la cooccurrence TUS et TPSY

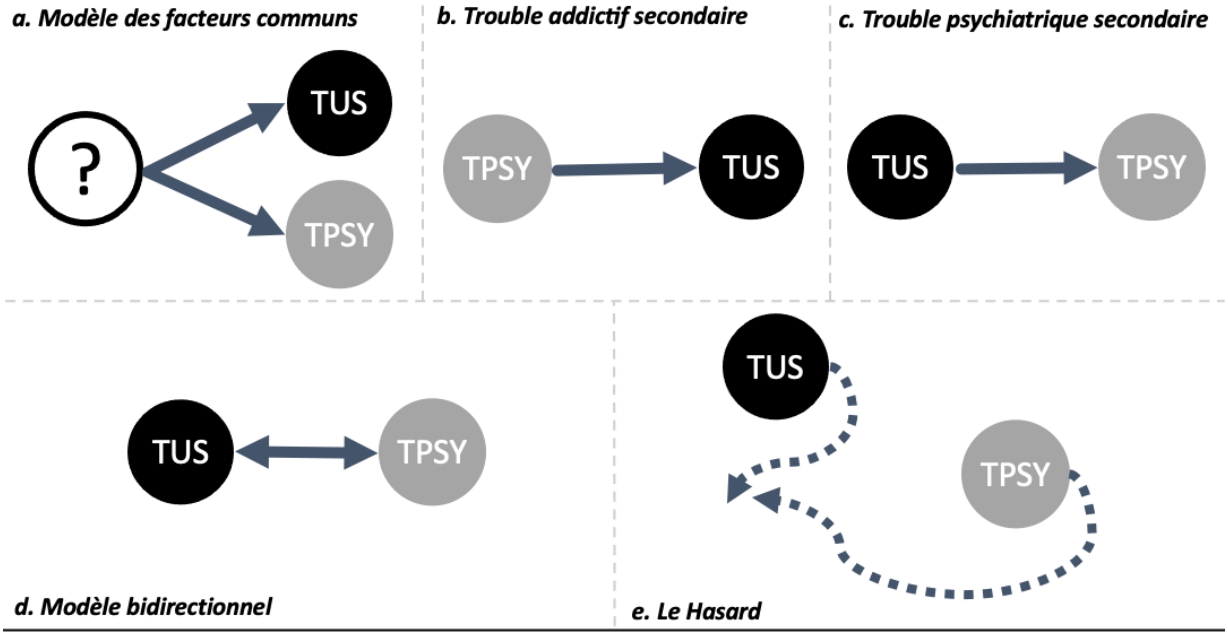


Illustration: Christophe Al Kurdi | **Sources:** Mueser, Kim T, Robert E Drake, et Michael A Wallach (1998) « Dual Diagnosis: A Review of Etiological Theories », EMCDDA (2015) « Comorbidity of Substance Use and Mental Disorders in Europe ».

Tableau 15 : Modèles explicatifs de la cooccurrence TUS et TPSY

Modèle	Description
a. Modèles des facteurs communs	Les modèles de facteurs communs postulent que les taux élevés de comorbidité sont le résultat de vulnérabilités communes aux deux troubles. Dans la mesure où des facteurs spécifiques peuvent augmenter indépendamment le risque de développer les deux troubles, une comorbidité accrue peut être expliquée. Deux facteurs de risque ont été étudiés de manière assez détaillée : la génétique et le trouble de la personnalité antisociale. D'autres facteurs ont été identifiés, mais moins bien évalués, pour expliquer l'augmentation des taux de comorbidité, notamment le statut socio-économique et les troubles cognitifs.
b. Troubles addictifs secondaires (aux troubles psychiatriques)	Ces modèles postulent que les maladies mentales graves augmentent la vulnérabilité des individus à développer un TUS, y compris l'atténuation des symptômes/dysphorie, les facteurs de risque multiples, l'hypersensibilité et le dysfonctionnement du circuit de récompense du cerveau. Pour plus de détails sur le modèle des troubles addictifs secondaires, voir annexes (→A14)
c. Troubles psychiatriques secondaires (aux TUS)	Ces modèles ont en commun de comprendre l'apparition de troubles psychiatriques comme une conséquence d'un TUS. Pour désigner ces troubles psychiatriques secondaires, le DSM-5 (comme sa version antérieure) utilise la dénomination de « Troubles induits par une substance ». Ce point est abordé dans le chapitre introductif, sous le point consacré au diagnostic d'un TUS (→1.4), voir aussi annexes (→A8)
d. Modèle bidirectionnel	Ces modèles suggèrent que la forte association entre addictions et pathologies psychiatriques provient d'un effet d'interactions continues entre elles. Par exemple, l'alcoolodépendance pourrait déclencher une dépression chez un individu biologiquement vulnérable, la dépression étant ensuite maintenue par la poursuite de la consommation d'alcool du fait de facteurs cognitifs socialement acquis, comme les croyances, les attentes et les motivations liées à l'usage d'alcool.
e. Le hasard	La cooccurrence d'un TUS et d'un autre trouble psychiatrique peut également être considérée comme relevant du hasard, les deux troubles n'entretenant aucun lien causal entre eux. Dans ce cas, les deux troubles sont considérés comme des troubles « primaires ».

Source(s) : [100], [126], [136]–[139]

3.2 Difficultés inhérentes au repérage (screening)

Pour rappel, le but du dépistage n'est pas de déterminer le profil complet du fonctionnement psychologique et des besoins, ou de porter un diagnostic, mais plutôt de déterminer si la personne peut souffrir d'un problème de santé mentale ou de toxicomanie qui justifie une évaluation plus complète [140, p. 33].

3.2.1 Littérature

Bien que les besoins et les possibilités d'identification varient considérablement selon les différents types d'établissements de traitement des troubles mentaux et de dépendance aux substances [140, p. 33], il est fréquent que les troubles liés à la consommation de substances psychoactives ne soient pas détectés chez les personnes traitées pour une maladie mentale majeure, et donc que le traitement ne soit pas fourni. De même, il est fréquent que les troubles psychiatriques ne soient pas détectés chez les personnes recevant un traitement pour des troubles liés à la consommation de substances [141]. Selon l'EMCDDA, la comorbidité est difficile à diagnostiquer et les équipes psychiatriques comme les services de traitement de la toxicomanie ne parviennent souvent pas à la déceler. Les syndromes psychiatriques aigus d'un patient présentant une comorbidité en demande de traitement peuvent être pris par erreur pour des symptômes provoqués par la drogue ou, inversement, les phénomènes de manque ou d'intoxication peuvent être mal interprétés et confondus avec une maladie psychiatrique. L'évaluation de routine des troubles psychiatriques chez les consommateurs de drogue au début du traitement semble plutôt l'exception que la règle. De ce fait, de nombreux patients présentant une comorbidité commencent un traitement sans être traités pour leurs problèmes de santé mentale [98].

Mueser, Drake, et Noordsy regrettent que bien que des instruments d'évaluation valides sur le plan psychométrique aient été mis au point pour détecter les troubles psychiatriques et les troubles liés à la consommation de substances dans ces populations (voir [142]), ils soient peu utilisés [141].

3.2.2 Entretiens

À la question de l'utilisation d'instrument de screening, un de nos interlocuteurs actifs en EMS précisait :

> *« Il est rare qu'une personne avec des problèmes d'addictions soit admise dans notre établissement sans que cela ne soit connu à l'entrée. Les rapports médicaux, remise de service, dossiers médicaux sont une source de renseignement sur le passé des résidants admis ».*

Un interlocuteur actif dans un hôpital universitaire relève une démarche systématique dans le repérage :

> *« C'est une approche clinique médicale habituelle, c'est-à-dire c'est l'anamnèse qui en général est relativement large pour les nouveaux cas. Où l'abus ou la consommation de substance fait partie obligatoirement de l'anamnèse. Bien sûr, on a aussi les documents qui nous sont renvoyés, qui peuvent avoir des informations là-dessus ».*

Un autre actif dans un centre de mémoire souligne l'aspect non spécifique de la démarche :

> *« Les instruments de screening. Non, en fait, on n'a pas de spécificité particulière. Donc, très clairement, en l'occurrence quand on est face à ce genre de situation, on est dans l'évaluation et le repérage assez macroscopique et moins spécifique. C'est une logique de détection ».*

3.3 Difficultés inhérentes au diagnostic

3.3.1 Littérature

Le DSM-5 retient le diagnostic trouble mental induit par une substance/un médicament (DSM-5)

Tableau 16 : Critères diagnostics 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 2. 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 2. 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 [5, p. 832-833].

Le diagnostic précis des troubles induits par la substance dans le contexte de la consommation de substances dépend de la capacité des cliniciens à différencier de manière fiable (1) les effets attendus de l'intoxication et du sevrage de la drogue, (2) les troubles de santé mentale survenant pendant la période de consommation active de substances, et (3) les troubles de santé mentale indépendants de l'abus de substances.

Selon Hides, les cliniciens ont rarement l'occasion d'observer les patients pendant des périodes d'abstinence suffisantes (> 4 semaines) pour différencier avec précision ces trois conditions [143]. Pour Dawe, Dingle, et Loxton, ce n'est pas seulement la présence d'un autre trouble qui est préoccupante. Pour de nombreuses personnes, un trouble lié à la consommation de substances peut s'accompagner de sentiments de dysphorie et d'anxiété qui ont un impact sur la qualité de vie et le fonctionnement quotidien [142]. S'agissant des aînés, le dépistage de la dépression gériatrique pose de sérieuses difficultés : Plusieurs de ses symptômes peuvent non seulement être associés au vieillissement ou à l'intoxication, mais également à la maladie ou la démence (ex.: troubles du sommeil, ralentissement psychomoteur, perte d'énergie, diminution de la capacité de se concentrer, troubles de mémoire) [80, p. 18]. Enfin, la comorbidité peut donner lieu à des doubles et à de triples diagnostics (toxicomanie, santé mentale, neurologie). Il est donc important de procéder à une évaluation complète pour préciser l'origine des symptômes observés et leur évolution, faute de quoi il y a un risque de prendre un état provisoire pour un syndrome permanent et irréversible [80, p. 18].

Après avoir listé de très nombreux instruments de screening utiles à un premier repérage de troubles mentaux, Dawe, Dingle et Loxton évoquent plusieurs guides pour mener des entretiens cliniques structurés. Les auteurs précisent que lorsqu'un diagnostic est nécessaire, il est fortement recommandé d'utiliser des entretiens cliniques structurés pour différencier les troubles liés à l'usage de substances des autres troubles mentaux, car les entretiens structurés sont à la fois plus précis et ont une plus grande fiabilité intercorrecteurs que l'entretien diagnostique traditionnel non structuré [142].

Tableau 17 : Exemples d'entretiens structurés pour le diagnostic des troubles cooccurrents

Guide	Description
PRISM : http://www.columbia.edu/~dsh2/prism/	Entretien structuré étendu couvrant l'axe I et certains troubles de l'axe II (personnalité antisociale et trouble de la personnalité borderline). Standard actuel pour la différenciation des troubles psychotiques primaires et des troubles schizophréniques. Utilisé de préférence dans le cadre de la recherche.
Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID): www.scid4.org	Entretien structuré administré par un clinicien avec des modules pour différentes classes de troubles. Versions en ligne ou sur papier disponibles, et SCID-II pour les troubles de la personnalité.
Composite International Diagnostic Interview (CIDI): [144]	Un entretien structuré sur les symptômes qui permet de poser des diagnostics selon les critères de diagnostic du DSM-IV et de la CIM-10. Disponible en version papier ou informatisée.
Mini International Neuropsychiatric Interview : (MINI):[145]	Entretien avec des items oui/non conçus pour générer des diagnostics positifs pour 23 troubles de l'axe I du DSM-IV. Il existe des versions évaluées par les cliniciens (MINI-CR) et par les patients (MINI-PR).
Note : Ces guides se basent essentiellement sur le DSM-IV/CIM-10, prochainement de nouveaux outils devraient être développés sur la base du DSM-5 et de la CIM-11.	

Source : Dawe, Dingle et Loxton (2013), Screening and Assessment of Comorbidity [142].

3.3.2 Entretiens

À la question de savoir comment on faisait la part des choses en cas de symptômes non univoques (c'est-à-dire qui pourraient avoir été provoqué par un TUS, un TNC ou encore une dépression, etc.), un de nos interlocuteurs d'un service d'addictologie nous a répondu :

> *« En tant que psychiatres nous traitons ce qui se présente. Dès qu'il y a présence de symptômes, autres que strictement liés à l'addiction, ceux-ci sont traités comme s'ils étaient indépendants. La grande question souvent est de savoir s'il faut d'abord traiter l'addiction ou la dépression. Nous traitons toujours les deux* (légèrement adapté) ». Il ajoutait :
>
> *« Nous sommes convaincus que la logique linéaire (cause à effet) n'est pas la bonne approche. L'approche utilisée dans le service pourrait être appelée une "approche existentialiste". D'abord, on s'intéresse aux objectifs de vie d'un patient. Puis, la réflexion se porte sur la manière dont les consommations empêchent le patient d'atteindre ses objectifs. Enfin, il y a le traitement qui s'applique en fonction* (légèrement adapté) ».

Un autre exerçant dans une clinique de neurologie a indiqué :

> *« C'est extrêmement difficile. C'est cliniquement impossible. Souvent ce n'est pas séparable parce qu'il y a des types de démences qui peuvent causer exactement les mêmes symptômes psychiatriques qu'un TUS ou un sevrage d'une substance. Ces évaluations sont toujours relativement coûteuses, il faut faire des diagnostics supplémentaires pour être sûr. P. ex. l'atrophie cérébrale présente sur une IRM pourrait être interprétée comme étant la conséquence d'une consommation d'alcool ou d'une autre substance. Toute comme elle pourrait indiquer la présence d'une autre maladie telle que l'Alzheimer ».* Il ajoutait que :
>
> *« Toutes ces informations, il faut les assembler comme un puzzle et avec ça on a une tendance plus ou moins grande à dire que les symptômes viennent plutôt d'une démence ou d'un TUS. Mais, il y a aussi des cas où c'est vraiment impossible de les distinguer ».*

Un autre du domaine de la démence dans un hôpital universitaire répond :

> « Vous avez quelqu'un qui est en abus de substances qui fait une dépression. Eh bien, il peut faire une dépression en lien avec l'utilisation de la substance, mais il peut aussi faire une dépression pour d'autres raisons. Et peut-être qu'il consomme la substance parce qu'il a une dépression. Donc, cela peut aller dans tous les sens. Cela peut aller circulaire, cela peut aller de A à B ou de B à A. Et ensuite, cela peut donner une espèce de boucle comme cela qui tourne ».

Une autre du même domaine a expliqué :

> *« C'est un assemblage d'informations. Une fois, il y a ce que le patient raconte, une fois il y a ce que les autres professionnels nous racontent. Nous travaillons de manière très interdisciplinaire. Il y a donc aussi ce que nous racontent les physiothérapeutes ou les soignants, comment eux, ils perçoivent les patients. Donc, le problème ce n'est pas juste ce qu'il me raconte, mais ce qu'il nous raconte à tous ».*

3.4 Difficultés inhérentes à la prise en charge

3.4.1 Littérature

Selon Mueser, Drake, et Noordsy, les troubles psychiatriques et les troubles liés à la consommation de substances psychoactives cooccurrentes sont la norme plutôt que l'exception, et les cliniciens doivent être préparés à évaluer et à traiter ces deux types de troubles [141].

La littérature internationale décrit trois modèles de service pour le traitement des comorbidités.

Tableau 18 : Modèles de prise en charge des troubles co-occurrents

Modèle	Description
Le traitement séquentiel ou sériel.	Les troubles psychiatriques et dus à des drogues sont traités de manière consécutive et il y a peu de communication entre les services. Généralement, les patients reçoivent d'abord un traitement pour les troubles les plus graves, puis, une fois ce traitement achevé, ils sont traités pour les autres troubles. Cependant, ce modèle peut également mener à une « valse » des patients entre les différents services, dont aucun n'est en mesure de répondre à leurs besoins.
Le traitement parallèle	Le traitement de deux troubles différents est entrepris en même temps ; il existe une collaboration entre les services chargés de la toxicomanie et ceux de santé mentale pour fournir les services de façon concomitante. Les deux types de besoins de traitement sont souvent satisfaits par le biais de démarches thérapeutiques différentes, et le modèle médical de la psychiatrie peut entrer en conflit avec l'orientation psychosociale des services chargés de la toxicomanie.
Le traitement intégré	Le traitement est dispensé au sein d'un service psychiatrique ou de toxicomanie, ou encore dans le cadre d'un programme ou d'un service spécialisé dans la comorbidité. La réorientation du patient vers d'autres organismes est évitée. Les traitements comprennent des interventions sur la motivation et le comportement, la prévention des rechutes, la pharmacothérapie et les approches sociales.

Source : EMCDDA (2004), Rapport annuel 2004 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège [146, p. 99].

Au cours des dernières décennies, le traitement intégré est devenu, dans de nombreux pays européens, le modèle de traitement privilégié des patients souffrant d'un double trouble [147]. Noordsy, Mishra, et Mueser précisent que les études cliniques révèlent systématiquement que les approches thérapeutiques qui fournissent des soins à la fois pour les troubles psychiatriques et les TUS d'une manière intégrée, en traitant les deux troubles comme primaires avec des interventions simultanées conçues pour minimiser les risques d'exacerbation de l'autre trouble, obtiennent des résultats thérapeutiques supérieurs. La notion d'une relation primaire-secondaire entre les troubles psychiatriques et les TUS (définie dans les études de traitement par l'ordre chronologique d'apparition dans la vie d'une personne), selon laquelle un trouble disparaîtrait une fois que l'autre est traité de manière adéquate, n'est pas soutenue par les preuves disponibles, du moins lorsque chaque trouble est bien établi [137].

Pour l'EMCDDA, le diagnostic et le traitement de la comorbidité sont limités par le fait que le personnel chargé du traitement de la toxicomanie a généralement peu de connaissances en matière de psychiatrie et que le personnel des services psychiatriques est peu au fait des traitements de la toxicomanie. À cela s'ajoutent des états d'esprit souvent divergents dans les deux disciplines qui nuisent à une perception globale et intégrée de la comorbidité [98]. De fait, les patients présentant une comorbidité sont souvent renvoyés de services psychiatriques en centres de soins pour usagers de drogue, sans diagnostic ou traitement correct [98]. Selon la SAMHSA, l''accès à une prise en charge des troubles cooccurrents semble encore plus problématique pour les personnes âgées : Aux États-Unis, ils seraient moins d'un dixième (9,6 %) à en avoir bénéficié.

En Suisse, selon Da Cunha et collègues, des lacunes dans l'offre semblent exister notamment dans la prise en charge concernant des personnes toxicodépendantes qui présentent des troubles psychiatriques sévères et multiples, pour qui des places supplémentaires dans des structures résidentielles ou semi-résidentielles seraient nécessaires. L'élargissement de l'offre dans ce domaine devrait permettre l'accès à l'ensemble des populations dépendantes, en particulier à celles confrontées à des pathologies psychiatriques graves. La création de nouvelles structures intermédiaires et le redimensionnement parallèle du secteur résidentiel au niveau de son offre actuelle (accès à haut niveau d'exigence) semblent s'imposer. Dans ce cadre évolutif, l'un des enjeux pour l'ambulatoire serait d'assurer un soutien (addictologues de liaison, psychiatres de

liaison, somaticiens de liaison, etc.) aux structures résidentielles afin de leur permettre une prise en charge adéquate de certains usagers [44, p. 114].

3.4.2 Entretiens

Plusieurs de nos interlocuteurs nous ont fait remarquer qu'en Suisse ces deux domaines étaient bien intégrés.

> *« En général, des institutions psychiatriques ont des approches combinées, je pense. Beaucoup d'institutions [résidentielles, socio-éducative] se sont adaptée par rapport à ça aussi. Purement addiction, ça n'existe quasiment plus. Donc, la plupart des institutions sont prêtes pour [accueillir] des personnes avec des comorbidités et les acceptent comme clients. C'est "Common Sense" et ça fait partie de la prise en charge de base ».*

> *« En Suisse, la différence n'existe pas, l'addictologie est une partie de la psychiatrie ».*

Toutefois, une interlocutrice travaillant dans un établissement psychosocial médicalisé (EPSM) du domaine des addictions relève :

> *« La dernière admission qu'on fait, on a accueilli quelqu'un qui a 65 ans. Parce qu'elle semblait quand même « trop légère » pour la psychogériatrie. Mais quand même avec ce besoin d'un triple accompagnement et en particulier au niveau somatique. Les autres EPSM ne l'ont pas. Et puis, au niveau de la psychogériatrie ou des EMS, dès qu'il y a une problématique addicto, on dit merci au revoir ».*

3.5 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.

3.6 Ressources

3.6.1 Documents à teneur normative

Tableau 19 : Recommandations de Praticien Addiction Suisse sur la prise en charge des CODs, selon la substance

Substance	Intitulé et lien vers la section du site web de Praticien Addiction Suisse
Alcool	Praticien Addiction Suisse. « Alcool — Comorbidités psychiatriques », 6 septembre 2020. https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/fr/alcool/comorbidites-psychiatriques.
Cocaïne	———. « Cocaïne — Comorbidités », 11 décembre 2014. https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/fr/cocaine/comorbidites-cocain.
Héroïne	———. « Héroïne — Comorbidités », 2 avril 2020. https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/fr/heroine/comorbidites.
Nicotine	———. « Nicotine — Comorbidité », 3 avril 2020. https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/fr/nicotine/comorbidite-nicotine.

Encadré 10 : Prise en compte de troubles concomitants en cas de TAO (SSAM, 2020)

- Les problèmes sociaux et les troubles psychiques doivent être recherchés et diagnostiqués au début du TAO et tout au long du traitement
- Outre le TAO, les patients doivent pouvoir au besoin disposer d'une large palette de traitements psychiatriques/psychothérapeutiques et de soutien social, avec un accès facilité
- Les objectifs du traitement sont fixés en accord avec les patients et peuvent fortement évoluer au fil du temps
- Il est recommandé de se coordonner avec les professionnels de l'aide sociale (services sociaux, de consultations, d'assainissement des finances, programmes d'occupation et d'intégration, etc.) et les psychiatres/psychothérapeutes
- En concertation avec le patient, le médecin peut résoudre des problèmes sociaux de moindre envergure (accords avec l'employeur/le bailleur, par ex.)
- Compte tenu des interactions pharmacologiques, les traitements psychiatriques/psychothérapeutiques se déroulent de manière comparable chez les patients avec ou sans dépendance
- Les patients ne pouvant pas ou ne souhaitant pas d'autres mesures de soutien doivent aussi pouvoir bénéficier d'un TAO
- Tous les patients dépendants sous TAO n'ont pas besoin d'autres mesures de soutien médical (somatique ou psychiatrique/psychothérapeutique) ou social
- Si nécessaire, de l'aide sera aussi proposée ou fournie à la famille et à l'encadrement des personnes directement concernées

Source : SSAM (2020), Recommandations médicales relatives au traitement agoniste opioïde (TAO) du syndrome de dépendance aux opioïdes 2020 [148, p. 79].

3.6.2 Documents de référence

Pas de stratégie ou programme spécifique à cette problématique.

3.6.3 Suivi de la problématique

MonAM : Consommation de substances et problèmes psychiques (âge : 15 à 74)
https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/consommation-de-substances-et-problemes-psychiques-age-15-a-74

3.6.4 Plateformes web

Pas de plateforme web spécifiquement destinée à cette problématique

3.6.5 Autres : uniquement santé psychique

Postulats 10.3255 [149], 13.3370 [150]

Santé psychique en Suisse [151]

Rapport du Conseil fédéral Avenir de la Psychiatrie en Suisse [152]

PAC Santé psychique chez les personnes âgées https://promotionsante.ch/programmes-daction-cantonaux/sante-psychique/personnes-agees.html

Plan d'action Prévention du suicide https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.html

OBSAN — Observatoire suisse de la santé www.obsan.admin.ch/fr

GDK-CDS Conférence suisse des directeurs de la santé www.gdk-cds.ch/fr

OFSP : Dossier « Santé psychique et soins psychiatriques » liens

RSP — Réseau Santé Psychique Suisse www.npg-rsp.ch/fr

Pro Mente Sana www.promentesana.org

CLASS & Coraasp www.santepsy.ch

www.psychiatrie.ch Portail vers les différentes organisations médicales nationales dans le domaine de la psychiatrie et psychothérapie

Pour une liste des recommandations, voir annexes (→A15)

4 TUS et troubles neurocognitifs (TNC)

Ce chapitre aborde dans le détail les problèmes soulevés par le repérage, le diagnostic et la prise en charge d'un TUS lorsque celui-ci est associé à des TNC — troubles neurocognitifs (par exemple, la démence). Il fournit des éléments épidémiologiques (prévalence des troubles) et étiologiques (qui visent à expliquer les relations causales complexes entre TUS et TNC).

4.1 Éléments de compréhension

4.1.1 Terminologie

Pour l'OMS, 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. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive [153].

Forme de démences : Il existe de nombreuses formes de démence. La maladie d'Alzheimer est la forme la plus commune et serait à l'origine de 60-70 % des cas. Les autres formes répandues sont notamment la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy, et la démence fronto-temporale. Selon l'OMS, les frontières entre les différentes formes de démence ne sont pas nettes et les formes mixtes sont fréquentes [153]. Le DSM-5 a regroupé sous la terminologie « troubles neurocognitifs » (TNC) la démence, le delirium, les troubles amnésiques et les autres troubles cognitifs. Dans cette publication, la démence renvoie à l'entité nouvellement créée « trouble neurocognitif majeur ». Le manuel précise que bien que des troubles cognitifs soient observables dans la plupart voire dans tous les troubles mentaux (p. ex. schizophrénie, troubles bipolaires), seuls les troubles dont les symptômes fondamentaux sont de nature cognitive sont inclus dans la catégorie TNC [5].

Sévérité des troubles : Bien que se situant le long d'un continuum, le DSM-5 différencie les TNC légers des TNC majeurs. Le TNC léger est un syndrome défini par la présence d'un déclin cognitif par rapport à des performances antérieures subjectivement rapportées (par le patient, un proche ou un clinicien) et par la présence de troubles cognitifs objectivés par un examen neuropsychologique. L'autonomie dans les activités de la vie quotidienne est en revanche préservée, contrairement au TNC majeur (démence), qui se définit notamment par une perte de l'autonomie [154]. Pour des exemples concrets d'affections majeures ou légères et une classification des stades de la démence, voir (→A16).

Il est important de comprendre que bien que la démence ne puisse pas être « soignée », il est possible de ralentir le processus de déclin cognitif par la mise en place de mesures idoines. À titre d'exemple, PSS soutient actuellement un projet de grande envergure ayant cet objectif, le projet « CareMENS » (voir : [154], [155]).

Encadré 11 : Projet « CareMENS »

CareMENS est un projet visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées vulnérables (PA), souffrant d'un trouble neurocognitif (TNC) léger ou majeur, permettant d'éviter des hospitalisations inutiles et, souvent, délétères. Il propose d'agir en amont d'une baisse de l'autonomie en développant des stratégies personnalisées grâce à la mise en œuvre d'interventions non médicamenteuses (INM) cognitives (neuropsychologiques et logopédiques) et physiothérapeutiques innovantes dans l'ensemble des Centres Mémoire de Suisse romande.

Source : Descriptif du projet « CareMENS » : https://promotionsante.ch/pds/projets-soutenus/caremens.html

Démences primaires et secondaires : Selon Pantel, les maladies cérébrales neurodégénératives, dont la maladie d'Alzheimer, représentent avec 60 % des cas la cause la plus fréquente de démence. Dans 30 % des cas, la démence est causée par une atteinte vasculaire du cerveau (démence dite vasculaire), dont le facteur de risque le plus important a été identifié comme

étant l'hypertension artérielle. Les démences neurodégénératives et vasculaires sont parfois appelées « démences primaires ». Par opposition, les démences dites « secondaires » peuvent être causées par une multitude d'influences très hétérogènes qui endommagent le cerveau, notamment des inflammations chroniques, des troubles métaboliques, des carences en vitamines, mais aussi des toxines (neurotoxines), comme l'alcool ou d'autres substances psychoactives [156].

TNC majeur ou léger induit par une substance/un médicament : Depuis longtemps la consommation excessive d'alcool et la dépendance à l'alcool sont connues pour entraîner de graves lésions cérébrales qui peuvent déboucher sur des déficits persistants comme dans le cas de la « démence alcoolique » (ARD — Alcohol-Related Dementia) ou du syndrome de Wernicke-Korsakoff (WK). Plus récemment, les cliniciens se sont intéressés à des formes moins sévères dénommées « déficit cognitif léger » (auparavant dénommé MCI — *Mild Cognitive Impairment*) qui, seraient en partie spontanément réversibles avec le maintien de l'abstinence dans le temps [157], [158] ou bien avec la diminution drastique des consommations d'alcool [159] [160]. Afin de refléter la diversité des atteintes induites par certaines substances psychoactives (dont l'alcool), le DSM-5 a créé le nouveau diagnostic « TNC majeur ou léger induit par une substance/un médicament » (voir plus bas : étiologie).

Encadré 12 : TNC légers ou Mild Cognitive Impairment (MCI)

Dans le cas d'un MCI, il existe déjà des déficits cognitifs légers, mais persistants qui peuvent être objectivés par des tests psychologiques, qui n'ont pas encore d'effets fonctionnels significatifs dans la vie quotidienne, au travail ou dans le contexte social et qui se situent donc en dessous du seuil de démence. Dans la littérature internationale, ces troubles cognitifs sans seuil sont le plus souvent abordés sous le terme de « Mild Cognitive Impairment » (MCI).

La déficience cognitive légère est plus fréquente que la démence et touche environ 25 % des personnes de plus de 65 ans. Elle est considérée comme un syndrome à risque ou un syndrome précurseur du développement de la démence. Cependant, son évolution peut être très variable : toutes les personnes touchées ne présentent pas, loin s'en faut, le tableau clinique complet de la démence au cours des années suivantes. On peut observer des cours stables ainsi que des améliorations des capacités cognitives. Comme pour la démence, les causes de MCI sont très hétérogènes. Il n'est souvent pas possible de déterminer clairement un facteur organique, ce qui est principalement dû à la sensibilité et à la spécificité des instruments de diagnostic.

Source : J. Pantel (2018), Sucht und demenzielle Erkrankungen: Grundlagen und Interventionen in Beratung und Therapie [156].

4.1.2 Coûts humains et économiques

Il n'existe aucune estimation du nombre de décès ou des coûts ayant trait aux personnes présentant une comorbidité entre TUS et TNC. Cependant, selon l'OMS, le coût sociétal mondial total des démences était estimé à 818 milliards de dollars pour 2015, soit 1,1 % du produit intérieur brut (PIB) mondial [161]. En Suisse, les coûts de la démence se situeraient entre 4,2 et 11,8 milliards de francs [162]. Selon ALZ Suisse [163], [164], les démences engendrent à l'heure actuelle un coût global estimé de 11,8 milliards de francs par année. Les coûts directs, de 6,3 milliards de francs (soit 53 % du coût global), sont à la charge du système de santé. Ils sont imputables aux séjours à l'hôpital et en EMS, aux soins à domicile, aux diagnostics, aux consultations médicales et aux médicaments. Les coûts indirects, de 5,5 milliards de francs (soit 47 % du coût global), correspondent à la valeur commerciale des prestations non rémunérées d'assistance et de soins fournies par la famille et les proches. La statistique suisse sur les causes de décès (2018), indique qu'un diagnostic de démence a été établi chez environ 11'285 personnes décédées (diagnostic principal ou secondaire), ce qui représente 16,8 % de la totalité des décès (67'088 cas) [165].

- En raison de la consommation d'alcool et de tabac des plus jeunes, de la (sur) prescription de benzodiazépines, tout comme de la polypharmacie touchant les personnes âgées, le nombre de personnes concernées par les démences devrait augmenter plus fortement de ce qu'on pourrait attendre du fait du vieillissement démographique.

4.1.3 Spécificités cliniques

Le DSM-5 décrit six domaines cognitifs qui peuvent être affectés en cas de troubles légers ou majeurs : 1) L'attention complexe ; 2) Les fonctions exécutives, comme la planification, la prise de

décision, la mémoire de travail, la flexibilité mentale) ; 3) L'apprentissage et la mémoire ; 4) Le langage ; 5) Les activités perceptivomotrices ; 6) La cognition sociale, comme la reconnaissance des émotions ou la théorie de l'esprit.

Impact sur le traitement
Pour Copersino et collègues [166], à qui nous reprenons la synthèse qui suit (y compris les références), la déficience cognitive chez les patients souffrant d'un TUS contribue à la détérioration des résultats du traitement, y compris une diminution de la rétention du traitement [167]–[171] et une abstinence moindre [167]. Il a également été démontré que le dysfonctionnement cognitif a un impact négatif sur les « mécanismes thérapeutiques de changement » [172]. Par exemple, la déficience cognitive est associée à une moindre adhésion au traitement [172], à un moindre engagement dans le traitement [173], à une moindre disposition au changement [174], à une moindre efficacité personnelle [172], à une diminution de la perspicacité [175], [176], à un déni accru [177], et à une plus grande impulsivité [178]. En outre, il a été démontré que les troubles cognitifs chez les alcooliques ont un impact négatif sur l'acquisition de compétences en matière de refus de boire et sur la participation à un traitement postcure [179].

Troubles cognitifs légers (ou MCI)
Les troubles neurocognitifs associés à l'alcoolodépendance ont longtemps été considérés comme n'affectant que les patients aux formes cliniques les plus graves, telles que le syndrome de Korsakoff ou la démence alcoolique. Néanmoins, aux dires de Boudehent et collègues, un important pourcentage de patients alcoolodépendants présenteraient des déficits cognitifs qualifiés de légers à modérés. Lorsqu'ils existent, ces déficits concernent de façon privilégiée l'attention et les fonctions exécutives, la mémoire épisodique, la métacognition, le traitement des informations visuospatiales et émotionnelles, ou bien encore la coordination visuomotrice. L'atteinte de certains de ces processus cognitifs, en lien avec les altérations structurales et fonctionnelles du cerveau, pourrait limiter le bénéfice des prises en charge proposées aux patients [180].

- Ces déficits cognitifs légers se différencient des formes sévères (p. ex. Alzheimer ou Syndrome de Korsakoff), principalement du fait qu'elles sont, sous certaines conditions, en partie réversibles.
- Un autre aspect important est leur impact négatif sur la prise en charge addictologique tout comme sur les rechutes (→4.4).

Alzheimer
Selon l'INSERM, le trouble de la mémoire est le plus fréquent et le plus perceptible des symptômes associés à la maladie d'Alzheimer ; des troubles des fonctions exécutives (programmation, séquence de réalisation d'un but…) sont également très évocateurs : par exemple ne plus savoir comment se servir de son téléphone ou comment préparer une recette jusque-là bien connue ; les problèmes d'orientation dans le temps et dans l'espace sont également révélateurs : les personnes qui développent la maladie se perdent sur un trajet habituel ou ne savent plus se situer dans le temps ; plus rarement, des troubles du langage ou de la vision élaborée (lecture, repérage des objets…) peuvent s'observer au début de la maladie. L'extension de la maladie se traduit par des troubles progressifs du langage oral (aphasie) et écrit (dysorthographie), du mouvement (apraxie), du comportement et de l'humeur (anxiété, dépression, irritabilité) et du sommeil (insomnie) [181].

- L'alcool, les benzodiazépines, le tabac et la polypharmacie augmentent le risque de développer une maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démences.

4.1.4 Épidémiologie

Prévalence de la démence (en général)
Selon Alzheimer's Disease International, plus de 50 millions de personnes seront concernées par la démence dans le monde en 2030 et 152 millions en 2050 [182]. En Suisse les études épidémiologiques sur la prévalence des démences sont lacunaires [183, p. 41]. Les estimations de prévalence s'appuient donc essentiellement sur des enquêtes étrangères. Par analogies avec celles-ci, l'Association Alzheimer Suisse (ALZ), estime à 144'337 le nombre de personnes atteintes de démence en Suisse en 2020 et à 30'910, le nombre de nouveaux cas sur une année [184]. L'âge est un facteur déterminant dans le développement d'une démence. Selon BASS les études

évaluent à moins de 1 % la proportion des personnes atteintes de démence avant 70 ans, contre 11 % chez les 70 ans et plus. Les 80-89 ans seraient 16 % à en souffrir, un chiffre qui atteint 40 % à partir de 90 ans [185]. Selon une enquête de Swiss Memory Clinics, sa patientèle serait concernée par les formes de démences suivantes : 38 % d'Alzheimer ; 24 % de démence mixte (ALZ et démence vasculaire) ; 12 % de démence vasculaire ; 7 % de démence atypique ; 6 % de démence fronto-temporale ; 3 % d'autres pathologies de la démence ; 3 % de démence de type Parkinson et 3 % de démences alcooliques [186, p. 5].

Prévalence de la démence alcoolique (ARD)
Une revue de Ritchie et Villebrun [187] a établi, sans toutefois préciser le type de démence, une prévalence élevée de l'abus d'alcool chez les patients atteints de démence (de 9 à 22 %) et, réciproquement, des taux élevés de démence chez les buveurs excessifs (de 10 à 24 %). Selon Ridley et collègues [188], l'éventail des taux observé peut s'expliquer, au moins partiellement, par des différences dans les critères d'une consommation « importante » d'alcool, des limites d'âge variables et des différences d'échantillonnage. Ils relèvent le fait que les études qui excluent les personnes de moins de 60 ans peuvent manquer une proportion significative d'ARD (*alcohol-related dementia*), cette affection se manifestant bien plus tôt que les démences de type Alzheimer. À l'appui de ces dires, une étude australienne de Draper et collègues [189] portant sur plus de 20'000 admissions en hôpital de patients atteints de démence et âgés d'au moins 50 ans, a démontré un important effet lié à l'âge. En effet, une ARD a été trouvé chez 1,4 % de tous les patients avec un diagnostic de démence, mais chez 22 % des patients atteints de démence de moins de 65 ans. Toujours selon Ridley et collègues, d'autres études conduites dans le cadre de maisons de retraite indiquent que les ARD représentent 10 à 24 % de l'ensemble des démences identifiées ce qui, selon ces auteurs, est probablement une proportion plus importante que celle qu'on observerait auprès de l'ensemble de la population. Quant à la « faible » proportion de 3 à 5 % de démences alcooliques, rapportée par les cliniques neurologiques et/ou de la mémoire, elle pourrait selon ces auteurs indiquer un manque d'orientation de ces patients vers ces cliniques spécialisées [188].

Prévalence de TNC auprès des personnes souffrant de TUS
Les estimations concernant la prévalence des déficiences cognitives chez les patients atteints de TUS varient considérablement et se situerait entre 30 et 80 % [166], [190]. Ces déficits peuvent aller des effets temporaires relativement subtils de la consommation de cannabis aux déficits modérés du contrôle exécutif observés chez les consommateurs chroniques de cocaïne, même après plusieurs mois d'abstinence. Le DSM-5 admet que la prévalence générale des TNC induits par une substance/un médicament n'est pas connue, il précise toutefois que les TNC légers induits par une substance/un médicament surviennent plus fréquemment chez les sujets plus âgés, ayant une utilisation prolongée de substances (consommation précoce) et d'autres facteurs de risque comme des déficits nutritionnels.

4.1.5 Étiologie

Incidence des TUS sur la démence (démence comme trouble secondaire)
Pantel relève que la consommation chronique et excessive de certaines substances psychoactives toxiques, comme l'alcool par exemple, peut entraîner de graves lésions cérébrales, qui se manifestent par une démence ou éventuellement par un déficit cognitif léger (MCI). La SAMHSA note que la plupart des recherches sur l'incidence de l'abus de substances sur les troubles cognitifs se concentrent sur l'alcool et, dans une moindre mesure, sur le tabac et les benzodiazépines. Elle précise que les recherches sur la relation entre les troubles cognitifs et d'autres substances, comme la cocaïne et le cannabis, sont encore récentes, plutôt mitigées et peu concluantes [45, p. 163].

Incidence de l'alcool : En 2020, la *Lancet Commission* a introduit la consommation excessive d'alcool comme facteur de risque modifiable pour la démence [191]. Préalablement, une étude conduite par Saunders et collègues [192] au début des années 1990 arrive à une multiplication de 4,6 du risque de démence en cas de consommation excessive. Menée plus récemment par Schwarzinger et collègues [193], une très vaste étude rétrospective, portant sur plus de 30 millions de patients hospitalisés, 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. De fait, selon ses auteurs, la consommation excessive d'alcool serait le facteur de risque modifiable le plus important devant le tabagisme ou l'hypertension artérielle. Ces chiffres viennent confirmer les craintes exprimées en 2008 par Gupta et Warner d'une « épidémie silencieuse » de la démence alcoolique [194].

Toutefois, la relation entre alcool et démence n'est pas univoque et dépendrait de la dose consommée et des modalités de consommation. Rehm et collègues [195] ont effectué une revue de cadrage basée sur une recherche systématique des revues systématiques publiées entre 2000 et 2017. Dès 28 revues examinées, il en ressort qu'une consommation légère à modérée d'alcool au milieu ou à la fin de l'âge adulte était associée à une diminution du risque de troubles cognitifs et de démence, alors qu'une forte consommation d'alcool était associée à des modifications des structures cérébrales, à des déficiences cognitives et à un risque accru de tous les types de démence. Ces résultats sont identiques à ceux d'une méta-analyse menée par Xu et collègues [196] qui démontre que non seulement les gros buveurs, mais aussi les abstinents (les deux limites extrêmes) courent un risque plus élevé de démence à un âge avancé, alors que les personnes consommant des quantités légères à modérées d'alcool peuvent avoir un risque plus faible de démence. Kuo et collègues [197] précisent que l'effet protecteur d'une consommation légère à modérée d'alcool a été confirmé par une récente étude de suivi de 23 ans, dans laquelle la cohorte a été suivie à partir de l'âge moyen [198]. Le même effet a également été observé dans les populations âgées, où une consommation modérée d'alcool peut être associée à un risque plus faible de décès par démence que chez les non-buveurs [199].

Incidence des benzodiazépines : Arora et collègues [200] nous disent que de multiples études identifient un lien fort entre la consommation de benzodiazépines et le déclin cognitif [201]–[203], voire la démence [204]. En France une étude de l'INSERM [205], portant sur 8'240 personnes âgées de plus de 65 ans et suivies depuis plus de 8 ans, a mis en évidence le fait que les personnes âgées consommant des benzodiazépines de demi-vie longue ont un risque augmenté de 60 % de développer une démence (majoritairement de type Alzheimer) et ce sans que cela ne soit explicable par d'autres facteurs. Selon Billioti et collègues, les personnes âgées qui utilisent des benzodiazépines sur une longue période (c'est-à-dire plus de 3 mois) peuvent être 1,5 à 2 fois plus susceptibles de développer une démence que les personnes qui ne les ont pas utilisées à long terme [206]. Selon Zhong et collègues le risque de démence lié à l'utilisation de benzodiazépines semble également augmenter avec la dose de benzodiazépine [207]. Malgré un nombre très important d'études concluant à une association entre les benzodiazépines et la démence, Brandt et Leong [208], concluent une revue récente en affirmant que les critères requis pour étayer fortement une relation causale ne seraient que partiellement remplis.

Incidence du tabac : Plusieurs études de grandes ampleurs établissent un lien entre tabagisme et un risque accru de démence [209]–[212]. Selon un dossier de l'OMS [213], on dispose actuellement de données indiquant que la consommation actuelle de tabac est associée à une augmentation du risque de démence et de maladie d'Alzheimer. Des études dans différents contextes en ont apporté la preuve. Une méta-analyse d'études entreprises principalement dans les années 1990 et au début des années 2000 est arrivée à la conclusion que, par rapport aux personnes n'ayant jamais fumé, les consommateurs actuels de tabac présentaient un risque de 1,79 (IC de 95 %, 1,43-2,23) concernant la maladie d'Alzheimer et de 1,78 (IC de 95 %, 1,28-2,47) concernant la démence vasculaire. Un autre examen systématique publié à la même période a confirmé les résultats précédents, avec des risques de 1,59 (IC de 95 %, 1,15-2,20) concernant la maladie d'Alzheimer et de 1,35 (IC de 95 %, 0,90-2,02) concernant la démence vasculaire. (…) Il semblerait en outre qu'il existe une relation dose-réponse, selon laquelle plus une personne fume, plus elle risque de développer une forme de démence. L'OMS estime que 14 % des cas de maladie d'Alzheimer dans le monde sont potentiellement attribuables à la consommation de tabac à fumer. Étrangement, le DSM-5 ne retient pas le tabac parmi les classes de substance pouvant provoquer des troubles cognitifs (→A8).

Fait extrêmement intéressant, une méta-analyse de Zhong [214] a révélé que les personnes qui avaient cessé de fumer présentaient le même risque de démence que celles qui n'avaient jamais fumé. Une étude longitudinale récente, conduite en Corée par Choi [215] sur plus de 46'000 personnes de plus de 60 ans, arrive à des conclusions similaires et se conclut ainsi : les fumeurs

devraient être encouragés à arrêter de fumer afin de réduire le risque de développer une démence, en particulier dans la population âgée qui est déjà à risque.

Incidence de la polypharmacie : Selon Arora et collègues [200], l'effet des médicaments sur la cognition est bien connu, les études rapportant que les médicaments sont le principal facteur à l'origine du délire chez 11 à 30 % des patients âgés hospitalisés en médecine [216], [217]. Chez les personnes souffrant de troubles cognitifs plus chroniques, et en particulier celles qui sont suspectées de démence, la toxicité des médicaments jouerait un rôle dans 2 à 12 % des patients concernés [218], [219]. Les auteurs précisent que cette prévalence présente des défis importants pour le médecin qui tente de dépister des causes potentiellement réversibles, car au moins 10 % des patients adressés à des centres de mémoire présentent des troubles cognitifs directement imputables aux effets des médicaments [220]. Deux revues récentes de la littérature montrent que la polypharmacie, et en particulier les psychotropes et les anticholinergiques, a été associée à des troubles cognitifs dans de très nombreuses études [221], [222]. Enfin, une étude de Park et collègues [223], basée sur les registres de l'assurance de base en Corée du Sud de 2002 à 2013 et portant sur plus d'un million de cas de démence, démontre que la polypharmacie a été associée au développement de la démence. Ils démontrent également que le risque de démence augmente proportionnellement aux nombres de médicaments prescrits : 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).

Incidence des troubles neurocognitifs sur les TUS (TUS comme trouble secondaire)
Pour Pantel, la crainte de la perte imminente des compétences intellectuelles et de l'autonomie personnelle, qui est souvent encore très consciemment ressentie dans les premiers stades de la démence, peut déclencher une profonde insécurité émotionnelle. Celle-ci pourrait conduire certaines personnes à commencer à boire plus que de raison afin de se tranquilliser ou encore à abuser de sédatifs, comme les benzodiazépines. Aux dires de Pantel, cette insécurité liée à un déficit cognitif récent pourrait constituer un facteur important dans le développement de dépendance tardive. Il précise que bien que peu étudiée jusqu'à présent, cette hypothèse présente un fort intérêt pour la pratique [156]. Kavanagh explique que si les facultés cognitives, le contrôle des impulsions, la motivation et les aptitudes sociales sont déjà considérablement altérés, l'ajout d'une consommation de substance peut faire passer la personne d'un comportement marginalement approprié à un comportement dysfonctionnel, avec des conséquences importantes et durables [124].

Une autre relation entre TNC et TUS nous a été rapportée par plusieurs interlocuteurs qui ont fait état de patients qui oubliaient d'avoir déjà bu leur verre de vin quotidien ce qui, à force d'oublis, pouvait conduire à des alcoolisations massives et répétées de la part de personnes qui auparavant n'avaient aucun problème d'alcool.

À l'inverse, ces mêmes interlocuteurs nous ont fait part de l'existence d'autoguérison (fréquente) de personnes alcooliques et/ou de fumeurs qui, en raison de leur démence, oubliaient de fumer ou de boire.

4.2 Difficultés inhérentes au repérage (screening)

Dans un contexte addictologique, l'identification des TNC est un élément central dans le parcours de soin du patient. Toutefois, le repérage de ces troubles ne peut pas se faire par le biais d'une simple observation clinique [224], ni au travers d'une auto-évaluation du patient [175], [176]. Ce repérage requiert l'utilisation d'instruments de screening/d'échelles psychométriques adéquates, comme le MoCa, le BEARNI ou le TEDCA.

Il est important de relever que ces instruments utilisés pour le dépistage ne sont pas des outils diagnostiques. Seule une batterie de tests approfondis réalisés par un neuropsychologue (clinique de la mémoire) permet d'identifier avec précision la nature des difficultés, leur sévérité et leur impact potentiel sur la vie quotidienne de la personne concernée ainsi que sur sa prise en charge.

4.2.1 Littérature

Focalisation sur les formes graves : Pendant longtemps les cliniciens se sont focalisés sur la détection des formes aiguës, graves et bien caractérisées d'atteintes cérébrales induites par une consommation régulière et excessive d'alcool [225]. Parce que les troubles neuropsychologiques associés à l'alcoolodépendance ont longtemps été considérés comme n'affectant que les patients aux formes cliniques les plus graves, telles que le syndrome de Korsakoff ou la démence alcoolique, les déficits cognitifs qualifiés de légers à modérés (MCI — Mild Cognitive Impairment) n'ont pas été l'objet d'attention de leur part.

Cette situation est regrettable, car on sait que des déficits cognitifs, même légers, impactent les prises en charge et le taux de rechute des patients. On sait également, comme le soulignent Cabé et collègues [160], que ces troubles cognitifs induits par les substances sont susceptibles de régresser grâce au maintien d'une l'abstinence dans le temps [157], [158] ou au travers une diminution drastique des consommations d'alcool [159].

Instruments inadaptés : Il existe depuis de nombreuses années plusieurs outils à disposition des cliniciens afin de dépister les troubles cognitifs dans la population générale et gériatrique. À titre d'exemple, Alzheimer Suisse recommande les tests brefs de dépistages de la démence suivants [226, p. 9]: MMSE et test de l'horloge ; MoCA ; Mini-Cog ; BrainCheck. Dans les recommandations 2018 de Swiss Memory Clinics [227], les outils suivants sont évoqués : IQCODE, MoCA, DemTect. Cette publication précise que le MMSE n'est pas assez sensible pour détecter la démence à un stade précoce et qu'il est nécessaire de le compléter par le test de l'horloge.

Sans entrer ici dans le détail, Dumeige-Harbonnier [228, p. 70], qui a conduit une étude systématique de l'utilité en addictologie des instruments de screening cognitif, conclut que le MMSE, qui représente le test le plus fréquemment utilisé dans la population générale, est un outil peu utile en addictologie. Elle propose d'utiliser le **MoCA** [229], qui mesure plusieurs domaines cognitifs connus pour être altérés dans la population addictologique, le **BEARNI** [230] ou le **TEDCA** [231], ces deux outils plus récents, étant spécifiquement développés pour cette même population.

Systèmes qualité préexistants : Un autre frein au repérage de troubles cognitifs induits par les substances pourrait consister, paradoxalement, en l'utilisation — dans une partie des EMS [232], l'ensemble des services de soins à domicile [233] et dans quelques hôpitaux psychiatriques — de systèmes qualité (interRAI [233], PLAISIR [234], BESA [235], autres) qui ne prendraient pas en compte ces types de déclins cognitifs[7]. En effet, on comprend aisément qu'une institution qui a consacré beaucoup de temps et d'argent à la mise en place d'un système qualité — qui généralement inclut une évaluation multidimensionnelle des patients, leur suivi voire la facturation — soit peu encline à venir ajouter à celui-ci la passation d'un instrument idoine pour le repérage des troubles cognitifs induits par les substances/ou les médicaments. Pour une liste d'instruments utilisés dans le cadre des EMS, voir annexes (→A24).

4.2.2 Entretiens

Les réponses sont identiques à celles qui concernent les troubles (mentaux) cooccurrents (→3.2.2).

[7] En l'état, il s'agit d'une hypothèse que nous n'avons pu vérifier en raison du nombre important de systèmes différents utilisés selon régions linguistiques de la Suisse, et parmi les cantons. Un rapport conjoint d'ISGF et la ZFPS portant sur le repérage des consommations d'alcool problématique chez les personnes âgées aborde brièvement cette question. Il semblerait que les systèmes utilisés dans le cadre des EMS (RAI-NH et BESA) n'incluent pas les consommations de substances psychoactives, alors que celui utilisé dans le cadre des soins à domicile (RAI-HC) contiendrait deux questions relatives à la consommation d'alcool [81, p. 36-37].

4.3 Difficultés inhérentes au diagnostic

4.3.1 Littérature

Dans la nouvelle section relative aux troubles neurocognitifs (TNC), le DSM-5 retient le diagnostic de « Trouble neurocognitif majeur ou léger induit par une substance/un médicament ». Les critères diagnostics sont les suivants :

Tableau 20 : Critères diagnostiques TNC induit par une substance/un médicament

A.	Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.
B.	Les altérations cognitives ne surviennent pas exclusivement pendant une phase d'état confusionnel (delirium) et persistent au-delà de la durée habituelle de l'intoxication ou du sevrage aigu.
C.	La substance ou le médicament impliqué, ainsi que la durée et l'importance de leur usage, sont capables de produire l'altération neurocognitive.
D.	L'évolution temporelle des déficits neurocognitifs concorde avec la période d'usage et d'abstinence de la substance ou du médicament (p. ex. les déficits restent stables ou s'améliorent après une période d'abstinence).
E.	Le trouble neurocognitif n'est pas imputable à une autre affection médicale ou n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental.

Source : APA (2015), DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [5, p. 1042].

Le diagnostic de troubles induits par une substance/un médicament soulève les mêmes difficultés, en termes de diagnostic différentiel, que celles que nous avons relevées pour les troubles psychiatriques cooccurrents (→3.3). La principale gageure pour le praticien étant de disposer d'un patient abstinent, durant une période suffisamment longue.

On le comprend bien, si sur papier le diagnostic est réalisable, il l'est beaucoup moins dans le quotidien de praticiens surchargés qui œuvrent en ambulatoire avec des patients particulièrement réfractaires aux changements.

4.3.2 Entretiens

Dans un contexte addictologique : Dans les faits, il semblerait qu'en cas de suspicion de démence, les praticiens du domaine des addictions renvoient systématiquement leurs patients à une clinique de la mémoire pour qu'ils y fassent des analyses neurologiques approfondies. L'imagerie cérébrale, entre autres, étant censée apporter des réponses quant aux raisons physiologiques des manquements cognitifs observés/supposés. Cependant, quand bien même l'équipe pluridisciplinaire des centres de la mémoire dispose d'une expertise en matière cognitive que les addictologues n'ont pas, ils ne sont pas des magiciens. Ils peuvent mettre en évidence des lésions dans les différentes zones du cerveau, investiguer l'état des différentes fonctions cognitives, mais, dans la plupart des cas, la caractérisation du type de démence reste hautement problématique.

