



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

## 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.

### 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](http://www.grea.ch/publications/rapport-TUS-2022).

## 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 événements 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.

### TUS et troubles cooccurrents (chap. 3)

- 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 abstinant, 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 croître 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/calmanants) 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 majeure 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.

#### Acteurs de la prise en soins (chap. 7)

- 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 chaîne 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 investissent 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 résidents.



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

8. **Vieillesse 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 élevés), 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.

