



HAL
open science

Etat des lieux des prescriptions de neuroleptiques dans les Unités d'Accueil Spécifiques Alzheimer meusiennes

Olivier Richard

► **To cite this version:**

Olivier Richard. Etat des lieux des prescriptions de neuroleptiques dans les Unités d'Accueil Spécifiques Alzheimer meusiennes. Médecine humaine et pathologie. 2023. hal-04516819

HAL Id: hal-04516819

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04516819v1>

Submitted on 22 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2023

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Olivier RICHARD

Le 16 novembre 2023

Etat des lieux des prescriptions de neuroleptiques dans les Unités d'Accueil Spécifiques Alzheimer meusiennes

Membres du jury :

Madame la Professeure Christine PERRET-GUILLAUME, Présidente

Monsieur le Professeur Olivier BOUCHY, Juge

Madame la Docteure Maria RIFF, Juge et Directrice

2023

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Olivier RICHARD

Le 16 novembre 2023

Etat des lieux des prescriptions de neuroleptiques dans les Unités d'Accueil Spécifiques Alzheimer meusiennes

Membres du jury :

Madame la Professeure Christine PERRET-GUILLAUME, Présidente

Monsieur le Professeur Olivier BOUCHY, Juge

Madame la Docteure Maria RIFF, Juge et Directrice

Présidente de l'Université de Lorraine :
Madame Hélène BOULANGER

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN



Vice-doyenne
Pr Louise TYVAERT

Asseseurs :

- *Premier cycle* : Pr Thomas SCHWITZER et Dr Nicolas GAMBIER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Prs Eliane ALBUISSON et Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Pr Jacques JONAS
- *ECOS* : Pr Patrice GALLET, Dr Eva FEIGERLOVA
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Prs Nicla SETTEMBRE, Fabienne ROUYER-LIGIER et Pablo MAUREIRA
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

Chargé de mission

- *PASS Médecine* : Dr Nicolas GAMBIER

Présidente du Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Abderrahim OUSSALAH

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD
Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRACARD
Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER
Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilles DAUTEL - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE
Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Dominique HESTIN
Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Claude HURIET – Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER
Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL
Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN
Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jacques POUREL
Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET
Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE -
Bruno HOEN - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick
NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : *Anatomie*

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : *Histologie, embryologie et cytogénétique*

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : *Anatomie et cytologie pathologiques*

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : *Biophysique et médecine nucléaire*

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : *Radiologie et imagerie médicale*

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire*

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : *Physiologie*

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL - Professeur Jacques JONAS

3^e sous-section : *Biologie cellulaire*

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : *Nutrition*

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : *Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : *Parasitologie et Mycologie*

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : *Maladies infectieuses ; maladies tropicales*

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : *Épidémiologie, économie de la santé et prévention*

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Cédric BAUMANN

4^e sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : *Hématologie ; transfusion*

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Julien BROSEUS

2^e sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

3^e sous-section : *Immunologie*

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : *Génétique*

Professeur Philippe JONVEAUX

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : *Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Philippe GUERCI

2^e sous-section : *Médecine intensive-réanimation*

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : *Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*

Professeur Nicolas GIRERD

5^e sous-section : *Médecine d'urgence*

Professeur Tahar CHOUHED

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : Neurologie

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : Neurochirurgie

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN - Professeur Thomas SCHWITZER -
Professeure Fabienne ROUYER-LIGIER

4^e sous-section : Pédiopsychiatrie ; addictologie

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : Médecine physique et de réadaptation

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : Rhumatologie

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : Chirurgie orthopédique et traumatologique

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : Dermato-vénérologie

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4^e sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Professeur François DAP - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : Pneumologie ; addictologie

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : Cardiologie

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN
Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY - Professeure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : Chirurgie viscérale et digestive

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : Néphrologie

Professeur Luc FRIMAT

4^e sous-section : Urologie

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3^e sous-section : Médecine générale

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : Pédiatrie

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET -
Professeur Cyril SCHWEITZER

2^e sous-section : Chirurgie infantile

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^e sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^e sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : Oto-rhino-laryngologie

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU -
Professeur Patrice GALLET

2^e sous-section : Ophtalmologie

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERRON – Professeur Jean-Baptiste CONART

3^e sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66° Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : Médecine générale

Professeure associée Sophie SIEGRIST - Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1° sous-section : Anatomie

Docteur Bruno GRIGNON

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1° sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN –
Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2° sous-section : Physiologie

Docteure Iulia-Cristina IOAN

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1° sous-section : Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : Parasitologie et mycologie

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1° sous-section : Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU

2° sous-section Médecine et Santé au Travail

Docteure Isabelle THAON

4° sous-section : Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Docteure Aurélie BANNAY (stagiaire)

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1° sous-section : Hématologie ; transfusion

Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : Cancérologie ; radiothérapie

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : Immunologie

Docteure Alice AARNINK

4° sous-section : Génétique

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3° sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteur Julien SCALA-BERTOLA -

Docteure Élise PAPE (stagiaire)

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : Neurochirurgie

Docteur Fabien RECH

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Docteur Fabrice VANHUYSE

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1° sous-section : Pédiatrie

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU

3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Docteur Charline BERTHOLD

4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale

Docteure Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

63° Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeyza BASCETIN - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ –
Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE

69° Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

90° Section : MAÏEUTIQUE

Madame Gaëlle AMBROISE (stagiaire)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : (Médecine générale)

Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Présidente de thèse, Madame la Professeure Christine PERRET-GUILLAUME, professeur de gériatrie.

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez manifesté vis-à-vis de ce travail, pour votre précision et votre rigueur dans son élaboration, et pour votre implication au profit de la médecine générale.

Recevez le témoignage de notre reconnaissance et de notre plus profond respect.

REMERCIEMENTS

A notre Juge, Monsieur le Professeur Olivier BOUCHY, professeur de Médecine Générale.

Nous vous sommes profondément reconnaissant d'avoir accepté de siéger dans notre jury de thèse.

Votre engagement pour la médecine générale et son rayonnement dans le département de Meuse est un exemple inspirant.

A notre juge et Directrice de thèse, Madame la Docteure Maria Riff

Tu as accepté la direction de cette thèse, terme d'un cursus au cours duquel tu es régulièrement intervenu, avec bienveillance et compréhension. Je te remercie pour ce que tu as pu m'apporter, dans la réalisation de ce travail et auparavant, et pour ton esprit de confraternité toujours renouvelé.

A tous les médecins coordonnateurs d'EHPAD qui ont donné de leur temps pour que ce travail puisse aboutir.

REMERCIEMENTS

A ma mère, toujours bienveillante, compréhensive et encourageante.

A la mémoire de mon père, qui m'a montré sa fierté jusqu'aux derniers jours.

A mon épouse Cécile, soutien indéfectible, compagne d'une aventure qui n'aurait pu aboutir sans son engagement, sa patience et ses sacrifices.

A mes enfants Augustin, Théophile, Eugénie et Côme, pour qui j'ai pu être trop absent, mais qui ne m'en tiennent pas rigueur et savent plutôt retenir les moments partagés.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Table des matières

Liste des abréviations.....	16
Préambule	17
Introduction.....	18
1. Généralités sur les MAMA :.....	18
1.1. Données épidémiologiques et économiques	18
1.2. Les plans nationaux	19
1.2.1. 1er plan Alzheimer : 2001-2004 (9).....	19
1.2.2. 2 ^{ème} plan Alzheimer : 2004-2007(12).....	19
1.2.3. 3 ^{ème} plan Alzheimer : 2008-2012 (13).....	20
1.2.4. Plan Maladies Neuro-Dégénératives (PMND) 2014-2019(15)	21
1.2.5. Plan Maladies Neuro-Dégénératives (PMND), 2021-2022.....	22
2. Les troubles du comportement perturbateurs liés à la démence (TCPD).....	22
2.1. Généralités	22
2.2. Etiologie des symptômes comportementaux et psychologiques	24
2.2.1. Le modèle des besoins compromis d'Algase ou Need-driven Dementia-compromised Behavioral (NDB) Model. (23)	24
2.2.2. Le modèle des besoins non satisfaits ou « Unmet needs »	25
3. Prise en charge des TCPD : Recommandations et données de la littérature.....	25
3.1. Démarche diagnostique	27
3.1.1. Évaluation.....	27
3.1.2. Enquête étiologique	28
3.2. Les interventions non médicamenteuses.....	29
3.2.1. Les attitudes soignantes	29
3.2.2. Les thérapies non médicamenteuses structurées.....	30
3.2.3. La contention physique	31
3.3. Les UASA, lieu d'application idéal des interventions non médicamenteuses.....	32
3.3.1. une population ciblée.....	32
3.3.2. un personnel en nombre suffisant, qualifié, volontaire, formé et soutenu.....	32
3.3.3. un projet spécifique de soin et un projet de vie personnalisé.....	32
3.3.4. une participation de la famille et un programme d'aide aux aidants	32
3.3.5. un environnement architectural adapté et indépendant du reste de la structure.....	33
3.4. Interventions médicamenteuses.....	33
3.4.1. Médicaments spécifiques.....	34
3.4.2. Médicaments psychotropes, hors neuroleptiques.....	34
4. Les neuroleptiques	36

4.1.	Généralités	36
4.2.	Recommandations.....	37
4.3.	Effets indésirables et surmortalité	38
4.3.1.	Effets indésirables	38
4.3.2.	Risque de chute	39
4.3.3.	Risque cardiovasculaire :	39
4.3.4.	Surmortalité :.....	40
4.4.	Perspectives : la pimavanserine ?	41
5.	Statistiques d'usage des traitements psychotropes	41
5.1.	En France	41
5.2.	Etudes internationales	42
	Matériel et méthodes.....	43
1.	Objectifs de cette étude	43
1.1.	Objectif principal	43
1.2.	Objectifs secondaires	43
2.	Type d'étude.....	43
3.	Population étudiée	43
4.	Recueil des données.....	44
4.1.	Données recueillies concernant les résidents :	44
4.2.	Données recueillies concernant les structures :.....	44
5.	Analyse des données	45
6.	Aspects éthiques	45
	<i>Résultats</i>	46
A -	Résultats principaux résumés	46
B -	Résultats détaillés	47
1.	Description de la population étudiée.....	47
1.1.	Caractéristiques socio-démographiques.....	47
1.1.1.	Données démographiques	47
1.1.2.	Présence familiale	47
1.1.3.	Provenance.....	48
1.1.4.	Présence d'un médecin traitant extérieur	48
1.2.	Caractéristiques médicales et antécédents des résidents	49
1.2.1.	Type de TNC.....	49
1.2.2.	Sévérité des TNC.....	49
1.2.3.	Antécédents psychiatriques	50
1.2.4.	Antécédents neurologiques	50

1.2.5.	Troubles sensoriels.....	51
2.	Description des structures.....	51
2.1.	Effectifs.....	51
2.2.	Présence et formation du médecin coordonnateur.....	52
2.3.	Présence d'un PASA et labellisation UHR.....	52
2.4.	Ressources humaines et pluridisciplinarité.....	52
2.5.	Programme de concertation	53
2.6.	Usage de échelles d'évaluation	53
2.7.	Aménagements	53
2.8.	Activités et prises en charge non médicamenteuses.....	54
3.	Prescriptions.....	54
3.1.	Données générales	54
3.2.	Neuroleptiques.....	55
3.2.1.	Association de neuroleptiques :	56
3.2.2.	Usage en si besoin	56
3.2.3.	Molécules utilisées	56
3.2.4.	Posologies utilisées.....	57
3.2.5.	Date d'introduction	57
3.2.6.	Prescripteur initial	57
3.2.7.	Motifs de prescription	58
3.2.8.	Réévaluation de la prescription.....	58
3.2.9.	Déprescription suite à l'orientation en UASA	59
3.2.10.	Associations de psychotropes incluant un neuroleptique	59
3.3.	Anxiolytiques	60
3.4.	Hypnotiques	61
3.5.	Antidépresseurs.....	61
3.6.	Thymorégulateurs	62
3.7.	Traitements spécifiques de TNC.....	62
3.8.	Médications potentiellement inappropriées	62
3.9.	Contention.....	62
4.	Recherche de déterminants pour la prescription de neuroleptique	63
	<i>Discussion</i>	65
	Forces et faiblesses de cette étude	67
	Perspectives.....	68
	Conclusion	70
	Bibliographie.....	71

Annexes	83
MMSE	83
NPI-ES	85
Formulaire de recueil résident	86
Formulaire de recueil structure.....	92

Tables des figures

Figure 1 : Recommandation IPA, IPA 2023.....	26
Figure 2 : Algorithme de prise en charge des TCPD, HAS 2009.....	33
Figure 3 : provenance des résidents.....	48
Figure 4 : Provenance des résidents selon UASA, en %	48
Figure 5: Type de TNC, en % de la population étudiée	49
Figure 6: MMSE moyen par unité.....	50
Figure 7:Antécédents psychiatriques dans notre population	50
Figure 8:Antécédents neurologiques dans notre population	51
Figure 9: Effectifs des unités participant à l'étude.....	52
Figure 10: Taux de résidents recevant un traitement neuroleptique, par unité, en %.....	55
Figure 11:Association de neuroleptiques, en % de la population étudiée	56
Figure 12: Molécules utilisées en monothérapie neuroleptique	56
Figure 13:Prescripteur initial des neuroleptiques	57
Figure 14: Prescripteur initial, en nombre de traitements instaurés.....	57
Figure 15:Motifs de prescription	58
Figure 16: Modalités de réévaluation du traitement.....	58
Figure 17: Associations de psychotropes incluant un neuroleptique	59
Figure 18: Fréquence des associations de psychotropes incluant un neuroleptique	60
Figure 19: Anxiolytiques utilisés, en %	60
Figure 20:Antidépresseurs utilisés	61

Tables des tableaux

Tableau 1: Fréquence des SCPD dans les principales cohortes européenne, source HAS 2009.....	23
Tableau 2 : Attitudes de communication et de soin, HAS 2009.....	30
Tableau 3 : Données démographique de la population étudiée.....	47
Tableau 4: taux de prescription des différentes classes pharmaceutiques étudiées	54
Tableau 5: Corrélations entre les caractéristiques des résidents et la prescription de neuroleptiques	64

Liste des abréviations

ALD : Affection de Longue Durée

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux

APA : Allocation Personnalisée pour l'Autonomie ou American Psychiatric Association

CMAI : Cohen-Mansfield Agitation Inventory

CMRR : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

GDS : Geriatric Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

IPA : International Psychogeriatric Association

MA : Maladie d'Alzheimer

MAMA : Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées

MCL : Maladie à Corps de Lewy

NPI : Neuropsychiatric Inventory

NPI-ES : NPI-Equipe Soignante

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

RBP : Recommandations de Bonne Pratique

SCPD : Symptômes Comportementaux et Psychologiques des Démences

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

TCPD : Troubles du Comportement Perturbateurs de la Démence

TNC : Trouble Neuro-Cognitif

U(A)SA : Unité (d'Accueil) Spécifique Alzheimer

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

UVP : Unité de Vie Protégée

Préambule

Pendant mon internat, j'ai choisi de réaliser un stage dans un service de médecine polyvalente dans un hôpital qualifié d'« Hôpital de proximité ». Sans plateau technique mais répondant aux besoins de la population environnante, il présentait une très nette orientation gériatrique. L'un des principaux motifs d'hospitalisation était le « maintien à domicile difficile », notamment dans le cas de trouble neuro-cognitif, étiqueté ou non. Parmi ces patients d'âge souvent avancé, beaucoup avaient été initialement adressés aux urgences par leurs proches, aidants habituels, légitimement épuisés ou dépassés par des situations de perte d'autonomie ou de mise en danger. D'autres pouvaient l'être par les professionnels de santé intervenant à domicile.

Certains avaient déjà bénéficié d'évaluations spécifiques amenant au diagnostic de Maladie d'Alzheimer ou de Maladie Apparentée (MAMA), d'autres non. Dans tous les cas, les changements d'environnement et les pertes de repères conduisaient souvent à des troubles du comportement, dont la gestion était toujours délicate. Si la bienveillance des équipes, autorisant si possible la déambulation (tout en la surveillant) pouvait suffire, la prescription de psychotropes restait malheureusement fréquente. Les anxiolytiques étaient volontiers administrés, et le recours aux neuroleptiques s'imposait rapidement dès lors que les troubles du comportement mettaient le patient ou autrui en danger.

Cette pratique, bien que peu satisfaisante, pouvait se comprendre dans le contexte de mise en danger des patients eux-mêmes, et potentiellement des soignants, dans un service peu adapté à la gestion des troubles du comportement perturbateurs de la démence (TCPD). J'avais par ailleurs vécu des expériences similaires lors de mon stage aux urgences avec l'usage de neuroleptiques dits sédatifs.

Ultérieurement, j'ai été de nouveau confronté aux TCPD lors de remplacements en médecine générale, notamment concernant des patients vivant en UASA. Dans cet environnement spécialement dédié à la prise en charge de résidents ayant des troubles neuro-cognitifs, offrant la possibilité de recours à des approches non médicamenteuses, j'ai été très surpris par le nombre de patients bénéficiant de traitements neuroleptiques.

Des recherches bibliographiques m'ont permis de prendre connaissance d'un référentiel de l'HAS de 2009, qui insistait sur le risque iatrogène de cette classe thérapeutique, et la nécessité d'en diminuer la prescription dans ce contexte particulier. Ce décalage entre les recommandations et mes constatations locales m'a interpellé.

Les différentes discussions avec mes collègues et tuteurs ne m'ont apporté que confusion ; chacun amenant ses arguments pour étayer la difficulté de suivre ces recommandations.

J'ai donc souhaité élargir mon observation et en faire mon sujet de thèse. À travers un recueil des prescriptions, de manière aussi exhaustive que possible, dans les 14 unités Alzheimer que compte à ce jour, le département de la Meuse, j'ai voulu faire une analyse des pratiques de prescription des psychotropes en général, et des neuroleptiques en particulier, et tenter de dégager des pistes de freins ou de facteurs favorisant le suivi ou non des recommandations de l'HAS.

J'ai sollicité le Dr Maria Riff pour la direction de ce travail, profitant ainsi de son expérience et de sa parfaite connaissance de ce territoire.

Introduction

1. Généralités sur les MAMA :

1.1. Données épidémiologiques et économiques

Inéluctablement, nous serons amenés à prendre en charge de plus en plus de patients présentant des troubles neuro-cognitifs. Cet état de fait est en rapport avec l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population. Ainsi, en France, au 1er janvier 2022, 21,0 % des personnes en France ont 65 ans ou plus et 9,8 % ont 75 ans ou plus.(1)

Les données épidémiologiques concernant les TNC en général, et les MAMA en particulier, restent approximatives. La prévalence des MAMA est évaluée, chez les plus de 75 ans, à près de 18% par l'étude cohorte PAQUID (2). Les projections à l'ensemble du territoire permettent d'estimer à environ 1 000 000 personnes de plus de 65 ans touchées en 2010. (3) D'autres évaluations avancent le chiffre de 1 200 000 en 2014. Si l'incidence reste constante, à partir de ces modélisations, 1 750 000 cas sont attendus en 2030.(3)

Une récente étude internationale, se basant sur les prévalences observées en 2019, avance le chiffre de près de 2 200 000 en 2050.(4)

Face à ces chiffres vertigineux, nous réalisons aisément l'importance des conséquences humaines, sociales et économiques de ces maladies.

Les conséquences humaines, personnelles, sont difficilement appréhendables, comme pour toute maladie dégénérative. Les conséquences sociales sont également difficilement quantifiables. Rappelons simplement que les aidants subissent des conséquences personnelles de la maladie de leur proche. L'étude PAQUID rappelle que 72% des personnes atteintes au stade précoce vivent avec un proche, le plus souvent le conjoint. On estime qu'environ 2 millions de français assument un rôle d'aidant.(2)

Ce sont finalement les conséquences économiques qui peuvent illustrer le plus objectivement l'enjeu majeur que représentent les MAMA, bien qu'elles puissent sembler éloignées de nos considérations de soignants. Classiquement, deux types de coûts vont être différenciés. D'une part, ceux de l'aide informelle, indirecte, c'est-à-dire assurée par les proches qui ne sont pas rémunérés. Et d'autre part, les coûts directs, c'est-à-dire médicaux, paramédicaux et sociaux.

Ces dépenses sont estimées en France à 26510€ par an et par patient en 2016. On considère que la moitié correspond à des coûts qui sont informels et indirects. Dans l'autre moitié, correspondant aux coûts directs, 2/3 concernent les besoins sociaux et paramédicaux, et 1/3 les besoins médicaux. Cela représente donc un total estimé à 36 milliards d'euros. (5)

D'autres évaluations avancent un chiffre de 5,3 milliards d'euros par an, incluant uniquement les coûts médicaux et paramédicaux du secteur sanitaire. Sur ce chiffre, la moitié est en rapport avec des hospitalisations (6), qui sont très majoritairement liées à des complications de la maladie.

Aux USA, alors qu'environ 5,8 millions d'Américains de plus de 65 ans sont touchés par cette maladie en 2020, les estimations sont de 244 milliards de dollars de coûts informels et 305 milliards

de coûts directs (7). Ces chiffres sont globalement cohérents en comparaison des données françaises compte-tenu des différences de valorisation des actes médicaux et paramédicaux.

Un rapport international de 2015 a évalué ce coût au niveau mondial. Les données recueillies ne concernent malheureusement que les coûts directs. Le chiffre avancé est 817,9 milliards de dollars, dont 508,7 (soit 62.2%) milliards pour les seuls pays du G7 (Allemagne, Canada, Etats-Unis, France, Italie, Japon, Royaume-Uni)(8)

On comprend aisément à quel point la prise en charge des patients souffrant de TNC représente un enjeu majeur de santé public. La réponse des autorités de santé a donc consisté en l'élaboration de plans successifs, dont les objectifs ont progressivement évolué.

1.2. Les plans nationaux

1.2.1. 1er plan Alzheimer : 2001-2004 (9)

Lancé en octobre 2001, à la suite de rapport Girard (10), il était particulièrement centré sur le diagnostic de la maladie. Ainsi, parmi les 6 objectifs retenus, les 2 premiers sont d'« identifier les 1^{er} symptômes » et « structurer l'accès à un diagnostic de qualité », notamment par la création des consultations mémoires, et des Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR).

Il mettait également déjà l'accent sur le besoin de soutien aux patients et à leur famille, en insistant pour « préserver la dignité des personnes », « soutenir et informer les personnes malades et leur famille »

Une des mesures concrètes a été la mise en place de l'APA (Allocation Personnalisée pour l'Autonomie) dès 2002.

Par ailleurs, l'intérêt d'unités d'accueil spécifiques était déjà souligné, en cherchant à « Améliorer la qualité des structures d'hébergement et les renforcer ». Il s'agit de favoriser et d'étendre le développement de Centres d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles (Cantou), qui répondaient déjà à des besoins spécifiques (dont la déambulation), dont les bénéfices avaient déjà été mis en évidence.(11)

Enfin, il introduisait déjà la nécessité de « favoriser les études et la recherche clinique ».

1.2.2. 2^{ème} plan Alzheimer : 2004-2007(12)

Ce second plan confirme les intentions du 1^{er} tout en le complétant.

Il définit ainsi 10 objectifs :

- « Reconnaître la Maladie d'Alzheimer (MA) et les maladies apparentées
- Mieux prendre en compte les besoins des malades et des familles et mettre en place une offre adaptée
- Faciliter le diagnostic précoce afin de ralentir l'évolution de la maladie et de prévenir ses complications
- Mettre en place une politique d'accompagnement renforcée pour les malades à un stade précoce et les familles

- Mieux accompagner les malades qui vivent à domicile grâce à la création de 13.000 places en petites unités de vie
- Adapter les établissements d'hébergement pour prendre en compte la spécificité de la maladie
- Développer la formation des professionnels et aider les bénévoles
- Faciliter la prise en charge des malades en situation de crise
- Prendre en compte la spécificité des patients jeunes
- Favoriser les études et la recherche clinique »

On voit ici que les questions du diagnostic, de la reconnaissance de la maladie, de l'accompagnement des malades et de leur famille restent prépondérantes. Une mesure concrète sera la reconnaissance de la maladie comme une ALD.

On y voit aussi émerger des éléments d'importance, concernant notamment l'adaptation des lieux de vie, et la prise en charge des situations de crise. Ces axes sont des préliminaires importants pour la future définition des USA, et pour la compréhension des troubles psycho-comportementaux.

En effet, il s'en suivra une politique volontariste pour l'adaptation ou la création de structures spécifiques médicalisées. La publication d'un décret en 2005 qui permet le financement par l'assurance maladie de ces petites unités de vie médicalisées, marque un tournant dans le développement des UASA.

1.2.3. 3^{ème} plan Alzheimer : 2008-2012 (13)

L'année 2007 a vu la maladie d'Alzheimer être reconnue comme « Grande cause nationale ». Dans cette dynamique, un nouveau rapport a été demandé pour élaborer des propositions pour un nouveau Plan Alzheimer. C'est sur la base de ce rapport de commission présidée par le Pr Menard, que fut élaboré l'ambitieux 3^{ème} plan Alzheimer 2008-2012.

Ambitieux par le budget attribué (1.6 Md d'euros sur 5 ans), il l'est aussi par le nombre et la diversité des objectifs : 44 mesures sont proposées, pour répondre à 11 objectifs, eux même organisés en 3 volets : santé, recherche et solidarité

Est détaillé ci-dessous le volet santé correspondant à l'axe 1 : « améliorer la qualité de vie des malades et des aidants »

Les objectifs en sont les suivants :

1. Apporter un soutien accru aux aidants
2. Renforcer la coordination entre tous les intervenants
3. Permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile
4. Améliorer l'accès au diagnostic et optimiser le parcours de soins
5. Améliorer l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la MA
6. Valoriser les compétences et développer les formations des professionnels.

La question de la gestion des TCPD apparaît comme un des enjeux majeurs, pris en compte dans les 4^{ème} et 5^{ème} objectifs, à travers trois mesures essentielles, et sur lesquelles nous allons d'avantage nous attarder.

Mesure 15 : amélioration du bon usage du médicament

Cette mesure vise à améliorer la qualité des pratiques et l'utilisation des médicaments psychotropes. En effet, les risques iatrogènes sont bien identifiés et l'évaluation des bénéfices et des risques de l'usage de ces médicaments se révèle indispensable.

L'application de cette mesure conduira à l'élaboration des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de TCPD, publiés en mai 2009 par la HAS, que nous détaillerons plus loin, et auxquelles nous ferons souvent référence.

Mesure 16 : création ou identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux.

Cette mesure vise à l'adaptation et à la création d'unités adaptées, permettant entre autres la prise en charge des troubles du comportement. En effet, au moment du recueil, s'il existait environ 18 000 places dans les 1135 unités spécifiques déclarées (sur 6100 établissements accueillant des patients Alzheimer), la plupart n'étaient pas accessibles en cas de troubles du comportement.

Une adaptation était donc nécessaire : les unités spécifiques devaient évoluer, aussi bien en termes d'aménagement que de ressources professionnelles. Elles restent le lieu d'accueil le plus courant.

Mais pour les soutenir, 2 nouveaux types de structures sont imaginés, avec des critères précis(14) :

- Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) : fonctionnant en journée, et permettant la prise en charge de résidents avec des troubles modérés du comportement, qui retournent en fin de journée dans leur unité d'hébergement habituel
- Les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) : lieux de vie et d'hébergement, disposant de davantage de moyens humains, afin d'accueillir les patients aux troubles du comportement très importants.

Mesure 17 : création d'unités spécialisées au sein des services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), pour malades atteints d'Alzheimer

Cette mesure conduira à la création d'Unités Cognitivo-Comportementales au sein d'hôpitaux ou de SSR, destinées à l'accueil temporaire de patients avec TNC et présentant des TCPD importants, pour une prise en charge spécifique et bien souvent une réévaluation du traitement. L'objectif est de permettre le retour dans la structure d'origine après amélioration des troubles.

À noter qu'en cas d'échec, l'orientation peut alors se faire un UHR.

1.2.4. Plan Maladies Neuro-Dégénératives (PMND) 2014-2019(15)

Ce plan, s'il concerne toujours les MAMA, s'est élargi aux autres maladies neuro-dégénératives, en particulier la maladie de Parkinson et la Sclérose en plaque.

De manière plus spécifique à la MA, on retiendra le développement de l'accompagnement à domicile par la création d'Equipes Spécialisées Alzheimer, et le « renforcement du soutien aux aidants », avec des plateformes d'accompagnement et de répit.

Concernant les lieux de vie, les mesures 26 et 27 visent à reconduire les actions du plan précédent, pour permettre la poursuite du déploiement d'unités spécifiques.

1.2.5. Plan Maladies Neuro-Dégénératives (PMND), 2021-2022

Ce plan actuel vise à consolider les actions menées dans les plans précédents.

L'axe 2 nous intéressera particulièrement : meilleure réponse dans les situations de rupture de parcours par troubles psycho-comportementaux

Il propose ainsi l'élaboration d'un nouveau cahier des charges pour les UCC, et le financement de nouvelles unités de ce type.