> *« C'est extrêmement difficile. C'est cliniquement impossible. Souvent ce n'est pas séparable parce qu'il y a des types de démences qui peuvent causer exactement les mêmes symptômes psychiatriques qu'un TUS ou un sevrage d'une substance. Ces évaluations sont toujours relativement coûteuses, il faut faire des diagnostics supplémentaires pour être sûr. Par exemple, l'atrophie cérébrale présente sur une IRM pourrait être interprétée comme étant la conséquence d'une consommation d'alcool ou d'une autre substance ».*

> *« On ne fait pas la part des choses. On ne l'a fait pas. On décrit, on ne peut que décrire le déficit cognitif […] de la mémoire, de l'attention, etc. Et puis, il [le patient] continue son parcours de sevrage ou son parcours de traitement psychothérapeutique »*

> *« C'est quelque chose de très difficile. Il y a la démence, les symptômes dans le cadre d'un TUS et en plus avec les personnes gériatriques il y a le délire qui de nouveau peut arriver à cause d'une consommation ou d'un sevrage d'une substance […] C'est très difficile, de séparer ça cliniquement, surtout dans un contexte ambulatoire où on voit les gens pour un laps de temps court ».*

Selon les spécialistes interrogés, c'est donc essentiellement sur le critère de l'âge du patient qu'il est possible de différencier une démence de type alcoolique/syndrome de Korsakoff (qui survient

plus tôt) d'un autre type de démence comme Alzheimer, ou les démences vasculaires (qui souviennent plus tard).

Une difficulté supplémentaire dans la caractérisation des atteintes cognitives se pose lorsque le patient ne souffre pas d'une forme grave, bien caractérisée de démence, mais de troubles cognitifs légers (MCI). Dans ce cas de figure, la question d'une abstinence suffisamment longue du patient auquel devait faire face l'addictologue, se reporte sur le neurologue avec les mêmes difficultés et le même questionnement : s'agit-il d'un trouble cognitif primaire ou d'un trouble induit ? Cette situation peut devenir encore plus complexe lorsque le patient est très âgé.

Dans le cadre des familles : La difficulté à faire la part des choses entre troubles addictifs et problèmes cognitifs ne concerne pas uniquement les spécialistes, cela concerne également les proches. Un de nos interlocuteurs actifs en addictologie nous a fait part de l'incompréhension d'un père à l'égard de son fils atteint de troubles cognitifs importants et « toxicomane ». Le père ne comprenait pas que son fils puisse se perdre dans l'hôpital lorsqu'il allait fumer ou qu'il puisse oubliait l'heure de sa visite. Notre interlocuteur que ce type d'incompréhension était fréquent et l'expliquait ainsi :

> *« Les proches des usagers de substances sont souvent épuisés par rapport aux TUS. Donc, il n'arrive pas à rajouter encore une problématique ou un diagnostic. Ces proches n'ont plus d'énergie et plus de ressources. Il faut donc les motiver pour s'adapter encore. L'enjeu est de faire comprendre aux proches que si le dément perd sa tête et s'il n'oublie il ne fait pas exprès. Cela est important de le répéter sans cesse à la famille »* (légèrement adapté).

4.4 Difficultés inhérentes à la prise en charge

4.4.1 Littérature

C'est dans le domaine des soins en alcoologie que l'impact des troubles cognitifs sur le traitement a été le plus étudié. Nous reprenons à Vabret et collègues une brève explication des principaux enjeux y relatifs : Qu'il s'agisse des thérapies inspirées par les associations d'anciens buveurs, ou plus récemment les thérapies motivationnelles ou cognitivo-comportementales, les soins visant à renforcer les changements dans l'usage de l'alcool (que ce soit dans un but d'abstinence ou de modération) reposent sur des processus cognitifs. Au plan émotionnel, il s'agit de développer une dynamique vers un retour à des valeurs dont le patient s'est éloigné avec le temps et les consommations, en révélant la contradiction entre aspiration au changement et réalisation de celui-ci. Au plan comportemental, l'objectif est de développer la reconnaissance des situations à risque, leur évitement ou la possibilité d'y faire face efficacement [225].

Au regard de cette explication, on comprend que la mise en œuvre des stades du changement, décrite dans le chapitre introductif (→1.5.1) et qui est à la base de la majorité des prises en charge addictologiques, est rendue plus délicate par la présence de troubles cognitifs.

Plusieurs auteurs mettent, en parallèle, les différents types d'atteintes cognitives et leur impact propre sur chacun des stades identifié par Prochaska et DiClemente [23]. Nous en exposons la logique, ci-dessous, sous la forme d'une illustration reprise à Boudehent et collègues [180] et d'un petit tableau élaboré à partir des explications de Dumeige-Harbonnier [228].

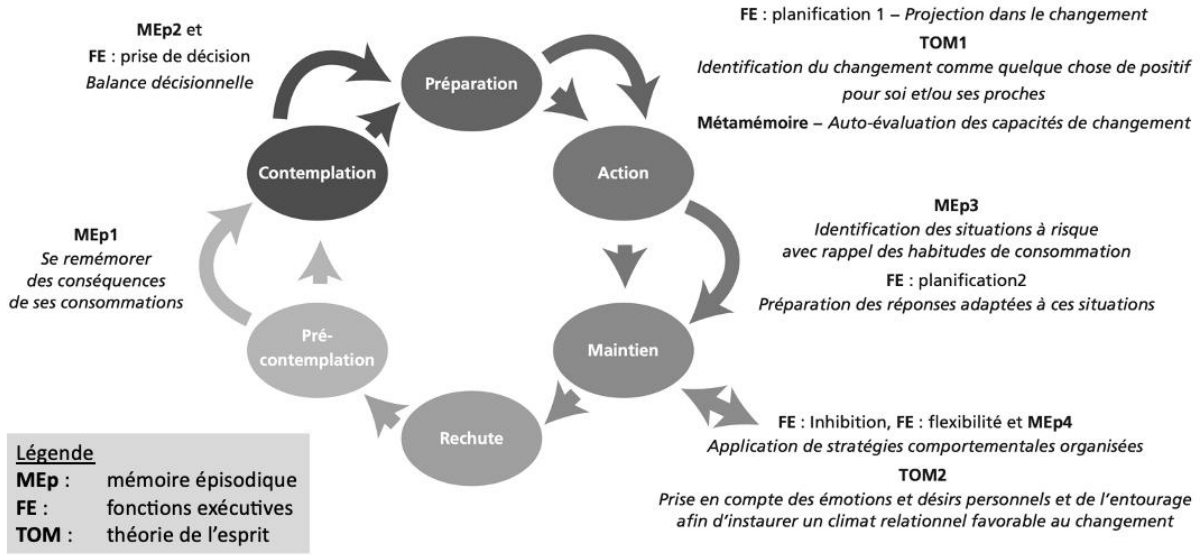
Tableau 21 : Cognition et stades du changement

Stades motivationnels	Domaines cognitifs impliqués
Précontemplation	Se caractérise par la résistance à reconnaître le comportement comme pathologique. • La mise en jeu de la mémoire épisodique et de la théorie de l'esprit est nécessaire à cette prise de conscience.
Contemplation	Est le stade où le patient a conscience de son comportement pathologique et souhaite le modifier, mais reste ambivalent. • Pour être en capacité d'évaluer la situation et prendre les décisions, l'intégrité de la mémoire épisodique et des fonctions exécutives (notamment la prise de décision) est indispensable.
Préparation	Est le stade de mise en place de différents processus afin d'agir sur le comportement.

	• Cela passe par une phase d'éducation thérapeutique faisant appel aux fonctions exécutives (la planification, l'inhibition et à la prise de décision).
Action	Est la mise en route du soin, permettant le changement de comportement grâce à la mise en place des stratégies d'abstinence. • Pour cela le patient doit pouvoir planifier (grâce aux fonctions exécutives).
Maintien du changement	L'abstinence, par exemple, nécessite l'intégrité des fonctions exécutives (flexibilité mentale, et inhibition), et de la mémoire épisodique.

Source : Dumeige-Harbonnier (2018), Les outils de dépistage des troubles cognitifs en addictologie: revue systématique de la littérature [228, p. 13-15].

Figure 3 : Implication des processus cognitifs dans le modèle transthéorique du changement (Boudehent et al., 2012)



Source illustration:C. Boudehent, H. Beaunieux, A. Pitel, F. Eustache, et F. Vabret, « Contribution de la neuropsychologie à la prise en charge de l'alcoolo-dépendance : compréhension des phénomènes de résistance dans les thérapies motivationnelles ou cognitivo-comportementales. », *Alcoologie et Addictologie*, vol. 34, nº 2, Art. nº 2, juin 2012.

L'identification des TNC et leur prise en compte dans la prise en charge sont essentielles afin d'adapter le suivi et le traitement addictologique au profil neurocognitif du patient, en proposant différentes stratégies, en fonction du stade motivationnel et de ses capacités.

Selon Copersino et collègues [166] des améliorations de traitement spécialisé visant les patients souffrant de troubles cognitifs dans le cadre de TUS, comme la réhabilitation cognitive [236] et de l'accommodation [237] ont connu un certain succès, mais ce domaine en est encore à ses débuts et des recherches supplémentaires sont nécessaires[8]. Selon Dumeige-Harbonnier [228], la remédiation cognitive (utilisée pour la schizophrénie) a pu être appliquée avec succès aux personnes souffrant de TUS et de problèmes cognitifs y relatifs. La remédiation cognitive est un ensemble de techniques rééducatives impliquant un entraînement des fonctions cognitives altérées ou une compensation par le recours aux fonctions préservées. Reposant sur le développement de nouvelles stratégies de traitement de l'information qui seront utilisées dans la vie courante, ses bénéfices peuvent se généraliser et se maintenir dans la durée [238].

[8] Le GREA réalise actuellement un projet pilote « Collaboration Handicap et Addictions » qui a pour objet l'adaptation d'une méthode hollandaise pour la prise en charge de personnes souffrant à la fois de TUS et de déficiences intellectuelles. Une description est accessible sous : https://promotionsante.ch/pds/projets-soutenus/handicap-addiction.html

4.4.2 Entretiens

Les cliniciens interviewés, actifs dans le domaine de la neurologie, ont distingué très clairement les démences induites par les substances (issu d'une consommation précoce) pour lesquels ils ne peuvent rien faire, si ce n'est renvoyer la personne à un service d'addictologie, des TUS induits par une démence. Dans ce cas de figure, d'une consommation tardive, provoquée par un TNC une action psychoéducative auprès des proches de la personne est envisageable.

> *« Le défi c'est d'agir de façon indirecte auprès de patients et des proches pour réduire l'apport d'alcool. Parce qu'évidemment une personne qui a un problème d'Alzheimer et boit de l'alcool, la performance cognitive s'effondre. Mais de l'autre côté, boire du vin cela fait partie de sa culture, de son histoire et de son style de vie. Et lui nier de boire du vin, pour lui, il le voit comme une violence […] et ils ne sont pas conscients qu'ils boivent trop. Donc, il faut agir avec de la psychoéducation auprès des proches »*
>
> *Et comme vous le comprenez, avec un patient qui est dans le déni, c'est un chemin difficile de le persuader à faire des examens diagnostics, à prendre des médicaments. À suivre des styles de vie qui puissent le protéger. Et les proches sont essentiels à ce niveau-là. Les patients qui vivent seuls et […] qui ne sont pas conscients […] sont des bateaux dans la tempête, sans aucun, sans personne à la barre »*

Ce même interlocuteur a mis en évidence l'impact de l'évolution des troubles neurocognitifs sur la prise en charge des troubles liés à l'usage de substances.

> *« La personne qui présente un abus de substances et qui développe une démence présente des défis additionnels par rapport à la personne avec abus de substances sans démence. Pendant une première phase, la mise en place de programmes de sevrage ou de contrôle de la consommation est rendue plus difficile par un manque de compréhension et de motivation du patient ayant des TNC qui vient s'ajouter au manque de collaboration qui est souvent déjà présent chez les personnes ayant un TUS sans démence. Dans une deuxième phase, lorsque la démence avance, l'envie de consommer des substances s'éteint d'elle-même et la personne devient plus gérable malgré le fait qu'elle soit moins autonome (légèrement modifié) ».*

D'autres interlocuteurs ont partagé avec nous le même constat de troubles liés à l'usage de substances (TUS) qui disparaissaient d'eux-mêmes avec le développement des troubles démentiels.

Un de nos interlocuteurs, issu du domaine associatif, a évoqué le cas d'un monsieur de 78 ans ayant un diagnostic d'atteinte démentielle depuis ses 74 ans qui, depuis une année, s'est mis à boire de manière cooccurrente à l'apparition soudaine d'une maladie de Ménière. À son propos, notre interlocuteur nous a dit :

> *« La consommation d'alcool n'a pas cessé d'augmenter, accentuée par les troubles de la mémoire. Ce monsieur devient agressif lors de contrainte et il y a eu un épisode de violence physique envers son épouse. Le désarroi est vif ».* Il ajoute :
>
> *« Dans la situation présentée, la majorité des difficultés rencontrées par l'époux sont mises sur le compte de l'abus d'alcool. Il y a malheureusement très peu de compréhension des symptômes liés à la pathologie démentielle. L'accompagnement malgré tout l'amour qu'ils ont pour leur époux et papa n'est pas adéquat. Le médecin de famille semble peu familier tant pour les pathologies démentielles que pour l'addiction. (…). Les personnes qu'ils ont consultées traitent soit l'addiction soit la démence et c'est une aberration ».* Et précise :
>
> « Pour la situation évoquée ci-dessus, avec l'accord de la famille, nous avons pris contact avec les spécialistes (centres de la mémoire) et le médecin de famille pour mettre en commun. Nous avons en quelque sorte pris le lead dans la coordination (case management) en partenariat avec l'épouse et les enfants. Actuellement aucun autre prestataire n'intervient. »

À la question de l'application de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) à des personnes souffrant à la fois de troubles addictifs et cognitifs, nos interlocuteurs actifs dans l'addictologie nous ont répondu :

> *1. « Je ne crois pas que les TCC soient encore pertinents dans un cas comme ça. Mais, je ne connais pas les techniques spécifiques pour la démence. Ce que je sais, c'est que le travail avec les proches est très important. Ce sont eux, qui prennent les décisions, donc ils doivent pouvoir comprendre ce qu'on fait si le patient n'est plus capable de le comprendre. Peut-être il faudrait utiliser les TCC avec les proches alors ? » [En rigolant].*
>
> *2. « Oui, c'est toute une histoire avec ces TCC. Les gens veulent vendre une méthode et gagner de l'argent avec ça. Le traitement d'une addiction n'est pas en premier lieu une thérapie comportementale. C'est quelque chose de très complexe. Pour les démences, c'est toujours une question du degré de la démence.*

Dans le cas d'une démence grave, les patients doivent être sous le contrôle de quelqu'un (p. ex. les proches ou un home), donc ça se passe vers eux. Si c'est une démence légère, il y a aussi des options d'aide et on implique les proches, etc. C'est clair que si on n'a plus les capacités neurocognitives, on ne peut plus agir de manière raisonnable, donc la structure est plus importante. »

4.5 Points clés

- En raison de la consommation d'alcool et de tabac des plus jeunes, de la (sur) prescription de benzodiazépines, tout comme de la polypharmacie touchant les personnes âgées, le nombre de personnes concernées par les démences pourrait augmenter plus fortement de ce qu'on pourrait attendre du fait du vieillissement démographique.
- 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 [156].
- 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.
- Enfin, parce que les effets neurotoxiques de l'alcool ne sont pas connus du grand public, il semble opportun de sensibiliser la population à ce risque.

4.6 Ressources

Il n'existe pas de ressources spécifiques en Suisse sur le thème « démence et addictions ». Ci-dessous nous renvoyons aux principales ressources en matière de démence (uniquement).

Alzheimer Suisse www.alzheimer-schweiz.ch/fr/page-daccueil

Pro Senectute Suisse www.prosenectute.ch/fr/infos/sante/maladies/demence-alzheimer-et-perte-de-memoire.html

OFSP, Plateforme nationale démence www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/demenz.html

OFSP, Stratégie nationale en matière de démences 2014-2019 www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/demenz/nationale-demenzstrategie.html

CDS, Démence www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/autre/demence

CURAVIVA Suisse, Box démence www.curaviva.ch/Infos-specialisees/Demence/P7dZr/

Les annexes contiennent une liste de recommandations en la matière (→A17)

5 TUS et soins palliatifs (SP)

Ce chapitre aborde dans le détail les problèmes soulevés par le repérage, le diagnostic et la prise en charge d'un TUS lorsque celui-ci est associé à une prise en charge de type palliatif (SP), définie ici essentiellement comme une prise en charge de la douleur. *Il fournit des éléments épidémiologiques (prévalence de la douleur) et étiologiques (qui visent à expliquer les relations causales complexes entre TUS et douleur).*

5.1 Éléments de compréhension

5.1.1 Terminologie

En 2002, l'OMS a défini les soins palliatifs comme une approche qui permet d'améliorer la qualité de vie des patients (adultes et enfants) et de leur famille lorsqu'ils sont confrontés aux problèmes inhérents à une maladie potentiellement mortelle, et consiste à prévenir et à soulager la souffrance en identifiant précocement et en évaluant et traitant correctement la douleur et d'autres problèmes, qu'ils soient physiques, psychosociaux ou spirituels. Elle s'attache également à respecter les choix des patients et aide leur famille à gérer des problèmes pratiques, y compris à faire face à la perte et au chagrin, tout au long de la maladie et en cas de deuil [239].

En Suisse, la définition suivante a été retenue par l'OFSP et la CDS : Les soins palliatifs englobent le soutien et les traitements médicaux apportés aux personnes souffrant de maladies incurables, potentiellement mortelles et/ou chroniques évolutives. Bien qu'ils soient introduits à un stade précoce, ils interviennent principalement au moment où le diagnostic vital est ou paraît engagé et où les soins curatifs ne constituent plus un objectif primaire. Ils offrent aux patients, compte tenu de leur situation, la meilleure qualité de vie possible jusqu'à leur décès, tout en apportant un soutien approprié à leurs proches. Les soins palliatifs visent à éviter la souffrance et les complications. Ils comprennent les traitements médicaux, les soins, ainsi que le soutien psychologique, social et spirituel [240, p. 8]. L'organisation des soins palliatifs en Suisse est décrite dans les annexes (→A18).

5.1.2 Soins curatifs et soins palliatifs

Tableau 22 : Principales différences entre soins curatifs et palliatifs (Benhaberou-Brun et al., 2013)

	Soins curatifs	Soins palliatifs
Définitions	– Investigations qui visent à préciser et à confirmer un diagnostic afin de déterminer le traitement le mieux adapté. – Soins actifs, traitements et thérapies mis en œuvre pour lutter contre la maladie. Ex. : soins en vue d'une chirurgie, traitements de chimiothérapie, réadaptation après un AVC, etc.	– Soins actifs et globaux prodigués à la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. – Soins qui traitent les symptômes d'une maladie, mais qui n'agissent pas sur ses causes. – Soins qui ne hâtent ni ne retardent la mort. Ex. : soins à une personne atteinte de cancer, de sclérose en plaques, de la maladie d'Alzheimer, etc.
Objectifs	– Guérir la personne, l'amener à une survie de longue durée ou à une rémission complète. – Rendre la personne la plus fonctionnelle et la plus autonome possible.	– Améliorer ou préserver la qualité de vie de la personne pour lui permettre de vivre aussi confortablement, et même activement, que possible jusqu'à la mort.
Valeurs	– Durée de vie : les valeurs scientifiques sont axées sur la guérison et la réhabilitation.	– Qualité de vie : les valeurs, comme le respect de la personne et de sa dignité, la vérité, la compassion et le souci du confort, sont priorisées.
Clientèles	– Personne de tout âge, atteinte d'une maladie qui n'entraîne pas la mort à brève échéance.	– Personne de tout âge, atteinte d'une maladie incurable ou mortelle à plus ou moins brève échéance. – Les proches.

Source tableau : Benhaberou-Brun et al. (2013), Approche privilégiée pour la personne en soins palliatifs (compétence 19) [241].

5.1.3 Prise en charge palliative des personnes consommatrices de substances psychoactives

Au cours des vingt dernières années, de nombreux changements sont apparus dans la population qui consomme des substances, qu'il s'agisse d'alcool ou d'autres drogues. Pour Witham, Galvani, et Peacock, à qui nous reprenons cette explication, les changements les plus importants semblent être une augmentation du nombre de consommateurs de drogues plus âgés, une hausse subséquente des taux de décès dus à des conditions non liées à la drogue, une augmentation de la morbidité liée à l'alcool chez les consommateurs plus âgés. Les auteurs précisent que l'augmentation du nombre de consommateurs de drogues plus âgés peut être associée aux changements apportés à la gestion du traitement des consommateurs d'opiacés illicites dans les années 1990 et, en particulier, à l'expansion et à la plus grande disponibilité de la prescription de méthadone. Ils relèvent le fait que cette disponibilité accrue signifie qu'un nombre croissant de personnes ayant une consommation actuelle ou antérieure de substances psychoactives ont un meilleur taux de survie et sont plus susceptibles de mourir des mêmes maladies chroniques que celles qui touchent la population générale. Et ajoutent que grâce aux politiques de réduction des risques et aux approches thérapeutiques connexes, les consommateurs de substances plus âgés (plus de 40 ans) sont désormais plus susceptibles de mourir d'une cause non liée à la drogue que les personnes consommant des substances de moins de 40 ans [242].

La conséquence majeure de ces changements est que le nombre de consommateurs de substances psychoactives âgés, susceptibles de recevoir des soins palliatifs, va croitre ces prochaines années. Ces derniers viendront s'ajouter, aux consommateurs actuels, plus jeunes, qui reçoivent des soins de fin de vie en raison du VIH, de cirrhoses du foie ou encore de cancers.

Prise en charge de la douleur
La prise en charge de la douleur est un aspect central du maintien de la qualité de vie des personnes. Selon Witham, Galvani, et Peacock [242], qui ont réalisé en 2019 une évaluation rapide des données probantes (*Rapid Evidence Assessment* — REA) sur les soins de fin de vie pour les personnes ayant des problèmes d'alcool et de drogue, la gestion de la douleur est la thématique la plus traitée et apparaît dans 25 des 60 articles révisés.

5.1.4 Coûts humains et économiques

Il n'existe aucune estimation du nombre de décès ou des coûts ayant trait aux personnes présentant un TUS qui ont requis des soins palliatifs.

5.1.5 Spécificités cliniques

Des douleurs plus fréquentes que dans le reste de la population
En population générale : Une étude représentative conduite auprès de 25'000 patients en soins primaires par Gureje et collègues [243], a montré que 22 % des patients ont signalé des douleurs persistantes. Par rapport aux patients sans douleur persistante, les personnes souffrant de douleur étaient plus susceptibles de souffrir d'un trouble anxieux ou dépressif (OR de 4,14) ; de connaître des limitations d'activité significatives (OR de 1,63) et d'avoir une perception défavorable de leur santé (OR de 1,26).

Patients en TAO : Depuis le tournant du siècle, plusieurs études conduites auprès de patients suivant un traitement par agonistes opioïdes (TAO) ont identifié des douleurs plus fréquentes que parmi la population générale. Pour ces derniers, la prévalence de la douleur se situerait entre 37 % pour Rosenblum [244] et 61,3 % pour Jamison, Kauffman, et Katz [245]. Autrement dit, la prévalence de la douleur des patients en TAO serait de 2 à 3 fois plus élevée que chez le reste de la population.

Personnes utilisatrices de drogues (PUD) : Une revue narrative récente, rédigée par Dassieu et Roy [246], a identifié 52 publications se rapportant à la douleur chez les personnes utilisatrices de drogues, dont 16 études épidémiologiques. Bien que la plupart des études aient trait aux patients sous TAO, quatre études portent sur la prévalence de la douleur de PUD recrutées soit en soins primaires, soit en milieu communautaire. Pour ce public, la prévalence de la douleur chronique se

situe entre 31 et 87 % [247]–[250]. Une autre revue, systématique, conduite par Voon et collègues arrive à une prévalence de la douleur chronique chez les usagers d'opioïdes (à des fins non médicales) s'échelonnant de 48 à 60 % [251].

On notera qu'une prévalence de la douleur plus élevée n'est pas l'exclusivité des utilisateurs de drogues illégales, les consommateurs chroniques d'alcool sont eux aussi sujets à des douleurs plus importantes que le reste de la population [252].

Hyperalgésie (OIH)
Selon Calvino l'hyperalgésie induite par les opioïdes (OIH — *opioid induced hyperalgesia*), consiste en une augmentation paradoxale de la perception de la douleur qui se manifeste au cours d'un traitement par des opioïdes pour le soulagement de la douleur intense aiguë ou chronique [253]. Victorri-Vigneau et collègues expliquent que l'OIH se manifeste cliniquement par une augmentation de la sensibilité aux stimuli douloureux, une aggravation et une extension de la douleur malgré des doses croissantes d'opiacés. Ces auteurs précisent que l'hyperalgésie est à distinguer du phénomène de tolérance dans lequel on observe une diminution de la réponse thérapeutique lors de l'utilisation d'une même dose ou la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet. Ils ajoutent que ces deux phénomènes sont sous-tendus par des mécanismes d'adaptation différents : pour la tolérance, il s'agit d'une désensibilisation des systèmes antinociceptifs, alors que l'hyperalgésie est liée à une sensibilisation des mécanismes pronociceptifs. Et concluent que la résultante clinique dans les deux cas se traduit par une analgésie médiocre, mais qu'il est important de distinguer ces deux phénomènes, car autant une augmentation de la dose pourra pallier un phénomène de tolérance, autant cette même augmentation peut aggraver l'hyperalgésie [254].

Il est important de relever, à la suite de Victorri-Vigneau et collègues, que l'hyperalgésie concerne aussi bien les sujets traités pour des douleurs par des opiacés que les sujets recevant des traitements de substitution aux opiacés [254]. Elle concerne également les utilisateurs d'héroïne et/ou d'autres opiacés/opioïdes non prescrits.

Calvino met en garde sur le fait qu'on rencontre de plus en plus fréquemment cette hyperalgésie dans la mesure où le nombre de patients recevant des opioïdes pour le soulagement des douleurs chroniques intenses augmente [253]. En Suisse, à titre d'illustration, les prescriptions ont augmenté de 42 % entre 2013 et 2018 (→2.3.4).

Automédication en cas de douleurs non traitées
Selon Alford, Compton, et Samet, dans le cas d'une douleur non soulagée, les comportements de recherche de médicaments apparaissent lorsqu'un patient ne peut pas obtenir un soulagement tolérable avec la dose d'analgésique prescrite et cherche d'autres sources ou des doses plus élevées, un phénomène appelé pseudodépendance (*pseudoaddiction*) [255]. Dassieu et Roy précisent que, selon plusieurs études, l'automédication de la douleur au moyen de médicaments ou de drogues répondrait à des difficultés d'accès à une prise en charge médicale. En particulier, elle ferait souvent suite à des refus de prescription d'analgésiques opioïdes. De même, chez les personnes en TAO, l'usage de drogues illicites serait souvent associé à la présence de douleurs chroniques, ce qui suggère que les personnes chercheraient à pallier une prise en charge insuffisante ou inexistante de leurs douleurs. Chez les personnes utilisatrices de drogues hospitalisées, on constate aussi un lien entre des difficultés de prise en charge de la douleur et des consommations de drogues durant l'hospitalisation [246]. Voir également sur le sujet [256].

Un de nos interlocuteurs actifs dans un EMS, précisait :

> *« Il y a des personnes âgées qui boivent par solitude et il y a aussi celles qui combattent la douleur avec de l'alcool et des analgésiques. Des approches ici seraient utiles. Le personnel infirmier n'est pas formé aux problèmes de dépendance et, généralement, est débordé ».*

5.1.6 Épidémiologie

Besoin d'une prise en charge palliative
Dans le monde, la Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA) estime que plus de 56,8 millions de personnes ont besoin de soins palliatifs chaque année, dont 31,1 millions avant et 25,7 millions vers la fin de leur vie. La majorité (67,1 %) est des adultes de plus de 50 ans et au

moins 7 % sont des enfants. La majorité (54,2 %) est des personnes qui ont besoin de soins palliatifs avant leur dernière année de vie [257, p. 17]. En Suisse, selon les souhaits de la stratégie nationale, les deux tiers des personnes décédant devraient pouvoir bénéficier de soins palliatifs. Parmi celles-ci, 80 % devraient avoir accès à des soins palliatifs de premiers recours et les 20 % restant à des soins spécialisés. Pour l'année 2019, durant laquelle 67'000 personnes sont décédées, cela correspond à 53'600 personnes qui nécessiteraient des soins palliatifs dont 42'280 en soins palliatifs de premier recours et 10'720 en soins palliatifs spécialisés [258, p. 11]. Cependant, la réalité actuelle est tout autre. Selon un rapport du Conseil fédéral, seules 5'900 personnes hospitalisées ont reçu un traitement complexe de médecine palliative ou des soins palliatifs spécialisés en 2018. 81,8 % de ces patients souffraient d'une tumeur. Par ailleurs, l'âge moyen des personnes ayant fait l'objet de soins palliatifs est de 70,7 ans. Sur les environ 26'000 personnes décédées en hôpital en 2018, 11,8 % ont eu recours à un traitement complexe de médecine palliative ou à des soins palliatifs spécialisés durant leur dernière hospitalisation. Près de 30 % de tous les patients atteints d'une tumeur et décédés en hôpital ont reçu des soins palliatifs avant de mourir. Cette proportion s'élevait à seulement 2,5 % pour les patients décédés atteints d'une maladie de l'appareil circulatoire. Et de conclure : les patients âgés et ne souffrant pas d'une maladie relevant de l'oncologie, notamment, ne bénéficient pas d'un accès suffisant aux traitements de médecine palliative dans les hôpitaux [259, p. 17].

Selon Witham et collègues, peu d'études de prévalence ont été identifiées qui portent sur les besoins en soins palliatifs des consommateurs de substance en fin de vie : Il s'agit d'un domaine qui nécessite davantage de recherches épidémiologiques afin de fournir un contexte plus large pour le développement des politiques et des pratiques [242].

5.1.7 Étiologie

Maladies requérant une prise en charge palliative

Pour l'OMS, la majorité des adultes qui ont besoin de soins palliatifs meurent des suites de maladies cardio-vasculaires (38,5 %) et de cancer (34 %) ; viennent ensuite les affections respiratoires chroniques (10,3 %), le VIH/sida (5,7 %) et le diabète (4,6 %). Les personnes qui ont besoin de soins palliatifs et meurent du VIH/sida, de la tuberculose ou de l'hépatite B ou C sont le plus souvent âgées de 15 à 59 ans, tandis que celles qui décèdent de la maladie d'Alzheimer, de la maladie de Parkinson, d'affections respiratoires chroniques, de maladies cardio-vasculaires, du diabète, de la polyarthrite rhumatoïde ou du cancer ont généralement plus de 60 ans [239].

Il existe un large éventail de maladies associées à la consommation de substances, notamment la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les problèmes de santé mentale et les maladies du foie qui recoupent très largement les maladies identifiées par l'OMS comme requérant des soins palliatifs.

Sensibilité accrue à la douleur des utilisateurs d'opiacés

Dassieu et Roy constatent qu'en dépit de l'identification de facteurs associés à la présence de douleurs chroniques chez les personnes utilisatrices de drogues (PUD), parmi lesquels figurent les problèmes de santé physique et mentale, l'âge, et l'utilisation de drogues par injection, la littérature épidémiologique livre peu de tentatives d'explications de l'écart entre les taux de douleur chez les PUD et ceux observés dans la population générale [246].

5.2 Difficultés inhérentes au repérage (screening)

Dans le domaine des soins palliatifs, un des enjeux actuels est le repérage des personnes qui nécessiteraient un recours à une prise en charge palliative spécialisée. Il s'agirait, entre autres, par l'utilisation d'instruments de screening (p. ex. Gold Standards Framework® Proactive Identification Guidance, SPICTTM, NECPAL©, Pallia 10 [260, p. 6]) dans les milieux de soins (hôpitaux, EMS, SASD, etc.), d'élargir le « bassin de recrutement » d'un public qui, aujourd'hui, dans sa grande majorité (80 %) provient de la filière oncologique. On peut penser que si cette approche proactive rencontre le succès, celui-ci devrait également profiter aux personnes consommatrices de substances. À l'heure actuelle, la plus grande difficulté sur le plan du repérage des personnes

consommatrices de substances qui requerraient des soins palliatifs spécialisés ne tient pas tant à la nature du public, mais bien à la confidentialité de la démarche palliative.

S'agissant du repérage d'une consommation de substances qui, éventuellement, pourraient interférer avec la prise en charge de la douleur, plusieurs de nos interlocuteurs des soins palliatifs nous ont dit que ce problème ne se posait pas.

> *1. « Les patients pour lesquels nous sommes mobilisés sont déjà "repérés/diagnostiqués" de long terme usuellement ». Et précisait : « Le manque d'identification des soins palliatifs actuellement fait que les patients arrivent très tardivement dans ce type de prise en soins ; dans les très rares cas problématiques d'addiction, celle-ci est bien évidemment prise en compte dans la prise en soins globale, avec les éventuels intervenants déjà dans la situation. Dans la mesure où le but fixé est la qualité de vie, la question de l'arrêt des substances n'est souvent pas au programme, il s'agit plutôt de discussion ouverte, de négociations et de demande de transparence de ce qui est consommé ».*
>
> *2. « Nous aimons bien que les patients nous racontent leur histoire de vie et là on peut mieux l'identifier que si on demandait des questions fermées p. ex. Souvent, si on demande directement, les gens nient une consommation problématique, mais après quand ils parlent de leur vie, ils la mentionnent quand même »*

5.3 Difficultés inhérentes au diagnostic

De très nombreux instruments et échelles de mesures ont été développés dans le but de pouvoir objectiver la douleur des patients et d'initier par la suite une prise en charge antalgique adéquate (voir [261]). À notre connaissance, leur application à des personnes consommatrices de SPA ne soulève aucun problème particulier.

5.4 Difficultés inhérentes à la prise en charge

5.4.1 Littérature

Selon Witham, Galvani, et Peacock [242], il n'y a pas de recherche identifiant des modèles de bonnes pratiques pour travailler avec la coexistence de la consommation de substances psychoactives et de conditions palliatives ou de fin de vie. A contrario, il existe plusieurs articles (essentiellement anglo-saxons pour ce qui est de la littérature révisée par les pairs) qui portent sur la prise en charge insuffisante de la douleur dont serait l'objet les personnes utilisatrices de substances psychoactives.

Méconnaissance et stigmatisation

Nous reprenons à Dassieu et Roy [246] un extrait de leur excellente revue narrative qui porte sur trois thématiques peu étudiées jusqu'à présent : La prévalence de la douleur physique aiguë et chronique chez les personnes consommatrices de substances, la prise en charge de leurs douleurs dans les services de santé, et leurs pratiques d'automédication de la douleur.

Encadré 13 : Prise en charge insuffisante de la douleur des personnes utilisatrices de SPA (Dassieu et Roy, 2020)

La prise en charge de la douleur des personnes utilisatrices de drogues (PUD) est souvent qualifiée d'insuffisante ou d'inadéquate dans les travaux de recherche récents sur le sujet. Ce constat est à l'œuvre autant dans les enquêtes menées auprès de professionnels de santé que dans celles portant sur la satisfaction des personnes concernées. Plusieurs aspects de la prise en charge des PUD sont mis en cause : le soulagement médicamenteux insuffisant de la douleur, mais aussi, plus largement, l'absence de reconnaissance de la douleur par le personnel soignant. Enfin, des travaux soulignent le manque de ressources de certains professionnels pour traiter les douleurs des PUD.

- La prescription de médicaments opioïdes dans une visée analgésique pose souvent problème aux médecins lorsqu'ils sont confrontés à des PUD [262]–[265].
- Les réticences proviendraient principalement de la crainte des effets iatrogènes tels que les surdoses, du refus d'alimenter un comportement addictif, et d'une peur d'être manipulés par des personnes cherchant à se procurer des médicaments dans un but d'abus ou de revente [262], [266]–[272].
- Par conséquent, les refus de prescription d'analgésiques semblent fréquents [268], [273]–[275].

- En outre, les douleurs des PUD sont souvent mal dépistées ou sous-estimées par les médecins [262], [276], [277].
- La peur d'être manipulés conduirait certains praticiens à douter de l'existence de la douleur, ou encore à effectuer des examens complémentaires pour s'assurer qu'il s'agit bien d'une « douleur véritable » [262].
- La fiabilité des plaintes des PUD est souvent mise en question par les professionnels. La figure stigmatisée du *drug-seeking addict*, le toxicomane en recherche de drogues (ou de médicaments), apparaît récurrente dans les discours et représentations chez de nombreux professionnels de santé [278].
- Lorsque leurs douleurs sont prises en charge, c'est donc sous un régime plus contraignant que pour la plupart des patients [266].

Source : Dassieu et Roy (2020), La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues : état des connaissances et enjeux socio-anthropologiques.

Idée fausse sur la prise en charge de la douleur en cas de TAO

En Suisse, Manguzzi et collègues [279] soulignent le fait le soulagement de la douleur aiguë chez les patients dépendants aux opioïdes ou sous TAO reste encore un enjeu thérapeutique majeur ; celle-ci est en effet souvent sous-évaluée et parfois insuffisamment soulagée. Les auteurs ajoutent que la prise en charge de la douleur chez les patients sous TAO peut en outre être mise en défaut par certaines craintes ou idées reçues des professionnels de santé, qu'il est important de discuter.

Selon Alford et collègues [255], quatre idées fausses courantes chez les prestataires de soins de santé entraînent un sous-traitement de la douleur aiguë chez les patients recevant un TAO :

1. L'agoniste opioïde (méthadone ou 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 (SNC) ;
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.

S'agissant de ce dernier point, Manguzzi et collègues précise que nombre de professionnels de santé se demanderont si la plainte douloureuse peut être une tentative de manipulation du patient pour obtenir des opioïdes. Et ajoutent : Cette question place le professionnel de santé dans une position inconfortable et ambiguë, souvent d'autant plus marquée que ces patients peuvent avoir des réticences à évoquer leur parcours addictif [279].

En 2020, Santé Canada dressait un constat sans appel : Les personnes qui consomment des substances font l'objet d'une stigmatisation et d'une discrimination très fortes, dans une variété de contextes de la vie quotidienne. Cette stigmatisation liée à la consommation de substances est notamment saillante au sein du système de santé, où elle engendre des soins de santé de piètre qualité, des effets négatifs sur la santé et des iniquités sociales et en matière de santé significatives [280, p. 3]. Les manquements à une prise en charge adéquate de la douleur auprès des personnes consommatrices de substances doivent être remis dans ce contexte plus général d'une défiance à leur égard (voir : [270], [281]–[284]).

5.4.2 Entretiens

Selon nos interlocuteurs des domaines des addictions et des soins palliatifs, le phénomène d'exacerbation de la douleur chez les usagers réguliers d'opioïdes est bien connu dans leur milieu.

Toutefois, on nous a fait part lors de nos entretiens d'une méconnaissance, même en milieu hospitalier, de ces problématiques qui peut se traduire par une prise en charge inadéquate :

> *« Vous pouvez avoir quelqu'un qui a un trouble d'usage de substance, qui a mal parce qu'il suit une chimiothérapie. Et on va avoir une vision de la douleur, on va la banaliser, parce que c'est quand même quelqu'un qui abuse des substances. Donc, forcément qu'il en fait un peu trop ».*

En réponse à notre questionnaire préliminaire, un professionnel des soins palliatifs, soulignait l'importance que les patients souffrant d'un TUS bénéficient d'une bonne prise en charge dans le domaine des soins palliatifs et de la douleur et déplorait l'état de fait suivant :

« Dans le cadre du traitement de la douleur, les médecins sont souvent mal formés et mettent en doute les douleurs des patients dépendants sous substitution ».

De telles situations mettent en avant la pertinence de l'existence d'équipes mobiles et/ou de liaison en addictologie qui peuvent amener leur expertise à l'intérieur de l'hôpital (intrahospitalière), comme à l'extérieur de celui-ci (extra-hospitalière). Elles attestent également de l'à-propos d'équipes mobiles et/ou de liaison en soins palliatifs ou de l'intérêt de pôles de compétences en matière de douleur. À ce titre, le « réseau douleur » des HUG est exemplaire. Il contribue largement à la diffusion de connaissances et de bonnes pratiques autour de cette question extrêmement complexe qu'est la douleur. L'ensemble de ces dispositifs ont été évoqués par nos interlocuteurs.

Enfin, un de nos interlocuteurs nous a informés qu'il commençait à y avoir des alternatives intéressantes aux antalgiques opiacés, comme le THC et/ou le CBD qui seraient susceptibles de répondre, en partie, aux problèmes de tolérance et d'hyperalgésie (voir [285]).

5.5 Points clés

Parce qu'ils pensent protéger leur patient (par manque de connaissance) ou parce qu'ils le suspectent de vouloir abuser (par stigmatisation), certains professionnels de santé n'administrent pas les antidouleurs opioïdes que la situation des personnes utilisatrices de substances psychoactives requerrait.

- 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 [286] 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 (voir : [148], [279], [287], [288]). 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.

5.6 Ressources

La question de la prise en charge de la douleur de personnes consommatrices d'opiacés est abordée essentiellement dans le cadre des directives relatives au traitement par agonistes opioïdes (TAO). À l'exception notable d'une publication du réseau douleur des HUG, les directives ayant trait à la prescription d'opioïdes pour la prise en charge de la douleur ne mentionnent pas la problématique de l'hyperalgésie. Plus généralement, la question de la prise en charge de la douleur de ce public spécifique n'est l'objet d'aucun programme ni projet et n'est pas abordée dans le cadre de la Stratégie nationale en matière de soins palliatifs.

Voir les annexes pour une liste des recommandations (→A19) et pour les ressources relatives à la Stratégie soins palliatifs (→A20).

5.6.1 Documents à teneur normative

Tableau 23 : Documents normatifs en matière de TUS

Thème	Intitulé	Références
TAO	Dépendance aux opioïdes : Traitements basés sur la substitution (Recommandations de l'OFSP, SSAM et AMCS) https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/sucht/hegebe/substitutionsgestuetzte-behandlungen-bei-opioid-abhaengigkeit.pdf.download.pdf/BAG_Brosch_SGB_f(8)_def.pdf.	OFSP, SSAM, et AMCS, 2013 [286]

TAO et antalgie	Antalgie et TAO https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/fr/heroine/antalgie-et-tbs.	Praticien Addiction Suisse, 2020 [287]
TAO-substitution	Recommandations médicales relatives au traitement agoniste opioïde (TAO) du syndrome de dépendance aux opioïdes 2020 https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/images/stories/heroin/20200716_SSAM_Recommendations_FR_def.pdf.	SSAM — Société suisse de médecine de l'addiction, 2020 [148]
TAO-substitution COVID-19	Traitement agoniste opioïde (TAO) et pandémie COVID-19 : Recommandations de la Société suisse de médecine de l'addiction (SSAM) https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/images/stories/heroin/20200326_SSAM_Recommandation_TAO_et_COVID-19.pdf.	SSAM — Société suisse de médecine de l'addiction, 2020 [289]
Antalgie	Antalgie dans les services médico-chirurgicaux adultes: aide mémoire pour les professionnels	Réseau douleur des HUG [288, p. 21] [288]

Encadré 14 : Recommandations 2020 de la SSAM pour la prise en charge de la douleur en cas de traitement de TAO (SSAM, 2020)

- Tout comme pour les personnes sans dépendance aux opioïdes, il est recommandé d'utiliser l'approche par paliers de l'OMS pour le traitement de la douleur des patients sous TAO [C].
- En cas de besoin et notamment sous méthadone, il est possible d'administrer des antalgiques de classe élevée (opioïdes) en progressant par paliers après le paracétamol ou les AINS, jusqu'à la disparition de la douleur. Les analgésiques opioïdes requièrent dans ce cas un dosage plus important et une prise plus fréquente [C].
- Le dosage du médicament agoniste opioïde doit être maintenu. Les symptômes de manque accentuent la sensibilité à la douleur [C].
- En cas de douleurs chroniques, il est préférable d'employer des opioïdes de longue demi-vie. La méthadone à dosage fixe, fractionné et parfois très élevé, donne les meilleurs résultats [C].
- Il est possible de combiner les traitements de méthadone pour le TAO et de morphine pour la douleur [C].
- En raison de la compétition sur les ROM, il est préférable de renoncer aux antalgiques opioïdes en cas de TAO par buprénorphine. Ils ne sont cependant pas contre-indiqués. Un changement pour un TAO par méthadone est possible [C].
- Il faut faire attention à la toxicité hépatique du paracétamol en cas d'atteinte hépatique, ainsi qu'au risque d'ulcère sous AINS [B].
- Les antidépresseurs et les antiépileptiques peuvent être considérés comme des traitements adjuvants [B].
- L'emploi de cannabinoïdes est aussi envisageable [B], mais ceux-ci sont soumis à autorisation et non pris en charge par les caisses maladie.

Source : SSAM (2020), Recommandations médicales relatives au traitement agoniste opioïde (TAO) du syndrome de dépendance aux opioïdes 2020 [148, p. 79].

Encadré 15 : Recommandations 2017 du réseau douleur des HUG pour la prise en charge de la douleur des patients avec traitement au long court et/ou dépendance aux opiacés

Les patients sous traitement de substitution sont déjà dépendants, il n'y a donc pas de risque de créer une dépendance. Il importe donc de prêter une grande attention à la compréhension entre patient et soignants afin d'optimaliser l'antalgie (écouter les demandes et les craintes, expliquer les stratégies choisies).

Erreurs à éviter lorsque les patients reçoivent de la méthadone :

- Penser que la dose de maintenance de méthadone suffit pour l'antalgie
- Arrêter ou diminuer le traitement de méthadone pour introduire une antalgie

Recommandations de base pour traiter la douleur chez les patients sous méthadone :

- Démarrer par des antalgiques non opiacés en cas de douleurs modérées
- Ne pas changer la dose de méthadone
- Ne pas prescrire d'antagonistes partiels qui peuvent précipiter un sevrage (buprénorphine, pentazocine, nalbuphine)

- Choisir un opiacé par voie orale qui sera dédié au traitement de la douleur ; la méthadone restant dédiée à la dépendance
- Se souvenir que les patients dépendants présentent souvent une tolérance induite et que les doses nécessaires pour l'antalgie risquent d'être plus élevées
- Discuter cette différenciation des traitements aux patients, car ces derniers sont souvent soulagés que l'on n'augmente pas la méthadone
- Privilégier une analgésie loco-régionale en cas d'intervention
- Informer le médecin prescripteur de la méthadone de l'introduction d'un traitement de la douleur
- En cas d'hospitalisation, parler avec le patient d'éventuelles envies de consommation d'opiacés (héroïne) ; ceci notamment afin qu'il ne se sente pas jugé ; rappeler qu'en cas de consommation intraveineuse, il peut demander du matériel d'injection propre aux infirmières du service

Source : Réseau douleur des HUG (2017), Antalgie dans les services médico-chirurgicaux adultes: aide mémoire pour les professionnels [288, p. 21].

6 Autres problématiques transverses

Ce chapitre met l'accent sur plusieurs problématiques transversales qui concernent aussi bien les consommateurs de substances vieillissants que les personnes ayant un TUS, associé, ou non, à d'autres troubles psychiatriques, cognitifs ou à un niveau de douleur important. À ce titre, les prescriptions médicamenteuses inappropriées, les mélanges alcool-médicaments, les chutes, les risques liés au sevrage, le suicide et la dépression sont évoqués.

6.1 Polypharmacie et PMI

Alors que 6 % de la population suisse [51] consommerait plus de cinq médicaments simultanément (polypharmacie), cette proportion atteindrait 50,4 % pour la population de plus de 65 ans. Elle s'élèverait même à 85,5 % pour les résidants d'établissements médico-sociaux (EMS). Ces derniers prendraient 9,3 médicaments par jour en moyenne, soit approximativement 4 médicaments de plus que la population de plus de 65 ans (5,6 médicaments par jour) [73].

Des études internationales estiment que le taux d'admissions à l'hôpital liées aux effets indésirables des médicaments est de 16,6 % chez les personnes âgées, contre 4 % chez les patients plus jeunes [290]. Pas moins de 88 % de ces épisodes sont considérés comme évitables [291].

En Suisse, une étude de Migliazza et collègues [292] — basées sur les données 2013 des demandes de remboursement des patients (≥65 ans) bénéficiant de l'assurance maladie obligatoire de base du groupe Helsana, et sur les données du groupe hospitalier suisse Hirslanden — a évalué les PIM (médicaments potentiellement inappropriés) et les PIMC (associations de médicaments potentiellement inappropriées) des patients qui ont été hospitalisés en 2013 à trois moments différents (trimestre avant, pendant, après l'hospitalisation). Tout au long de la période d'observation, plus de 80 % des patients ont eu au moins un PIM, allant de 49,7 % en préhospitalisation, 53,6 % en hospitalisation à 48,2 % en post-hospitalisation. Des PIMC ont été trouvés chez 46,6 % des patients avant l'hospitalisation, chez 21,3 % pendant l'hospitalisation et chez 25,0 % des patients après leur sortie. Des prescriptions de médicaments supplémentaires par rapport à la période précédente et l'augmentation de l'âge étaient les principaux facteurs de risque, tandis que les soins gérés (*managed care*) étaient associés à une diminution des PIM et des PIMC.

Encadré 16 : Prescriptions inappropriées et iatrogénie médicamenteuse

L'apparition successive de différentes maladies chroniques et pathologies s'accompagne souvent d'une multiplication des prescriptions médicamenteuses, augmentant le risque de prescriptions inappropriées. Celles-ci comprennent les mauvaises prescriptions (effets indésirables, interactions potentiellement néfastes et posologies ou durées incorrectes), les surprescriptions (utilisation de médicaments n'étant pas cliniquement indiqués) et les sous-prescriptions (absence d'utilisation d'un médicament potentiellement bénéfique.

Pour désigner l'ensemble des effets néfastes qui peuvent être provoqués par les médicaments, on parle d'iatrogénie médicamenteuse. Ces effets peuvent se manifester sous diverses formes, notamment effets cardio-vasculaires, fatigue, diminution de l'appétit, sensations vertigineuses, pertes de mémoire et troubles digestifs ou urinaires. Les chutes et fractures dont sont victimes les personnes âgées ont d'ailleurs souvent une origine médicamenteuse. Prises ensemble, ces différentes manifestations constituent autant de risques de perte d'autonomie pour la personne âgée.

Il existe un risque que ces manifestations soient interprétées comme faisant partie du processus naturel de vieillissement. C'est par exemple le cas lorsque des problèmes d'incontinence urinaire ou des problèmes cognitifs surviennent.

Source : OBSAN (2020), La santé des 65 ans et plus en Suisse latine: Analyses intercantonales des données de l'Enquête suisse sur la santé 2017 [51, p. 73-74].

- Les annexes reprennent l'ensemble des recommandations diffusées par « *smarter medicine* » concernant la prescription de psychotropes (→A12).
- Les praticiens y trouveront également une liste des principaux outils, comme les « Beers Criteria », pour éviter les prescriptions inappropriées auprès des personnes âgées (→A21).

6.2 Consommation simultanée d'alcool et de médicaments

En 2017, sur la totalité des répondants latins à l'ESS, 7,3 % consomment de l'alcool chaque jour et ont un pris au moins un médicament psychotrope au cours des sept derniers jours. Il apparaît également que 6,3 % ont une consommation d'alcool présentant un risque modéré, moyen ou élevé pour la santé, tout en ayant pris au moins un médicament psychotrope au cours des sept derniers jours [51, p. 77]. Une étude réalisée par Addiction Suisse, sur les personnes de plus de 55 ans, relève que les prévalences de prise concomitante (PC) et de PC à risque et/ou fréquente concernant les antidouleurs ou les somnifères/calmants sont plus élevées chez les personnes qui consomment de l'alcool plus fréquemment, qui ont un risque chronique de forte consommation d'alcool ou qui ont fréquemment une consommation de l'alcool à risque élevé [293].

Tableau 24 : Médicaments à éviter absolument en cas de consommation d'alcool (Addiction Suisse et ZFPS, 2020)

Groupe thérapeutique	Exemples de substances actives (marques)	Interactions potentielles avec l'alcool/symptômes/remarques
Antidiabétiques	Metformine (Glucophage® et génériques)	Acidose lactique ! Perturbation potentiellement mortelle de l'équilibre acido-basique dans le corps, marquée par des symptômes tels que nausées, vomissements, diarrhée, soif, céphalées, « flush » (rougeurs soudaines), etc. Une forte consommation d'alcool ou une dépendance à l'alcool favorisent la survenue d'une acidose lactique. En cas de traitement par metformine, la consommation d'alcool doit si possible être évitée.
Neuroleptiques	Quétiapine (Seroquel® et génériques), olanzapine (Zyprexa® et génériques), rispéridone (Risperdal® et génériques), entre autres	Les neuroleptiques peuvent avoir un effet apaisant et provoquer de la fatigue, une somnolence, des vertiges, des troubles de la concentration, etc. La consommation d'alcool doit être évitée, car elle renforce l'effet des neuroleptiques.
Somnifères	Zolpidem, toutes les benzodiazépines, dextrométhorphane, clométhiazole (Distraneurin®)	Combinées à l'alcool, ces substances peuvent avoir un effet sur la respiration, voire provoquer une dépression respiratoire. Autres effets possibles : chute de la tension artérielle, hypothermie, vertiges, chutes, perte de conscience, etc. Durant un traitement par clométhiazole, toute consommation d'alcool est proscrite.
Rétinoïdes systémiques	Acitrétine (Neotigason®)	La combinaison d'alcool et d'acitrétine peut entraîner la formation d'étrétinate, une substance tératogène susceptible de causer des malformations chez l'embryon, même plusieurs mois après la fin du traitement médicamenteux.
Traitements contre la dépendance à l'alcool	Disulfirame (Antabus®)	Dans ce cas, on observe l'apparition du fameux syndrome antabuse, qui peut provoquer rougeurs, céphalées, nausées, vertiges et troubles circulatoires avec troubles du rythme cardiaque.

Source : Addiction Suisse et ZFPS (2020), Interactions entre l'alcool et les médicaments : Informations à l'attention des professionnels du domaine des soins et du travail auprès des personnes âgées [294].

Une autre publication moins récente, non vulgarisée, aborde également cette problématique (voir : [295], [296])

6.3 Chutes en relation avec des substances

Plusieurs facteurs de risques sont associés aux chutes : prise de médicaments (polymédication et prise de médicament psychotrope), difficultés fonctionnelles, limitation cognitive, problèmes d'incontinence, consommation d'alcool et absence d'activité [51, p. 48].

