

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

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

**1<sup>er</sup> webinaire de la Plateforme nationale démence**

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

# Contenu de la présentation (40')

## Brève introduction (4')

### 1. Les TUS (16')

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

### 2. TUS et troubles neurocognitifs (20')

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

## Kurzes Vorwort (4')

### 1. Die SGS (SGS)

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

### 2. SGS und neurokognitiven Störungen (20')

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

# Introduction | Vorwort (4')

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

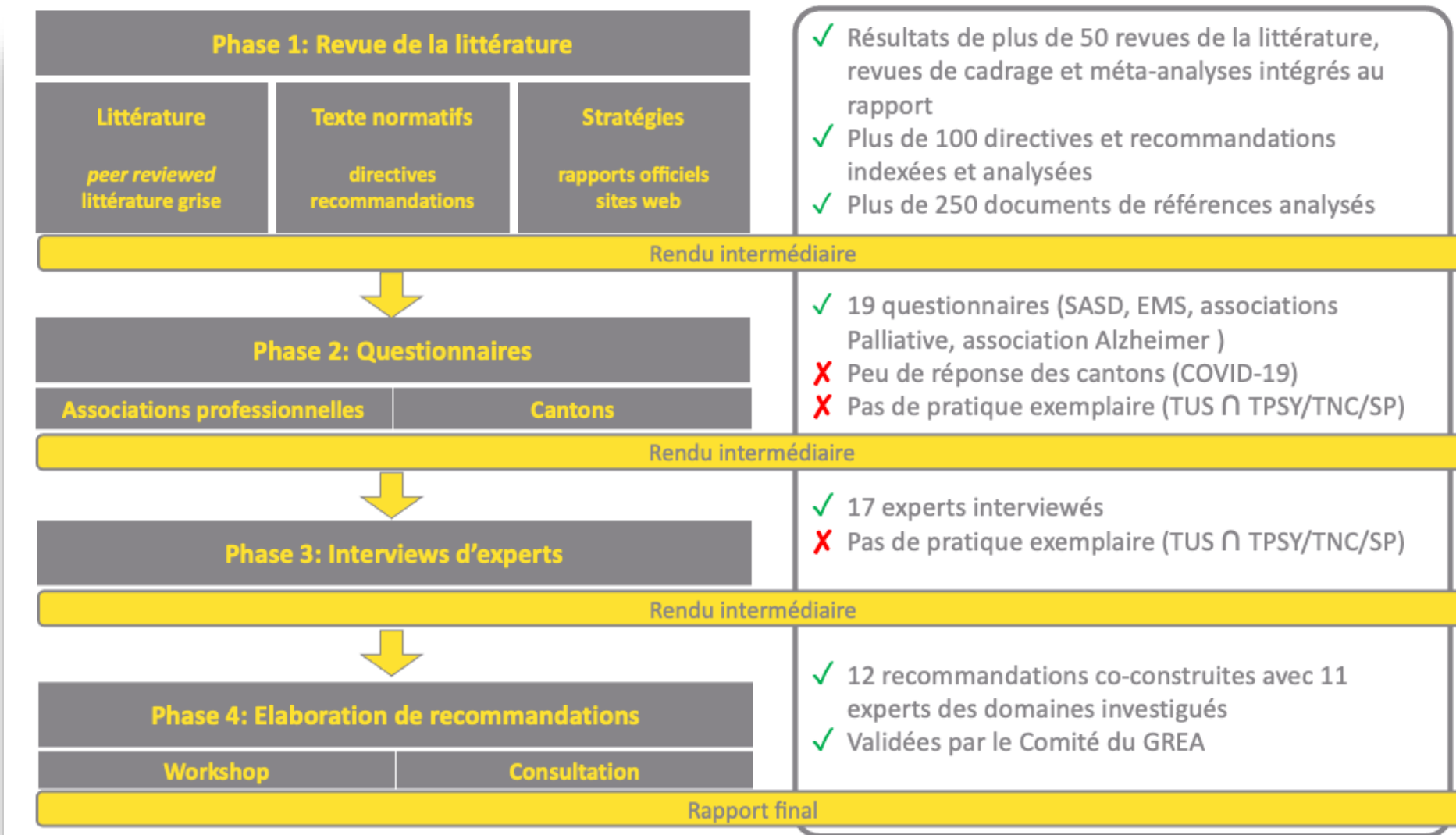
1. *Le GREA*
2. *Der Auftrag*
3. *Das Vorgehen*
4. *Projektleistungen*