2. Les troubles du comportement perturbateurs liés à la démence (TCPD)

2.1. Généralités

Les troubles du comportement associés à l'altération des fonctions cognitives dans la maladie d'Alzheimer ont été regroupés sous différents termes : troubles du comportement, symptômes psychiatriques, symptômes neuropsychiatriques. Cette évolution des dénominations illustre la compréhension des troubles constatés comme des « manifestations primaires d'un dysfonctionnement cérébral » (16). Cette dernière expression explicite l'importance des altérations dégénératives, pouvant mener à des modifications comportementales selon la présence ou non d'autres facteurs, notamment environnementaux.(17)

L'International Psychogeriatric Association (IPA) a, pour sa part, proposé en 1996 la dénomination de Symptômes Comportementaux et Psychologiques des Démences (SCPD). Le choix de ces termes connote une dimension plus descriptive. (18). Sous cette dénomination sont regroupés un certain nombre de troubles, correspondant globalement à ceux qui peuvent être recherchés dans l'échelle d'observation NPI (19) abordé ultérieurement. Cela inclut : délire, hallucinations, agitation, dépression, anxiété, euphorie, apathie, désinhibition, irritabilité, comportements moteurs aberrants, troubles du sommeil, troubles de l'appétit.

Pour sa part, dans ses recommandations de bonne pratique (RBP), initialement éditées en 2009, la HAS a préféré parler des troubles du comportement perturbateurs liés à la démence (TCPD).

Ces troubles y sont ainsi définis comme « des comportements, des attitudes ou des expressions dérangeants, perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui. »(20) La nature des troubles peut être très variable. Les symptômes les plus fréquemment décrits sont : «

- **Opposition** : attitude verbale ou non verbale de refus d'accepter des soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité.
- **Agressivité** : Comportement moteur ou verbal excessif et inapproprié
- **Comportements moteurs aberrants** : activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié : déambulations, gestes incessants, attitudes d'agrippement, etc.
- **Désinhibition** : comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales : remarques grossières, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant
- **Cris** : vocalisations compréhensibles ou non, de forte intensité et répétitives »

- **Idées délirantes** : perceptions ou jugements erronés de la réalité, non critiquées par le sujet. Les thèmes les plus fréquents sont la persécution (vol, préjudice), la non-identification (délire de la présence d'un imposteur ou de sosies), l'abandon, la jalousie
- **Hallucinations** : Perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir, alors que les illusions sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles. Elles sont le plus souvent visuelles
- **Troubles du rythme veille/sommeil** : troubles de la durée, de la qualité du sommeil, mais aussi une inversion du cycle nyctéméral, dépassant le cadre polyphasique du sommeil physiologique de la personne âgée. »(20)

Nous pouvons retrouver dans cette liste une majorité de troubles déjà connus, cités comme SPCD, et évaluables par des échelles spécifiques. Nous pouvons toutefois aussi observer le choix, assez logique, de ne pas y inclure les signes de retrait ou signes déficitaires tels ceux d'anxiété, de dépression ou d'apathie, puisqu'ils ne sont pas considérés comme perturbateurs. Dans ce travail, qui s'intéresse aux médications face aux troubles perturbateurs, j'emploierai plus souvent la dénomination de TCPD, mais je pourrais parfois utiliser l'expression plus générale de SPCD en fonction du contexte.

Les auteurs s'accordent à dire que les troubles déficitaires sont les plus fréquents et de survenue souvent précoce dans l'évolution de la maladie.

En témoigne ce tableau synthétique des fréquences observées des SPCD dans des cohortes européennes :

	MAASBED MMSE 15 - 28 n = 199 (Aalten <i>et al.</i> 2007) (6)	REAL-FR MMSE 11 - 20 n = 255 (Benoit <i>et al.</i> 2003) (11)	REAL-FR MMSE 21 - 30 n = 244 (Benoit <i>et al.</i> 2003) (11)	ICTUS MMSE moyen : 20,5 N = 1 170 (Byrne 2003)(16)
Délire	34,7	24,7	10,2	17,8
Hallucinations	13,1	7,8	5,7	9,41
Agitation	28,6	44,3	32,8	30,65
Dépression	57,3	42,7	36,9	47,7
Anxiété	39,2	46,3	44,3	39,15
Euphorie	7	9,8	4,5	7,06
Apathie	59,3	63,5	47,9	53,49
Désinhibition	12,6	13,3	10,2	12,09
Irritabilité	39,7	25	28,3	36,11
Comportement moteur aberrant	34,7	29,8	14,7	20,07
Sommeil	18,1	12,9	13,5	22,72
Appétit	24,6	24,3	20,5	21,21

Tableau 1: Fréquence des SPCD dans les principales cohortes européenne, source HAS 2009

Les troubles plus perturbateurs ayant un retentissement fonctionnel plus franc, ils sont par conséquent plus difficiles à gérer pour les aidants ou les équipes, et les moins supportables pour les autres résidents. Ce sont donc ceux qui auront le plus de conséquences, notamment en termes d'institutionnalisation, d'hospitalisation ou de recours à des traitements psychotropes dont on discutera plus loin de l'inadéquation.

Tous ces troubles présentent toutefois des caractéristiques communes. Ils sont décrits comme :

- Fréquents :

La fréquence de tels troubles est très variable selon les individus. Elle concerne toutefois une majorité des patients. On estime ainsi que jusqu'à 90% des patients présenteront au moins un épisode de trouble avec un des symptômes sus-cités. D'autres études évaluent cette fréquence à 80% (21) ou estiment que 33% présenteront des troubles d'intensité sévère.

Cette fréquence est par ailleurs indépendante du stade de la maladie.

- Fluctuants, autant en intensité qu'en fréquence
- Signalant le plus souvent une rupture par rapport au fonctionnement antérieur du patient
- Interdépendants et souvent associés
- Favorisés par les troubles cognitifs
- Ayant des conséquences
 - o Sur l'adaptation à l'environnement
 - o Sur la prise en charge

Ils peuvent parfois être inauguraux, et survenir avant le repérage et l'exploration de troubles cognitifs(22)

2.2. Etiologie des symptômes comportementaux et psychologiques

La compréhension et la recherche d'une étiologie aux SCPD est complexe, car toujours multifactorielle. Ainsi, ceux-ci sont déterminés par des facteurs personnels (facteurs somatiques, génétiques, traits de personnalité), liés à la maladie (facteurs neurobiologiques) et écologiques, c'est-à-dire en rapport avec l'environnement et l'entourage.

L'intrication de tous ces facteurs est évidemment forte et complique fortement les démarches de recherche étiologique.

Comme nous le verrons prochainement, les recommandations de la HAS insistent, avant toute intervention, pour rechercher une cause sous-jacente. Elles invitent ainsi à :

- Eliminer une cause somatique
- Eliminer une cause psychiatrique
- Rechercher des facteurs précipitants
- Rechercher des facteurs prédisposants (biologiques, cognitifs, somatiques, en rapport avec l'autonomie, liés à la personnalité, relationnels, environnementaux)

Cette approche se retrouve dans les différentes recommandations et algorithmes émis par les sociétés savantes internationales. Elle a le bénéfice d'offrir des outils pratiques à l'emploi.

Ces RBP font suite au développement de différents cadres théoriques. On peut ainsi citer les modèles biologiques ou comportementaux, mais il est intéressant de s'arrêter sur deux autres modèles.

2.2.1. Le modèle des besoins compromis d'Algase ou Need-driven Dementia-compromised Behavioral (NDB) Model. (23)

Cette théorie, développée par Algase, à qui l'on doit aussi une échelle d'évaluation de la déambulation, postule que les résidents souffrant de TNC « adoptent des comportements dans un but

précis et cherchent à répondre à un besoin non satisfait ou compromis, ou à communiquer ce besoin à autrui. »

Ce modèle identifie deux types de facteurs pouvant contribuer à la survenue des SCPD, qui seront repris dans les recommandations de la HAS : les facteurs prédisposants ou contextuels, et les facteurs précipitants ou proximaux.

2.2.2. Le modèle des besoins non satisfaits ou « Unmet needs »

Il a été développé par Jiska Cohen-Mansfield (24)(25), qui a par ailleurs élaboré la CMAI que nous évoquerons plus loin (Cohen-Mansfield Agitation Inventory).

La présence de TNC induit chez la personne concernée :

- Une diminution de la capacité à satisfaire elle-même ses besoins
- Une difficulté à en faire part

Ces besoins peuvent se rapporter à la douleur, à la santé, à l'inconfort physique, à une souffrance morale, à un besoin de contacts sociaux, à un environnement inadapté, ou à un niveau de stimulation insuffisant.(26)

Les problèmes de comportement découlent d'un déséquilibre dans l'interaction entre les habitudes de vie, la personnalité, l'état mental et physique d'une part, et des conditions environnementales non optimales.

3. Prise en charge des TCPD : Recommandations et données de la littérature

Naturellement, notre première source de référence en termes de recommandations sera le document élaboré par la HAS en 2009. Son organisation est en elle-même intéressante pour comprendre la logique des prises en charge privilégiées. La partie la plus développée concerne en effet la description, l'évaluation, et l'enquête étiologique, les éventuelles mesures de prévention, et les techniques de soins et interventions non médicamenteuses. La problématique des interventions médicamenteuses ne concerne qu'une petite partie de ces RBP, confirmant ainsi que leur usage doit se trouver restreint.

Les conduites à tenir et les algorithmes de prise en charge définis par différentes sociétés savantes se structurent globalement sur les mêmes propositions. Elles insistent sur :

- La description des troubles, l'évaluation de leur sévérité, et l'éventuel degré d'urgence de leur prise en charge
- La recherche d'une étiologie
- L'élaboration de mesures de prévention
- L'instauration de mesures non pharmacologiques centrées sur le patient (en dehors de rare cas d'urgence)
- Le recours à des traitements médicamenteux en cas d'échec
- La réévaluation rapide et fréquente des mesures prises

Nous pouvons d'abord citer les recommandations de l' « American Psychiatric Association (APA) », en 2016 (27), qui font suite à la publication en 2011 par l' « Institute of Medicine » américain de « Clinical Practice Guidelines We Can Trust ».

Plus récemment, en 2019, une conférence de consensus internationale, s'appuyant sur la méthode Delphi a émis des recommandations et proposé des algorithmes décisionnels. (28) La méthode Delphi est une technique de facilitation de groupe qui vise à obtenir un consensus à partir du recueil d'opinions d'experts sur un sujet donné, à travers une série de questionnaires anonymes et structurés. L'intérêt de la démarche DICE (Describe, Investigate, Create, and Evaluate) proposée par Kales et al. en 2015 a été confirmé. On peut noter qu'elle met en avant les espoirs suscités par l'association médicamenteuse dextrométhorphan/quinidine, à l'étude depuis quelques années.

Enfin, un groupe de travail de l' « International Psychogeriatric Association » (IPA) a tout récemment actualisé ses recommandations, (29). Il propose une version reprenant les mêmes principes que ceux cités plus hauts. Son programme reprend l'acronyme IPA pour « Investigate, Plan, and Act ». Si ces recommandations font une priorité de l'évaluation avant et après toute intervention, elles veulent inclure tout autant la prévention de l'agitation, la réduction des risques, les approches éducatives et psychosociales tout autant que pharmacologiques. Elle propose donc dans son algorithme le recours à certains traitements, dont l'association dextrométhorphan/quinidine, qui n'est pas autorisée en Europe.

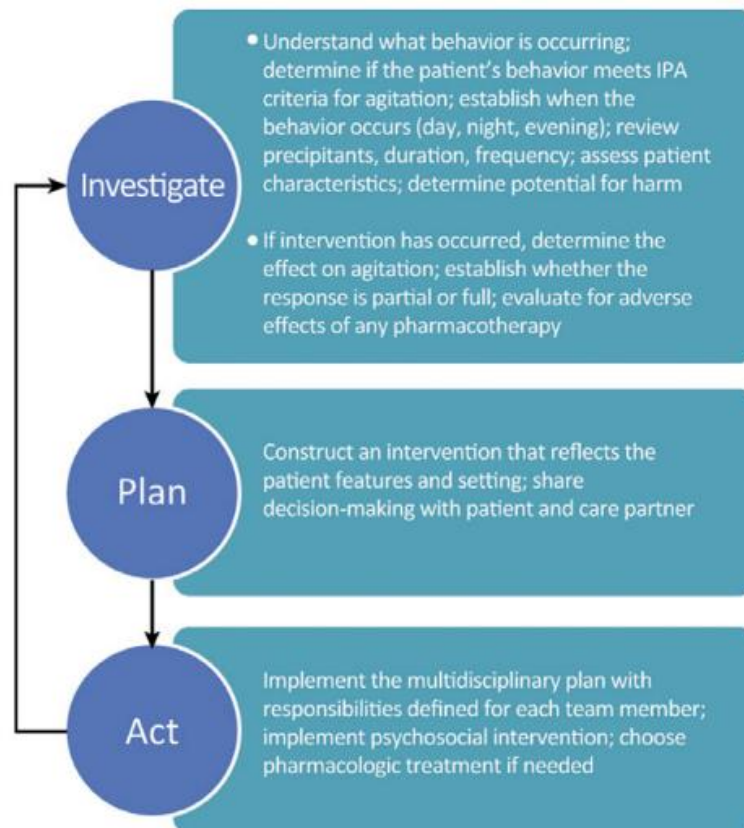


Figure 1 : Recommandation IPA, IPA 2023

3.1. Démarche diagnostique

3.1.1. Évaluation

Du fait de leur fréquence importante, une démarche d'évaluation des troubles est indispensable, afin, en premier lieu, d'apprécier le degré d'urgence et la conduite à tenir ultérieure. Le risque immédiat pour le résident lui-même ou pour autrui impliquera des mesures. Dans le cas contraire, une évaluation rigoureuse peut éviter le recours à des interventions médicamenteuses inutiles.

Comme vu précédemment, cette démarche d'évaluation et diagnostique s'inspire du modèle d'Algase, dans l'effort de description des facteurs précipitants et prédisposants.

La première étape est la description des troubles : ancienneté, caractéristiques, circonstances de survenue. Pour cela, on veillera à multiplier les sources d'information et les modalités d'observation : lorsque le résident est seul ou lorsqu'il est en interaction, avec ses pairs ou avec des soignants, etc.

Afin d'objectiver ces observations, nous disposons d'un certain nombre d'outils d'observation et d'échelles dont l'usage est plus ou moins rapide et facile, mais qui ont l'intérêt d'être des évaluations plutôt objectives, avec une bonne reproductibilité. Un autre de leurs intérêts est d'aider à faire le lien entre les symptômes et d'éviter de négliger des symptômes moins apparents (tels que des positions de retrait, des hallucinations) face à des symptômes plus visibles car plus perturbateurs.

Un des principaux outils, sans doute le plus répandu, est l'Inventaire Neuro-Psychiatrique (NPI : Neuro-Psychiatric Inventory).(19). Initialement développé en 1994, il existe dans une version française validée en 1998.(30) Il s'agit d'un inventaire de 12 symptômes visant à évaluer leur fréquence, leur sévérité et leur retentissement sur l'aidant ou le professionnel. Il existe en version courte pour une passation plus rapide : NPI réduit et une version destinée aux équipes soignante : NPI-ES. Il est facilement reproductible, utilisable par différents professionnels. (cf annexe)

Les symptômes comportementaux sont identifiés par l'observation. Les symptômes psychologiques sont plutôt mis en évidence lors d'entretiens avec le patient et ses proches. Les liens entre ces 2 types de symptômes doivent être recherchés.

Une autre échelle courante, notamment en cas d'agitation, est l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAT pour Cohen-Mansfield Agitation Inventory)(31) qui s'intéresse davantage à l'agressivité physique, aux déambulations et aux cris, et dont l'usage peut être complémentaire du NPI.

On peut par ailleurs citer d'autres outils d'évaluation dont l'usage est toutefois moins répandu : La BEHAVE-AD (Behavioral Pathologic Rating Scale)(32), l'échelle de comportement de la CERAD (Consortium to Establish a Registry in AD)(33).

En complément de ces échelles, on peut enfin rappeler l'existence d'échelles d'évaluation de la dépression en population gériatrique dont la plus répandue est la GDS (Geriatric Depression Scale)(34). Leur intérêt est évident dans la recherche de troubles thymiques pouvant prédisposer aux troubles du comportement.

Parallèlement à ces outils de repérage et d'évaluation, il est également important de mesurer le retentissement de ces symptômes, d'une part sur l'entourage et d'autre part sur le patient lui-même. Concernant les répercussions sur l'entourage, on retrouve un score de retentissement du NPI, et on peut également se fier à l'échelle de fardeau de Zarit (35), bien que cela trouve plus son intérêt

chez des patients non institutionnalisés. En UASA, les répercussions sur l'entourage concernent principalement les autres résidents qui peuvent être affectés pour ces SCPD mais également les soignants.

Le retentissement personnel, qui doit être évalué, concerne les conséquences fonctionnelles sur l'autonomie, les capacités cognitives et relationnelles, la sécurité ou encore l'état de santé global.

3.1.2. Enquête étiologique

La seconde étape consistera à rechercher de possibles causes et est le plus souvent complexe. En effet, l'origine de ces troubles est souvent multifactorielle, avec des facteurs personnels et environnementaux interdépendants.

Toutefois, de manière systématique, on recherchera en premier lieu des causes :

- Somatiques : douleur, fécalome, rétention aigue d'urine,
- Psychiatriques : crise d'angoisse
- Iatrogènes : notamment avec les traitements pouvant avoir des effets atropiniques ou anticholinergiques

Les causes somatiques et psychiatriques ne sont pas détaillées ici, mais il est intéressant de développer la question du risque iatrogène chez la personne âgée. Ce questionnement sur des prescriptions médicamenteuses inappropriées chez les patients âgés (PIM : Potentially Inappropriate Medication) est déjà ancien puisque les critères de Beers, qui font référence, ont été publiés en 1991. Ils sont actualisés depuis 2011 par l'American Geriatric Society. (36)

L'élaboration de recommandations françaises par la HAS date de 2014. De manière générale, la littérature médicale comporte de nombreux travaux, sans doute à mettre en rapport avec la part démographique grandissante des sujets âgés dans nos sociétés occidentales. Les actions de prévention et de sensibilisation sont nombreuses et concernent toutes les classes thérapeutiques.

Dans le cas de troubles du comportement chez le sujet âgé, et particulièrement chez ceux souffrant d'une MAMA, les médicaments possédant des effets atropiniques ou anticholinergiques doivent être maniés avec la plus grande prudence.

Leur effet dans la transmission synaptique au niveau du système nerveux central est bien connu. Leur usage au long terme est ainsi suspecté de favoriser le déclin cognitif chez la personne âgée. Chez la personne ayant des TNC, leur usage est associé à une augmentation de la mortalité et des hospitalisations, notamment majorant le risque de chutes et les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).(37)

Une étude s'est ainsi intéressée en 2020 à l'impact de la réduction de la charge anticholinergique sur les SCPD chez les patients âgés atteints de TNC, hospitalisés en unité spécialisée. Elle a mis en évidence qu'une réduction même modérée de la charge anticholinergique permettait de réduire la fréquence, la sévérité et le retentissement des SCPD. (38)

De même, une étude en milieu gérontopsychiatrique, incluant des patients souffrant de TNC ou non, a permis de mettre en évidence une baisse significative de l'usage de neuroleptiques et de benzodiazépine suite à la diminution des traitements ayant des effets anticholinergiques.(39)

Les questions relatives à l'imprégnation anticholinergique font l'objet de plusieurs travaux (40) permettant récemment l'élaboration d'une échelle spécifique destinée à la psychiatrie française, afin de faciliter la mesure de la charge anticholinergique et de guider les prescripteurs. (41)

Une fois les causes somatiques, psychiatriques et iatrogènes écartées, il est nécessaire de compléter l'enquête étiologique, en considérant les :

- Capacités sensorielles et cognitives
- Facteurs prédisposants (fragilité, environnement, mode de vie)
- Facteurs déclenchants ou de décompensation : événements ponctuels, problèmes relationnels, attitudes inadaptées des aidants ou des soignants

Cette compréhension est indispensable pour adapter les pratiques de la structure aux besoins du résident. Elle permet de prévenir les SCPD ou donne des orientations vis à vis d'une approche non pharmacologique, qui sera toujours privilégiée et expérimentée avant toute approche médicamenteuse, hors d'un contexte d'urgence.

3.2. Les interventions non médicamenteuses

Nous allons nous intéresser plus particulièrement aux interventions non médicamenteuses à visée individuelle, que leur action soit immédiate, en situation aigue, ou retardée, dans un objectif de prévention d'apparition des SCPD. À ce jour, ces approches sont plébiscitées en premier recours compte tenu de leurs probables bénéfices et de l'absence d'effet délétères. Toutefois, elles n'ont apporté que peu de preuves de leur efficacité du fait des difficultés méthodologiques pour les évaluer.

Une prise en charge non médicamenteuse des SCPD doit être multimodale, c'est-à-dire qu'elle doit reposer sur plusieurs approches. On distingue classiquement 2 types d'interventions non médicamenteuse, complémentaires :

- Les attitudes soignantes et relationnelles adaptées et personnalisées
- Les thérapies non médicamenteuses structurées, proposées individuellement, ou avec des groupes de patients

3.2.1. Les attitudes soignantes

Bien que la mesure de leur efficacité soit naturellement complexe, les attitudes soignantes adaptées sont incontournables. Il est question de développer un « savoir-faire » et un « savoir-être ». Autrement dit, il faut définir ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire face à un SCPD et d'avoir la posture adaptée.

ATTITUDES DE COMMUNICATION ²	ATTITUDES DE SOINS
<p>RECOMMANDEES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attirer son attention : se mettre face au patient, établir un contact visuel, attirer son attention par exemple en lui prenant doucement la main • Utiliser des phrases courtes • Préférer les questions fermées • Utiliser les gestes pour faciliter la transmission du message • Répéter le message si un doute persiste quant à sa compréhension • Laisser le temps au patient pour qu'il puisse s'exprimer • Ne pas négliger le langage du corps : rester détendu, souriant • Inclure la personne dans la conversation • Savoir rester patient. <p>A EVITER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eviter les différentes sources de distraction (télévision, radio, etc.) lors de la communication avec le patient • Eviter de transmettre plusieurs messages à la fois • Ne pas hausser la voix • Pour les aidants professionnels, éviter d'être familier • Ne pas obliger le patient à faire ce qu'il n'a pas envie de faire ; dans ce cas, changer de sujet et réessayer plus tard 	<p>RECOMMANDEES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chercher des alternatives lorsqu'un soin peut être à l'origine d'un trouble du comportement • Installer une routine adaptée à ses habitudes (ne pas l'obliger à prendre un bain s'il a l'habitude de se doucher, etc.) • Laisser au patient la possibilité de faire ses choix (par exemple pour les plats ou pour les vêtements). Ces capacités diminuent en fonction de l'évolution de la maladie. • Simplifier le quotidien au fur et à mesure de l'évolution de la maladie (par exemple, préférer les vêtements faciles à enfiler, éviter les plateaux-repas ou les tables trop encombrées, etc.) • Décliner les différentes tâches en plusieurs étapes (par exemple après le choix des vêtements, les présenter dans l'ordre de l'habillage) • Préserver l'intimité pour les soins et l'hygiène personnelle • Aider pour les soins d'hygiène corporelle, qui peuvent être un moment de tension : veiller à la température de la salle de bains et de l'eau, préparer les objets de toilette à l'avance (savon, gant, brosse à dents, etc.), respecter le besoin de pudeur du patient, lui donner une instruction à la fois, le prévenir avant de lui faire un soin comme lui laver le visage • Rassurer et réconforter la personne régulièrement lors d'un soin • Laisser faire les comportements qui ne dérangent pas, à condition qu'ils ne soient pas dangereux • Proposer une activité ou des alternatives qui ont une signification lorsqu'il existe certains troubles : pour une déambulation qui dérange proposer une autre activité répétitive comme plier le linge ; pour une agitation, proposer d'écouter de la musique ou regarder l'album photo personnel du patient, etc. • Laisser le patient se calmer lorsqu'il existe une agressivité verbale ou physique déclenchée par la présence de l'aidant <p>A EVITER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eviter de faire à la place du patient ce qu'il est encore capable de faire : rechercher les capacités restantes et les stimuler • Ne pas insister lorsque le patient ne veut pas faire l'action demandée, ne pas le raisonner

Tableau 2 : Attitudes de communication et de soin, HAS 2009

En institution, les professionnels ont, pour leur majorité, bénéficié dans leur formation initiale de cet apprentissage. Toutefois, les actions de formation continue sont indispensables. Ainsi, il a été prouvé qu'une formation sur les conduites à tenir à titre préventif comme curatif permettait une diminution significative du score global au NPI.(42). De même, des formations dispensées sur les conduites à tenir lors des moments clés tels que la toilette, les repas ou le coucher ont permis une diminution significative des scores d'agitation de l'échelle de Cohen-Mansfield.(43)

Une méta-analyse réalisée en 2012, incluant 23 études au cours desquelles les aidants naturels ont été formés pendant 3 à 6 mois, confirme l'amélioration des SCPD du patient mais aussi du fardeau des aidants. (44)

3.2.2. Les thérapies non médicamenteuses structurées

Ces approches n'ont pas prouvé leur efficacité lors des situations aiguës. En revanche, elles présentent un intérêt dans la prévention des SCPD en agissant sur un certain nombre de facteurs prédisposants.

Dans le cadre de ce travail, qui se concentre sur l'usage des neuroleptiques, je ne détaillerai pas ces thérapies.

Précisons simplement que la HAS les classe selon qu'il s'agisse de :

- Interventions de stimulation cognitive
 - o Réhabilitation cognitive individuelle
- Interventions sur l'environnement
 - o Jardins thérapeutiques, hortithérapie
 - o Zoothérapie, interventions assistées par l'animal
- Interventions psychosociales
 - o Intervention par évocation du passé (reminiscence therapy)

- Thérapie par empathie
- Jeux ou ateliers de loisirs
- Art-thérapie
- Interventions corporelles et d'activité motrice
- Stimulation sensorielle
 - Aromathérapie
 - Musicothérapie
 - Luminothérapie
 - Stimulation multisensorielle (Snoezelen)

L'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) en a réalisé un inventaire très fourni et détaillé, tout comme la fondation Médéric Alzheimer qui est très active pour favoriser leur déploiement notamment par la diffusion de son guide « Interventions non médicamenteuses et maladie d'Alzheimer » en 2021.

Le niveau de preuve de leur efficacité est toutefois variable et souvent limité. Dans son argumentaire de 2009, la HAS reprenait 8 différentes métaanalyses et revues de littérature réalisées entre 2002 et 2005. Seulement 3 retrouvaient une efficacité significative pour certaines approches : intervention par évocation du passé (45), stimulation cognitive sur l'orientation temporo-spatiale (46), luminothérapie, activité physique et stimulation tactile (47). Les 5 autres concluaient à un niveau de preuve insuffisant.

En 2015, une étude américaine concluait à une amélioration significative des SCPD chez les patients bénéficiant d'une intervention psychosociale personnalisée.(48). En 2015 également, Cohen-Mansfield a publié une étude comparant différentes interventions non pharmacologiques et a conclu à l'importance d'une approche individualisée, et du choix du type d'intervention selon le type de SCPD. Ce travail a été repris et traduit en langue française par l'ANESM.(49)

En 2016, Ballard réalisait une étude montrant qu'une information sur les neuroleptiques et leur déprescription dans les maisons de retraite apportait un bénéfice au patient, sous réserve qu'il bénéficie par ailleurs d'interventions non pharmacologiques. (50)

En 2017, une étude toulousaine a montré les résultats obtenus dans une UCC, chez des patients présentant initialement des SCPD importants, par le recours à des approches non pharmacologiques et une adaptation du traitement médicamenteux (baisse des neuroleptiques et des benzodiazépines, et majoration des anti-dépresseurs et des anti-épileptiques)(51)

Enfin, en 2018, une métaanalyse américaine a montré que la mise en place d'interventions psychosociales permettait de réduire le recours aux neuroleptiques.

A noter toutefois qu'en 2019, une étude anglaise n'a pas montré de bénéfice à l'usage d'une intervention psychosociale individuelle personnalisée (Managing Agitation and Raising Quality of Life (MARQUE))(52)

3.2.3. La contention physique

Parmi les attitudes possibles face à un SCPD, il est nécessaire d'évoquer la question de la contention physique..

Comme le rappelle la HAS, le recours à une telle mesure n'est pas recommandé, et ne doit s'appliquer qu'« en cas d'échec des autres mesures environnementales, relationnelles et pharmacologiques, et lorsqu'un risque élevé existe à court terme [...] son usage brusque, répété ou prolongé n'en conserve que les aspects mécaniques et déshumanisés, et est un facteur de

stigmatisation, d'aggravation des troubles ou d'apparition de nouveaux troubles ou de graves événements indésirables. C'est un facteur de risque de confusion.» (20)

Par ailleurs, les conditions de mise en œuvre et de surveillance sont très encadrées et doivent faire l'objet d'un protocole préétabli.

3.3. Les UASA, lieu d'application idéal des interventions non médicamenteuses

La dénomination des lieux de vie spécifiques et adaptés aux résidents porteurs de MAMA sont variables : UASA, Unités Spécifiques Alzheimer (USA), Unités de Vie Protégée (UVP). Elles correspondent globalement toute à une même réalité et répondent à des critères spécifiques.

Comme nous l'avons noté dans l'historique des plans nationaux, la question des lieux de vie spécifiques a été rapidement au cœur des préoccupations pour permettre une prise en charge adéquate. La mesure 16 du 3^{ème} plan montre l'importante accordée à des telles unités de vie.