TUS : Selon Arora et collègues, des études ont montré que la consommation de plus de 14 unités d'alcool par semaine augmentait le risque de chute de 25 %. Elles ont constaté que ce sont les personnes ayant des antécédents de forte consommation d'alcool, plutôt que celles ayant des niveaux élevés de consommation actuelle, qui présentaient un risque plus élevé de chute. Cela s'expliquerait par l'atrophie musculaire qui touche 40 à 60 % des personnes souffrant d'alcoolisme chronique, entraînant une faiblesse progressive et des névralgies. Par ailleurs, les

benzodiazépines sont un facteur de risque important de chutes. Les personnes de plus de 80 ans qui consomment des benzodiazépines auraient deux fois plus de risques de tomber que celles qui n'en consomment pas. Les personnes de moins de 80 ans auraient 1,5 fois plus de risques de tomber (voir [200]). Une analyse de l'ESS 2017, portant sur la Suisse latine, arrive à des conclusions similaires pour les personnes de plus de 65 ans : Plus d'un tiers des consommateurs de médicaments psychotropes auraient chuté au cours des 12 derniers mois (36,8 %) contre un peu plus de 20 % pour les autres catégories de répondants [51, p. 48].

Vieillissement : Les chutes sont la principale cause d'accident chez les personnes âgées. Une chute peut entraîner une perte d'autonomie voire une hospitalisation ou une entrée en établissement médico-social. Un quart des personnes de 65 ans et plus vivant à leur domicile déclarent avoir été victimes d'une chute dans l'année écoulée, et de chutes répétées pour 8,7 % d'entre elles [52, p. 16]. La fréquence des chutes augmente avec l'âge et à partir de 80 ans, 30 % des personnes vivant de manière autonome chez elles tombent au moins une fois par an [60] [47, p. 27].

6.4 Sevrage et risques accrus pour les personnes âgées

Le sevrage est un syndrome qui se produit quand les concentrations sanguines ou tissulaires d'une substance diminuent à la suite d'une consommation massive et prolongée (→1.4.2). Les personnes âgées sont particulièrement sensibles aux effets du sevrage en raison de la combinaison d'une réserve physiologique plus faible, d'un plus grand nombre de maladies prémorbides coexistantes et d'une plus grande sensibilité aux médicaments couramment utilisés pour traiter les symptômes de sevrage [200]. Tout comme l'intoxication, le sevrage peut provoquer des symptômes qui peuvent être imputés à des troubles chroniques [46, p. 9]. À titre d'exemple, les symptômes du delirium tremens, qui est une conséquence grave et potentiellement mortelle du sevrage alcoolique, peuvent être confondus avec une infection urinaire ou des signes de démence [77]. Parmi l'ensemble des substances psychoactives, l'alcool et les benzodiazépines sont connus pour pouvoir, dans les cas graves, entraîner des symptômes engageant le pronostic vital [21, p. 46-47]. En raison des prévalences élevées de consommation chronique d'alcool chez les hommes âgés et de benzodiazépines chez les femmes, et du fait que leur sevrage est susceptible d'entraîner la mort, il est particulièrement important de considérer cette question lors d'un transfert vers une institution (hôpital, structure intermédiaire ou EMS). Les recommandations de Savaskan collègues arrivent à une conclusion similaire. S'agissant des sédatifs (benzodiazépines et *Z drugs*), elles précisent que la consommation chronique doit être envisagée lors de chaque admission de patient hospitalisé, également pour éviter de provoquer un délire par l'arrêt soudain de la substance [49].

6.5 Suicide

Vieillissement : En Suisse, le suicide accompli devient plus fréquent avec l'âge, en particulier chez les hommes âgés et veufs. Si l'on omet le suicide assisté, le taux de suicide chez les hommes âgés est deux fois (65 à 84 ans) à quatre fois (85 ans et plus) plus élevé que dans la population masculine en général [47, p. 27]. Selon l'OBSAN [297], sur la période de 2014-18, on a dénombré en moyenne 1'032 suicides par année (sans les suicides assistés), ce qui correspond à un taux brut de 12,3 pour 100'000 habitants. L'âge augmente de manière conséquente le taux de suicide : il est de 28 pour les plus de 80 ans (59,8 uniquement pour les hommes) ; de 19,4 entre 65 et 79 ans (30,8 uniquement pour les hommes) ; de 18 entre 50 et 64 ans ; de 11,7 entre 35 et 49 ans ; de 8,3 entre 15 et 34 ans.

TUS : Pour l'OMS, tous les troubles liés à la consommation de substances psychoactives augmentent le risque de suicide. Les troubles liés à l'usage de l'alcool et d'autres substances sont présents dans 25 à 50 % de tous les cas de suicide. Au total, 22 % de tous les décès par suicide peuvent être attribués à la consommation d'alcool, ce qui signifie qu'un cinquième des suicides ne surviendraient pas si la population ne buvait pas d'alcool. La dépendance à d'autres substances psychoactives, notamment le cannabis, l'héroïne ou la nicotine, constitue également un facteur de risque du suicide [298, p. 40].

TPSY : Selon l'OMS, dans les pays à revenu élevé, près de 90 % des personnes qui se suicident présentent des troubles mentaux. Le risque de suicide varie selon le type de troubles, les plus fréquemment associés au comportement suicidaire étant la dépression et les troubles liés à la consommation d'alcool. Le risque de suicide au cours de la vie entière est estimé à 4 % chez les patients atteints de troubles de l'humeur, 8 % chez les personnes présentant un trouble bipolaire et 5 % chez les personnes schizophrènes [298, p. 40].

CODs : L'OMS précise que le risque de comportement suicidaire est significativement accru chez les personnes qui présentent plusieurs troubles mentaux [298, p. 40]. Selon l'EMCDDA, différentes études ont fait état de tentatives de suicide chez environ 50 % des patients présentant une comorbidité, reflétant souvent des problèmes familiaux, scolaires et dans les rapports sociaux [98].

La **douleur et les maladies chroniques** constituent d'importants facteurs de risque des comportements suicidaires. On a constaté que les comportements suicidaires sont 2 à 3 fois plus élevés chez les personnes atteintes de maladies chroniques qu'au sein de la population générale. Toutes les maladies associées à la douleur, au handicap physique, aux troubles du neurodéveloppement et à la détresse augmentent le risque de suicide. Sont entre autres concernés le cancer, le diabète et le VIH/sida [298, p. 40].

6.6 Dépressions

L'ESS 2017 montre qu'environ un quart des personnes latines de 65 ans et plus interrogées font état de *symptômes dépressifs* (27,9 %). Les symptômes dépressifs sont plus souvent rapportés par les femmes (31,7 %) que par les hommes (23 %) [51, p. 45].

TUS : Selon la SAMHSA [45], le TDM (trouble dépressif majeur) et les symptômes dépressifs sont à la fois des facteurs de risque et des conséquences du mauvais usage de substances chez les personnes âgées. En fait, le TDM est l'un des troubles mentaux concomitants les plus courants chez les clients âgés qui font un usage abusif de substances [299]. Dans un vaste échantillon de personnes âgées ayant un mauvais usage de l'alcool, 29,7 % ont déclaré avoir des symptômes de dépression [300]. Dans cette même étude, les taux de dépression étaient particulièrement élevés chez les personnes âgées souffrant d'au moins deux maladies chroniques (telles qu'une maladie cardiaque ou un diabète). Chez ces adultes, l'abus d'alcool était cinq fois plus fréquent chez les personnes souffrant de dépression que chez les autres.

TNC : Une méta-analyse récente a révélé qu'une personne sur quatre atteinte de démence présentait des symptômes dépressifs cliniquement significatifs [301]. D'autres recherches suggèrent qu'il existe une relation entre la dépression et les troubles cognitifs [302]. À titre d'exemple, les adultes souffrant d'une dépression débutant plus tôt dans la vie courent un risque deux fois plus élevé de démence que les adultes qui ne souffrent pas de dépression [303]. Quant aux personnes souffrant de dépression à un stade avancé de la vie, elles présentent selon une méta-analyse [304] un risque plus élevé de développer de maladie d'Alzheimer (OR de 1,65), une démence mixte (OR de 1,85), et surtout de développer une démence vasculaire (OR de 2,52). Le risque de démence semble plus élevé chez les personnes présentant des épisodes dépressifs plus fréquents et plus graves [305].

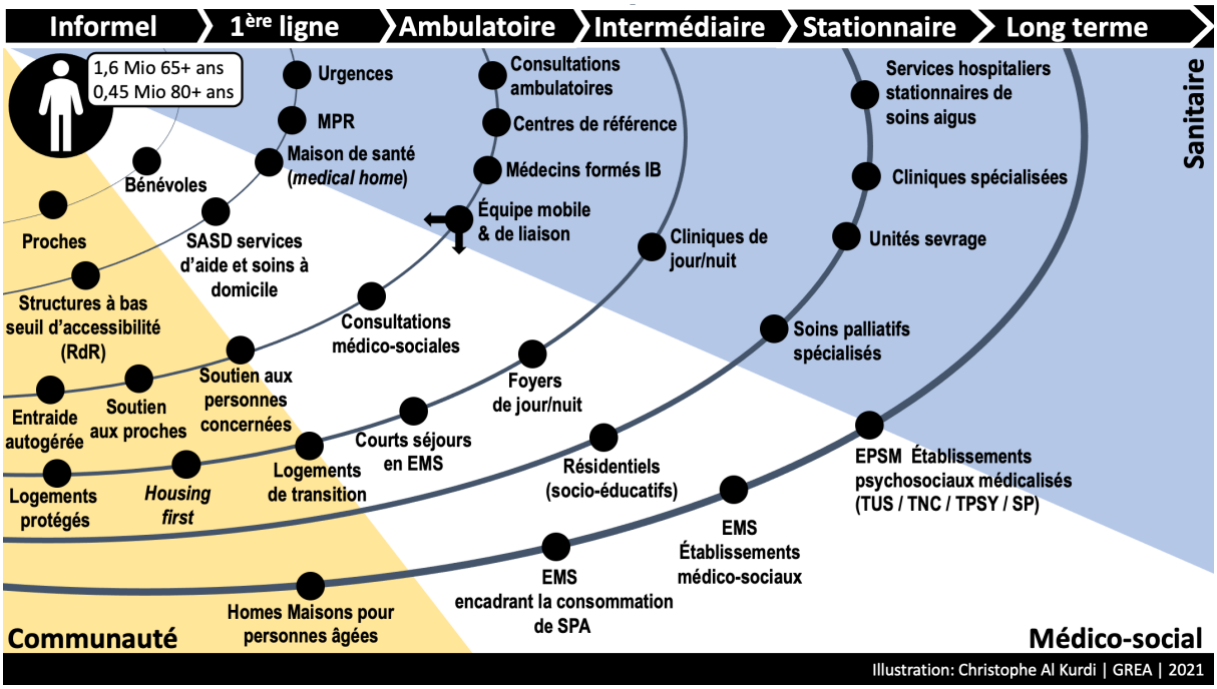
Douleur : Enfin, selon Adesoye et Duncan [306] environ 50 % des patients souffrant de dépression déclarent éprouver des symptômes de douleur. En fait, les patients souffrant de dépression comorbide ont une douleur plus importante, un pronostic plus sombre et une incapacité fonctionnelle plus importante.

7 Acteurs de la prise en soins

Ce chapitre présente les différents acteurs ayant un rôle à jouer, et leur complémentarité, dans la prise en soins des problématiques évoquées. Ce chapitre s'attache aussi à fournir — là où cela est possible — un aperçu chiffré du nombre de professionnels concernés et de la proportion de leur « patientèle » affectée par des TUS/TPSY/TNC. Il se conclut par la mise en évidence des acteurs clés en matière de repérage et de maintien des personnes concernées dans la communauté.

7.1 Survol des acteurs

Figure 4 : Acteurs de la prise en soins



7.2 La personne concernée

7.2.1 Les personnes âgées

Dans l'ensemble des stratégies actuelles de santé, le « patient » (dont la dénomination est de plus en plus anachronique) est considéré comme l'acteur de son propre changement. Au regard des directives médicales et/ou sociales en vigueur, il est amené — au minimum — à exercer un choix éclairé sur les objectifs, voire les moyens utilisés lors de sa prise en charge. En prévision d'une possible incapacité de discernement (passagère ou durable), plusieurs formes de « déclarations anticipées » ont vu le jour ces dernières années. Pour le moment, elles sont encore peu utilisées.

Des programmes intéressants de promotion de l'autogestion sont développés actuellement [307]–[310].

En 2019, selon Statatlas, la Suisse comptait 1'605'800 individus ayant plus de 65 ans (18,7 % de la population), parmi lesquels 454'670 avaient plus de 80 ans (5,3 %).

7.3 Soutien informel

7.3.1 Les proches

En Suisse, quelque **600'000 proches** [311, p. 7] contribuent à fournir l'aide dont une partie de la population a besoin pour l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne ou pour des soins. Selon l'OFS, en 2017, 13 % de la population ont reçu pour des raisons de santé de l'aide de parents, connaissances ou voisins. Cette proportion augmente fortement à partir de 75 ans et les femmes sont plus nombreuses à en bénéficier. Pour les personnes de 75-84 ans, cette proportion est à 15,1 %. Elle s'élève 31,6 % pour les personnes de plus 85 ans. On relèvera, à la suite de l'OFS, que les seniors ne se content pas uniquement d'être récipiendaires d'aide, mais sont également « proches aidants ». Ainsi, selon l'ESS 2017, 34,8 % des 65-74, 28,3 % des 75-84 et encore 16,1 % des plus de 85 ans disent aider d'autres personnes ayant des problèmes de santé [312]. Par ailleurs, il est important de noter que cette aide informelle coexiste fréquemment avec les prestations de services professionnels d'aide et de soins à domicile (SASD). Plusieurs auteurs vont plus loin et observent que les SASD ne sauraient garantir, sans l'apport irremplaçable des proches aidants, le maintien à domicile d'un nombre si important de personnes [183], [313].

TUS : Depuis longtemps déjà, les proches occupent une place importante en matière de soins, par exemple dans le cadre des thérapies familiales et systémiques. Plus récemment, des offres de conseils, du matériel psychoéducatif et des formes de soutien psychologique ont été développés à leur attention (voir p. ex. le site web www.proches-et-addiction.ch [314]). Cependant, à l'inverse d'autres domaines (p. ex. démence), il n'existe pas d'offres de décharge/répit, spécifiquement destinées à les soulager durant de courtes périodes. Ceci pourrait provenir du fait, relevé par plusieurs experts interrogés, que les personnes souffrant d'un TUS ont tendance à faire le vide autour d'elles. Bien souvent, ces personnes se retrouvent seules à un âge avancé : le conjoint, la famille voire les amis s'étant éloignés. On notera aussi que la Stratégie nationale addictions [1] fait référence aux proches sans toutefois ni mentionner le rôle de proche aidant, ni leur consacrer un paragraphe spécifique.

TPSY : Il existe une vaste offre associative dans le domaine de la santé mentale qui s'adresse spécifiquement aux proches des personnes concernées. En plus d'un très riche matériel pédagogique destiné à les informer, on trouve des offres de conseils et des groupes d'entraide.

TNC : C'est probablement dans le domaine de la démence que l'apport des proches aidants a été le plus commenté et le mieux évalué. Alors qu'une première étude d'Ecoplan [315] évoquait, pour 2007, un chiffre de 2,8 milliards de francs pour les soins informels donnés aux personnes atteintes de démence, une seconde étude estimait ces prestations à 5,5 milliards de francs pour 2019 (soit 47 % du coût global de la démence estimée à 11,8 milliards) [164]. C'est également dans le domaine de la démence que les offres de répit (ou de décharge) à l'attention des proches sont le plus visibles (comme les cafés ou les vacances Alzheimer, les cliniques de jour/de nuit, l'appui de la part de bénévoles, etc.). Celles-ci viennent compléter, par un apport « concret », les offres de conseil, de formation ou de soutien psychoéducatif à leur attention.

SP : Plusieurs publications abordent le sujet des proches aidants dans le domaine des soins palliatifs [316]–[318].

Dans le canton de Vaud qui a développé dès 2011 un Programme cantonal pour le soutien aux proches aidants, on trouve en plus des offres « catégorielles » susmentionnées, une helpline, une structure dédiée « espace proches » et des « consultations psychologiques pour proches aidants » (CPA), qui s'adressent à l'ensemble des proches aidants du canton [319].

En raison du vieillissement de la population et d'une offre non extensible à l'infini dans le domaine médico-social, après un premier rapport en 2014 [320], le Conseil fédéral a approuvé un « Plan d'action de soutien et de décharge en faveur des proches aidants »[321] ainsi que le programme de promotion « Offres visant à décharger les proches aidants 2017-2020 » [322]. Dans ce cadre, des projets intéressants voient le jour, comme une base de données destinée à la recension de bonnes pratiques en la matière [323]. Voir également [324].

7.4 Acteurs de 1ère ligne

7.4.1 Services d'aide et de soins à domicile (SASD)

Les SASD complètent fréquemment l'aide informelle donnée par les proches. Ils sont utilisés surtout à partir de la quatre-vingtième année et leurs recours réguliers deviennent plus fréquents à mesure que les personnes avancent en âge. Selon l'OFS [325], presque **395'000 personnes** ont bénéficié de prestations à domicile au cours de l'année 2019. Ce sont près de 4,6 % de la population totale ou 9 % parmi les personnes de 75 à 84 ans et 25 % parmi celles de 85 ans et plus. Environ trois clients sur cinq sont des femmes et 42 % de la clientèle ont 80 ans et plus. On relèvera que le taux de recours aux SASD n'a cessé d'augmenter : alors qu'il était de 20,6 pour 1'000 habitants en 2007, il était de 36,6 en 2018 [326]. Selon l'OFS [325], 2'350 prestataires fournissant des soins ou de l'aide à domicile et emploient près de 54'500 personnes (24'755 EPT). Dans les services d'aide et de soins à domicile, on recense 40 % d'infirmiers/ères diplômé(e)s, les 60 % restant étant réparti à parts égales entre le personnel soignant intermédiaire (30 %) et les auxiliaires de soins (30 %) [327]. Il est important de relever qu'en 2017, 59 % des personnes recourant aux services d'aide à domicile reçoivent également de l'aide informelle [312].

TUS : Dans le cadre de ce travail, nous n'avons pas eu accès aux données récoltées par les SASD (en application de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins — OPAS) [233]. Cependant, au regard des réponses apportées à notre questionnaire préliminaire aux associations actives dans ce domaine (→Méthodologie), il est indéniable qu'une partie de la clientèle des SASD est confrontée à des problématiques en lien avec les TUS. Parmi les réponses que nous avons obtenues, il était question de problème d'alcool, d'usage non médical de médicaments (benzodiazépines), de drogues illégales, de polymédication, mais également de clients en TAO. Les comorbidités somatiques (cancer) et psychiatriques ont été mentionnées. L'importance la problématique des substances est par ailleurs bien illustrée par le fait qu'un de nos interlocuteurs a mentionné l'existence d'une règle qui interdit aux collaborateurs d'acheter de l'alcool pour leur client, lorsqu'ils ont la charge de faire leurs courses. De plus, l'existence d'un projet en Suisse alémanique, »1+1=3 »[328] , atteste de l'existence de cette problématique.

TPSY : Nous n'avons pas de chiffres actualisés concernant les troubles mentaux affectant la clientèle des SASD. Toutefois, une enquête menée en 2010 auprès de 400 usagers de huit CMS vaudois (institutions en charge dans ce canton des SASD), à l'aide de l'outil « RAI-Santé Mentale Suisse » a mis en évidences les symptômes suivants auprès de leur clientèle : trouble cognitif (53 %) ; troubles affectifs (55 %) ; peur et d'angoisse (24 %) ; psychose (14 %) [329].

TNC : Les services d'aide et de soins à domicile sont souvent confrontés à des troubles démentiels. Selon des calculs de BASS, basé sur des données issues de RAI-HC (*Resident Assessment Instrument Home Care*), la part des clients de 65 ans et plus avec suspicion de démence s'établit à environ 9 %. Le taux de 6 % (femmes) et 8 % (hommes) pour la classe d'âge 65-74 ans passent à 12 % (hommes et femmes) pour les personnes de plus de 95 ans. Au total, 21'211 personnes seraient concernées (7'858 de 65-79 ans et 13'353 de plus de 80 ans) [330]. On relèvera, sans pouvoir l'expliquer, la très forte différence de prévalence observée plus haut dans les CMS vaudois (53 %) et les estimations de BASS (9 %).

Repérage : Parce qu'ils ont accès, sur la durée, à des personnes vulnérables difficilement joignables autrement, les SASD sont, *potentiellement*, un acteur de tout premier ordre s'agissant du repérage précoce des TUS (consommation tardive), des TNC voire d'un besoin de prise en charge palliative spécialisée. L'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile en est consciente et précise, sous le titre «détection précoce et prévention» que le soutien à domicile permet de remarquer des changements significatifs de la mobilité, des capacités cognitives et de l'état de santé psychique [331].

Cependant, s'agissant des TUS, il semblerait selon une enquête de l'ISGF, que le dépistage et l'intervention précoce en cas de consommation problématique d'alcool et de médicaments chez les personnes âgées sont des mesures encore peu connues et peu pratiquées dans le domaine de l'aide et des soins à domicile [81]. Cette situation est regrettable, étant donné que l'ensemble des SASD recourent, depuis plusieurs années déjà, à un instrument (le *Resident Assessment*

Instrument Home Care — RAI-HC) permettant à la fois une évaluation et un suivi de plusieurs problématiques de santé [233]. Il ne devrait pas être particulièrement difficile d'intégrer à cet instrument des modules relatifs à la consommation de substance psychoactive ou encore à la polymédication. Au regard du nombre de personnes concernées par les soins à domicile, et du fait que cet instrument est systématiquement utilisé par l'ensemble des acteurs de la branche, cette « petite » adaptation semble particulièrement pertinente.

7.4.2 Pharmaciens

Au 31 décembre 2020, 7'468 pharmaciens étaient au bénéfice d'une autorisation de pratiquer [332]. Selon, le registre des professions médicales (MedReg), entretenu par l'OFSP, ils exerçaient soit dans l'une des 1'852 officines publiques, soit dans l'une des 1'984 pharmacies d'établissements hospitaliers (hôpitaux, EMS, prisons, etc.) [333]. Dévolus essentiellement à la fabrication de médicaments jusqu'à la fin des années 1970, les pharmaciens se sont rapprochés des patients pour devenir, ces dernières années, des prestataires de soins à part entière [334]. Selon l'ESS 2017, 29,7 % des répondants latins, âgés de 65 ans et plus, ont déclaré avoir demandé conseil dans une pharmacie pour un problème de santé au cours des douze derniers mois [51, p. 81]. De fait, les pharmaciens exercent un rôle de *counseling*, mais également de contrôle de la cohérence de la prescription médicamenteuse [335]. Dans certains pays, leur rôle dans la prise en charge des maladies chroniques est reconnu et les pharmaciens sont à même de prescrire certains médicaments de manière autonome ou d'adapter les dosages [336], [337]. En d'autres termes, les pharmaciens pourraient, dans un futur proche, être amenés à coopérer plus activement avec les médecins dans la gestion des maladies chroniques. D'ores et déjà, ils ont un rôle essentiel à jouer dans la prévention des PMI – prescriptions médicamenteuses inappropriées (→6.1) et/ou des interactions dangereuses entre médicaments et alcool (→6.2). Ce rôle pourrait être grandement renforcé par l'introduction d'un dossier électronique du patient ou, si leur clientèle âgée, la plus exposée à la polypharmacie et aux PMI était sensibilisée (par des campagnes ciblées par exemple) à déclarer spontanément leur consommation d'alcool.

7.4.3 Médecin de premier recours (MPR)

Le nombre de médecins exerçant sur les sites des cabinets médicaux et des centres ambulatoires était de 20'118 en 2018. En 2017, 91 % des répondants latins de plus 65 ans à l'ESS ont rapporté au moins une consultation médicale en cabinet au cours des 12 derniers mois. Chez les 65-79 ans, 9,3 % déclaraient au moins six consultations au cours des douze derniers mois, contre 18,3 % chez les 80 ans et plus [51, p. 78-79]. On notera que dans le « modèle du médecin de famille » et dans le « modèle HMO », deux déclinaisons de la LAMal, les médecins généralistes sont une porte d'entrée obligatoire vers les soins. En effet, les assurés sont tenus de consulter leur « médecin traitant » attitré qui endosse un rôle de « *gatekeeper* » et décide si ces derniers peuvent, ou non, faire appel à un spécialiste (voir réseaux de soins, →7.9.2).

Repérage : Le fait que neuf personnes de plus de 65 ans sur dix passent au minimum une fois par année chez un MPR, font de ceux-ci une pièce maîtresse pour la mise en œuvre d'un repérage des problèmes de santé mentale affectant les seniors, qu'ils aient trait à la consommation de substance, aux problèmes neurocognitifs ou, plus largement à d'autres problématiques psychiques. Un projet, développé récemment par la FMH, « PEPra – La prévention au cabinet médical fondée sur les preuves » (www.pepra.ch), atteste de l'intérêt de la démarche. Il semble toutefois irréaliste de vouloir demander encore plus actuellement à ces professionnels sous pression sans, au préalable, modifier les conditions-cadres de l'exercice de cette profession (p. ex. modalités de facturation). Une autre piste passe par un renforcement des soins primaires et une revalorisation du travail infirmier qui pourrait déboucher sur la réalisation de tâche jusqu'alors réservée aux médecins.

7.4.4 Urgences

Selon l'ESS 2017, 15,1 % des personnes âgées de Suisse latine ont eu recours au service d'urgence d'un hôpital au cours des 12 derniers mois. Cette fréquence est un peu plus élevée chez

les personnes âgées de 80 ans et plus (19,2 %) que chez celles âgées de 65 à 79 ans (13,9 %) [51, p. 82]. Dans un numéro consacré aux urgences de la revue médicale suisse, datant de 2012, on apprend que plus de 40 % des appels pour une urgence vitale — nécessitant l'intervention d'une ambulance médicalisée — concerneraient les plus de 70 ans et qu'environ 30 % des patients accueillis aux urgences seraient âgés de plus de 65 ans [338]. Vraisemblablement, les proportions actuelles sont encore plus élevées.

Service d'urgence pour personnes âgées : En raison de la sollicitation de plus en plus fréquente des personnes âgées et, des compétences spécifiques à l'âge que leur prise en charge requiert tant en termes d'évaluation que de soins [339], les HUG ont développé en 2016, des urgences gériatriques réservées aux patients de plus de 70 ans [340].

TUS/TPSY : Pour quatre personnes sur cinq qui ont été admises et traitées pour un diagnostic principal d'« intoxication alcoolique », un ou plusieurs diagnostics secondaires ont également été posés. Sur l'ensemble des personnes (15 ans et plus) présentant un diagnostic principal d'« intoxication alcoolique », le diagnostic secondaire de « dépendance à l'alcool » est le plus fréquent (47,8 %), suivi par « troubles mentaux et du comportement » non liés à l'utilisation de substances psychotropes (p.ex. troubles affectifs, de l'humeur, ou somatoformes ; 39,0 %) [341, p. XIV].

Repérage : Parce que les personnes âgées sont connues pour ne pas consulter pour des raisons de santé mentale, il semble important de pouvoir valoriser au mieux les contacts avec les services d'urgences pour investiguer cette dimension. Ceci est particulièrement vrai dans les cas de chutes qui, bien souvent, trahissent une médication inadéquate, des mélanges alcool-médicaments ou encore une trop grande consommation d'alcool (→6.3).

7.5 Services ambulatoires

Selon l'ESS 2017, 6,1 % de la population résidante suisse a suivi un traitement en raison de problèmes psychiques durant les 12 mois précédant l'enquête. Les femmes l'ont fait plus fréquemment que les hommes (7,7 contre 4,4 %) [10, p. 60]. En 2018 près de 513'000 patients se sont fait traiter dans un cabinet de psychiatrie ou de psychothérapie ambulatoire (par des psychiatres ou par des psychothérapeutes travaillant en délégation avec eux). Le nombre total de consultations s'est élevé à 4,8 millions, ce qui correspond à 562 consultations pour 1'000 assurés, et à une augmentation de 43,2 % par rapport à 2012 [10, p. 62].

7.5.1 Services ambulatoires dédiés aux consommateurs de substances

Structure à bas seuil d'accessibilité

Le développement, en Suisse, des structures à bas seuil d'accessibilité (dans le domaine des addictions) est intimement lié aux scènes ouvertes de la drogue et à l'épidémie de VIH qui a décimé, durant les années 1990, les utilisateurs de drogues par injection (UDI). Ces structures, qui entre autres fournissent du matériel stérile, s'adressent à des personnes qui ne veulent, ou ne peuvent pas, arrêter de consommer. Comme leur nom l'indique, elles se caractérisent par le faible degré de démarches à entreprendre pour y avoir accès. Leur objectif principal est à la fois de garantir des conditions minimales nécessaires à la survie des personnes concernées et de réduire les risques liés à la consommation de substances (sanitaires, sociaux et sécuritaires). Ces structures sont diverses, elles peuvent prendre la forme de centres d'accueil (de jour), d'espaces de consommation sécurisés ou encore de travail social de rue (outreach work).

Centres ambulatoires

Selon Hardegger, les services dits « ambulatoires » sont des consultations traditionnelles, des lieux d'intervention, de consultations rapides ou des permanences qui permettent d'apporter conseils et accompagnements professionnels de manière ponctuelle tout en visant l'intégration maximale de l'individu dans son milieu de vie naturel. Les personnes dépendantes ayant accès à ces offres sont, pour la plupart, stabilisées. On y retrouve aussi de nombreuses prestations proposées par les structures résidentielles comme compléments à leurs offres [342]. Pour Da Cunha, les prises en charge ambulatoires sont appropriées lorsque les ressources personnelles et sociales sont

suffisantes, en l'absence de complications médicales, pour préserver un emploi ou encore quand la personne ne peut envisager un séjour résidentiel [44, p. 8].

7.5.2 Équipes mobiles/de liaison

Le développement d'équipes mobiles est a à replacer dans le contexte de la désinstitutionnalisation qui a conduit à la fermeture de nombreux lits psychiatriques (moins 44 % entre 1992 et 2011) [343]. Son développement actuel reflète la volonté d'éviter le recours à l'hospitalisation en soins aigus (trop onéreuse) et de pallier l'absence de structures de soins véritablement communautaires, dans un système de soins encore très hospitalo-centré. Parallèlement au développement d'équipes mobiles qui apportent avec elles leur expertise là où il y en a besoin, la multiplication des lieux de soins a débouché également sur la création d'équipes de liaison qui ont comme objectif d'accompagner les allées et venues des patients lors de leurs transitions entre lieux de soins et entre lieux de soins et lieux de vies.

Selon Da Cunha et collègues, **l'addictologie de liaison** constitue une possibilité, parmi d'autres, de réseautage, de création de passerelles entre les différentes prises en charge, notamment pour les patients instables. Des patients qui souhaitent entrer en résidentiel ont tendance à abandonner leur projet en cours. Ils sont souvent hospitalisés en milieu psychiatrique à l'occasion de crises intercurrentes. Dans ce cadre, « l'addictologie de liaison » peut proposer une contribution à la mise en place de projets institutionnels, une coordination des soins entre les différents partenaires, y compris naturellement des psychiatres de liaison, de même que des interventions spécifiques durant les séjours en résidentiel de différents types : interventions en situation de crises, hospitalisations de décharge, stabilisation médicamenteuse, etc. [44, p. 115].

Les **équipes mobiles et/ou de psychiatrie de liaison** sont bien développées en Suisse au point de posséder leur propre société savante : La Société Suisse de Psychiatrie de Liaison et Psychosomatique (SSCLPP) [344]. (Voir : [343], [345], [346])

Les **équipes mobiles de psychiatrie de l'âge avancé** interviennent à domicile ou en EMS auprès de patients souffrant de troubles psychiatriques aigus de l'âge avancé. Elles offrent également un soutien au personnel des SASD, en aidant à diagnostiquer, soutenir et proposer un traitement avec une prise en charge intensive de courte durée. En 2015, selon l'OBSAN, cette prestation n'existait que dans les cantons de Vaud [347], Neuchâtel et Fribourg [348, p. 30]. Gaillard et Giannakopoulos nous expliquent que le principal obstacle pour une prise en soins psychiatriques des personnes âgées dans la communauté réside dans la difficulté de l'accès aux soins pour les personnes âgées et à une grande difficulté, de la part de ces derniers, à formuler une demande d'aide [349].

Les **équipes mobiles et/ou de soins palliatifs de liaison** interviennent dans des situations où des soins palliatifs spécialisés sont nécessaires [350]. Alors qu'elles étaient au nombre de 18 en 2011 [258], elles seraient 48 équipes mobiles extra-hospitalières en 2019 [351]. Dix d'entre elles sont exclusivement réservées aux services de 1ère ligne (patients) et six d'entre elles aux soins de 2e ligne (spécialistes). La majorité (32 équipes) est dédiée aux 1ères et 2e lignes. Un état actualisé est consultable sur www.cartepalliative.ch [352]. (Voir: [353]–[356])

7.5.3 Autres modèles

Selon Penzenstadler, Zullino, et Thorens [357] de nouveaux programmes de soins voient le jour dans la communauté : Ils sont basés sur le modèle de l'***Assertive community treatment*** — **ACT** (voir: [358], [359]) ; prennent la forme de programme ***Housing first*** (voir plus bas, sous structure intermédiaire) ; ou encore se focalisent sur la facilitation de la transition entre le milieu hospitalier et les services ambulatoires pour assurer une adhérence aux soins après la sortie de l'hôpital (**case management de transition** — CMT) [360]–[362].

7.5.4 Centres de référence

Clinique de la mémoire (CM)

Les cliniques de la mémoire se sont regroupées en association sous le nom de « Swiss Memory Clinics », elle compte actuellement 45 membres [363]. Les cliniques de la mémoire fonctionnent

comme centre de référence pour les cantons/régions. Ces centres, qui associent médecins et neuropsychologues, travaillent en collaboration avec les médecins de famille et les CMS. Ils offrent des consultations ambulatoires, qui peuvent déboucher sur un diagnostic et, le cas échéant, un traitement de la maladie d'Alzheimer. Selon une enquête portant sur 2018, presque toutes les CM effectuent auprès de 75 % des patients au moins une anamnèse standardisée/anamnèse auprès de tiers, un contrôle neuropsychologique, une évaluation de l'état neurologique et gériatrique et un examen psychopathologique/mental. Chez près de 80 % des patients, des analyses du sang/du sérum sont effectuées en laboratoire. Une IRM est pratiquée chez 4 patients sur 5 et une scanographie chez près de 15 % [364].

Services d'addictologie
Les services d'addictologie des grands hôpitaux universitaires, généralement rattachés au département de psychiatrie, sont des centres de référence qui complètent les soins stationnaires hospitaliers et les offres non hospitalières (centre d'accueil à bas seuil d'accessibilité, centres ambulatoires, centres résidentiels).

Services gériatriques
Eu égard au vieillissement de la population, l'ensemble des services dédiés aux seniors (gériatrie, médecine gériatrique, gérontologie, psychogériatrie, psychiatrie de l'âge avancé, oncogériatrie, etc.) est amené à jouer un rôle de plus en plus important en termes de centre de référence.

7.5.5 Groupes d'entraide

Selon Info-Entraide Suisse [365], qui recense les offres existantes en Suisse, les groupes d'entraide ont toutes une chose en commun : Il s'agit de personnes faisant face au même problème, à la même préoccupation ou vivant une situation similaire, et qui s'unissent pour s'entraider. Les personnes concernées ou leurs proches n'y trouvent pas seulement de l'aide et de la solidarité, mais s'engagent en prenant aussi une responsabilité personnelle. Il existe non seulement des groupes d'entraide dits « autogérés » qui, à l'exemple des AA (Alcooliques Anonymes), sont entièrement autonomes et fonctionnent sans apport financier étatique ni aide d'un professionnel, mais également des groupes d'entraide dits « à guidance professionnelle ». Pour une liste des groupes actifs en Suisse, voir : www.infoentraidesuisse.ch [366].

7.6 Structures intermédiaires

Dans le domaine du vieillissement, les structures intermédiaires constituent un entre-deux, entre les SASD et les EMS ; dans le domaine de la psychiatrie, elles permettent d'éviter le recours aux soins stationnaires (hôpitaux/cliniques psychiatriques) ; dans les domaines des soins palliatifs et de la démence, les structures intermédiaires sont présentées comme des offres de répit (ou de décharge), pour de proches aidants ; dans le domaine des addictions, cette offre, quasi inexistante jusqu'à présent, se développe autour de dispositifs innovants de type « housing first ».

Vieillissement : L'OBSAN nous renseigne sur le fait que plusieurs planifications médico-sociales cantonales mettent l'accent sur le développement des structures intermédiaires, notamment les **foyers de jour**, **de nuit**, **les unités d'accueil temporaire**, de répit et les **immeubles avec encadrement médico-social pour personnes âgées**. L'observatoire précise que le concept d'**appartements protégés** existe depuis longtemps, mais le volume à disposition actuellement n'existait pas il y a quelques années et ajoute que ce type de prise en charge offrant un logement avec prestations de soins et d'accompagnement est souvent judicieux lorsque rester à domicile n'est plus possible, même avec le concours des SASD. En effet, lorsqu'une personne n'arrive plus à s'alimenter même si elle reçoit des repas à domicile, ou qu'elle est très désorientée et sujette à des angoisses, le logement protégé peut être une alternative à l'entrée en EMS [348, p. 16-17]. Höpflinger et collègues expliquent que la question de savoir si un résidant qui nécessite des soins en permanence peut être maintenu dans le logement protégé ou s'il doit être transféré en EMS est un exemple de conflit qui peut surgir. Cette question se pose avec de plus en plus d'acuité à mesure que les résidants avancent en âge, car le logement protégé atteint ses limites quand les résidants sont très dépendants, en particulier en cas de démence sévère. Les principales raisons qui justifient un transfert d'un logement protégé en EMS sont des besoins importants en soins

corporels et une démence à un stade avancé. Des symptômes dépressifs sévères ou des problèmes d'addiction peuvent également compliquer ou rendre impossible le maintien dans un logement protégé [313, p. 92].

TUS : En 2010, la plupart des interlocuteurs de Da Cunha et collègues mettaient en évidence, pour la population ayant une problématique addictive, l'absence de lieux pouvant accueillir pour des séjours de courte durée les personnes en situation de crise due à des pathologies psychiatriques et/ou de forte consommation et pour lesquelles ni les structures hospitalières ni le résidentiel, ni l'ambulatoire n'ont de solution [44, p. 45]. Cette situation a peu évolué depuis et, comme le note un rapport récent de la ZAHW, il existe toujours un manque en la matière [367]. Cependant, des programmes de type « ***housing first*** » ont été développés très récemment par plusieurs acteurs actifs dans les addictions ou la grande précarité. Comme leur nom le rappelle, ces offres partent du principe simple — mais éprouvé — qu'un logement est la condition sine qua non à l'amélioration de sa santé mentale et/ou de ses problématiques sociales (voir : [368]–[370]).

TPSY : De nombreux cantons disposent d'hôpitaux psychiatrique et/ou de clinique de jour qui viennent compléter, dans le domaine des soins, les offres associatives de type « centre d'accueil » qui permettent aux personnes concernées de se retrouver dans des espaces conviviaux ou, s'ils le désirent d'exercer des activités (voir à titre d'exemple les activités proposées par le Graap [371]). De plus, une offre étendue existe depuis plusieurs années en matière de « logements protégés », foyers et autres structures qui permettent aux personnes souffrant de troubles mentaux de vivre de manière (quasi)autonome dans la communauté.

TNC : Selon un état des lieux récent [351], relativement nouvelles et encore peu répandues, les structures de jour ou de nuit dédiées à la démence sont disponibles seulement dans 4 établissements pour 34 lits.

7.7 Soins stationnaires

7.7.1 Généralités

Hôpitaux

En 2019, la Suisse comptait 281 établissements hospitaliers, dont 37 % d'hôpitaux de soins généraux et 63 % de cliniques spécialisées répartis sur 580 sites [372]. En 2018, ils employaient dans le domaine des soins 86'600 personnes (66'400 EPT) dont une majorité d'infirmiers/ères diplômé(e)s (71 %), associés à du personnel soignant de niveau intermédiaire (14 %) et des auxiliaires de soins (15 %) [327].

Encadré 17 : Personnel soignant

Infirmiers/ères diplômé(e)s : Les infirmiers/ères diplômé(e)s assument la responsabilité de la planification et de l'organisation des soins aux patients, incluant la supervision d'autres professionnels de la santé, travaillant de manière autonome ou en équipe avec du personnel médical ou autres, dans l'application de mesures de prévention et de soins.

Personnel soignant intermédiaire : Le personnel soignant intermédiaire travaille généralement sous la supervision d'autres professionnels de la santé et prodigue des soins et traitements selon les plans de référence établis par le personnel médical, infirmier ou autre professionnel de la santé.

Auxiliaires de soins (ASSC) : Les auxiliaires de soins s'occupent, sous la supervision du personnel infirmier diplômé, de l'accompagnement et des soins quotidiens de patients ou de résidents dans une large palette d'institutions.

Source(s) : OFS (2020), Personnel soignant en 2018 [327].

Recours des personnes de plus de 65 ans : Selon l'ESS 2017, 17,1 % des répondants latins mentionnent avoir effectué un séjour à l'hôpital au cours des 12 derniers mois. Les hospitalisations sont plus fréquemment mentionnées par les personnes de 80 ans et plus (22,3 %) que par celles âgées de 65 à 79 ans (15,6 %) [51, p. 82]. Selon l'OBSAN, en 2013, pour les personnes âgées de 65 ans et plus, la plupart des séjours de longue durée (plus 3 mois) ont lieu dans les services de psychiatrie et de gériatrie avec des pourcentages respectifs de 42,1 et 31,4 %. Les séjours en réadaptation concernent 15,3 % des séjours de longue durée. Toutefois, les longs séjours ne concernent qu'une faible proportion de tous les séjours. Ils représentent les volumes suivants: en psychiatrie (7,9 %), en gériatrie (3,1 %) et en réadaptation (0,7 %) [348, p. 33]. Par ailleurs,

l'OBSAN relève qu'il existe une relation triangulaire entre les hôpitaux, les EMS et les SASD: une relation de complémentarité avec les SASD/les EMS lorsque ceux-ci prennent en charge un patient suite à une hospitalisation ou lorsque les hôpitaux prennent en charge un de leurs patients au cours d'un épisode aigu ; une relation de substitution avec les EMS lorsque les hôpitaux prennent en charge un patient en attente d'un hébergement [348, p. 32].

Cliniques spécialisées : réadaptation et soins

Selon l'OFS, la réadaptation comprend une série de mesures médicales, mais aussi sociales, notamment la physiothérapie, la logopédie, l'ergothérapie, le conseil diététique, le conseil social, etc. Elle cherche à rendre les patients aussi autonomes que possible et à améliorer leur qualité de vie lors de séquelles induites par une maladie ou un accident. Pour les trois quarts des patients admis en réadaptation, il est possible d'associer à l'épisode de réadaptation une hospitalisation préalable en soins aigus. En 2017, on a dénombré en Suisse 89'382 séjours en réadaptation. Ils ont quasiment tous eu lieu dans l'un des 96 sites hospitaliers dédiés à la réadaptation. Ces derniers correspondent soit à des divisions d'hôpitaux de soins généraux, soit à des cliniques dédiées à la réadaptation. Près de 9'400 personnes y sont employées (5'600 EPT). Plus de la moitié des cas d'hospitalisation en réadaptation sont le fait de personnes de la classe d'âge 65—84 ans [373].

7.7.2 Soins stationnaires en santé mentale

Hôpitaux

Selon l'OBSAN, on a dénombré en 2018 près de 102'000 hospitalisations en raison d'un diagnostic principal de nature psychiatrique, pour environ 71'000 patients (11,9 cas ou 8,3 patients pour 1'000 habitants). La plus grande partie des cas dont le diagnostic principal est de nature psychiatrique sont hospitalisés en psychiatrie (72 %) ; près d'un quart le sont en soins somatiques aigus et près de 3 % en réadaptation [10, p. 63]. Pour 2019, la répartition des cas par groupe de diagnostics était la suivante :

Tableau 25 : Hospitalisation en 2019 selon le groupe diagnostics (diagnostic principal)

Groupe diagnostics	n	%	Majorité des cas
F00-F09 Troubles organiques neurocognitifs	9'780	9,50	F
F10 Alcool	16'426	15,95	H+
F11-F19 Autres substances	6'156	5,98	H+
F20-F29 Trouble du spectre schizophrénique	14'607	14,19	H
F30-F39 Troubles de l'humeur	30'041	29,18	F+
F40-F48 Troubles névrotiques	15'328	14,89	F+
F60-F69 Troubles de la personnalité	6'278	6,10	F+
F5, F7-9 Autres diagnostics F	4'351	4,23	F
Total	**102'967**	**100,00**	**F**

Source : OBSAN (2021), Maladies mentales les plus fréquentes en traitement stationnaire [374].

Une ventilation de ces données, selon le sexe et l'âge, est disponible en annexe (→A22).

TUS/vieillissement : La prise en compte du diagnostic principal ou secondaire permet d'affiner notre vision de la prise en charge des TUS en milieu hospitalier. Selon l'OBSAN, on a dénombré en 2018 9,6 hospitalisations pour 1'000 habitants en relation avec des troubles liés à des substances psychoactives (diagnostic principal ou secondaire) [375]. En 2019, selon nos propres calculs, les séjours hospitaliers liés à des substances psychoactives étaient le plus souvent en relation avec l'alcool (48 %), suivi du tabac (15 %), des sédatifs ou hypnotiques (13 %), des opiacés (9 %), du cannabis (9 %) et de la cocaïne (6 %). Pour la classe d'âge des plus de 65 ans, l'ordre des substances concernées reste inchangé, mais leur proportion change : alcool (57 %), tabac (19 %), sédatifs ou hypnotiques (19 %), opiacés (3 %), du cannabis (≃0 %) et de la cocaïne (≃0 %). On remarquera l'importance encore plus marquée pour cette tranche d'âge des problématiques liées à l'alcool, au tabac et aux sédatifs ou hypnotique (benzodiazépines). S'agissant des drogues illégales, on notera que seule l'héroïne pose un problème. Pour plus de détails, voir les annexes (→A22).

Institutions résidentielles addictions
Les institutions résidentielles jouent un rôle essentiel pour les personnes consommatrices de substances qui cumulent les difficultés sur les plans sociaux, sanitaire, voire juridique. Ces institutions, historiquement basées sur l'abstinence et fournissant des prestations de type socio-éducatives, offrent un répit et un cadre aux personnes les plus fragiles qui leur permettent de se stabiliser, puis de retrouver un rythme de vie (voir :[376]). Ces dix dernières années, la plupart de ces institutions se sont ouvertes à d'autres formes de prise en charge que le seul maintien de l'abstinence (p. ex. consommation contrôlée, TAO) et, certaines d'entre elles, ont intégré les problématiques cooccurrentes de santé mentale qui affectent une grande partie de leur clientèle. Sur le plan des dispositifs, les institutions résidentielles viennent compléter l'offre ambulatoire, les structures à bas seuil d'accessibilité et les institutions, plus médicalisées, qui offrent des soins aigus (nécessaires au sevrage par exemple) et sont généralement rattachées aux services addictologiques et/ou psychiatriques de centres hospitaliers.

Un enjeu actuel des plus importants concerne le vieillissement de la population des personnes consommatrices de substances psychoactives. Comme l'indiquait Da Cunha et collègues [44], il y a plus de 10 ans déjà, on constate un manque de structures destinées spécifiquement aux personnes âgées et/ou, dans l'impossibilité de vivre de manière autonome. Pour un aperçu de l'offre actuel, voir la statistique Act-info [377] et la base de données www.indexaddiction.ch, maintenue par Infodrog [378].

Clinique psychiatrique
En 2019, l'OBSAN a dénombré 76'390 hospitalisations. Le taux d'hospitalisation ne cesse de monter : alors qu'il était de 7,02 pour 1'000 habitants en 2002, il s'élevait à 8,77 en 2019 [379].

7.8 Longue durée

7.8.1 Homes — Maisons pour personnes âgées

Au cours des dernières décennies, les établissements médico-sociaux ont peu à peu remplacé les maisons de retraite. Contrairement à celles-ci, les EMS sont autorisés à fournir des prestations de soins et à les facturer aux caisses maladie (LAMal, art. 39 al. 3).

7.8.2 Établissements médico-sociaux (EMS)

Selon Höpflinger et collègues, les EMS se transforment de plus en plus en lieux d'accueil de personnes d'un grand âge, voire en fin de vie. La diversité des atteintes et des maladies dont souffrent les résidants très âgés des EMS exige de la part du personnel des compétences élevées dans le domaine des soins, mais aussi de solides connaissances des syndromes gériatriques. [313, p. 13]. L'OBSAN partage cette analyse et affirme que la complexité des cas augmente et nécessite de nouvelles compétences de la part du personnel [348, p. 6].

Au 31 décembre 2019, 83'956 personnes vivaient en EMS. L'âge moyen d'entrée était de 84,9 ans [380]. Leur répartition par âge était la suivante : 17'261 personnes de 65-79 (1,5 % de cette tranche d'âge) et 66'695 personnes de plus de 80 ans (15 % de cette tranche d'âge) [381]. Avec 61'645 résidantes, contre 24'024 résidants, les femmes y étaient nettement plus représentées [382]. La durée du séjour moyen était de 2,8 ans en 2019 [383]. On relèvera que le nombre de places, bien qu'ayant augmenté en valeur absolue ces dernières années, est en constante diminution. Alors qu'il y avait 7,1 places pour 100 habitants en 2006, ce chiffre est tombé à 6 pour 100 habitants en 2019 [384]. En 2018, 100'000 personnes étaient employées dans les EMS, représentant quelque 60'000 EPT. On y dénombrait 25 % d'infirmiers diplômés pour 40 % d'auxiliaires de soins et 35 % de personnel soignant au niveau intermédiaire, principalement des assistants en soins et santé communautaire (ASSC) [327].

Problématiques de santé affectant les résidants
Polymorbidité : En 2008-2009, la présence cumulée de plusieurs maladies chroniques caractérisait 86 % des résidentes et résidents des homes et EMS. 54 % étaient concernés par au moins une maladie somatique et au moins une maladie psychique en même temps. 16 % avaient

un niveau de besoin de soins très élevé, c'est-à-dire qu'ils étaient limités dans 5 de 6 activités de la vie quotidienne, et étaient par exemple incapable de faire leur toilette eux-mêmes [385], [386].

Santé mentale : Selon l'enquête sur l'état de santé des personnes vivant en institution (ESAI 2008/09), portant sur les diagnostics des résidents en EMS, 26 % étaient concernés par une dépression (32 % des 65-79 ans contre 24 % pour les plus de 80 ans). S'agissant de psychose, ils étaient 7 % à en souffrir (16 % des 65-79 ans contre 4 % pour les plus de 80 ans). Les démences concernaient 39 % des résidants (30 % des 65-79 ans et 41 % des plus de 80 ans)(Voir [313, p. 97]).

Une étude plus récente conduite par le réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM) par Masdea et Baechler [387, p. 8], portant sur 776 résidants hébergés dans 37 EMS (âge moyen de 82,8 ans), nous fournit sur la base des diagnostics établis durant la période 2012-2015 une image précise des problèmes de santé mentale affectant les résidants d'EMS. Ils seraient 57 % à être atteints de démences et troubles cognitifs, 28 % de troubles de l'humeur, 4% de troubles de la personnalité, 5 % de troubles du spectre psychotique, 3 % d'un trouble de l'usage de l'alcool et 3 % d'autres troubles (non spécifiés).

TNC : La grande proportion de résidants d'EMS atteints de démence est confirmée par une autre étude de plus grande ampleur portant sur 550 EMS (26'108 résidants) réalisée par Anliker et Bartelt. Sur la base de données recueillies en 2012 via le système RAI-NH (*Resident Assessment Instrument Nursing Home*), 64,5 % des résidants d'EMS auraient soit un diagnostic médical de démence, soit une déficience cognitive qui suggère la présence d'une démence [388].

Polypharmacie : Le nombre moyen de médicaments (substances actives) est passé d'un peu plus de six, en 2002, à huit substances en 2011, puis à 9,3 en 2016 [388] [73]. Quant à la prévalence de la consommation de plus de neuf médicaments, elle est passée d'un peu plus de 15 % en 2001, à près de 45 % en 2013 [388].

PMI : Selon Scheider et collègues, 79,1 % des résidants se seraient vu prescrire en 2016, au moins une fois, un médicament potentiellement inapproprié (PMI) au regard de leur âge. De manière plus préoccupante, parce qu'elle ne saurait être expliquée par des situations individuelles exceptionnelles, une prescription réitérée – à trois reprises au moins – de tels médicaments a été observée chez plus de la moitié des résidents d'EMS (56,2 %) [73].

Enjeux

TNC/TPSY : Pour Höpflinger et collègues, compte tenu de l'évolution démographique, le nombre des personnes âgées atteintes de démence continuera d'augmenter dans les EMS, car les soins à domicile atteignent leurs limites notamment dans les stades avancés des démences. Une prise en charge en institution devient pratiquement inévitable lorsqu'un malade qui a perdu ses capacités cognitives doit être surveillé 24 heures sur 24 ou quand des symptômes secondaires de la démence — peur, agitation, inversion jour-nuit, hallucinations — se manifestent. La présence simultanée de troubles cognitifs et d'autres problèmes de santé (dépressions, limitations fonctionnelles, etc.) peut aussi nécessiter une admission en EMS. Les auteurs notent que la question de savoir si les personnes atteintes de démence doivent être soignées dans des établissements spécialisés ou dans des structures mixtes en compagnie de personnes qui ne souffrent pas de démence est controversée [313, p. 99-100]. À ce propos, l'OBSAN nous dit sur la base d'une estimation d'experts que 20 à 30 % des personnes atteintes de démence en EMS doivent être prises en charge séparément à cause de leurs comportements [348, p. 23].

TUS : La Fachverband Sucht (FVS) observe que la plupart des EMS (de Suisse alémanique), n'ont pas abordé la question de savoir s'ils acceptent, et à quelles conditions, les personnes dépendantes qui ne peuvent ou ne veulent pas renoncer à leur consommation. Il en résulterait, selon le FVS, une peur du contact et une résistance de leur personnel lorsqu'il s'agit d'admettre les personnes concernées par la consommation de substances [89]. De plus, il semblerait selon une enquête menée par l'ISGF que le dépistage et l'intervention précoces en cas de consommation problématique d'alcool et de médicaments chez les personnes âgées sont des mesures encore peu connues et peu pratiquées dans le domaine des EMS [81, p. 5]. Enfin, selon les recommandations de Luyet et collègues, la prise en charge de type EMS pour des personnes dépendantes vieillissantes doit être développée, surtout que cette prise en charge est souvent

lourde, car elles développent d'importantes polymorbidités somatiques et psychiatriques, souvent cumulée avec une désinsertion sociale [389, p. 12].

7.8.3 Soins palliatifs spécialisés de longue durée

Selon BASS, fin 2018, 137 lits sont mis à disposition par 20 structures non hospitalières. Il précise que le nombre de lits est bien plus élevé pour les soins hospitaliers stationnaires que pour les soins de longue durée [351].

7.9 Autres acteurs

7.9.1 Justice

Un acteur important qui n'a pas été considéré jusqu'à présent dans ce rapport est la justice. En effet, plusieurs interlocuteurs des domaines de la psychiatrie et de l'addictologie ont fait état de patients dont il avait la charge en raison d'une décision de justice. Parmi les cas discutés, on notera la présence « forcée » d'une personne de plus de 65 ans, ayant des problématiques d'alcool et de santé mentale, dans un service de soins aigus d'un hôpital. Notre interlocuteur déplorait cette situation, car la personne ne nécessitait aucune prise en charge aiguë et l'expliquait par le fait qu'aucun EMS n'était disposé à l'accueillir en raison de son état et, de manière générale, qu'une offre destinée spécifiquement à un tel public n'existait pas dans son canton.

> *« Malheureusement, souvent pour les patients toxicomanes, c'est le Tribunal qui demande que le patient soit mis à l'écart de son appartement. Traiter à l'hôpital, puis, placer. Et, en fait, on ne trouve pas d'EMS ce genre de patient. Parce que […] les EMS sont ouverts. Donc, les patients peuvent sortir pour consommer. Il faudrait en fait des lieux spécialisés, comme "des foyers thérapeutiques pour personnes âgées", ça serait l'idéal. »*

On relèvera que de telles décisions de justice ne concernent pas uniquement les personnes ayant une problématique addictive. Bien qu'elle ne reflète que partiellement cette réalité, la statistique des « placements à des fins d'assistance » PAFA nous donne un bon aperçu des publics concernés par de telles décisions. L'OBSAN nous dit qu'en 2018 les institutions psychiatriques ont recensé près de 14'000 «placements à des fins d'assistance», soit un cinquième environ de toutes les hospitalisations motivées par un diagnostic psychiatrique [10, p. 71]. Avec 4'123 cas, soit 28,3 % de l'ensemble des cas, la schizophrénie se situe en tête de classement. Suivent les troubles affectifs (2'615/18 %), les troubles mentaux organiques (2'466/16,9 %), les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives (2'380/16,3 %) [390]. Pour plus de détails sur les PAFA, voir les annexes (→A23).

7.9.2 Réseaux de soins (soins intégrés/coordonnés)

Selon la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), les soins intégrés ont vu le jour au début des années 1990 avec le développement des cabinets de groupe (HMO — *Health Maintenance Organization*) et des réseaux de médecins travaillant selon le principe de « *gate keeping* » (modèle d'assurance du médecin de famille). Depuis, l'amélioration de la coordination et de la mise en réseau a été élargie à nombre de fournisseurs de prestations, tels que des hôpitaux et des organisations d'aide et de soins à domicile. Actuellement, selon la CDS, les différents modèles se répartissent entre deux catégories principales : 1) Les **modèles axés sur la population** portent sur une population bien définie géographiquement. Ils ont pour objectif de mettre en réseau tous les prestataires de soins ambulatoires, stationnaires et sociaux de cette zone et d'adapter leurs prestations à leurs besoins. Les cabinets HMO, les grands centres de santé (*patient-centered medical homes*) et les réseaux de médecins en sont des exemples typiques. Ces dernières années, les premiers réseaux de santé régionaux — ou régions sanitaires — se sont par ailleurs constitués. 2) Les **modèles axés sur les maladies** se concentrent sur un tableau clinique donné. Ils ont pour objectif de mettre en réseau les prestataires de soins ambulatoires, stationnaires et sociaux qui sont impliqués dans le traitement et la prise en charge de cette maladie et de les engager à adopter un processus thérapeutique défini. Le *case*

management, le *(chronic) disease management* et le *chronic care model* en sont des exemples typiques [391, p. 7].

Avec la Stratégie « Santé2020 » du Conseil fédéral [33], la thématique des soins coordonnés s'est imposée sur le plan fédéral comme une réponse à l'inadéquation du système de santé helvétique (centré sur les soins aigus) face au vieillissement de la population et à l'importance grandissante des maladies chroniques affectant cette dernière. Dans cette perspective le projet « Soins coordonnés », porté par l'OFSP, s'attache à améliorer la coordination des soins pour les groupes de patients qui recourent le plus à des prestations de santé (p. ex. personnes très âgées et polymorbides, patients atteints de maladies chroniques ou psychiques ou encore bénéficiaires de l'aide sociale). Ces catégories de patients, qui constituent à peine 10 % des assurés, seraient récipiendaires de 70 à 80 % des prestations fournies par le système de santé [392].

Un état des lieux récent, mené conjointement par l'OBSAN, l'IUMSP et le *Forum Managed Care* (FMC), a recensé plus de 170 initiatives visant une plus grande intégration des soins en Suisse. En dépit de leur grande hétérogénéité, ces initiatives ont pu être réparties a posteriori en six catégories qui fournissent un bon aperçu des tendances dans ce domaine : 1) les « **Centres de santé** », 2) les « **Réseaux de médecins** », 3) les initiatives ciblant avant tout la « **Santé mentale & psychiatrie** », 4) celles destinées à d'autres « **Groupes cibles spécifiques** » (diabète par ex.), 5) les initiatives centrées sur les « **Médicaments** », 6) celles axées sur des activités de « **Transition & coordination** » [393]. La question centrale de la rémunération posée par ces nouvelles formes de collaborations interprofessionnelles et transdisciplinaires a été l'objet de deux publications jusqu'à présent [394], [395].

7.9.3 Interprofessionnalité

Selon l'ASSM, dans un système de santé de plus en plus complexe, la collaboration entre les différents groupes professionnels est un facteur majeur de succès. Une bonne coordination des traitements, une communication adéquate entre les différents groupes professionnels et une perception appropriée des autres acteurs contribuent à éviter les insuffisances et les excès de traitement, les coûts inutiles et les complications dangereuses. Dès lors, l'Interprofessionnalité est une condition préalable fondamentale à la qualité, à la sécurité et globalement aux résultats positifs de la prise en charge médicale [396]. L'Interprofessionnalité a été promue en Suisse dans le cadre d'un programme de promotion de l'OFSP « Interprofessionnalité dans le domaine de la santé 2017-2020 » [397]. Celui-ci a débouché, entre autres, sur la création d'une base de données regroupant environ 80 projets [398].

7.10 Acteurs centraux

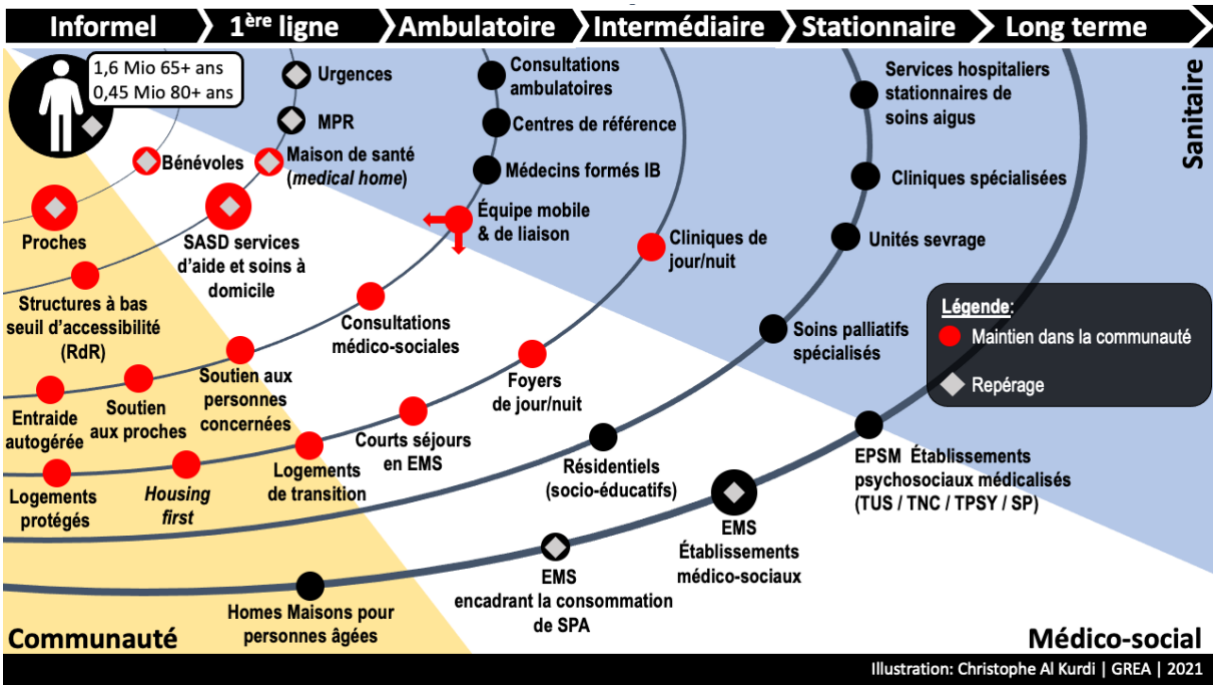
De très nombreux acteurs issus de la communauté, du secteur médico-social et du domaine sanitaire ont un rôle à jouer dans la prise en soins des personnes ayant à la fois un TUS et des troubles de santé mentale, des troubles cognitifs ou un besoin de prise en charge palliative.

En raison du nombre de personnes concernées et de la diversité des problématiques rencontrées en leur sein, les services d'aides et de soins à domicile (SASD) tout comme les établissements médico-sociaux (EMS) occupent une position centrale. Pourtant, force est de constater qu'EMS et SASD ne sauraient à eux seuls gérer ces problématiques. À titre d'exemple, les proches aidants qui, dans presque 60 % des prises en charge, viennent compléter les prestations des SASD sont des acteurs indispensables au bon fonctionnement de la prise en soins à domicile et au maintien des personnes concernées dans la communauté. Cette complémentarité concerne également les équipes mobiles et de liaison, tout comme les centres de références, qui constituent des partenaires indispensables en matière d'expertise. Bien entendu, la chaine des interdépendances ne s'arrête pas à ces acteurs. On pourrait évoquer le soutien aux proches, qui permet de pérenniser ce « partenariat » entre proches aidants et SASD ou, encore, les structures intermédiaires qui, tout en délestant les proches aidants et les SASD de cas trop complexes, contribuent à éviter l'engorgement des EMS et/ou des services stationnaires hospitaliers. Le travail des groupes d'entraide et le soutien apporté par les associations aux personnes concernées sont également des pièces irremplaçables de ce grand puzzle.

On le comprend, de par leur complémentarité et leurs interdépendances multiples, il est difficile de désigner les acteurs qui occuperaient le centre de cette problématique.

Il reste néanmoins possible de mettre en avant des acteurs par rapport à des problématiques plus spécifiques. À titre d'exemple, nous avons mis en évidence, sur la figure qui suit, les acteurs qui contribuent au maintien des personnes concernées dans la communauté (ronds rouges). Nous avons également mis en lumière les acteurs qui sont susceptibles de jouer un rôle important en matière de repérage (losanges gris). Bien d'autres aspects pourraient être explorés à l'aide de la cartographie fournie.

Figure 5 : Acteurs de la prise en soins (focus sur le repérage et le maintien dans la communauté)



8 Recommandations

Ce chapitre présente des recommandations susceptibles d'améliorer les synergies entre les domaines concernés (TUS/TPSY/TNC/SP). Elles ont été produites à partir d'une identification préalable de pratiques et de problématiques communes aux quatre domaines investigués et de la conviction qu'un premier pas, en vue de créer des synergies, passe obligatoirement par la mise en évidence d'enjeux communs. Ces recommandations ont été soumises pour consultation auprès d'experts et de praticiens et validées par le Comité du GREA (→A4).

8.1 Basées sur pratiques communes

8.1.1 Renforcement de l'autonomie (empowerment)

Constat : Le renforcement de l'autonomie des personnes concernées est un but poursuivi par la plupart des stratégies relatives aux maladies chroniques. Toutefois, la compréhension du terme « autonomie » (empowerment), tout comme les moyens mis à disposition, varie grandement d'un setting à l'autre. Dans le domaine sociosanitaire, les actions déployées peuvent se restreindre à la mise à disposition d'informations destinées à faciliter l'autogestion de sa maladie par le patient (psychoéducation [399]/littératie en santé [400]). Elles peuvent également viser une plus grande participation des patients dans la détermination des objectifs de soins, voire des modalités de traitement. Elles peuvent déboucher sur la mise en place au sein des institutions de groupes d'entraide à guidance professionnelle. Enfin, à l'étranger, la participation des patients a pu déboucher sur des aménagements du fonctionnement même du système de santé. Parallèlement à ces démarches top-down, les personnes concernées peuvent s'organiser en association pour porter des revendications sur un plan politique voire former des groupes d'entraide autogérés.

Public cible :

- Tous les prestataires (actifs dans les domaines de la santé mentale, des addictions, de la démence et des soins palliatifs)
- Confédération, cantons, communes
- Personnes concernées

Dispositifs exemplaires :

- Groupes d'entraide autogérés/à guidance professionnelle (voir : https://www.infoentraidesuisse.ch/) [401]
- Soutien à la création d'associations (voir p. ex. : https://www.benevolat-vaud.ch/)
- Plateformes web favorisant le self-help (p. ex. avec un forum de discussion entre pairs, voir : https://www.stop-alcool.ch/ ; https://www.stop-tabac.ch/ ; https://www.stop-cannabis.ch/)
- Tests en ligne, à s'administrer soi-même (autotest)
- Co-rédaction du dossier du patient
- Intégration des patients au colloque d'équipe (évoqué lors du workshop #1)
- Flyers (multilingues/en langage FALC — facile à lire et à comprendre)

Recommandation : Les prestataires mettent à disposition du matériel didactique (psychoéducation) favorisant l'empowerment des personnes concernées. Ils intègrent systématiquement les personnes (ou leur représentant) aux décisions thérapeutiques qui les concernent. Ils favorisent, au mieux, leur participation au fonctionnement institutionnel.

La Confédération, les cantons et les communes soutiennent financièrement et/ou logistiquement (p. ex. en mettant à disposition gratuitement des locaux) les associations, respectivement les groupes d'entraide, actifs dans la gestion des maladies chroniques.

8.1.2 Renforcement de l'autodétermination

Constat : Pour pouvoir exercer son droit à l'autodétermination (garanti par la Constitution et le Code civil), le patient doit non seulement avoir été informé de manière exhaustive par les prestataires de soins, mais doit être capable de discernement, c'est-à-dire qu'il doit comprendre la portée de l'intervention projetée et, à partir de ces informations, pouvoir prendre une décision [402]. Comme leur nom le suggère, les « déclarations anticipées » (qui peuvent prendre plusieurs formes) permettent au patient de prendre ses dispositions en vue de la survenue d'un état, passager ou durable, qui ne lui permettrait plus d'être capable de discernement. Bien que ces dispositifs soient particulièrement intéressants, ils sont encore peu utilisés.

Public cible :

- Tous les prestataires (actifs dans les domaines de la santé mentale, des addictions, de la démence et des soins palliatifs)
- Personnes concernées

Dispositifs exemplaires :

- Directives anticipées (DA) [403] [404], [405] [406]
- Mandat pour cause d'inaptitude [407]
- Planification anticipée (Advance Care Planning) [408]
- Plan de crise conjoint (PCC) [409, p. 10/16]

Recommandation : Les prestataires encouragent et soutiennent activement leur client dans l'élaboration d'une déclaration anticipée. Ils optent avec la personne concernée pour la forme la plus adéquate au vu de sa situation.

8.1.3 Maintien dans la communauté

Constat : La grande majorité des personnes désire pouvoir rester à domicile le plus longtemps possible. Dans la plupart des cas, même lors de maladies chroniques, ce souhait est rendu réalisable jusqu'à un âge très avancé par une collaboration étroite entre les services d'aides et de soins à domicile (SASD) et la présence de proches. En cas de problèmes physiques ou comportementaux trop importants, le transfert vers un hôpital de soins aigus ou un EMS peut être retardé et/ou évité par le recours à des équipes de liaison et l'existence de structures intermédiaires.

Public cible :

- Cantons
- Hôpitaux
- EMS

Dispositifs exemplaires :

- Équipe de liaison/mobile extra-hospitalière (psychiatrie [343], [346]/addictologie [357]/soins palliatifs [353]–[356]/psychiatrie gériatrique et/ou de l'âge avancé [410], [345], [347], [349], [411])
- Structures intermédiaires : Logements protégés, *Housing first*, foyer de jour et/ou de nuit, courts séjours en EMS, etc.
- *Home Treatment* [412], [413]

Recommandation : Les cantons encouragent activement les prestataires sanitaires et médico-sociaux à développer des structures intermédiaires et/ou des services mobiles en vue de retarder au maximum, pour les personnes qui le souhaiteraient, une institutionnalisation de longue durée. Ils portent une attention particulière au développement de structures intermédiaires ouvertes aux personnes qui ne souhaitent pas, ou n'arrivent pas, à stopper leur consommation de substances.

8.1.4 Continuité des soins

Constat : En raison de la polymorbidité des personnes vieillissantes et de la complexification des traitements, la prise en charge des patients nécessite l'intervention d'un nombre croissant de spécialistes et de professionnels médicaux comme non médicaux. La conséquence pour le patient est qu'il est amené à transiter entre de très nombreux prestataires. Ces allers-retours contribuent non seulement à renforcer chez les personnes concernées le sentiment de « perte de maîtrise », mais sont également susceptibles de déboucher sur des effets iatrogènes importants. Cette problématique, bien connue, a donné lieu à la mise en place de nombreux modèles visant à assurer une meilleure continuité des soins. Aux côtés des modèles hospitalo-centrés (fortement majoritaires), se dessinent depuis une dizaine d'années d'autres approches comme les maisons de santé (*Patient-centered Medical Home* — PCMH). L'ensemble de ces modèles s'appuie sur un meilleur échange des connaissances et de l'information.

Public cible :

- Cantons
- Communes

Dispositifs exemplaires :

- Équipes mobiles intra et extra-hospitalières
- Équipes de liaison
- Case management de transition [361]
- Dossier électronique du patient (voir : https://www.dossierpatient.ch/)
- Maison de santé (Medical Home) : La première maison de santé en Suisse, nommée « Cité générations », a ouvert ses portes en 2012 à Onex, commune genevoise de 20'000 habitants [414]–[417]

Recommandation : Les cantons rapprochent les soins des milieux de vie par la mise en place de services mobiles et de projet communautaires. Ils envisagent de nouvelles formes organisationnelles, comme les Maisons de santé, qui sont particulièrement adaptées aux maladies chroniques.

8.1.5 Intervention précoce (IP)

Constat : Dans une logique visant à offrir, au plus tôt, un soutien adapté aux personnes en ayant besoin, de nombreuses stratégies IP ont été développées. Bien que leur dénomination et leurs modalités diffèrent en fonction du setting de leur mise en œuvre (domicile/cabinet médical/hôpital/établissement médico-social), elles ont en commun la mise en place de mesures proactives visant un « repérage » d'une problématique de santé (p. ex. troubles liés aux substances, déficits cognitifs ; besoin de soins palliatifs dans une structure spécialisée).

Public cible :

- Proches
- Services d'aide et de soins à domicile (SASD)
- Médecins de premier recours
- Services d'urgence
- Établissements médico-sociaux (EMS)

Dispositifs exemplaires :

- Tests à s'administrer soi-même (autotest) — sur le web
- Grilles d'observations « maison » — EMS [85], [86]

- Démarches de type « *screening, brief intervention, treatment, and referral to treatment* » SBIRT (outils de screening validés cliniquement) — dans un cadre sanitaire [418]
- Cliniques de la mémoire (diagnostics précoces) [227]
- Projet CareMENS (pour retarder le déclin cognitif) [154], [155]
- Modèle d'Intervention précoce du GREA (https://interventionprecoce.ch/)
- Outils standardisés interRAI — utilisés dans les SASD [233] et certains EMS [419]
- Promotion de l'utilisation d'instruments de screening validés (voir p. ex. : [69], [420]–[422])

Recommandation : Dans le cas d'un repérage positif d'un trouble de l'usage de substances, d'un trouble psychiatrique ou de déficit cognitif, les prestataires investiguent les deux autres troubles [45, p. 168] — en raison des comorbidités fréquentes relevées par la littérature.

8.1.6 Travail des proches

Constat : De plus en plus fréquemment, les proches sont considérés comme une ressource irremplaçable dans la prise en soins des personnes atteintes d'une maladie chronique. Fort de ce constat, la majorité des prestataires professionnels et/ou du monde associatif diffuse à l'intention des proches du matériel didactique (flyers d'information multilingues, cours en ligne, etc.). Dans certains domaines (p. ex. soins palliatifs/démence), la fragilité des proches est également prise en compte : ils sont considérés comme une ressource épuisable dont il faut prendre soin [423]. À cet effet, des offres visant à décharger les proches (durant la journée, la nuit ou des périodes plus longues) sont proposées à ces derniers.

Public cible :

- Cantons
- Communes
- Associations
- Prestataires spécialisés
- Proches

Dispositifs exemplaires :

- Structures intermédiaires : Logements protégés, Foyer de jour, de nuit, courts séjours en EMS, etc.
- « Alzami pro » (présence à domicile de bénévoles formés)
- « Vacances Alzheimer »
- Indemnisation du proche aidant [424]

Recommandation : Le soutien aux proches est systématiquement promu et financé. Dans la mesure du possible, ce soutien va au-delà de la simple diffusion d'information à leur attention. Ce soutien peut prendre la forme d'offres destinées à décharger les proches en prenant en charge momentanément les personnes concernées (ex. : offres intermédiaires, comme une clinique de jour) ; il peut viser à les remplacer durant une période limitée (remplacement par un bénévole durant une soirée) ou prolongée (ex. : vacances Alzheimer). Il peut également prendre la forme d'une indemnisation de leur travail.

8.1.7 Soins de longue durée

Constat : Les EMS se transforment de plus en plus en lieux d'accueil de personnes d'un grand âge, voire en fin de vie [313]. La diversité des maladies dont souffrent les résidants très âgés conduisent de plus en plus d'EMS à se spécialiser ou à dédier un de leur service aux personnes atteintes de démences, de troubles psychiatriques ou requérant une prise en charge palliative. À

l'encontre de ce mouvement général, très peu d'EMS se sont adaptés aux besoins complexes d'une population de consommateurs de substances psychoactives vieillissante [44]. En effet, malgré le vieillissement prématuré qui affecte cette population, l'âge d'admission en EMS reste (dans la plupart des cantons) celui de la retraite. De plus, trop peu d'EMS accueillent des personnes ayant une consommation problématique d'alcool, des besoins relatifs à leur TAO ou encore celles qui ne souhaitent pas, ou n'arrivent pas, à stopper leur consommation de substances.

Public cible :

- EMS
- Cantons

Dispositifs exemplaires :

- EMS Gustav Benz Haus [84]
- EMS Spiez (BE)
- Le Soleil Levant (VD)

Recommandation : Les cantons encouragent activement les prestataires médico-sociaux à ouvrir leurs institutions aux personnes qui ne souhaitent pas, ou n'arrivent pas, à stopper leur consommation de substances ainsi qu'aux personnes suivant un TAO. À défaut, les cantons développent de telles institutions. Dans tous les cas, les cantons facilitent l'admission des personnes de moins de 65 ans dont l'état de santé physique et/ou psychique nécessiterait un suivi médico-social 24h/24.

Les structures d'accueil de longue durée (EMS) prennent en compte la question des consommations de substances psychoactives. Au minimum, elles se dotent d'une charte qui explicite les règles applicables aux résidants. Dans la mesure du possible, elles collaborent sur ces questions avec des spécialistes des addictions.

8.2 Basées sur des problématiques partagées

8.2.1 Vieillissement de la population

Constat : Du fait du vieillissement de la population, les prestataires de santé sont amenés à rencontrer une clientèle de plus en plus âgée et polymorbide. Les caractéristiques de cette population questionnent les pratiques et les routines professionnelles développées à partir, et l'attention, d'une clientèle plus jeune (y compris la médecine basée sur les faits – EBM). L'accueil, le repérage, l'anamnèse tout comme la prise en soins demandent à être adaptés pour cette clientèle vieillissante.

Public cible :

- Tous les prestataires (actifs dans les domaines de la santé mentale, des addictions, de la démence et des soins palliatifs)
- Cantons

Dispositifs exemplaires :

- Loi sur l'égalité pour les handicapés (LHand) [425]
- Urgence gériatrique des HUG [340]
- Architecture adaptée [426]
- Transport facilité [427]

Recommandation : Les prestataires adaptent régulièrement leur fonctionnement et leurs routines organisationnelles de manière à les rendre plus adaptées aux personnes âgées. Les cantons soutiennent ces efforts financièrement.

8.2.2 Polymédication

Constat : Avec l'avancée en âge, le nombre de médicaments augmente régulièrement pour atteindre une moyenne de 5,6 médicaments pour les personnes de plus de 65 ans ; elle serait de 9,7 en EMS. Selon Beijer et de Blaey Pour les personnes âgées, la probabilité d'être hospitalisées pour des problèmes liés aux effets indésirables des médicaments (EIM) était 4 fois plus élevée que pour les plus jeunes (16,6 % contre 4,1 %) [291]. Avec les « Beers Criteria », la problématique des prescriptions médicamenteuses inappropriées (PMI) a été prise en compte dès les années 1990 par l'American Geriatrics Society [428], [429]. D'autres listes ont été développées dans le monde par la suite, telles les « STOPP/START Criteria v2 » [430]–[432], « The PRISCUS list » [433], [434] ou encore « The EU(7)-PIM list » [435]. Depuis peu, plusieurs initiatives à l'attention des médecins ont vu le jour en Suisse. Elles sont un premier pas important, mais ne règlent pas la question de la prescription de la part de plusieurs médecins. À défaut de dossier électronique, le patient (voire le pharmacien, pour autant qu'une seule pharmacie entre en jeu) est la seule personne qui a une vue d'ensemble des prescriptions qui la concerne.

Public cible :

- La Confédération
- Les personnes concernées

Dispositifs exemplaires :

- Association « smarter medicine — Choosing Wisely Switzerland » (www.smartermedicine.ch) [436]
- Fondation Sécurité des patients Suisse (www.securitedespatients.ch) [437]
- Programme pilote « progress ! La sécurité de la médication en EMS » [438]

Recommandation : La Confédération met à disposition de la population une application en ligne grâce à laquelle, les personnes qui le souhaite peuvent vérifier les éventuelles interactions problématiques entre les différents médicaments et produits psychoactifs (légaux ou illégaux) qu'elles consomment.

8.2.3 Sevrages potentiellement mortels (alcool et benzodiazépines)

Constat : La plupart des substances psychoactives peuvent déboucher sur des sevrages très désagréables pour les personnes concernées. Toutefois, le sevrage de benzodiazépines et d'alcool peut, dans les cas graves, entraîner des symptômes engageant le pronostic vital qui exigent des soins médicaux immédiats [439, p. 46-47]. Par ailleurs, les personnes âgées sont particulièrement sensibles aux effets du sevrage en raison de la combinaison d'une réserve physiologique plus faible, d'un plus grand nombre de maladies prémorbides coexistantes et d'une plus grande sensibilité aux médicaments couramment utilisés pour traiter les symptômes de sevrage [200]. En raison de la prévalence élevée d'une consommation chronique à risque d'alcool [440, p. 21] et de benzodiazépines [58, p. 26] de part de la population des plus de 65 ans et des risques importants que comporte le sevrage à ces substances, une vigilance accrue doit être mise en œuvre dans les situations pouvant déboucher sur un servage involontaire.

Public cible :

- Soins stationnaires (non addictologiques/psychiatriques)
- EMS

Dispositifs exemplaires :

- Résidentiels addictions
- Cliniques psychiatriques
- Recommandations SGAP, ASI & SSAM [49], [88]

Recommandation : Les prestataires, offrant une prise en charge stationnaire, réduisent les risques d'un sevrage involontaire — potentiellement mortel — en questionnant systématiquement, à leur admission, les personnes sur leur consommation d'alcool et de benzodiazépines. En cas de dialogue impossible (crise/confusion aiguë), et selon l'état de santé de la personne, des tests biologiques peuvent être envisagés.

La question du sevrage, et des problématiques connexes, sont incluses aux formations de base/continues du personnel infirmier.

8.2.4 Douleurs et hyperalgésie (opioïdes)

Constat : De nombreuses personnes dépendantes aux opioïdes souffrent à la fois de douleurs chroniques [246] (proportionnellement plus que le reste de la population[243]) et d'hyperalgésie (→5.1.5). Cette réalité — qui concerne aussi bien les patients auxquels ont été prescrits sur une longue durée des antalgiques opioïdes, que les personnes bénéficiant d'un traitement par agoniste opioïde (TAO) [279] ou les usagers réguliers d'héroïne — est bien connue des spécialistes en addiction, des soins palliatifs et des spécialistes de la douleur. Cette problématique reste toutefois méconnue de nombreux intervenants du domaine de la santé (y compris des médecins). Parce qu'ils pensent protéger leur patient (par manque de connaissance) ou parce qu'ils le suspectent de vouloir abuser (par stigmatisation), certains d'entre eux n'administrent pas les antidouleurs opioïdes que leur situation requerrait.

Public cible :

- Médecins (non spécialistes)
- Infirmiers
- Auxiliaires de soins (ASSC)

Dispositifs exemplaires :

- Réseau douleurs des HUG (https://www.hug.ch/reseau-douleur)
- Recommandations SGAP, ASI & SSAM [49], [88]

Recommandation : Les médecins appliquent aux personnes consommant des opioïdes 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. En cas de doutes sur les dosages (ces derniers pouvant être très élevé), ils peuvent s'adresser à un service spécialisé en addictologie ou à un réseau douleur.

La question de la douleur, en particulier de l'hyperalgésie, sont incluses aux formations de base/continues des médecins et du personnel soignant.

8.2.5 Modalités de rémunération

Constat : Au cours de ces dernières années, un déplacement s'est opéré d'un financement de l'objet vers un financement du sujet, c'est à dire d'un financement de structures et d'établissements avec des garanties de déficit vers un financement de prestations individuelles pour le patient, respectivement le client [41]. Ce changement de paradigme est particulièrement problématique pour les maladies chroniques. En effet, une prise en charge efficace de celles-ci requiert dans la plupart des cas un travail en réseau, à la fois interprofessionnel et transdisciplinaire, qui ne se réduit pas à des prestations facturables à l'assurance-maladie obligatoire (LAMal). À défaut de financements complémentaires (souvent non pérennes), des prestations innovantes et efficientes, à l'attention des proches par exemple, ne voient pas le jour ou disparaissent.

Public cible :

- Politiques
- Cantons
- Communes

- Assureurs

Dispositifs exemplaires :

- Rémunération par capitation (voir : [394], [441], [442])

Recommandation : Les politiques sont conscients qu'une prise en charge efficace et efficiente des maladies chroniques ne saurait être le fait des seuls acteurs de la santé ni être comprise comme une addition d'actes médicaux, individuels, « LAMalisables ». Ils réfléchissent à des formes innovantes de financement qui favorisent le travail en réseau et stimulent les prises en charge à la fois interprofessionnelles et transdisciplinaires. Pour un survol de nouveaux modèles de rémunération, voir annexes (→A25).

9 En guise de conclusion

Le mandat

Avec ce mandat, la Section Stratégie de la santé de l'OFSP désirait à la fois avoir une vision d'ensemble de la manière dont était pris en compte les TUS dans le cadre des stratégies dont elle a la charge, et obtenir des réponses à des questions techniques très précises portant sur le diagnostic et la prise en charge des TUS.

En raison de l'étendue des domaines concernés et d'un questionnement à la fois spécifique et global, de répondre à ce mandat n'a pas été aisé : la recherche de littérature a nécessité nettement plus de temps que prévu et la prise de contact avec des acteurs extérieurs au domaine des addictions s'est révélée moins évidente que nous le pensions. Par ailleurs, la période durant laquelle a été réalisé ce mandat, qui correspondait à une énième vague de COVID-19, a rendu plus difficiles les contacts avec des personnels surchargés et épuisés.

Malgré ces quelques écueils, nous pensons avoir réussi à livrer un bon panorama de la question et ouvert de nombreuses pistes qui pourront être exploitées par l'OFSP.

Son utilité pour le GREA

Alors que la question des comorbités entre troubles addictifs et maladies mentales est un terrain connu de longue date dans le domaine des addictions, ce mandat a été l'occasion pour le secrétariat du GREA d'explorer deux « terras incognitas » qui se sont révélées fort intéressantes. À titre d'exemples, qu'il s'agisse de l'influence de la consommation excessive d'alcool sur la maladie d'Alzheimer, ou des manquements à une prise en charge de la douleur des consommateurs d'opioïdes, les problématiques mises au jour lors de cette recherche nous invitent à prendre de nouvelles directions et à tisser de nouvelles relations.

10 Sources

[1] Conseil fédéral, « Stratégie nationale Addictions 2017-2024 », Confédération suisse, Berne, nov. 2015. Consulté le: 15 mai 2016. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nationale-strategie-sucht/stategie-sucht.pdf.download.pdf/Strat%C3%A9gie%20nationale%20Addictions.pdf

[2] CFLD, *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), 2005. Consulté le: 14 août 2008. [En ligne]. Disponible sur: http://www.grea.ch/sites/default/files/Psychoactiv.pdf

[3] APA, **DSM-IV TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 2e édition. Issy-les-Moulineaux: Editions Masson, 2003.

[4] APA, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Association, 2013.

[5] APA, **DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2015.

[6] OMS, « Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance (Résumé) », Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2004. Consulté le: 22 juillet 2008. [En ligne]. Disponible sur: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_F.pdf

[7] OFSP, « Addiction : faits et chiffres », 11 février 2021. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-sucht.html (consulté le 21 mai 2021).

[8] OFSP, « Faits & chiffes alcool », 11 février 2021. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-sucht/zahlen-fakten-zu-alkohol.html (consulté le 21 mai 2021).

[9] OFSP, « Faits & chiffres: tabac », 11 février 2021. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-sucht/zahlen-fakten-zu-tabak.html (consulté le 21 mai 2021).

[10] OBSAN, Daniela Schuler, Alexandre Tuch, et Claudio Peter, « La santé psychique en Suisse : Monitorage 2020 », Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel, 15/2020, 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2020/obsan_15_2020_rapport.pdf

[11] P. Loeb, B. Stoll, et B. Weil, « L'intervention brève pour des patients avec une consommation d'alcool à problème: : un guide pour les médecins et autres professionnels de premier recours (2e édition) », FMH, OFSP, Praticien addiction suisse, Addiction suisse, Infodrog, CMPR, ASMPP (éditeurs), Muttenz, Suisse, 2014. [En ligne]. Disponible sur: https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/images/stories/pdf/Guide_interventionbr%C3%A8ve.pdf

[12] GREA, C. Al Kurdi, K. Carrasco, et J.-F. Savary, « Intervention précoce: accompagner les jeunes en situation de vulnérabilité (sur mandat de l'OFSP) », Groupement Romand d'Etudes des Addictions (GREA), Yverdon-les-Bains, 2010. [En ligne]. Disponible sur: https://themegrea.elk-dev.ch/wp-content/uploads/2021/02/GREA_Al_Kurdi-2010-Intervention-précoce-accompagner-les-jeunes-en-si.pdf

[13] Les Signataires, « Charte de l'Intervention Précoce (version révisée 2016) ». 2016. [En ligne]. Disponible sur: https://themegrea.elk-dev.ch/wp-content/uploads/2020/12/charte_intervention_precoce-2016.pdf

[14] OFSP, « Intervention précoce centrée sur les phases de vie : une approche globale », Confédération suisse, Berne, mai 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://themegrea.elk-dev.ch/wp-content/uploads/2021/02/OFSP_2019_Intervention-précoce-centrée-sur-les-phases-de-vie.pdf

[15] OFSP, « Rapport 1 – Conditions minimales requises pour la ratification de la CCLAT (15.075) », Confédération suisse, Berne, avr. 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.parlament.ch/centers/documents/fr/bericht-bag-15.075-frage-sgk-s-2019-02-19-1-f.pdf

[16] OFSP, « Rapport 2 – Comment les produits du tabac alternatifs (cigarettes électroniques, produits du tabac chauffés, Snus) sont-ils réglés dans l'Union européenne et dans différents pays, dont la France, l'Allemagne, l'Italie, l'Angleterre et les Etats Unis? (15.075) », Confédération suisse, Berne, avr. 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.parlament.ch/centers/documents/fr/bericht-bag-15.075-frage-sgk-s-2019-02-19-2-f.pdf

[17] OFSP, « Rapport 3 – Produits alternatifs: chances et risques pour la santé publique (15.075) », Confédération suisse, Berne, avr. 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.parlament.ch/centers/documents/fr/bericht-bag-15.075-frage-sgk-s-2019-02-19-3-f.pdf

[18] FA et CJC, « L'intervention précoce en pratique : illustrations concrètes d'une stratégie efficace », Fédération Addiction & Consultation Jeunes Consommateurs, France, 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://fr.calameo.com/books/0055448581db1c7222e37

[19] P. Lalonde et G.-F. Pinard, **Psychiatrie clinique: approche bio-psycho-sociale (Tome I)*, 4e édition. 2016.

[20] D. Jutras-Aswad, S. Brissette, M.-C. Pelletier, et S. Marsan, « Toxicomanies (Chap. 38) », in **Psychiatrie clinique: approche bio-psycho-sociale (Tome I)*, 4e édition., P. Lalonde et G.-F. Pinard, Éd. 2016, p. 873-908.

[21] ICRAS, « Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'acceuil pendant la pandémie de la COVID-19: Guide pratique national - ICRAS-CRISM », Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances, Edmonton, Alberta, mai 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://crism.ca/wp-content/uploads/2020/08/Soutenir-les-personnes-utilisatrices-de-substances-dans-les-centres-d%E2%80%99accueil-pendant-la-pand%C3%A9mie-de-la-COVID-19-14072020.pdf

[22] GREA, Ticino Addiction, et Fachverband Sucht, « Déclaration commune du GREA, du Fachverband Sucht et de Ticino Addiction ». 29 septembre 2015. [En ligne]. Disponible sur: http://www.grea.ch/sites/default/files/150917_declaration_commune_v1.pdf

[23] J. O. Prochaska et C. C. DiClemente, « Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change », *Psychother. Theory Res. Pract.*, vol. 19, nº 3, p.

276-287, 1982, [En ligne]. Disponible sur: http://hbftpartnership.com/documents/uploadResources/TransheoreticalT-Prochaska1982.pdf

[24] Santé Canada et W. Morrison & Associates, « Intervention précoce, services d'approche et liens communautaires pour les jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues », Santé Canada, Ottawa, 2008. [En ligne]. Disponible sur: https://www.securitepublique.gc.ca/lbrr/archives/cnmcs-plcng/cn29769-fra.pdf

[25] IHRA, « *Qu'est-ce que la réduction des risques et méfaits ? », International Harm Reduction Association, Londres, avr. 2010. [En ligne]. Disponible sur: https://www.hri.global/what-is-harm-reduction

[26] OFSP, « Référentiel QuaTheDA (Révision 2020) », Office Fédéral de la Santé Publique, Berne, févr. 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.quatheda.ch/files/content/quatheda/fr/BAG_NCD_referenzsystem%20FR_print_page%20simple.pdf

[27] AWMF et DG-SUCHT, « S3 Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen (AWMF-Register Nr. 076-001) », Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html

[28] AMCS, SSAM, et APC, « Principes généraux régissant l'utilisation des benzodiazépines et des médicaments apparentés », Association des médecins cantonaux de Suisse, Société Suisse de Médecine de l'Addiction & Association des pharmaciens cantonaux, Berne, mai 2014. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/forschungsberichte/forschungsberichte-medikamentenmissbrauch/praxis_benzodiazepine.pdf.download.pdf/Principes%20g%C3%A9n%C3%A9raux%20BENZOS%20avec%20log_F_090714.pdf

[29] Infodrog, A. Bernhardt Keller, R. Trémeaud, et A. Bachmann, « Travail avec les pairs dans le domaine des addictions en Suisse : Recommandations », Infodrog, Berne, 2014. [En ligne]. Disponible sur: https://www.infodrog.ch/files/content/materialien_fr/recommandations_travail-avec-les-pairs.pdf

[30] OFSP et Infodrog, « L'hépatite C chez les usagers de drogue : Directives avec fiches d'information spécifiques à chaque contexte », Office fédéral de la santé publique, Berne, 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.infodrog.ch/files/content/hepc_fr/richtlinien-hepatitis-c-drogen-fr-2019.pdf

[31] Académie des Dépendances, « Déclaration d'Ascona: 10 principes pour une politique moderne des addictions ». décembre 2016. [En ligne]. Disponible sur: http://www.academie-des-dependances.ch/old/161123_Declaration_Ascona.pdf

[32] RS 812.121, « Loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Loi sur les stupéfiants, LStup) », 1951. https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19981989/index.html (consulté le 26 novembre 2020).

[33] DFI, « Politique de la santé: les priorités du Conseil fédéral (Santé 2020) », Confédération suisse, Berne, 2013. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/gesundheit2020/g2020/bericht-gesundheit2020.pdf.download.pdf/rapport-sante2020.pdf

[34] OFSP et CDS, « Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT 2017–2024) », Office fédéral de la santé publique et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, Berne, 2016. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/ncd-strategie/ncd-strategie.pdf.download.pdf/strategie-mnt.pdf

[35] Conseil fédéral, « *Plan de mesures de la Stratégie nationale Addictions 2017-2024 », Confédération suisse, Berne, déc. 2016. [En ligne]. Disponible sur: http://www.bag.admin.ch/sucht/index.html?lang=fr&download=NHzLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1ae2IZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6hpJCEdH56gXqNn,akn56V19rlz42fz62dpuc-

[36] CFLD, « Cannabis 2008. Mise à jour du rapport 1999 sur le cannabis », *Comm. Fédérale Pour Quest. Liées Aux Drogue CFLD*, 2008.

[37] CFLD, « Modèles de régulation des substances psycho-actives », Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, Berne, 2013. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/drogen/sucht/eksf/positionsmodell-regulierungsmodell-drogen.pdf.download.pdf/CFLD-Mod%C3%A8les-R%C3%A9gulations_Commentaires.pdf

[38] CFLD, « Position de la CFLD concernant la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le thème des drogues (UNGASS 2016) », Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD), Berne, 2017. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/drogen/sucht/positionspapier-ekdf-ungass-2016.pdf.download.pdf/UNGASS_EKDF-Position-f.pdf

[39] NAS-CPA, « Position de base de la Coordination politique des addictions », Coordination politique des addictions, Zofingen, oct. 2007. [En ligne]. Disponible sur: http://www.nas-cpa.ch/fileadmin/documents/grundpositionen/110512_Suchtpolitische_Grundposition_fr.pdf

[40] NAS-CPA, « ***Régulation du marché en matière de politique des drogues. Position générale de la Coordination politique des addictions NAS-CPA », Coordination politique des addictions, Zofingen, avr. 2014. [En ligne]. Disponible sur: http://www.nas-cpa.ch/fileadmin/documents/grundpositionen/FR_NAS_Grundlagenpapier_ueberarbeitet_V6.pdf

[41] NAS-CPA, « ***Synthèse sur le financement de l'aide aux personnes dépendantes en Suisse », Coordination politique des addictions, Zofingen, mars 2017. [En ligne]. Disponible sur: http://www.nas-cpa.ch/fileadmin/documents/grundpositionen/2017_Financement_de_l%E2%80%99aide_aux_personnes_d%C3%A9pendantes.pdf

[42] NAS-CPA, « Les aspects principaux de la réglementation du cannabis: Motifs, objectifs et mesures possibles », Coordination politique des addictions, Berne, juill. 2015. [En ligne]. Disponible sur: http://www.nas-cpa.ch/fileadmin/documents/grundpositionen/Argumentarium_Cannabisregulierung_final_frz.pdf

[43] OFS, « Population: Panorama ». 30 mars 2021. [En ligne]. Disponible sur:

https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population.assetdetail.16704277.html

[44] A. Da Cunha, I. Caprani, E. Martins, O. Schmid, et S. Stofer, « *Evaluation des institutions résidentielles romandes de traitement des dépendances et de leur complémentarité avec le secteur ambulatoire et leur réseau médico-social », Observatoire universitaire de la ville et du développement durable (OUVDD), Lausanne, oct. 2010. [En ligne]. Disponible sur: https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_3AB0C643CD1F.P001/REF

[45] SAMHSA, « **TIP 26: Treating Substance Use Disorder in Older Adults », Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Substance Abuse Treatment, Rockville, sept. 2020. [En ligne]. Disponible sur: 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

[46] Santé Canada et W. Morrison & Associates, « Traitement et réadaptation des personnes aînées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues », Santé Canada, Ottawa, 2002. [En ligne]. Disponible sur: https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/treat_senior-trait_ainee/treat_senior-trait_ainee-fra.pdf

[47] PSS et D. Weber, « Santé et qualité de vie des personnes âgées : Bases pour les programmes d'action cantonaux », Promotion Santé Suisse, Berne, mars 2016. [En ligne]. Disponible sur: https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/gfia/berichte/Rapport_005_PSCH_2016-03_-_Sante_et_qualite_de_vie_des_personnes_agees.pdf

[48] OFSP et I. Dietschi, « Personnes très âgées et polymorbides: Exemples de cas typiques tirés de la pratique gériatrique », Office Fédéral de la Santé Publique, Berne, janv. 2018. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/8C/8CDCD4590EE41ED888A578D1AF3277E5.pdf

[49] SGAP, ASI & SSAM *et al.*, « **Empfehlungen für die Prävention, Diagnostik und Therapie der Abhängigkeitserkrankungen im Alter », *Praxis*, vol. 110, nº 2, p. 79-93, févr. 2021, doi: 10.1024/1661-8157/a003609.

[50] EMCDDA, « *Consommation de drogues chez les personnes âgées: un phénomène négligé », European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, 18, 2008. [En ligne]. Disponible sur: https://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index50563EN.html

[51] OBSAN et C. Merçay, « La santé des 65 ans et plus en Suisse latine: Analyses intercantonales des données de l'Enquête suisse sur la santé 2017 », Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel, 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2020/obsan_09_2020_rapport_cpps.pdf

[52] OBSAN, M. Diebold, et M. Widmer, « **Indicateurs de la santé de la population âgée en Suisse », Observatoire suisse de la santé (Obsan), Neuchâtel, 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Fachthemen/Obsan_2019_Indikatoren_Gesundheit_65plus_f.pdf

[53] Addiction Suisse, « Focus - Alcool ». 2018. [En ligne]. Disponible sur: https://shop.addictionsuisse.ch/fr/alcool/45-61-focus-alcool.pdf

[54] Addiction Suisse, « Focus - Somnifères et tranquillisants ». 2018. [En ligne]. Disponible sur: https://shop.addictionsuisse.ch/fr/medicaments/80-153-focus-somniferes-et-tranquillisants.pdf

[55] suchtmonitoring, « Monitorage suisse des addictions » Somnifères et tranquillisants » Prévalence ». https://www.suchtmonitoring.ch/fr/6/1-2.html?somniferes-et-tranquillisants-prevalence-usage-dans-la-population-generale (consulté le 26 novembre 2020).

[56] S. Landolt, T. Rosemann, E. Blozik, B. Brüngger, et C. A. Huber, « Benzodiazepine and Z-Drug Use in Switzerland: Prevalence, Prescription Patterns and Association with Adverse Healthcare Outcomes », *Neuropsychiatr. Dis. Treat.*, vol. 17, p. 1021-1034, avr. 2021, doi: 10.2147/NDT.S290104.

[57] X. Luta *et al.*, « Patterns of benzodiazepine prescription among older adults in Switzerland: a cross-sectional analysis of claims data », *BMJ Open*, vol. 10, nº 1, p. e031156, janv. 2020, doi: 10.1136/bmjopen-2019-031156.

[58] G. Gmel, L. Notari, et C. Gmel, « **Suchtmonitoring Schweiz - Einnahme von psychoaktiven Medikamenten in der Schweiz im Jahr 2016 », Sucht Schweiz, Lausanne, janv. 2018. [En ligne]. Disponible sur: https://faits-chiffres.addictionsuisse.ch/docs/library/gmel_l5ch39krwk7m.pdf

[59] OICS-INCB, « Liste verte: Liste des substances psychotropes placées sous contrôle international (30e édition) », Organe international de contrôle des stupéfiants, Vienne, 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.incb.org/documents/Psychotropics/forms/greenlist/Green_list_FRA_08674.pdf

[60] D. Ruchat, M. R. Suter, P. Y. Rodondi, et C. Berna, « Consommation d'opioïdes entre 1985 et 2015: chiffres suisses et mise en perspective internationale », *Rev. Med. Suisse*, vol. 14, nº 612, p. 1262-1266, 2018.

[61] M. M. Wertli, U. Held, A. Signorell, E. Blozik, et J. M. Burgstaller, « Analyse der Entwicklung der Verschreibungspraxis von Schmerzund Schlafmedikamenten zwischen 2013 und 2018 in der Schweiz », Inselspital – Universitätsspital für Allgemeine Innere Medizin, Bern, 2020. [En ligne]. Disponible sur: 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

[62] M. M. Wertli, O. Reich, A. Signorell, J. M. Burgstaller, J. Steurer, et U. Held, « Changes over time in prescription practices of pain medications in Switzerland between 2006 and 2013: an analysis of insurance claims », *BMC Health Serv. Res.*, vol. 17, nº 1, p. 167, févr. 2017, doi: 10.1186/s12913-017-2086-6.

[63] OFSP, « Évolution de la prescription d'analgésiques et de somnifères en Suisse: fiche d'information ». février 2021. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/faktenblaetter/faktenblaetter-medikamente/faktenblatt-entwicklung-verschreibung-schmerz-und-schlafmedikamente.pdf.download.pdf/210118_Faktenblatt_EntwicklungVerschreibungspraxis_Medikamente_FRA.pdf

[64] Addiction Suisse, « Focus - Héroïne ». 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://shop.addictionsuisse.ch/fr/opioides-heroine/48-69-focus-heroine.pdf

[65] MonAM, « Décès dus à la drogue », 18 décembre 2020. https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/deces-dus-a-la-drogue (consulté le 4 septembre 2020).

[66] substitution.ch, « Statistique nationale des traitements de substitution ». https://www.substitution.ch/fr/statistique_nationale_subsitution.html (consulté le 1 octobre 2021).

[67] substitution.ch, « Statistique annuelle [TAO 2020] ». https://www.substitution.ch/fr/statistiques_annuelles.html&year=2020&canton=ch (consulté le 12 août 2021).

[68] F. Labhart et E. Maffli, « Statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes de substitution: Résultats 2019 », Addiction Suisse, Lausanne, déc. 2020. [En ligne]. Disponible sur: http://zfc.addictionsuisse.ch/docs/library/labhart_yhdp6mygrql1.pdf

[69] OFSP, CDS, palliative ch, et L. von Wartburg, « Soins palliatifs généraux: Recommandations et instruments de mise en œuvre (v1.1) », Office fédéral de la santé publique OFSP, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS et palliative ch, Berne, 2015. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/grundlagen/allgemeine/allg-pc-empfehlungen.pdf.download.pdf/soins-palliatifs-generaux-recommandations-et-instruments-de-mise-en-oevre.pdf

[70] E. Blozik, R. Rapold, J. von Overbeck, et O. Reich, « Polypharmacy and potentially inappropriate medication in the adult, community-dwelling population in Switzerland », *Drugs Aging*, vol. 30, nº 7, p. 561-568, juill. 2013, doi: 10.1007/s40266-013-0073-0.

[71] D. Renard, S. Fustinoni, L. Seematter-Bagnoud, et B. Santos-Eggimann, « Médicaments chez les seniors vaudois à domicile : nombre et composition », Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Centre d'Observation et d'Analyse du Vieillissement (COAV), 2015. Consulté le: 26 novembre 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://serval.unil.ch/notice/serval:BIB_A61083A8B4D6

[72] C. Tschudi, « Améliorer la médication en EMS », *Spectra [revue en ligne]*, nº 127, février 2020. Consulté le: 20 novembre 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.spectra-online.ch/fr/spectra/actualites/ameliorer-la-medication-en-ems-841-29.html

[73] R. Schneider, N. Schur, D. Reinau, M. Schwenkglenks, et C. R. Meier, « Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz 2017: Auswertungsergebnisse der Helsana Arzneimitteldaten aus den Jahren 2013 bis 2016 », Institut für Pharmazeutische Medizin (ECPM) der Universität Basel, Basel, nov. 2017. [En ligne]. Disponible sur: https://ecpm.unibas.ch/fileadmin/ecpm/pdf/helsana_2017.pdf

[74] MonAM, « Consommation de tabac (âge: 15+) », 19 mai 2021. https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/consommation-de-tabac-age-15 (consulté le 10 mars 2022).

[75] MonAM, « Consommation d'alcool chronique à risque (âge: 15+) », 19 mai 2021. https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/consommation-dalcool-chronique-a-risque-age-15 (consulté le 10 mars 2022).

[76] MonAM, « Consommation chronique de médicaments (âge: 15+) », 1 juin 2019. https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/consommation-chronique-de-medicaments-age-15 (consulté le 25 novembre 2021).

[77] D. Wilson, S. Jackson, I. B. Crome, R. (Tony) Rao, et P. Crome, « Comprehensive Geriatric Assessment and the Special Needs of Older People (Chap. 13) », in *Substance Use and Older People*, John Wiley & Sons, Ltd, 2014, p. 171-191. doi: 10.1002/9781118430965.ch13.

[78] M. Carrington Reid, M. E. Tinetti, C. J. Brown, et J. Concato, « Physician Awareness of Alcohol Use Disorders Among Older Patients », *J. Gen. Intern. Med.*, vol. 13, nº 11, p. 729-734, nov. 1998, doi: 10.1046/j.1525-1497.1998.00223.x.

[79] I. R. H. Rockett, S. L. Putnam, H. Jia, et G. S. Smith, « Declared and undeclared substance use among emergency department patients: a population-based study », *Addiction*, vol. 101, nº 5, p. 706-712, 2006, doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01397.x.

[80] CPLT et FQCRPAT, « La toxicomanie chez les aînés. Reconnaître, comprendre et agir: Guide d'intervention », Comité permanent de lutte à la toxicomanie & Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, Montréal, janv. 2001. [En ligne]. Disponible sur: https://www.cqld.ca/app/uploads/2016/12/toxicomanie-aines_jan-2001.pdf

[81] ISGF, Susanne Schaaf, Corina Salis Gross, Domenic Schnoz, et Stephan Koller, « FFF – Fit für Früherkennung und Frühintervention bei problematischem alkoholkonsum von älteren Menschen », ISGF, Zürich, 397, juin 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.isgf.uzh.ch/dam/jcr:04b23339-ff21-4bd9-94ee-acbaf43bf827/FFF-Schlussbericht_def.pdf

[82] ZFPS, « Die relevanten Abklärungsinstrumente für Alkohol-, Tabak- und medikamentenabhängigkeit in Bezug auf das Thema «Sucht im Alter» », Zürcher Fachstelle zur Prävention des Suchtmittelmissbrauchs, Zürich, 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.suchtimalter.ch/fileadmin/user_upload/sia/studien/dossier_sia_april2020.pdf

[83] Infodrog, Addiction Suisse, et ZFPS, « Vieillissement et addictions ». https://www.addictions-et-vieillissement.ch/ (consulté le 5 février 2018).

[84] FVS, « Modèle: Plaisir, consommation de substances psychoactives et addictions dans les EMS », Fachverband für Sucht, avr. 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.addictions-et-vieillissement.ch/files/content/pdf-fr/pdf%2055+/fs_concept-consommations-substances-ems.pdf

[85] Akzent et Christina Meyer, « Suchtgefährdung im Alter – erkennen und handeln: Leitfaden für Mitarbeitende und Leitende aus Altersinstitutionen », Akzent Prävention und Suchttherapie, Luzern, sept. 2013. [En ligne]. Disponible sur: https://www.infodrog.ch/files/content/diversitaet_de/130909_leitfaden_suchtgefaehrdung_im_alter_beirat.pdf

[86] Akzent et Christina Meyer, « Suchtgefährdung im Alter – erkennen und handeln: Leitfaden zum Umgang mit Gefährdeten », Akzent Prävention und Suchttherapie, Luzern, sept. 2013. [En ligne]. Disponible sur: https://www.akzent-luzern.ch/bestelltool/leitfaden/Leitfaden_Altersinstitutionen.pdf

[87] FVS, ASI/SBK, Infodrog, et GREA, « Posture infirmière en cas de consommation de produits addictifs et d'addictions chez les personnes âgées. Recommandations », Association suisse des infirmières et infirmiers, Berne, janv. 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.addictions-et-vieillissement.ch/files/content/pdf-

fr/SBK_Umgang_Suchtmittel_fr.pdf

[88] E. Savaskan et S. Laimbacher, Éd., *Abhängigkeitserkrankungen im Alter: Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie*. Hogrefe AG, 2021.

[89] FVS, « Empfehlungen zur Optimierung der Versorgung alternder abhängiger Frauen und Männer in der Deutschschweiz », Fachverband Sucht, Zürich, 2017. [En ligne]. Disponible sur: https://fachverbandsucht.ch/download/486/171107_Empfehlungen_Fachverband_Sucht_Versorgung_alternder_abhangiger_Frauen_und_Manner_def.pdf

[90] ZFPS, « Prävention von riskantem Alkohol- und Medikamentenkonsum beim Älterwerden: Leitfaden für Fachpersonen », Zürcher Fachstelle zur Prävention des Suchtmittelmissbrauchs, Zürich, Oktober 2016. [En ligne]. Disponible sur: https://www.suchtimalter.ch/fileadmin/user_upload/sia/arbeitsinstrumente/2019_leitfaden_sup_alter.pdf

[91] ZFPS, « Suchtmittelkonsum – Risiken früh erkennen und handeln!: Ein Leitfaden für Fachleute mit Verantwortung für andere Menschen », Zürcher Fachstelle zur Prävention des Suchtmittelmissbrauchs, Zürich, juill. 2004. [En ligne]. Disponible sur: https://www.suchtimalter.ch/fileadmin/user_upload/sia/arbeitsinstrumente/leitfaden_fruehint.pdf

[92] ZG, « Leitfaden zur Früherkennung von Alkohol- und Medikamentenproblemen in der ambulanten Altersarbeit », Gesundheitsdirektion Kanton Zug, 2015. [En ligne]. Disponible sur: https://www.zg.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/amt-fuer-gesundheit/suchtberatung/sucht-im-alter/downloads/LeitfadenSuchtgefhrdungAlterdef.18.5.2015.pdf/download

[93] SSMIG et smarter medicine, « Smarter medicine: Nouvelle liste pour des « décisions judicieuses » dans le domaine stationnaire », mai 2016. [En ligne]. Disponible sur: https://www.smartermedicine.ch/fileadmin/user_upload/Adaptionen/smartermedicine/Dokumente/Listen_Flyer_neu/SmarterMedicine_Flyer_F_web300.pdf

[94] SPSG et smarter medicine, « Smarter medicine: Comment smarter medicine peut s'appliquer en gériatrie? », juin 2017. [En ligne]. Disponible sur: https://www.smartermedicine.ch/fileadmin/user_upload/Adaptionen/smartermedicine/Dokumente/Listen_Flyer_neu/smarter_medicine_Geriatrie_F.pdf

[95] SSSG et smarter medicine, « Smarter medicine: Comment l'initiative smarter medicine peut-elle être mise en œuvre dans les soins gériatriques? », novembre 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.smartermedicine.ch/fileadmin/user_upload/Adaptionen/smartermedicine/Dokumente/Listen_Flyer_neu/smarter_medicine_Gerontologische_Pflege_F.pdf

[96] smarter medicine et SSN, « Ne pas utiliser d'opiacés pour traiter la migraine sauf en dernier recours ». https://www.smartermedicine.ch/fr/datensammlung/detail-fr/empfehlung/fachperson/194.html (consulté le 19 juillet 2021).

[97] smarter medicine et SSR, « Ne pas prescrire d'analgésiques opiacés pour des lombalgies non spécifiques ». https://www.smartermedicine.ch/fr/datensammlung/detail-fr/empfehlung/fachperson/240.html (consulté le 19 juillet 2021).

[98] EMCDDA, « La comorbidité — Consommation de drogue et troubles psychiatriques », European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, 14, 2004. [En ligne]. Disponible sur: https://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44768_FR_Dif14FR.pdf

[99] INESSS, S. O'Neill, et M. Lapalme, « Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance », Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, Québec, mars 2016. Consulté le: 1 mai 2021. [En ligne]. Disponible sur: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Avis_Dispensation_soins_services_troubles_concomitants.pdf

[100] L. Vinurel et H. Rahioui, « **Comorbidités psychiatriques et addictives », in *Alcool et troubles mentaux: de la compréhension à la prise en charge du double diagnostic*, Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2013.

[101] C. L. M. Caton *et al.*, « Differences Between Early-Phase Primary Psychotic Disorders With Concurrent Substance Use and Substance-Induced Psychoses », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 62, nº 2, p. 137-145, févr. 2005, doi: 10.1001/archpsyc.62.2.137.

[102] T. W. Haywood, H. M. Kravitz, L. S. Grossman, J. L. Cavanaugh, J. M. Davis, et D. A. Lewis, « Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders », *Am. J. Psychiatry*, vol. 152, nº 6, p. 856-861, 1995, doi: 10.1176/ajp.152.6.856.

[103] R. E. Drake et M. F. Brunette, « Complications of Severe Mental Illness Related to Alcohol and Drug Use Disorders », in *Recent Developments in Alcoholism: The Consequences of Alcoholism Medical Neuropsychiatric Economic Cross-Cultural*, Boston, MA: Springer US, 1998, p. 285-299. doi: 10.1007/0-306-47148-5_12.

[104] D. Caspari, « Cannabis and schizophrenia: results of a follow-up study », *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 249, nº 1, p. 45-49, févr. 1999, doi: 10.1007/s004060050064.

[105] M. Kamali, L. Kelly, M. Gervin, S. Browne, C. Larkin, et E. O'Callaghan, « The prevalence of comorbid substance misuse and its influence on suicidal ideation among in-patients with schizophrenia », *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 101, nº 6, p. 452-456, 2000, doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.101006452.x.

[106] M. S. Swartz, J. W. Swanson, V. A. Hiday, R. Borum, H. R. Wagner, et B. J. Burns, « Violence and Severe Mental Illness: The Effects of Substance Abuse and Nonadherence to Medication », *Am. J. Psychiatry*, vol. 155, nº 2, p. 226-231, févr. 1998, doi: 10.1176/ajp.155.2.226.

[107] J. J. Zealberg et K. T. Brady, « Substance abuse and emergency psychiatry », *Psychiatr. Clin. North Am.*, vol. 22, nº 4, p. 803-817, déc. 1999, doi: 10.1016/S0193-953X(05)70127-1.

[108] D. H. Linszen, P. M. Dingemans, et M. E. Lenior, « Cannabis Abuse and the Course of Recent-Onset Schizophrenic Disorders », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 51, nº 4, p. 273-279, avr. 1994, doi: 10.1001/archpsyc.1994.03950040017002.

[109] S. Gupta, S. Hendricks, A. M. Kenkel, S. C. Bhatia, et E. A. Haffke, « Relapse in schizophrenia: is there a relationship to substance abuse? », *Schizophr. Res.*, vol. 20, nº 1, p. 153-156, mai 1996, doi: 10.1016/0920-9964(95)00108-5.

[110] C. D. Swofford, J. W. Kasckow, G. Scheller-Gilkey, et

L. B. Inderbitzin, « Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia », *Schizophr. Res.*, vol. 20, nº 1, p. 145-151, mai 1996, doi: 10.1016/0920-9964(95)00068-2.

[111] G. E. Hunt, J. Bergen, et M. Bashir, « Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse », *Schizophr. Res.*, vol. 54, nº 3, p. 253-264, avr. 2002, doi: 10.1016/S0920-9964(01)00261-4.

[112] M. Olfson, D. Mechanic, S. Hansell, C. A. Boyer, et J. Walkup, « Prediction of Homelessness Within Three Months of Discharge Among Inpatients With Schizophrenia », *Psychiatr. Serv.*, vol. 50, nº 5, p. 667-673, mai 1999, doi: 10.1176/ps.50.5.667.

[113] K. M. Abram et L. A. Teplin, « Drug disorder, mental illness, and violence », *NIDA Res. Monogr.*, vol. 103, p. 222-238, janv. 1990.

[114] B. Kovasznay, J. Fleischer, M. Tanenberg-Karant, L. Jandorf, A. D. Miller, et E. Bromet, « Substance Use Disorder and the Early Course of Illness in Schizophrenia and Affective Psychosis », *Schizophr. Bull.*, vol. 23, nº 2, p. 195-201, janv. 1997, doi: 10.1093/schbul/23.2.195.

[115] A. I. Green, M. S. Salomon, M. J. Brenner, et K. Rawlins, « Treatment of Schizophrenia and Comorbid Substance Use Disorder », *Curr. Drug Targets - CNS Neurol. Disord.*, vol. 1, nº 2, p. 129-139, avr. 2002, doi: 10.2174/1568007024606230.

[116] R. K. Ries, C. Yuodelis-Flores, K. A. Comtois, P. P. Roy-Byrne, et J. E. Russo, « Substance-induced suicidal admissions to an acute psychiatric service: Characteristics and outcomes », *J. Subst. Abuse Treat.*, vol. 34, nº 1, p. 72-79, janv. 2008, doi: 10.1016/j.jsat.2006.12.033.

[117] R. K. Ries, C. Yuodelis-Flores, P. P. Roy-Byrne, O. Nilssen, et J. Russo, « Addiction and suicidal behavior in acute psychiatric inpatients », *Compr. Psychiatry*, vol. 50, nº 2, p. 93-99, mars 2009, doi: 10.1016/j.comppsych.2008.07.003.

[118] M. Cleary, G. E. Hunt, S. Matheson, et G. Walter, « The Association Between Substance Use and the Needs of Patients With Psychiatric Disorder, Levels of Anxiety, and Caregiving Burden », *Arch. Psychiatr. Nurs.*, vol. 22, nº 6, p. 375-385, déc. 2008, doi: 10.1016/j.apnu.2008.02.001.

[119] H. Xie, G. J. McHugo, B. S. Helmstetter, et R. E. Drake, « Three-year recovery outcomes for long-term patients with co-occurring schizophrenic and substance use disorders », *Schizophr. Res.*, vol. 75, nº 2, p. 337-348, juin 2005, doi: 10.1016/j.schres.2004.07.012.

[120] G. Carol, D. A. Smelson, M. F. Losonczy, et D. Ziedonis, « Alcohol & Drug Abuse: A Preliminary Investigation ofCocaine Craving Among Persons With and Without Schizophrenia », *Psychiatr. Serv.*, vol. 52, nº 8, p. 1029-1031, août 2001, doi: 10.1176/appi.ps.52.8.1029.

[121] S. L. Batki *et al.*, « Medical comorbidity in patients with schizophrenia and alcohol dependence », *Schizophr. Res.*, vol. 107, nº 2, p. 139-146, févr. 2009, doi: 10.1016/j.schres.2008.10.016.

[122] F. Cournos et K. McKinnon, « HIV seroprevalence among people with severe mental illness in the United States: A critical review », *Clin. Psychol. Rev.*, vol. 17, nº 3, p. 259-269, janv. 1997, doi: 10.1016/S0272-7358(97)00018-4.

[123] S. D. Rosenberg *et al.*, « Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. », *Am. J. Public Health*, vol. 91, nº 1, p. 31-37, janv. 2001.

[124] D. J. Kavanagh, « *Chapter 34 - Implications of Comorbidity for Clinical Practice », in *Interventions for Addiction*, P. M. Miller, Éd. San Diego: Academic Press, 2013, p. 325-334. doi: 10.1016/B978-0-12-398338-1.00034-8.

[125] FA, « **Addictions et troubles psychiatriques: Guide Repère(s », Fédération Addiction, Paris, mai 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://insereco93.com/wp-content/uploads/2019/07/GUIDE_REPE%CC%80RES_ADDICTIONS-ET-TROUBLES-PSYCHIATRIQUES_guide_190531_web_pages.pdf

[126] R. Cloutier, P. Barabé, S. Potvin, et F. Noël, « **Toxicomanies et maladies mentales (chap. 39) », in **Psychiatrie clinique: approche bio-psycho-sociale (Tome I)*, 4e édition., P. Lalonde et G.-F. Pinard, Éd. 2016, p. 909-924.

[127] CRDM-IU, M. Chauvet, E. Kamgang, A. N. Ngui, et M. J. Fleury, « *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques », Centre de Réadaptation en Dépendance de Montréal - Institut Universitaire, Montréal, 2015. [En ligne]. Disponible sur: https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/CA_Les-troubles-li%C3%A9s-%C3%A0-lutilisation-de-substances-psychoactives-2015.pdf

[128] D. A. Regier *et al.*, « Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse: Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study », *JAMA*, vol. 264, nº 19, p. 2511-2518, nov. 1990, doi: 10.1001/jama.1990.03450190043026.

[129] R. C. Kessler, C. B. Nelson, K. A. McGonagle, J. Liu, M. Swartz, et D. G. Blazer, « Comorbidity of DSM–III–R Major Depressive Disorder in the General Population: Results from the US National Comorbidity Survey », *Br. J. Psychiatry*, vol. 168, nº S30, p. 17-30, juin 1996, doi: 10.1192/S0007125000298371.

[130] B. F. Grant *et al.*, « Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independentmood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and relatedconditions », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 61, nº 8, p. 807-816, 2004, doi: 10.1001/archpsyc.61.8.807.

[131] J. de Leon et F. J. Diaz, « A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors », *Schizophr. Res.*, vol. 76, nº 2, p. 135-157, juill. 2005, doi: 10.1016/j.schres.2005.02.010.

[132] MonAM, « Consommation de substances et problèmes psychiques (âge: 15 à 74) », *Système de monitorage suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles*, 19 mai 2021. https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/consommation-de-substances-et-problemes-psychiques-age-15-a-74 (consulté le 13 juin 2021).

[133] SAMHSA, « The Epidemiology of Co-Occurring Substance Use and Mental Disorders », Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, Rockville, 8, 2007. [En ligne]. Disponible sur: https://www.addictioncounselorce.com/articles/101550/OP8Epidemiology10-03-07.pdf

[134] K. van Emmerik-van Oortmerssen *et al.*, « Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis », *Drug Alcohol Depend.*, vol. 122, nº 1, p. 11-19, avr. 2012, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.12.007.

[135] EMCDDA, « Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data », European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, 2013. [En ligne]. Disponible sur: https://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_220660_EN_TDAU13002ENN.pdf

[136] K. T. Mueser, R. E. Drake, et M. A. Wallach, « Dual diagnosis: A review of etiological theories », *Addict. Behav.*, vol. 23, nº 6, p. 717-734, nov. 1998, doi: 10.1016/S0306-4603(98)00073-2.

[137] D. L. Noordsy, M. K. Mishra, et K. T. Mueser, « *Chapter 51 - Models of Relationships between Substance Use and Mental Disorders », in *Principles of Addiction*, P. M. Miller, Éd. San Diego: Academic Press, 2013, p. 489-495. doi: 10.1016/B978-0-12-398336-7.00051-6.

[138] H. Hoertel et P. Gorwood, « **Les modèles théoriques du double diagnostic », in *Alcool et troubles mentaux: de la compréhension à la prise en charge du double diagnostic*, Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2013.

[139] R. Boyer, « Pathologies duelles et troubles comorbides : réflexion clinique, thérapeutique et dépistage », Faculté de Médecine - Clermont-Auvergne, France, 2017. Consulté le: 21 septembre 2021. [En ligne]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01784399

[140] Santé Canada, « *Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie », Santé Canada, Ottawa, 2002. [En ligne]. Disponible sur: https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/bp_concurrent_mental_health-fra.pdf

[141] K. T. Mueser, R. E. Drake, et D. L. Noordsy, « *Chapter 33 - Treatment for Co-occurring Substance Abuse and Mental Health Disorders », in *Interventions for Addiction*, P. M. Miller, Éd. San Diego: Academic Press, 2013, p. 317-323. doi: 10.1016/B978-0-12-398338-1.00033-6.

[142] S. Dawe, G. Dingle, et N. J. Loxton, « *Chapter 31 - Screening and Assessment of Comorbidity », in *Interventions for Addiction*, P. M. Miller, Éd. San Diego: Academic Press, 2013, p. 299-307. doi: 10.1016/B978-0-12-398338-1.00031-2.

[143] L. Hides, « *Chapter 32 - Diagnostic Dilemmas in Comorbidity », in *Interventions for Addiction*, P. M. Miller, Éd. San Diego: Academic Press, 2013, p. 309-315. doi: 10.1016/B978-0-12-398338-1.00032-4.

[144] G. Andrews et L. Peters, « The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview », *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 33, nº 2, p. 80-88, janv. 1998, doi: 10.1007/s001270050026.

[145] D. V. Sheehan *et al.*, « The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 », *J. Clin. Psychiatry*, vol. 59, nº 20, p. 22-33, 1998.

[146] EMCDDA, « Rapport annuel 2004 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège », European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, nov. 2004. Consulté le: 7 juillet 2008. [En ligne]. Disponible sur: https://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2004_en

[147] A. van Wamel, S. van Rooijen, et H. Kroon, « Integrated Treatment: The Model and European Experiences », in *Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders: A Practice-Based Handbook from a European Perspective*, G. Dom et F. Moggi, Éd. Berlin, Heidelberg: Springer, 2015, p. 27-45. doi: 10.1007/978-3-642-45375-5_3.

[148] SSAM, « Recommandations médicales relatives au traitement agoniste opioïde (TAO) du syndrome de dépendance aux opioïdes 2020 », Société Suisse de Médecine de l'Addiction, Berne, juill. 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/images/stories/heroin/20200716_SSAM_Recommendations_FR_def.pdf

[149] Curia Vista, « 10.3255 | Avenir de la psychiatrie », 19 mars 2010. https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20103255 (consulté le 25 novembre 2020).

[150] Curia Vista, « 13.3370 | Mesures envisagées dans le domaine de la santé psychique en Suisse », 3 mai 2013. https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20133370 (consulté le 24 mai 2021).

[151] OFSP et CDS, « Santé psychique en Suisse: État des lieux et champs d'action », Office fédéral de la santé publique (OFSP), Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et fondation Promotion Santé Suisse, Berne, mai 2015. [En ligne]. Disponible sur: https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/praevention_gesundheitsfoerderung/psychische_gesundheit/bt_dialog_ngp_psych_gesundheit_20150520_f.pdf

[152] Conseil fédéral, « *Avenir de la psychiatrie en Suisse. Rapport en réponse au postulat de Philipp Stähelin (10.3255) », Confédération suisse, Berne, mars 2016. [En ligne]. Disponible sur: https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2010/20103255/Bericht%20BR%20F.pdf

[153] OMS, « La démence », 21 septembre 2020. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia (consulté le 15 décembre 2020).

[154] PSS, « Projet CareMENS », *Promotion Santé Suisse*. https://promotionsante.ch/pds/projets-soutenus/caremens.html (consulté le 2 novembre 2021).

[155] Centre Leenards de la mémoire (CHUV), « Projet CareMENS ». https://www.chuv.ch/en/memoire/clm-home/le-centre-en-bref/projet-caremens (consulté le 14 octobre 2021).

[156] J. Pantel, « **Sucht und demenzielle Erkrankungen: Grundlagen und Interventionen in Beratung und Therapie », in *Psychotherapie mit Älteren bei Sucht und komorbiden Störungen*, T. Hoff, Éd. Berlin, Heidelberg: Springer, 2018, p. 139-157. doi: 10.1007/978-3-662-53196-9_7.

[157] E. V. Sullivan et A. Pfefferbaum, « Neuropsychology and neuroimaging studies in alcohol-dependence », *Rev. Neuropsychol.*, vol. Volume 5, nº 3, p. 187-199, déc. 2013.

[158] A. L. Pitel, J. Rivier, H. Beaunieux, F. Vabret, B. Desgranges, et F. Eustache, « Changes in the Episodic Memory and Executive Functions of Abstinent and Relapsed Alcoholics Over a 6-Month Period », *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, vol. 33, nº 3, p. 490-498, 2009, doi: 10.1111/j.1530-0277.2008.00859.x.

[159] S. Segobin *et al.*, « Integrity of white matter microstructure in alcoholics with and without Korsakoff's syndrome », *Hum. Brain Mapp.*, vol. 36, nº 7, p. 2795-2808, 2015, doi: 10.1002/hbm.22808.

[160] N. Cabé *et al.*, « **Troubles cognitifs dans l'alcoolodépendance : intérêt du dépistage dans l'optimisation des prises en charge », *L'Encéphale*, vol. 42, nº 1, p. 74-81, févr. 2016, doi: 10.1016/j.encep.2015.12.012.

[161] WHO, « Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines », World Health Organization, 2019. Consulté le: 18 décembre 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542796/

[162] BASS, « Coûts 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/hf-daten/8_1_versorgungsmonitoring/kosten_demenz.pdf.download.pdf/Kostensch%C3%A4tzung_Demenzerkrankung.pdf

[163] ALZ, « Coût des démences en Suisse », Alzheimer Suisse, Berne, 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/07.03F_2019_Cout-des-demencesCH.pdf

[164] Ecoplan, E. Kraft, et S. Iseli, « Alzheimer Schweiz Demenzkostenstudie 2019: Gesellschaftliche Perspektive », Ecoplan AG, Bern, oct. 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Ueber_Demenz/Zahlen-Fakten/Demenzkostenstudie_2019_Gesellschaftliche_Perspektive.pdf

[165] BASS, « Décès liés à un diagnostic de démence établi ». 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/hf-daten/8_1_versorgungsmonitoring/FB1%20Sterbef%C3%A4lle%20mit%20Demenzerkrankung.pdf.download.pdf/Sterbef%C3%A4lle_mit_Demenzerkrankung_FR.pdf

[166] M. L. Copersino, W. Fals-Stewart, G. Fitzmaurice, D. J. Schretlen, J. Sokoloff, et R. D. Weiss, « Rapid cognitive screening of patients with substance use disorders. », *Exp. Clin. Psychopharmacol.*, vol. 17, nº 5, p. 337, 2009, doi: https://doi.org/10.1037/a0017260.

[167] E. Aharonovich, D. S. Hasin, A. C. Brooks, X. Liu, A. Bisaga, et E. V. Nunes, « Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients », *Drug Alcohol Depend.*, vol. 81, nº 3, p. 313-322, févr. 2006, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.08.003.

[168] E. Aharonovich, E. Nunes, et D. Hasin, « Cognitive impairment, retention and abstinence among cocaine abusers in cognitive-behavioral treatment », *Drug Alcohol Depend.*, vol. 71, nº 2, p. 207-211, août 2003, doi: 10.1016/S0376-8716(03)00092-9.

[169] D. M. Donovan, D. R. Kivlahan, R. M. Kadden, et D. Hill, « Cognitive impairment as a client-treatment matching hypothesis », *Proj. MATCH Hypotheses Results Causal Chain Anal. NIAAA Proj. MATCH Monogr. Ser.*, vol. 8, p. 62-81, 2001.

[170] W. Fals-Stewart, « Neurocognitive defects and their impact on substance abuse treatment », *J. Addict. Offender Couns.*, vol. 13, nº 2, p. 46-57, 1993, doi: 10.1002/j.2161-1874.1993.tb00083.x.

[171] W. Fals-stewart et J. Schafer, « The relationship between length of stay in drug-free therapeutic communities and neurocognitive functioning », *J. Clin. Psychol.*, vol. 48, nº 4, p. 539-543, 1992, doi: 10.1002/1097-4679(199207)48:4<539::AID-JCLP2270480416>3.0.CO;2-I.

[172] M. E. Bates, A. P. Pawlak, J. S. Tonigan, et J. F. Buckman, « Cognitive impairment influences drinking outcome by altering therapeutic mechanisms of change », *Psychol. Addict. Behav.*, vol. 20, nº 3, p. 241-253, 2006, doi: 10.1037/0893-164X.20.3.241.

[173] E. C. Katz *et al.*, « Cognitive Ability as a Factor in Engagement in Drug Abuse Treatment », *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, vol. 31, nº 3, p. 359-369, janv. 2005, doi: 10.1081/ADA-200056767.

[174] A. W. Blume, K. B. Schmaling, et G. A. Marlatt, « Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior », *Addict. Behav.*, vol. 30, nº 2, p. 301-314, févr. 2005, doi: 10.1016/j.addbeh.2004.05.019.

[175] M. D. Horner, R. T. Harvey, et C. A. Denier, « Self-report and objective measures of cognitive deficit in patients entering substance abuse treatment », *Psychiatry Res.*, vol. 86, nº 2, p. 155-161, mai 1999, doi: 10.1016/S0165-1781(99)00031-1.

[176] M. D. Shelton et O. A. Parsons, « Alcoholics' self-assessment of their neuropsychological functioning in everyday life », *J. Clin. Psychol.*, vol. 43, nº 3, p. 395-403, 1987, doi: 10.1002/1097-4679(198705)43:3<395::AID-JCLP2270430314>3.0.CO;2-Z.

[177] W. Rinn, N. Desai, H. Rosenblatt, et D. R. Gastfriend, « Addiction Denial and Cognitive Dysfunction », *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 14, nº 1, p. 52-57, févr. 2002, doi: 10.1176/jnp.14.1.52.

[178] L. Clark, T. W. Robbins, K. D. Ersche, et B. J. Sahakian, « Reflection Impulsivity in Current and Former Substance Users », *Biol. Psychiatry*, vol. 60, nº 5, p. 515-522, sept. 2006, doi: 10.1016/j.biopsych.2005.11.007.

[179] D. E. Smith et B. S. McCrady, « Cognitive impairment among alcoholics: Impact on drink refusal skill acquisition and treatment outcome », *Addict. Behav.*, vol. 16, nº 5, p. 265-274, janv. 1991, doi: 10.1016/0306-4603(91)90019-E.

[180] C. Boudehent, H. Beaunieux, A. Pitel, F. Eustache, et F. Vabret, « *Contribution de la neuropsychologie à la prise en charge de l'alcoolo-dépendance : compréhension des phénomènes de résistance dans les thérapies motivationnelles ou cognitivo-comportementales. », *Alcoologie Addictologie*, vol. 34, nº 2, Art. nº 2, juin 2012.

[181] INSERM, « Alzheimer (dossier) », 8 janvier 2019. https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie (consulté le 3 mai 2021).

[182] ALZ Int, « World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends », Alzheimer's Disease International, London, août 2015. [En ligne]. Disponible sur: https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf

[183] HETS-GE, B. Lucas, O. Giraud, L. Sgier, et D. Rüfenacht, « Apprentissage et innovation dans les réseaux d'aide et de soins à domicile - le cas des démences. Une comparaison Suisse, Allemagne, Ecosse. », Haute école de travail social de Genève, Genève, oct. 2014. [En ligne]. Disponible sur: https://www.hesge.ch/hets/sites/default/files/publication/documents/rapport_lucas_giraud_sgier_rufenacht_2014.pdf

[184] ALZ, « Les démences en Suisse 2020 », Alzheimer Suisse, Berne, 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/07.01F_2020_faits-demence-suisse-neu-web.pdf

[185] 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/hf-daten/8_1_versorgungsmonitoring/praevalenzschaetzung_demenz.pdf.download.pdf/prevalence_demence.pdf

[186] OFSP et CDS, « La démence en Suisse. Synthèse des résultats de la Stratégie nationale en matière de démence 2014-2019 », Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Berne, 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie/nds_uebersicht.pdf.download.pdf/Demenzstrategie_Uebersicht_FR_191021.pdf

[187] K. Ritchie et D. Villebrun, « Epidemiology of alcohol-related dementia », in *Handbook of Clinical Neurology*, vol. 89, Elsevier, 2008, p. 845-850. doi: 10.1016/S0072-9752(07)01273-0.

[188] N. J. Ridley, B. Draper, et A. Withall, « Alcohol-related dementia: an update of the evidence », *Alzheimers Res. Ther.*, vol. 5, nº 1, p. 3, janv. 2013, doi: 10.1186/alzrt157.

[189] B. Draper, R. Karmel, D. Gibson, A. Peut, et P. Anderson, « Alcohol-Related Cognitive Impairment in New South Wales Hospital Patients Aged 50 Years and Over », *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, vol. 45, nº 11, p. 985-992, nov. 2011, doi: 10.3109/00048674.2011.610297.

[190] M. E. Bates, S. C. Bowden, et D. Barry, « Neurocognitive impairment associated with alcohol use disorders: implications for treatment. », *Exp. Clin. Psychopharmacol.*, vol. 10, nº 3, p. 193, 2002, doi: https://doi.org/10.1037/1064-1297.10.3.193.

[191] G. Livingston *et al.*, « *Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission », *The Lancet*, vol. 396, nº 10248, p. 413-446, août 2020, doi: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6.

[192] P. A. Saunders *et al.*, « Heavy Drinking as a Risk Factor for Depression and Dementia in Elderly Men: Findings from the Liverpool Longitudinal Community Study », *Br. J. Psychiatry*, vol. 159, nº 2, p. 213-216, août 1991, doi: 10.1192/bjp.159.2.213.

[193] M. Schwarzinger *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, nº 3, p. e124-e132, mars 2018, doi: 10.1016/S2468-2667(18)30022-7.

[194] S. Gupta et J. Warner, « Alcohol-related dementia: a 21st-century silent epidemic? », *Br. J. Psychiatry*, vol. 193, nº 5, p. 351-353, nov. 2008, doi: 10.1192/bjp.bp.108.051425.

[195] J. Rehm, O. S. M. Hasan, S. E. Black, K. D. Shield, et M. Schwarzinger, « Alcohol use and dementia: a systematic scoping review », *Alzheimers Res. Ther.*, vol. 11, nº 1, p. 1, janv. 2019, doi: 10.1186/s13195-018-0453-0.

[196] W. Xu *et al.*, « Alcohol consumption and dementia risk: a dose–response meta-analysis of prospective studies », *Eur. J. Epidemiol.*, vol. 32, nº 1, p. 31-42, janv. 2017, doi: 10.1007/s10654-017-0225-3.

[197] C.-Y. Kuo, I. Stachiv, et T. Nikolai, « *Association of Late Life Depression, (Non-) Modifiable Risk and Protective Factors with Dementia and Alzheimer's Disease: Literature Review on Current Evidences, Preventive Interventions and Possible Future Trends in Prevention and Treatment of Dementia », *Int. J. Environ. Res. Public. Health*, vol. 17, nº 20, oct. 2020, doi: 10.3390/ijerph17207475.

[198] S. Sabia *et al.*, « Alcohol consumption and risk of dementia: 23 year follow-up of Whitehall II cohort study », *BMJ*, vol. 362, p. k2927, août 2018, doi: 10.1136/bmj.k2927.

[199] H. Ormstad, T. A. Rosness, A. L. M. Bergem, E. Bjertness, et B. H. Strand, « Alcohol consumption in the elderly and risk of dementia related death - a Norwegian prospective study with a 17-year follow-up », *Int. J. Neurosci.*, vol. 126, nº 2, p. 135-144, févr. 2016, doi: 10.3109/00207454.2014.997876.

[200] A. Arora, A. O'Neill, P. Crome, et F. C. Martin, « **Clinical Medicine and Substance Misuse », in *Substance Use and Older People*, John Wiley & Sons, Ltd, 2014, p. 35-55. doi: 10.1002/9781118430965.ch5.

[201] M. J. Barker, K. M. Greenwood, M. Jackson, et S. F. Crowe, « Cognitive Effects of Long-Term Benzodiazepine Use », *CNS Drugs*, vol. 18, nº 1, p. 37-48, janv. 2004, doi: 10.2165/00023210-200418010-00004.

[202] H. Verdoux, R. Lagnaoui, et B. Begaud, « Is benzodiazepine use a risk factor for cognitive decline and dementia? A literature review of epidemiological studies », *Psychol. Med.*, vol. 35, nº 3, p. 307-315, avr. 2005, doi: 10.1017/S0033291704003897.

[203] S. Paterniti, C. Dufouil, et A. Alpérovitch, « Long-Term Benzodiazepine Use and Cognitive Decline in the Elderly: The Epidemiology of Vascular Aging Study », *J. Clin. Psychopharmacol.*, vol. 22, nº 3, p. 285-293, juin 2002.

[204] S. Billioti 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.

[205] D. Shash *et al.*, « Benzodiazepine, psychotropic medication, and dementia: A population-based cohort study », *Alzheimers Dement.*, vol. 12, nº 5, p. 604-613, 2016, doi: https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.10.006.

[206] S. Billioti 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, nº 5, p. 733-747, mai 2015, doi: 10.1517/14740338.2015.1014796.

[207] G. Zhong, Y. Wang, Y. Zhang, et Y. Zhao, « Association between Benzodiazepine Use and Dementia: A Meta-Analysis », *PLOS ONE*, vol. 10, nº 5, p. e0127836, mai 2015, doi: 10.1371/journal.pone.0127836.

[208] 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, nº 4, p. 493-507, déc. 2017, doi: 10.1007/s40268-017-0207-7.

[209] 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, nº 1, p. 36, déc. 2008, doi: 10.1186/1471-2318-8-36.

[210] 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, nº 2, p. 465-480, janv. 2010, doi: 10.3233/JAD-2010-1240.

[211] K. J. Anstey, C. von Sanden, A. Salim, et R. O'Kearney, « Smoking as a Risk Factor for Dementia and Cognitive Decline: A Meta-Analysis of Prospective Studies », *Am. J. Epidemiol.*, vol. 166, nº 4, p. 367-378, août 2007, doi: 10.1093/aje/kwm116.

[212] 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, nº 1, p. 643, juin 2014, doi: 10.1186/1471-2458-14-643.

[213] OMS, « Dossier succincts tabac : tabac et démence », Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2014. [En ligne]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/332581

[214] 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, nº 3, p. e0118333, mars 2015, doi: 10.1371/journal.pone.0118333.

[215] 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, nº 10, p. 1192-1199, sept. 2018, doi: 10.1002/acn3.633.

[216] J. Francis, D. Martin, et W. N. Kapoor, « A Prospective Study of Delirium in Hospitalized Elderly », *JAMA*, vol. 263, nº 8, p. 1097-1101, févr. 1990, doi: 10.1001/jama.1990.03440080075027.

[217] J. George, S. Bleasdale, et S. J. Singleton, « Causes and prognosis of delirium in elderly patients admitted to a district general hospital », *Age Ageing*, vol. 26, nº 6, p. 423-427, nov. 1997, doi: 10.1093/ageing/26.6.423.

[218] E. B. Larson, W. A. Kukull, D. Buchner, et B. V. Reifler, « Adverse Drug Reactions Associated with Global Cognitive Impairment in Elderly Persons », *Ann. Intern. Med.*, vol. 107, nº 2, p. 169-173, août 1987, doi: 10.7326/0003-4819-107-2-169.

[219] I. R. Katz, P. Parmelee, et K. Brubaker, « Toxic and Metabolic Encephalopathies in Long-Term Care Patients », *Int. Psychogeriatr.*, vol. 3, nº 2, p. 337-347, déc. 1991, doi: 10.1017/S1041610291000790.

[220] J. M. Starr et L. J. Whalley, « Drug-Induced Dementia », *Drug Saf.*, vol. 11, nº 5, p. 310-317, nov. 1994, doi: 10.2165/00002018-199411050-00003.

[221] F. Pazan et M. Wehling, « Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences », *Eur. Geriatr. Med.*, vol. 12, nº 3, p. 443-452, juin 2021, doi: 10.1007/s41999-021-00479-3.

[222] 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, nº 12, p. 1185-1196, déc. 2018, doi: 10.1080/14740338.2018.1546841.

[223] 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, nº 1, p. e0169463, janv. 2017, doi: 10.1371/journal.pone.0169463.

[224] W. Fals-Stewart, « Ability of counselors to detect cognitive impairment among substance-abusing patients: An examination of diagnostic efficiency », *Exp. Clin. Psychopharmacol.*, vol. 5, nº 1, p. 39-50, 1997, doi: 10.1037/1064-1297.5.1.39.

[225] F. Vabret *et al.*, « *Troubles cognitifs liés à l'alcool : nature, impact et dépistage », *Presse Médicale*, vol. 45, nº 12, Part 1, p. 1124-1132, déc. 2016, doi: 10.1016/j.lpm.2016.01.030.

[226] ALZ, « *Alzheimer et autres formes de démence: Diagnostic, traitement, prise en soins (Recommandations) », Alzheimer Suisse, Berne, 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/159_F_Diagnose_2019_new_Juni_19_3e.pdf

[227] M. Bürge *et al.*, « *Recommandations de Swiss Memory Clinics pour le diagnostic des démences », *Praxis*, vol. 107, nº 8, p. 1-17, avr. 2018, doi: 10.1024/1661-8157/a003374.

[228] E. Dumeige-Harbonnier, « **Les outils de dépistage des troubles cognitifs en addictologie: revue systématique de la littérature », Thèse d'exercice, Université de Lille, France, 2018. [En ligne]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/f9b76821-3d54-4913-b25f-12529432b97c

[229] Z. S. Nasreddine *et al.*, « The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment », *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 53, nº 4, p. 695-699, 2005, doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.

[230] L. Ritz et H. Beaunieux, « BEARNI : un outil de dépistage des troubles neuropsychologiques liés au trouble de l'usage de l'alcool », *Cah. Neuropsychol. Clin.*, nº 5, p. 5-14, 2018.

[231] R. Jurado Barba *et al.*, « Development of a screening test for cognitive impairment in alcoholic population: TEDCA. », 2017.

[232] A. Cattagni-Kleiner, J. Debons, S. Pin, T. Simonson, B. Santos-Eggimann, et L. Seematter-Bagnoud, « Implémentation clinique de la démarche interRAI dans les EMS vaudois : évaluation d'un projet pilote », Institut Universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) ; Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique (CEESAN) ; Centre d'observation et d'analyse du vieillissement (COAV), 297, 2019. doi: 10.16908/issn.1660-7104/297.

[233] Spitex Schweiz, « Evaluation des besoins relative à l'aide et aux soins à domicile [interRAI] ». https://www.spitex-bedarfsabklaerung.ch/Evaluation-des-besoins/Pd6Ho/?lang=fr (consulté le 12 mai 2021).

[234] Commission intercantonale PLAISIR, « PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis) ». http://www.ctplaisir.ch/ct-methode.html (consulté le 26 janvier 2021).

[235] BESA Care AG, « Présentation du système BESA », Neuchâtel, 6 septembre 2016. [En ligne]. Disponible sur: https://www.curaviva.ch/files/G0IEROY/besa_rai_plaisir__et_apres__presentation_du_systeme_besa__colloque__curaviva_suisse__2016.pdf

[236] B. A. Wilson, « Cognitive Rehabilitation: How it is and

how it might be », *J. Int. Neuropsychol. Soc.*, vol. 3, nº 5, p. 487-496, sept. 1997, doi: 10.1017/S1355617797004876.

[237] M. Czuchry et D. F. Dansereau, « Cognitive Skills Training: Impact On Drug Abuse Counseling And Readiness For Treatment », *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, vol. 29, nº 1, p. 1-19, janv. 2003, doi: 10.1081/ADA-120018837.

[238] N. Franck, *Remédiation cognitive*. Elsevier Masson, 2012.

[239] OMS et Assemblée mondiale de la Santé, « Renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément du traitement intégré à toutes les étapes de la vie (A67/31) », Organisation mondiale de la Santé, avr. 2014. [En ligne]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170819/A67_31-fr.pdf

[240] OFSP et CDS, « Directives nationales soins palliatifs », Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Bern, janv. 2011. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/8C/8CDCD4590EE41ED6B5FCFC383CC3F436.pdf

[241] D. Benhaberou-Brun, M. Fortier, et C. Genest, *Approche privilégiée pour la personne en soins palliatifs (compétence 19)*, Chenelière Éducation. Montréal, 2013.

[242] G. Witham, S. Galvani, et M. Peacock, « **End of life care for people with alcohol and drug problems: Findings from a Rapid Evidence Assessment », *Health Soc. Care Community*, vol. 27, nº 5, p. e637-e650, 2019, doi: https://doi.org/10.1111/hsc.12807.

[243] O. Gureje, M. Von Korff, G. E. Simon, et R. Gater, « Persistent Pain and Well-being: A World Health Organization Study in Primary Care », *JAMA*, vol. 280, nº 2, p. 147-151, juill. 1998, doi: 10.1001/jama.280.2.147.

[244] A. Rosenblum, H. Joseph, C. Fong, S. Kipnis, C. Cleland, et R. K. Portenoy, « Prevalence and Characteristics of Chronic Pain Among Chemically Dependent Patients in Methadone Maintenance and Residential Treatment Facilities », *JAMA*, vol. 289, nº 18, p. 2370-2378, mai 2003, doi: 10.1001/jama.289.18.2370.

[245] R. N. Jamison, J. Kauffman, et N. P. Katz, « Characteristics of Methadone Maintenance Patients with Chronic Pain », *J. Pain Symptom Manage.*, vol. 19, nº 1, p. 53-62, janv. 2000, doi: 10.1016/S0885-3924(99)00144-X.

[246] L. Dassieu et É. Roy, « **La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues : état des connaissances et enjeux socio-anthropologiques », *Drogue Santé Société*, vol. 18, nº 1, p. 69-99, 2020, doi: https://doi.org/10.7202/1068818ar.

[247] R. Heimer, W. Zhan, et L. E. Grau, « Prevalence and experience of chronic pain in suburban drug injectors », *Drug Alcohol Depend.*, vol. 151, p. 92-100, juin 2015, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.03.007.

[248] R. Heimer *et al.*, « Chronic pain, Addiction severity, and misuse of opioids in Cumberland County, Maine », *Addict. Behav.*, vol. 37, nº 3, p. 346-349, mars 2012, doi: 10.1016/j.addbeh.2011.11.017.

[249] D. Dahlman, A. H. Kral, L. Wenger, A. Hakansson, et S. P. Novak, « Physical pain is common and associated with nonmedical prescription opioid use among people who inject drugs », *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy*, vol. 12, nº 1, p. 29, mai 2017, doi: 10.1186/s13011-017-0112-7.

[250] D. P. Alford, J. S. German, J. H. Samet, D. M. Cheng, C. A. Lloyd-Travaglini, et R. Saitz, « Primary Care Patients with Drug Use Report Chronic Pain and Self-Medicate with Alcohol and Other Drugs », *J. Gen. Intern. Med.*, vol. 31, nº 5, p. 486-491, mai 2016, doi: 10.1007/s11606-016-3586-5.

[251] P. Voon, M. Karamouzian, et T. Kerr, « **Chronic pain and opioid misuse: a review of reviews », *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy*, vol. 12, nº 1, p. 36, août 2017, doi: 10.1186/s13011-017-0120-7.

[252] G. Brousse, N. Authier, et I. de Chazeron, « Alcool et douleur », *Douleur Analgésie*, vol. 25, nº 2, p. 72-77, juin 2012, doi: 10.1007/s11724-012-0292-x.

[253] B. Calvino, « L'hyperalgésie induite par les opioïdes », *Douleurs Eval. - Diagn. - Trait.*, vol. 14, nº 5, p. 226-233, oct. 2013, doi: 10.1016/j.douler.2013.04.003.

[254] C. Victorri-Vigneau *et al.*, « Prise en charge de la douleur aiguë chez les patients sous traitements de substitution aux opiacés », *Douleur Analgésie*, vol. 25, nº 2, p. 83-86, juin 2012, doi: 10.1007/s11724-012-0291-y.

[255] D. P. Alford, P. Compton, et J. H. Samet, « **Acute Pain Management for Patients Receiving Maintenance Methadone or Buprenorphine Therapy », *Ann. Intern. Med.*, vol. 144, nº 2, p. 127-134, janv. 2006, doi: 10.7326/0003-4819-144-2-200601170-00010.

[256] L. Dassieu, « L'automédication chez les usagers de drogues : de la constitution de savoirs expérientiels à leur confrontation aux médecins », *Anthropol. Santé Rev. Int. Francoph. Anthropol. Santé*, nº 18, Art. nº 18, mai 2019, doi: 10.4000/anthropologiesante.3707.

[257] WHPCA et S. Connor, Éd., *The Global Atlas of Palliative Care at the End of Life (2nd Edition)*. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.thewhpca.org/resources/category/global-atlas-of-palliative-care-at-the-end-of-life

[258] OFSP, CDS, L. von Wartburg, et F. Näf, « Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2013–2015: Bilan de la Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2010–2012 et actions requises de 2013–2015 », Office fédéral de la santé publique & Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, Berne, oct. 2012. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/nationale-strategie.pdf.download.pdf/07_F_Strat%C3%A9gie_nationale_en_mati%C3%A8re_de_soins_palliatifs_2013-2015.pdf

[259] Conseil fédéral et OFSP, « **Améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie: Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 18.3384 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-CE) du 26 avril 2018 », Confédération suisse, Berne, sept. 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.parlament.ch/centers/eparl/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=MAUWFQFXFMCR-2-46436

[260] palliative ch, « 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. », Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs, Berne, 2018. [En ligne]. Disponible sur: https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/C_Fachgesellschaft/Arbeitsgruppen/Qualitaet/Broschuere_Allg_PalliativeCare_Empf_fuer_Fachpersonen_fr_RL3.pdf

[261] HUG – Réseau douleur, « Choisir le bon outil pour évaluer la douleur à Genève aux HUG », 29 janvier 2019. https://www.hug.ch/reseau-douleur/choisir-bon-outil (consulté le 29 novembre 2020).

[262] A. Baldacchino, G. Gilchrist, R. Fleming, et J. Bannister, « Guilty until proven innocent: A qualitative study of the management of chronic non-cancer pain among patients with a history of substance abuse », *Addict. Behav.*, vol. 35, nº 3, p. 270-272, mars 2010, doi: 10.1016/j.addbeh.2009.10.008.

[263] D. T. Barry *et al.*, « Opioids, Chronic Pain, and Addiction in Primary Care », *J. Pain*, vol. 11, nº 12, p. 1442-1450, déc. 2010, doi: 10.1016/j.jpain.2010.04.002.

[264] K. M. Berg, J. H. Arnsten, G. Sacajiu, et A. Karasz, « Providers' Experiences Treating Chronic Pain Among Opioid-Dependent Drug Users », *J. Gen. Intern. Med.*, vol. 24, nº 4, p. 482-488, avr. 2009, doi: 10.1007/s11606-009-0908-x.

[265] M. R. Clark, K. B. Stoller, et R. K. Brooner, « Assessment and Management of Chronic Pain in Individuals Seeking Treatment for Opioid Dependence Disorder », *Can. J. Psychiatry*, vol. 53, nº 8, p. 496-508, août 2008, doi: 10.1177/070674370805300804.

[266] K. Bell et A. Salmon, « Pain, physical dependence and pseudoaddiction: Redefining addiction for 'nice' people? », *Int. J. Drug Policy*, vol. 20, nº 2, p. 170-178, mars 2009, doi: 10.1016/j.drugpo.2008.06.002.

[267] A. Karasz, L. Zallman, K. Berg, M. Gourevitch, P. Selwyn, et J. Arnstein, « The experience of chronic severe pain in patients undergoing methadone maintenance treatment », *J. Pain Symptom Manage.*, vol. 28, nº 5, p. 517-525, nov. 2004, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2004.02.025.

[268] R. McNeil, W. Small, E. Wood, et T. Kerr, « Hospitals as a 'risk environment': An ethno-epidemiological study of voluntary and involuntary discharge from hospital against medical advice among people who inject drugs », *Soc. Sci. Med.*, vol. 105, p. 59-66, mars 2014, doi: 10.1016/j.socscimed.2014.01.010.

[269] J. O. Merrill, L. A. Rhodes, R. A. Deyo, G. A. Marlatt, et K. A. Bradley, « Mutual mistrust in the medical care of drug users », *J. Gen. Intern. Med.*, vol. 17, nº 5, p. 327-333, mai 2002, doi: 10.1007/s11606-002-0034-5.

[270] R. Monks, A. Topping, et R. Newell, « The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study », *J. Adv. Nurs.*, vol. 69, nº 4, p. 935-946, 2013, doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06088.x.

[271] G. Morley, E. Briggs, et G. Chumbley, « Nurses' Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study », *Pain Manag. Nurs.*, vol. 16, nº 5, p. 701-711, oct. 2015, doi: 10.1016/j.pmn.2015.03.005.

[272] J. Neale, C. Tompkins, et L. Sheard, « Barriers to accessing generic health and social care services: a qualitative study of injecting drug users », *Health Soc. Care Community*, vol. 16, nº 2, p. 147-154, 2008, doi: 10.1111/j.1365-2524.2007.00739.x.

[273] M. Fibbi, K. Silva, K. Johnson, D. Langer, et S. E. Lankenau, « Denial of Prescription Opioids Among Young Adults with Histories of Opioid Misuse », *Pain Med.*, vol. 13, nº 8, p. 1040-1048, août 2012, doi: 10.1111/j.1526-4637.2012.01439.x.

[274] L. Ti, P. Voon, S. Dobrer, J. Montaner, E. Wood, et T. Kerr, « Denial of Pain Medication by Health Care Providers Predicts In-Hospital Illicit Drug Use among Individuals who Use Illicit Drugs », *Pain Res. Manag.*, vol. 20, nº 2, p. 84-88, 2015, doi: 10.1155/2015/868746.

[275] P. Voon *et al.*, « Denial of prescription analgesia among people who inject drugs in a Canadian setting », *Drug Alcohol Rev.*, vol. 34, nº 2, p. 221-228, 2015, doi: 10.1111/dar.12226.

[276] M. McCreaddie *et al.*, « Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings », *J. Clin. Nurs.*, vol. 19, nº 19-20, p. 2730-2740, 2010, doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03284.x.

[277] R. Sheu *et al.*, « Prevalence and Characteristics of Chronic Pain in Patients Admitted to an Outpatient Drug and Alcohol Treatment Program », *Pain Med.*, vol. 9, nº 7, p. 911-917, oct. 2008, doi: 10.1111/j.1526-4637.2008.00420.x.

[278] M. McCaffery, M. A. Grimm, C. Pasero, B. Ferrell, et G. C. Uman, « On the Meaning of "Drug Seeking" », *Pain Manag. Nurs.*, vol. 6, nº 4, p. 122-136, déc. 2005, doi: 10.1016/j.pmn.2005.08.002.

[279] E. Manguzzi, L. Wainstein, J. A. Desmeules, et B. Broers, « **Gestion de la douleur aiguë chez les patients sous traitements de substitution aux opioïdes », *Rev. Médicale Suisse*, vol. 14, nº 612, p. 1280-1285, 2018.

[280] Santé Canada, « Parler de la consommation de substances de manière humaniste, sécuritaire et non stigmatisante: une ressource pour les organisations canadiennes des professionnels de la santé et leurs membres », Agence de santé publique du Canada, Ottawa, 2020. Consulté le: 21 avril 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/communicating-about-substance-use-compassionate-safe-non-stigmatizing-ways-2019/guilding-rinciples-fra.pdf

[281] R. Ford, « Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses' care of patients who use illicit drugs », *Contemp. Nurse*, vol. 37, nº 2, p. 241-252, févr. 2011, doi: 10.5172/conu.2011.37.2.241.

[282] M. B. Natan, V. Beyil, et O. Neta, « Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the Theory of Reasoned Action », *Int. J. Nurs. Pract.*, vol. 15, nº 6, p. 566-573, 2009, doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01799.x.

[283] N. Skinner, N. T. Feather, T. Freeman, et A. Roche, « Stigma and Discrimination in Health-Care Provision to Drug Users: The Role of Values, Affect, and Deservingness Judgments », *J. Appl. Soc. Psychol.*, vol. 37, nº 1, p. 163-186, janv. 2007, doi: 10.1111/j.0021-9029.2007.00154.x.

[284] R. Ford, G. Bammer, et N. Becker, « The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development », *J. Clin. Nurs.*, vol. 17, nº 18, p. 2452-2462, 2008, doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02266.x.

[285] SGCM-SSCM, « SGCM-SSCM – Schweizerische Gesellschaft für Cannabis in der Medizin ». https://www.sgcm-sscm.ch/ (consulté le 28 novembre 2020).

[286] OFSP, SSAM, et AMCS, « Dépendance aux opioïdes: Traitements basés sur la substitution (Recommandations de l'OFSP, SSAM et AMCS) », Office Fédéral de la Santé Publique, Berne, juill. 2013. [En ligne]. Disponible sur:

https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/sucht/hegebe/substitutionsgestuetzte-behandlungen-bei-opioid-abhaengigkeit.pdf.download.pdf/BAG_Brosch_SGB_f(8)_def.pdf

[287] Praticien Addiction Suisse, « Antalgie et TAO », 3 avril 2020. https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/fr/heroine/antalgie-et-tbs (consulté le 23 novembre 2020).

[288] Réseau douleur des HUG, « Antalgie dans les services médico-chirurgicaux adultes: aide mémoire pour les professionnels », Hôpitaux Universitaires de Genève, sept. 2017. [En ligne]. Disponible sur: https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur_/antalgie_new_a6_9.pdf

[289] SSAM, « Traitement agoniste opioïde (TAO) et pandémie COVID-19: Recommandations de la Société suisse de médecine de l'addiction (SSAM) », Société Suisse de Médecine de l'Addiction, Berne, mars 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/images/stories/heroin/20200326_SSAM_Recommandation_TAO_et_COVID-19.pdf

[290] J. Lazarou, B. H. Pomeranz, et P. N. Corey, « Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized PatientsA Meta-analysis of Prospective Studies », *JAMA*, vol. 279, nº 15, p. 1200-1205, avr. 1998, doi: 10.1001/jama.279.15.1200.

[291] H. J. M. Beijer et C. J. de Blaey, « Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies », *Pharm. World Sci.*, vol. 24, nº 2, p. 46-54, avr. 2002, doi: 10.1023/A:1015570104121.

[292] K. Migliazza, C. Bähler, D. Liedtke, A. Signorell, S. Boes, et E. Blozik, « Potentially inappropriate medications and medication combinations before, during and after hospitalizations: an analysis of pathways and determinants in the Swiss healthcare setting », *BMC Health Serv. Res.*, vol. 21, nº 1, p. 522, mai 2021, doi: 10.1186/s12913-021-06550-w.

[293] M. Wicki et G. Gmel, « Gemeinsame Einnahme von Alkohol und Medikamenten bei Personen ab 55 Jahren : Eine Zusatzauswertung der Daten des Suchtmonitorings Schweiz », Addiction Suisse, Lausanne, Dezember 2017. [En ligne]. Disponible sur: https://www.suchtmonitoring.ch/library/pdf/13d2d8ccb328f

[294] Addiction Suisse et ZFPS, « Interactions entre l'alcool et les médicaments : Informations à l'attention des professionnels du domaine des soins et du travail auprès des personnes âgées », Addiction Suisse et Zürcher Fachstelle zur Prävention des Suchtmittelmissbrauchs, Lausanne / Zurich, 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://shop.addictionsuisse.ch/fr/medicaments/133-511-wechselwirkungen-von-alkohol-mit-medikamenten.pdf

[295] OFSP, « Consommation simultanée de médicaments et d'alcool chez les personnes âgées: fiche d'information ». février 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/faktenblaetter/faktenblaetter-alkohol/faktenblatt-arzneimittel-und-alkohol.pdf.download.pdf/2019.02_Fiche%20d'information_Consommation%20simultan%C3%A9e%20de%20m%C3%A9dicaments%20et%20d%E2%80%99alc.pdf

[296] M. Hitziger, « Auslegeordnung zum gleichzeitigen Konsum von Arzneimitteln und Alkohol bei älteren Personen », nov. 2018. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/forschungsberichte/forschungsberichte-alkohol/forschungsbericht-alkohol-und-arzneimittel.pdf.download.pdf/Alkohol%20und%20Arzneimittel_Maria%20Hitziger.pdf

[297] OBSAN, « Suicide et suicide assisté », 7 juin 2021. https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/suicide-et-suicide-assiste (consulté le 20 octobre 2021).

[298] OMS, « Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial », Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2014. [En ligne]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801

[299] A. Searby, P. Maude, et I. McGrath, « Dual Diagnosis in Older Adults: A Review », *Issues Ment. Health Nurs.*, vol. 36, nº 2, p. 104-111, févr. 2015, doi: 10.3109/01612840.2014.951135.

[300] O. Mowbray, T. Washington, G. Purser, et J. O'Shields, « Problem Drinking and Depression in Older Adults with Multiple Chronic Health Conditions », *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 65, nº 1, p. 146-152, 2017, doi: 10.1111/jgs.14479.

[301] J. K. Kuring, J. L. Mathias, et L. Ward, « Risk of Dementia in persons who have previously experienced clinically-significant Depression, Anxiety, or PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis », *J. Affect. Disord.*, vol. 274, p. 247-261, sept. 2020, doi: 10.1016/j.jad.2020.05.020.

[302] S. Bennett et A. J. Thomas, « Depression and dementia: Cause, consequence or coincidence? », *Maturitas*, vol. 79, nº 2, p. 184-190, oct. 2014, doi: 10.1016/j.maturitas.2014.05.009.

[303] R. L. Ownby, E. Crocco, A. Acevedo, V. John, et D. Loewenstein, « Depression and Risk for Alzheimer Disease: Systematic Review, Meta-analysis, and Metaregression Analysis », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 63, nº 5, p. 530-538, mai 2006, doi: 10.1001/archpsyc.63.5.530.

[304] B. S. Diniz, M. A. Butters, S. M. Albert, M. A. Dew, et C. F. Reynolds, « Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies », *Br. J. Psychiatry*, vol. 202, nº 5, p. 329-335, mai 2013, doi: 10.1192/bjp.bp.112.118307.

[305] J. da Silva, M. Gonçalves-Pereira, M. Xavier, et E. B. Mukaetova-Ladinska, « Affective disorders and risk of developing dementia: systematic review », *Br. J. Psychiatry*, vol. 202, nº 3, p. 177-186, mars 2013, doi: 10.1192/bjp.bp.111.101931.

[306] A. Adesoye et N. Duncan, « *Acute pain management in patients with opioid tolerance », *US Pharm.*, vol. 42, nº 3, p. 28-32, 2017.

[307] OFSP, « Promotion de l'autogestion: pour les personnes souffrant de maladies non transmissibles, de problèmes psychiques ou d'addictions (flyer) », Office Fédéral de la Santé Publique, 2018. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/48/48DF3714B1101EE9BB80B643D15AF7FC.pdf

[308] OFSP, GELIKO, et C. Kessler, « Cadre de référence: Promotion de l'autogestion lors de maladies chroniques et d'addictions », Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) et Conférence nationale suisse des ligues de la santé (GELIKO), Berne, mai 2018. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/selbstmanagement/referenzrahmen.pdf.download.pdf/180515_Final%20Referenzrahmen%20SM-F%C3%B6rderung_FR.pdf

[309] OFSP, « Plateforme SELF de promotion de l'autogestion lors de maladies non transmissibles, d'addictions et de maladies psychiques », 19 août 2021. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht/plattform-selbstmanagement-foerderung.html (consulté le 9 novembre 2020).

[310] OFSP, « Promotion de l'autogestion lors de maladies non transmissibles, d'addictions et de maladies psychiques », 18 février 2020. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht.html (consulté le 9 novembre 2020).

[311] OFSP et CDS, « Soutien et décharge en faveur des proches aidants: Impulsions pour les cantons et les communes », Office Fédéral de la Santé Publique, Berne, 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/14/1402EC7524F81EDB99F88C6809A0327A.pdf

[312] OFS, « Aides informelles ». https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/aides-informelles.html (consulté le 1 juillet 2021).

[313] F. Höpflinger, L. Bayer-Oglesby, et A. Zumbrunn Kohler, **La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée: scénarios actualisés pour la Suisse*. Bern: Verlag Hans Huber, 2011. [En ligne]. Disponible sur: https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/2011_hh_pflegebed_f.pdf

[314] Addiction Suisse, « Proches et addictions ». https://www.proches-et-addiction.ch/ (consulté le 30 août 2021).

[315] Ecoplan, « Kosten der Demenz in der Schweiz », Bern, 2010. [En ligne]. Disponible sur: https://www.ecoplan.ch/download/alz_sb_de.pdf

[316] EESP, M.-A. Berthod, Y. Papadaniel, et N. Brzak, « Les "proches aidants": Entre monde du travail et accompagnement de fin de vie », EESP (Haute école de travail social et de la santé - Vaud), Lausanne, avr. 2017. [En ligne]. Disponible sur: https://www.hetsl.ch/fileadmin/user_upload/rad/recherche/Rapports/170118_Rapport_PNR67-sho88pCouv.pdf

[317] C. Bürgisser, E. Thorin, et E. Charrière, « Que vivent les proches aidants accompagnant une personne en fin de vie à domicile? », Travail de bachelor: Filière soins infirmiers, Haute Ecole de Santé de Fribourg, 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://doc.rero.ch/record/328098/files/Travail_de_Bachelor_Burgisser.C_Charriere.E_Thorin.E._.pdf

[318] palliactif.ch, « Inventaire du fardeau du proche aidant ou Echelle de Zarit ». Non daté. [En ligne]. Disponible sur: https://www.soins-palliatifs-vaud.ch/sites/default/files/documentation/Echelle%20Zarit.pdf

[319] CHUV, « Consultation psychologique pour proches aidants (CPA) ». https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/consultation-psychologique-pour-proches-aidants-cpa (consulté le 6 septembre 2021).

[320] Conseil fédéral, « Soutien aux proches aidants: Analyse de la situation et mesures requises pour la Suisse », Confédération suisse, Berne, déc. 2014. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitspolitik/aktionsplan_pfleg_angehoerige/bericht_des_br_angehoerige.pdf.download.pdf/rapport_soutiens_aux_proches_aidants.pdf

[321] OFSP, « Plan d'action : soutien aux proches aidants », 21 juin 2019. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-pflegende-angehoerige.html (consulté le 2 décembre 2019).

[322] OFSP, « Programme de promotion « Offres visant à décharger les proches aidants 2017-2020 » », 10 décembre 2020. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-entlastung-angehoerige.html (consulté le 20 novembre 2020).

[323] OFSP, « Recherche modèles de bonnes pratiques – proches aidants (base de données) ». https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-entlastung-angehoerige/modelle-guter-praxis-suche.html (consulté le 12 mars 2021).

[324] Programme de promotion «Offres visant à et décharger les proches aidants 2017–2020», « Outil «Recensement au cabinet médical des besoins de décharge des proches aidants » ». [En ligne]. Disponible sur: https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/14/1402EC7524F81EEB9ADE376F705AB182.pdf

[325] OFS, « Aide et soins à domicile ». https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/aide-soins-domicile.html (consulté le 1 juillet 2021).

[326] OBSAN, « Recours aux soins à domicile », 14 avril 2020. https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/recours-aux-soins-domicile (consulté le 28 avril 2021).

[327] OFS, « Personnel soignant en 2018 », Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, juin 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/13267935/master

[328] PSS, « Projet 1+1=3: Coopération interprofessionnelle entre les organisations de soins à domicile et les services d'aide aux personnes dépendantes ». https://promotionsante.ch/pds/cycle-de-soutien-actuel/projets-choisis/cooperation-interprofessionnelle-entre-les-organisations-de-soins-a-domicile-et-les-services-daide-aux-personnes-dependantes.html?_gl=1*10x354i*_ga*MTM1NjE4OTA3Ni4xNjM4Mzg4MjIz*_ga_YG4EVEX5PF*MTYzODM4ODIyMy4xLjEuMTYzODM4ODIzNy4w (consulté le 1 décembre 2021).

[329] AVASAD et M.-C. Robert, « Cadre de référence pour l'offre en prestations des CMS auprès de la clientèle ayant une problématique de Santé Mentale », Association vaudoise d'aide et de soins à domicile, Lausanne, 2010. [En ligne]. Disponible sur: http://www.avasad.ch/upload/docs/application/pdf/2012-10/cadre_ref_sante_mentale.pdf

[330] BASS, « Soins à domicile : estimation du nombre de personnes atteintes [de démence] ». 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/hf-daten/8_1_versorgungsmonitoring/schaetzungen_anzahl_demenz_spitex.pdf.download.pdf/2021_Factsheet_Sch%C3%A4tzun

g_Demenzpatienten_Spitex_FR.pdf

[331] ASSASD, « Prestations d'aide et de soutien à domicile dans l'Aide et soins à domicile à but non lucratif », Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, Berne, sept. 2016. [En ligne]. Disponible sur: https://www.magazineasd.ch/files/92ZW3IP/Prestations-daide-et-de-soutien-e-domicile.pdf

[332] OFSP, « Pharmaciens 2020 », Office fédéral de la santé publique, Berne, juin 2021. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/berufe-gesundheitswesen/medizinalberufe/statistiken/pharma/Apothekerinnen_und_Apotheker_2020_d_def.pdf.download.pdf/Apothekerinnen_und_Apotheker_2020_d_def.pdf

[333] OFSP, « MedReg – Registre des professions médicales ». https://www.medregbm.admin.ch/Betrieb/Search (consulté le 16 novembre 2021).

[334] C. Rosset et A. Golay, « Le pharmacien d'officine et son rôle dans l'éducation thérapeutique du patient », *Rev. Med. Suisse*, vol. 2, nº 76, p. 1926-1930, août 2006.

[335] J. Mbarga, R.-A. Foley, et A. Decollogny, « De la relation pharmaciens-usagers. Reconfigurations et négociations dans une pharmacie suisse », *Anthropol. Santé Rev. Int. Francoph. Anthropol. Santé*, nº 9, Art. nº 9, nov. 2014, doi: 10.4000/anthropologiesante.1494.

[336] Conseil fédéral, « Place des pharmacies dans les soins de base: Rapport du Conseil fédéral élaboré en réponse au postulat Humbel (12.3864) du 27 septembre 2012 », Confédération suisse, Berne, oct. 2016. [En ligne]. Disponible sur: https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2012/20123864/Bericht%20BR%20F.pdf

[337] BASS, D. L. Dutoit, J. Jäggi, et K. Künzi, « Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Apotheker/innen und anderen universitären Medizinalpersonen und/oder Gesundheitsfachpersonen », Büro für arbeits und sozialpolitische Studien, Bern, März 2014. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitspolitik/koordinierte_versorgung/verstaerkung_bestehender_aktivitaeten/apotheker_schlussbericht_bass.pdf.download.pdf/apotheker_schlussbericht_bass.pdf

[338] B. Yersin et F. Sarasin, « Vieillissement des urgences ou urgences face au vieillissement? », *Rev. Médicale Suisse*, vol. 8, nº 350, p. 1531-2, 2012.

[339] C. Büla, H. Jaccard Ruedin, et P. N. Carron, « Personnes âgées aux urgences: défis actuels et futurs », *Rev Med Suisse*, vol. 8, p. 1534-8, 2012.

[340] HUG, « Inauguration des urgences gériatriques de l'hôpital des Trois-Chêne (dossier de presse) », Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, oct. 2016. [En ligne]. Disponible sur: https://www.hug.ch/sites/interhug/files/presse/2016_10_18_cp_et_dossier_de_presse_-_nouvelles_urgences_des_trois-chene.pdf

[341] M. Wicki et E. Schneider, « Hospitalisierungen aufgrund von Alkohol-Intoxikation oder Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen : Eine Analyse der Schweizerischen „Medizinischen Statistik der Krankenhäuser" 2003 bis 2016 », Sucht Schweiz, Lausanne, 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/2019_BAG_Sucht_Schweiz_Hospitalisierungen_aufgrund_von_Alkohol-Intoxikation.pdf

[342] Sophie Hardegger, Axel Hasenhoeller, Michèle Scheuber, et Margret Rihs-Middel, « Prise en charge «bas seuil» et «intermédiaire» des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool: Revue de la littérature », FERARIHS, Villars-sur-Glâne, mars 2009. [En ligne]. Disponible sur: https://www.fr.ch/sites/default/files/contens/smc/_www/files/pdf79/Revue_de_la_littrature11.pdf

[343] S. Morandi, « Equipes de psychiatrie mobiles », *Bull. Médecins Suisses*, vol. 99, nº 36, p. 1195-1197, sept. 2018, doi: 10.4414/bms.2018.17013.

[344] SSCLPP, « Swiss Society of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics ». https://www.ssclpp.ch/fr/societe/portrait/ (consulté le 4 janvier 2021).

[345] C. Bonsack *et al.*, « Equipes de psychiatrie mobiles pour les trois âges de la vie: l'expérience lausannoise », *Rev Med Suisse*, vol. 4, p. 1960-1969, 2008.

[346] BASS, D. Stocker, J. Jäggi, V. Legler, et K. Künzi, « Critères de réussite des services psychiatriques mobiles. Rapport final », Büro für arbeits und sozialpolitische Studien, Berne, févr. 2018. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/psychische-gesundheit/politische-auftraege/postulat-staehelin/Schlussbericht_mobile_Dienste.pdf.download.pdf/OFSP_Services_Psychiatriques_Mobiles_BASS_28.02.2018_def_fr.pdf

[347] M. Mendez-Rubio, P. Giannakopoulos, M. Gaillard, L. Dan, et P. Budry, « Equipes mobiles de Psychiatrie de l'Âge Avancé. Création de deux équipes mobiles dans les régions Nord et Ouest vaudoises », *Swiss Arch. Neurol. Psychiatry Psychother.*, vol. 163, nº 02, p. 65-69, févr. 2012, doi: 10.4414/sanp.2012.02351.

[348] OBSAN, S. Füglister-Dousse, L. Dutoit, et S. Pellegrini, « Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse évolutions 2006-2013 », Observatoire suisse de la santé (Obsan), 2015.

[349] M. Gaillard et P. Giannakopoulos, « Une équipe mobile en psychiatrie de l'âge avancé », *Rev. Médicale Suisse*, vol. 8, nº 79, p. 2088-91, 2006.

[350] OFSP, palliative ch & CDS, S. Eychmüller, P. Coppex, et L. von Wartburg, « *Structures spécialisées de soins palliatifs en Suisse », Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs/ CDS / OFSP, Berne, août 2012. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/8C/8CDCD4590EE41ED6B8BF3F9470EDE298.pdf

[351] BASS, L. Liechti, et K. Künzi, « Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen: Ergebnisse der Befragung der Kantone und Sektionen von palliative ch 2018 », Büro für arbeits und sozialpolitische Studien, Bern, févr. 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.plattform-palliativecare.ch/sites/default/files/page/files/BAG_Stand_PC_in_Kantonen_Schlussbericht_V2.pdf

[352] palliative ch, « Vue d'ensemble Palliative Care en Suisse | cartepalliative.ch ». https://www.cartepalliative.ch/ (consulté le 19 novembre 2020).

[353] P.-A. Charmillot et C. Lambelet, « Etude pour répertorier les besoins en équipe mobile de soins palliatifs dans la région de l'Arc jurassien (Jura, Jura bernois, Neuchâtel) », HE-ARC Santé, Delémont / Neuchâtel, juill. 2006. [En ligne].

Disponible sur: https://www.emsp-bejune.ch/Htdocs/Files/v/5823.pdf/CharmillotEMSPDEFINITIFDEC06.pdf

[354] qualitépalliative, « Critères de qualité pour les audits en vue de l'attribution d'un Label Qualité aux services mobiles spécialisés en soins palliatifs », Association suisse pour la qualité dans les soins palliatifs, Berne, janv. 2011. [En ligne]. Disponible sur: http://qualitepalliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/qualitepalliative/Label/Dokumente_Label/Kriterienliste_MOB_F.pdf

[355] HSLU IBR, M. Wächter, et A. Bommer, « Mobile Palliative-Care-Dienste in der SchweiZ : Eine Bestandesaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter », Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR (HSLU), Luzern, janv. 2014. [En ligne]. Disponible sur: https://www.pallnetz.ch/cm_data/Mobile_Palliative_Care_Dienste_Schlussbericht.pdf

[356] G. Braunschweig, P. G. D. BORASIO, E. Tamchès, N. Arnstadt, et M. Bernard, « Evaluation de l'impact d'une équipe mobile palliative intrahospitalière dans un hôpital tertiaire », *Rev Med Suisse*, vol. 13, p. 376-81, 2017.

[357] L. E. Penzenstadler, D. F. Zullino, et G. Thorens, « La communauté comme lieu d'intervention dans le traitement des addictions », *Rev. Médicale Suisse*, vol. 15, nº 663, p. 1668-1670, 2019.

[358] S. D. Phillips *et al.*, « Moving Assertive Community Treatment Into Standard Practice », *Psychiatr. Serv.*, vol. 52, nº 6, p. 771-779, juin 2001, doi: 10.1176/appi.ps.52.6.771.

[359] G. Nelson, T. Aubry, et A. Lafrance, « A Review of the Literature on the Effectiveness of Housing and Support, Assertive Community Treatment, and Intensive Case Management Interventions for Persons With Mental Illness Who Have Been Homeless », *Am. J. Orthopsychiatry*, vol. 77, nº 3, p. 350-361, 2007, doi: 10.1037/0002-9432.77.3.350.

[360] « Le case management - Concept global pour le canton du Jura », 24 novembre 2009. http://edudoc.ch/record/31807/files/JU_ProjetCM-1.pdf (consulté le 24 novembre 2009).

[361] ARCOS *et al.*, « Le case management de transition : Assurer la continuité du rétablissement après une hospitalisation psychiatrique », Association « Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise », 2013.

[362] SAMHSA, « TIP 27: Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment », Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment, Rockville, 2015. [En ligne]. Disponible sur: https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma15-4215.pdf

[363] Association Swiss Memory Clinics, « Swiss Memory Clinics | Membres ». http://www.swissmemoryclinics.ch/fr/home/membres (consulté le 17 novembre 2020).

[364] OFSP, « Fiche d'information – Swiss Memory Clinics : état des lieux (2018) ». août 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie/hf-daten/bestandesaufnahme_smc.pdf.download.pdf/Fiche%20information_SMC_etat%20des%20llieux_snd_2018.pdf

[365] Info-Entraide Suisse, « Info-Entraide Suisse ». https://www.infoentraidesuisse.ch/shch/fr.html (consulté le 28 février 2021).

[366] Info-Entraide Suisse, « Répertoire des groupes d'entraide ». https://www.infoentraidesuisse.ch/shch/fr/selbsthilfe-gesucht/moteur-de-recherche.html (consulté le 16 juillet 2020).

[367] econcept & ZAHW *et al.*, « Tages- und Nachtstrukturen - Einflussfaktoren der Inanspruchnahme : Schlussbericht des Forschungsmandats G5 des Förderprogramms "Entlastungsangebote für betreuende Angehörige", 11. Juli 2019 », ZHAW – Institut für Vielfalt und gesellschaftliche Teilhabe (IVGT), juill. 2019. Consulté le: 23 août 2021. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/foerderprogramme/fp_pflegende_angehoerige/Kurzfassungen_Schlussberichte/Schlussbericht_Tages-Nachtstrukturen.pdf.download.pdf/G05_Schlussbericht_Tages-Nachtstrukturen.pdf

[368] Addiction Suisse & GREA, Éd., « Dépendances n° 47: Logement », oct. 2012, Consulté le: 11 octobre 2017. [En ligne]. Disponible sur: https://shop.addictionsuisse.ch/fr/periodiques/230-478-dependances-n-47-logement.pdf

[369] D. P. Watson, V. Shuman, J. Kowalsky, E. Golembiewski, et M. Brown, « Housing First and harm reduction: a rapid review and document analysis of the US and Canadian open-access literature », *Harm. Reduct. J.*, vol. 14, mai 2017, doi: 10.1186/s12954-017-0158-x.

[370] O. Schmid et C. Bonsack, « Housing First, un changement de référentiel dans la lutte contre l'exclusion du logement », *Swiss Arch. Neurol. Psychiatry Psychother.*, oct. 2018, doi: 10.4414/sanp.2018.00621.

[371] Fondation groupe d'accueil et d'action psychiatrique, « Graap ». https://fondation.graap.ch/ (consulté le 4 janvier 2021).

[372] OFS, « Hôpitaux ». https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/hopitaux.html (consulté le 1 juillet 2021).

[373] OFS, « Les soins de réadaptation dans les hôpitaux suisses en 2017 », Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, sept. 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/9586949/master

[374] OBSAN, « *Maladies mentales les plus fréquentes en traitement stationnaire », 9 septembre 2021. https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/maladies-mentales-les-plus-frequentes-en-traitement-stationnaire (consulté le 5 octobre 2021).

[375] OBSAN, « *Séjours hospitaliers pour des troubles liés à des substances psychoactives (diagnostic principal ou secondaire) », 12 février 2021. https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/MonAM/sejours-hospitaliers-pour-des-troubles-lies-des-substances-psychoactives-diagnostic (consulté le 17 novembre 2020).

[376] J. Clot, R. Bach, et J.-F. Savary, « Évolutions et mutations des institutions résidentielles sociothérapeutiques en Suisse romande », Groupement Romand d'Etudes des Addictions (GREA), Lausanne, avr. 2021. [En ligne]. Disponible sur: https://www.grea.ch/sites/default/files/2021_-_grea_-_evolution_et_mutation_des_institutions_residentielles.pdf

[377] OFSP, « Rapport annuel act-info 2019: Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse Résultats du

système de monitorage », Office fédéral de la santé publique, Berne, mars 2021. [En ligne]. Disponible sur: https://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/2021/BAG_act-info-2019_F.pdf

[378] Infodrog, « Indexaddictions.ch – Répertoire des offres d'aide en Suisse ». http://www.indexaddictions.ch/ (consulté le 31 juillet 2020).

[379] OBSAN, « Taux d'hospitalisation dans les cliniques psychiatriques », 5 mars 2020. https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/taux-dhospitalisation-dans-les-cliniques-psychiatriques (consulté le 17 novembre 2020).

[380] OBSAN, « Âge à l'entrée en EMS », 25 janvier 2022. https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/age-a-lentree-en-ems

[381] OFS, « Santé des personnes âgées ». https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/personnes-agees.html (consulté le 18 août 2021).

[382] OBSAN, « Taux de recours aux EMS et maisons pour personnes âgées », 18 octobre 2021. https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/taux-de-recours-aux-ems-et-maisons-pour-personnes-agees (consulté le 28 février 2021).

[383] OBSAN, « Durée de séjour en EMS », 18 octobre 2021. https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/duree-de-sejour-en-ems (consulté le 28 février 2021).

[384] OBSAN, « Places dans les EMS et maisons pour personnes âgées », 18 octobre 2021. https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/places-dans-les-ems-et-maisons-pour-personnes-agees (consulté le 28 février 2021).

[385] Santé publique suisse, « *Santé psychique en home et en établissement médico-social pour personnes âgées: Papier de position », Berne, nov. 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://public-health.ch/documents/1123/Papier_de_position_RkkGO8c.pdf

[386] OFS et M. Kaeser, « Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social: Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions (ESAI) 2008/09 », Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, sept. 2012. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/348097/master

[387] D. F. Masdea et M.-C. Baechler, « Des voix dans la tête et des personnages imaginaires », présenté à Forum Psychogériatrie Fribourg, Marsens, 8 mars 2018. [En ligne]. Disponible sur: https://afipa-vfa.ch/fileadmin/user_upload/Documents/AfipaVfa/WWW/Editors/projets-de-a-a-z/psychogeriatrie/forum-psychogeriatrie/PPT_ForumPsy_8.3.2018.pdf

[388] M. Anliker et G. Bartelt, « Resident Assessment Instrument in der Schweiz », *Z. Für Gerontol. Geriatr.*, vol. 48, nº 2, p. 114-120, févr. 2015, doi: 10.1007/s00391-015-0864-5.

[389] S. Luyet, E. Maffli, S. Stucki, B. Windlin, J.-P. Gervasoni, et F. Dubois-Arber, *Analyse des besoins de la prise en charge des personnes dépendantes en Suisse rapport final*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Unité d'évaluation de programme de prévention, 2016. Consulté le: 12 septembre 2016. [En ligne]. Disponible sur: https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_FC2F7486B5B0.P002/REF

[390] OBSAN, « Placements en établissement psychiatrique à des fins d'assistance », 20 novembre 2020. https://www.obsan.admin.ch//fr/indicateurs/placements-en-etablissement-psychiatrique-des-fins-dassistance (consulté le 22 mai 2021).

[391] GDK - CDS, « Nouvel élan pour les soins intégrés dans les cantons : un guide », Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, Berne, mai 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/integrierte_versorgung/GDK_Leitfaden_FR_def.pdf

[392] OFSP, « Soins coordonnés », 8 août 2019. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html (consulté le 2 décembre 2019).

[393] OBSAN, S. Schusselé Filliettaz, D. Kohler, P. Berchtold, et I. Peytremann-Bridevaux, « Soins intégrés en Suisse: Résultats de la 1re enquête (2015-2016) », Observatoire suisse de la santé (Obsan), Neuchâtel, 57, 2017. [En ligne]. Disponible sur: https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017/obsan_dossier_57_9.pdf

[394] FMC, « Modèles de rémunération liée à la performance à l'horizon 2025 (Matière à réflexion N° 3) », forum suisse des soins intégrés, Neuägeri, juin 2017. [En ligne]. Disponible sur: https://www.fmc.ch/_Resources/Persistent/3f849dba86bba8822a39a40ac70cf81cf99bb704/Denkstoff_No3_fr.pdf

[395] OFSP et KMG AG, « Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés », Office Fédéral de la Santé Publique, Berne, mars 2018. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/8C/8CDCD4590EE41ED890C351330DAE32CE.pdf

[396] ASSM, « *Charte 2.0: La collaboration interprofessionnelle dans le système de santé », Académie Suisse des Sciences Médicales, Berne, sept. 2020. Consulté le: 27 novembre 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.samw.ch/dam/jcr:75b86c1d-7a2e-465e-a6d6-329860066a65/charte_interprofessionnalite_assm_2020.pdf

[397] OFSP, « Programme de promotion Interprofessionnalité dans le domaine de la santé 2017-2020 », 3 juin 2021. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet.html (consulté le 14 octobre 2021).

[398] OFSP, « Catalogue de modèles de bonne pratique – interprofessionnalité », 21 janvier 2021. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet/projektverzeichnis-modelle-guter-praxis.exturl.html/aHR0cHM6Ly9pbnRlcnByb2YuYmFnYXBwcy5jaC9wb3J0YWxfZn/lucGhw.html?lang=fr&s= (consulté le 2 décembre 2019).

[399] C. Bonsack, S. Rexhaj, et J. Favrod, « Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites », *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.*, vol. 173, nº 1, p. 79-84, févr. 2015, doi: 10.1016/j.amp.2014.12.001.

[400] K. Sørensen *et al.*, « Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models », *BMC Public Health*, vol. 12, nº 1, p. 80, janv. 2012, doi: 10.1186/1471-2458-12-80.

[401] Fondation Info-Entraide Suisse, « Info-Entraide Suisse ». https://www.infoentraidesuisse.ch/shch/fr.html (consulté le 28 février 2021).

[402] Pro Infirmis, « Droits des patients (guide juridique) ». https://www.proinfirmis.ch/fr/guide-juridique/autres-questions-juridiques/droits-des-patients.html (consulté le 4 février 2021).

[403] Pro Mente Sana et Shirin Hatam, « Directives anticipées : Prévoir une incapacité de discernement, rédiger des directives anticipées », Association romande Pro Mente Sana, Genève, 2014. [En ligne]. Disponible sur: https://www.promentesana.org/wp-content/uploads/2020/02/B_Directives-anticip%C3%A9es2014.pdf

[404] S. Hatam et Y. Khazaal, « Des directives anticipées pour s'aider soi-même », *Dépendances*, nº 62, p. 5-7, mars 2018.

[405] R. Manghi, T. Rathelot, et Y. Khazaal, « Directives anticipées et addictions, de nouvelles perspectives cliniques? », *Swiss Arch. Neurol. Psychiatry Psychother.*, vol. 163, nº 03, p. 92-98, avr. 2012, doi: 10.4414/sanp.2012.02359.

[406] Alzheimer Suisse, « Rédiger des directives anticipées (en rapport avec une démence) ». 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/163-33F_2020_Directives-anticipees.pdf

[407] Pro Infirmis, « Mandat pour cause d'inaptitude et directives anticipées du patient ». https://www.proinfirmis.ch/fr/guide-juridique/protection-de-ladulte/mandat-pour-cause-dinaptitude-et-directives-anticipees-du-patient.html (consulté le 5 mars 2021).

[408] OFSP et palliative ch, « La planification anticipée concernant la santé, en particulier en cas d'incapacité de discernement (« Advance Care Planning »): Cadre général pour la Suisse », 2018. [En ligne]. Disponible sur: https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/bilder_neu/180212_Rahmenkonzept_Gesundheitl_Vorausplanung-1.pdf

[409] P. Ferrari *et al.*, « Autodétermination et décision partagée dans les phases critiques du rétablissement Pratiques et contenus du plan de crise conjoint en santé mentale », Réseau Santé Région Lausanne, Lausanne, 2018. [En ligne]. Disponible sur: https://www.reseau-sante-region-lausanne.ch/system/files/2018/12/publication_11-pcc.pdf

[410] CHUV, « Equipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé (EMPAA) », *CHUV*. https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/equipe-mobile-de-psychiatrie-de-lage-avance-empaa (consulté le 15 mars 2021).

[411] I. Stancu, A.-M. Alnawaqil, S. Marquis, M. Miserez, M. Gaillard, et P. Giannakopoulos, « Equipe mobile de psychiatrie de l'age avance: principes et perspectives », *Rev. Médicale Suisse*, vol. 4, p. 957-963, 2008.

[412] PUK, « Home Treatment », *Psychiatrische Universitätsklinik Zürich*. https://www.pukzh.ch/unsere-angebote/erwachsenenpsychiatrie/angebote/stationaere-angebote/home-treatment/ (consulté le 2 novembre 2021).

[413] N. Stulz *et al.*, « Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial », *Br. J. Psychiatry*, vol. 216, nº 6, p. 323-330, juin 2020, doi: 10.1192/bjp.2019.31.

[414] J. Rippstein, « **La maison de santé, un nouveau modèle de soins: «Nous devons sortir d'une médecine centrée sur l'hôpital» », *Bull. Médecins Suisses*, vol. 101, nº 11, p. 384-386, mars 2020, doi: 10.4414/bms.2020.18452.

[415] P. Schaller, « Éléments pour une gestion stratégique d'une maison de santé », *Sante Publique (Bucur.)*, vol. 26, nº 4, p. 509-517, oct. 2014.

[416] P. Schaller *et al.*, « Centre de santé de soins primaires : à quoi ressemblera-t-il dans le futur ? », *Rev. Médicale Suisse*, vol. 17, nº 738, p. 934, 2021.

[417] P. Schaller et C. Chichignoud, « Cité générations espace santé », *Gerontol. Soc.*, vol. 31124, nº 1, p. 129-146, 2008.

[418] SAMHSA, « TAP 33: Systems-Level Implementation of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) », Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment, Rockville, mai 2013. [En ligne]. Disponible sur: https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma13-4741.pdf

[419] L. Seematter-Bagnoud, S. Fustinoni, B. Santos-Eggimann, et A. Cattagni Kleiner, « Implémentation d'une démarche interRAI d'évaluation des clients des CMS vaudois: bilan d'un projet pilote », Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne, 2019. Consulté le: 16 juillet 2021. [En ligne]. Disponible sur: https://www.unisante.ch/fr/formation-recherche/recherche/publications/raisons-sante/raisons-sante-298

[420] OFSP, SPPA, et SPSG, « *Évaluations dans les soins de longue durée pour les personnes atteintes de démence: en cas de suspicion de dépression, de délirium ou de symptômes comportementaux et psychologiques. Manuel pour les professionnels », Office Fédéral de la Santé Publique, oct. 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/48/48DF3714B1101EEA86E9C1FEB2072648.pdf

[421] HUG, « *Soins palliatifs: Aide-mémoire destiné aux soignants (version 2020) », Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.hug.ch/sites/interhug/files/departements/a5_soinspalliatifs2020_web.pdf

[422] HUG – DMCPRU, L. Oberle, et B. Broers, « La dépression », Hôpitaux Universitaires de Genève – Service de médecine de premier recours, Genève, 2017. [En ligne]. Disponible sur: https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_depression.pdf

[423] J. Bigoni, « Pas moins de 20% des proches développent une dépression: Le soutien psychologique du proche aidant », *Gaz. Médicale - InfoGériatrie*, nº 3, p. 30-32, 2015.

[424] info-workcare.ch, « Indemnisation du proche aidant ». http://info-workcare.ch/fr/page/indemnisation-du-proche-aidant (consulté le 2 novembre 2021).

[425] Fedlex, « RS 151.3 - Loi fédérale du 13 décembre 2002 sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées (Loi sur l'égalité pour les handicapés, LHand) ». https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2003/667/fr (consulté le 9 janvier 2021).

[426] Centre suisse pour la construction adaptée au handicapés, « Architecture sans obstacles ».

https://architecturesansobstacles.ch/ (consulté le 9 janvier 2021).

[427] Pro Infirmis Vaud, « Transports spécialisés », *info-handicap*. https://www.info-handicap.ch/fiches/deplacements/transports-specialises.html (consulté le 9 janvier 2021).

[428] AGS, « American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults », *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 63, nº 11, p. 2227-2246, 2015, doi: 10.1111/jgs.13702.

[429] AGS, « American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults », *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 67, nº 4, p. 674-694, avr. 2019, doi: 10.1111/jgs.15767.

[430] D. O'Mahony, D. O'Sullivan, S. Byrne, M. N. O'Connor, C. Ryan, et P. Gallagher, « STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2 », *Age Ageing*, vol. 44, nº 2, p. 213-218, mars 2015, doi: 10.1093/ageing/afu145.

[431] P. Gallagher, C. Ryan, S. Byrne, J. Kennedy, et D. O'Mahony, « STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation », *Int. J. Clin. Pharmacol. Ther.*, vol. 46, nº 2, p. 72-83, févr. 2008, doi: 10.5414/cpp46072.

[432] P. O. Lang *et al.*, « Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française », *NPG Neurol. - Psychiatr. - Gériatrie*, vol. 15, nº 90, p. 323-336, déc. 2015, doi: 10.1016/j.npg.2015.08.001.

[433] S. Holt, S. Schmiedl, et P. A. Thürmann, « Potentially Inappropriate Medications in the Elderly: The PRISCUS List », *Dtsch. Ärztebl. Int.*, vol. 107, nº 31-32, p. 543-551, août 2010, doi: 10.3238/arztebl.2010.0543.

[434] Gelbe Liste Online, « Priscus-Liste », 22 novembre 2018. https://www.gelbe-liste.de/arzneimitteltherapiesicherheit/priscus-liste (consulté le 30 juin 2021).

[435] A. Renom-Guiteras, G. Meyer, et P. A. Thürmann, « The EU(7)-PIM list: a list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries », *Eur. J. Clin. Pharmacol.*, vol. 71, nº 7, p. 861-875, 2015, doi: 10.1007/s00228-015-1860-9.

[436] Société Suisse de Médécine Interne Générale (SSMIG), « Asscociation smarter medicine - Choosing Wisely Switzerland ». https://www.smartermedicine.ch/fr/page-daccueil.html (consulté le 9 janvier 2021).

[437] Fondation Sécurité des patients Suisse, « Sécurité des patients Suisse ». https://www.securitedespatients.ch/ (consulté le 30 septembre 2021).

[438] Fondation Sécurité des patients Suisse, « progress ! La sécurité de la médication en EMS ». https://www.securitedespatients.ch/programmes-progress/la-securite-de-la-medication-en-ems/ (consulté le 20 novembre 2020).

[439] ICRAS, « Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans un milieu de soins de courte durée pendant la pandémie de la COVID-19: Guide pratique national - ICRAS-CRISM », Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances, Edmonton, Alberta, juin 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://crism.ca/wp-content/uploads/2020/08/Soutenir-les-PUS-dans-un-milieu-de-soins-de-courte-dur%C3%A9e-31072020.pdf

[440] OBSAN, « Santé psychique. Chiffres clés 2017 (Obsan Bulletin 8/2019) ». Observatoire suisse de la santé, 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2019/obsan_bulletin_2018-02_f.pdf

[441] H. Stalder et B. Bürgenmeier, « Pour une réforme en faveur du patient », *Bull. Médecins Suisses*, vol. 101, nº 44, p. 1470-1473, oct. 2020, doi: 10.4414/bms.2020.19290.

[442] CDS et OFSP, « Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours », Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé et Office fédéral de la santé èublique, Berne, avr. 2012. [En ligne]. Disponible sur: https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/dokumentation/berichte/Nouveaux_modeles_de_soins_pour_la_medecine_de_premier_recours.pdf

[443] PSS et GREA, « Recovery College Addictions », *Promotion Santé Suisse*. https://promotionsante.ch/pds/cycle-de-soutien-actuel/projets-choisis/recovery-college-addictions.html (consulté le 26 novembre 2021).

[444] Pro Mente Sana, « Collège de rétablissement ». http://www.recoverycollege.ch/ (consulté le 26 novembre 2021).

[445] Pro Mente Sana, « Collège de rétablissement : formation aux pouvoirs d'agir en santé psychique 2019-2020 », Association romande Pro Mente Sana, Genève, 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.promentesana.org/wp-content/uploads/2020/05/Recovery-college.pdf

[446] J.-D. Michel, « Collège de rétablissement », *DEPENDANCES*, nº n° 67, p. 10-12, avr. 2020.

[447] Alzheimer Suisse, « Cafés Alzheimer ». https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/offres/article/les-cafes-alzheimer-des-moments-de-detente-en-toute-convivialite-ponctues-de-seances-dinformatio (consulté le 26 novembre 2021).

[448] S. Morandi, B. Silva, M. Monnat, et C. Bonsack, « Suivi intensif dans la communauté pour faciliter l'accès aux soins des personnes avec des problèmes d'addiction », *Rev. Med. Suisse*, vol. 12, nº 522, p. 1149-1153, juin 2016.

[449] L'Envol, « Appartement de transition ». https://lenvol.ch/nos-prestations/appartement-de-transition/ (consulté le 26 novembre 2021).

[450] CHUV, « L'Equipe de liaison et de mobilité en addictions (ELMA) ». https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/lequipe-de-liaison-et-de-mobilite-en-addictions-elma (consulté le 26 novembre 2021).

[451] SFAP, « Pallia 10 CH – Quand faire appel à une structure spécialisée en soins palliatifs ? » 2013. [En ligne]. Disponible sur: https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/pallia10_12-03-13.pdf

[452] Alzheimer Vaud, « Alzami pro ». https://alzheimer-vaud.ch/nous-vous-aidons/soutien-domicile (consulté le 26 novembre 2021).

[453] Espace Proches, « Sur le chemin du deuil ». https://www.espaceproches.ch/prestations/#sur-le-chemin-du-deuil (consulté le 26 novembre 2021).

[454] Fondation du Levant, « Soleil Levant ».

https://www.levant.ch/nos-prestations/soleil-levant/presentation/ (consulté le 25 août 2021).

[455] Institution Sonnenburg, « Sonnenburg wohnen und arbeiten ». https://sonnenburg.ch/HOME/ (consulté le 27 septembre 2021).

[456] L. Galgano, « Prévention et prise en charge de personnes âgées ayant un problème d'addiction », présenté à conférence des parties prenantes sur les MNT et les addictions : Vieillir en bonne santé – une contradiction?, Kursaal, Berne, 6 mai 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.infodrog.ch/files/content/alter/ncd-sucht-2019/2019-05-06_gesund-altern_ws10_infodrog_1-galgano.pdf

[457] FVS, « Genuss, Sucht- mittelkonsum und Abhängigkeiten in Alterszentren », Fachverband Sucht, Zürich, 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://www.alterundsucht.ch/files/content/pdf-de/2019-04-30_fs_konzept-suchtmittelkonsum-in-alterszentren.pdf

[458] N. Tschanz et K. Zölch, « Soigner des problèmes chroniques de dépendance dans l'Oberland bernois, Suisse », *Rhizome*, vol. N° 62, nº 4, p. 19-19, 2016.

[459] GCDP, « La classification des substances psychoactives: Lorsque la science n'est pas écoutée », Global Commission on Drug Policy, 2019. [En ligne]. Disponible sur: http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2019/06/2019Report_FR_web.pdf

[460] D. J. Nutt, L. A. King, et L. D. Phillips, « Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis », *The Lancet*, vol. 376, nº 9752, p. 1558-1565, nov. 2010, doi: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6.

[461] G. L. Engel, « The need for a new medical model: a challenge for biomedicine », *Sci. New Ser.*, vol. 196, nº 4286, p. 129-136, avr. 1977, doi: 10.1126/science.847460.

[462] G. L. Engel, « The clinical application of the biopsychosocial model », *Am. J. Psychiatry*, vol. 137, nº 5, p. 535-544, mai 1980, doi: 10.1176/ajp.137.5.535.

[463] G. L. Engel, « From biomedical to biopsychosocial: Being scientific in the human domain », *Psychosomatics*, vol. 38, nº 6, p. 521-528, 1997, doi: 10.1016/S0033-3182(97)71396-3.

[464] X. Laqueille et K. Liot, « Addictions : définitions et principes thérapeutiques », *Inf. Psychiatr.*, vol. Volume 85, nº 7, p. 611-620, 2009.

[465] T. Meyer et B. Willimann, « Altersalkoholismus: Eine Bestandesaufnahme », Forel Klinik & Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme, 2007, 2007. [En ligne]. Disponible sur: https://www.suchtimalter.ch/fileadmin/user_upload/sia/studien/altersalkoholismus.pdf

[466] E. J. Khantzian, « The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence », in *The Cocaine Crisis*, Boston, MA, 1987, p. 65-74. doi: 10.1007/978-1-4613-1837-8_7.

[467] ASSM, « Prise en charge et traitement des personnes atteintes de démence : Directives médico-éthiques », Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), Berne, 2018. [En ligne]. Disponible sur: https://www.samw.ch/dam/jcr:389a7c7c-316e-4615-badb-05b5255a5302/directives_assm_demence.pdf

[468] OFSP, CDS, et A. Grünig, « Critères d'indication pour des prestations spécialisées de soins palliatifs », Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Bern, 2014. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/8C/8CDCD4590EE41ED89C8CE8AA22E83426.pdf

[469] OFSP, CDS, et palliative ch, « Cadre général des soins palliatifs en Suisse », Office fédéral de la santé publique (OFSP), Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et palliative ch, Berne, juill. 2014. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/grundlagen/rahmenkonzept/rahmenkonzept-palliative-care.pdf.download.pdf/cadre-general-des-soins-palliatifs-en-suisse.pdf

[470] OFSP, CDS, J. Binder, et L. von Wartburg, « Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2010–2012 », Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Berne, oct. 2009. [En ligne]. Disponible sur: https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/strategie_bundkantone/palliativecare/bt_nationale_strategie_palliative_care_2010-2012_f.pdf

[471] ASSM, « Soins palliatifs : Directives médico-éthiques (2013) », Académie Suisse des Sciences Médicales, Berne, janv. 2013. [En ligne]. Disponible sur: https://www.samw.ch/dam/jcr:72848dc4-22e9-47b6-ad25-7a39a6f2a9d1/directives_assm_soins_palliatifs.pdf

[472] ASSM, M. Salathé, S. Brauer, et K. Bally, « Directives médico-éthiques de l'ASSM - Partie 3: Soins palliatifs », *Prim. Hosp. Care*, vol. 18, nº 20, p. 368-370, oct. 2018, doi: 10.4414/phc-f.2018.01832.

[473] FNS, « Fin de vie – Programme de recherche PNR 67 ». http://www.nfp67.ch/fr/Pages/Home.aspx (consulté le 22 septembre 2020).

[474] M. Zimmermann, « Rapport de synthèse PNR 67: Fin de vie », Fonds national suisse, Berne, 2017. [En ligne]. Disponible sur: http://www.nfp67.ch/SiteCollectionDocuments/nfp67-synthesebericht-fr.pdf

[475] PNR 74 -Système de santé, « Soins multisectoriels (projets de recherche) ». http://www.nrp74.ch/fr/projets/soins-multisectoriels (consulté le 7 octobre 2020).

[476] E. D. Jermann, B. Liebig, R. Schweighoffer, et E. Reeves, « *Les soins palliatifs en Suisse: Le point de vue des prestataires (PNR 74) », Hochschule für Angewandte Psychologie, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten, avr. 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/B_Aktuell/Soins_palliatifs_en_Suisse_-_le_point_de_vue_des_prestataires.pdf

[477] ASSM, « *Recherche en soins palliatifs. Rapport final sur le programme de soutien 2014–2018 de l'ASSM », Académie Suisse des Sciences Médicales, Berne, juin 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.samw.ch/dam/jcr:ca60c5dd-65d8-4a11-88c4-690a3f7ead63/rapport_assm_programme_soutien_recherche_soins_palliatifs.pdf

[478] OBSAN, « Placements en établissement psychiatrique à des fins d'assistance (Obsan Bulletin 2/2018) ». Observatoire suisse de la santé (Obsan), 2018. [En ligne]. Disponible sur: https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2019/obsan_bulletin_2018-02_f.pdf

[479] ALZ, G. Bieri, S. Silva-Lima, et B. Widmer, « La prise en soins de personnes atteintes de démence vivant dans un cadre institutionnel : Recommandations à l'attention des établissements médico-sociaux », Alzheimer Suisse, Berne, juin 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/14/1402EC7524F81EEAB1D6594F604A771F.pdf

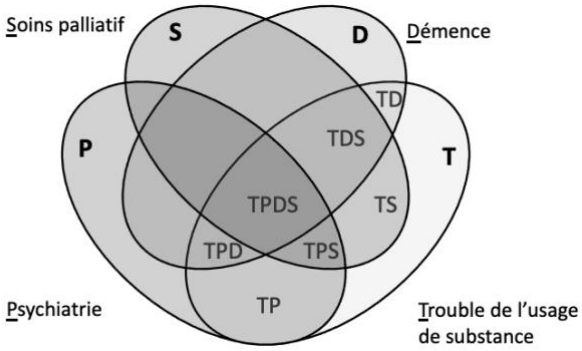
11 Annexes

11.1 Contenu

11.2 Annexes en lien avec l'introduction 109
A1 Revue de la littérature : Étendue de la problématique 109
A2 Questionnaire préliminaire aux associations et cantons 109
A3 Entretiens avec des experts 112
A4 Workshop — Similitudes des pratiques jugées intéressantes par les acteurs 117
11.3 Chapitre 1 — TUS 120
A5 Méfaits des substances psychoactives 120
A6 Intervention précoce 121
A7 Dépendance selon la CIM-10 122
A8 Diagnostics associés aux classes de substances (DSM 5) 123
A9 Le modèle biopsychosocial 123
A10 Modèle transthéorique du changement 124
11.4 Chapitre 2 — TUS et vieillissement 125
A11 Exemples d'interventions selon la typologie de buveurs âgés 125
A12 Recommandation en matière de prescription inappropriée de psychotropes 125
11.5 Chapitre 3 — TUS et troubles cooccurrents 127
A13 CIM 10 — Maladies psychiques selon la CIM-10 127
A14 Modèles du trouble addictif secondaire 128
A15 Documents à teneur normative en matière de santé psychique 128
11.6 Chapitre 4 — TUS et démences 129
A16 Liste des atteintes neurocognitives liées à la démence 129
A17 Documents à teneur normative en matière de démence 131
11.7 Chapitre 5 — TUS et soins palliatifs 132
A18 Organisation des soins palliatifs en Suisse 132
A19 Documents à teneur normative en matière de soins palliatifs 133
A20 Autres ressources sur le thème des soins palliatifs 135
11.8 Chapitre 6 — Autres problématiques transverses 136
A21 Outils pour éviter les prescriptions médicamenteuses inappropriée (PMI) auprès des personnes âgées 136
11.9 Autres chapitres 136
A22 Hospitalisations selon les diagnostics psychiatriques 136
A23 PAFA — placements à des fins d'assistance 138
A24 Outils de screening utilisé dans les EMS 138
A25 Nouveaux modèles de rémunération 139

11.2 Annexes en lien avec l'introduction

A1 Revue de la littérature : Étendue de la problématique



La recherche de littérature portant sur les principales difficultés inhérentes au diagnostic et à la prise en charge des TUS dans les contextes de démences, soins palliatifs et troubles psychiatriques, nous a amenés à investiguer 7 interfaces (TD, TS, TP, TDS…) à l'aide de combinaisons de mots clés spécifiques.

Figure 6 : Recherche de littérature

Tableau 26 : Exemples de mots-clés (recherche de littérature)

Interface	Exemples (non exhaustifs) de composition de mots-clés	Pubmed (peer reviewed)	Google scholar (littérature grise)
TS	« palliative care » AND « substance abuse »	100	19500
	« palliative care » AND « substance use disorder »	28	2400
	« comfort care » AND « substance use disorder»	No results	77
TD	« dementia » AND « substance abuse »	347	85'200
	« Alzheimer » AND « substance abuse »	107	85'000
	« Alzheimer » AND « substance use disorder"	10	5'620
TP	"psychiatric setting" AND "substance abuse"	12	4'980
	"comorbidities" AND "substance abuse"	765	64'500
TDS	"palliative care" AND "substance abuse" AND "dementia"	2	5400
TPS	"palliative care" AND "substance abuse" AND "psychiatric setting"	No results	240
TPD	"psychiatric setting" AND "substance abuse" AND "dementia"	No results	1090
TPDS	"psychiatric setting" AND "substance abuse" AND "dementia" AND "palliative, care"	No results	149

Note : Il s'agit d'exemple, notre recherche de littérature a porté sur d'autres combinaisons de mots clés

Les résultats de la revue de littérature sont exposés sous leur chapitre respectif.

A2 Questionnaire préliminaire aux associations et cantons

Tableau 27 : Questionnaire préliminaire aux associations non-addictions

Questionnaires aux associations non-addictions (Version : 01/2021-01-22)
Version finale éditée sur LimeSurvey
1. Prénom/Nom : TXT 100
2. Fonction occupée : TXT 100
3. Nom de votre institution : TXT 100
4. Votre principal domaine d'activité : case à cocher : Psychiatrie/Soins palliatifs/Démences/Gériatrie/Soins à domicile/Home pour personnes âgées/autres (TXT préciser)
À Pratique actuelle

5.	Dans votre pratique quotidienne, êtes-vous confronté à des personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances (alcool/drogues illicites) ? OUI/**(NON →section B)**
6.	Pourriez-vous évoquer en quelques mots un cas concret ? TXT 1000/NON
7.	Pourriez-vous nous donner une estimation de la proportion de personnes concernées dans votre patientèle ? MOINS DE 1 % | ENTRE 1 ET 10 % | DE 10 à 25 % | DE 25 à 50 % | DE 50 à 75 % | PLUS DE 75 % | ne sait pas
8.	Quels types de besoins particuliers et/ou de difficultés, existe-t-il pour la prise en charge de cette population et/ou de leurs proches ? TXT 1000 | **(aucun →Q9)** (par exemple en matière de : diagnostic, médication, de suivi psychosocial…)
9.	Si cette population ne fait l'objet d'aucun suivi spécifique, pourriez-vous nous en expliquer les raisons ? TXT 1000
10.	Quelles méthode et/ou échelles diagnostiques utilisez-vous pour le repérage et/ou diagnostic des troubles de l'usage de substances ? TXT 1000/aucune
11.	Quelles collaborations (en interne ou en externe) entretenez-vous autour de cette population ? TXT 1000/**(aucune →section C)**
12.	Pourriez-vous préciser les noms des personnes/institutions ? TXT 500
B Avis	
13.	À votre connaissance, pensez-vous que les personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances (alcool/drogues illicites) requièrent une prise en charge spécifique au sein de votre domaine d'activité ? OUI | **(NON →Q15)**
14.	Pourriez-vous préciser le type de besoins particuliers et/ou de difficultés qui motiverait une prise en charge spécifique (par exemple en matière de : diagnostic, médication, de suivi psychosocial…) TXT 1000
15.	Pourriez-vous nous dire les raisons pour lesquelles, selon vous, ce groupe de patients ne requiert pas une prise en charge spécifique ? TXT 1000
C Conditions-cadres	
16.	A votre connaissance, existe-t-il une stratégie nationale ou cantonale pour votre domaine d'activité ? oui/**(non/ne sait pas →Q18)**
17.	Celle-ci évoque-t-elle les TUS ? oui/non/ne sait pas
18.	A votre connaissance existe-t-il des recommandations professionnelles pour la prise en compte des TUS dans votre domaine d'activité ? oui/**(non/ne sait pas →Q20)**
19.	Pourriez-vous nous indiquer les références (nom, auteur) ? TXT
20.	À votre connaissance, existe-t-il une/des plateformes/site web national qui fournirait des indications sur la prise en charge des TUS dans votre domaine d'activité ? oui/**(non/ne sait pas →Q22)**
21.	Pourriez-vous nous indiquer son/leurs noms ? TXT 100
22.	Pensez-vous qu'il serait utile que les professionnels des addictions émettent des recommandations à l'attention de votre domaine d'activité ? oui/non/**(ne sait pas →Q24)**
23.	Pourriez-vous expliciter votre réponse TXT 500
24.	Au sein des institutions actives dans votre domaine d'activité, existe-t-il des règlements concernant l'utilisation de substances psychoactives (y compris l'alcool) par les bénéficiaires ? oui/**(non/ne sait pas →Q26)**
25.	Pourriez-vous nous décrire l'une ou l'autre de ces règles ? TXT 500
D Pour conclure	
26.	Auriez-vous des publications spécialisées ou des spécialistes (actif en Suisse) à nous recommander, qu'il serait intéressant de consulter ? non/TXT 500
27.	Auriez-vous connaissance d'une institution, d'un service ou même d'un projet, qui prenne en compte cette problématique en Suisse ou à l'étranger ? non/TXT 500
28.	Seriez-vous intéressé de participer en tant qu'expert à un workshop virtuel (2h sur zoom) dont l'objectif est de dégager des priorités sur le plan national ? Oui/non
29.	Êtes-vous d'accord que nous vous recontactions, si nécessaire, pour d'éventuelles précisions ? Oui/**(non →Q26)**
30.	Pourriez-vous nous indiquer votre numéro de téléphone et/ou votre adresse email personnelle TXT 100
31.	Avez-vous des remarques ou des réflexions complémentaires à nous soumettre ? non/TXT 1000

Tableau 28 : Questionnaire aux cantons

Référence : Questionnaire cantons (Version : 01 a/2021-01-20)
Version finale éditée sur LimeSurvey
1. Nom du canton TXT 100 2. Service qui a répondu au questionnaire TXT 100 3. Prénom/Nom : TXT 100 4. Fonction occupée : TXT 100 5. Téléphone : TXT 100
À Cadre stratégique
6. Votre canton dispose-t-il d'une stratégie ou d'un plan d'action pour les domaines suivants : Soins palliatifs/Démence/Santé mentale/Addiction/Vieillissement de la population (Case à cocher) a. Remarques/Précisions : TXT 1000/aucun
7. Votre canton a-t-il émis des directives/recommandations concernant le diagnostic ou la prise en charge des personnes ayant un trouble de l'usage de substances (TUS) dans les domaines suivants : a. Soins palliatifs OUI/NON b. Démence OUI/NON c. Santé mentale OUI/NON d. Vieillissement de la population OUI/NON e. En cas de réponse positive, pourriez-vous nous indiquer la/les références ? TXT 1000/aucune
B. Offre de soins
8. Votre canton dispose-t-il d'une offre de soins palliatifs ? OUI/NON a. Avez-vous connaissance d'une prise en compte spécifique des personnes ayant un trouble de l'usage de substances (TUS) dans ce domaine OUI/NON b. Si tel est le cas, pourriez-vous nous indiquer le nom de la ou des institutions concernées et, si possible, le nom d'une personne de référence TXT 1000
9. Votre canton dispose-t-il d'une offre en matière de démence ? OUI/NON a. Avez-vous connaissance d'une prise en compte spécifique des personnes ayant un trouble de l'usage de substances (TUS) dans ce domaine OUI/NON b. Si tel est le cas, pourriez-vous nous indiquer le nom de la ou des institutions concernées et, si possible, le nom d'une personne de référence TXT 1000
10. Votre canton dispose-t-il d'un service d'addictologie rattaché à votre offre en matière psychiatrique ? OUI/NON a. Offre-t-il des soins palliatifs ? OUI/NON b. Prend-il en charge des personnes atteintes de démence ? OUI/NON c. Si tel est le cas, pourriez-vous nous indiquer le nom de la ou des institutions concernées et, si possible, le nom d'une personne de référence TXT 1000
11. Votre canton dispose-t-il d'une offre résidentielle de traitement des addictions indépendante de votre réseau de soins psychiatrique ? OUI/NON a. Offre-t-elle des soins palliatifs ? OUI/NON b. Prend-elle en charge des personnes atteintes de démence ? OUI/NON c. Si tel est le cas, pourriez-vous nous indiquer le nom de la ou les institutions concernées et, si possible, le nom d'une personne de référence TXT 1000
C. Pour conclure
12. Auriez-vous connaissance d'un spécialiste (actif dans votre canton ou ailleurs en Suisse), qu'il serait intéressant de consulter sur cette thématique ? TXT 500
13. Êtes-vous d'accord que nous vous recontactions pour d'éventuelles précisions ?
14. Avez-vous des remarques ou des réflexions complémentaires à nous soumettre ?

Tableau 29 : Retours questionnaires

Domaine	GEO	Canal utilisé	Prénom	Nom	Fonction — Institution
Pol	BE	Kanton Bern	Karin	**Baumgartner**	wissenschaftliche Mitarbeiterin Spitalamt
SP	JU/NE	Palliative-BEJUNE	Christian	**Bernet**	Médecin — Équipe Mobile en Soins Palliatifs BEJUNE
SASD	FR	AFAS — Association fribourgeoise d'aide et de soins à domicile	Doris	**Beyeler-Zahno**	Dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie — Spitex Sense
SP	VS	Palliative-VS	Rita	**Bonvin**	Présidente — association palliative-VS
EMS	FR	AFIPA — Association Fribourgeoise des Institutions pour Personnes Âgées	Rémi	**Burgain**	Infirmier coordinateur — Le manoir
SASD	NE	NOMAD — Institution neuchâteloise d'aide et de soins à domicile	Frédéric	**Catala**	Infirmier en psychiatrie — NOMAD
ALZ	VS	Alzheimer Valais Wallis	Pia	**Coppex**	Secrétaire générale — Alzheimer Valais
Pol	OW	Kanton Obwalden	Patrick	**Csomor**	Leiter Gesundheitsamt
SASD	VD	AVASAD — Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile	Géraldine	**Flühmann**	Infirmière en psychiatrie — Service d'Aide et de Soins à Domicile du district de la Broye (RSSBF)
EMS	SH	CURAVIVA Schaffhausen	Werner	**Gasser**	Leiter — Alterszentrum Emmersberg
SASD	VD	AVASAD — Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile	Igor	**Gjorgjevski**	Consultant santé mentale en aide et soins à domicile — AVASAD
Pol	TG	Kanton Thurgau	Judith	**Hübscher Stettler**	Kantonale Beauftragte für Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht
SP	GE	Palliative-GE	Laurence	**Jelk Morales**	Médecin — membre du comité de palliative-GE
SASD	GE	IMAD — Institution genevoise de maintien à domicile	Franck	**Mauduit**	Infirmier en psychiatrie — IMAD
Pol	AR	Kanton Appenzell Ausserrhoden	Markus	**Meitz**	Leiter Gesundheitsförderung, Leiter Beratungsstelle für Suchtfragen
ALZ	TI	Alzheimer Ticino	Ombretta	**Moccetti**	Responsable offres — Alzheimer Ticino
EMS	FR	AFIPA — Association Fribourgeoise des Institutions pour Personnes Âgées	Olivier	**Pochon**	Infirmier-chef — Résidence les Épinettes
Pol	ZG	Kanton Zug	Roman	**Schaffhauser**	Beauftragter für Suchtfragen
SP	JU/NE	Palliative-BEJUNE	Delphine	**Segard**	Infirmier-chef d'unité de soins (ICUS) — Hôpital du Jura

A3 Entretiens avec des experts

Tableau 30 : Guide d'entretien experts addictions

Référence : Interviews experts Addictions (Version : 04/2021-05-11)
Guide d'entretien (45-75 min.)
Prénom/Nom : Fonction occupée : Institution : Principal domaine d'activité : Addictions Remplir avant entretien

Intro
L'OFSP nous a mandatés dans le but de documenter et, à terme, d'améliorer la prise en compte des personnes présentant un TUS dans les contextes suivants : soins psychiatriques, soins palliatifs et démence (troubles neurocognitifs majeurs selon DSM-5). Cet entretien s'inscrit dans cette perspective et vise à recueillir des informations sur la manière dont fonctionnent ou pourraient fonctionner ces interfaces.
S'agissant de cet entretien, il devrait durer environ une heure et s'articule autour de questions relatives à chacun des domaines mentionnés.
Avant de commencer…
Enregistrement : Seriez-vous d'accord que nous enregistrions cet entretien sachant qu'il sera effacé après sa retranscription thématique (par deux codeurs) ? Les données seront par ailleurs anonymisées (c.-à-d. pas de citation nominative dans le rapport).
Domaine : Pourriez-vous nous décrire, en quelques mots, votre domaine d'activité ?
Démence
Comment repère-t-on dans votre domaine un patient souffrant de démence (troubles neurocognitifs majeurs selon DSM-5)? – Transmission du dossier du patient ? – Questions structurées lors de l'admission ? – Utilisation d'instruments de screening ? Lesquels (p. ex. MoCa) ? – Comportement/incidents ? – Entretien avec les proches du patient ? – Analyse biologique ?
Comment fait-on la part des choses entre des symptômes identiques (ex. agressivité/apathie/douleurs) provoqués par les substances et la démence (troubles neurocognitifs majeurs selon DSM-5) ?
Quels types de besoins particuliers et/ou de difficultés, existe-t-il pour la prise en charge de cette population et/ou de leurs proches ? – Et dans les domaines du diagnostic ? – De la médication ? – Du suivi psychosocial ?
Question optionnelle : Si cette population ne fait l'objet d'aucune attention particulière, pourriez-vous nous en expliquer les raisons ?
Quelles collaborations (en interne ou en externe) entretenez-vous autour de cette population ? – Pourriez-vous préciser les noms des personnes/institutions ? – Et avec les pairs-aidant ? Les proches ? Avez-vous des collaborations ?
Les thérapies cognitivo-comportementales sont très largement utilisées en addictologie, comment fait-on avec une personne souffrant de démence (troubles neurocognitifs majeurs selon DSM-5) ?
Dispositifs prometteurs : Auriez-vous connaissance d'une institution, d'un service ou d'un projet en Suisse qui prenne en compte cette problématique de manière particulièrement intéressante ? – Ou à l'étranger ?
De manière plus générale que pensez-vous de l'interface entre ces deux domaines ?
Directives : À votre connaissance, existe-t-il (en Suisse ou à l'étranger) des directives sur le thème démence/addiction ? – Pourriez-vous préciser
Recommandations : Pensez-vous qu'il serait utile que les professionnels émettent des recommandations communes à ce sujet ? – Quels thèmes devraient-elles aborder ? – Quels types de recommandations devraient-elles être ?
Propositions d'amélioration : Selon vous, comment la prise en compte de cette problématique pourrait-elle être améliorée dans votre domaine d'activité ?
Que pensez-vous de la mise en œuvre de la RdR dans les situations de démence ?
Soins palliatifs
Des institutions actives dans les soins palliatifs (p. ex. soins à domiciles, homes, unité palliative) ont-elles déjà sollicité votre expertise ? – Pourriez-vous nous dire avec quel(s) type(s) de demandes ces acteurs viennent vers vous ?
– À l'inverse, avez-vous déjà sollicité un suivi palliatif pour l'un de vos patients/usagers ? – Comment cela s'est-il passé ?
Optionnel (si non évoqué) : Les opioïdes sont très largement utilisés dans les soins palliatifs, selon vous quels enjeux existe-t-il pour des consommateurs, ex-consommateurs de substances ou des personnes sous substitution ?

Dispositifs prometteurs : Auriez-vous connaissance d'une institution, d'un service ou d'un projet en Suisse, qui prenne en compte cette problématique de manière particulièrement intéressante ? – Ou à l'étranger ?
De manière plus générale que pensez-vous de l'interface entre ces deux domaines ?
Directives : À votre connaissance, existe-t-il (en Suisse ou à l'étranger) des directives sur le thème soins palliatifs/addiction ? – Pourriez-vous préciser
Recommandations : Pensez-vous qu'il serait utile que les professionnels émettent des recommandations communes à ce sujet ? – Quels thèmes devraient-elles aborder ?
Propositions d'amélioration : Selon vous, comment la prise en compte de cette problématique pourrait-elle être améliorée dans votre domaine d'activité ?
Que pensez-vous de la mise en œuvre de la RdR dans les situations de soins palliatifs ?
Troubles psychiatriques
Comment repère-t-on dans votre domaine un patient/usager souffrant d'un trouble psychiatrique ? – Transmission du dossier du patient ? – Anamnèse ? – Questions structurées lors de l'admission ? – Utilisation d'instruments de screening ? Lesquels ? – Comportement/incidents ? – Entretien avec les proches du patient ? – Analyse biologique ?
Quels types de besoins particuliers et/ou de difficultés, existe-t-il pour la prise en charge de cette population ? – Et dans les domaines du diagnostic ? – De la médication ? – Du suivi psychosocial ?
Quelles collaborations (en interne ou en externe) entretenez-vous autour de cette population ? – Pourriez-vous préciser les noms des personnes/institutions ? – Et avec une institution spécialisée en addictions ? – Et avec les pairs-aidant ? Les proches ? Avez-vous des collaborations ?
Optionnel (si non évoqué) : Pourriez-vous nous décrire le rôle des équipes de liaison ?
En cas de comorbidité avérée (TUS/PSY) comment se passe la prise en charge ? – Un trouble après l'autre ? Lequel d'abord ? – En même temps ?
Pourriez-vous vous évoquer les composantes d'un programme d'intervention intégré ?
Dispositifs prometteurs : Auriez-vous connaissance d'une institution, d'un service ou même d'un projet en Suisse, qui prenne en compte cette problématique des comorbidités de manière particulièrement intéressante ? – Ou à l'étranger ?
De manière plus générale que pensez-vous de l'interface entre ces deux domaines ?
Directives : À votre connaissance, existe-t-il (en Suisse) des directives sur le thème des comorbidités ? – Pourriez-vous préciser
Recommandations : Pensez-vous qu'il serait utile que les professionnels émettent des recommandations communes à ce sujet ? – Non, pour quelles raisons – Quels thèmes devraient-elles aborder ?
Propositions d'amélioration : Selon vous, comment la prise en compte des comorbidités pourrait-elle être améliorée dans votre domaine d'activité ?
Que pensez-vous de la mise en œuvre de la RdR dans les situations de soins palliatifs ?
Proches aidants
Que pouvez-vous nous dire sur l'apport des proches aidants dans votre domaine d'activité ?
Pour conclure
Auriez-vous d'autres spécialistes (en Suisse) à nous recommander, qu'il serait intéressant de consulter ?
Avez-vous des remarques ou des réflexions complémentaires à nous soumettre ?
Les résultats de cet entretien seront discutés dans le cadre de deux workshops

Le premier aura lieu le vendredi 27 août de 13h30 à 16h sur zoom. Ce workshop, interdisciplinaire, réunira une quinzaine de professionnels des addictions, de la psychiatrie, des soins palliatifs et de la prise en charge de la démence. Son objectif est d'identifier, à partir de la prise en compte des TUS dans chaque domaine, des similitudes et de bonnes pratiques (transférables d'un domaine à l'autre). Le second workshop, également interdisciplinaire, est prévu le vendredi 15 octobre de 13h30 à 16h sur Zoom. Son objectif est de dégager des recommandations et des priorités pour la prise en compte des TUS dans les domaines précités (psychiatrie/démence/soins palliatifs).
Seriez-vous intéressé à participer à l'un ou l'autre workshop, voire aux deux ? – Si non, pourriez-vous nous en expliquer la raison ?

Tableau 31 : Guide d'entretien experts non-addictions

Référence : Interviews experts non-addiction (Version : 05/2021-05-11)
Guide d'entretien (45-75 min.)
Prénom/Nom : Fonction occupée : Institution : Domaine : Remplir avant entretien
Intro
L'OFSP nous a mandatés dans le but de documenter et, à terme, d'améliorer la prise en compte des personnes présentant un TUS dans les contextes suivants : soins psychiatriques, soins palliatifs et démence (troubles neurocognitifs selon DSM-5). Cet entretien s'inscrit dans cette perspective et vise à recueillir des informations sur la manière dont fonctionnent ou pourraient fonctionner ces interfaces.
Il devrait durer environ une heure et s'articule autour de questions relatives à la prise en compte des TUS dans votre domaine.
Avant de commencer…
Enregistrement : Seriez-vous d'accord que nous enregistrions cet entretien sachant qu'il sera effacé après sa retranscription thématique (par deux codeurs) ? Les données seront par ailleurs anonymisées (c.-à-d. pas de citation nominative dans le rapport).
Domaine : Pourriez-vous nous décrire, en quelques mots, votre domaine d'activité ?
En générale : prise en compte des TUS
Comment repère-t-on dans votre domaine un patient souffrant d'un trouble de l'usage des substances (alcool/drogues illicites) ? – Transmission du dossier du patient ? – Anamnèse ? – Questions structurées lors de l'admission ? – Utilisation d'instruments de screening ? Lesquels ? – Comportement/incidents ? – Entretien avec les proches du patient ? – Analyse biologique ?
Comment fait-on la part des choses entre des symptômes identiques provoqués par les substances psychoactives, respectivement par la maladie ? <u>Exemples</u> : Agressivité, apathie, douleurs
Quels types de besoins particuliers et/ou de difficultés, existe-t-il pour la prise en charge de cette population ? – Et dans les domaines du diagnostic ? – De la médication ? – Du suivi psychosocial ? – Sur le plan de la collaboration/rôle des proches, des familles ?
Question optionnelle : Si cette population ne fait l'objet d'aucune attention particulière, pourriez-vous nous en expliquer les raisons ?
Quelles collaborations (en interne ou en externe) entretenez-vous autour de cette population ? – Pourriez-vous préciser les noms des personnes/institutions ? – Et avec une institution spécialisée en addictions ? – Et avec les pairs-aidant ? Les proches ? vous n'avez pas de collaboration ?
Psychiatrie : En cas de double diagnostic avéré (TUS/PSY) comment se passe le traitement ?

Un trouble après l'autre ? Lequel d'abord ? En même temps ?
Psychiatrie : Pourriez-vous évoquer les composantes d'un programme d'intervention intégré ?
Substances spécifiques
Quels enjeux voyez-vous autour de la prise en charge d'une personne alcoolodépendante ?
Quels enjeux voyez-vous autour de la prise en charge d'une personne sous traitement de substitution (méthadone) ?
Et pour les personnes dépendantes à l'héroïne (sans programme de substitution) ?
Quels enjeux voyez-vous autour de la prise en charge d'une personne dépendante aux médicaments (benzodiazépine/somnifère) ?
Comment gère-t-on les potentielles interactions entre traitement médicamenteux et consommation de substances psychoactives par le patient ? À quelles interactions faut-il être particulièrement attentives ? Exemples : Démence : neuroleptique en cas de délire Soins palliatifs : antalgiques, anxiolytiques
Proches aidants
Que pouvez-vous nous dire sur l'apport des proches aidants dans votre domaine d'activité ?
Stade, évolution de la maladie
La question des TUS se pose-t-elle de manière identique tout au long du parcours de soins/évolution de la maladie ? Exemples : Démence : Trouble neurocognitif léger/Trouble neurocognitif majeur Soins palliatifs : phase palliative/phase terminale Psychiatrie : Schizophrénie
Condition-cadre
Est-ce que vous voyez des enjeux différents par rapport à la consommation de substance selon les différentes structures œuvrant dans votre domaine d'activité ? Exemples : Démence et Soins palliatifs : Soins à domicile/EMS / Services des Hôpitaux/Institutions spécialisées Psychiatrie :
Uniquement Démence/Soins Palliatifs : À votre connaissance, existe-t-il (en Suisse ou à l'étranger) des recommandations/directives pour la prise en compte des TUS dans votre domaine d'activité ?
Uniquement Psychiatrie : À votre connaissance, existe-t-il (en Suisse ou à l'étranger) des recommandations/directives pour la prise en charge des doubles diagnostics ?
Pensez-vous qu'il serait utile que les professionnels suisses des addictions émettent des recommandations à l'attention de votre domaine d'activité ? – Non, pour quelles raisons ? – Quels sujets devraient-elles aborder ?
Dispositifs prometteurs
Auriez-vous connaissance d'une institution, d'un service ou même d'un projet en Suisse qui prenne en compte cette problématique de manière particulièrement intéressante ? – Ou à l'étranger ?
De manière plus générale que pensez-vous de l'interface entre ces deux domaines ?
Propositions d'amélioration
Selon vous, comment la prise en compte des TUS pourrait-elle être améliorée dans votre domaine d'activité ?
Poursuite de la consommation/règlements
À votre connaissance quels types de règlements (par rapport à la consommation de substance) existe-t-il dans les institutions œuvrant dans votre domaine d'activité ?
Que pensez-vous de la mise en œuvre de la RdR dans votre domaine d'activité ? Par ex : Introduction du vapotage/stock de Naloxone dans les institutions
Uniquement Psychiatrie : Des personnes se font exclure de structures psychiatriques en raison de leur consommation. Comment éviter cela ?
Uniquement Soins palliatifs : Les soins palliatifs sont centrés sur les besoins de la personne, son bien-être. À votre avis, doit-on laisser une personne dépendante continuer à consommer ? – Pourquoi ?

Pour conclure
Auriez-vous des publications spécialisées ou d'autres spécialistes (en Suisse) à nous recommander, qu'il serait intéressant de consulter ?
Avez-vous des remarques ou des réflexions complémentaires à nous soumettre ?
Les résultats de cet entretien seront discutés dans le cadre de deux workshops Le premier aura lieu le vendredi 27 août de 13h30 à 15h30 sur zoom. Ce workshop, interdisciplinaire, réunira une quinzaine de professionnels des addictions, de la psychiatrie, des soins palliatifs et de la prise en charge de la démence. Son objectif est d'identifier, à partir de la prise en compte des TUS dans chaque domaine, des similitudes et de bonnes pratiques (transférables d'un domaine à l'autre). Le second workshop, également interdisciplinaire, est prévu le vendredi 15 octobre de 13h30 à 15h30 sur Zoom. Son objectif est de dégager des recommandations et des priorités pour la prise en compte des TUS dans les domaines précités (psychiatrie/démence/soins palliatifs).
Seriez-vous intéressé de participer à l'un ou l'autre workshop, voire aux deux ? – Si non, pourriez-vous nous en expliquer la raison ?

Tableau 32 : Liste des experts interviewés

Domaines	GEO	Prénom	Nom	Fonction/Titre	Institutions
TNC	GE	*Joëlle	**Casanova-Saini**	Infirmière	Foyers de jour Le Relais Dumas/Le Relais de Vessy — Alzheimer Genève
SP	VD	*Chelo	**Fernandez**	Responsable de missions	Palliative-VD
PSY	GE	Anne	**Beranche**	Infirmière responsable d'équipe	Réseau douleur — HUG Belle-Idée
TUS/PSY	ZH/CH	Tony	**Berthel**	Psychiatre Président	SSAM — Société Suisse de Médecine de l'Addiction
TUS	BE/CH	Franziska	**Eckmann**	Directrice	Infodrog
SP	BS	Sandra	**Eckstein**	Leitende Ärztin	Palliative Care — Universitätsspital Basel
TNC	SG	Ansgar	**Felbecker**	Médecin-chef	Clinique de la neurologie, hôpital cantonal St-Galle (KSSG)
TNC	GE	Giovanni	**Frisoni**	Professeur et directeur	Centre de la mémoire HUG
PSY	SO	Peter	**Gasser**	Psychiatre	Cabinet privé
TUS/SP	VD	Aurore	**Lugon-Moulin**	Responsable	Soleil levant (Fondation le Levant)
TUS	SG	Roger	**Mäder**	Directeur Coordinateur	FOSUMOS Praticien addiction Suisse
SP	GE	Sophie	**Pautex**	Professeure et Médecin-cheffe de service	HUG — Service soins palliatifs
TNC	BE	Jan	**Roloff**	Neuropsychologue en chef	Siloah AG — BESAS Berner Spitalzentrum für Altersmedizin
TNC	VD	Olivier	**Rouaud**	Neurologue Adjoint de direction	CHUV — Centre Leenaards de la Mémoire
TUS/PSY	GE	Vanessa	**Vaucher**	Infirmière de liaison en addictologie	HUG — Service d'addictologie (Département de psychiatrie)
TNC/PSY	VD	Armin	**von Gunten**	Professeur et chef de service	CHUV — Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA)
SP	BS	Christine	**Zobrist**	Leitende Ärztin	Palliative Care – Kantonsspital Baselland (KSBL)
TUS/PSY	GE	Daniele	**Zullino**	Professeur associé — Chef du Service d'addictologie	HUG — Service d'addictologie (Département de psychiatrie)

Note : * Interview exploratoire sans guide d'entretien

A4 Workshop — Similitudes des pratiques jugées intéressantes par les acteurs

Date :	vendredi 27 aout, de 13h30 à 16 h (durée : 150')

Lieu :	sur Zoom
Objectif :	Identification similitudes et pratiques (transposables)
Langue :	Les participants s'expriment dans leur langue (le workshop est bilingue)

Déroulement :

Étape	Durée	Description	Modalités
Accueil	10'		
Ateliers	40'	Identification de pratiques jugées intéressantes pour les thématiques proposées	4 ateliers monodisciplinaires
Restitution ateliers	40'	Bref retour sur les projets/pratiques identifiés autour des thématiques proposées	4 X 10' en plénière
Pause	15'		
Plénière	40'	Identification des similitudes Identification des pratiques/projets transposables (et des aménagements nécessaires)	Plénière
Clôture	5'		

Les cinq thématiques proposées :

1. Renforcement de l'autonomie et de l'autodétermination
2. Maintien de la personne dans la communauté & Continuité des soins
3. Intervention précoce
4. Reconnaissance du travail des proches
5. Soins de longue durée des 65+ ans

Figure 7 : Atelier — Exemples de pratiques (pour discussion)

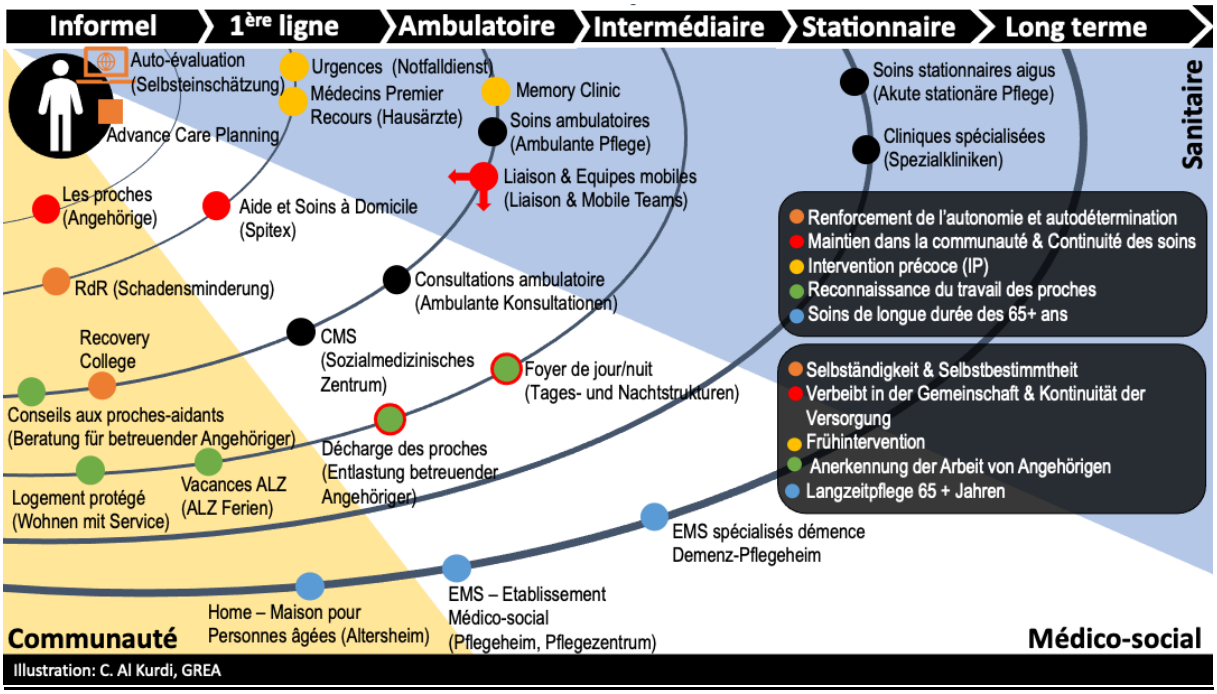


Tableau 33 : Dispositifs exemplaires repérés dans la littérature et dans la cadre du premier WS

Thèmes	Addictions	Psychiatrie	Démence	Soins palliatifs
1. Renforcement de l'autonomie	- Entraide [366] - Réduction des Risques (RdR) - Recovery college addictions (projet pilote du GREA) [443] - Forum de discussion entre pairs	- Entraide [366] - Collège de rétablissement [444]–[446]	- Entraide [366] - « Cafés Alzheimer » pour stimuler le lien social [447] - Projet « CareMENS » pour retarder le déclin cognitif [154], [155]	- Entraide [366]
2. Renforcement de l'autodétermination	- Directives anticipées [404], [405]	- Plan de crise conjoint (PCC) [409] - Directives anticipées [403]	- Directives anticipées [406]	- Advance care Planning [408] - Directives anticipées
3. Maintien dans la communauté	- SASD + travail des proches - (Auto) tests en ligne - Assertive community treatment [448] - Housing first [368], [370] - Appartement de transition [449]	- SASD + travail des proches - Clinique de jour/de nuit (structures intermédiaires) - Case management de transition (hôpital — appartement) [361]	- SASD + travail des proches - Foyers de jour/de nuit (structures intermédiaires) - Courts-séjours en EMS - *Home Treatment* [412], [413]	- SASD + travail des proches - Foyers de jour/de nuit (structures intermédiaires)
4. Continuité des soins	- Équipe mobile/de liaison d'addictologie [450] - Case management de transition	- Équipe mobile/de liaison de psychiatrie [343], [346] [344]	- Équipe mobile/de liaison de psychiatrie de l'âge avancé (EMPAA) [410], [345], [347], [349], [411]	- Équipe mobile/de liaison de soins palliatifs (EMSP) [353]–[356]
5. Intervention précoce (IP)	- (Auto) tests en ligne - Modèle IP4 du GREA - Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT)	- Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT)	- Centres de la mémoire (Diagnostics précoces) [227] - Projet « CareMENS » pour retarder le déclin cognitif [154], [155]	- « Pallia 10 CH » outil d'indication en 10 questions [451]
6. Reconnaissance du travail des proches	- Matériel d'information à l'attention des proches (p. ex. brochures d'Addiction Suisse)	- Psychoéducation des proches [399]	- Vacances Alzheimer - Consultation psychologique pour proches aidants - Alzami pro — présence à domicile de bénévoles formés [452]	- Cours pour l'accompagnement d'un proche en fin de vie (Croix-Rouge Suisse/Caritas) - Sur le chemin du deuil — programme de soutien pour le deuil [453]
7. Soins de longue durée des 65+ ans	- Soleil levant — établissement psychosocial médicalisé (VD) [454] - Wohnheim Sonnenburg (TG) [455] [456] - Gustav Benz Haus (BS), voir [457] - Solina Spiez (BE) [458]	- De nombreux EMS spécialisés	- EMS spécialisés démence, par ex : Alterszentrum Waldfrieden / Selnau (ZH)	- Unités de soins palliatifs dans les EMS - Structures spécialisées en soins palliatifs

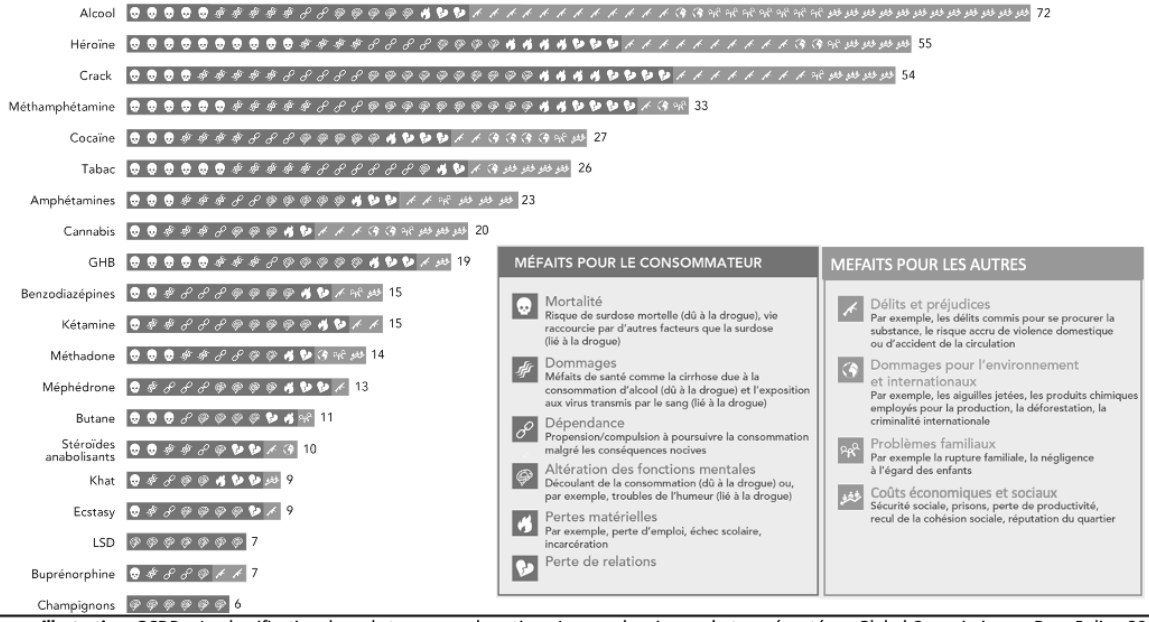
Tableau 34 : Personnes ayant contribué aux recommandations (participation workshop et/ou retours lors de la consultation)

Domaines	GEO	Prénom	Nom	Fonction/Titre	Institutions
TUS/TPSY	ZH/CH	Tony	**Berthel**	Psychiatre/Président	Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSAM)
EMS /SP	FR	Rémi	**Burgain**	Infirmier coordinateur	Résidence Le Manoir (Fribourg)
SP	VD	Chelo	**Fernandez**	Responsable de missions	Palliative-VD
TNC	GE	Giovanni	**Frisoni**	Professeur et directeur	Centre de la mémoire HUG
TUS	CH fr	**Comité**	**GREA**	—	Groupement Romand d'Étude des Addictions
(ALZ)	GE	Barbara	**Lucas**	Professeure	Haute école de travail social de Genève
TUS/SP	VD	Aurore	**Lugon-Moulin**	Responsable	Soleil levant — Fondation le Levant
TUS	SG	Roger	**Mäder**	Directeur Coordinateur	FOSUMOS Praticien addiction Suisse
TNC	VD	Olivier	**Rouaud**	Neurologue Adjoint de direction	CHUV — Centre Leenaards de la Mémoire
PSY	ZH	Egemen	**Savaskan**	Prof. Dr. méd. /Co-président	Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de la Personne Âgée (SGAP / SPPA)
TUS/TPSY	GE	Vanessa	**Vaucher**	Infirmière de liaison en addictologie	HUG — Service d'addictologie (Département de psychiatrie)
TUS/TPSY	GE	Daniele	**Zullino**	Professeur associé — Chef de Service	HUG — Service d'addictologie (Département de psychiatrie)

11.3 Chapitre 1 — TUS

A5 Méfaits des substances psychoactives

Figure 8 : Méfaits des substances psychoactives (Nutt et al. 2010)



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, nº 9752, p. 1558-1565, nov. 2010.

Cette figure produite par la Global Commission on Drug Policy [459] sur la base des travaux de Nutt et collègues [460] aborde plusieurs aspects qu'il est important de connaitre lorsque que l'on évoque les drogues, en particulier le fait que le statut légal d'un produit psychoactif ne reflète pas sa dangerosité.

A6 Intervention précoce

Encadré 18 : Définition de l'intervention précoce (Charte 2016)

La **démarche d'Intervention Précoce** (IP) vise à promouvoir un environnement favorable à la santé et à renforcer les compétences éducatives de tous les membres de la communauté pour mieux accompagner les personnes en situation de vulnérabilité. Elle consiste notamment à repérer, de manière précoce, les conditions sociales problématiques ainsi que les comportements à risque des personnes de tous les âges, pour trouver un soutien adapté et venir en aide aux personnes en situation de vulnérabilité, aussi bien dans leur développement personnel que dans leur capacité d'intégration sociale.

La démarche d'IP se base sur des procédures orientées vers une bonne articulation entre les structures et l'individu. Le concept IP n'a pas pour seul objectif de modifier le comportement des personnes concernées, il s'engage avant tout à repérer et à désigner suffisamment tôt les conditions sociales et structurelles de vulnérabilité et à **promouvoir des conditions-cadres favorables à la santé**.

La notion de **repérage** évoque l'idée de repérer à temps les situations difficiles, les comportements à risque et les signes de vulnérabilité, afin de les interpréter correctement à travers une évaluation. La notion de repérage se réfère à des risques liés à l'environnement et à la personne, qui contribuent à développer un comportement problématique.

La **prise en charge** signifie que l'on offre un soutien adapté aux contextes et aux personnes reconnues comme étant en situation de vulnérabilité (accompagnement, consultation ou traitement). Le but de l'intervention est aussi bien la promotion et l'activation des ressources environnementales et personnelles que la réduction des risques.

Source : Charte de l'intervention précoce (2016) [13]

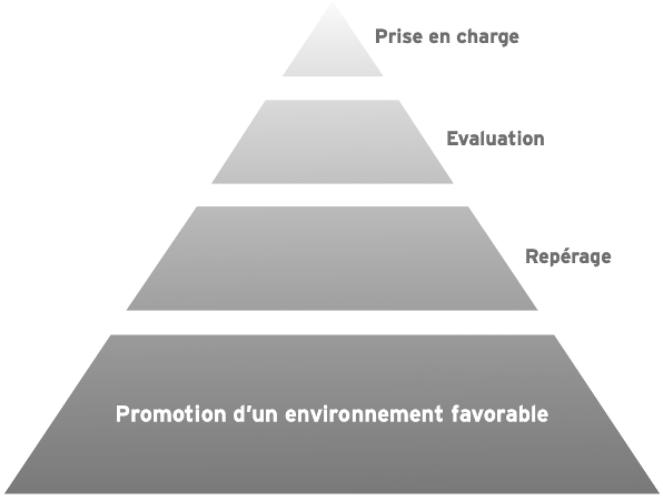
Encadré 19 : La charte de l'intervention précoce — les principes adoptés (2016)

Outre la compréhension de l'IP admise par les professionnel-le-s, une attitude commune des personnes impliquées est nécessaire :

1. L'IP respecte le bien-être de la personne concernée et le principe de proportionnalité.
2. L'IP reconnaît le droit à la différence et à l'autodétermination. Des périodes de crise et de comportements inadéquats font partie d'un processus de développement normal. Ce principe atteint ses limites lorsque l'intégrité physique et mentale, la santé et/ou le développement de la personne concernée et/ou de son environnement sont durablement menacés.
3. Toutes les personnes en contact avec les personnes concernées ont la responsabilité, dans le cadre de leur rôle (professionnel), d'agir dans le sens de l'IP.
4. La qualité de la relation, valorisante et encourageante, avec la personne concernée, est une condition préalable nécessaire à tout repérage précoce et augmente l'efficacité d'une IP adaptée à la situation.
5. L'IP prend également en compte le contexte de vie de la personne concernée. Il soutient les acteurs impliqués et leur donne une assurance dans l'action.
6. L'IP est une tâche d'intérêt commun qui repose sur une coopération engagée entre les différents professionnels, personnes de référence et organisations spécialisées. Des rôles clairs, des processus bien définis, des objectifs partagés et une définition commune des risques et de la vulnérabilité sont des facteurs de réussite importants.
7. Les professionnels et les personnes de référence respectent tout au long du processus d'IP les droits des personnes concernées ainsi que leur faculté d'autodétermination adaptée à leur développement et à leur situation. Un travail de réseau coordonné — qui promeut les ressources individuelles, soutient et protège les personnes concernées en cas de besoin — leur garantit une participation active ainsi qu'une communication transparente.
8. La promotion et la mise en œuvre de l'IP nécessitent un mandat politique et institutionnel clair ainsi que des ressources en matière de financement, de temps et de personnel.
9. L'IP a pour ambition de reconnaître et de dénoncer des conditions sociales et structurelles défavorables, ainsi que de s'engager pour un environnement favorable à la santé.

Source : Charte de l'intervention précoce (2016) [13]

Figure 9 : Pyramide de l'intervention précoce (2016)



La charte nationale est soutenue par les organisations, conférences et commissions suivantes :

– Addiction Suisse, Avenir Social, Fachverband Sucht, Groupement romand d'études des addictions (GREA), Infodrog, Radix, Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSAM), Ticino Addiction, Association suisse des responsables cantonaux pour la promotion de la santé (ARPS), Conférence des délégués cantonaux aux problèmes des addictions (CDCA), Conférence des délégués des villes aux problèmes de dépendance (CDVD), Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Source illustration: Les Signataires. 2016. « Charte de l'Intervention Précoce (version révisée 2016) ».

A7 Dépendance selon la CIM-10

Tableau 35 : Critères de diagnostic de la dépendance selon la CIM-10

1	Désir impératif ou sensation de compulsion pour la prise de substance ;
2	Difficulté à contrôler le comportement de prise de la substance en termes de début, de fin, ou de quantité utilisée ;
3	Présence d'un état de sevrage physiologique en cas d'arrêt ou de diminution de la prise, mise en évidence par les signes suivants : syndrome de sevrage caractéristique de la substance, prise de cette même substance (ou d'une substance étroitement apparentée) dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage ;
4	Signes de tolérance, comme par exemple augmentation nécessaire de la dose de substance psychoactive pour obtenir les effets produits initialement par des doses plus faibles ;
5	Perte progressive d'intérêt pour d'autres plaisirs ou activités en raison de l'usage de substances psychoactives, temps de plus en plus important passé à se procurer ou à consommer la substance, ou à récupérer de ses effets ;
6	Poursuite de l'usage de la substance malgré ses conséquences manifestement nocives, telles que lésions hépatiques dues à l'abus d'alcool, état dépressif résultant d'une utilisation massive ou atteinte des fonctions cognitives associée à la substance. On essaiera de déterminer si l'utilisateur était réellement ou pouvait être conscient de la nature et de l'étendue des dommages.
Note : Dépendance = Présence de trois ou plus des manifestations ci-dessous, à un moment quelconque de l'année précédente	

Source : OMS (2004), Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance (Résumé) [6]

A8 Diagnostics associés aux classes de substances (DSM 5)

Tableau 36 : 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 amphétaminique, la cocaïne et les stimulants autres ou non spécifiés.

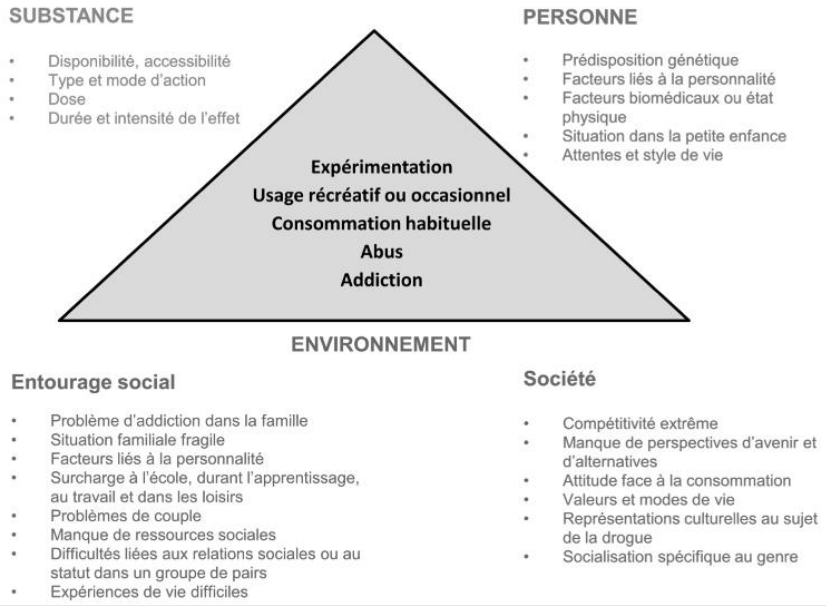
Source : APA (2015), DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [4], [5]

A9 Le modèle biopsychosocial

Dans les années 1970, le psychiatre américain George Engel a proposé l'approche biopsychosociale de la maladie, qu'il a présentée comme une alternative à l'approche biomédicale traditionnelle. Voir: [461]–[463].

Popularisé et développé en France dans le domaine des addictions par le psychiatre Claude Olivenstein, ce modèle permet d'appréhender la complexité de l'addiction, en tenant compte de trois dimensions également constitutives de l'expérience addictive. Celle-ci est comprise comme la relation entre : 1) Un produit (une substance) ; 2) Un individu (une personne) ; 3) Un contexte (un environnement).

Figure 10 : Modèle biopsychosocial des causes de l'addiction, selon Sting & Blum, 2003



Source illustration: Addiction Suisse, « Bases théoriques de la prévention des dépendances ». janv. 2013. **Sources**: S. Sting et C. Blum, *Soziale Arbeit in der Suchtprävention*. München: Reinhardt, 2003.

A10 Modèle transthéorique du changement

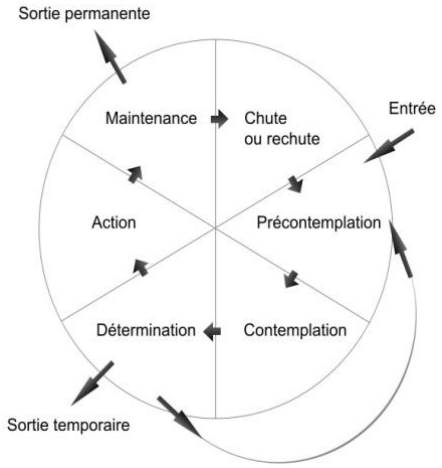


Figure 11 : Modèle du changement (Prochaska et DiClemente 1982)

Le modèle transthéorique du changement pour lequel un sujet présentant un comportement de dépendance passe à travers différents stades ordonnés de façon chronologique [23].

L'objectif du thérapeute évolue en fonction du stade dans lequel se situe le patient. Son caractère pragmatique et son efficacité validée scientifiquement en ont fait un outil largement employé en addictologie, en particulier dans la prise en charge du fumeur [464]

Ce modèle et ses diverses déclinaisons sont particulièrement importants, car ils constituent le fondement de la plupart des approches en addictologie.

11.4 Chapitre 2 — TUS et vieillissement

A11 Exemples d'interventions selon la typologie de buveurs âgés

Tableau 37 : Exemples d'interventions selon la typologie de buveurs âgés (Meyer et Willimann, 2007)

Typologie	Exemples d'intervention
Groupe 1 : Alcooliques chroniques âgés (buveurs précoces)	– Groupe de patients le plus souvent polymorbides, présentant souvent une désintégration sociale de longue durée, ayant souvent de longs antécédents psychiatriques et thérapeutiques, dans une certaine mesure des alcooliques réfractaires à la thérapie. – Les mesures thérapeutiques sont guidées par l'idée de réduction des dommages, de préservation de la dignité et de l'autonomie (limitée).
Groupe 2 : L'abus d'alcool dans la vieillesse en tant que symptôme d'une maladie de la vieillesse, notamment la dépression et la démence	– Ce groupe correspond à l'alcoolisme secondaire ou symptomatique en présence d'une maladie somatique ou psychiatrique sous-jacente. – Thérapeutique : le traitement intégral prenant en compte la maladie sous-jacente est ici prioritaire et relève généralement de la médecine (somatique-psychiatrique).
Groupe 3 : L'alcoolisme de vieillesse, qui ne survient qu'à un âge avancé en raison de changements dans les circonstances de la vie, en particulier la retraite (buveurs tardifs).	– Apparition tardive du problème, dans une certaine mesure, dans le sens d'une automédication inadaptée. – En termes de thérapie, les interventions précoces de type conseil ou thérapeutique (individuelles et/ou de groupe) sont au premier plan avec ce groupe, car il y a souvent un haut niveau d'observance du traitement de la part du patient. Dans certains cas, les résultats du traitement sont meilleurs que chez les adultes d'âge jeune ou moyen. – Les aspects psychiatriques (par exemple la nécessité d'une pharmacothérapie, les séquelles psychiatriques telles que la labilité de l'affect, la désinhibition, la dépression, la suicidalité, les phobies, les troubles de la mémoire, les troubles du sommeil, les tendances paranoïaques, le comportement de repli sur soi, la négligence, l'altération de la capacité à conduire) doivent être pris en compte.
Groupe 4 : Alcoolisme de vieillesse après des événements de vie drastiques et négatifs (par exemple, la perte du partenaire)	– Caractéristiques des patients similaires à celles du groupe 3, problèmes plus aigus que dans le groupe 3 (subaigu). – Pour les groupes 3. et 4., des services de conseil et de traitement ambulatoires, éventuellement aussi des services cliniques spécialisés semi-hospitaliers ou hospitaliers, conviennent.

Source : Meyer et Willimann (2007), Altersalkoholismus: Eine Bestandesaufnahme [465, p. 12].

A12 Recommandation en matière de prescription inappropriée de psychotropes

Tableau 38 : Recommandations de smarter medicine Switzerland concernant la prescription de psychotropes (version longue)

Recommandation	Rationnel	Auteur, année
Ne pas utiliser de benzodiazépines ou autres sédatifs-hypnotiques chez les personnes âgées pour le traitement de l'insomnie, de l'agitation ou d'un état confusionnel aigu et éviter leur prescription à la sortie de l'hôpital	Des études à grande échelle montrent de façon consistante que le risque d'accidents de la route, de chutes et de fractures de la hanche nécessitant une hospitalisation et entraînant la mort peut plus que doubler chez les personnes âgées prenant des benzodiazépines ou d'autres sédatifs-hypnotiques. L'utilisation de benzodiazépines devrait donc être réservée au traitement de delirium observés lors du sevrage de l'alcool ou en cas de troubles anxieux généralisés sévères lorsque les autres traitements sont inefficaces.	SSMIG — Société Suisse de Médecine Interne Générale, 2'016 [93]
Ne pas utiliser d'antipsychotiques en première intention pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.	Les personnes atteintes de démence font souvent preuve d'agressivité, de résistance aux soins et d'autres comportements problématiques ou perturbateurs. Dans de telles circonstances, les médicaments antipsychotiques sont souvent prescrits, mais ils présentent des avantages limités et variables tout en présentant des risques, tels qu'une sédation excessive, une dégradation cognitive et un risque accru de chute, d'accident vasculaire cérébral et de mortalité. L'usage de ces médicaments chez des patients atteints de démence devrait être limité aux cas où des mesures non pharmacologiques ont échoué et où les patients représentent une menace	SPSG — Société Professionnelle Suisse de Gériatrie, 2017 [94]

	imminente pour eux-mêmes ou pour les autres. L'identification et le traitement des causes de changement de comportement peuvent éviter les traitements médicamenteux.	
Ne pas faire usage de benzodiazépines ou d'autres hypnotiques sédatifs chez les personnes âgées en première intention pour le traitement de l'insomnie, de l'agitation ou du délire	Des études à grande échelle montrent systématiquement que le risque d'accident lors de la conduite de véhicules à moteur, de chutes et de fractures de la hanche entraînant une hospitalisation ou le décès du patient peut plus que doubler chez les personnes âgées prenant des benzodiazépines et d'autres hypnotiques sédatifs. Les patients âgés, leurs soignants et leurs prestataires devraient reconnaître cette nocivité potentielle au moment d'opter pour des stratégies de traitement de l'insomnie, de l'agitation ou du délire. L'usage des benzodiazépines devrait être réservé aux symptômes de sevrage alcoolique, au delirium tremens ou aux cas de trouble d'anxiété généralisée sévère ne répondant pas aux autres traitements	SPSG — Société Professionnelle Suisse de Gériatrie, 2017 [94]
Éviter l'administration de médicaments de réserve tels que sédatifs, antipsychotiques ou hypnotiques lors d'un delirium sans d'abord clarifier, éliminer ou traiter les causes à l'origine de ce dernier.	Utiliser principalement des approches non pharmacologiques pour prévenir et traiter un délire. La principale étape dans le traitement d'un delirium est l'identification, l'élimination ou le traitement des causes qui en sont à l'origine. Un delirium est souvent une conséquence physiologique directe d'une autre maladie, d'une intoxication, d'un sevrage, d'une exposition à une toxine, ou de causes multiples. Il faudrait donc procéder à une anamnèse détaillée, un examen physique, prescrire des tests de laboratoire et émettre des diagnostics spécifiques ainsi que vérifier de manière approfondie si certains médicaments pouvaient provoquer un délire et les interrompre. Étant donné que de nombreux médicaments ou groupes de médicaments ont un rapport avec le développement d'un délire (p. ex. benzodiazépine, anticholinergiques, certains antihistaminiques, sédatifs/somnifères), leur administration en tant que médicament de réserve devrait être évitée autant que possible. Par ailleurs, les antipsychotiques ne devraient être administrés qu'à la plus petite dose efficace, pour une durée la plus courte possible et uniquement aux personnes âgées qui présentent une forte agitation et/ou qui peuvent présenter un danger pour les autres ou pour elles-mêmes. Ces médicaments ont des effets secondaires importants et il n'y a pas suffisamment de données probantes pour que leur application soit sûre et efficace lors d'un délire. Il est donc recommandé, en matière de prévention du délire, d'implanter différentes interventions non pharmacologiques et de les réaliser de manière systématique et interprofessionnelle pendant toute la durée de l'hospitalisation.	SSSG — Société scientifique de soins en gérontologie, 2019 [95]
Ne pas utiliser d'opiacés pour traiter la migraine sauf en dernier recours	Les opiacés pour traiter la migraine devraient être évités, car il existe des traitements spécifiques de la migraine plus efficace. L'usage fréquent des opiacés peut aggraver les céphalées. Les opiacés devraient être réservés aux patients atteints de pathologies empêchant l'usage des traitements spécifiques de la migraine, ou chez qui ces traitements ont échoué.	SSN — Société Suisse de Neurologie, s. d. [96]
Ne pas prescrire d'analgésiques opiacés pour des lombalgies non spécifiques	Il n'existe actuellement pas d'évidence en faveur de la prescription d'analgésiques opiacés pour les patients souffrant de lombalgie aiguë non spécifique, et seul un soulagement modeste de la douleur a été démontré avec les analgésiques opioïdes chez les personnes souffrant de lombalgies chroniques. De plus, il existe des inquiétudes grandissantes quant aux effets indésirables des opioïdes, y compris des surdosages et des décès. La prise en charge de la lombalgie chronique comprend en priorité des traitements non pharmacologiques et, en cas d'échec, un traitement pharmacologique par des anti-inflammatoires non stéroïdiens, tandis que les opioïdes faibles devraient être limités seulement en troisième intention.	SSR — Société Suisse de rhumatologie [97]

Source : www.smartermedicine.ch

11.5 Chapitre 3 — TUS et troubles cooccurrents

A13 CIM 10 — Maladies psychiques selon la CIM-10

Tableau 39 : Troubles mentaux et du comportement, selon la CIM-10

Groupe diagnostique	Description
Troubles mentaux organiques (F0)	Parmi les troubles mentaux organiques (F0) les plus fréquents, on peut citer les démences et les différentes formes de délires non dus à l'alcool ou à d'autres substances psychotropes. Ils englobent aussi les modifications organiques du cerveau (p. ex., suite à un empoisonnement ou à un trouble du métabolisme) et les lésions cérébrales ayant entraîné un trouble fonctionnel du cerveau.
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (F1)	Les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (F1) comprennent toutes les dépendances liées à la consommation excessive de substances psychotropes comme l'alcool, les drogues ou les médicaments. Les addictions sont souvent concomitantes à d'autres pathologies psychiatriques (cf. ch. 2.2).
Troubles schizophréniques (F2)	Par troubles schizophréniques (F2) on entend les tableaux cliniques qui s'accompagnent notamment d'une perte du sens des réalités, d'idées délirantes et d'hallucinations, de troubles de la perception, de la pensée du langage et des émotions (p. ex., angoisses envahissantes). Certaines formes de la maladie entraînent aussi un repli social, une apathie et des troubles de l'attention.
Troubles de l'humeur (affectifs) (F3)	Les troubles de l'humeur (affectifs) (F3) regroupent les troubles qui affectent principalement les émotions et l'énergie de la personne atteinte. Ils englobent les dépressions, les manies et leur alternance (troubles bipolaires). Alors que les principaux symptômes d'une dépression sont le manque de joie de vivre, d'énergie et d'intérêt, les manies, elles, se traduisent par une exaltation, un afflux d'idées (tachypsychie) et un dynamisme excessif. Des épisodes d'inhibition et de désinhibition peuvent également survenir en alternance.
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F4)	Le terme générique de troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F4) englobe les maladies du type troubles anxieux et obsessionnels-compulsifs dans lesquelles l'humeur et le comportement sont dominés par des symptômes comme les angoisses, les obsessions et d'autres symptômes corporels non explicables d'un point de vue organique. En font partie les phobies spécifiques comme les phobies concernant des animaux, des situations (vertige) ou autres (vue du sang, piqûres). Enfin, ce groupe comprend aussi les problèmes posttraumatiques liés à la violence (abus, guerre) ou à un accident, par exemple.
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs psychiques (F5	Parmi les syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs psychiques (F5) on peut citer les troubles de l'alimentation, les troubles du sommeil et les dysfonctionnements sexuels non dus à un trouble ou à une maladie organique.
Troubles de la personnalité et du comportement (F6)	Les troubles de la personnalité et du comportement (F6) comprennent les pathologies comme les troubles de la personnalité limite (borderline), qui se manifestent par des troubles comportementaux durables (plusieurs années) et s'accompagnent de problèmes personnels et sociaux. Les personnalités borderline présentent une instabilité émotionnelle et une tendance à agir de manière trop impulsive sans pouvoir en évaluer les conséquences. Ce manque de contrôle peut avoir des conséquences délétères, pour la personne concernée et/ou pour les autres.
Retard mental (F7)	La catégorie retard mental (F7) englobe les retards de développement et les développements incomplets des capacités mentales ; les déficits concernent en particulier les facultés qui se forment pendant la période de développement et qui contribuent au quotient intellectuel.
Troubles du développement psychologique (F8)	Par troubles du développement psychologique (F8) on entend exclusivement les troubles qui débutent dans la (petite) enfance. Il s'agit entre autres de troubles majeurs du développement comme l'autisme ou le syndrome d'Asperger.
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F9),	Quant aux troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F9), ils englobent notamment les troubles hyperkinétiques (TDHA), les troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance, comme un trouble de l'attention, et ce qu'on appelle les tics.

A14 Modèles du trouble addictif secondaire

Théorie	Description	Remarques
Automédication [466]	Cette théorie est initialement proposée en 1985 par Khantzian, psychiatre et psychanalyste aux États-Unis. Son approche des addictions diffère des représentations de l'époque qu'il juge trop moralisantes et surtout insuffisantes pour expliquer les mécanismes psychopathologiques complexes des comportements addictifs. Il affirme que l'usage de drogues ne peut être réduit à la simple recherche d'euphorie, de fuite ou d'autodestruction comme cela était perçu dans les années 70. Khantzian suggère que le recours aux drogues répond à un besoin d'apaiser voire de contrer certains symptômes psychiatriques ou effets indésirables de traitements. De plus, le choix des drogues ne serait pas laissé au hasard, elles seraient sélectionnées en fonction de leurs effets psychotropes spécifiques et de leur capacité à agir sur certains types de symptômes psychiatriques [139, p. 38].	Multiples facteurs Hypersensibilité
Atténuation de la dysphorie	Cette hypothèse propose un modèle explicatif plus général que celui de l'automédication, elle suggère que les personnes souffrant de pathologies mentales ressentent fréquemment un ensemble de symptômes dysphoriques qu'ils chercheraient à atténuer en consommant des substances psychoactives. Ainsi, ce modèle qui se rapproche de celui de l'automédication est davantage appuyé par la littérature et tend à montrer que le sujet consommateur cherche la plupart du temps à apaiser des émotions négatives, sans forcément qu'il n'y ait de spécificité dans le choix des drogues [139, p. 40].	
Multiples facteurs	Cette théorie suggère que même s'il existe des preuves en faveur de la théorie de l'atténuation de la dysphorie, d'autres facteurs de risques facilitent l'apparition de conduites addictives chez les personnes atteintes de pathologies mentales. Il s'agirait des facteurs suivants : isolement social, faibles compétences interpersonnelles et cognitives, échec scolaire et professionnel, pauvreté, manque d'activités quotidiennes structurées, fréquentation de sujets dépendants, forte exposition aux drogues... [139, p. 41].	Vulnérabilité génétique Personnalité antisociale Statut socio-économique Troubles cognitifs.
Hypersensibilité	Cette théorie est centrée sur le modèle de vulnérabilité au stress et est proposée chez les sujets présentant une pathologie psychiatrique sévère, elle a été particulièrement étudiée dans le cadre de la schizophrénie. Cette vulnérabilité d'ordre psychobiologique serait associée à la présence de facteurs génétiques et environnementaux (surtout les événements de vie stressants), l'interaction de ces deux types de facteurs favoriserait voire précipiterait l'émergence d'un trouble psychiatrique ou sa rechute. Les substances psychoactives étant considérées comme des facteurs de stress, cela expliquerait leur association fréquente avec les épisodes de décompensation psychiatrique. Ces individus présenteraient donc une « hypersensibilité » aux effets de certaines substances et auraient donc tendance à en subir plus rapidement les effets néfastes [139, p. 41].	

Source : Boyer (2017), Pathologies duelles et troubles comorbides : réflexion clinique, thérapeutique et dépistage [139]

A15 Documents à teneur normative en matière de santé psychique

Conus, Philippe, Martin Preisig, Guido Bondolfi, Stefan Kaiser, Ueli Kramer, Nader Ali Perroud, et Sebastian Euler. 2019. « Psychiatrie : recommandations thérapeutiques suisses ». Revue médicale suisse 15 (632-633): 101.

Groupe d'experts SEB, SSAD, Barbara Hochstrasser, Toni Brühlmann, Katja Cattapan, Josef Hättenschwiler, Edith Holsboer-Trachsler, Wolfram Kawohl, et al. 2016a. « Le traitement du burnout, partie 1: principes fondamentaux ». Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum 16 (25). https://doi.org/10.4414/fms.2016.02688.

———. 2'016b. « Le traitement du burnout, partie 2: Recommandations pratiques ». Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum 16 (2627). https://doi.org/10.4414/fms.2016.02698.

Groupe d'experts SSPP, SSPPEA, SPPA, Stefan Kaiser, Gregor Berger, Philippe Conus, Wolfram Kawohl, Thomas J. Müller, Benno G. Schimmelmann, et al. 2018. « Recommandations thérapeutiques de la SSPP pour le traitement de la schizophrénie ». Forum Médical Suisse 18 (25): 532-39. https://doi.org/10.4414/fms.2018.03303.

SGAP-SPPA. 2019. « Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der Depression im Alter (Version 2019) ». Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie. https://doi.org/10.1024/85956-000.

SGPP-SSPP. 2018. « Die SGPP-Behandlungsempfehlungen für den Umgang mit chronisch suizidalen Patienten — Version März 2018 ». Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie. https://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen/.

SGPP-SSPP, Sebastian Euler, Gerhard Dammann, Katrin Endtner, Florian Leihener, Nader A. Perroud, Thomas Reisch, et al. 2018a. « SGPP-Behandlungsempfehlungen für die Borderline-Persönlichkeitsstörung ». https://www.esspd.eu/wp-content/uploads/2020/10/euler_et_al_sgpp_behandlungsempfehlungen_borderline_03_2018.pdf.

———. 2'018b. « Borderline-Störung: Behandlungsempfehlungen Der SGPP ». Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy 169 (05): 135-43. https://doi.org/10.4414/sanp.2018.00598.

SSAD / SSPB / SSPP, E. HolsboerTrachsler, J. Hättenschwiler, J. Beck, S. Brand, U. Hemmeter, M. E. Keck, et al. 2010a. « Traitement somatique des troubles dépressifs unipolaires. 2e partie ». Forum Médical Suisse 10 (47): 818-22. https://doi.org/10.4414/fms.2010.07342.

SSAD / SSPB / SSPP, E. HolsboerTrachsler, J. Hättenschwiler, J. Beck, S. Brand, U. M. Hemmeter, M. E. Keck, et al. 2'010b. « Traitement somatique des troubles dépressifs unipolaires 1re partie ». Forum Médical Suisse 10 (46): 802-9. https://doi.org/10.4414/fms.2010.07340.

SSAD, Edith Holsboer-Trachsler, Josef A. Hättenschwiler, Johannes Beck, Serge Brand, Ulrich Michael Hemmeter, Martin Ekkehard Keck, et al. 2016a. « Traitement aigu des épisodes dépressifs [= MàJ Traitement somatique des troubles dépressifs unipolaires - 1ère partie] ». Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum 16 (35). https://doi.org/10.4414/fms.2016.02704.

———. 2'016b. « Traitement d'entretien et prévention des récidives des troubles dépressifs unipolaires = [MàJ Traitement somatique des troubles dépressifs unipolaires - 2e partie] ». Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum 16 (36). https://doi.org/10.4414/fms.2016.02705.

SSAD, Martin E. Keck, Axel Ropohl, Guido Bondolfi, Corinna Constantin Brenni, Josef Hättenschwiler, Martin Hatzinger, et al. 2013. « Le traitement des troubles anxieux. 2e partie ». Forum Médical Suisse 13 (17): 337-44.

SSAD, Me Keck, A Ropohl, M Rufer, Um Hemmeter, G Bondolfi, M Preisig, et al. 2011. « Le traitement des troubles anxieux. 1re partie ». Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum 11 (34). https://doi.org/10.4414/fms.2011.07588

SSPA - Société Suisse de Psychiatrie d'Assurance. 2004. « Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques ». Bulletin des médecins suisses 85 (36): 1905-9. https://doi.org/10.4414/bms.2004.10676.

SSPP. 2019. « Troubles bipolaires: mise à jour 2019 ». Forum Med Suisse, nº 33 (août). https://doi.org/10.4414/fms.2019.08325.

SSPP, Sebastian Euler, Gerhard Dammann, Katrin Endtner, Florian Leihener, N. Perroud, Thomas Reisch, et al. 2018. « Recommandations de traitement de la SSPP pour le trouble de la personnalité borderline ». Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie. https://www.psychiatrie.ch/sspp/specialistes-et-commissions/recommandations-therapeutiques/.

SSPP, Stefan Kaiser, Gregor Berger, Philippe Conus, Wolfram Kawohl, Thomas J. Müller, Benno G. Schimmelmann, et al. 2016. « Recommandations thérapeutiques de la SSPP pour le traitement de la schizophrénie (Version février 2016) ». Berne: Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie. https://www.psychiatrie.ch/sspp/specialistes-et-commissions/recommandations-therapeutiques/index.php?eID=tx_securedownloads&u=0&g=0&t=1606594665&hash=0d00fbd6ada54b975b69f5ee9ecacd61fe23799d&file=/fileadmin/SGPP/user_upload/Fachleute/Empfehlungen/f_Schizophrenia_Recommendations_FINAL-REVISED_-_adaptation_tableau_3_2018_10_31.pdf.

SSPP, et Joachim Küchenhoff. 2012. « La psychothérapie dans la dépression ». Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie. https://www.psychiatrie.ch/sspp/specialistes-et-commissions/recommandations-therapeutiques/index.php?eID=tx_securedownloads&u=0&g=0&t=1606594665&hash=ef180c5be5c6364377f5394f64838f4d23de61c5&file=/fileadmin/SGPP/user_upload/Fachleute/Empfehlungen/f_Psychotherapie_Depression.pdf.

11.6 Chapitre 4 — TUS et démences

A16 Liste des atteintes neurocognitives liées à la démence

Encadré 20 : Classification des stades de la démence et problèmes éthiques spécifiques correspondants (ASSM 2018)

Dans le cas d'un diagnostic confirmé de **démence légère**, l'adaptation de la personne concernée et de ses proches à la nouvelle situation et à l'évolution attendue de la maladie est une priorité. L'objectif commun est de maintenir le plus longtemps possible l'autonomie de la personne. A ce stade, les personnes souffrant de démence ont elles-mêmes conscience de leur déclin cognitif, ce qui peut entraîner des symptômes dépressifs allant jusqu'au désir de suicide.

Dans le cas d'une **démence modérée**, la personne atteinte de démence a plus de difficultés, malgré le soutien de ses proches, à maîtriser les activités de la vie quotidienne. L'assistance par des professionnels (médecin traitant, soins et aides à domicile, etc.) devient de plus en plus nécessaire. Les troubles du comportement et les troubles émotionnels peuvent être très éprouvants pour les personnes atteintes de démence – et souvent encore plus pour leurs proches. Outre des interventions non médicamenteuses telles que l'adaptation de l'environnement, de la structure du quotidien et de la communication, il n'est pas rare que le recours à des psychotropes ou à des mesures limitatives des mouvements s'avèrent nécessaires. Souvent, le placement dans une institution est pertinent.

Dans le cas d'une **démence sévère**, seule une communication verbale minimale est possible ; souvent les personnes concernées ne reconnaissent plus leurs proches et ont besoin de soutien dans tous les domaines de la vie quotidienne. Les troubles du comportement et les troubles émotionnels sont permanents, mais sont sou- vent vécus comme moins éprouvants par l'entourage que pour une démence modérée, du fait de la diminution de la vitalité et du rayon d'action de la personne atteinte. Les questions touchant à la fin de vie (alimentation et hydratation, renoncement éventuel à des mesures de prolongation de la vie, accompagnement en fin de vie) prennent une place de plus en plus importante.

Source : ASSM (2018), Prise en charge et traitement des personnes atteintes de démence [467]

Tableau 40 : Exemples d'atteintes neurocognitives liées à la démence (APA 2015)

Domaine cognitif	Exemples de troubles majeurs et légers
Attention complexe (attention soutenue, attention divisée, attention sélective, vitesse de traitement)	**Majeur** : À plus de difficultés dans des environnements avec stimuli multiples (TV, radio, conversation) ; est facilement distrait par des événements intercurrents de l'environnement. Est incapable de participer sauf si l'information est limitée et simplifiée. À des difficultés à garder en tête des informations nouvelles, comme se rappeler des numéros de téléphone ou des adresses récemment communiquées, ou à restituer ce qui vient juste d'être énoncé. Est incapable de réaliser du calcul mental. Toute opération de pensée requiert plus de temps qu'habituellement, et les composantes à traiter doivent être réduites à quelques-unes ou à une seule. **Léger** : Les activités normales prennent plus de temps qu'auparavant. On commence à trouver des erreurs dans les tâches routinières ; on trouve que le travail fait nécessite plus de vérifications qu'antérieurement. L'action de penser est plus facile lorsqu'elle n'est pas en compétition avec d'autres activités (radio, TV, conversations, téléphone cellulaire, conduite automobile).
Fonctions exécutives (planification, prise de décision, mémoire de travail, capacité de corriger en réponse à des commentaires, habitudes ancrées et contrôle inhibiteur, flexibilité mentale)	**Majeur** : Abandonne les projets complexes. À besoin de ne se focaliser que sur une seule tâche à la fois. Compte sur les autres pour organiser les activités de la vie quotidienne ou pour prendre des décisions. **Léger** : Un effort accru est nécessaire pour faire aboutir des projets à étapes. Difficulté accrue pour réaliser des tâches multiples ou pour terminer celles-ci s'il y a eu interruption par un visiteur ou un appel téléphonique. Peut se plaindre d'une fatigue majorée après un effort supplémentaire requis pour organiser, planifier ou prendre des décisions. Peut rapporter que les grandes réunions à caractère social sont plus difficiles et moins agréables du fait de l'effort accru nécessaire pour passer d'une conversation à une autre.
Apprentissage et mémoire (mémoire immédiate, mémoire des faits récents [incluant le rappel libre, le rappel indicé, la mémoire de reconnaissance], mémoire à très long terme [sémantique, autobiographique], apprentissage implicite)	**Majeur** : se répète souvent dans la même conservation. Ne peut pas restituer une courte liste de courses ou de séquences d'une journée. Nécessite de fréquents rappels pour orienter une tâche simple. **Léger** : À des difficultés à restituer des événements récents. S'appuie de plus en plus sur des listes de choses à faire ou sur le calendrier. À besoin de rappels occasionnels ou de relire pour suivre qui sont les personnages d'un film ou d'un roman. Peut occasionnellement se répéter face à une même personne sur une période de quelques semaines. Ne sait plus si des factures ont déjà été payées.
Langage (langage expressif [incluant la dénomination, la recherche de mots, la fluence verbale, la grammaire et la syntaxe] et langage réceptif)	**Majeur** : La personne a des difficultés significatives avec le langage expressif et/ou réceptif. Elle utilise souvent des phrases passe-partout comme « ce truc » ou « tu vois ce que je veux dire », et préfère les pronoms généraux aux noms. Lorsque le déficit est sévère, elle ne peut souvent plus se souvenir des noms d'amis proches et de membres de sa famille. Surviennent une utilisation de mots idiosyncrasiques, des erreurs grammaticales, des réponses automatiques, un raccourcissement des énoncés. Un discours stéréotypé apparaît ; une écholalie et un discours automatique précèdent typiquement un mutisme. **Léger** : La personne a des difficultés notables à retrouver ses mots. Elle peut remplacer des mots spécifiques par des mots généraux. Elle peut éviter les noms exacts de ses connaissances. Les erreurs grammaticales comportent de discrètes omissions ou un usage incorrect d'articles, de prépositions, de verbes auxiliaires, etc.
Activités perceptivomotrices (incluant les habiletés autrement regroupées sous	**Majeur** : Difficultés significatives dans les activités précédemment familières (utilisation d'instruments, conduite automobile), dans les déplacements dans les environnements familiers ; souvent confus au crépuscule, lorsque les ombres et la baisse de la luminosité modifient les perceptions.

les termes activités visuoperceptives, visuoconstructives, perceptivomotrices, praxies et gnosies)	**Léger** : nécessité de s'appuyer plus sur des cartes ou sur autrui pour se diriger. Usage de notes et suivi des autres pour se rendre à un autre endroit. L'individu se sent perdu ou tourne en rond lorsqu'il n'est pas concentré sur une tâche. Est moins précis pour se garer. Nécessité de consacrer plus d'effort dans les tâches spatiales telles que la menuiserie, l'assemblage, la couture ou le tricot.
Cognition sociale (reconnaissance des émotions, théorie de l'esprit)	**Majeur** : Comportement clairement hors des normes sociales acceptables ; montre une insensibilité aux règles sociales de pudeur dans l'habillement ou dans les sujets de conversation politique, religieux ou sexuel. Intérêt excessif pour un sujet en dépit du désintérêt ou des commentaires directs du groupe. Comportement intentionnel sans tenir compte de la famille et des amis. Prise de décision sans tenir compte des risques (p. ex. habilement inapproprié aux conditions météorologiques ou au contexte social). Typiquement peu de conscience de ces changements. **Léger** : Présente des changements minimes dans le comportement ou les attitudes, souvent décrites comme des modifications de la personnalité, telles qu'une moindre habileté à reconnaître les indices sociaux ou les expressions faciales, une empathie diminuée, une augmentation de l'extraversion ou de l'introversion, une diminution de l'inhibition, ou une apathie ou une impatience légère ou intermittente.

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

A17 Documents à teneur normative en matière de démence

ALZ. 2019. « Alzheimer et autres formes de démence : Diagnostic, traitement, prise en soins (Recommandations) ». Berne : Alzheimer Suisse. https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/159_F_Diagnose_2019_new_Juni_19_3e.pdf.

ALZ, Gaby Bieri, Silvia Silva-Lima, et Beatrice Widmer. 2020. « La prise en soins de personnes atteintes de démence vivant dans un cadre institutionnel : Recommandations à l'attention des établissements médico-sociaux ». Berne : Alzheimer Suisse. https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/14/1402EC7524F81EEAB1D6594F604A771F.pdf.

ASSM. 2018. « Prise en charge et traitement des personnes atteintes de démence : Directives médico-éthiques ». Berne: Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). https://www.samw.ch/dam/jcr:389a7c7c-316e-4615-badb-05b5255a5302/directives_assm_demence.pdf.

Bürge, Markus, Gabriela Bieri, Matthias Brühlmeier, Françoise Colombo, Jean-Francois Demonet, Ansgar Felbecker, Dan Georgescu, et al. 2018. « *Recommandations de Swiss Memory Clinics pour le diagnostic des démences ». *Praxis* 107 (8): 1-17. https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003374.

CURAVIVA Suisse. 2021. « Leitfaden Beurteilung und Therapie verhaltensbezogener und psychologischer symptome bei Menschen mit Demenz» ». https://www.curaviva.ch/files/LTO5GTK/leitfaden__beurteilung_und_therapie_bpsd__curaviva_schweiz__2021.pdf.

Monsch, A. U., C. Büla, M. Hermelink, R. W. Kressig, B. Martensson, U. Mosimann, R. Müri, S. Vögeli, et A. von Gunten. 2013. « Consensus 2012 sur le diagnostic et le traitement des patients atteints de démence en Suisse ». *Revue Médicale Suisse* 9 (382): 838-47. https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-382/consensus-2012-sur-le-diagnostic-et-le-traitement-des-patients-atteints-de-demence-en-suisse.

OFSP, SPPA, et SPSG. 2019. « *Évaluations dans les soins de longue durée pour les personnes atteintes de démence: en cas de suspicion de dépression, de délirium ou de symptômes comportementaux et psychologiques. Manuel pour les professionnels ». Office Fédéral de la Santé Publique. https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/48/48DF3714B1101EEA86E9C1FEB2072648.pdf.

Savaskan, Egemen, Markus Baumgartner, Dan Georgescu, Martina Hafner, Wolfgang Hasemann, Reto W. Kressig, Julius Popp, Erich Rohrbach, Ruth Schmid, et Henk Verloo. 2016. « Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter ». *Praxis* 105 (16): 941-52. https://doi.org/10.1024/1661-8157/a002433.

Savaskan, Egemen, et Wolfgang Hasemann, éd. 2017. *Leitlinie Delir: Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter*. 1. Auflage. Programmbereich Pflege. Bern: Hogrefe.

SGAP-SPPA. 2014. « Recommandations sur le diagnostic et le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) ». Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de la Personne Agée. https://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen/.

SGAP-SPPA & mfe, Uli Hemmeter, Jindrich Strnad, Hedi Decrey-Wick, Christina Affentranger, Esther Bättig, Stephanie Becker, et al. 2019. « Projet SND 6.1: Développement de recommandations dans les domaines du dépistage précoce, du diagnostic et du traitement pour les soins de base ». SGAP-SPPA & mfe. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie/hf-qualitaet/6_1_grundversorgung/Empfehlungen_Grundversorgung%20.pdf.download.pdf/Recommandations

%20dans%20les%20domaines%20du%20d%C3%A9pistage%20pr%C3%A9coce,%20du%20diagnostic%20et%20du%20traitement%20pour%20les%20soins%20de%20base.pdf.

SGAP-SPPA, Egemen Savaskan, Irene Bopp-Kistler, Markus Buerge, Regina Fischlin, Dan Georgescu, Umberto Giardini, et al. 2014. « Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD) ». *Praxis* 103 (3): 135-48. https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001547.

SPPA, Armin von Gunten, Markus Baumgartner, Dan Georgescu, Martina Hafner, Wolfgang Hasemann, Reto W. Kressig, et al. 2018. « Etat confusionnel aigu de la personne âgée: Recommandations ». *Forum Médical Suisse* 18 (12): 277-84. https://doi.org/10.4414/fms.2018.03084.

Swiss Memory Clinics. s. d. « Normes de qualité de contenu applicables au diagnostic des démences (réparties en 12 chapitres thématiques) ». Consulté le 12 mars 2021. http://www.swissmemoryclinics.ch/fr/normes-de-qualite/chapitres-thematiques.

Swiss Memory Clinics, Markus Bürge, Gabriela Bieri, Matthias Brühlmeier, Françoise Colombo, Jean-Francois Demonet, Ansgar Felbecker, et al. 2018. « Die Empfehlungen der Swiss Memory Clinics für die Diagnostik der Demenzerkrankungen ». *Praxis - schweizerische Rundschau für Medizin* 107 (8): 435-51. https://doi.org/10.7892/boris.114777.

ZFG, Stefanie Eicher, Heike Geschwinder, Henrike Wolf, et Florian Ries. 2018. *Lebensende mit Demenz: Ein Leitfaden für Angehörige — gemeinsam erarbeitet von Angehörigen, Praktikerinnen/Praktikern und Forschenden*. Zürich: UZH-Zentrum für Gerontologie ZfG. https://www.zfg.uzh.ch/de/publikat/zfg/buecher.html.

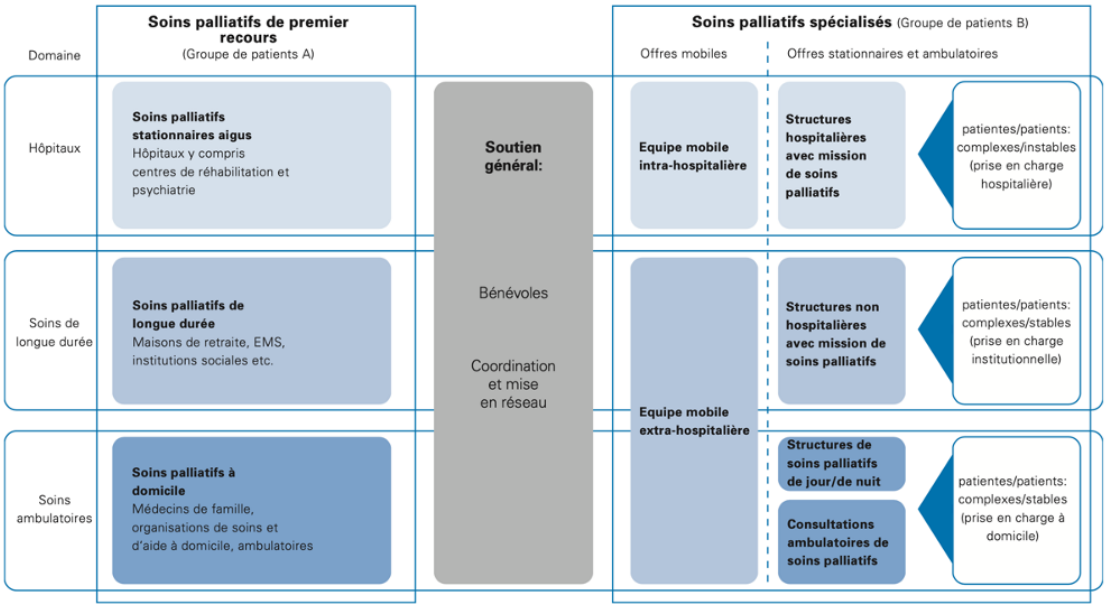
11.7 Chapitre 5 — TUS et soins palliatifs

A18 Organisation des soins palliatifs en Suisse

Soins palliatifs généraux

Les soins palliatifs généraux sont apportés au groupe de patients dont le pronostic vital est engagé en raison de l'évolution d'une maladie incurable, mortelle et/ou chronique évolutive ou qui se trouvent dans la dernière phase de leur vie. Ils sont prodigués par les médecins traitants, les services de soins à domicile, les établissements médico-sociaux ainsi que les institutions pour personnes handicapées et les hôpitaux de soins aigus [468]. Les principaux besoins des patients en soins palliatifs généraux sont notamment [240, p. 16], [469, p. 10]: L'évaluation et la définition des priorités et des besoins individuels concernant l'organisation de la dernière phase de vie ; la communication, qui permet de prendre des décisions sur le plan médical, psychosocial et des soins ainsi que d'assurer une bonne anticipation ; Le traitement des symptômes existants ou potentiels, et les informations à ce sujet, qui visent à préserver l'autonomie de la personne et à renforcer sa capacité à prendre des décisions ; L'évaluation des limites existantes ou potentielles d'une telle charge pour les proches, la planification préalable des lieux de séjour possibles, l'information sur les réseaux régionaux de soins palliatifs, incluant l'offre de bénévoles et le soutien pour les proches, les clarifications sur le financement des prestations sollicitées.

Figure 12 : Organisation des soins palliatifs en Suisse (OFSP, palliative ch & CDS 2012)



Source illustration: OFSP, palliative ch & CDS, S. Eychmüller, P. Coppex, et L. von Wartburg, « Structures spécialisées de soins palliatifs en Suisse », Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs/ CDS / OFSP, Berne, août 2012.

Soins palliatifs spécialisés

Pour les personnes souffrant de symptômes aigus et complexes, confrontés à l'évolution très instable d'une maladie ou ayant d'autres problèmes, le recours aux soins palliatifs spécialisés est nécessaire. Ceux-ci requièrent un niveau de compétence élevé et des connaissances spécifiques [468]. Les besoins spécifiques des patients en soins palliatifs spécialisés comprennent [240, p. 17-18], [469, p. 12]: L'atténuation de symptômes très lourds : symptômes non soulagés par les mesures précédentes et affectant grandement la qualité de vie du patient ; les prises de décision difficiles, telles que l'arrêt des mesures de prolongation de la vie, qui rendent nécessaire l'intervention d'une équipe interprofessionnelle de soins palliatifs ; L'orientation du patient (traitement ambulatoire ou stationnaire) en cas de détérioration de l'état général ; lors des cas particulièrement difficiles en matière de soutien ; lorsque les souffrances physiques, psychiques, sociales et spirituelles se superposent ; Le soutien intensif des proches soumis à un stress important suite à l'évolution de la maladie ou à d'autres facteurs.

A19 Documents à teneur normative en matière de soins palliatifs

ASSM. 2005. « Droit des patientes et patients à l'autodétermination : Principes médico-éthiques de l'ASSM ». Berne: Académie suisse des sciences médicales. https://www.samw.ch/dam/jcr:e579cc22-7675-46af-8dc8-f3398d388d2a/directives_assm_droit_a_l_autodetermination_2005.pdf.

———. 2013. « Soins palliatifs : Directives médico-éthiques (2013) ». Berne: Académie Suisse des Sciences Médicales. https://www.samw.ch/dam/jcr:72848dc4-22e9-47b6-ad25-7a39a6f2a9d1/directives_assm_soins_palliatifs.pdf.

ASSM, Michelle Salathé, Susanne Brauer, et Klaus Bally. 2018. « Directives médico-éthiques de l'ASSM - Partie 3: Soins palliatifs ». *Primary and Hospital Care* 18 (20): 368-70. https://doi.org/10.4414/phc-f.2018.01832.

AWMF. 2020. « Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung. AWMF-Registernummer:128/001OL [utilisée en Suisse] ». Leitlinienprogramm Onkologie. Berlin. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLl_S3_Palliativmedizin_2020-09_02.pdf.

Caritas. 2010. « Accompagnement en fin de vie: Standards Caritas pour les groupes de bénévoles en soins palliatifs ». Lucerne: Caritas Suisse. https://www.soins-palliatifs-vaud.ch/sites/default/files/documentation/Standards-Caritas-AFV.pdf.

EAPC, L. Radbruch, et S. Payne. 2011a. « Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1 [utilisée en Suisse] ». *Zeitschrift für Palliativmedizin* 12 (5): 216-27. https://doi.org/10.1055/s-0031-1276909.

———. 2'011b. « Standards und Richtlinien für Hospiz-und Palliativversorgung in Europa: Teil 2 [utilisée en Suisse] ». *Zeitschrift für Palliativmedizin* 12 (06): 260-70. https://doi.org/10.1055/s-0031-1276957.

EAPC, Lukas Radbruch, et Sheila Payne. 2010. « White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Recommendations from the European Association for Palliative Care [utilisée en Suisse] ». *Eur J Palliat Care* 17 (janvier). https://www.researchgate.net/profile/Sheila_Payne/publication/237614456_STANDARDS_AND_NORMS_FOR_HOSPICE_AND_PALLIATIVE_CARE_IN_EUROPE_-_THE_EAPC_WHITE_PAPER/links/5799ed5c08aefaeb30a99782/STANDARDS-AND-NORMS-FOR-HOSPICE-AND-PALLIATIVE-CARE-IN-EUROPE-THE-EAPC-WHITE-PAPER.pdf.

HUG. 2020. « *Soins palliatifs: Aide-mémoire destiné aux soignants (version 2020) ». Genève: Hôpitaux Universitaires de Genève. https://www.hug.ch/sites/interhug/files/departements/a5_soinspalliatifs2020_web.pdf.

OFSP et CDS. 2011. « Directives nationales soins palliatifs ». Bern: Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/8C/8CDCD4590EE41ED6B5FCFC383CC3F436.pdf.

———. 2014. « Recommandations pour les soins palliatifs généraux concernant le recours à des professionnels du domaine de la psychiatrie/ psychothérapie ». Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/2C/2C59E545D7371ED48FFDA22410E06585.pdf.

OFSP, CDS, et Annette Grünig. 2014. « Critères d'indication pour des prestations spécialisées de soins palliatifs ». Bern: Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/8C/8CDCD4590EE41ED89C8CE8AA22E83426.pdf.

OFSP, CDS, palliative ch, et Lea von Wartburg. 2015. « Soins palliatifs généraux : Recommandations et instruments de mise en œuvre (v1.1) ». Berne: Office fédéral de la santé publique OFSP, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS et palliative ch. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/grundlagen/allgemeine/allg-pc-empfehlungen.pdf.download.pdf/soins-palliatifs-generaux-recommandations-et-instruments-de-mise-en-oevre.pdf.

OFSP et palliative ch. 2018. « La planification anticipée concernant la santé, en particulier en cas d'incapacité de discernement ("Advance Care Planning"): Cadre général pour la Suisse ». https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/bilder_neu/180212_Rahmenkonzept_Gesundheitl_Vorausplanung-1.pdf.

palliative ch. 2003. « Recommandations BIGORIO 2003 sur la dyspnée ». Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs. https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_6_bigorio_2003_Dyspnee.pdf.

———. 2004. « Recommandations BIGORIO 2004 sur le délirium ». Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs. https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_4_Bigorio_delir__fr.pdf.

———. 2006. « Recommandations BIGORIO 2006 sur l'exacerbation douloureuse ». Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs. https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_3_bigorio_2006_Exacerbation_douloureuse_fr.pdf.

———. 2011. « Recommandations BIGORIO 2011 sur l'anxiété (angoisse) en fin de vie ». Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs. https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_3_bigorio_2006_Exacerbation_douloureuse_fr.pdf.

———. 2012. « Recommandations BIGORIO 2012 sur les particularités de la pharmacothérapie dans le cadre des soins palliatifs ». Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs. https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/Bigorio_2012_FR_LW.pdf.

———. 2016a. « Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. Document à l'usage des professionnels: Recommandations de palliative ch ». Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs. https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/C_Fachgesellschaft/Task_Forces/Empfehlung_Sterbephase_palliative_ch_final_2016_VS_ext.pdf.

———. 2'016b. « Betreuung von Sterbenden und ihren Angehörigen.Version Fachpersonen ». Bern: Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin. https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/C_Fachgesellschaft/Task_Forces/Empfehlung_Sterbephase_palliative_ch_final_2016_VS.pdf.

———. 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.

———. 2019. « Qualitätskriterien für die Audits zur Erteilung eines Qualitäts-Labels an spezialisierte stationäre Palliative-Care-Einrichtungen ». https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/qualitepalliative/Label/Dokumente_Label/Kriterienliste_SPEZ_D.pdf.

palliative.ch, Steffen Eychmüller, et Babara Grossenbacher-Gschwend. 2017. « Betreuung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen: Empfehlungen für die Praxis ». *Swiss Medical Forum* 17 (3031): 624-29. https://doi.org/10.4414/smf.2017.02995.

qualitépalliative. 2020. « Document de référence pour les soins palliatifs spécialisés stationnaires (3,3) ». Berne: Association suisse pour la qualité dans les soins palliatifs. http://www.qualitepalliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/qualitepalliative/Label/Dokumente_Label/200709_Referenzdokument_Version-3_2__F__FINAL.pdf.

A20 Autres ressources sur le thème des soins palliatifs

Documents de référence

Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2010—2012 [470]

Directives nationales concernant les soins palliatifs [69], [240], [468], [469]

Soins palliatifs. Directives médico-éthiques [471], [472]

Critères d'indication pour des prestations spécialisées de soins palliatifs [468]

Planification anticipée des soins / Directives anticipées [408]

Programme de promotion « Offres visant à décharger les proches aidants 2017-2020 » : Modèles de bonnes pratiques — proches aidants : [323]

Production de connaissances

Programme national de recherche « fin de vie » PNR 67 (2012-2017). Voir : [473], [474]

Certains projets du programme national de recherche « Système de santé » PNR 74 (2016-2023). Voir : [475], [476]

Programme de recherche en soins palliatifs de l'ASSM (2014-2018). Voir : [477]

Proches aidants et soins palliatifs : [316]

palliative care research switzerland http://www.recherche-soins-palliatifs.ch/index.php?id=11&slang=fr&sort=3&page=0

Plateformes web

OFSP, Stratégie nationale en matière de soins palliatifs https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html

Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs www.palliative.ch

FMC forum suisse des soins intégrés www.fmc.ch

Carte palliative https://www.cartepalliative.ch/

Plateforme nationale Soins palliatifs https://www.plateforme-soinspalliatifs.ch/

CDS, dossier soins palliatifs https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/autre/palliative-care

Activités Santé2020 www.g2020-info.admin.ch

11.8 Chapitre 6 — Autres problématiques transverses

A21 Outils pour éviter les prescriptions médicamenteuses inappropriée (PMI) auprès des personnes âgées

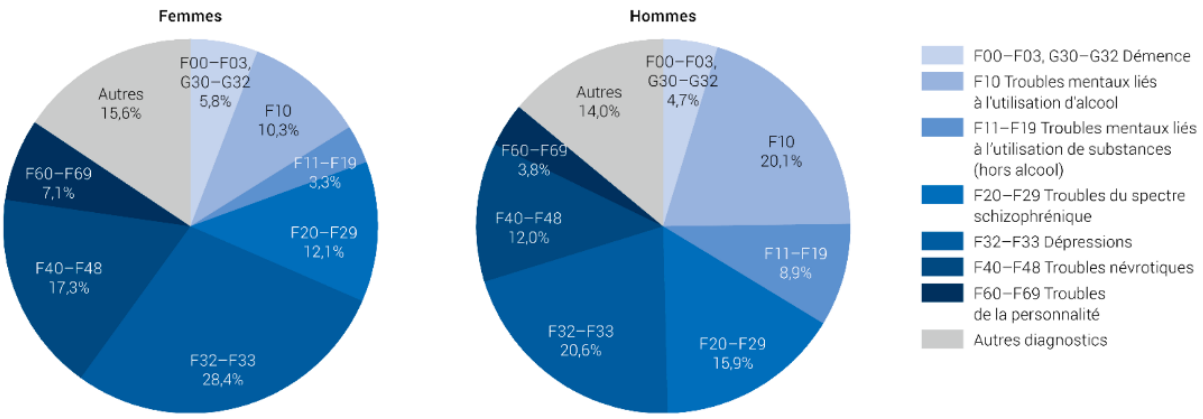
Tableau 41 : Outils pour éviter les PMI auprès des personnes âgées

Nom de l'outil	Description	Pays d'origine
Beers Criteria	En 1991, le gériatre Mark H. Beers a formulé pour la première fois les critères de Beers pour le compte de l'American Geriatrics Society (AGS) par le biais de la méthode Delphi. Les critères ont été mis à jour en 1997, 2003, 2012, 2015, et 2019.	États-Unis [428], [429]
STOPP/START Criteria v2	Développés en 2008, les critères STOPP (*Screening Tool of older person's Prescription*) et START (*Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment*) permettent d'identifier aisément une prescription médicamenteuse inappropriée auprès de patients âgés (> 65 ans). Ils ont été révisés et adaptés en français en 2015. Voir : http://stoppstart.free.fr/	Irlande [430]–[432]
The PRISCUS List	La liste PRISCUS est une liste de substances actives qui sont potentiellement inadaptées aux personnes âgées. Elle a été publiée en août 2010 dans le *Deutsches Ärtzeblatt* et est régulièrement mise à jour.	Allemagne [433], [434]
The EU(7)-PIM List	La liste UE(7)-PIM est un outil de repérage, élaboré avec la participation d'experts de sept pays européens, qui permet d'identifier et de comparer les habitudes de prescription de MIP pour les personnes âgées dans les différents pays européens.	Europe [435]

11.9 Autres chapitres

A22 Hospitalisations selon les diagnostics psychiatriques

Figure 13 : Hospitalisations 2018 selon les diagnostics psychiatriques (OBSAN 2020)



Cas femmes: n=53'346, cas hommes: n=49'218

Source illustration: OBSAN, Daniela Schuler, Alexandre Tuch, et Claudio Peter, « La santé psychique en Suisse : Monitorage 2020 », Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel, 15/2020, 2020

Tableau 42 : Maladies psychiques les plus fréquentes en traitement stationnaire, 2'019 (diagnostic principal)

		F00-F09 TNC		F10 Alccol		F11-F19 Autres substances		F20-F29 T. schizophrénique		F30-F39 Troubles de l'humeur		F40-F48 Troubles névrotiques		F60-F69 Troubles de la personnalité		F5, F7-9 Autres diagnostics F		Totaux
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n
Femmes	0-18	0,4	20	4	184	1,9	85	2,8	127	29,5	1345	24,8	1129	10	457	26,5	1208	4555
	19-34	0,8	85	6,8	769	6,2	697	12,5	1406	27,1	3052	20,9	2352	18,7	2103	6,9	781	11245
	35-49	0,9	111	15,9	2002	4,7	595	15	1887	34,5	4351	17,9	2253	8,6	1087	2,5	320	12606
	50-64	1,9	233	17,1	2120	2,3	290	14,8	1843	42,2	5244	15,9	1981	4,2	524	1,5	187	12422
	65-79	18,6	1286	10,1	701	1,4	99	12,9	892	38,5	2669	16	1105	1,9	131	0,6	43	6926
	80+	63,1	3360	1,5	80	0,8	45	4,5	241	18,1	967	10,9	580	0,8	40	0,3	15	5328
	Sous-total		5095		5856		1811		6396		17628		9400		4342		2554	**53082**
Hommes	0-18	0,7	20	7,3	210	7,1	205	7,7	221	19,7	569	21,1	610	3,9	112	32,6	941	2888
	19-34	0,7	86	12,9	1659	15,6	2012	25,6	3298	20,5	2632	14,1	1815	7,5	961	3,1	405	12868
	35-49	1,2	158	24,9	3318	11,5	1534	20,9	2786	24,8	3310	11,4	1523	3,6	475	1,8	237	13341
	50-64	2,9	356	33,6	4062	4,1	496	12,4	1497	33,1	4007	10,4	1255	2,3	282	1,2	151	12106
	65-79	29,1	1502	23,1	1193	1,3	69	6,6	343	27,9	1441	9,5	490	1,4	72	1	52	5162
	80+	72,8	2563	3,6	128	0,8	29	1,9	66	12,9	454	6,7	235	1	34	0,3	11	3520
	Sous-total		4685		10570		4345		8211		12413		5928		1936		1797	**49885**
Total	0-18	0,5	40	5,3	394	3,9	290	4,7	348	25,7	1914	23,4	1739	7,6	569	28,9	2149	7443
	19-34	0,7	171	10,1	2428	11,2	2709	19,5	4704	23,6	5684	17,3	4167	12,7	3064	4,9	1186	24113
	35-49	1	269	20,5	5320	8,2	2129	18	4673	29,5	7661	14,6	3776	6	1562	2,1	557	25947
	50-64	2,4	589	25,2	6182	3,2	786	13,6	3340	37,7	9251	13,2	3236	3,3	806	1,4	338	24528
	65-79	23,1	2788	15,7	1894	1,4	168	10,2	1235	34	4110	13,2	1595	1,7	203	0,8	95	12088
	80+	66,9	5923	2,4	208	0,8	74	3,5	307	16,1	1421	9,2	815	0,8	74	0,3	26	8848
	Total	9,50	**9780**	15,95	**16426**	5,98	**6156**	14,19	**14607**	29,18	**30041**	14,89	**15328**	6,10	**6278**	4,23	**4351**	**102967**

Source : OBSAN (2021), Maladies psychiques les plus fréquentes en traitement stationnaire en 2019

Tableau 43 : Séjours hospitaliers 2019 pour des troubles liés à des substances psychoactives (diagnostic principal ou secondaire)

		Alcool		Tabac		Sédatifs ou hypnotiques		Opiacés		Dérivés du cannabis		Cocaïne		Total
		Taux brut	n	Taux brut	n	Taux brut	n	Taux brut	n	Taux brut	n	Taux brut	n	n
Femmes	0-14	0,1	78	0	11	0	11	0	12	0,1	42	0	2	156
	15-39	2,7	3'522	0,7	962	0,8	1'067	0,8	1'063	1,5	1941	1	1'300	9'855
	40-64	5,6	8'339	2	3'049	2	2'953	1,3	1971	0,5	751	0,5	731	17'794
	65-79	6,8	4'110	3,6	2'212	3,5	2'158	0,7	407	0	20	0	3	8'910
	80+	3,7	1'025	1,6	439	7,2	2007	0,8	215	0	3	0	1	3'690
			17'074		6'673		8'196		3'668		2'757		2037	40'405
Hommes	0-14	0,1	71	0	3	0	11	0	29	0	33	0	1	148
	15-39	5	6'828	1,2	1605	1,2	1603	1,3	1803	3,8	5'197	2,3	3'165	20'201
	40-64	11,5	17'382	3,7	5'633	2	3'024	2,5	3'850	1,4	2'129	1,3	1965	33'983
	65-79	17,4	9'474	5,1	2'800	1,8	999	0,6	324	0,1	74	0,1	28	13'699
	80+	15	2'609	2,8	485	3,6	621	0,5	89	0	4	0	1	3'809
			36'364		10'526		6'258		6'095		7'437		5'160	71'840
Total	0-14	0,1	149	0	14	0	22	0	41	0,1	75	0	3	304
	15-39	3,8	10'350	1	2'567	1	2'670	1,1	2'866	2,6	7'138	1,7	4'465	30'056
	40-64	8,5	25'721	2,9	8'682	2	5'977	1,9	5'821	1	2'880	0,9	2'696	51'777
	65-79	11,8	13'584	4,4	5'012	2,7	3'157	0,6	731	0,1	94	0	31	22'609
	80+	8	3'634	2	924	5,8	2'628	0,7	304	0	7	0	2	7'499
Total		48%	53'438	15%	17'199	13%	14'454	9%	9'763	9%	10'194	6%	7'197	112'245
*	65+	57%	17'218	20%	5'936	19%	5'785	3%	1'035	0%	101	0%	33	30'108

Note : Le Taux brut correspond au nombre d'hospitalisation pour 1'000 habitant de la classe d'âge de référence
Les pour cent correspondent aux pourcentages relatifs de cas
* 65+ regroupe les classes d'âge 65-79 et 80+

Source : OBSAN (2021) [375], propre calcul

A23 PAFA — placements à des fins d'assistance

Le « placement à des fins d'assistance » est régi par les art. 426 ss du code civil suisse. Une personne souffrant de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou se trouvant dans un grave état d'abandon peut être placée dans une institution appropriée si l'assistance ou le traitement nécessaire ne peuvent lui être fournis d'une autre manière. (…) Le placement est ordonné par l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA), organe qui relève de la compétence des cantons. Les cantons peuvent, en plus de l'autorité de protection, autoriser des médecins à ordonner des placements pour une durée maximale de six semaines. (…) Avant 2013, la « privation de liberté à des fins d'assistance » (PLAFA) était réglée dans le cadre du droit de la tutelle. Avec la révision du Code civil est entré en vigueur le nouveau droit de la protection de l'enfant et de l'adulte, qui comporte les dispositions sur le placement à des fins d'assistance [478, p. 5].

En 2018, les institutions psychiatriques ont recensé près de 14'000 « placements à des fins d'assistance », soit un cinquième environ de toutes les hospitalisations motivées par un diagnostic psychiatrique. Des mesures limitatives de liberté (isolement, immobilisation et médication forcée, p. ex.) ont été appliquées dans 7% environ de tous les cas psychiatriques.[10, p. 71]

Tableau 44 : PAFA selon groupes diagnostiques (OBSAN 2020)

Groupe diagnostic	Proportion en %	n
F0 Troubles mentaux organiques / G3 Autres affections dégénératives du système nerveux	16,9	2'466
F1 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	16,3	2'380
F2 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	28,3	4'123
F3 Troubles affectifs	18	2'615
F4 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	9,2	1'336
F6 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	6,1	882
Autres diagnostics F	4,1	600
Autres diagnostics non-F	1,1	159

Source tableau : Placement à des fins d'assistance : https://www.obsan.admin.ch//fr/indicateurs/placements-en-etablissement-psychiatrique-des-fins-dassistance [390]

A24 Outils de screening utilisé dans les EMS

Domaine	Instrument	Conduite	Interprétation
Poly usage	– Évaluation **RAI**		
	– Évaluation **PLAISIR**		
	– Évaluation **BESA**		
Démence sévère	– Montreal Cognitive-Assessment (MoCA)	M	M
	– Mini Mental Status Examination (MMSE)	RD / ED / M	RD / ED / M
	– Test de l'horloge (évaluation)	RD / ED / M	RD / ED / M
Fonctions quotidiennes	– Indice de Barthel (évaluation)	D3 A&B	D3 A&B / M
Douleur	– Évaluation de la douleur en cas de démence (BESD)	D3 A&B	D3 A&B / M
	– Échelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes (ECPA)	D3 A&B	D3 A&B / M
Délirium	– Delirium Observation Screening Scale (DOS)	D3 A&B	D3 A&B / M
	– Confusion Assessment Method (CAM)	M	M
	– Assessment of Geriatric Delirium Scale (I-AgeD)	M	M
	– 4A's Test (4AT)	M	M
Dépression	– Échelle de Cornell pour les cas de dépression chez les personnes atteintes de démence (CSDD)	RD / ED / M	RD / ED / M
	– Geriatric Depression Scale (GDS)	RD / ED / M	RD / ED / M

Notes : M = Médecin ; RD = Responsables démence ; ED = Experts démence ; D3 A&B = Degré tertiaire A (hautes écoles spécialisées — HES) & B (écoles supérieures — ES / examens fédéraux)

Source tableau : ALZ (2020), La prise en soins de personnes atteintes de démence vivant dans un cadre institutionnel : Recommandations à l'attention des établissements médico-sociaux [479, p. 11-14].

A25 Nouveaux modèles de rémunération

Encadré 21 : Modèles de rémunération

Capitation (*population-based payment*) : Le principe de la rémunération basée sur une population donnée s'applique à l'ensemble des habitants d'une région ou à des catégories de population précises. Il accorde la priorité aux configurations de soins (complexes) plutôt qu'à des maladies spécifiques. Ce mode de rémunération est un prolongement du principe de coresponsabilité budgétaire des réseaux de médecins, couramment appliqué en Suisse, complété par une coresponsabilité relative à la performance.

Paiement par épisode de soins (*bundled payment*) : Contrairement au précédent modèle, les paiements par épisode de soins sont axés sur des maladies ou des catégories de pathologies spécifiques, et non sur l'ensemble d'une population ou des groupes donnés. La rémunération porte sur l'ensemble des cycles de soins et de traitement (*bundles*) et englobe toutes les prestations fournies par les professionnels de santé mobilisés.

Budget global cantonal : Le budget global peut être considéré comme une variante fondamentale du modèle de rémunération basée sur une population donnée (*population-based payment*). Il concerne l'ensemble de la population d'une région donnée (p. ex. un canton) ou des catégories de population individuelles et couvre toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins.

Rémunération complémentaire liée à un objectif (*add-on payment*) : Les rémunérations complémentaires versées par les assureurs aux fournisseurs de prestations récompensent la réalisation des objectifs fixés avec ceux-ci. Aucun autre modèle de rémunération liée à la performance n'est aussi facile et rapide à mettre en place. Du point de vue du principe de fonctionnement, ces rémunérations complémentaires constituent la variante minimale de la rémunération liée à la performance.

Source : FMC (2017), « Modèles de rémunération liée à la performance à l'horizon 2025 ». Matière à réflexion N° 3. Neuägeri: forum suisse des soins intégrés [394].

Tableau 45 : Opportunités et risques des différents modèles de rémunération liée à la performance (FMC 2017)

Formes de base	Focalisation	Opportunités	Risques
– **Capitation (population-based payment)** – **Budget global cantonal**	– Santé et maladies – Catégories de population	– Forte orientation sur (la préservation de) la santé – Intégration de l'ensemble des soins – Accès équitable aux soins, indépendamment de la morbidité	– Accès impossible à des prestations indispensables – La mesure de la performance pour des populations entières est complexe et coûteuse.
– **Paiement par épisode de soins (bundled payment)** – **Rémunération complémentaire liée à un objectif (add-on payment)**	– Maladies – Groupes de patients	– Forte orientation sur la prévention des maladies – Intégration des processus de soins – Plus de possibilités de concurrence entre les fournisseurs de prestations (prix et performance)	– Nouvelles fragmentations créées par le principe du « bundling » – Fournisseurs de prestations trop focalisés sur certaines maladies (au détriment des autres)

Source tableau : FMC (2017), « Modèles de rémunération liée à la performance à l'horizon 2025 ». Matière à réflexion N° 3. Neuägeri: forum suisse des soins intégrés [394].

Tableau 46 : Compatibilité des modèles de rémunération liée à la performance avec le système actuel (FMC 2017)

	Capitation	**Paiement par épisodes de soins**	**Budget global cantonal**	**Rémunération complémentaire liée à un objectif**
Focalisation	Catégorie(s) de population	Groupe(s) de patients	Catégorie(s) de population	Groupe(s) de patients
Modèle d'assurance selon la LAMal	Modèles standard ou alternatifs	Modèles standard ou alternatifs	Modèles standard ou alternatifs	Modèles standard ou alternatifs
Contrat conclu entre	Assureurs et fournisseurs de prestations	Assureurs et fournisseurs de prestations	Assureurs et fournisseurs de prestations	Assureurs et fournisseurs de prestations
Obligation de contracter	Non	Non	Oui	Non
Financement homogène des soins ambulatoires et stationnaires (monisme)*	Souhaitable	Souhaitable	Nécessaire	Non
Compatibilité avec la LAMal en vigueur	Partiellement	Partiellement	Non	Partiellement
Coût de la mise en œuvre en Suisse	++	++	++++	+

Note FMC : * Dans la mesure où ces modèles de rémunération s'étendent aux soins ambulatoires et stationnaires, il serait pertinent d'utiliser les mêmes modes de financement pour les deux domaines.

Source tableau : FMC (2017), « Modèles de rémunération liée à la performance à l'horizon 2025 ». Matière à réflexion N° 3. Neuägeri: forum suisse des soins intégrés [394].