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

# INTRO > Le mandat | Der Auftrag

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

# INTRO > la démarche | das Vorgehen



# INTRO > les livrables | die Projektleistungen

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

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

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

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



Lausanne, le 27 janvier 2022

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

Christophe Al Kurdi, Fabrice Rosselet

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

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

1. *Généralités*

2. *TUS et vieillissement*

3. *TUS et troubles cooccurrents (CODs)*

4. *TUS et soins palliatifs*

1. *Allgemeines*

2. *SGS und Altern*

3. *SGS und Co-Occurring Disorders (CODs)*

4. *SGS und Palliativ Care*



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

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

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

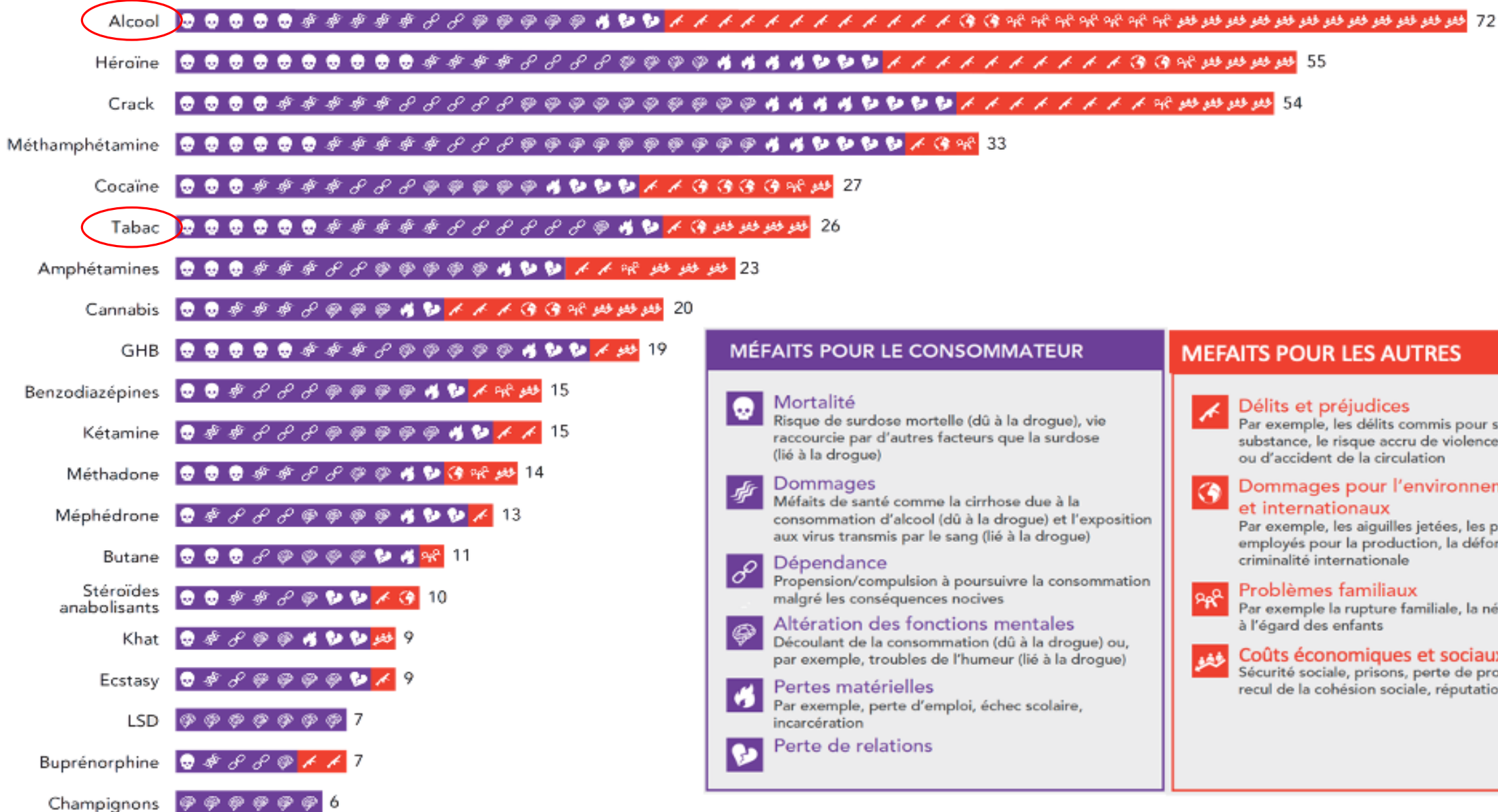
*Stratégie Addictions	**Psychoactif. ch	# DSM-IV/CIM-10	##DSM 5
Comportement à faible risque	Consommation peu problématique	Usage	Usage
Comportement à risque : Excessif, Chronique, Inadapté	Consommation problématique	Usage nocif/Abus	<b>Troubles de l'usage d'une substance (TUS)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Trouble léger</li> <li>– Trouble modéré</li> <li>– Trouble sévère</li> </ul>
<b>Addiction</b>	Dépendance	Syndrome de dépendance	