La définition de leurs missions et de leurs spécificités mais aussi des ressources qu'elles exigent se fonde sur un travail élaboré par le Gérontopôle de Toulouse en 2008 (53).

Cinq critères nécessaires pour la définition d'une Unité Spécifique Alzheimer en EHPAD y sont définis :

3.3.1. une population ciblée

Elle doit accueillir des patients souffrant de maladie d'Alzheimer ou syndrome apparenté compliqué(e) de « symptômes psycho-comportementaux dont la sévérité et/ou la persistance compromettent la qualité de vie du patient et sa sécurité, et ne sont pas compatibles avec son maintien dans l'unité traditionnelle de l'EHPAD ». Ce critère a toutefois évolué puisque c'est désormais plutôt le bénéfice que pourrait apporter la structure qui conduit à son orientation vers une UASA. Et par ailleurs, une majorité de structures réoriente les patients en EHPAD s'ils ne tirent plus de bénéfices d'une structure spécifique, notamment en cas de perte trop importante d'autonomie.

3.3.2. un personnel en nombre suffisant, qualifié, volontaire, formé et soutenu

Le groupe de travail insiste sur « une meilleure adéquation en personnel soignant (en termes d'ETP et de pluridisciplinarité) » et rappelle qu'ils doivent être qualifiés et volontaires, et bénéficier d'une formation continue.

3.3.3. un projet spécifique de soin et un projet de vie personnalisé

Le projet personnalisé est aujourd'hui généralisé à toutes les structures d'accueil médico-sociales. Toutefois, plus spécifiquement dans ce cas, la détection, la prévention et le traitement des SCPD est un élément phare dans le respect des considérations éthiques.

3.3.4. une participation de la famille et un programme d'aide aux aidants

L'entourage doit être impliqué dans le projet de soin et de vie, s'il le désire. Par ailleurs, il doit pouvoir bénéficier d'un soutien actif.

3.3.5. un environnement architectural adapté et indépendant du reste de la structure

Il « doit être le support d'un projet de vie et de soin adapté ». Il doit offrir des espaces visant à maintenir l'autonomie, tout en permettant la déambulation. L'aménagement et la personnalisation doivent favoriser l'orientation spatiale. Enfin, la taille réduite permet d'éviter une surstimulation et de favoriser des interactions sociales.

3.4. Interventions médicamenteuses

Les recommandations insistent sur la nécessité d'envisager une intervention médicamenteuse uniquement :

- Après élimination d'une origine somatique (douleurs, rétention aigue d'urine, fécalome...)
- Après élimination d'une cause iatrogène (usage de psychotropes, traitement aux effets atropiniques ou anticholinergiques)
- Après échec des interventions non médicamenteuses
 - o Environnementale
 - o Thérapies psychologiques, psychosociales et comportementale
 - o S'appuyant sur une évaluation adaptée (échelle NPI)
- Quand la sévérité des troubles met en danger le patient, altère gravement son fonctionnement ou est une menace ou une source de souffrance importante pour l'entourage

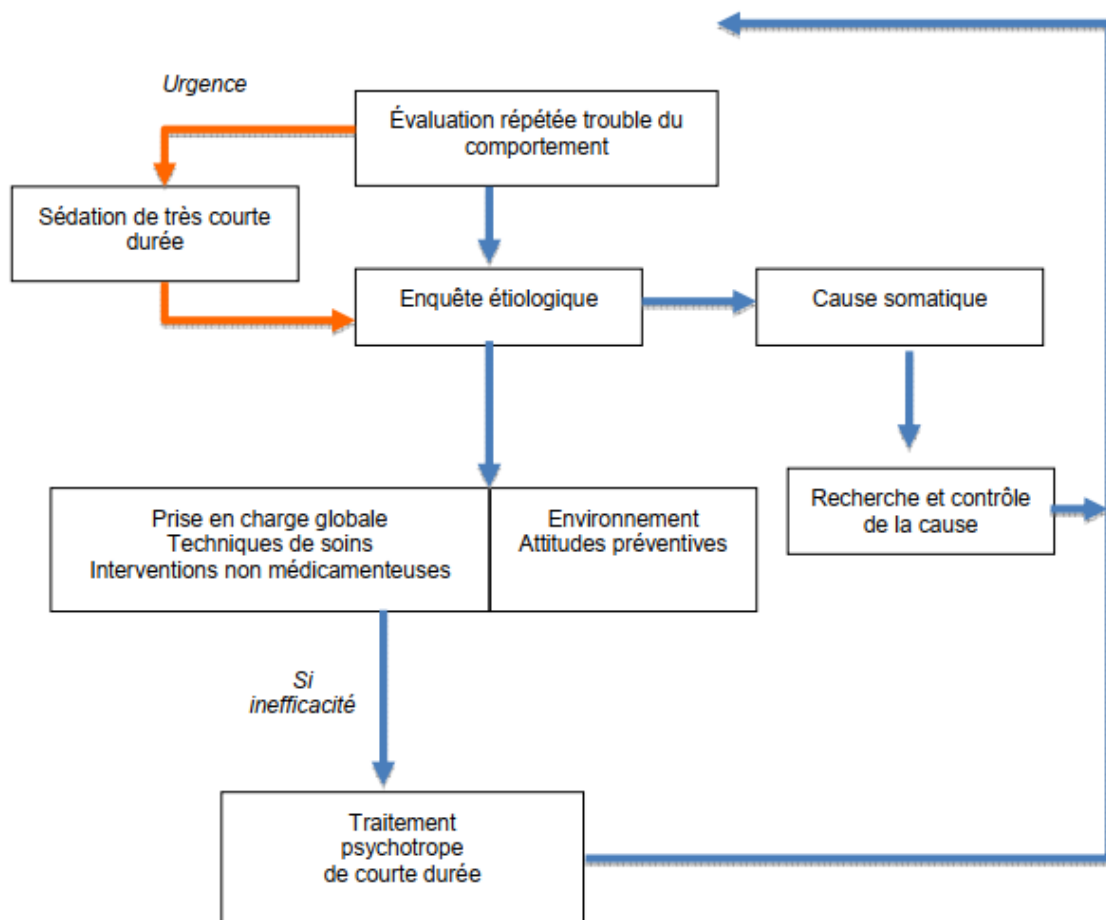


Figure 2 : Algorithme de prise en charge des TCPD, HAS 2009

3.4.1. Médicaments spécifiques

Ces traitements sont les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase et les agonistes des récepteurs de NMDA. Bénéficiant de l'AMM dans le cadre de la maladie d'Alzheimer mais déremboursés depuis 2018, ils peuvent encore être prescrits. Ils ne sont toutefois pas recommandés dans la prévention et le traitement des symptômes psychotiques et des comportements perturbateurs par la HAS. (20)

Ces recommandations sont cohérentes avec la littérature. Ainsi, concernant les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, une méta-analyse de 2003 rapporte des effets positifs modestes et inconstants uniquement dans quelques études de faible qualité (54). Une revue de littérature de 2006, actualisée en 2016, arrive aux mêmes conclusions (55).

Concernant les agonistes des récepteurs de NMDA représentés par la mémantine, une première étude conclut en 2012 à l'absence d'efficacité sur les TCPD. (56) Une revue de littérature de 2019 incluant 44 études conclut à un bénéfice léger, mais statistiquement significatif à 6 mois, sur le plan cognitif, chez les patients présentant une maladie de forme modérée à sévère, mais sans bénéfice sur les TCPD et en particulier l'agitation.(57)

3.4.2. Médicaments psychotropes, hors neuroleptiques

Pour tous les traitements psychotropes, les principes généraux de la HAS et des sociétés savantes sont de :

- Privilégier la monothérapie
- Prescrire pour la durée la plus brève possible
- Les arrêter dès que les symptômes ont cessé ou sont contrôlables par des moyens non médicamenteux (sauf dans le cas particulier d'une dépression).
-

3.4.2.1. Antidépresseurs

Le recours aux anti-dépresseurs dans le cadre des SCPD est souvent motivé par la présence de symptômes négatifs (apathie, retrait,...), pouvant être interprétés comme les manifestations d'un syndrome dépressif.

De manière générale, chez la personne âgée, le consensus professionnel est de privilégier les Inhibiteurs Sélectifs de Recapture de Sérotonine (ISRS). De principe, l'usage des antidépresseurs tricycliques est au contraire à éviter en raison de la fréquence élevée des effets indésirables liés à leur activité anticholinergique et adrénolytique (hypotension orthostatique). Ces recommandations ne sont pas spécifiques aux cas des patients souffrant d'une MAMA mais s'y appliquent compte tenu de leur âge et de leur fragilité.(58) (59)(60)

Les études montrent l'efficacité de plusieurs molécules dans les dépressions survenant au cours d'un TNC. Les traitements les plus cités sont la fluoxétine, la sertraline, le citalopram et la paroxétine. Par ailleurs, leur efficacité démontrée pour divers troubles d'anxieux les rendent d'autant plus pertinents pour certains symptômes typiques tels que l'anxiété, l'instabilité émotionnelle ou l'agitation.(59)

Toutefois, les possibles améliorations des SCPD chez les patients Alzheimer bénéficiant de ces traitements ne sont observés qu'en cas d'épisode dépressif majeur réel. L'usage de ces traitements en dehors de cette indication a fait l'objet d'une méta-analyse en 2005. Une seule étude, sur les 5 concernées par cette revue, démontre l'efficacité du citalopram.(61)

Une autre revue de littérature réalisée en 2011 incluant 9 études souligne l'effet positif de la sertraline dans l'une d'elle. (62). Toutes les autres concluent à l'absence de bénéfices de tels traitements en dehors de leur indication initiale.

Plus récemment, une étude britannique incluant 26 centres n'a pas trouvé de bénéfice à l'usage de la mirtazapine, observant même une possible hausse de la mortalité.(63)

Aussi, compte-tenu de ces éléments et malgré un profil théoriquement plus sûr que d'autres médicaments psychotropes, l'introduction d'un traitement antidépresseur ne doit être justifié que par la mise en évidence d'un syndrome dépressif majeur. Et par ailleurs, l'apathie ne doit pas être interprétée à tort comme une dépression (64).

3.4.2.2. *Anxiolytiques*

Le recours aux traitements anxiolytiques, et en particulier aux benzodiazépines, est courant chez les patients présentant un MAMA. Toutefois, une revue de littérature récente souligne leur inefficacité dans les TCPD.(65)

Leur usage ne doit donc être réservé qu'aux mêmes situations que pour la population générale, à savoir les troubles anxieux ne répondant pas à des techniques psycho-comportementales.

De principe là encore, leur usage et les précautions requises sont les mêmes que pour la population générale de cet âge, à savoir le choix d'une benzodiazépine à demi-vie courte, non métabolisée par le foie et sans métabolite actif. On préférera donc l'oxazépam et le lorazépam. La prescription sera de courte durée et idéalement limitée à la situation de crise.

Les risques sont bien connus : sédation, agitation paradoxale, aggravation des troubles mnésiques, chute en rapport avec l'effet myorelaxant,...

Les anxiolytiques antihistaminiques tels que l'hydroxyzine sont à éviter compte tenu de leur effet anticholinergique.

On peut noter que les mesures prises en France (recommandation sur l'usage des benzodiazépines en 2007, recommandations générales sur les TCPD en 2009, retrait du marché de molécules à demi-vie très longue en 2013, baisse des taux de remboursements pour d'autres en 2014) ont permis une évolution progressive des prescriptions en faveur des benzodiazépines à demi-vie courte, aux dépens de celles à demi-vie longue, sans malheureusement observer de baisse de leur nombre ou de leur durée de prescription, notamment dans le cadre des TNC. (66)

Ces conclusions sont confirmées par une autre étude récente qui regrette le recours encore trop fréquent à ces molécules en dépit des recommandations (67).

3.4.2.3. *Hypnotiques*

Je n'ai trouvé aucune étude concernant l'usage des hypnotiques dans le cadre des TNC. Leur prescription doit donc se conformer aux recommandations habituelles chez le sujet âgé : usage en 2^{ème} intention après les mesures comportementales et d'hygiène de vie.

Le zolpidem ou le zopiclone sont à utiliser de préférence, et sur des durées courtes.

3.4.2.4. *Thymorégulateurs*

Le bénéfice de ces traitements habituellement utilisés dans le cadre de troubles bipolaires n'a jamais été clairement démontré dans les SCPD. Une revue de littérature internationale réalisée en 2007 n'apporte pas d'arguments favorables (68). Une seconde étude confirme ces conclusions. (69)

Par ailleurs, l'importance des effets indésirables (hyponatrémie, sédation, encéphalopathie) pouvant eux même induire des troubles comportementaux ne permet pas d'envisager le recours à cette classe thérapeutique en pratique courante.

4. Les neuroleptiques

4.1. Généralités

Les neuroleptiques, aussi appelés antipsychotiques sont indiqués dans le traitement de troubles dits psychotiques (troubles schizophréniques et troubles délirants persistants), et certains d'entre eux sont indiqués à visée antimaniaque et antidépressive dans les troubles bipolaires. Ils partagent la caractéristique d'être antagonistes des récepteurs dopaminergiques de type D2.

Il est habituel de les diviser en 2 classes : les neuroleptiques classiques (ou typiques, conventionnels, ou encore de première génération) qui furent les premiers découverts et les neuroleptiques atypiques (ou de 2^{ème} génération).

L'aspect typique d'un neuroleptique vient du fait qu'il possède les 5 caractéristiques psychophysiologiques décrites en 1957 par Delay et Deniker(70), à savoir :

- Création d'un état d'indifférence psychomotrice
- Efficacité vis-à-vis des états d'excitation et d'agitation
- Réduction progressive des troubles psychotiques aigus et chroniques (délires et hallucinations)
- Production de symptômes extrapyramidaux et végétatifs
- Effets sous-corticaux prédominants

Les neuroleptiques plus récents, moins responsables d'effets neurologiques extrapyramidaux, sont à ce titre qualifiés d'atypiques.

De nombreuses classifications ont été élaborées. Citons celle de Rambert et Levol en 1960, dans laquelle le classement de ces médicaments est réalisé selon leur structure chimique et leurs effets cliniques. Les molécules ont donc été classées sur un axe allant de gauche à droite. À l'extrême gauche se situent les médicaments dit sédatifs, c'est-à-dire ayant le plus d'effets sur l'agitation et l'angoisse, et avec des effets indésirables surtout végétatifs. Il s'agit classiquement de la cyamémazine (Tercian) et de la lévomépromazine (Nozinan). À l'extrême droite sont placés les médicaments dits incisifs (« coupant » les symptômes positifs tels que les hallucinations ou les délires) et plutôt responsables d'effets extra-pyramidaux. Le représentant classique est l'halopéridol (Haldol).

Il n'y a pas de contre-indication absolue commune à tous les neuroleptiques. Des précautions sont systématiquement observées en cas de bradycardie, d'épilepsie, de trouble du rythme ou de la conduction cardiaque, de coronaropathie, d'épilepsie, et en cas d'insuffisance cardiaque, respiratoire, hépatique ou rénale. D'autres précautions sont spécifiques à certaines molécules.

Par ailleurs les interactions médicamenteuses sont très nombreuses.

Les effets indésirables les plus courants sont ;

- Psychiatriques : passivité, repli, émoussement affectif, désintérêt, sédation, confusion
- Neurologiques : dystonies (dyskinésies) aiguës et tardives, syndrome parkinsonien (akinésie, hypertonie, tremblements), akathisie (difficulté à rester assis ou immobile), convulsions
- Endocrino-métaboliques : prise de poids, troubles lipidiques, diabète, hyperprolactinémie
- Cardio-vasculaires : hypotension orthostatique, allongement du QT
- Anticholinergiques : sécheresse buccale, constipation, reflux gastro-oesophagien, rétention d'urine, tachycardie, troubles de la déglutition, troubles de l'accommodation
- Allergiques et toxiques : agranulocytose médicamenteuse, photosensibilisation

4.2. Recommandations

Compte-tenu du profil à risque de ces molécules, particulièrement chez le sujet âgé, les recommandations appellent à la plus grande prudence quant à leur usage dans le contexte de TCPD. (8-51). Ce sont donc en premier lieu les mesures non pharmacologiques qui doivent être privilégiées, et ce après une évaluation complète et rigoureuse. Evidemment, aucun traitement ne doit être instauré en cas d'origine somatique ou iatrogène.

En cas de prescription, le choix de l'antipsychotique doit se faire en privilégiant une administration par voie orale, une demi-vie courte et un effet anticholinergique faible. La posologie initiale doit être la plus basse possible (1/4 des posologies de l'adulte jeune) avec une augmentation très progressive si besoin. La durée de prescription doit être très limitée et une réévaluation systématique de la tolérance doit être réalisée de manière au moins hebdomadaire. Enfin, le traitement doit être stoppé, sans qu'il n'y ait de décroissance, dès que l'état du patient le permet ou dès que les autres mesures non pharmacologiques sont efficaces.

La HAS recommande de se tourner, au choix, vers l'une des 2 molécules les plus étudiées :

- La rispéridone, à une posologie de 0.25 à 1 mg par jour
- L'olanzapine, à une posologie de 2.5 à 5 mg par jour

Seule la rispéridone a par ailleurs une AMM : « RISPERDAL/RISPERDALORO est indiqué dans le traitement de courte durée (jusqu'à 6 semaines) de l'agressivité persistante chez les patients présentant une démence d'Alzheimer modérée à sévère ne répondant pas aux approches non-pharmacologiques et lorsqu'il existe un risque de préjudice pour le patient ou pour les autres. » (HAS, 2013, 2014).

Ce choix s'appuie sur de nombreuses études publiées depuis les années 2000. Devant l'abondance de la littérature, les études les plus importantes, les revues de littérature récente ou méta-analyses sont citées ici.

Une revue de littérature par Ballard en 2006 a conclu à l'efficacité de la rispéridone sur les TCPD à des doses de 0.5, 1 et 2 mg/j, objectivée par des mesures avec des échelles NPI et BEHAVE-AD, mais au prix d'effets indésirables fréquents bien que moindres par rapport aux neuroleptiques conventionnels (71).

En 2006 également, une étude randomisée en double aveugle sur 421 patients, évaluant l'olanzapine, la quétiapine et la rispéridone, a conclu à une efficacité modeste, ne permettant pas de conseiller l'usage de ces molécules au regard des effets indésirables relevés.(72)

En 2011, une méta-analyse s'appuyant sur 14 études a conclu à l'efficacité faible mais significative de la rispéridone, de l'olanzapine et de l'aripiprazole avec des effets indésirables fréquents. (73)

Une méta-analyse de 17 études (5373 patients) n'a pas montré de différence significative d'efficacité entre aripiprazole, olanzapine, quétiapine et rispéridone mais souligne à nouveau les risques d'usage qui contrebalancent le bénéfice de ces traitements.(74) Ces conclusions sont confirmées par une autre méta-analyse de 2021, reposant sur 51 études (13 334 patients), et s'intéressant aux mêmes molécules.(75)

Une méta-analyse de 2020 s'appuyant sur 6 études, cherchant à évaluer le rapport bénéfice-risque de la rispéridone conclut à une efficacité modeste contrebalancée par des effets indésirables importants, amenant à en réserver l'usage sur une durée courte et aux situations sévères ne répondant pas aux approches non pharmacologiques.(76)

Une étude américaine longitudinale publiée en 2021, incluant 8034 patients et s'intéressant à plusieurs classes de psychotropes, conclut à l'absence de bénéfices sur les symptômes neuropsychiatriques des antipsychotiques et à l'aggravation de l'altération des fonctions cognitives lors de leur usage.(77)

Enfin, tout récemment, en 2022, une méta-analyse reposant sur 35 études conclut à l'efficacité significative de ce type de traitement sur les comportements agressifs physiques.(78)

En 2021, une conférence de consensus espagnole amenait à privilégier les neuroleptiques atypiques.(79)

Concernant l'olanzapine, une méta-analyse de 2022 de 22 études portant plus particulièrement sur l'olanzapine, l'aripiprazole et la quétiapine conclut à une légère efficacité, peu significative, des 2 premières molécules et souligne à nouveau l'importance des effets indésirables observés avec ces molécules.(80)

Il est enfin à noter que la clozapine est indiquée et a une AMM dans les troubles psychotiques survenant au cours de l'évolution de la maladie de Parkinson idiopathique.

4.3. Effets indésirables et surmortalité

Les effets indésirables des neuroleptiques sont bien connus et bien documentés dans la population générale. Ils peuvent être d'autant plus fréquents et graves chez la personne âgée. De nombreux travaux ont été réalisés sur le sujet. Une récente étude se basant sur l'observation par les aidants naturels avance un chiffre de 93% de patients concernés par des symptômes potentiellement attribuables à des neuroleptiques. (81)

4.3.1. Effets indésirables

4.3.1.1. *Les effets anticholinergiques*

Ils peuvent être :

- Centraux : pouvant se manifester par une confusion, ou une agitation. Les neuroleptiques aggravent le déficit de transmission cholinergique central, très important dans la MA, et encore plus dans la Maladie à Corps de Lewy.
- Périphériques : Sécheresse buccale, constipation, symptômes urinaires

4.3.1.2. *Syndrome métabolique : prise de poids*

Dans la population générale, les neuroleptiques sont connus pour leurs effets sur le métabolisme glycémique et lipidique. (82)

Une revue de littérature portant sur 27 publications entre 1996 et 2012 concernant l'usage des neuroleptiques chez des sujets âgés présentant des TNC n'a pas retrouvé d'effets significatifs sur le métabolisme glycémique et lipidique. (83). Une autre revue de 48 études, s'intéressant à la fois l'usage de neuroleptiques classiques et atypiques, note qu'une prise de poids peut survenir mais sans altération significative de la glycémie ou du métabolisme lipidique (84).

4.3.1.3. *Effets extrapyramidaux : dystonie, dyskinésie, troubles de la déglutition*

Ces effets indésirables augmentent le risque de chute et de fausse route alimentaire. Par ailleurs, cela contre-indique l'usage de ces molécules dans la maladie de Parkinson (car elles aggravent les symptômes moteurs) et la maladie à corps de Lewy (troubles moteurs et sur-risque de syndrome malin des neuroleptiques).

4.3.1.4. *Effet adrénolytique :*

Il est responsable d'une hypotension orthostatique, augmentant le risque de chute.

4.3.2. Risque de chute

De nombreuses études ont évalué le risque de chute. Une méta-analyse de 2018 incluant 248 études, et s'intéressant à tous les psychotropes, estime que le risque est augmenté de 54% (85). Une autre étude de 2017 se basant sur cohorte MEDALZ (The Medication Use and Alzheimer's disease, 70718 patients inclus en Finlande entre 2005 et 2011) a mesuré un sur-risque de fracture de hanche (86) (HR 1.54) dès le premier jour chez les patients traités par rispéridone ou quétiapine. Une étude de 2020 sur cette même cohorte a conclu que le risque de traumatisme de la face et de traumatisme crânien était doublé sous ces mêmes traitements, avec un risque toutefois supérieur sous quétiapine (traitement plus sédatif qu'incisif) (87).

Seule une étude rétrospective de 2012 portant sur 12145 patients sous antipsychotique ne retrouve pas de risque significativement accru de chute, mais elle ne prend en compte que les chutes ayant conduit à une hospitalisation ou un passage par les urgences.(88)

4.3.3. Risque cardiovasculaire :

Sur le plan cardiovasculaire, les neuroleptiques sont connus pour le risque d'allongement du QT, justifiant une surveillance électrocardiographique régulière. Par ailleurs, il a aussi été démontré une augmentation du risque de myocardite et d'AVC (en rapport peut être avec les effets dysmétaboliques) (82). En 2011, une revue de littérature américaine pointe le sur-risque d'AVC (OR entre 1.2 et 1.6), similaire pour les 2 générations de neuroleptiques. Le sur-risque est majoré en cas de TNC vasculaires et de facteurs de risque cardio-vasculaires associés.(89)

4.3.4. Surmortalité :

La conséquence directe de l'importance des effets indésirables est une surmortalité dont les causes sont multiples : post-traumatiques à la suite de chutes ou de mises en danger, infectieuses (pneumopathie d'inhalation, infection d'origine urinaire), AVC, cardiopathies, syndromes de glissement, ...

Ce risque plus élevé de décès a fait l'objet de très nombreuses études et a été identifié depuis plus de 2 décennies. La plupart de ces travaux s'accordent sur ce sur-risque.

Ainsi, dès 2005, une importante revue de la littérature s'appuyant sur les publications disponibles sur Medline entre 1966 et 2005 et sur la banque de données Cochrane l'a clairement affirmé en s'intéressant alors en particulier aux neuroleptiques atypiques (OR 1.54 ; 95% CI, 1,06-2,23; P=0,02) (90). La même année, une importante étude incluant 22890 patients de plus de 65 ans en Pennsylvanie entre 1994 et 2003 (91) a confirmé cette surmortalité significative, remarquant également un risque majoré dans les premières semaines (RR 1,56 à J40 (95% CI, 1,37-1,78), contre 1,37 (95% CI, 1.19-1.59) à J180). Elle notait également un risque accru sous neuroleptique conventionnel.

Des conclusions similaires sont tirées de 2 études de 2007 s'appuyant sur des cohortes canadiennes en 2007, incluant respectivement 27259 (92) et 37 241 patients sous neuroleptiques (93). La surmortalité significative sous neuroleptiques y est affirmée, et de manière encore plus nette avec l'usage d'un neuroleptique conventionnel plutôt qu'un atypique. La première étude note ainsi un risque augmenté de 55% avec la première génération. La seconde étude souligne pour sa part l'existence d'un effet de dose, avec une majoration du risque pour des posologies plus importantes.

On peut également citer des travaux américains : un premier confirme en 2009 le sur-risque (HR 1,31 ; 95% CI, 1,13-1,53), d'autant plus important pour les neuroleptiques conventionnels (94). Deux autres, datant de 2012 et 2015, et incluant des grandes cohortes de 75554 (95) et 90786 (96) patients de plus de 65 ans, retrouvent le sur-risque global significatif, accru pour les neuroleptiques conventionnels, mais moindre pour la quétiapine. La seconde souligne également l'effet dose déjà retrouvé précédemment.

Une autre étude s'appuyant sur les données de la cohorte MEDALZ a permis de mettre en évidence qu'au-delà du seul effet dose, la polymédication des psychotropes augmente le risque (HR 1,61 ; 95% CI, 1,53-1,70) (97). En 2022, une étude se basant sur cette même cohorte et évaluant le risque vasculaire, a conclu à une augmentation des risques, aussi bien sous rispéridone que sous quétiapine, et particulièrement dans les 2 premiers mois après l'instauration. (98)

Plus récemment, en 2018, une méta-analyse basée sur 15 études entre 2009 et 2017 retrouve un sur-risque significatif (HR 1.934; 95% CI, 1.72-2.17], accru avec les neuroleptiques conventionnels, un risque majoré lors des 6 premiers mois, et un effet dose.(99)

Une étude suédoise sur une cohorte de 58412 patients, présentant tout type de TNC, retrouve un HR à 1,4 (95% CI, 1.3-1.5), sans différence significative selon les générations de neuroleptiques. (100)

Pour terminer, une étude américaine s'appuyant sur les données issues d'une cohorte américaine de 13385 vétérans, entre 2007-2015, dont 48.8% sous neuroleptiques, fait état d'une majoration significative du risque, plus marqué sous neuroleptique conventionnel (HR 2,1 ; 95% CI, 2,0-2,2) que sous neuroleptique atypique (HR 1,5 ; 95% CI 1,4-1,5, p = <.0001). (101).

4.4. Perspectives : la pimavanserine ?

Devant le faible rapport bénéfice-risque des traitements neuroleptiques habituels, de nombreux travaux visent à développer un traitement médicamenteux alternatif. Actuellement, la pimavanserine est au cœur de plusieurs essais. Ce traitement, agoniste inverse et antagoniste sélectif des récepteurs 5-HT_{2a} autorisé par la FDA depuis 2016 pour le traitement des hallucinations et des délires dans la maladie de Parkinson, est depuis 2017 à l'étude pour les MAMA. Les publications actuelles s'appuient sur l'essai clinique HARMONY approuvé par la FDA. La première étude (essai clinique en phase 2) menée par Cummings et Ballard en 2018 montrait une efficacité sur les TCPD avec un profil de tolérance acceptable et sans effets indésirables sur le plan cognitif. (102)(103). L'efficacité semble meilleure chez les patients présentant des symptômes productifs (hallucinations et délires) (104). Plus récemment, une publication se basant sur les résultats de l'essai international en phase 3 semblait confirmer cette efficacité, tout en appelant à d'autres études sur des durées plus longues et des populations plus conséquentes (105). Pour l'heure, cet essai présente un certain nombre de faiblesses (106), amenant la FDA à désapprouver l'extension de son indication.

5. Statistiques d'usage des traitements psychotropes

5.1. En France

Nous pouvons disposer de plusieurs sources pour évaluer les prescriptions actuelles de psychotropes chez les patients souffrant de MAMA. Les plus courantes sont les différentes études réalisées par des recueils sur sites, ou sur des cohortes, mais nous disposons également des données récoltées via la Banque Nationale Alzheimer.

En effet, le plan Alzheimer 2008-2012 prévoyait la création d'une base de données nationale recueillant des données d'activité de l'ensemble des centres mémoire français. La banque nationale Alzheimer (BNA) s'est vue assignée un double objectif : contribuer à adapter l'offre de soins spécialisés et générer des données épidémiologiques sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Les bases de données médico-administratives sont utiles dans le champ de l'épidémiologie car les effectifs sont importants, les données reflètent les pratiques quotidiennes et le suivi longitudinal est le plus souvent possible.(107). Toutefois, les données extraites n'offrent pas la même précision que les recueils dans les dossiers médicaux réalisés dans plusieurs travaux. Et l'analyse en est forcément plus limitée.

En utilisant la BNA, une étude de 2015, utilisant les données de 2012 constate ainsi que 40.1% des 50932 patients enregistrés reçoivent au moins un psychotrope. 69.1% ont un anti-dépresseur, 16.1% un neuroleptique. Par ailleurs, la polymédication est plus importante en EHPAD avec 48.1% de patients recevant au moins 2 molécules (contre 32.6% pour les patients à domicile). (108)

Les données de l'assurance maladie (régime général pour les plus de 60 ans, identifiés MA) en 2009, s'appuyant sur les remboursements, permettent alors d'estimer que 16% des patients reçoivent de manière prolongée un neuroleptique avec de fortes disparités départementales (de 9.3 à 22.8%) (109)

En 2012, une étude toulousaine, menée dans 300 EHPAD et incluant 2231 résidents, concluait que 70.7% recevaient au moins un psychotrope et 19.1% un neuroleptique. Ce pourcentage passait à 28% chez les personnes présentant des TNC majeurs.(110)

En 2014, une étude se basant sur les données de 2010 de la cohorte PACA-Alz (34696 patients inclus) a évalué que 26% avaient reçu au moins un antipsychotique, dont 61.3% une consommation chronique (soit 16% de la population totale de la cohorte), 47% avaient reçu un anti-dépresseur, et 45% un anxiolytique. (111)

En 2018, une étude évaluant les taux de prescription de psychotropes après admission en UASA rapportait des taux de 56.1% à l'entrée et de 52.9, 6 mois plus tard.

En 2020, une étude réalisée incluant 2 EHPAD des Bouches du Rhône a retrouvé un taux de prescription de neuroleptique de 37%

Enfin, plus proche de nous et plus récemment, une étude réalisée dans le cadre d'une thèse de pharmacie dans les Vosges en 2021 se basant sur une population des 253 patients institutionnalisés, a estimé à 37,2% la part de patients recevant un neuroleptique au long cours.(112)

5.2. Etudes internationales

En 2016, une revue de la littérature a cherché à comparer les taux de prescription de neuroleptiques et d'anti-dépresseurs dans les maisons de retraites d'Europe de l'Ouest. En s'appuyant sur les données de 31 études, elle a évalué la prescription d'antipsychotiques à 27% (de 12 à 59% selon les pays) et d'antidépresseurs à 40% (de 19 à 68% selon les pays). Plus précisément, chez les personnes présentant des TNC, les prescriptions d'antipsychotiques varient de 24 à 51% (26% en France) et celles d'antidépresseur de 20 à 47%.(113)

En 2021, une méta-analyse de 25 études dans 12 pays incluant 92370 résidents ayant des TNC, et s'intéressant à la polymédication de psychotropes, conclue que 33% ont au moins 2 psychotropes, et 13% ont au moins 3 psychotropes (114)

Sans entrer dans les détails, parmi les autres études étrangères réalisées, nous avons retenu les études ci-dessous. Une étude de cohorte anglaise de 2013 montre une baisse franche des prescriptions de neuroleptiques (de 19.9% en 1995 à 7.4% en 2011) (115). Des études australiennes de 2018 (116), 2019(117), et 2020 (118) estiment que 14.9% à 21.3% des résidents reçoivent un neuroleptique. Au Japon, une étude de 2019, chez des patients avec tout type de TNC, avance un chiffre de 10,7% (119). Enfin, aux USA, une récente étude de 2021 incluant plus de 3 millions de résidents retrouve une baisse de 26.8% à 18.7% du taux de prescription de neuroleptiques en 2011 et 2017.(120)

Matériel et méthodes

1. Objectifs de cette étude

1.1. Objectif principal

L'objectif principal de ce travail est de connaître la proportion de patients ayant une maladie d'Alzheimer, vivant en UASA, et recevant un traitement neuroleptique.

Pour cela ont été relevées les prescriptions, et notamment celles des neuroleptiques, dans les dossiers médicaux de tous les résidents de 13 des 14 UASA meusiennes. Le relevé incluait le type de neuroleptique, mais également les conditions d'introduction et de réévaluation du traitement.

1.2. Objectifs secondaires

Nous avons défini 4 objectifs secondaires :

- Evaluer les prescriptions d'autres psychotropes, et notamment en coprescription de neuroleptiques
- Evaluer la prescription de médicaments atropiniques ou anticholinergiques
- Evaluer le recours aux échelles d'observation des TCPD, en particulier le NPI-ES
- Rechercher des liens entre certaines caractéristiques du résident et de la structure et l'usage de neuroleptiques, pour tenter d'identifier certains déterminants de la prescription.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, multicentrique.

3. Population étudiée

Les sujets inclus dans cette étude sont les résidents de 13 UASA de Meuse présents dans la structure entre le 10 mai et le 30 juin 2023 (moment du recueil). Cela représente une population de 196 résidents. Il n'y a pas de critères d'exclusion.

Géographiquement, ces unités font partie des EHPAD des villes de Commercy, Clermont-en-Argonne, Fains-Véel, Ligny-en-Barrois, Pierrefitte sur Aire, Souilly, Spincourt, St-Mihiel, Triaucourt, Varennes-en-Argonne, Vaucouleurs, Verdun, et Void-Vacon.

Malheureusement, la 14^{ème} structure n'a pas répondu favorablement à notre demande. Il manque donc 11 résidents à ce relevé pour qu'il soit parfaitement exhaustif sur le département.

Le choix du recueil à l'échelle du département nous a paru pertinent. Cela représente un territoire cohérent, incluant des structures en milieu rural, semi-rural et urbain.

4. Recueil des données

Les données recueillies concernent :

- Les résidents
- Les structures d'accueil

Le contenu du recueil est résumé ci-dessous. Le détail des formulaires de recueil de données est visible en annexe.

4.1. Données recueillies concernant les résidents :

Les données ont été relevées dans le dossier médical du résident, au sein de la structure. Ce dossier pouvait être sous format papier ou informatisé.

Ont été consultés les ordonnances papier et dématérialisées, les transmissions des soignants, les observations médicales, les éventuelles données d'évaluation, et les courriers médicaux.

Ont donc été relevés pour chaque résident :

- Les caractéristiques personnelles
- Les antécédents médicaux
- Les dernières réévaluations psychométriques et spécialisées
- Les prescriptions, incluant
 - o Les neuroleptiques
 - o Les autres psychotropes
 - o Les traitements spécifiques de la démence
 - o Les antalgiques opioïdes
 - o Les médicaments atropiniques ou anticholinergiques, en dehors des traitements psychotropes étudiés spécifiquement
- L'éventuelle prescription d'une contention

4.2. Données recueillies concernant les structures :

Ces données ont été obtenues auprès du médecin coordonnateur, du (de la) cadre de santé, ou de l'IDE de coordination.

De manière très résumée, ont été relevés pour chaque structure :

- Le nombre de résidents
- La présence éventuelle d'un PASA, et la possible labellisation UHR
- Les ressources médicales et paramédicales
- L'existence de programmes de formation, d'accompagnement, ou de supervision du personnel
- L'aménagement de la structure
- Les activités proposées
- Les outils d'observation et d'analyse utilisés en cas de TCPD

5. Analyse des données

Le recueil a été réalisé d'emblée de manière informatique, en utilisant un formulaire Google Forms. Ces données ont ensuite été exportées dans un tableur. L'analyse statistique a ensuite été réalisée personnellement avec le logiciel XLSTAT.

Les valeurs des variables quantitatives sont présentées sous la forme moyenne et écart-type, et éventuellement médiane. Concernant les variables qualitatives, leurs valeurs sont exprimées en effectifs et pourcentage.

La recherche de possibles déterminants pour la prescription de neuroleptique, et de différence entre les structures a été réalisée en analyse bivariée, avec un test du khi2. La comparaison des moyennes d'âge a été réalisée avec un test de Mann-Whitney (non paramétrique). Le seuil de significativité choisi est de 0,05 pour toutes les analyses réalisées.

6. Aspects éthiques

La réalisation de l'étude a été soumise à l'autorisation préalable du médecin coordonnateur et du directeur de l'établissement pour chaque établissement. Nous avons obtenu l'autorisation de 13 structures. Nous n'avons à regretter que le refus d'une seule structure, qui ne souhaitait pas participer parce qu'elle n'avait pas de médecin coordonnateur.

Le relevé de ces données s'est fait dans le strict respect de la réglementation, selon les préconisations de la CNIL pour une recherche impliquant la personne humaine, avec une collecte de données dans les dossiers médicaux. Ont été ainsi réalisés un engagement à la conformité à la MR-004, avec information des résidents, et/ou de leur personne de confiance ou tutelle, sous le contrôle du DPO (Délégué à la Protection des Données) de l'Université de Lorraine (inscription du traitement au registre de l'université : 2023/249).

Par ailleurs, la délégation territoriale de l'ARS de Meuse a été informée de cette étude, et s'est impliquée en invitant les directions des structures concernées à donner leur accord à ce travail.

Résultats

Afin de pouvoir réaliser une analyse détaillée et rigoureuse, nous avons procédé au relevé de nombreuses données, qui nous permettent de répondre aux objectifs que nous nous étions fixés, et pourraient même permettre d'aller au-delà.

Nous aborderons déjà les principaux résultats de l'étude.

A - Résultats principaux résumés

Notre étude a porté sur une population de 196 sujets résidant dans les 13 UASA meusiennes.

Parmi eux, **40.3%** reçoivent un traitement neuroleptique (n=79). Il est prescrit au long cours chez 38.3% des résidents de ces unités. Il s'agit de rispéridone dans 2/3 des cas.

Chez 77% des résidents sous neuroleptique on retrouve une association avec au moins un autre psychotrope.

De manière plus globale, sans considérer une possible association à un neuroleptique, le relevé des prescriptions de traitements psychotropes montre que parmi les résidents :

- 36,2% reçoivent un anxiolytique
- 12,8% un hypnotique
- 41,3% un antidépresseur
- 4,1% un thymorégulateur

L'usage de traitement aux effets atropiniques ou anticholinergiques (hors neuroleptiques) est limité puisque 9% des résidents sont concernés, mais dans plus de 2/3 des cas, il s'agit d'un traitement antihistaminique utilisé pour ses propriétés sédatives. Seuls 5 résidents, soit 2.6% de notre population ont une médication potentiellement inappropriée.

Concernant l'usage des échelles d'observation, nous constatons que le NPI-ES est utilisé dans toutes les structures, mais que sa passation n'est réalisée que par les psychologues, de manière systématisée, et non de manière plus spécifique dans les situations aiguës, et de manière pluridisciplinaire.

Enfin, la recherche de potentiels déterminants pour la prescription de neuroleptique a permis de dégager un profil de résident plus susceptible de recevoir ce type de traitement : ainsi, un homme, de moins de 80 ans, et provenant d'un EHPAD, a plus de risque de recevoir un neuroleptique.

B - Résultats détaillés

1. Description de la population étudiée

Notre étude a porté sur les résidents de 13 UASA sur les 14 que compte le département de la Meuse. Cela représente une population de 196 résidents, sur les 207 accueillis dans ce type d'unités en Meuse au moment du recueil, soit **94,7%**.

1.1. Caractéristiques socio-démographiques

1.1.1. Données démographiques

Le tableau suivant résume les principales données démographiques

	Population totale	Femmes	Hommes
Nombre	196	141	55
	100%	71,90%	28,10%
Age moyen	84 ans (écart-type 8,8)	86 ans (écart-type 7,5)	78,9 ans (écart-type 9,8)
Age à l'entrée	82 ans (écart type 8,7)	83,7 ans (écart type 7,5)	77,4 ans (écart type 9,8)

Tableau 3 : Données démographique de la population étudiée

Il existe une différence significative ($p < 0,0001$) d'âge moyen et d'âge à l'entrée, entre hommes et femmes

1.1.2. Présence familiale

Initialement, nous avons souhaité caractériser plus finement la présence familiale, mais cette donnée était difficilement quantifiable et trop subjective lors de l'interrogatoire des équipes. Finalement, nous avons décidé de ne retenir comme variable que la présence d'une famille ou non, sans mesurer la fréquence ou la régularité du lien. Ainsi, 180 résidents bénéficiaient d'une présence familiale, soit **91.8%**

1.1.3. Provenance

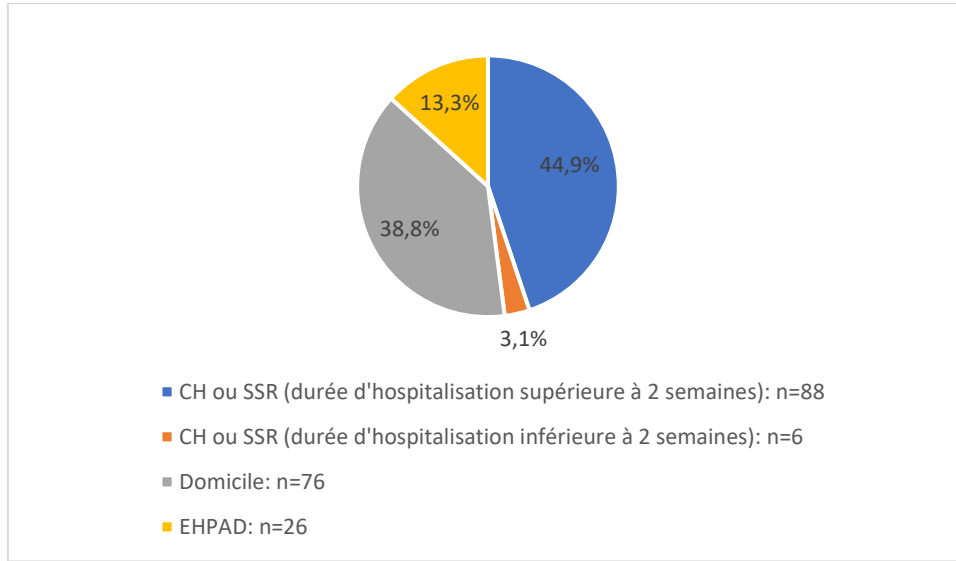


Figure 3 : provenance des résidents

Le graphique suivant résume la provenance des résidents selon les unités, en pourcentage.

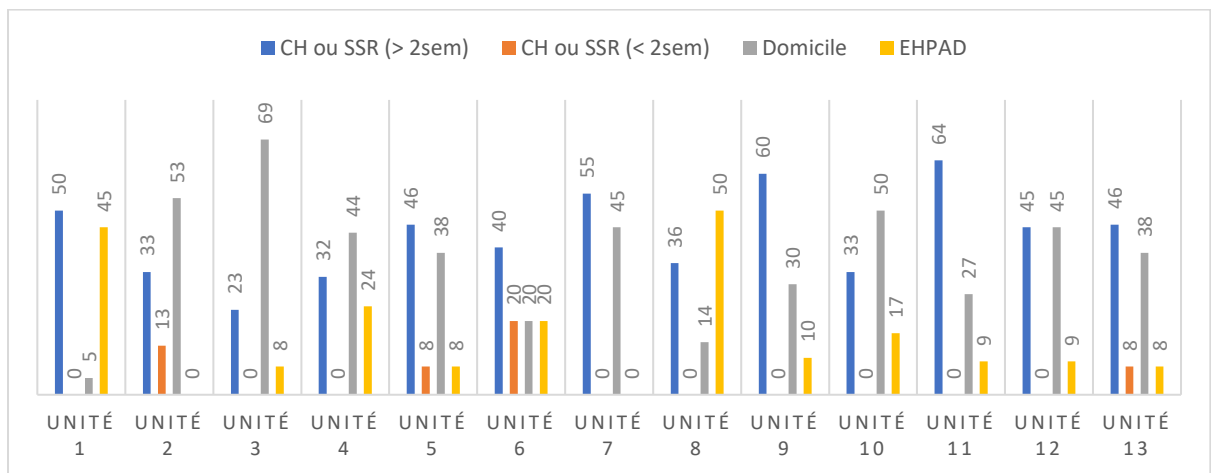


Figure 4 : Provenance des résidents selon UASA, en %

1.1.4. Présence d'un médecin traitant extérieur

83% des résidents (n=163) disposent d'un médecin traitant déclaré, exerçant en libéral, et qui assure le suivi médical. Dans 8 des 13 structures, un des médecins généralistes intervenant pour ses propres patients assure aussi également l'activité de médecin coordonnateur.

17% des résidents (n=33) bénéficient d'un suivi par un médecin hospitalier affecté à la structure, qui en est également le médecin coordonnateur. Cette situation concerne 2 établissements adossées à des structures hospitalières.

1.2. Caractéristiques médicales et antécédents des résidents

1.2.1. Type de TNC

Le recueil dans les dossiers médicaux n'a permis de documenter le type de TNC que chez 124 résidents, soit 63%

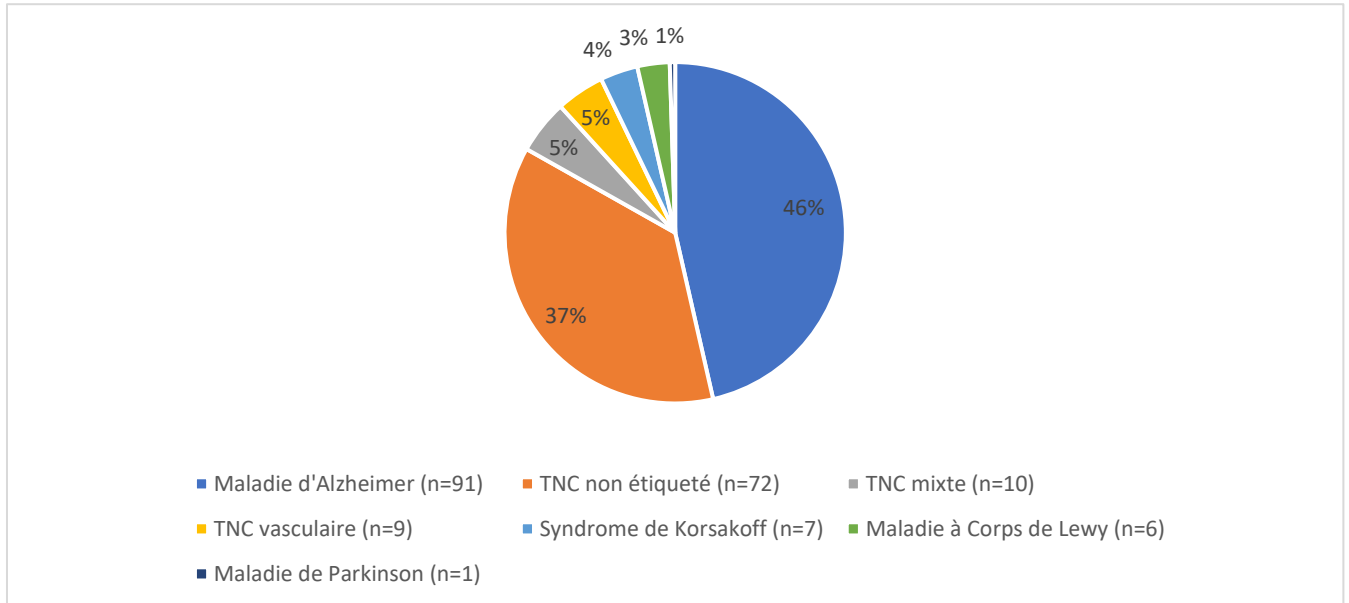


Figure 5: Type de TNC, en % de la population étudiée

1.2.2. Sévérité des TNC

Bien qu'il soit un outil d'évaluation important de la sévérité des TNC, le recours au MMSE est pourtant loin d'être systématique dans les UASA. Ainsi, seulement 84 résidents ont bénéficié de cette évaluation dans l'année précédant le recueil, et 107 dans les 2 années précédentes. Sans critère de date, cette évaluation est disponible chez 135 résidents.

Pour relativiser ce faible usage, on peut toutefois noter que la passation a été débutée mais s'est révélée non réalisable, devant l'importance des troubles ou l'opposition des résidents, chez 27 d'entre eux.

Dans les cas où la réalisation d'un MMSE n'a pas été faite ou proposée, une cause probable est le recours moindre aux consultations spécialisées après l'institutionnalisation en l'absence de SCPD, et le manque de professionnels formés à sa passation dans certaines structures.

Les évaluations disponibles, sans critère d'ancienneté, font l'objet des résultats donnés ci-dessous.

Le MMSE moyen est de **12,8** (écart type 5,1) (n=135). Il est de 12,6 (+/- 4,9) chez les femmes (n= 100) et de 13,3 (+/- 5,8 chez les hommes) (n=35).

29% (n=40) des résidents évalués ont un MMSE inférieur à 10.

Le graphique suivant détaille les résultats par structure.

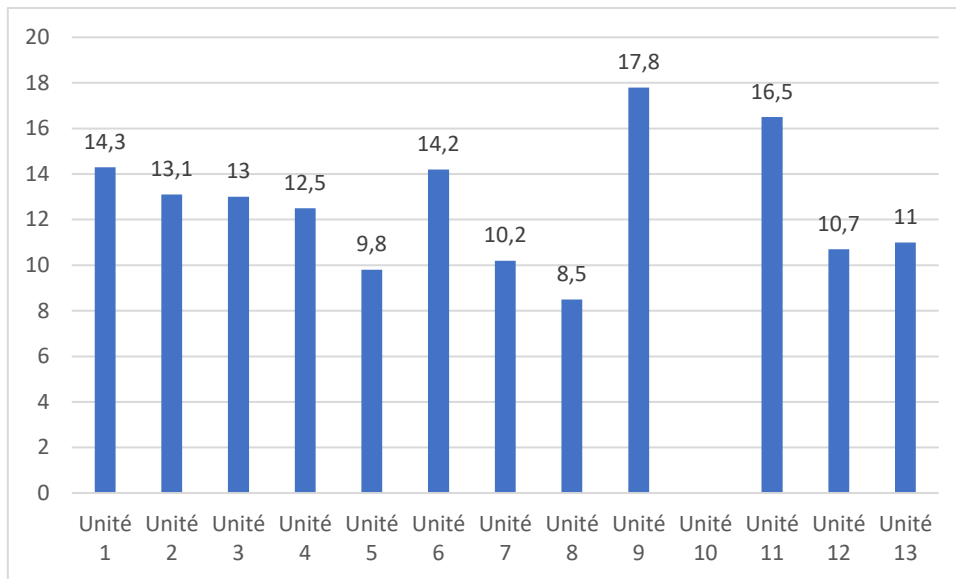


Figure 6: MMSE moyen par unité

Concernant l'unité 10, aucun MMSE n'était disponible.

1.2.3. Antécédents psychiatriques

Les antécédents psychiatriques ont été pris en compte lorsqu'ils étaient renseignés par le médecin traitant, par un psychiatre, ou à la suite d'une évaluation par une échelle validée au sein de l'unité d'accueil dans le cas d'un trouble dépressif. 24% des résidents (n=57) sont concernés. Malheureusement, l'organisation des dossiers ne permet pas de distinguer les antécédents des pathologies encore actives, notamment dans le cas de trouble dépressifs.

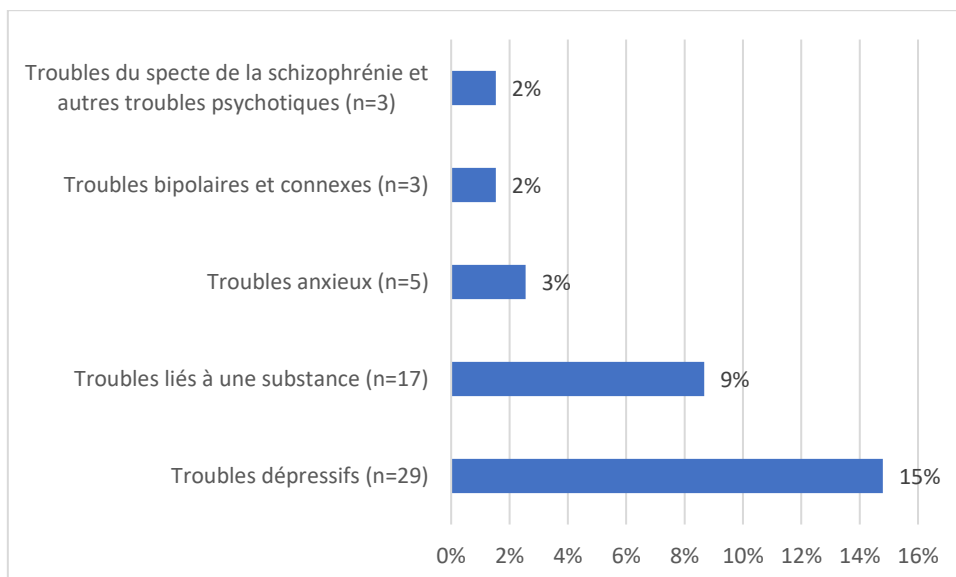


Figure 7: Antécédents psychiatriques dans notre population

1.2.4. Antécédents neurologiques

11% des résidents (n=22) présentent des antécédents neurologiques, principalement des AVC.

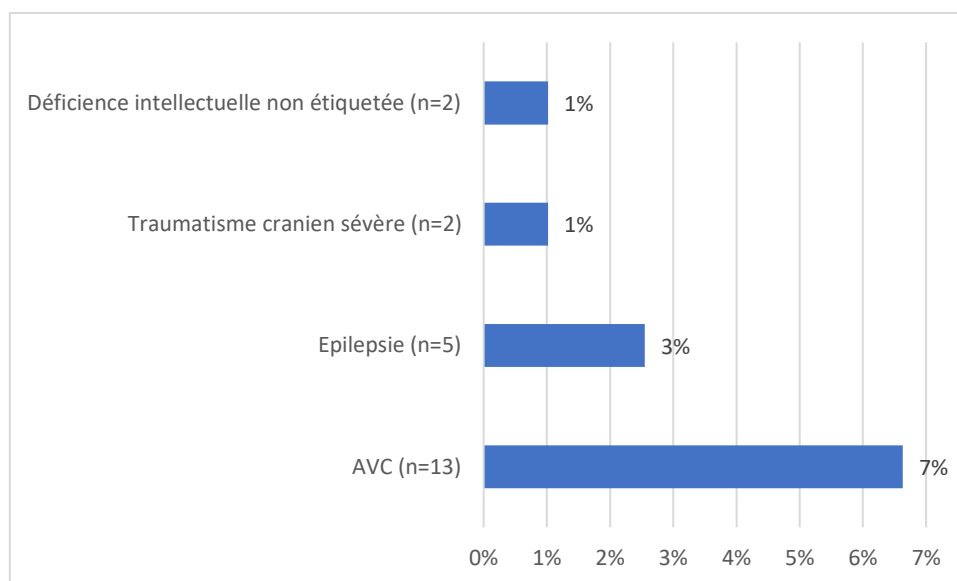


Figure 8: Antécédents neurologiques dans notre population

1.2.5. Troubles sensoriels

10,7% des résidents (n=21) présentent des troubles sensoriels invalidants, c'est-à-dire suffisamment sévères, ou non corrigibles par un appareillage, pour avoir un impact dans la vie quotidienne du résident, et dans sa socialisation. 12 résidents sont concernés par des déficiences visuelles, et 9 par des déficiences auditives.

2. Description des structures

Les 13 structures ayant participé à l'étude présentent de nombreuses similitudes. Pour cause, elles doivent répondre à un certain nombre de critères en termes d'environnement et d'accompagnement, comme cela a déjà été précédemment évoqué.

2.1. Effectifs

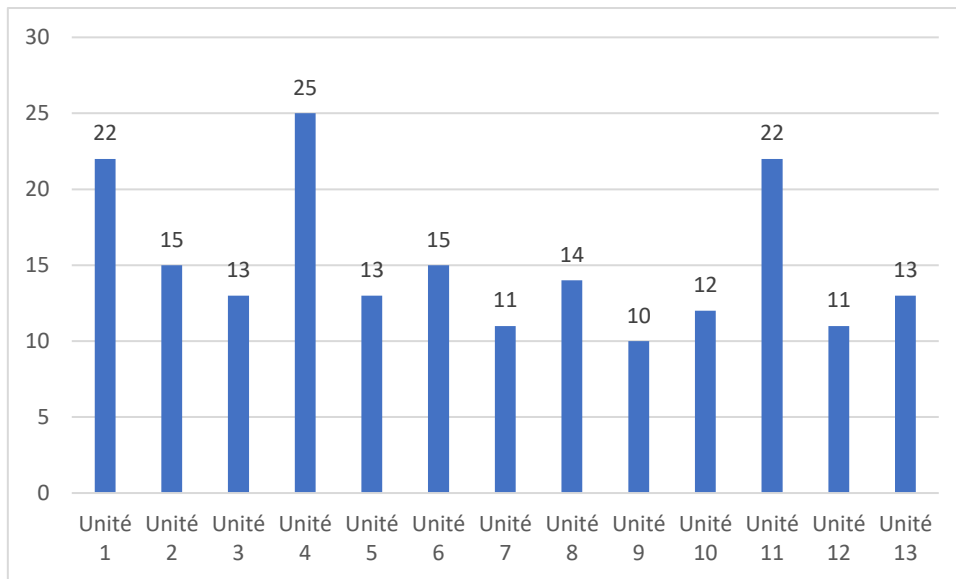


Figure 9: Effectifs des unités participant à l'étude

L'effectif moyen est de 15 résidents par structure. La médiane est à 13 résidents par structure. Cette différence est en rapport avec l'existence de 3 structures de taille bien plus conséquente.

2.2. Présence et formation du médecin coordonnateur

Les 13 structures bénéficient toutes de la présence d'un médecin coordonnateur. 3 médecins se partagent la coordination des unités 12 et 13. Un médecin assure par ailleurs la coordination dans 3 structures (unités 5,6 et 7). Au total, ce sont donc 12 médecins coordonnateurs qui interviennent dans les structures concernées par notre étude.

On peut noter que le refus de participer à l'étude par la 14^{ème} structure meusienne était justifié par l'absence de médecin coordonnateur.

Dans toutes les structures, le médecin intervient sur l'ensemble de l'EHPAD, et non uniquement sur l'UASA. On peut déjà noter que c'est également le cas pour plusieurs autres professionnels : infirmier, psychologue, ergothérapeute, psychologue, animateurs, ... Cela rend donc malheureusement très complexe l'évaluation quantitative de l'accompagnement humain de ces différents acteurs. Les équivalent-temps-plein (ETP) attribués restent en effets très théoriques.

Concernant la formation, on peut noter que seuls 3 médecins coordonnateurs sur 12 ont bénéficié d'une formation spécifique (DESC ou Capacité de gériatrie).

2.3. Présence d'un PASA et labellisation UHR

Aucune des structures n'a le label UHR. Sept des structures disposent d'un PASA.

2.4. Ressources humaines et pluridisciplinarité

Concernant les ressources humaines, l'organisation des structures est relativement similaire. L'accompagnement au quotidien est assuré indifféremment par des aides-soignants, des

accompagnants éducatifs et sociaux (AES), des auxiliaires de vie sociale (AVS), des aides médico-psychologiques (AMP), ou des assistants des soins en gérontologie (ASG), dont les interventions ne sont pas différenciées. Les spécificités de leurs formations respectives ont sans doute un impact sur leurs pratiques, mais elles ne sont pas particulièrement prises en compte dans l'organisation des soins. Sur le plan pratique, il y a de manière permanente 2 à 3 soignants présents en journée, selon la capacité d'accueil et la présence d'un PASA, sur lequel un des agents peut être détaché. Il n'y a donc pas de différence significative dans les moyens d'accompagnement au quotidien, ce qui semble malheureusement logique compte-tenu de la tension financière qui s'applique dans la plupart des établissements, et qui conduit à optimiser les ressources humaines affectées.

Concernant les autres compétences, 10 structures (77%) bénéficient de la présence d'un animateur en gérontologie, 11 (85%) d'une psychologue, et 7 (53%) d'un ergothérapeute. Comme expliqué précédemment, leurs temps d'intervention sont difficilement quantifiables, puisqu'ils sont partagés sur tout l'EHPAD.

Chaque structure dispose d'un plan de formation du personnel.

Aucune ne dispose d'un programme d'accompagnement ou de supervision organisé, bien qu'il puisse exister de manière informelle, notamment par l'intervention des psychologues des structures.

2.5. Programme de concertation

Aucune des structures n'a pu instaurer un programme de concertation autour des prescriptions, faisant intervenir le médecin coordonnateur, le médecin traitant, et éventuellement le pharmacien.

2.6. Usage de échelles d'évaluation

Le NPI-ES est utilisé dans toutes les structures. Toutefois, son usage est plutôt d'ordre systématique à l'admission, ou lors de réévaluations annuelles. Il n'est pas utilisé de manière spécifique lors des périodes de troubles aigus.

2.7. Aménagements

Toutes les structures sont aménagées pour répondre au mieux aux besoins particuliers de leurs résidents, dans la limite de ce que leur architecture permet. Ainsi, logiquement, les structures dont les bâtiments ont été conçus spécifiquement disposent d'aménagements optimaux en comparaison de celles qui se sont installées dans des locaux préexistants.

Ainsi, toutes les structures disposent d'un espace intérieur de déambulation, qui est plus ou moins adapté (circuit circulaire dans l'idéal). L'accès extérieur est toujours possible, avec un accès libre.

Toutes les structures proposent des chambres individuelles, librement accessibles et personnalisables.

Enfin, un animal domestique est présent dans 10 structures (77%)

2.8. Activités et prises en charge non médicamenteuses

Dans leur ensemble, les structures étudiées disposent de ressources variées. La grande majorité d'entre elles proposent les activités ciblées dans le recueil, à savoir : musicothérapie, médiation animale, jardin thérapeutique, activité physique adaptée, activités occupationnelles (cuisine, travaux manuels, ...), activités sociales (goûters, anniversaires, jeux de société, ...). Le détailler n'est donc pas pertinent. Les activités sont le plus souvent réalisées par l'animateur, et les soignants présents en journée.

Les ateliers mémoire et de stimulation cognitive sont organisés par l'ergothérapeute lorsque la structure dispose de cette compétence.

L'approche Snoezelen est désormais bien implantée dans les UASA, que ce soit dans des espaces aménagés, ou via des équipements portables. 77% des structures peuvent en faire bénéficier leurs résidents.

Il est noté que toutes les structures proposent des soins de coiffure et parfois d'esthétique, le plus souvent dans un local dédié.

Malheureusement, la fréquence de réalisation de ces activités n'a pas été évaluable. En effet beaucoup des propositions d'activités sont informelles et non tracées. Seules celles proposées par l'animateur, et les ateliers mémoire et de stimulation cognitive font l'objet d'un relevé systématique dans les transmissions.

3. Prescriptions

3.1. Données générales

En premier lieu, avant de les détailler spécifiquement par classe thérapeutique et en considérant les éventuelles associations, le tableau suivant résume les taux de prescriptions des traitements étudiés dans cette étude.

Psychotropes	
Neuroleptiques (n=79)	40,3%
Anxiolytiques (n=71)	36,2%
Hypnotiques (n=25)	12,8%
Antidépresseurs (n=81)	41,3%
Thymorégulateurs (n=8)	4,1%
Traitements spécifiques de TNC (n=5)	2,6%
Médications Potentiellement Inappropriées (hors psychotropes)	
Antalgiques opioïdes (n=12)	6,1%
Traitements atropiniques/anticholinergiques (n=17)	8,7%

Tableau 4: taux de prescription des différentes classes pharmaceutiques étudiées

3.2. Neuroleptiques

40.3% reçoivent un traitement neuroleptique (soit 79 résidents).

Parmi ceux-ci, 3 résidents présentent une pathologie psychiatrique étiquetée « Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques » selon le DSMV pouvant par ailleurs justifier le recours à ces traitements. Enfin, un résident présente un syndrome dépressif majeur répondant mal aux traitements anti-dépresseurs conventionnels, pour lequel l'usage de quétiapine est justifié.

Le graphique suivant montre la variabilité de prescription selon les UASA.

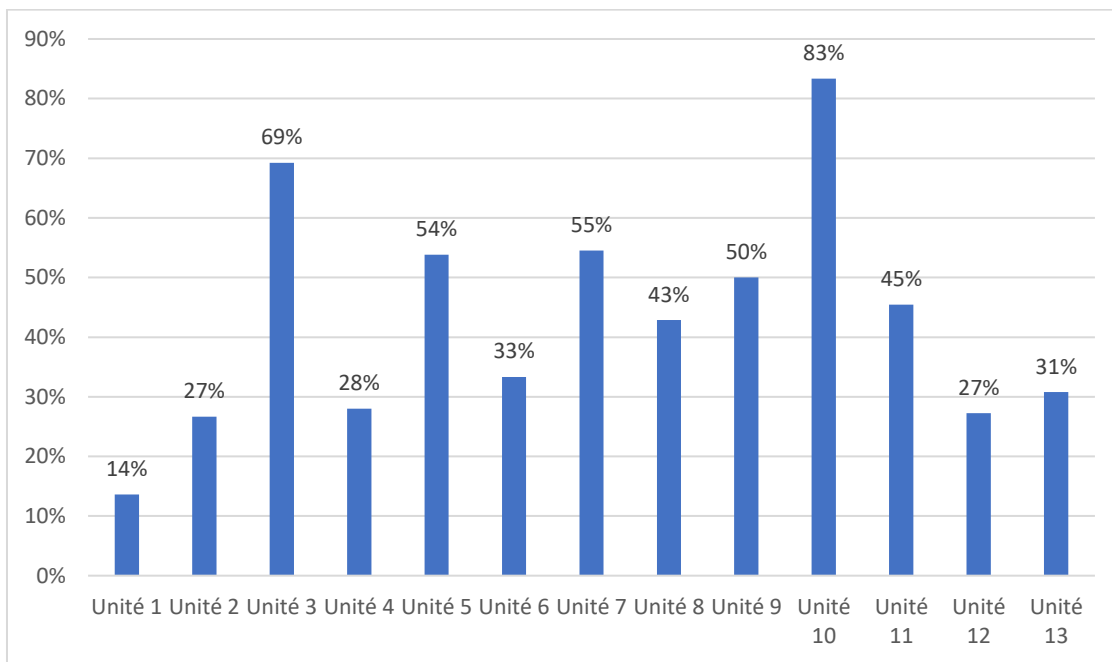


Figure 10: Taux de résidents recevant un traitement neuroleptique, par unité, en %

L'analyse statistique retrouve une différence significative dans les prescriptions de neuroleptiques selon les structures ($p=0,007$).

Toutefois, une analyse plus fine nous permet de constater que nous ne retrouvons de différences significatives uniquement pour 2 unités. Si nous ne prenons pas en compte ces structures aux pratiques fortement divergentes (l'unité 1, avec des prescriptions très réduites, et l'unité 10 avec des prescriptions au contraire très importantes), il n'y a plus de différences significatives entre les 11 structures restantes ($p=0,33$).

3.2.1. Association de neuroleptiques :
Plusieurs neuroleptiques peuvent être associés.

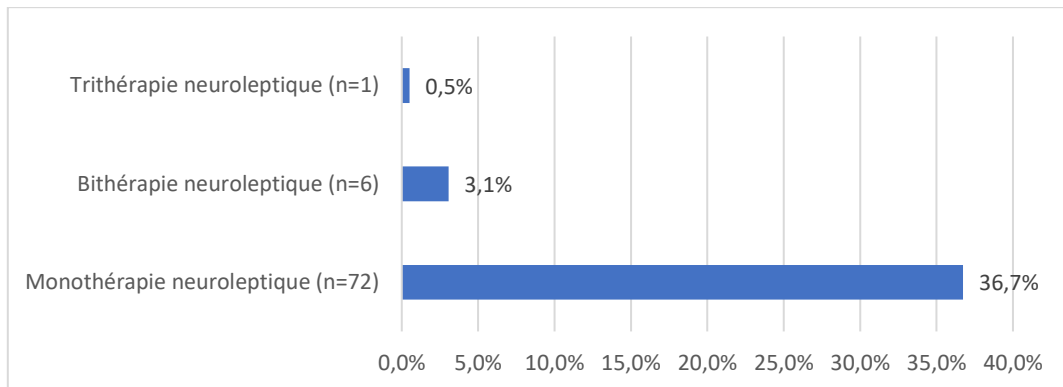


Figure 11: Association de neuroleptiques, en % de la population étudiée

Notons que dans 2 cas, la seconde molécule est prévue en « si besoin ».

3.2.2. Usage en si besoin

Parmi les 79 résidents recevant un neuroleptique, 75 étaient traités au long cours par au moins une molécule, soit 38.3% de la population étudiée. Un neuroleptique était administré à 4 résidents (soit 2%) uniquement si besoin.

Notons que les modalités précises des administrations « si besoin » n'étaient pas détaillées.

3.2.3. Molécules utilisées

Parmi les 79 résidents recevant un neuroleptique, au long cours ou si besoin, 72 bénéficient d'une monothérapie. Les molécules utilisées sont les suivantes :

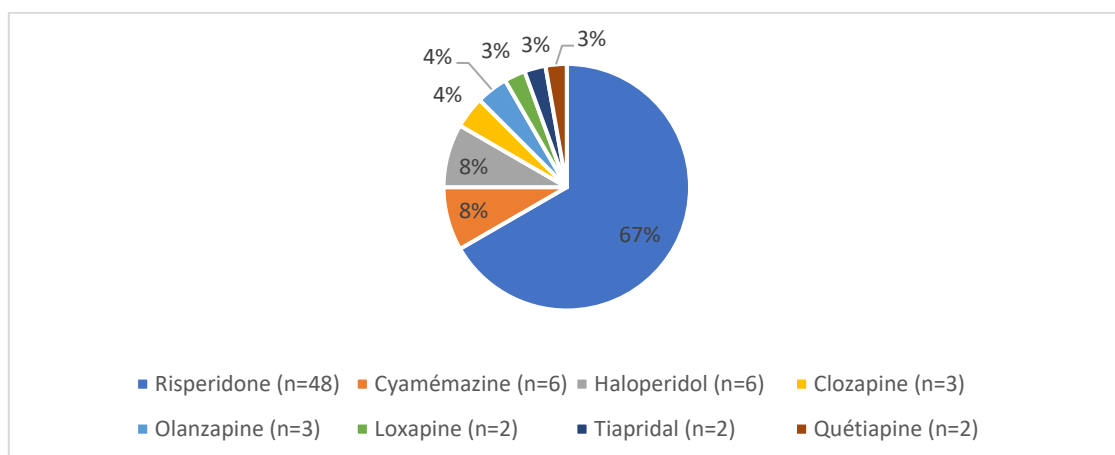


Figure 12: Molécules utilisées en monothérapie neuroleptique

6 résidents reçoivent 2 neuroleptiques. On peut noter les associations suivantes :

- cyamémazine + tiapridal (n=1)
- rispéridone + loxapine (n=2)
- palipéridone + rispéridone (n=1)
- zuclopenthixol+ rispéridone (n=1)
- cyamémazine + rispéridone (n=1)

Enfin, un seul résident bénéficie d'une trithérapie neuroleptique, instaurée dans un contexte de schizophrénie. Elle comporte clozapine, rispéridone et loxapine.

3.2.4. Posologies utilisées

90% des résidents (n=71) bénéficient d'une posologie conforme aux recommandations de la HAS.

Parmi les 10% de résidents recevant une posologie supérieure, 4% présentent des troubles psychiatriques et ont une prescription émanant d'un spécialiste. Les 6% restant ont une prescription de leur médecin traitant.

3.2.5. Date d'introduction

50,6% des résidents ayant actuellement un traitement neuroleptique en recevaient déjà un avant l'admission en UASA. Dans certains cas, la molécule a pu être modifiée sur avis spécialisé.

3.2.6. Prescripteur initial

Les prescripteurs ayant initié le traitement neuroleptique figurent dans le graphique suivant :

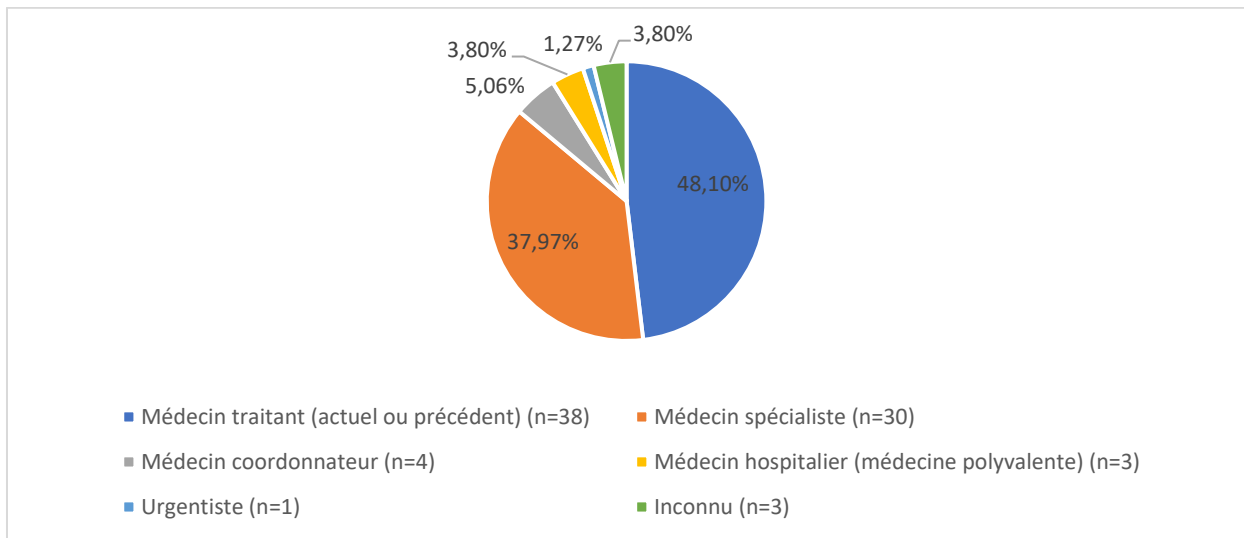


Figure 13: Prescripteur initial des neuroleptiques

Par ailleurs, il est intéressant de constater une différence notable de prescripteur entre les prescriptions réalisées avant et après l'entrée en UASA.

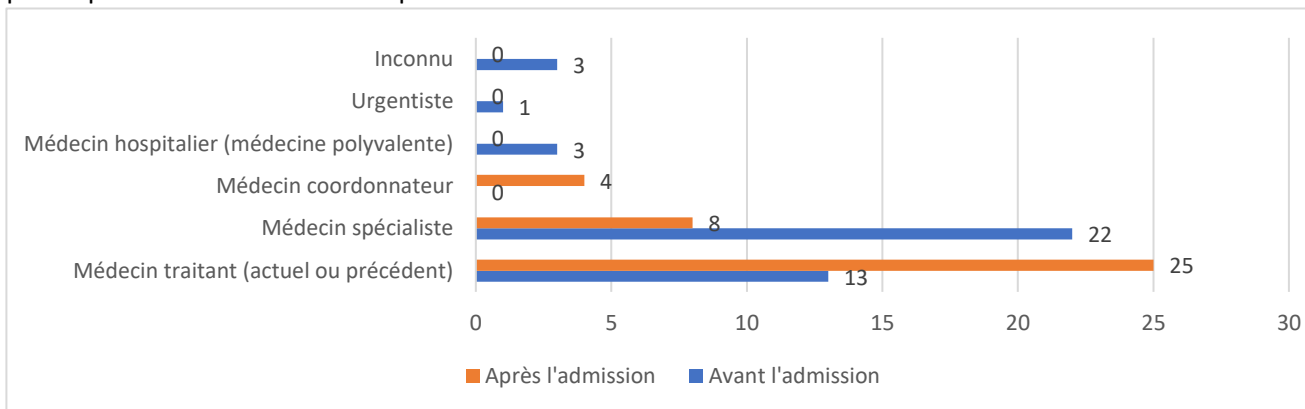


Figure 14: Prescripteur initial, en nombre de traitements instaurés

3.2.7. Motifs de prescription

Ils sont généraux ou non renseignés dans 22% des cas.

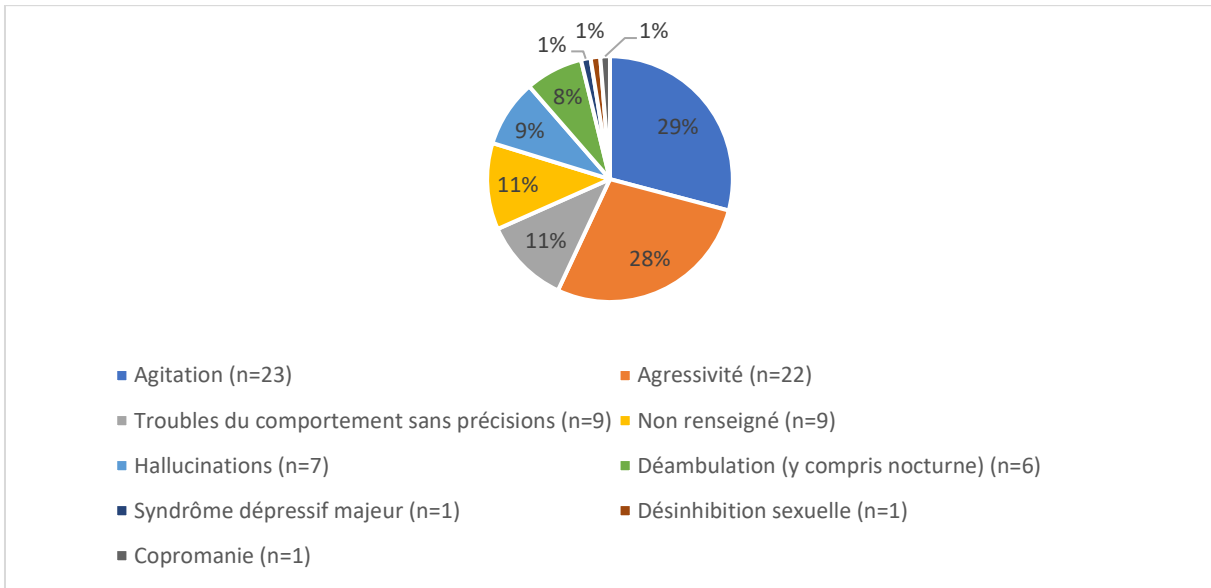


Figure 15: Motifs de prescription

3.2.8. Réévaluation de la prescription

L'analyse est ici complexe. Le renouvellement est réalisé le plus souvent mensuellement, on peut supposer que tout traitement est réévalué à la visite du médecin traitant. Toutefois, nous avons considéré qu'une réévaluation avait lieu lorsqu'une trace écrite était laissée dans le dossier pour justifier le maintien de la médication.

La présence de transmission sur le maintien du traitement ou de compte-rendus de staff pluridisciplinaire sont donc considérés comme des réévaluations, au même titre que la demande d'avis spécialisé.

On retrouve ainsi la trace d'une réévaluation justifiée dans 53% des cas.

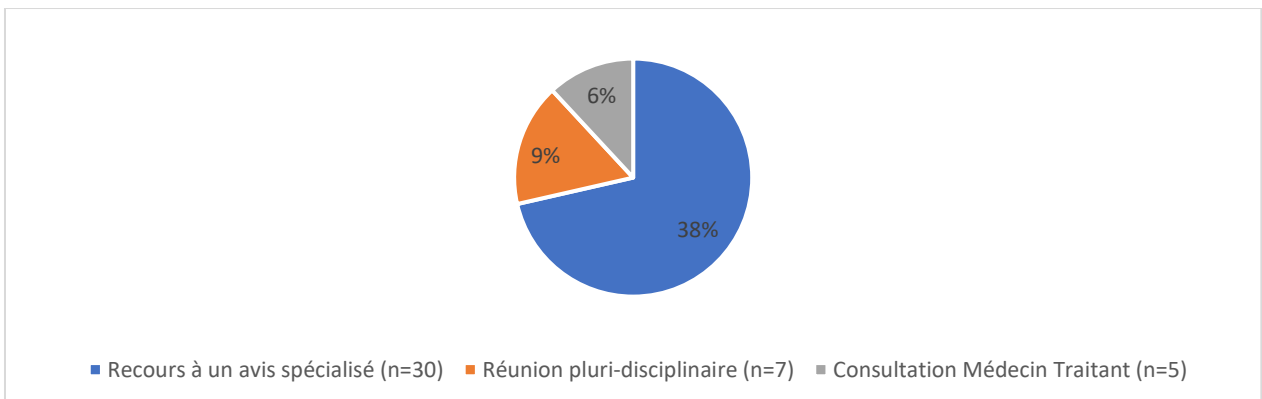


Figure 16: Modalités de réévaluation du traitement

Concernant plus spécifiquement l'utilisation du NPI-ES, une évaluation est retrouvée chez 25 résidents sous neuroleptiques, soit 32% des résidents. Toutefois, il est difficile de les considérer comme

des réévaluations à proprement parler puisque leur réalisation était en lien avec une démarche d'évaluation systématique, et non lors d'une situation aiguë ou dans un objectif de révision de traitement.

3.2.9. Déprescription suite à l'orientation en UASA

6% des résidents (n=12) avaient une prescription de neuroleptiques à leur entrée en UASA, qui n'a pas été reconduite. Dans 11 situations sur 12, le traitement a été interrompu suite à une période d'observation.

Dans 42% (n=5) des cas, la décision d'arrêt émanait d'un médecin coordonnateur spécialisé en gériatrie, dans des UASA adossées à des structures hospitalières.

Dans 42% (n=5) des cas, l'arrêt était à l'initiative du médecin traitant, devant une baisse des TCPD (n=4) ou une somnolence trop importante (n=1)

Enfin, dans 16% (n=2) des cas, l'arrêt a été proposé par un spécialiste sollicité.

3.2.10. Associations de psychotropes incluant un neuroleptique

Les prescriptions de neuroleptiques sont souvent associées à celles d'autres psychotropes, comme le résumant les graphiques suivants.

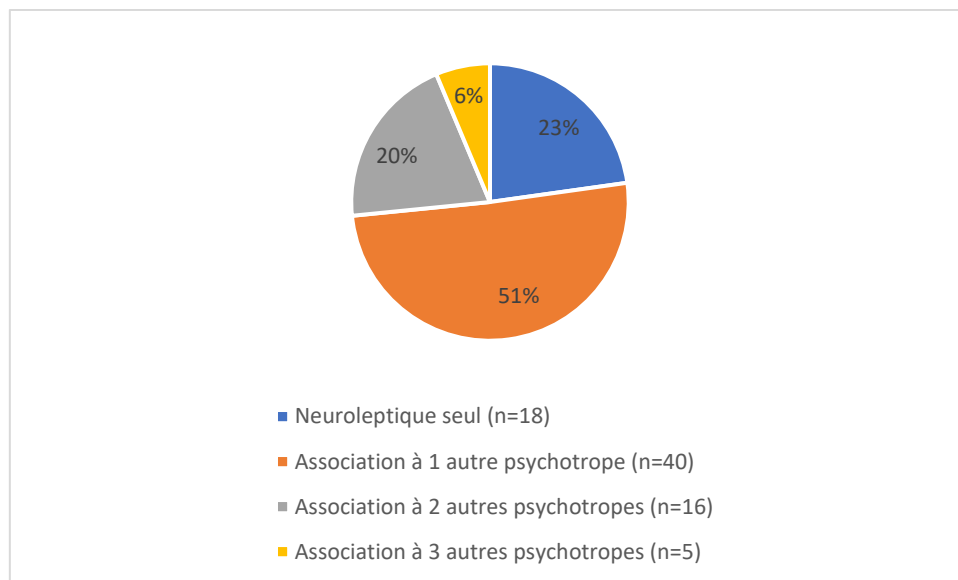


Figure 17: Associations de psychotropes incluant un neuroleptique

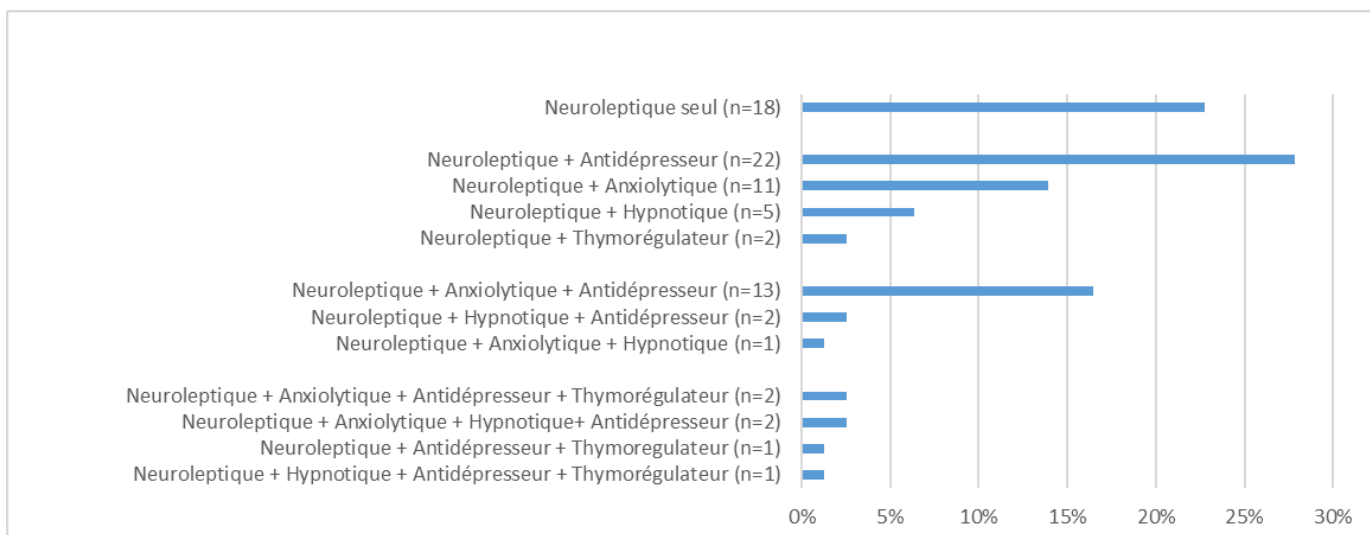


Figure 18: Fréquence des associations de psychotropes incluant un neuroleptique

3.3. Anxiolytiques

36% (n=71) des résidents de la population étudiée reçoivent un anxiolytique.

Parmi ces 71 résidents :

- 32% (n=23) n'ont pas d'autre psychotrope prescrit
- 41% (n=29) ont au moins un neuroleptique associé
- 27% (n=19) ont au moins un autre psychotrope associé, hors neuroleptique
- 8% (n=6) le reçoivent « si besoin »

On peut noter que la prescription d'anxiolytique est antérieure à l'admission chez 65% (n=46) des résidents. Par ailleurs, le médecin traitant est le prescripteur initial dans 62% des cas.

Le graphique suivant résume les molécules utilisées :

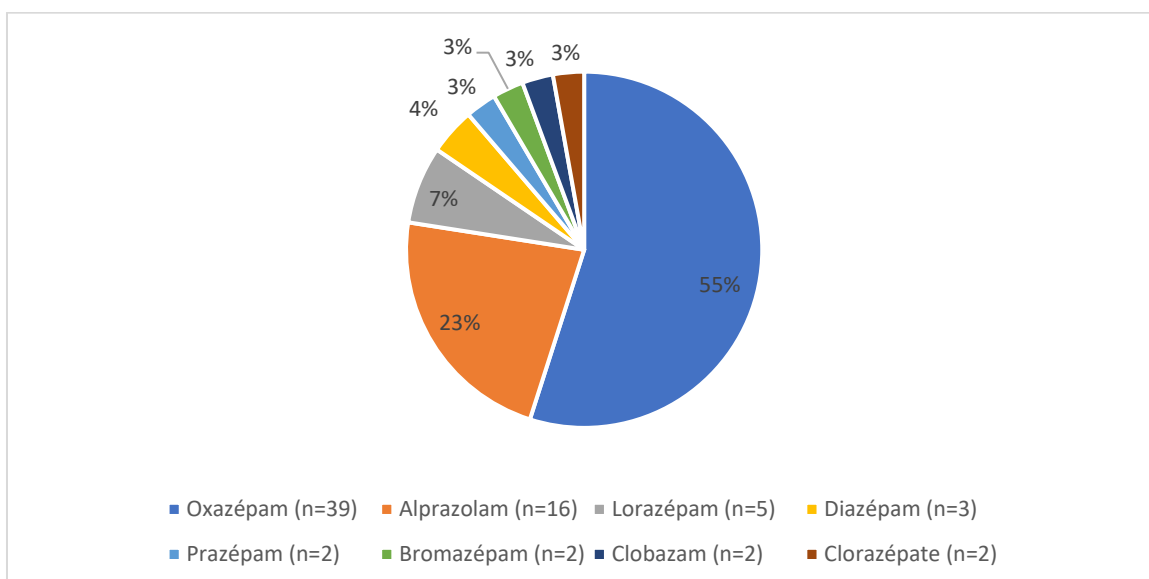


Figure 19: Anxiolytiques utilisés, en %

3.4. Hypnotiques

13% (n=25) des résidents de la population étudiée reçoivent un hypnotique.

Parmi ces 25 résidents :

- 24% (n=6) n'ont pas d'autre psychotrope prescrit
- 44% (n=11) ont au moins un neuroleptique associé
- 32% (n=8) ont au moins un autre psychotrope associé, hors neuroleptique

On peut noter que la prescription d'anxiolytique est antérieure à l'admission chez 72% (n=18) des résidents. Par ailleurs, le médecin traitant est le prescripteur initial dans 88% des cas.

3.5. Antidépresseurs

41% (n=81) des résidents de la population étudiée reçoivent un antidépresseur

Parmi ces 81 résidents :

- 27% (n=42) n'ont pas d'autre psychotrope prescrit
- 52% (n=52) ont au moins un neuroleptique associé
- 21% (n=17) ont un anxiolytique et/ou un hypnotique associé.

Pour rappel, un antécédent de troubles dépressifs a été porté chez 29 résidents, et celui de troubles anxieux chez 5, mais sans pouvoir préciser si la pathologie est toujours active. Seuls 20 résidents ayant un antécédent de syndrome dépressif bénéficient d'un traitement anti-dépresseur au moment du recueil.

64% (n=52) des prescriptions ont été initiées avant l'admission en UASA. 56% (n=45) sont à l'initiative du médecin traitant, tandis que 35% (n=28) sont à celle d'un spécialiste.

Le graphique suivant résume les molécules utilisées :

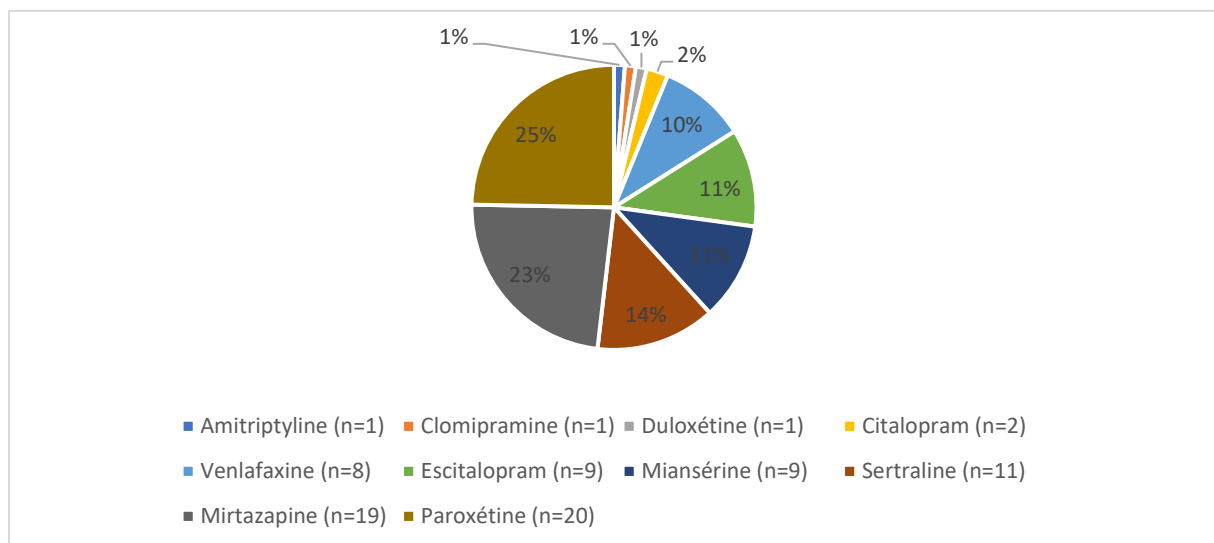


Figure 20: Antidépresseurs utilisés

3.6. Thymorégulateurs

Seuls 2,5% des résidents (n=5) reçoivent un traitement thymorégulateur, prescrit dans tous les cas par un médecin spécialiste dans un contexte de pathologie psychiatrique diagnostiquée. Les molécules utilisées sont le divalproate de sodium (3/5), le valproate de sodium (1/5) et le carbonate de lithium (1/5).

3.7. Traitements spécifiques de TNC

2,6% des résidents (n=5) reçoivent un traitement spécifique de TNC, prescrit par un gériatre. Pour chacun, le maintien de cette médication est un souhait de la famille. Les traitements utilisés sont la mémantine (3/5), le donépézil (1/5) et la rivastigmine (1/5)

3.8. Médications potentiellement inappropriées

Le relevé des médicaments potentiellement inappropriés concerne :

- Les traitements opioïdes
- Les traitements atropiniques ou anticholinergiques

Dans cette catégorie, les médicaments psychotropes ne sont pas inclus. Ils possèdent des effets anticholinergiques, mais font l'objet d'une évaluation spécifique.

Concernant les opioïdes, 6% des résidents ont une prescription en cours, dont la moitié « en si besoin ». Il s'agit d'opioïdes faibles dans 3/4 des cas. Toutes ces prescriptions sont justifiées au regard d'évaluations par des échelles adaptées.

Concernant les traitements atropiniques ou anticholinergiques, ils concernent 9% des résidents (n=17)). Toutefois, parmi eux, 12 résidents bénéficient d'un traitement antihistaminique anti-H1, utilisé volontairement pour ses propriétés sédatives (8 prescriptions d'alimémazine, et 4 d'hydroxyzine). On ne dénombre donc réellement que 5 situations de prescription inappropriée, soit 2.6% de notre population. Il s'agit principalement de l'usage de solifénacine pour l'incontinence urinaire (4/5) et de métopimazine (1/5).

Enfin, sans qu'il soit question de prescription inappropriée, on peut noter que l'ordonnance des résidents contient en moyenne 7 médicaments (écart-type 3,4).

3.9. Contention

25% des résidents (n=49) ont une prescription de contention. Il s'agit principalement des barrières de lit (chez 29 résidents, soit 15%). Il peut également s'agir d'une contention physique par plastron, ceinture ou sangle, notamment lors des repas ou du coucher, chez 20 résidents, soit 10%.

Les prescriptions de contention, le plus souvent informatisées, ne détaillent pas les motifs : risque de chute ou déambulation.

4. Recherche de déterminants pour la prescription de neuroleptique

Un des objectifs secondaires de l'étude était la mise en évidence de certains déterminants de la prescription de neuroleptique. La recherche d'une relation entre les caractéristiques du résident et les prescriptions a été effectuée à l'aide d'analyses bivariées avec un test du chi deux et un seuil de significativité choisi à 0,05.

Concernant les caractéristiques des structures, l'analyse était plus difficile, considérant l'absence de différence significative de prescriptions entre les structures, lorsque l'on exclut de l'analyse les 2 extrêmes et par ailleurs des caractéristiques très proches pour ces structures. Les comparer sur la base des taux de prescription n'était donc pas pertinent. Nous avons donc retenu les deux éléments par lesquels les structures se différencient, à savoir la présence d'un PASA, et la formation du médecin coordonnateur. Nous avons ensuite de nouveau réalisé des analyses bivariées pour rechercher un lien entre une prescription de neuroleptiques, et l'exposition à un de ces 2 facteurs liés à la structure d'accueil.

L'ensemble des données est résumé dans le tableau suivant :

Caractéristiques du résident	Nombre de résidents		Résidents sous neuroleptiques		p
	Effectifs	Fréquence	Effectifs	Fréquences	
Sexe					0,027
Femme	141	71,9%	50	35,5%	
Homme	55	28,1%	29	52,7%	
Age					0,007
Supérieur à 80 ans	142	72,4%	49	34,5%	
Inférieur à 80 ans	54	27,6%	30	55,6%	
Présence familiale					0,769
Oui	180	91,8%	72	40,0%	
Non	16	8,2%	7	43,8%	
Provenance					<0,0001
CH ou SSR	94	48,0%	36	38,3%	
Domicile	76	38,8%	21	27,6%	
EHPAD	26	13,3%	22	84,6%	
Sévérité de la démence (sur effectif partiel)					0,264
MMS<10	40	29,6%	18	45,0%	
MMS>=10	95	70,4%	33	34,7%	
Type de démence					0,615
Maladie d'Alzheimer	91	46,4%	38	41,8%	
Non étiquetée	72	36,7%	26	36,1%	
Autres démences	33	16,8%	15	45,5%	
Bénéficiaire d'un avis spécialisé					0,945
Oui	75	38,3%	30	40,0%	
Non	121	61,7%	49	40,5%	
Suivi par médecin coordonnateur					0,054
Oui	32	16,3%	8	25,0%	
Non	164	83,7%	71	43,3%	
Vivant dans un EPHAD avec PASA					0,117
Oui	110	56,1%	39	35,5%	
Non	86	43,9%	40	46,5%	
Vivant dans un EPHAD avec médecin coordonnateur formé					0,297
Oui	68	34,7%	24	35,3%	
Non	128	65,3%	55	43,0%	

Tableau 5: Corrélations entre les caractéristiques des résidents et la prescription de neuroleptiques

Discussion

L'objectif principal de notre étude était de réaliser l'état des lieux des prescriptions de neuroleptiques en UASA en Meuse.

Ce travail nous a permis de constater que 40,3% des résidents des UASA meusiennes étudiées recevaient un traitement neuroleptique dans la période de recueil choisie. 38.3% des résidents sont traités au long cours. Pour 2% des résidents, cette prescription est en rapport avec une affection psychiatrique diagnostiquée.

Ce taux est bien plus élevé que les taux de prescriptions rapportés dans la littérature, que nous avons précédemment cités. Pour rappel, concernant les études françaises, les taux estimés sont : 16.1% selon la Banque Nationale Alzheimer (BNA) en 2012, 16% selon la CPAM de 2009, 28% dans une étude toulousaine de 2012, 26% dans la cohorte PACA-Alz (mais 16% seulement en traitement chronique).

Ce taux est en revanche en adéquation avec celui cité dans une thèse de pharmacie réalisée dans les Vosges en 2021 en EHPAD (37,2%).

Concernant le choix du traitement neuroleptique, je ne discuterai que le cas plus courant des monothérapies neuroleptiques. La plupart des bi ou trithérapies antipsychotiques concernent des situations psychiatriques qui ne font pas l'objet de ce travail. La molécule utilisée la plus couramment est la rispéridone, dans 67% des cas. L'olanzapine n'est utilisée que dans 4% des cas. Ainsi, le choix des molécules n'est conforme aux recommandations de la HAS que dans 71% des cas. En revanche, on peut noter que les posologies conseillées sont respectées dans 90% des cas.

On peut aussi noter l'importante prescription associée d'autres psychotropes, puisque plus de $\frac{3}{4}$ des résidents recevant un neuroleptique ont également une prescription d'au moins un anxiolytique, un anti-dépresseur, un hypnotique ou un thymorégulateur. Cette polymédication renforce le risque d'effets indésirables.

Concernant l'instauration du traitement, on peut observer qu'environ la moitié des traitements neuroleptiques encore en cours a été prescrite avant l'admission en UASA. Seuls 12 résidents, soit 6% d'entre eux, ont vu leur traitement neuroleptique stoppé à la suite de leur arrivée dans une structure adaptée. Ce faible taux de déprescription doit nous amener à nous questionner sur la question de la réévaluation du traitement, puisqu'en faisant bénéficier au résident d'un environnement adapté aux prises en charges non pharmacologiques, nous serions en droit de penser que davantage de traitements pourraient être interrompus. Et en effet, seulement 53% des résidents sous neuroleptiques ont bénéficié d'au moins une réévaluation de traitement. Environ un tiers a bénéficié d'une passation systématique de NPI-ES, sans que celui-ci ne soit exploité, notamment par la méconnaissance de cet outil par les médecins traitants prescripteurs, et leur absence compréhensible aux possibles réunions pluridisciplinaires.

Concernant les prescripteurs, il est intéressant de constater une nette évolution après institutionnalisation. Ainsi, le médecin traitant devient le principal prescripteur de neuroleptiques après l'admission, alors que les médecins spécialistes (gériatres, psychiatres ou neurologues) sont les principaux prescripteurs avant que le résident intègre la structure. Plusieurs hypothèses peuvent être proposées. En premier lieu, les personnes sont moins souvent suivies par des spécialistes une fois admises en institution, sauf en cas de demande spécifique. Une autre hypothèse est que le médecin

spécialiste fait confiance aux structures spécialisées, considère que des mesures non pharmacologiques peuvent être instaurées et privilégiées, et qu'il limite donc les prescriptions médicamenteuses.

Le premier objectif secondaire de l'étude était une évaluation de l'utilisation des autres psychotropes, en dehors de neuroleptiques. Ceux-ci sont fréquemment prescrits dans les UASA. Les taux observés (36% de résident sous anxiolytique, 12,8% sous hypnotique, 41,3% sous antidépresseur, et 4,1% sous thymorégulateur) sont cohérents avec les estimations des études précédemment citées, notamment celle de la cohorte PACA-Alz. Il ne semble donc pas y avoir, pour ces autres psychotropes, de surprescription au niveau départemental.

Le deuxième objectif secondaire de l'étude concernait la iatrogénie, notamment en rapport avec les traitements ayant un effet anticholinergique. Si l'on peut regretter un recours aux neuroleptiques trop élevé, on peut en revanche être satisfait de constater les faibles taux de prescriptions potentiellement inadaptées, qu'il s'agisse de médicaments aux effets anticholinergiques ou des antalgiques opiacés.

Peut-être faut-il mettre en lien ces précautions vis-à-vis de la iatrogénie avec les campagnes d'information de la HAS. Peut-être aussi est-ce en rapport avec des compétences plus spécifiques des médecins généralistes, qui au-delà des situations complexes de TNC prennent en charge une population vieillissante, et sont mieux sensibilisés.

Le troisième objectif secondaire de l'étude était d'évaluer l'utilisation des échelles d'évaluation spécifiques des TCPD, et en particulier du NPI-ES. Sur ce point, nous faisons face à un paradoxe. En effet, cette échelle est utilisée dans toutes les structures. C'est par ailleurs le seul outil utilisé dans l'évaluation des troubles comportementaux dans ces structures. Malheureusement, son utilisation est le plus souvent inappropriée. En effet, sa passation est systématique, à l'admission ou lors des évaluations pour la réalisation des coupes PATHOS. Mais il n'est jamais utilisé et répété pour l'évaluation des situations de crise. Enfin, il a toujours été réalisé par les psychologues des structures, et non par l'équipe soignante, qui est au plus proche des résidents.

Enfin, le dernier objectif secondaire de l'étude était d'identifier des déterminants de la prescription de neuroleptiques en UASA. Nous avons pu mettre en évidence des facteurs personnels susceptibles de favoriser la prescription : le sexe masculin et un âge inférieur à 80 ans. Ces éléments sont concordants avec une étude se basant sur les données de la BNA entre 2010 et 2014, qui retrouve comme facteur favorisant la prescription de neuroleptique : le sexe masculin, et comme facteurs réduisant cette prescription un niveau d'éducation élevé et un âge avancé (121). En revanche, elle retrouve aussi un effet négatif des TNC sévères, que nous ne constatons pas dans notre étude ($p=0,26$).

Nous avons par ailleurs mis en évidence que l'admission depuis un EHPAD est un facteur favorisant la prescription de neuroleptique. On peut imaginer que ce type de transfert se produit surtout lorsque les TCPD rendent la prise en charge trop lourde dans un unité conventionnelle.

Il est intéressant de constater que l'âge moyen des hommes est significativement inférieur à celui des femmes (78,9 contre 86 ans), tout comme leur âge d'entrée (77,4 ans contre 83,7), ce qui peut laisser supposer que le maintien à domicile est plus rapidement problématique chez les hommes.

Concernant les troubles psychiatriques, les troubles sensoriels ou les antécédents neurologiques, les taux relevés sont équivalents à ceux estimés dans la population générale, et ne permettent donc pas d'émettre d'hypothèse sur leur influence.

Malheureusement, nous n'avons pas pu mettre en évidence d'autres facteurs de prescription, notamment en rapport avec les caractéristiques des structures.

Un certain nombre d'études se sont intéressées à de potentiels déterminants associés au fonctionnement des structures. Ainsi, une étude néerlandaise de 2017 (122) estime que l'insatisfaction professionnelle des soignants favorise la demande de traitement médicamenteux pour les résidents et note par ailleurs l'existence de fausses croyances sur ces molécules. Par ailleurs, la prescription serait très dépendante de la perception personnelle du médecin sur la balance bénéfique/risque de ces médicaments.(123). Une étude britannique de 2017 pointe les difficultés de communication et de collaboration entre les différentes parties prenantes comme un facteur favorisant de prescription (124). Une étude américaine de 2018, basée sur l'interview de professionnels, conclut que les facteurs favorisant seraient principalement l'existence d'obstacles structurels à la mise en place de mesures non pharmacologiques, et le fait que la médication facile, est perçue comme sûre et efficace (125). Une autre étude similaire rapporte les freins évoqués : résistance des familles, peur de l'aggravation, manque de ressources pour des interventions non pharmacologiques (126). Enfin, une étude australienne de 2021, basée sur l'interview de médecins et d'infirmières identifie comme facteur de prescription une charge de travail trop importante ne permettant pas l'instauration d'approches non pharmacologiques et la perception de la sécurité assurée par la sédation (127).

Notre étude pourrait sans doute être complétée. En effet elle ne comportait pas d'entretien avec les prescripteurs, pour parvenir à mettre en évidence de tels déterminants. La question du manque de ressources humaines pour permettre des interventions non pharmacologiques a été spontanément évoquée par bon nombre de professionnels. Hélas, les structures étudiées ayant des moyens humains comparables, cette hypothèse n'a pas pu être testée.

Forces et faiblesses de cette étude

Une des forces de ce travail est d'avoir pu mener cette étude sur tout le territoire meusien, en incluant 13 des 14 UASA du département. Si nous regrettons de ne pas avoir pu être totalement exhaustif, nous sommes néanmoins satisfaits d'avoir pu procéder à l'analyse de près de 95% des résidents meusiens bénéficiant d'un accueil dans ce type d'unité.

Une autre force est la précision du recueil qui a pu être réalisé, grâce à un accès direct aux données médicales dans les dossiers informatiques et papiers, permettant de considérer la dynamique et l'évolution des prescriptions.

Une des faiblesses est peut-être de ne pas disposer de tous les éléments, puisque l'on peut penser que certaines données sont disponibles uniquement dans le dossier informatisé tenu par le médecin traitant dans son logiciel- métier. A l'heure des transmissions électroniques sécurisées, tous les courriers ne sont pas en copie dans le dossier de l'UASA. Toutefois, lorsque des consultations

spécialisées avaient lieu, une trace était visible dans les transmissions infirmières et permettait de retrouver les éléments. Ce sont d'avantage des consultations avant l'admission, notamment gériatriques, qui peuvent faire défaut.

Perspectives

Si ce travail met en évidence un surprescription des neuroleptiques dans les UASA meusiennes, on peut constater une relative homogénéité au niveau du département. Si le taux en est trop élevé, il est à un niveau comparable dans la plupart des unités, et on peut donc constater une forme de cohérence dans les approches. Globalement, les médecins prescripteurs agissent sans doute comme ils ont pu l'apprendre durant leur formation, ou en reproduisant des pratiques jusqu'à présent courantes. On peut donc imaginer que des politiques de déprescription plus volontaristes, s'appuyant notamment sur la formation des médecins, pourraient avoir un effet favorable.

Les exemples de programmes visant à réduire le recours aux neuroleptiques ne manquent pas au niveau international. Une revue de littérature de 2021, analysant les réussites ou les échecs des campagnes de déprescription, identifie certaines conditions : elle insiste ainsi sur les besoins de ressources humaines et matérielles, de compréhension du bénéfice pour le résident, d'investissement managérial et d'échanges pluridisciplinaires(128)

En France, une étude de 2018 (129) a mesuré l'impact de la formation des médecins traitants et de la sensibilisation par le médecin coordonnateur dans 30 EHPAD. Cela a permis un arrêt du traitement neuroleptique chez 15,5% des résidents concernés, seulement un mois après le début de la sensibilisation.

En Espagne, la campagne CHROME (CHemical Restraints avOidance MEthodology), visant à accompagner les prescripteurs, a été évaluée dans 2 études. La première note un taux de prescription de neuroleptique passant de 42.7% à 18.7% en 2 ans (130). La seconde rapporte une baisse de 38.8% à 15.1%. (131)

Aux Pays-Bas, les travaux évaluant l'efficacité du programme d'intervention PROPER (PRescription Optimization of Psychotropic drugs in Elderly nuRsing home patients with dementia) conseillent de ne pas se focaliser uniquement sur la médication, de se concentrer d'abord sur l'analyse et la formation des équipes, d'offrir les ressources et de s'assurer du leadership et des compétences managériales (132). Les freins identifiés sont le temps limité dont disposent les soignants, les contraintes des changements d'équipe et leur motivation variable (133).

Au Royaume-Uni, le Programme STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions) a été instauré en 2012, identifiant les neuroleptiques comme étant la médication inappropriée la plus fréquente (134). Une revue de littérature de 2014 (135) concluait qu'une réduction à long terme de ces prescriptions nécessitait de rendre accessibles les approches alternatives non pharmacologiques. Cela a conduit au développement du programme sur 5 ans « Well-being and Health for people with Dementia (WHELD) » en 2020 (136).

En Norvège, le programme d'intervention COSMOS (Communication, Systematic pain management, Medication reviews, Organization of activities, and Safety) se basant sur des réunions de réévaluation systématique par les médecins, aurait permis une baisse des prescriptions inappropriées sans provoquer de majoration des TCPD (137).

Au Canada, on peut noter l'existence d'un programme très volontariste de déprescription baptisé OPUS-AP (Optimizing Practices, Use, Care and Services Antipsychotics), basé sur la formation,

l'incitation à l'utilisation d'outils d'évaluation des TCPD et la réalisation de staffs pluridisciplinaires, d'interventions locales d'experts. Une étude de 2020 (138) sur 1745 patients dans 10 structures note une baisse de 16% des prescriptions en un an, sans affecter par ailleurs la qualité des soins. Une autre étude sur 1054 résidents, dont 51.7% recevaient des neuroleptiques, note à 9 mois, un arrêt chez 52,7% et une baisse chez 32.7% des résidents sous neuroleptique (139). Une étude plus globale de 2022 (140) confirme cette efficacité mais met aussi en évidence des freins, tels que les difficultés face aux approches non pharmacologiques et les problèmes organisationnels.

Une étude américaine de 2020 a conclu à l'efficacité d'un programme automatique d'alerte (targeted medication review, TMR) qui a permis une baisse des traitements anticholinergiques et anti-psychotiques. (141)

Enfin, en Australie, deux programmes ont été élaborés, en parallèle de l'édition de recommandations, incluant des protocoles et des algorithmes. (142).

- Le projet RedUse (Reducing Use of Sedatives), basé sur des audits, des staffs de formation, et des études de cas pluridisciplinaires. Dès 2010, l'évaluation de ce programme était positive avec des baisses sensibles, bien que modérées (de 20.3 à 18.6%) (143). Une étude de 2018 retrouvait des baisses de prescription dans le même ordre de grandeur.(144) Tandis qu'une étude postérieure confirmait l'absence de dégradation comportementale après ces réductions.(145).
- Le programme HALT (Halting Antipsychotic Use in Long-Term care) qui inclut un protocole pour les situations d'urgence (146), des sessions de formation pour les médecins traitants et des interventions par des spécialistes lors de réunions pluri-disciplinaires (147) a permis de bons résultats immédiats (148) et une represcription faible à plus long terme. Les causes potentiellement identifiées étaient la pression exercée par les équipes soignantes directement exposées aux TCPD et la formation générale encore insuffisante. (149)

Une évaluation récente de ces 2 programmes les juge bénéfiques mais toutefois insuffisants, et appelle à la mise à disposition de ressources supplémentaires (150). Des facteurs favorisant ont bien été identifiés : équipes multidisciplinaires formées, support managérial adapté et présence d'un porteur de projet (Change Champion)(151) .

Les exemples sont donc nombreux pour construire un programme de déprescription adapté aux spécificités françaises, notamment celle de l'existence du médecin coordonnateur.

En effet, comme le montrent les résultats de notre étude, le médecin coordonnateur est rarement le prescripteur, et les concertations avec les médecins traitants sont souvent inexistantes. Soulignons tout de même que la structure avec le taux de prescription le plus faible est celle d'une structure hospitalière dans laquelle les médecins traitants n'interviennent pas. Bien que cette donnée n'ait pas de valeur statistique dans notre étude, elle alimente notre réflexion. Quelle doit être la place du médecin coordonnateur qui peut être une ressource précieuse, vis-à-vis de ses confrères médecins traitants. Quelle influence peut-il avoir sur les prescriptions dans l'objectif d'un recours moindre aux psychotropes ?

Conclusion

Au terme de ce travail, le constat d'une surprescription de neuroleptiques et de psychotropes en général dans les unités Alzheimer meusiennes est sans appel. Ce qui relevait d'une suspicion en rapport avec des observations personnelles s'est confirmé à l'échelle départementale, par ce relevé quasi-exhaustif.

Néanmoins, on peut relever plusieurs raisons de croire à de possibles évolutions des pratiques. L'accueil très favorable et bienveillant des médecins coordonnateurs et des directions d'EPHAD, prouve le souhait constant d'une amélioration des prises en charge. Une majorité des structures a exprimé une forte attente d'un retour vis-à-vis de cette étude. Il peut s'agir d'une première étape avant de réfléchir à une politique plus volontariste de « déprescription » au niveau territorial. Les initiatives et les programmes français ou étrangers en faveur d'une « déprescription » ont montré dans de nombreux cas des résultats encourageants. Ainsi, l'échelle départementale de ce travail est intéressante, puisque cela concorde globalement avec le périmètre du GHT 5 de la région Grand-Est (en dehors du secteur de Commercy) et offre la possibilité d'actions coordonnées. L'intérêt suscité par ce travail chez les médecins coordonnateurs montre qu'ils peuvent être des acteurs de premier plan dans une démarche de diminution du recours médicamenteux. Pour cela, les échanges et le dialogue avec les médecins traitants des résidents sont essentiels, et doivent être facilités.

La question des prises en charge pré-institutionnelles se pose. A l'heure actuelle près de la moitié des résidents des UASA meusiennes sont admis dans les suites d'une hospitalisation. Parmi eux, plus d'un tiers recevra un traitement neuroleptique. La tendance actuelle est plutôt celle de favoriser le maintien à domicile avec l'instauration des plans d'aide, tant que cela reste possible. Le respect des choix de vie est essentiel, mais un équilibre est à trouver pour éviter les changements brutaux et permettre des transitions plus douces vers l'institutionnalisation. A ce titre, les PASA ont sans doute un rôle central à jouer, aussi bien dans l'accompagnement du sujet présentant un TNC, que dans le soutien de son entourage, ou la réflexion sur le projet de vie.

Enfin, les échanges informels avec des professionnels investis au quotidien dans la prise en charge de ces résidents ont souvent mis en lumière un manque ressenti de moyens humains, qui limiterait les possibilités d'accompagnement et de recours aux approches non médicamenteuses. Cette hypothèse n'a pas pu être vérifiée dans notre étude. Mais quoi qu'il en soit, cela serait réducteur si l'on ne travaille pas également sur l'importance que notre société donne au médicament. En gériatrie, comme dans d'autres domaines tels que le handicap ou la santé mentale, il est trop souvent perçu comme remède à tous les maux

Rappelons cette étude d'IPSOS Santé en 2005 pour la CNAMTS qui affirmait que 90 % des consultations chez un médecin de ville se concluait par la délivrance d'une ordonnance de médicaments contre 83 % en Espagne, 72 % en Allemagne et 43,2 % aux Pays-Bas.

Ce travail nous rappelle que nous devons sans cesse, dans l'exercice de notre art, remettre en cause la prise en charge de nos patients en tenant compte de l'article 8 du code de la santé publique : « Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. »

Bibliographie

1. Insee. Bilan démographique 2021. Insee Première. 2022;1889.
2. Ramarosan H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues JF. Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus: Données réactualisées de la cohorte PAQUID. Rev Neurol (Paris) [Internet]. 2003 [cité 6 juin 2022];159(4):405-11. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/104600/prevalence-de-la-demence-et-de-la-maladie-d-alzhei>
3. Santé Publique France. Maladie d'Alzheimer et autres démences: données épidémiologiques [Internet]. 2022 [cité 14 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives/maladie-d-alzheimer-et-autres-demences/donnees/#tabs>
4. Nichols E, Steinmetz JD, Emil Vollset S, Fukutaki K, Chalek J, Abd-Allah F, et al. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. 2022 [cité 8 déc 2022]; Disponible sur: www.thelancet.com/
5. The Economist Intelligence Unit. Assessing the socioeconomic impact of Alzheimer's disease in Western Europe and Canada. Econ. 2017;
6. Bérard A, Gervès C, Fontaine R, Aquino J-P, Plisson M. Combien coûte la maladie d'Alzheimer ? Rapport d'étude FMA. 2015.
7. Alzheimer Association. 2020 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's Dement. 1 mars 2020;16(3):391-460.
8. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali G, Wu Y-T, Prina M. World Alzheimer Report 2015 - The Global Impact of Dementia: An Analysis of Prevalence, Incidence, Cost and Trends. Alzheimer's Disease International, London; 2015.
9. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Ministère délégué à la Santé Secrétariat d'état aux Personnes Agées. Programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées. 2001.
10. Girard J, Canestri A. La Maladie d'Alzheimer. Rapport de mission. 2000.
11. Colvez A, Colvez A, Ritchie K, Ledésert B, Ankri J, Gardent H, et al. « Cantou » et long séjour hospitalier : évaluation comparative de deux modes de prise en charge de la démence sénile. Paris: Inserm; 1994. 91 p. (Collection analyses et prospective).
12. Ministère des Solidarités de la Santé et de la Famille. Plan maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007. 2004;
13. Ministère des Affaires sociales de la S et de la F. Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012. 2008.
14. Direction Générale de l'Action Sociale. Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement [Internet]. Paris: Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique; 2010 [cité 14 déc 2022]. Disponible sur: http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Cahier_des_charges.pdf

15. Ministère de l'Éducation Nationale de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Ministères des Affaires Sociales de la Santé et des Droits des Femmes. Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019. 2014.
16. Cummings JL, Mega MS. Neuropsychiatry and behavioral neuroscience. 2003 [cité 15 déc 2022];414. Disponible sur: <https://global.oup.com/academic/product/neuropsychiatry-and-behavioural-neuroscience-9780195138580>
17. Amieva H, Andrieu S, Berr C, Buée L, Checler F, Clément S, et al. Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. 2007 [cité 15 déc 2022];XV-654 pages, illustrations, figures. Disponible sur: <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570630>
18. Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, Miller S, Sartorius N. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int psychogeriatrics* [Internet]. 1996 [cité 15 déc 2022];8 Suppl 3(SUPPL. 3):497-500. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9154615/>
19. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory. *Neurology* [Internet]. 1 déc 1994 [cité 15 déc 2022];44(12):2308-2308. Disponible sur: <https://n.neurology.org/content/44/12/2308>
20. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé - Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs [Internet]. 2009 [cité 5 juin 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_819667/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement-perturbateurs
21. McKeith I, Cummings J. Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *Lancet Neurol* [Internet]. nov 2005 [cité 8 déc 2022];4(11):735-42. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16239180/>
22. Chan DC, Kasper JD, Black BS, Rabins P V. Prevalence and correlates of behavioral and psychiatric symptoms in community-dwelling elders with dementia or mild cognitive impairment: The Memory and Medical Care Study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1 févr 2003;18(2):174-82.
23. Algase DL, Beck C, Kolanowski A, Whall A, Berent S, Richards K, et al. Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *Am J Alzheimer's Dis*. 1996;11(6):10-9.
24. Cohen-Mansfield J, Werner P. Environmental influences on agitation: An integrative summary of an observational study. *Am J Alzheimer's Care Relat Disord & Res*. 1995;10(1):32-9.
25. Cohen-Mansfield J. Theoretical frameworks for behavioral problems in dementia. *Alzheimers care today*. 2000;1(4):8-21.
26. Cohen-Mansfield J, Dakheel-Ali M, Marx MS, Thein K, Regier NG. Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia? *Psychiatry Res* [Internet]. 30 juill 2015 [cité 30 avr 2023];228(1):59-64. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25933478/>
27. Reus VI, Fochtmann LJ, Eyler AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, Jibson MD, et al. The American psychiatric association practice guideline on the use of antipsychotics to treat agitation or psychosis in patients with dementia. *Am J Psychiatry*. 1 mai 2016;173(5):543-6.
28. Kales HC, Lyketsos CG, Miller EM, Ballard C. Management of behavioral and psychological symptoms in people with Alzheimer's disease: An international Delphi consensus. *Int Psychogeriatrics*. 1 janv 2019;31(1):83-90.

29. Cummings J, Sano M, Auer S, Bergh S, Fischer CE, Gerritsen D, et al. Reduction and prevention of agitation in persons with neurocognitive disorders: an international psychogeriatric association consensus algorithm. 2023 [cité 24 avr 2023]; Disponible sur: <https://doi.org/10.1017/S104161022200103X>
30. Robert PH, Medecin I VS, Staccini P, Cattelin F GS. L'inventaire neuropsychiatrique : validation de la version française d'un instrument destiné à évaluer les troubles du comportement chez le sujet dément. *L'Année Gériatologique*. 1998;
31. J C-M, LH D. Agitation: Subtypes and Their Mechanisms. *Semin Clin Neuropsychiatry* [Internet]. oct 1996 [cité 15 juin 2023];1(4):325-39. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10320435/>
32. Monteiro I, Boksay I, Auer SR, Torossian C, Sinaiko E, Reisberg B. Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale. *Int psychogeriatrics* [Internet]. sept 1996 [cité 15 juin 2023];8 Suppl 3:51. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9154579/>
33. Tariot PN, Mack JL, Patterson MB, Edland SD, Weiner MF, Fillenbaum G, et al. The Behavior Rating Scale for Dementia of the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease. The Behavioral Pathology Committee of the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease. <https://doi.org/10.1176/ajp15291349> [Internet]. 1 avr 2006 [cité 15 juin 2023];152(9):1349-57. Disponible sur: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.152.9.1349>
34. Yesavage JA. Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacol Bull* [Internet]. 1 janv 1988 [cité 15 juin 2023];24(4):709-11. Disponible sur: <https://europepmc.org/article/MED/3249773>
35. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *Gerontologist* [Internet]. 1 déc 1980 [cité 21 juin 2023];20(6):649-55. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
36. Fick DM, Semla TP, Steinman M, Beizer J, Brandt N, Dombrowski R, et al. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 1 avr 2019 [cité 13 juin 2022];67(4):674-94. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30693946/>
37. Bishara D, Perera G, Harwood D, Taylor D, Sauer J, Funnell N, et al. Centrally-acting anticholinergic drugs- associations with mortality, hospitalisation and cognitive decline following dementia diagnosis in people receiving antidepressant and antipsychotic drugs. *Aging Ment Health* [Internet]. 2021 [cité 12 juin 2022]; Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34308718/>
38. Jaïdi Y. Impact de la réduction de la charge anticholinergique sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les patients âgés [Internet]. 2020 [cité 8 juin 2022]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2020REIMM203>
39. Humaraut C, Caron J, Bayonne L, Moalic Y. Audit clinique ciblé sur la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé hospitalisé en psychiatrie. *Encephale*. 1 févr 2016;42(1):14-23.
40. Briet J, Javelot H, Heitzmann E, Weiner L, Lameira C, D'Athis P, et al. L'échelle d'imprégnation anticholinergique : vers l'élaboration d'une échelle adaptée aux prescriptions en milieu psychiatrique français. *Thérapie*. 1 sept 2017;72(4):427-37.
41. Javelot H, Meyer G, Becker G, Post G, Runge V, Pospieszynski P, et al. [Anticholinergic scales: Use in psychiatry and update of the anticholinergic impregnation scale]. *Encephale* [Internet].

- 2022 [cité 8 juin 2022];48(3). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34876278/>
42. Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ, et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: A randomized controlled trial. *JAMA [Internet]*. 10 mai 2006 [cité 16 juin 2023];295(18):2148-57. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/7096247_Effectiveness_of_Collaborative_Care_for_Older_Adults_With_Alzheimer_Disease_in_Primary_Care_A_Randomized_Controlled_Trial
 43. Deudon A, Maubourguet N, Gervais X, Leone E, Brocker P, Carcaillon L, et al. Non-pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry [Internet]*. déc 2009 [cité 16 juin 2023];24(12):1386-95. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19370714/>
 44. Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*. 1 août 2012;169(9):946-53.
 45. Woods B, Spector AE, Jones CA, Orrell M, Davies SP. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane database Syst Rev [Internet]*. 20 avr 2005 [cité 16 juin 2023];(2). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15846613/>
 46. Spector A, Davies S, Woods B, Orrell M. Reality Orientation for Dementia A Systematic Review of the Evidence of Effectiveness from Randomized Controlled Trials. *Gerontologist [Internet]*. 1 avr 2000 [cité 16 juin 2023];40(2):206-12. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.1093/geront/40.2.206>
 47. Luijpen MW, Scherder EJA, Van Someren EJW, Swaab DF, Sergeant JA. Non-pharmacological interventions in cognitively impaired and demented patients--a comparison with cholinesterase inhibitors. *Rev Neurosci [Internet]*. 2003 [cité 16 juin 2023];14(4):343-68. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14640320/>
 48. Van Haitsma KS, Curyto K, Abbott KM, Towsley GL, Spector A, Kleban M. A Randomized Controlled Trial for an Individualized Positive Psychosocial Intervention for the Affective and Behavioral Symptoms of Dementia in Nursing Home Residents. *Journals Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci [Internet]*. 2015 [cité 16 juin 2023];70(1):35-45. Disponible sur: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/70/1/35/547934>
 49. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Dakheel-Ali M, Thein K. The use and utility of specific nonpharmacological interventions for behavioral symptoms in dementia: an exploratory study. *Am J Geriatr Psychiatry [Internet]*. 1 févr 2015 [cité 30 avr 2023];23(2):160-70. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25081819/>
 50. Ballard C, Orrell M, Zhong SY, Moniz-Cook E, Stafford J, Whittaker R, et al. Impact of antipsychotic review and nonpharmacological intervention on antipsychotic use, neuropsychiatric symptoms, and mortality in people with dementia living in nursing homes: A factorial cluster-randomized controlled trial by the well-being and health. *Am J Psychiatry*. 1 mars 2016;173(3):252-62.
 51. Saidlitz P, Sourdet S, Voisin T, Vellas B. Management of behavioural symptoms of dementia in a specialized unit care. *Psychogeriatrics*. 1 mars 2017;17(2):81-8.
 52. Livingston G, Barber J, Marston L, Stringer A, Panca M, Hunter R, et al. Clinical and cost-effectiveness of the Managing Agitation and Raising Quality of Life (MARQUE) intervention for agitation in people with dementia in care homes: a single-blind, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. 1 avr 2019;6(4):293-304.

53. Hopitaux de Toulouse G. Unités spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement: réflexion sur les critères de définition et missions. 2008.
54. Trinh NH, Hoblyn J, Mohanty S, Yaffe K. Efficacy of Cholinesterase Inhibitors in the Treatment of Neuropsychiatric Symptoms and Functional Impairment in Alzheimer Disease: A Meta-analysis. *JAMA* [Internet]. 8 janv 2003 [cité 27 avr 2023];289(2):210-6. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195741>
55. BIRKS J. Cochrane Library Cochrane Database of Systematic Reviews Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease (Review). 2016 [cité 27 avr 2023]; Disponible sur: www.cochranelibrary.com
56. Fox C, Crugel M, Maidment I, Auestad BH, Coulton S, Treloar A, et al. Efficacy of memantine for agitation in Alzheimer's dementia: A randomised double-blind placebo controlled trial. *PLoS One*. 2 mai 2012;7(5).
57. McShane R, Westby MJ, Roberts E, Minakaran N, Schneider L, Farrimond LE, et al. Memantine for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 20 mars 2019;2019(3):1-446.
58. AFSSAPS. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et anxieux de l'adulte. *MedQual*. 2006;33(0):1-9.
59. Baldwin RC, Anderson D, Black S, Evans S, Jones R, Wilson K, et al. Guideline for the management of late-life depression in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 1 sept 2003 [cité 27 avr 2023];18(9):829-38. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/gps.940>
60. Burke Danielle Goldfarb Padmaja Bollam Sehar Khokher AD, Burke AD, Bollam ÁP, Goldfarb D, Khokher Wellspan Philhaven S, Gretna M. Diagnosing and Treating Depression in Patients with Alzheimer's Disease. *Neurol Ther* [Internet]. [cité 27 avr 2023];8. Disponible sur: <https://doi.org/10.6084/>
61. Sink K, Holden K, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: A review of the evidence. *J Am Med Assoc*. 2006;7(3):201-2.
62. Seitz DP, Adunuri N, Gill SS, Gruneir A, Herrmann N, Rochon P. Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 16 févr 2011;
63. Banerjee S, High J, Stirling S, Shepstone L, Swart AM, Telling T, et al. Study of mirtazapine for agitated behaviours in dementia (SYMBAD): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 23 oct 2021;398(10310):1487-97.
64. Levy ML, Cummings JL, Fairbanks LA, Masterman D, Miller BL, Craig AH, et al. Apathy is not depression. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 1 août 1998 [cité 27 avr 2023];10(3):314-9. Disponible sur: <https://neuro.psychiatryonline.org/doi/10.1176/jnp.10.3.314>
65. Defrancesco M, Marksteiner J, Wolfgang Fleischhacker W, Blasko I. Use of Benzodiazepines in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Literature. *Int J Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2015 [cité 27 avr 2023];1-11. Disponible sur: <http://clinicaltrials.gov/>
66. Couret A, Gallini A, Poncet M, Renoux A, Lapeyre-Mestre M, Gardette V. Benzodiazepine Dispensing to Persons With Dementia in France, 2011-2016: A Nationwide Study. *J Am Med Dir Assoc*. 1 juin 2020;21(6):830-6.
67. Poncet M, Gardette V, Couret A, Renoux A, Lapeyre-Mestre M, Gallini A. Benzodiazepine exposure in subjects with incident Alzheimer's disease and related syndromes in France: a

- longitudinal study 2011-2017. *Int Clin Psychopharmacol* [Internet]. 1 sept 2020 [cité 12 juin 2022];35(5):270-8. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32324610/>
68. Konovalov S, Muralee S, Tampi RR. Anticonvulsants for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a literature review. *Int psychogeriatrics* [Internet]. avr 2008 [cité 27 avr 2023];20(2):293-308. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18047764/>
 69. Pinheiro D. Les antiépileptiques thymorégulateurs dans le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). *Encephale* [Internet]. sept 2008 [cité 13 déc 2022];34(4):409-15. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1161981/les-antiepileptiques-thymoregulateurs-dans-le-trai>
 70. Delay J DP. Caractéristiques psycho-physiologiques des médicaments neuroleptiques. *Psychotr drugs*. 1957;
 71. Ballard CG, Waite J, Birks J. Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 25 janv 2006;
 72. Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, Davis SM, Hsiao JK, Ismail MS, et al. Effectiveness of Atypical Antipsychotic Drugs in Patients with Alzheimer's Disease. *N Engl J Med*. 12 oct 2006;355(15):1525-38.
 73. Schneider LS, Dagerman K, Insel PS. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: Meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14(3):191-210.
 74. Yunusa I, Alsumali A, Garba AE, Regestein QR, Eguale T. Assessment of Reported Comparative Effectiveness and Safety of Atypical Antipsychotics in the Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Network Meta-analysis. *JAMA Netw open* [Internet]. 1 mars 2019 [cité 12 juin 2022];2(3):e190828. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30901041/>
 75. Yunusa I, Rashid N, Abler V, Rajagopalan K. Comparative Efficacy, Safety, Tolerability, and Effectiveness of Antipsychotics in The Treatment of Dementia-Related Psychosis (DRP): A Systematic Literature Review. *J Prev Alzheimer's Dis* [Internet]. 1 sept 2021 [cité 12 juin 2022];8(4):520-33. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34585228/>
 76. Yunusa I, El Helou ML. The Use of Risperidone in Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Review of Pharmacology, Clinical Evidence, Regulatory Approvals, and Off-Label Use. *Front Pharmacol* [Internet]. 20 mai 2020 [cité 12 juin 2022];11. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32528275/>
 77. Oh ES, Rosenberg PB, Rattinger GB, Stuart EA, Lyketsos CG, Leoutsakos JMS. Psychotropic Medication and Cognitive, Functional, and Neuropsychiatric Outcomes in Alzheimer's Disease (AD). *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 1 avr 2021 [cité 12 juin 2022];69(4):955-63. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33382921/>
 78. Nawzad S, Cahn W, Abdullah-Koolmees H. The efficacy of antipsychotics in the treatment of physical aggressive behavior in patients with dementia in nursing homes. *Ther Adv Psychopharmacol* [Internet]. janv 2022 [cité 8 juin 2022];12:204512532210974. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35600754/>
 79. Manzano-Palomo S, Agüera-Ortiz LF, García-Caballero A, Martínez-Raga J, Ojea-Ortega T, Sánchez-Valle R, et al. Use of Antipsychotics in Patients with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Results of a Spanish Delphi Consensus. *Dement Geriatr Cogn Disord*.

1 avr 2021;49(6):573-82.

80. Yunusa I, Rashid N, Demos GN, Mahadik BS, Abler VC, Rajagopalan K. Comparative Outcomes of Commonly Used Off-Label Atypical Antipsychotics in the Treatment of Dementia-Related Psychosis: A Network Meta-analysis. *Adv Ther*. 1 mai 2022;39(5):1993-2008.
81. Beeber AS, Zimmerman S, Wretman CJ, Palmertree S, Patel K, Sloane PD. Potential Side Effects and Adverse Events of Antipsychotic Use for Residents With Dementia in Assisted Living: Implications for Prescribers, Staff, and Families. *J Appl Gerontol* [Internet]. 1 mars 2022 [cité 12 juin 2022];41(3):798-805. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34160299/>
82. Ames D, Carr-Lopez SM, Gutierrez MA, Pierre JM, Rosen JA, Shakib S, et al. Detecting and Managing Adverse Effects of Antipsychotic Medications: Current State of Play. *Psychiatr Clin North Am*. 1 juin 2016;39(2):275-311.
83. Atti AR, Ferrari Gozzi B, Zuliani G, Bernabei V, Scudellari P, Berardi D, et al. A systematic review of metabolic side effects related to the use of antipsychotic drugs in dementia. *Int Psychogeriatrics*. janv 2014;26(1):19-37.
84. Guenette MD, Chintoh A, Remington G, Hahn M. Atypical antipsychotic-induced metabolic disturbances in the elderly. *Drugs and Aging*. mars 2014;31(3):159-84.
85. Seppala LJ, Wermelink AMAT, de Vries M, Ploegmakers KJ, van de Glind EMM, Daams JG, et al. Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis: II. Psychotropics. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 1 avr 2018 [cité 15 déc 2022];19(4):371.e11-371.e17. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29402652/>
86. Koponen M, Taipale H, Lavikainen P, Tanskanen A, Tiihonen J, Tolppanen AM, et al. Antipsychotic Use and the Risk of Hip Fracture Among Community-Dwelling Persons With Alzheimer's Disease. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 1 mars 2017 [cité 15 déc 2022];78(3):e257-63. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28146612/>
87. Tapiainen V, Lavikainen P, Koponen M, Taipale H, Tanskanen A, Tiihonen J, et al. The Risk of Head Injuries Associated With Antipsychotic Use Among Persons With Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 1 mars 2020 [cité 12 juin 2022];68(3):595-602. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31912482/>
88. Chatterjee S, Chen H, Johnson ML, Aparasu RR. Risk of falls and fractures in older adults using atypical antipsychotic agents: A propensity score-adjusted, retrospective cohort study. *Am J Geriatr Pharmacother*. avr 2012;10(2):83-94.
89. Mittal V, Kurup L, Williamson D, Muralee S, Tampi RR. Risk of cerebrovascular adverse events and death in elderly patients with dementia when treated with antipsychotic medications: a literature review of evidence. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* [Internet]. févr 2011 [cité 8 juin 2022];26(1):10-28. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21282274>
90. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: Meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Am Med Assoc*. 19 oct 2005;294(15):1934-43.
91. Wang PS, Schneeweiss S, Avorn J, Fischer MA, Mogun H, Solomon DH, et al. Risk of Death in Elderly Users of Conventional vs. Atypical Antipsychotic Medications. *N Engl J Med*. déc 2005;353(22):2335-41.
92. Gill SS, Bronskill SE, Normand SLT, Anderson GM, Sykora K, Lam K, et al. Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Ann Intern Med*. 5 juin 2007;146(11):775-86.

93. Schneeweiss S, Setoguchi S, Brookhart A, Dormuth C, Wang PS. Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. *CMAJ* [Internet]. 27 févr 2007 [cité 15 déc 2022];176(5):627-32. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17325327/>
94. Liperoti R, Onder G, Landi F, Lapane KL, Mor V, Bernabei R, et al. All-cause mortality associated with atypical and conventional antipsychotics among nursing home residents with dementia: A retrospective cohort study. *J Clin Psychiatry*. oct 2009;70(10):1340-7.
95. Huybrechts KF, Gerhard T, Crystal S, Olfson M, Avorn J, Levin R, et al. Differential risk of death in older residents in nursing homes prescribed specific antipsychotic drugs: population based cohort study. *BMJ* [Internet]. 23 févr 2012 [cité 15 déc 2022];344(7848). Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/344/bmj.e977>
96. Maust DT, Kim HM, Seyfried LS, Chiang C, Kavanagh J, Schneider LS, et al. Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: Number needed to harm. *JAMA Psychiatry*. 1 mai 2015;72(5):438-45.
97. Koponen M, Taipale H, Lavikainen P, Tanskanen A, Tiihonen J, Tolppanen AM, et al. Risk of mortality associated with antipsychotic monotherapy and polypharmacy among community-dwelling persons with Alzheimer's disease. *J Alzheimer's Dis*. 2017;56(1):107-18.
98. Koponen M, Rajamaki B, Lavikainen P, Bell JS, Taipale H, Tanskanen A, et al. Antipsychotic Use and Risk of Stroke Among Community-Dwelling People With Alzheimer's Disease. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 1 juin 2022 [cité 24 avr 2023];23(6):1059-1065.e4. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34717887/>
99. Ralph SJ, Espinet AJ. Increased All-Cause Mortality by Antipsychotic Drugs: Updated Review and Meta-Analysis in Dementia and General Mental Health Care. *J Alzheimer's Dis reports* [Internet]. 2 févr 2018 [cité 12 juin 2022];2(1):1-26. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30480245/>
100. Schwertner E, Secnik J, Garcia-Ptacek S, Johansson B, Nagga K, Eriksdotter M, et al. Antipsychotic Treatment Associated With Increased Mortality Risk in Patients With Dementia. A Registry-Based Observational Cohort Study. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 1 mars 2019 [cité 12 juin 2022];20(3):323-329.e2. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30824220/>
101. Kheirbek RE, Fokar A, Little JT, Balish M, Shara NM, Boustani MA, et al. Association Between Antipsychotics and All-Cause Mortality Among Community-Dwelling Older Adults. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci*. 13 nov 2019;74(12):1916-21.
102. Ballard C, Banister C, Khan Z, Cummings J, Demos G, Coate B, et al. Evaluation of the safety, tolerability, and efficacy of pimavanserin versus placebo in patients with Alzheimer's disease psychosis: a phase 2, randomised, placebo-controlled, double-blind study. *Lancet Neurol*. 1 mars 2018;17(3):213-22.
103. Cummings J, Ballard C, Tariot P, Owen R, Foff E, Youakim J, et al. Pimavanserin: Potential Treatment For Dementia-Related Psychosis. *J Prev Alzheimer's Dis*. 2018;5(4):253-8.
104. Ballard CG, Coate B, Abler V, Stankovic S, Foff E. Evaluation of the efficacy of pimavanserin in the treatment of agitation and aggression in patients with Alzheimer's disease psychosis: A post hoc analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 1 nov 2020 [cité 12 juin 2022];35(11):1402-8. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32729631/>
105. Tariot PN, Cummings JL, Soto-Martin ME, Ballard C, Erten-Lyons D, Sultzer DL, et al. Trial of

- Pimavanserin in Dementia-Related Psychosis. *N Engl J Med*. 22 juill 2021;385(4):309-19.
106. Liu KY, Howard R. Pimavanserin and dementia-related psychosis: can HARMONY prevail? *Lancet Neurol*. 1 oct 2021;20(10):783-4.
 107. Tifratène K. La Banque Nationale de Données Alzheimer comme outil épidémiologique : état des lieux et perspectives [Internet]. 2016 [cité 13 juin 2022]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01508529>
 108. Jacquin-Piques A, Sacco G, Tavassoli N, Rouaud O, Bejot Y, Giroud M, et al. Psychotropic drug prescription in patients with dementia: Nursing home residents versus patients living at home. *J Alzheimer's Dis*. 2015;49(3):671-80.
 109. Tuppin P, Cuerq A, Weill A, Ricordeau P, Allemand H. [Alzheimer disease and other dementia in France: Identification, management and neuroleptic use (2007-2009)]. *Rev Neurol (Paris)* [Internet]. 2012 [cité 12 juin 2022];168(2):152-60. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22104062/>
 110. Rolland Y, Andrieu S, Crochard A, Goni S, Hein C, Vellas B. Psychotropic drug consumption at admission and discharge of nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. mai 2012 [cité 12 juin 2022];13(4):407.e7-12. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22264687>
 111. Bonin-Guillaume S, Martin G, Zafack J, Gentile G, Allaria-Lapierre V, Sciortino V, et al. [Antipsychotic use in the cohort PACA-Alz in patients with Alzheimer's disease and other dementia in 2010]. *Thérapie* [Internet]. 2014 [cité 12 juin 2022];69(3):213-22. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24901289/>
 112. Georges E. Iatrogénie des neuroleptiques chez le patient Alzheimer : état des lieux dans des établissements hospitaliers et EHPAD de l' Ouest Vosgien To cite this version : HAL Id : hal-03297605 soutenance et mis à disposition de l' ensemble de la Contact : ddoc-t. 2021;
 113. Janus SIM, Van Manen JG, Ijzerman MJ, Zuidema SU. Psychotropic drug prescriptions in Western European nursing homes. *Int Psychogeriatrics*. 1 nov 2016;28(11):1775-90.
 114. Jester DJ, Molinari V, Zgibor JC, Volicer L. Prevalence of psychotropic polypharmacy in nursing home residents with dementia: a meta-analysis. *Int Psychogeriatrics* [Internet]. 7 oct 2021 [cité 13 juin 2022];33(10):1083-98. Disponible sur: <https://www-cambridge-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/core/journals/international-psychogeriatrics/article/prevalence-of-psychotropic-polypharmacy-in-nursing-home-residents-with-dementia-a-metaanalysis/DC3E3E98F7F9DF06BDB7733CB88B6ECB>
 115. Martinez C, Jones RW, Rietbrock S. Trends in the prevalence of antipsychotic drug use among patients with Alzheimer's disease and other dementias including those treated with antidementia drugs in the community in the UK: a cohort study. *BMJ Open* [Internet]. 7 janv 2013 [cité 12 juin 2022];3(1). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23299113>
 116. Prudent M, Parjoie R, Jolly D, Dramé M, Badr S, Novella JL, et al. Factors related to use of potentially inappropriate psychotropic drugs in 2,343 residents of 19 nursing homes. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 sept 2018;16(3):279-85.
 117. Brimelow RE, Wollin JA, Byrne GJ, Dissanayaka NN. Prescribing of psychotropic drugs and indicators for use in residential aged care and residents with dementia. *Int psychogeriatrics* [Internet]. 1 juin 2019 [cité 12 juin 2022];31(6):837-47. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30457077/>

118. Harrison SL, Sluggett JK, Lang C, Whitehead C, Crotty M, Corlis M, et al. The dispensing of psychotropic medicines to older people before and after they enter residential aged care. *Med J Aust.* 1 avr 2020;212(7):309-13.
119. Kuroda N, Hamada S, Sakata N, Jeon B, Iijima K, Yoshie S, et al. Antipsychotic use and related factors among people with dementia aged 75 years or older in Japan: A comprehensive population-based estimation using medical and long-term care data. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 1 mars 2019 [cité 12 juin 2022];34(3):472-9. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30478985/>
120. Gerlach LB, Fashaw S, Strominger J, Ogarek J, Zullo AR, Daiello LA, et al. Trends in antipsychotic prescribing among long-term care residents receiving hospice care. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 1 août 2021 [cité 12 juin 2022];69(8):2152-62. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33837537/>
121. Tifratene K, Manera V, Fabre R, Gros A, Thummler S, Pradier C, et al. Antipsychotic prescribing for Alzheimer's disease and related disorders in specialized settings from 2010 to 2014 in France: A repeated cross-sectional study. *Alzheimer's Res Ther.* 2017;9(1):1-10.
122. Janus SIM, Van Manen JG, Ijzerman MJ, Bisseling M, Drossaert CHC, Zuidema SU. Determinants of the nurses' and nursing assistants' request for antipsychotics for people with dementia. *Int Psychogeriatrics.* 1 mars 2017;29(3):475-84.
123. Janus SIM, van Manen JG, Zuidema SU, Snijder C, Drossaert CHC, Ijzerman MJ. Reasons for (not) discontinuing antipsychotics in dementia. *Psychogeriatrics* [Internet]. 1 janv 2018 [cité 12 juin 2022];18(1):13-20. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28745420/>
124. Walsh KA, Dennehy R, Sinnott C, Browne J, Byrne S, McSharry J, et al. Influences on Decision-Making Regarding Antipsychotic Prescribing in Nursing Home Residents With Dementia: A Systematic Review and Synthesis of Qualitative Evidence. *J Am Med Dir Assoc.* 1 oct 2017;18(10):897.e1-897.e12.
125. Kerns JW, Winter JD, Winter KM, Kerns CC, Etz RS. Caregiver Perspectives about Using Antipsychotics and Other Medications for Symptoms of Dementia. *Gerontologist.* 19 mars 2018;58(2):e35-45.
126. Simmons SF, Bonnett KR, Hollingsworth E, Kim J, Powers J, Habermann R, et al. Reducing Antipsychotic Medication Use in Nursing Homes: A Qualitative Study of Nursing Staff Perceptions. *Gerontologist* [Internet]. 13 juill 2018 [cité 12 juin 2022];58(4):e239-50. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28575301/>
127. Tomlinson EJ, Rawson H, Manias E, Phillips NNM, Darzins P, Hutchinson AM. Factors associated with the decision to prescribe and administer antipsychotics for older people with delirium: A qualitative descriptive study. *BMJ Open.* 7 juill 2021;11(7).
128. Moth AE, Hølmkjær P, Holm A, Rozing MP, Overbeck G. What Makes Deprescription of Psychotropic Drugs in Nursing Home Residents with Dementia so Challenging? A Qualitative Systematic Review of Barriers and Facilitators. *Drugs and Aging.* 1 août 2021;38(8):671-85.
129. Philippe AS, Braunstein D, Clot-Faybesse P, Teissier S, Roch B, Micallef J, et al. Impact of an awareness of the doctors treating on the decrease of the prescriptions of antipsychotics in the demented residents in Ehpad. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* [Internet]. 1 déc 2018 [cité 12 juin 2022];16(4):383-90. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30361189/>
130. Muñoz R, Pérez-Wehbe AI, Couto F, Pérez M, Ramírez N, López A, et al. The CHROME criteria: Tool to optimize and audit prescription quality of psychotropic medications in institutionalized

- people with dementia. *Int Psychogeriatrics*. 1 mars 2020;32(3):315-24.
131. Muñiz R, López-Álvarez J, Perea L, Rivera S, González L, Olazarán J. CHROME Criteria and Quality of Life: A Pilot Study from Maria Wolff-Albertia. *J Alzheimer's Dis reports* [Internet]. 2021 [cité 12 juin 2022];5(1):613-24. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34632299>
 132. Smeets CHW, Smalbrugge M, Koopmans RTCM, Nelissen-Vrancken MHJMG, Van Der Spek K, Teerenstra S, et al. Can the PROPER intervention reduce psychotropic drug prescription in nursing home residents with dementia? Results of a cluster-randomized controlled trial. *Int psychogeriatrics* [Internet]. 1 juin 2021 [cité 12 juin 2022];33(6):577-86. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32431251/>
 133. Gerritsen DL, De Vries E, Smalbrugge M, Smeets CHW, Van Der Spek K, Zuidema SU, et al. Implementing a multidisciplinary psychotropic medication review among nursing home residents with dementia: A process evaluation. *Int Psychogeriatrics* [Internet]. 2021 [cité 29 avr 2023];33(9):933-45. Disponible sur: <https://doi.org/10.1017/S1041610219000577>
 134. Parsons C, Johnston S, Mathie E, Baron N, MacHen I, Amador S, et al. Potentially inappropriate prescribing in older people with dementia in care homes: A retrospective analysis. *Drugs and Aging*. 2012;29(2):143-55.
 135. Thompson Coon J, Abbott R, Rogers M, Whear R, Pearson S, Lang I, et al. Interventions to Reduce Inappropriate Prescribing of Antipsychotic Medications in People With Dementia Resident in Care Homes: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(10):706-18.
 136. Ballard C, Orrell M, Moniz-Cook E, Woods R, Whitaker R, Corbett A, et al. Improving mental health and reducing antipsychotic use in people with dementia in care homes: the WHELD research programme including two RCTs. *Program Grants Appl Res* [Internet]. juill 2020 [cité 12 juin 2022];8(6):1-98. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32721145/>
 137. Gedde MH, Husebo BS, Mannseth J, Kjome RLS, Naik M, Berge LI. Less Is More: The Impact of Deprescribing Psychotropic Drugs on Behavioral and Psychological Symptoms and Daily Functioning in Nursing Home Patients. Results From the Cluster-Randomized Controlled COSMOS Trial. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 1 mars 2021 [cité 12 juin 2022];29(3):304-15. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32753339/>
 138. Kirkham J, Maxwell C, Velkers C, Leung R, Moffat K, Seitz D. Optimizing Prescribing of Antipsychotics in Long-Term Care (OPAL): A Stepped-Wedge Trial. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 1 mars 2020 [cité 12 juin 2022];21(3):381-387.e3. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31558380/>
 139. Cossette B, Bruneau MA, Couturier Y, Gilbert S, Boyer D, Ricard J, et al. Optimizing Practices, Use, Care and Services-Antipsychotics (OPUS-AP) in Long-term Care Centers in Québec, Canada: A Strategy for Best Practices. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 1 févr 2020 [cité 12 juin 2022];21(2):212-9. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31669289/>
 140. Couturier Y, Lanneville D, Lane J, Bruneau MA, Morin M, Gilbert S, et al. Implementation conditions leading to the scale-up of an innovation involving the optimal use of antipsychotics in long-term care centers: The Optimizing Practices, Use, Care and Services-Antipsychotics (OPUS-AP) program. *Res Soc Adm Pharm*. 1 mars 2022;18(3):2484-8.
 141. Silva-Almodóvar A, Malfara A, Nahata MC. Impact of Automated Targeted Medication Review Electronic Alerts to Reduce Potentially Inappropriate Medication Prescribing Among Medicare Enrolled Patients With Dementia. *Ann Pharmacother*. 1 oct 2020;54(10):967-74.

142. Macfarlane S, Cunningham C. Limiting antipsychotic drugs in dementia. *Aust Prescr* [Internet]. 1 févr 2021 [cité 12 juin 2022];44(1):8-11. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33664543/>
143. Westbury J, Jackson S, Gee P, Peterson G. An effective approach to decrease antipsychotic and benzodiazepine use in nursing homes: The RedUSE project. *Int Psychogeriatrics*. févr 2010;22(1):26-36.
144. Westbury JL, Gee P, Ling T, Brown DT, Franks KH, Bindoff I, et al. RedUSE: Reducing antipsychotic and benzodiazepine prescribing in residential aged care facilities. *Med J Aust*. 21 mai 2018;208(9):398-403.
145. Hoyle DJ, Peterson GM, Bindoff IK, Clinnick LM, Bindoff AD, Breen JL. Clinical impact of antipsychotic and benzodiazepine reduction: findings from a multicomponent psychotropic reduction program within long-term aged care. *Int psychogeriatrics* [Internet]. 1 juin 2021 [cité 12 juin 2022];33(6):587-99. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32618535/>
146. Chenoweth L, Jessop T, Harrison F, Cations M, Cook J, Brodaty H. Critical Contextual Elements in Facilitating and Achieving Success with a Person-Centred Care Intervention to Support Antipsychotic Deprescribing for Older People in Long-Term Care. *Biomed Res Int* [Internet]. 2018 [cité 12 juin 2022];2018. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30069476/>
147. Jessop T, Harrison F, Cations M, Draper B, Chenoweth L, Hilmer S, et al. Halting Antipsychotic Use in Long-Term care (HALT): A single-arm longitudinal study aiming to reduce inappropriate antipsychotic use in long-term care residents with behavioral and psychological symptoms of dementia. *Int Psychogeriatrics*. 1 août 2017;29(8):1391-403.
148. Brodaty H, Aerts L, Harrison F, Jessop T, Cations M, Chenoweth L, et al. Antipsychotic Deprescription for Older Adults in Long-term Care: The HALT Study. *J Am Med Dir Assoc*. 1 juill 2018;19(7):592-600.e7.
149. Aerts L, Cations M, Harrison F, Jessop T, Shell A, Chenoweth L, et al. Why deprescribing antipsychotics in older people with dementia in long-term care is not always successful: Insights from the HALT study. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 1 nov 2019 [cité 12 juin 2022];34(11):1572-81. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31276255/>
150. Harrison SL, Sluggett JK. Impact of interdisciplinary approaches to deprescribing psychotropics on clinical outcomes in older residents of long-term care facilities. *Int Psychogeriatrics* [Internet]. 1 juin 2021 [cité 13 juin 2022];33(6):543-6. Disponible sur: <https://www-cambridge-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/core/journals/international-psychogeriatrics/article/impact-of-interdisciplinary-approaches-to-deprescribing-psychotropics-on-clinical-outcomes-in-older-residents-of-longterm-care-facilities/01C1101322E>
151. Harrison SL, Cations M, Jessop T, Hilmer SN, Sawan M, Brodaty H. Approaches to Deprescribing Psychotropic Medications for Changed Behaviours in Long-Term Care Residents Living with Dementia. *Drugs and Aging*. 11 févr 2019;36(2):125-36.

Annexes

MMSE

Mini-Mental State Examination dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO)

Orientation

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons :

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
(si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve)
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
9. Dans quelle région est situé ce département ?
10. À quel étage sommes-nous ici ?

Apprentissage

Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare
12. Fleur
13. Porte

Répétez les 3 mots.

Attention et calcul

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM. Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position. (Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.)

Rappel

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. Cigare
20. Fleur
21. Porte

Langage

22. Montrer un crayon. Quel est le nom de cet objet ?
23. Montrer votre montre. Quel est le nom de cet objet ?
24. Écoutez bien et répétez après moi : "Pas de mais, de si, ni de et"
25. Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : *Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :*
Prenez cette feuille de papier avec la main droite
26. Pliez-la en deux
27. Et jetez-la par terre
28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :

- "Fermez les yeux"** et dire au sujet : *Faites ce qui est écrit*
29. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière.
Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe, et avoir un sens.

Praxies constructives

30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :
"Voulez-vous recopier ce dessin ?"

Compter 1 point pour chaque bonne réponse.

SCORE GLOBAL/30 (les seuils pathologiques dépendent du niveau socioculturel).

Derouesné C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B. Au nom du groupe de recherche sur l'évaluation cognitive (GRECO). Le Mental-State Examination (MMSE): un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. Version française consensuelle. Presse Méd. 1999;28:1141-8.

Kalafat M, Hugonot-Diener L, Poitrenaud J. Standardisation et étalonnage français du « Mini Mental State » (MMS) version GRECO. Rev Neuropsychol 2003 ;13(2) :209-36.

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE

NPI/ES

Nom: _____ Age: _____ Date de l'évaluation: _____

Fonction de la personne interviewée:

Type de relation avec le patient :

Très proche/ prodigue des soins quotidiens;

proche/ s'occupe souvent du patient;

pas très proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient

NA = question inadaptée (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Score total 10					[]	
<i>Changements neurovégétatifs</i>						
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Score total 12					[]	

Formulaire de recueil résident

Informations générales

1. Date du recueil

Exemple : 7 janvier 2019

2. Unité d'accueil

Une seule réponse possible.

- Commercy
- Clermont en Argonne
- Fains
- Ligny en Barrois
- Pierrefitte
- Saint Mihiel
- Sommedieue
- Souilly
- Spincourt
- Triaucourt
- Varenne en Argonne
- Vaucouleurs
- Verdun
- Void-Vacon

3. Age

9. Commentaires

Antécédents médicaux

10. Type de TNC

Une seule réponse possible.

- Alzheimer
- Vasculaire
- Mixte
- Parkinsonienne
- Maladie à corps de Lewy
- Non étiquetée
- Autre : _____

11. Antécédents psychiatriques selon classification DSM 5

Plusieurs réponses possibles.

- Troubles dépressifs
- Troubles anxieux
- Troubles bipolaires et connexes
- Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
- Troubles liés à une substance
- Troubles neuro-développementaux
- Autre : _____

4. Sexe

Une seule réponse possible.

- Masculin
- Féminin

5. Présence familiale (visites, contacts avec équipe soignante)

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

6. Age à l'entrée en UASA

7. Provenance

Une seule réponse possible.

- Domicile
- CH ou SSR (durée d'hospitalisation supérieure à 2 semaines)
- CH ou SSR (durée d'hospitalisation inférieure à 2 semaines)
- EHPAD
- Inconnu
- Autre : _____

8. Présence d'un médecin traitant extérieur à la structure d'accueil

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

12. Antécédents neurologiques

Plusieurs réponses possibles.

- Epilepsie
- AVC
- Déficience intellectuelle
- Traumatisme crânien sévère
- Autre : _____

13. Troubles sensoriels

Plusieurs réponses possibles.

- Troubles visuels
- Troubles auditifs
- Autre : _____

14. Autres antécédents

15. Commentaires

Dernières réévaluations neuropsychologiques

16. Résultat Dernier MMS

17. Date du dernier MMS

Exemple : 7 janvier 2019

18. Date du dernier avis spécialisé
Par gériatre, psychiatre ou neurologue

Exemple : 7 janvier 2019

19. Prescription ou modification de traitement par le spécialiste sollicité

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

20. Commentaires

Prescription de neuroleptique?

21. Prescription d'un neuroleptique ?

Une seule réponse possible.

- Ou
 Non *Passer à la question 29*

24. Prescripteur initial

Une seule réponse possible.

- Médecin traitant
 Médecin coordonnateur
 Médecin spécialiste sollicité (Gériatre, psychiatre ou neurologue)
 Inconnu
 Autre : _____

25. Motif de la prescription

26. Réévaluation régulière de la prescription

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

27. Modalités de réévaluation

Plusieurs réponses possibles.

- Recours à des avis spécialisés
 Recours à des outils d'observation, dont NPI
 Autre : _____

28. Commentaires

Détails de la prescription du neuroleptique

22. Neuroleptique utilisé

Une seule réponse possible.

- Amisupride (Sollan)
 Aripiprazole (Abilify)
 Clozapine (Leponex)
 Olanzapine (Zyprexa)
 Palipéridone (Invega, Xeplion)
 Quétiapine (Xéroquel)
 --
 Risperidone (Risperdal)
 Halopéridol (Haldol)
 Cyamérazine (Tercian)
 Loxapine (Loxapac)
 Chlorpromazine (Largactil)
 Lévomépromazine (Nozinan)
 Pimpampérone (Dipiperon)
 Asenapine (Sycrest)
 Ziprazidone (Zeldox)
 Flupentixol (Fluanxol)
 Autre : _____

23. Date d'introduction

Une seule réponse possible.

- Antérieure à l'admission
 Postérieure à l'admission

Existence d'une prescription de neuroleptique à son arrivée dans la structure ?

29. Prescription de neuroleptique à son arrivée dans la structure ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

30. Date de l'arrêt?

Une seule réponse possible.

- A l'admission
 Après un temps d'observation

31. Facteurs ayant contribué à l'arrêt

Plusieurs réponses possibles.

- Diminution des TCPD
 Recours à des outils d'observation ou d'analyse
 Décision du médecin coordonnateur
 Suite à avis spécialisé
 Suite à hospitalisation
 Autre : _____

32. Commentaires

Prescription d'anxiolytique (benzodiazépine) ?

33. Présence d'un anxiolytique?

Une seule réponse possible.

- oui
 Non Passer à la question 39

Détails de la prescription d'anxiolytique

34. Anxiolytique utilisé

Une seule réponse possible.

- Alprazolam (Xanax)
 Bromazépam (Lexomil)
 Clobazam (Urbanyl)
 Clonazépam (Rivotril)
 Clotiazépam (Veratran)
 Clorazépate (Tranxène)
 Diazépam (Valium)
 Lorazépam (Témesta)
 Oxazépam (Seresta)
 Prazépam (Lysanxia)
 Autre : _____

35. Date d'introduction

Une seule réponse possible.

- Antérieure à l'admission
 Postérieure à l'admission

40. Hypnotique utilisé

Une seule réponse possible.

- Loprazolam (Havlane)
 Lormétazépam (Noctamide)
 Notrazépam (Mogadon)
 Zopiclone (Imovane)
 Zolpidem (Stilnox)

41. Date d'introduction

Une seule réponse possible.

- Antérieure à l'admission
 Postérieure à l'admission

42. Prescripteur initial

Une seule réponse possible.

- Médecin traitant
 Médecin coordonnateur
 Médecin spécialiste (Gérialre, psychiatre ou neurologue)
 Non connu
 Autre : _____

43. Réévaluation / Adaptation posologique

Une seule réponse possible.

- Prescription systématique ou en "si besoin"

36. Prescripteur initial

Une seule réponse possible.

- Médecin traitant
 Médecin coordonnateur
 Médecin spécialiste (Gérialre, psychiatre ou neurologue)
 Non connu
 Autre : _____

37. Réévaluation / Adaptation posologique

Une seule réponse possible.

- Prescription systématique ou en "si besoin"

38. Commentaires

Prescription d'hypnotique (Benzodiazépines ou apparentés) ?

39. Prescription d'hypnotique (Benzodiazépines ou apparentés) ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non Passer à la question 45

Détails de la prescription de l'hypnotique

44. Commentaires

Prescription d'antidépresseur ?

45. Prescription d'antidépresseur ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non Passer à la question 50

Détails de la prescription d'un antidépresseur

46. Antidépresseur utilisé

Une seule réponse possible.

- ISRS --
- Citalopram (Seropram)
- Escitalopram (Seroplex)
- Fluoxétine (Prozac)
- Paroxétine (Deroxat)
- Sertraline (Zoloft)
-
- IRSN --
- Duloxétine (Cymbalta)
- Milnacipran (Ixel)
- Venlafaxine (Effexor)
-
- Tricycliques (imipraminiques)
- Clomipramine (Anafranil)
- Amitriptyline (Laroxyl)
-
- IMAO--
- Iproniazide (Marsilid)
- Moclobémide (Moclamine)
- Autre : _____

47. Date d'introduction

Une seule réponse possible.

- Antérieure à l'admission
- Postérieure à l'admission

52. Date d'introduction

Une seule réponse possible.

- Antérieure à l'admission
- Postérieure à l'admission

53. Prescripteur initial

Une seule réponse possible.

- Médecin traitant
- Médecin coordonnateur
- Médecin spécialiste (Géronte, psychiatre ou neurologue)
- Non connu
- Autre : _____

54. Commentaires

Prescription d'un traitement spécifique de la démence ?

55. Prescription d'un traitement spécifique de la démence ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passer à la question 60*

Détails de la prescription d'un traitement spécifique de la démence

48. Prescripteur initial

Une seule réponse possible.

- Médecin traitant
- Médecin coordonnateur
- Médecin spécialiste (Géronte, psychiatre ou neurologue)
- Non connu
- Autre : _____

49. Commentaires

Prescription d'un thymorégulateur/antiépileptique ?

50. Prescription d'un thymorégulateur/antiépileptique ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passer à la question 55*

Détails de la prescription du thymorégulateur ?

51. thymorégulateur utilisé ?

Une seule réponse possible.

- Carbamazépine (Tégréto)
- Lamotrigine (Lamictal)
- Divalproate de sodium (Dépakote, Dicalcote)
- Valpromide (Depamide)

56. Traitement spécifique utilisé

Une seule réponse possible.

- Mémantine (Ebixa)
- Donépézil (Aricept)
- Rivastigmine (Exelon)

57. Date d'introduction

Une seule réponse possible.

- Antérieure à l'admission
- Postérieure à l'admission

58. Prescripteur initial

Une seule réponse possible.

- Médecin traitant
- Médecin coordonnateur
- Médecin spécialiste (Géronte, psychiatre ou neurologue)
- Non connu
- Autre : _____

59. Commentaires

Prescription d'un traitement antalgique opioïde ?

60. Prescription d'un traitement antalgique opioïde ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Passer à la section 19 (Prescription d'un médicament atropinique ou anticholinergique ?).

Détails de la prescription du traitement antalgique opioïde ?

61. Traitement opioïde utilisé

Une seule réponse possible.

- Codéine
 Tramadol
 Poudre d'opium
 Morphine
 Oxycodone
 Fentanyl
 Autre : _____

62. Commentaires

Prescription d'un médicament atropinique ou anticholinergique ?

Détails de la prescription des médicaments atropiniques ou anticholinergiques

67. Anti-histaminiques anti-H1

Une seule réponse possible.

- Alimémazine
 Chlorphénamine
 Oxomébézine
 Piméthixène
 Prométhazine

68. Mydriatiques

Une seule réponse possible.

- Atropine
 Cyclopentolate

69. Anti-parkinsoniens

Une seule réponse possible.

- Biperidène
 Trihéphénydyle
 Tropatépine

70. Antidépresseurs imipraminiques

Une seule réponse possible.

- Amitriptyline

63. Anti-sécrétoires

Une seule réponse possible.

- Scopolamine (Scopoderm, scoburen)

64. Antispasmodiques de l'incontinence urinaire par impériosité

Plusieurs réponses possibles.

- Oxybutynine (Ditropan)
 Flavoxate (Urispas)
 Solifénacine (Vésicare)
 Toltérodine (Détrusitol)
 Trospium (Ceris)
 Autre : _____

65. Antispasmodiques antalgiques

Une seule réponse possible.

- Tiémonium (Viscéralgine)
 Clinidium (en association dans Librax)

66. Bronchodilatateurs

Une seule réponse possible.

- Ipratropium (Atrovent)
 Tiotropium (Spiriva)

71. Anti-histaminiques anti-H1 sédatifs

Une seule réponse possible.

- Hydroxyzine
 Alimémazine
 Doxylamine

72. Anti-émétiques neuroleptiques ou anti-H1

Une seule réponse possible.

- Domperidone
 Métoclopramide
 Métopimazine

73. Antalgiques

Une seule réponse possible.

- Nefopam (Acupan)

74. Anti-arythmiques

Une seule réponse possible.

- Disopyramide

75. Commentaires

Autres prescriptions

76. Nombre total de médicaments prescrits

77. Commentaires

Prescription d'une contention ?

78. Prescription d'une contention?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

79. Type de contention

Plusieurs réponses possibles.

- Gilets et sangles thoraciques, ceintures
- Attaches de poignets et de chevilles
- Sièges gériatriques, sièges avec un adaptable fixé
- Barrières de lit
- Chambre fermée, ou espace de retrait

80. Commentaires

Formulaire de recueil structure

Informations générales

1. Localisation de la structure

Une seule réponse possible.

- Commercy
- Clermont en Argonne
- Fains
- Ligny-en-Barrois
- Pierrefitte sur Aire
- Sommedieue
- Souilly
- Spincourt
- St-Mihiel
- Triaucourt
- Varennes en Argonne
- Vaucouleurs
- Verdun
- Void-Vacon

2. Nombre de résidents

3. Présence d'un PASA

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

9. Formation spécifique

Plusieurs réponses possibles.

- Capacité de gériatrie
- DU de médecin coordonnateur
- Autre : _____

Personnel intervenant en UASA (en ETP)

10. IDE

11. Aide-Soignantes

12. AES, AVS ou AMP

13. Assistants de soins en gérontologie

14. Animateurs

15. Agents de service

16. Psychologue

4. Label UHR

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Ressources médicales

5. Nombre de médecins prescripteurs

6. Programme de concertation autour des prescriptions

Plusieurs réponses possibles.

- par pharmacien
- par médecin coordonnateur
- Non

7. Présence d'un médecin coordonnateur

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Concernant le médecin coordonnateur

8. Heures par semaines ou ETP

17. Ergothérapeute

18. Psychomotricien

19. Diététicien

20. Autres

21. Programme de formation du personnel

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

22. Programme d'accompagnement ou de supervision du personnel

Plusieurs réponses possibles.

- Groupes d'analyse de pratique
- Réunion pluridisciplinaires
- Groupe de synthèse
- Autre : _____

Aménagement spécifiques et activités proposées

23. Aménagements:

Plusieurs réponses possibles.

- Espace intérieur de déambulation
- Espace extérieur en accès libre
- Espace extérieur en accès contrôlé ou surveillé
- Chambres individuelles
- Espace dédié aux animations ou aux activités
- Accès possible à la cuisine
- Accès libre aux chambres
- Aménagement familial des espaces: décoration, plantes, bibelots
- Présence d'animaux domestiques

24. Activités et pec non médicamenteuse

Plusieurs réponses possibles.

- Atelier mémoire
- Stimulation cognitive
- Musicothérapie
- Médiation animale
- Jardin thérapeutique
- Activité physique adaptée
- Soins esthétique/coiffure
- Espace Snoezelen
- Activités occupationnelle : cuisine, travaux manuels
- Activités sociales: gouters, anniversaires, jeux de société, lecture
- Autre : _____

Prise en charge de troubles du comportement

25. Outils d'observation et d'analyse des TCPD

Plusieurs réponses possibles.

- Utilisation de la NPI-ES
- Utilisation d'une autre grille d'observation
- Présence d'un protocole interne

VU

NANCY, le **24 octobre 2023**
Le Président de Thèse

NANCY, le **24 octobre 2023**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeure PERRET GUILLAUME Christine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **13280C**

NANCY, le **27 octobre 2023**
La Présidente de l'Université de Lorraine

Madame Hélène BOULANGER

RESUMÉ DE LA THÈSE

CONTEXTE : Le recours aux neuroleptiques chez les personnes âgées souffrant de Maladies d'Alzheimer et Maladies Apparentées semble rester une pratique courante en cas de troubles du comportement perturbateurs de la démence. Leurs effets indésirables et l'augmentation du risque de mortalité ont conduit à l'élaboration de recommandation privilégiant le recours à des approches non pharmacologiques. Les Unités d'Accueil Spécifique Alzheimer (UASA) devraient pouvoir répondre à ces besoins particuliers et limiter le recours aux traitements psychotropes. **OBJECTIFS :** Mesurer le taux de prescription de neuroleptique en UASA. Evaluer la prescription des autres psychotropes. Evaluer l'usage de médicaments anticholinergiques. Evaluer le recours aux échelles d'observation des TCPD. Identifier des déterminants à la prescription de neuroleptiques. **METHODE :** étude observationnelle, rétrospective, dans 13 des 14 UASA meusiennes, incluant 196 résidents, avec recueil direct dans les dossiers médicaux. **RESULTATS :** 40,3% des résidents reçoivent un traitement neuroleptique, associé à un autre psychotrope dans 77% des cas ; 36,2% reçoivent un anxiolytique, 12,8% un hypnotique, 41,3% un antidépresseur, et 4,1% un thymorégulateur. 2.6% ont une médication potentiellement inappropriée par un traitement anticholinergique. Le NPI-ES est utilisé dans toutes les structures, mais de manière inappropriée. Les facteurs identifiés favorisant le recours aux neuroleptiques sont le sexe masculin, l'âge inférieur à 80 ans, et le transfert depuis un EHPAD. **CONCLUSION :** Le recours aux neuroleptiques et aux psychotropes en général est trop fréquent en UASA. Une politique de déprescription plus volontariste, s'appuyant sur les compétences des médecins coordonnateurs, la formation des équipes aux outils d'observation, et des échanges pluridisciplinaires incluant les médecins traitants prescripteurs est nécessaire.

TITRE EN ANGLAIS

Status report on neuroleptic prescriptions in the Alzheimer's Care Centers in Meuse

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE ANNÉE : 2023

MOTS CLEFS :

TNC, Neuroleptiques, Psychotropes, Prescription, Unités d'Accueil Spécifiques Alzheimer, Déterminants

ADRESSE DE LA FACULTÉ :

Université de Lorraine - Faculté de Médecine, Maïeutique et Métiers de la Santé
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 Vandoeuvre-lès-Nancy