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

*Strategie Sucht	**Psychoaktiv.c h	# DSM-IV/CIM-10	##DSM 5
Risikoarmes Verhalten	risikoarmer Konsum	Gebrauch	Gebrauch
Risikoverhalte : exzessives, chronisches, situationsunangepasstes	Problematischer Konsum	schädlicher Gebrauch/Missbrauch	<b>Substanzgebrauchsstörung (SGS)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Leichte Störung</li> <li>– Moderate Störung</li> <li>– Schwere Störung</li> </ul>
<b>Sucht</b>	Abhängigkeit	Abhängigkeitsyndrom	

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

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



### MÉFAITS POUR LE CONSOMMATEUR

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

### MEFAITS POUR LES AUTRES

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

**Source illustration:** GCDP, « La classification des substances psychoactives: Lorsque la science n'est pas écoutée », Global Commission on Drug Policy, 2019.  
**Données:** D. J. Nutt, L. A. King, et L. D. Phillips, « Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis », *The Lancet*, vol. 376, n° 9752, p. 1558-1565, nov. 2010.

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

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

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

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

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

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

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

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

## Beispiele für Risikofaktoren für einen späten Konsum (SAMHSA 2020)

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

## Repérage

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

## Diagnostic

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

## Traitement

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

## Erkennung

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

## Diagnose

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

## Behandlung

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

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

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

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

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

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



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

Diagnostic	Risque relatif de conduite addictive associée
Troubles dépressifs	2
Troubles anxieux	3
Schizophrénie	5
Trouble bipolaire	7
Trouble de la personnalité limite	5
Trouble de la personnalité antisociale	9

Sources : Regier (1990) , Tableau repris à Cloutier et al. (2016)

Diagnostic	Substance concernée	Troubles de la personnalité
Trouble (léger/modéré) lié aux substances	Alcool	28,6%
	Autres drogues	47,7%
Dépendance liée à une substance	Alcool	39,5%
	Autres drogues	69,5%
Aucun (Population générale)	—	14,8%

Sources : Grant et al. (2004) , Tableau repris à Cloutier et al. (2016)

Diagnose	Relatives Risiko für assoziiertes Suchverhalten
Depressive Störungen	2
Angststörungen	3
Schizophrenie	5
Bipolare Störung	7
Borderline-Persönlichkeitsstörung	5
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	9

Quellen Regier (1990), Tabelle übernommen von Cloutier et al. (2016)

Diagnose	Substanz	Persönlichkeitsstörung
Substanzbezogene Störung (leicht/mittel)	Alkohol	28,6 %
	Andere Drogen	47,7 %
Substanzbezogene Abhängigkeit	Alkohol	39,5 %
	Andere Drogen	69,5 %
Keine (allgemeine Bevölkerung)	—	14,8 %

Quellen: Grant et al. (2004), Tabelle übernommen von Cloutier et al. (2016)

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

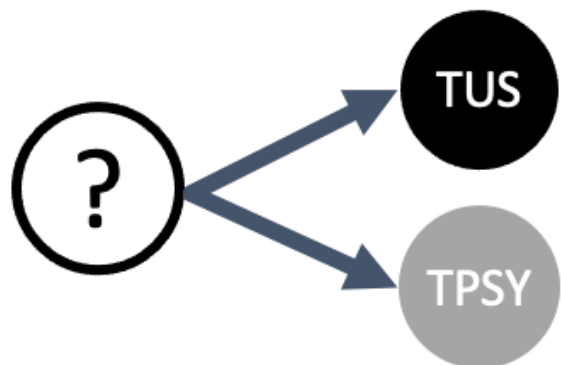
- Alcool et dépression/anxiété
- Opioides et troubles de la personnalité/comportement
- Cannabis et schizophrénie
- Amphétamines et troubles psychotiques

**Am häufigsten beobachtete Kombinationen** (EMCDDA 2013) :

- Alkohol und Depression/Angstzustände
- Opioider und Persönlichkeits-/Verhaltensstörungen
- Cannabis und Schizophrenie
- Amphetamin und psychotische Störungen

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

a. Modèle des facteurs communs



b. Trouble addictif secondaire



c. Trouble psychiatrique secondaire (DSM-5)

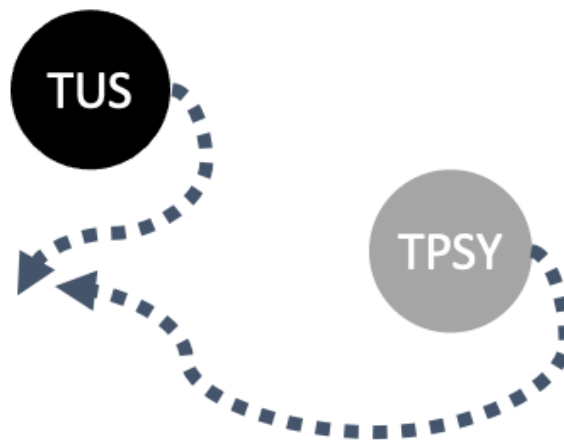


- a. Gemeinsame-Faktoren-Modell
- b. sekundäre Suchtstörung
- c. sekundäre psychiatrische Störung (DSM-5)
- d. bidirektionales Modell
- e. Der Zufall



d. Modèle bidirectionnel

e. Le Hasard



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

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

## Repérage / diagnostic:

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

## Traitement :

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

## Erkennung / Diagnose:

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

## Behandlung:

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

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

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

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

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

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

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

## Repérage / diagnostic

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

## Traitement

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

## Erkennung / Diagnose

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

## Behandlung:

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

# TUS > douleur > ex. de prise en charge insuffisante

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

# TNC > substances comme facteurs de risques

## NKS > Substanzen als Risikofaktoren (1/6)

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

# TNC > substances psychoactives comme facteur de risque

## NKS > psychoaktive Substanzen als Risikofaktoren (2/6)

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

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

→ Neue Diagnose: **Substanz- oder arzneimittelinduzierte schwere oder leichte NKS** (DSM-5)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# TNC > incidence de la polypharmacie

## NKS > Inzidenz von Polypharmazie (6/6)

- ∃ un lien fort entre polypharmacie (en particulier psychotropes et anticholinergiques) et troubles cognitifs (Pazan et Wehling 2021; Wastesson et al. 2018)
  - origine du délire chez 11 à 30 % des patients âgés hospitalisés en médecine (Francis, Martin, et Kapoor 1990; George, Bleasdale, et Singleton 1997).
- Risque augmenté de démence proportionnel au nbr de médicaments (Park et al. 2017)
  - OR de 1,72 (de 1 à 4 médicaments)
  - OR de 2,64 (de 5 à 9 médicaments)
  - OR de 3,35 (10 et plus)
- ∃ ein starker Zusammenhang zwischen Polypharmazie (insbesondere Psychopharmaka und Anticholinergika) und kognitiven Störungen (Pazan und Wehling 2021; Wastesson et al. 2018)
  - Deliriumsursache bei 11-30 % der älteren Patienten in medizinischen Krankenhäusern (Francis, Martin und Kapoor 1990; George, Bleasdale und Singleton 1997)
- Erhöhtes Risiko für Demenz proportional zur Anzahl der Medikamente (Park et al. 2017)
  - OR von 1,72 (1 bis 4 Medikamente)
  - OR von 2,64 (5 bis 9 Medikamente)
  - OR von 3,35 (10 und mehr)

# TNC > incidence des TNC sur les TUS

## NKS > Inzidenz von NKS über SGS (1/1)

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



## Repérage TNC (contexte addictologique):

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

## Diagnostic :

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

## Erkennung von NKS (Suchtkontext):

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

## Diagnose :

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

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

## Traitement

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

## Behandlung

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

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

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

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

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

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

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

Merci pour votre attention  
Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit