

UNIVERSITE RENE DESCARTES – PARIS

FACULTÉ COCHIN – PORT ROYAL

**PRESCRIPTION DE NEUROLEPTIQUES
CHEZ LES PATIENTS DÉMENTIS :
RECOMMANDATIONS ET RÉALITÉS PRATIQUES**

Docteur Michèle HEBERT-DEMAY

DIU de formation à la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD

Année universitaire 2009-2010

Directeur de mémoire : Docteur Michel SALOM

Sommaire

Introduction	4
Prescription de neuroleptiques chez les résidents déments : synthèse des données actuelles	5
A - Des effets délétères des neuroleptiques justifiant une prescription encadrée	5
B - Un thème d'actualité	8
C - Des recommandations récentes à disposition	9
D - Un indicateur d'alerte iatrogénique	11
Prescription de neuroleptiques chez les résidents déments : résultat d'une étude d'observation rétrospective menée au Centre de Gérontologie Clinique Léopold Bellan (Yvelines)	13
A- Présentation du Centre de Gérontologie Clinique Léopold Bellan	13
1 - Présentation de l'établissement : respect, tolérance et reconnaissance	
2 – Admission : des provenances diversifiées	
3 – Dépendance : plus proche du sanitaire que du médico-social	
4 – Organisation des soins : une coordination efficace	
5 – Des activités thérapeutiques nombreuses	
6- Des soins intégrés au projet d'établissement	
B – Objectif de l'étude	16
C – Méthodologie de l'étude	16
D – Résultats	17
1 - Caractéristiques la population générale	17
2 – Caractéristiques des résidents traités au moins une fois par neuroleptiques	20
✓ <i>Nombre de résidents traités au moins une fois par neuroleptiques et nombre de résidents chez qui l'arrêt a été possible</i>	
✓ <i>Quel est le motif de prescription des neuroleptiques. Quand la prescription est-elle réalisée ?</i>	
✓ <i>Quelles sont les modalités de prescription des neuroleptiques ?</i>	
✓ <i>Quel est le bénéfice des neuroleptiques prescrits ?</i>	
✓ <i>Quels sont les effets indésirables des neuroleptiques prescrits ?</i>	
✓ <i>Quelles sont les prescriptions de neuroleptiques arrêtées ?</i>	
E – Discussion	25
Conclusion	29
Références bibliographiques	31
Résumé	33

Remerciements

Au Docteur Michel SALOM :

Pour son engagement et la confiance qu'il me témoigne

Au Docteur Aline CLAIR :

Pour son aide spontanée dans le recueil des données, sa disponibilité, sa lecture attentive et la pertinence de ses commentaires

A Madame CESARINI

Pour sa discrétion et son efficacité

Introduction

Il est admis que, parmi les résidents vivant en EHPAD, 70% d'entre eux sont dément ⁽¹⁾

Les patients ayant une maladie d'Alzheimer sont, comme beaucoup de malades âgés, particulièrement exposés aux psychotropes et, en particulier aux neuroleptiques. Si le recours aux neuroleptiques ne peut être évité devant certains troubles du comportement, il n'en demeure pas moins qu'ils sont trop prescrits chez le patient ayant une maladie d'Alzheimer et qu'ils sont source d'une sédation excessive et d'une iatrogénèse sévère avec une augmentation des accidents vasculaires cérébraux et une surmortalité.

La mesure 15 du troisième plan Alzheimer [2008-2012] est spécifiquement consacrée à l'amélioration du bon usage du médicament dans la maladie d'Alzheimer. Des recommandations de pratique clinique ont ainsi pu être élaborées concernant les modalités de sédation des troubles du comportement chez les patients ayant une maladie d'Alzheimer.

Les professionnels de santé sont sensibilisés à la prescription de neuroleptiques chez les patients ayant une maladie d'Alzheimer. Cependant, les réalités pratiques ne permettent pas toujours d'appliquer les recommandations, même si elles sont justifiées, en raison de leur aspect théorique.

L'objectif de ce travail est donc de décrire et d'analyser les points de convergences et les écarts entre les recommandations de pratique clinique et les réalités de terrain concernant la prescription de neuroleptiques chez les patients déments.

Pour ce faire, nous avons, dans un premier temps, réalisé une synthèse des données disponibles sur ce thème d'actualité. Nous avons ensuite analysé la prescription des neuroleptiques chez les patients déments au Centre de Gérontologie Clinique Léopold Bellan dans les Yvelines où les gériatres sont convaincus et attachés de longue date à réduire les prescriptions médicamenteuses chez ses résidents. Pour effectuer cette analyse, nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective à partir des dossiers des résidents admis dans le centre entre le 1^{er} janvier 2008 et le 12 août 2010. La discussion des résultats a pour objectif de déterminer si les pratiques professionnelles du Centre de Gérontologie Clinique Léopold Bellan sont concordantes avec les recommandations actuelles et, dans le cas contraire, d'analyser les motifs des divergences observées et comment il est possible de les modifier.

Prescription de neuroleptiques chez les résidents déments : synthèse des données actuelles.

Environ 90% des patients ayant une maladie d'Alzheimer présenteront au décours de leur maladie des troubles du comportement de survenue inopinée et peu prévisible⁽²⁾.

Deux situations cliniques sont à l'origine de la prescription de neuroleptiques chez les patients ayant une maladie d'Alzheimer⁽²⁾ :

- d'une part, les troubles du comportement perturbateurs – cris, agitation, agressivité, déambulation, hallucination, opposition, troubles du rythme veille-sommeil- constituent la situation clinique la plus fréquente de prescription inappropriée de neuroleptiques chez ces patients.
- Par ailleurs, chez le patient ayant une maladie d'Alzheimer comme chez le sujet âgé, peut survenir un épisode aigu de confusion qui l'expose également à une prescription inappropriée de neuroleptiques

L'effet des neuroleptiques dans ces situations est uniquement symptomatique. Leur utilisation chez ces patients est associée à la survenue d'effets indésirables graves tandis qu'il existe des alternatives pour la gestion de ces situations.

Au total, les neuroleptiques constituent une mauvaise réponse à une vraie question dans ces deux situations cliniques. La place des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer doit être limitée.

A- Des effets délétères des neuroleptiques justifiant une prescription encadrée

Les effets secondaires des neuroleptiques (classiques ou atypiques) peuvent être répertoriés en 3 classes⁽³⁾ :

- Effets neurologiques
 - Syndrome Dyskinétique Aigu (dyskinésies aiguës, akathisie, syndrome parkinsonien)
 - Dyskinésies tardives
- Effets secondaires non psychiatriques
 - Neurovégétatifs
 - Cardiaques
 - Hématologiques
 - Digestifs

- Endocriniens
- Dermatologiques
- Syndrome malin
- Effets latéraux psychiatriques
 - Indifférence
 - Somnolence
 - Réactivation anxieuse
 - Troubles cognitifs
 - Dépression
 - Effets psychodysléptiques

Les risques liés à la prescription des neuroleptiques chez les patients déments ont été soulignés dès 2004. Les antipsychotiques classiques et atypiques sont concernés.

✚ En 2004 et 2005, l'augmentation du risque d'accident vasculaire et de mortalité mise en évidence dans des études cliniques ^(4,5) avec les antipsychotiques atypiques (olanzapine, rispéridone) chez les patients âgés déments ont conduit à la modification du résumé des caractéristiques du produit (RCP), avec notamment l'ajout de mises en garde. Ces informations ont fait l'objet de communiqué de l'Afssaps ⁽⁶⁾ et de lettres aux prescripteurs ⁽⁷⁾.

✚ En 2008, suite à l'analyse des résultats de deux études épidémiologiques montrant une augmentation du risque de mortalité chez les patients âgés atteints de démence et traités par antipsychotiques classiques, les conclusions de l'évaluation de l'agence européenne des médicaments (EMA) ont été les suivantes ⁽⁸⁾ :

- L'administration d'antipsychotiques conventionnels s'accompagne, tout comme celle d'antipsychotiques atypiques, d'une augmentation du risque de mortalité chez le patient âgé souffrant de démence ;
- Les données disponibles ne permettent pas de déterminer si ce risque est différent d'un antipsychotique à un autre ;
- Les causes de cette augmentation du risque, ou les mécanismes mis en jeu, ne sont pas identifiés.

En conséquence, l'EMA a recommandé qu'une mise en garde soit ajoutée dans le RCP de tous les antipsychotiques conventionnels.

✚ Dans le même temps, l'Afssaps rappelait déjà en 2008, lors d'un communiqué de presse ⁽⁹⁾ que :

- Le traitement des patients âgés souffrant de démence s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge globale, à la fois physique, psychique et sociale. La prise en charge thérapeutique des patients atteints de démence de type Alzheimer repose sur l'utilisation des anticholinestérasiques (Aricept, Exelon, Reminyl) pour les formes légères à modérées et de la mémantine (Ebixa) pour les formes modérées à sévères ;

- En cas d'agressivité persistante, après échec des mesures non pharmacologiques, dans les formes modérées à sévères de la démence de type Alzheimer, un traitement antipsychotique à faible dose et à court terme pourrait être utilisé lorsqu'il existe un danger potentiel pour le patient lui-même ou pour autrui. De même, ces médicaments pourraient être administrés, à court terme et à faible dose, lorsque les troubles du comportement s'accompagnent de symptômes psychotiques (délires, hallucinations) ;
- La prescription d'antipsychotiques chez ces patients doit être le résultat d'une évaluation soigneuse du rapport bénéfice-risque. Cette prescription doit être réévaluée régulièrement selon la clinique.

L'Afssaps rappelait également que tout effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être lié à la prise d'un médicament doit être obligatoirement déclaré par les professionnels de santé aux centres régionaux de pharmacovigilance.

- ✚ Les effets délétères des neuroleptiques ont été confirmés par la suite, dans de nombreuses études rétrospectives. A titre d'exemple, une étude de cohorte rétrospective menée chez 20 682 patients déments vivant à domicile et 20 559 patients déments institutionnalisés a évalué l'ensemble des effets indésirables sévères des antipsychotiques prescrits à des personnes âgées démentes dans les 30 jours suivant l'initiation du traitement ⁽¹⁰⁾. Les effets indésirables considérés comme sévères étaient ceux motivant une hospitalisation urgente ou entraînant un décès. Les neuroleptiques les plus prescrits étaient le rispéridone pour les atypiques, et l'halopéridol pour les classiques. Les résultats ont montré que la prise d'un neuroleptique atypique multipliait le risque d'effet indésirable par 3,2 comparativement à l'absence de prise d'antipsychotiques, avec une fréquence de 0,3% pour les effets extrapyramidaux, 1,2% pour les chutes avec fracture de hanche, 0,7% pour les AVC et 2,7% pour les décès. La prise d'un neuroleptique classique a multiplié le risque d'effet indésirable sévère par 3,8 avec une fréquence de 0,2% pour les effets extrapyramidaux, 1,2% pour les chutes avec fracture de hanche, 0,6% pour les AVC et 4,6% pour les décès.
- ✚ Le Professeur DEGOS, Président du Collège de la Haute Autorité de Santé (HAS) et Florence LUSTMAN, inspecteur général des Finances en charge du plan Alzheimer, ont dressé un état des lieux de la prescription des neuroleptiques dans le cadre de la maladie d'Alzheimer lors d'une conférence de presse qui s'est déroulée en novembre 2009 ⁽¹¹⁾. Ils notaient que l'effet des neuroleptiques sur les troubles du comportement perturbateurs survenant dans la maladie d'Alzheimer est uniquement symptomatique. Leur utilisation chez les patients atteints de cette maladie est associée à la survenue d'effets indésirables graves. Si l'on souhaite synthétiser la balance bénéfice/risque de l'utilisation des neuroleptiques, les données montrent que si l'on traitait 1000 personnes ayant des troubles du comportement avec un antipsychotique atypique pendant 12 semaines, on observerait :
 - Une diminution des troubles du comportement chez 91 à 200 patients,
 - 10 décès supplémentaires
 - 18 accidents vasculaires cérébraux dont la moitié seraient sévères
 - Des troubles de la marche chez 58 à 94 patients

✚ Enfin, les résultats de la première étude prospective, en simple aveugle, comparée à un placebo concernant le risque de mortalité associé aux antipsychotiques dans la démence de type Alzheimer ont été publiés en 2009 par l'équipe de gériatres du King's College à Londres ⁽¹²⁾. Dans cette étude, deux groupes de patients âgés, hospitalisés en long séjour pour maladie d'Alzheimer, ont été randomisés en aveugle, au décours d'une prescription d'antipsychotiques pour troubles du comportement : maintien de l'antipsychotique instauré pendant un an ou remplacement par un placebo. Au total, 128 sujets ont terminé l'essai. A un an, le taux de survie atteint 77% dans le groupe placebo, contre seulement 70% sous antipsychotique. Plus la prescription se prolonge, plus l'écart de mortalité s'accroît : à 2 ans, 71% de survie sous placebo contre 46% avec un antipsychotique. A la fin de l'essai, soit trois ans et demi plus tard, un peu plus d'un patient sous placebo sur deux vit toujours (53% exactement) tandis que trois patients sous antipsychotiques sur quatre sont décédés. Les auteurs de l'étude concluent qu'il existe une place importante, mais limitée, pour les antipsychotiques atypiques dans le traitement de symptômes neuropsychiatriques sévères de la maladie d'Alzheimer, particulièrement de l'agressivité. Ils notent cependant que l'accumulation de données inquiétantes sur leur innocuité, y compris une augmentation substantielle de la mortalité à long terme, souligne l'urgence d'arrêter leur prescription sans indication ou à long terme.

B- Un thème d'actualité

Le 1^{er} février 2008, le Président de la République a lancé un plan Alzheimer⁽¹³⁾ (troisième du nom) qui se veut ambitieux, afin de mieux connaître, mieux diagnostiquer et mieux prendre en charge la maladie. D'une durée de cinq ans (2008-2012), il représente un effort cumulé de 1,6 milliard d'euros financé par l'Etat et par l'assurance-maladie et notamment les franchises médicales.

Le plan Alzheimer 2008-2012 a été élaboré sur la base des travaux de la Commission présidée par le Professeur Joël Ménard, qui a remis le 8 novembre 2007 ⁽¹⁴⁾ un rapport insistant sur la nécessité d'organiser et de fédérer une prise en charge globale autour et pour le bénéfice de la personne malade et de ses aidants.

Ce plan comporte 44 mesures réparties en trois axes : 1) améliorer la qualité de vie des malades et des aidants – 2) connaître pour agir – 3) se mobiliser pour un enjeu de société.

La mesure 15 concernant l'amélioration du bon usage des médicaments est spécifiquement consacrée à l'amélioration de la qualité des pratiques et l'utilisation des médicaments psychotropes dans la maladie d'Alzheimer.

La description de la mesure comporte deux points :

- Elaboration de recommandations de pratique clinique sur les modalités de sédation des troubles du comportement dans les situations difficiles, et sur la prise en charge des troubles du comportement.
- Elaboration et diffusion de programmes d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles sur le thème du bon usage du médicament, incluant les psychotropes, chez les sujets âgés dont ceux atteints de la maladie d'Alzheimer.

Cette mesure est pilotée par la HAS. Les acteurs impliqués sont la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, la direction générale de la santé, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, l'agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale, la direction générale de l'action sociale, l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, la caisse nationale d'assurance maladie, France Alzheimer, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, le régime social des indépendants, la mutualité sociale agricole, l'institut national de veille sanitaire, la fédération nationale de la mutualité française, les entreprises du médicament, les associations de patients, ordres, sociétés savantes, collèges et associations de professionnels de santé

Cette mesure sera évaluée à partir de deux indicateurs :

- Taux de participation des professionnels aux formations et amélioration de leurs pratiques ;
- Diminution de la consommation des psychotropes (suivi régulier par tableau de bord).

C- Des recommandations récentes à disposition

Deux recommandations de pratique clinique élaborées par la HAS s'intègrent dans la mesure 15 du Plan Alzheimer 2008-2012.

Une recommandation de pratique clinique publiée par la HAS en juillet 2009 concerne la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs dans la maladie d'Alzheimer et maladie apparentée ^(15,16,17).

Certains points développés de cette recommandation méritent d'être particulièrement soulignés :

- Les objectifs de ces recommandations de bonne pratique et de leur mise en œuvre quel que soit le lieu de vie du patient sont :
 - d'homogénéiser les pratiques en termes de diagnostic, de prévention et de traitement des troubles du comportement perturbateurs ;
 - de promouvoir les techniques de soins non médicamenteuses ;
 - d'éviter les prescriptions inappropriées, systématiques ou prolongées de psychotropes, en particulier de sédatifs et de neuroleptiques.
- La conduite à tenir devant des troubles du comportement perturbateur est la suivante :
 - apprécier le degré d'urgence, de dangerosité, ou de risque fonctionnel à court terme pour le patient ou pour autrui ;
 - interroger et examiner le patient et interroger l'entourage (ancienneté et caractéristiques des troubles, circonstances de survenue) ;
 - rechercher une cause étiologique, une cause somatique ou psychiatrique à traiter en priorité, ainsi que des facteurs iatrogènes ;
 - approfondir l'évaluation clinique des troubles avec leur intensité et leur retentissement ;

- répéter cette recherche étiologique à différents moments de la prise en charge si le trouble persiste.
- Les informations recueillies doivent être consignées dans un recueil écrit pour en faciliter leur traçabilité et leur transmission.
- En cas de troubles persistant depuis plusieurs jours, il est recommandé de les objectiver à l'aide d'un outil tel que l'inventaire neuropsychiatrique.
- Les techniques de soins non médicamenteuses doivent être privilégiées en première intention. A ce propos, il existe deux types d'interventions qui sont complémentaires. Le premier type d'intervention concerne les attitudes soignantes et relationnelles personnalisées pour un trouble du comportement précis chez un patient donné. Elles apparaissent incontournables et sont à favoriser dans tous les cas. Le deuxième type d'intervention concerne les thérapies non médicamenteuses structurées, applicables le plus souvent à des groupes de patients. Ces approches souvent non standardisées sont appliquées de façon très hétérogène et leur efficacité est observée en pratique sur des individus, mais la preuve de leur efficacité sur des groupes de patients très différents est plus difficile à établir.
- Les antipsychotiques ne doivent être prescrits qu'en cas de trouble psychotique sévère et non contrôlable autrement, après échec des autres mesures non médicamenteuses ou en cas d'urgence (danger pour le patient lui-même ou pour autrui).
- En cas de prescription d'un neuroleptique, il est recommandé de suivre les règles ci-dessous :
 - évaluer systématiquement le risque d'événements cérébro-vasculaire, cardiaque, neurologiques, cognitifs, métaboliques ;
 - identifier, documenter et quantifier systématiquement les symptômes cibles à corriger ;
 - choisir l'antipsychotique après une analyse individuelle des bénéfices/risques : demi-vie courte, effet anticholinergique faible ;
 - informer systématiquement le patient ou l'aidant sur le rapport bénéfices/risques du traitement ;
 - utiliser systématiquement la posologie initiale la plus basse possible, de l'ordre du quart des posologies usuelles chez l'adulte jeune, puis l'augmenter progressivement si besoin ;
 - prescrire le traitement pour une durée très limitée
 - réévaluer systématiquement, au moins toutes les semaines, la tolérance physique, neurologique et cognitive et l'efficacité symptomatique ;
 - arrêter les antipsychotiques dès que l'état clinique le permet ou dès que les autres mesures thérapeutiques sont devenues efficaces.

Une recommandation de pratique clinique a également été publiée en 2009 concernant la prise en charge initiale de l'agitation en cas de confusion aiguë chez la personne âgée ^(18,19,20). L'objectif de cette recommandation est de répondre aux questions suivantes :

- Comment identifier une confusion aiguë ? Quels sont les symptômes de confusion aiguë à rechercher ? quelles sont les indications de l'hospitalisation ?
- Quelles sont les causes cliniques vitales ou évidentes à rechercher avant une sédation ?
- Quelles sont les situations au cours de confusion aiguë chez les personnes âgées pour lesquelles une sédation médicamenteuse de courte durée est justifiée en complément des autres modalités de prise en charge ?
- Quelles sont les modalités d'une sédation médicamenteuse de courte durée ?
- Quelles modalités de surveillance mettre en œuvre une fois l'agitation contrôlée ?

Cette recommandation indique clairement que le traitement médicamenteux symptomatique ne doit pas être systématique. Il peut être nécessaire si les mesures non médicamenteuses sont insuffisantes en cas de symptômes :

- Comportementaux sévères (agitation importante) ou émotionnels (anxiété sévère) provoquant chez le patient une souffrance significative ;
- Mettant en danger le patient ou autrui
- Empêchant des traitements ou des examens indispensables à la prise en charge.

Les neuroleptiques sont à réserver en cas d'agitation sévère associée à des troubles productifs (hallucination, délire). Les benzodiazépines à pic d'action rapide et à demi-vie courte sont à préférer en cas d'agitation sévère avec anxiété prédominante.

Les informations contenues dans ces deux recommandations peuvent être utilement complétées par celles contenues dans deux autres documents que sont d'une part, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par l'ANESM concernant l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social ⁽²¹⁾ et d'autre part, le recueil⁽¹⁾ élaboré conjointement par la Direction Générale de la Santé, France-Alzheimer et l'Association Francophone des Droits de l'Homme Agé relatif à l'éthique dans la maladie d'Alzheimer.

D- Un indicateur d'alerte iatrogénique

L'exposition chronique des patients ayant une maladie d'Alzheimer aux neuroleptiques (plus de 3 prescriptions annuelles) est considérée comme un indicateur d'alerte iatrogénique. En effet, si la prescription des neuroleptiques peut s'avérer appropriée dans certains cas, il est important de déterminer le nombre de patients exposés au risque des neuroleptiques mais surtout de vérifier pour chacun des patients la pertinence de la prescription. Il s'agit donc de diminuer le risque iatrogénique en arrêtant les traitements indus.

La mesure de cet indicateur est réalisée pour le suivi du plan Alzheimer sur la population française Alzheimer repérée par les ALD et les traitements spécifiques (soit une mesure sur environ 380 000 personnes en 2007 et 400 000 en 2008). Cette mesure de la prescription de neuroleptiques chez les patients ayant une maladie d'Alzheimer est réalisée par les trois principaux régimes de l'Assurance Maladie (CNAM-TS, MSA et RSI) sur leurs bases de remboursement, en coopération avec l'INVS.

L'analyse des données est réalisée par le groupe national de coopération pour l'optimisation de la prescription des psychotropes chez le sujet âgé, constitué à l'initiative de la HAS et qui associe soignants, patients, assureurs et institutions.

En 2007, l'exposition chronique aux neuroleptiques des patients ayant une maladie d'Alzheimer est de 16,8%. Ce pourcentage confirme la surexposition de cette population aux neuroleptiques puisqu'elle est 5 fois supérieure à la population générale du même âge pour laquelle le taux d'exposition global est de 2,9%. En 2008, un an après le lancement du troisième plan Alzheimer et la sensibilisation des familles et professionnels de santé aux risques des neuroleptiques, le pourcentage d'exposition chronique des patients ayant une maladie d'Alzheimer est de 16,1%, donc en légère décroissance alors que le nombre de patients victime de la maladie augmente. L'objectif assigné par la HAS est d'avoir une exposition chronique aux neuroleptiques de 5% en 2014.

Prescription de neuroleptiques chez les résidents déments : résultats d'une étude d'observation rétrospective menée au Centre de Gérontologie Clinique Léopold Bellan (Yvelines)

A - Présentation du Centre de Gérontologie Clinique Léopold Bellan

J'ai souhaité effectuer le recueil de données nécessaires à ce travail au Centre de Gérontologie Clinique Léopold Bellan, puisque j'ai pu apprécier la qualité de l'établissement lors de mon stage. Il m'a semblé intéressant de choisir un Centre reconnu, pour obtenir une approche pratique sur les modalités de prescription des neuroleptiques chez les résidents déments et les actions mises en œuvre pour que cette prescription soit la plus limitée possible.

Cette partie de l'exposé est consacrée à une présentation succincte de la Fondation, permettant de mieux en comprendre ses valeurs et son fonctionnement.

1 - Présentation de l'établissement : respect, tolérance et reconnaissance

Le Centre de Gérontologie Clinique Léopold Bellan, établissement privé à but non lucratif, est situé dans les Yvelines, à Magnanville, en seconde couronne de Paris. Il fait partie de la Fondation Léopold Bellan qui comporte 55 établissements et services. La Fondation s'est donnée pour mission « de faire face aux enjeux de santé, sociaux et médico-sociaux de notre temps et d'apporter les réponses adaptées à la prise en charge de la maladie, des personnes âgées, du handicap mental, psychique, sensoriel des adultes et des jeunes, de l'enfance en danger et de la jeunesse en difficulté sociale ».

Le Centre de Gérontologie Clinique Léopold Bellan offre un accompagnement qui vise 3 objectifs :

1. Offrir un hébergement confortable sécurisant et des prestations hôtelières de qualité dans un environnement adapté ;
2. Pallier la diminution des capacités d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne ;
3. Prodiguer par des équipes pluridisciplinaires salariées les soins médicaux et paramédicaux nécessaires ;

Le Centre de Gérontologie Clinique Léopold Bellan se compose de trois entités distinctes :

1. *Les Services de Soutien à domicile* comprennent un Service de Soins infirmiers à Domicile et un Service de Garde à Domicile

2. *Le Centre de Santé Médical* s'inscrit dans une démarche de prévention et propose des consultations ouvertes sur l'extérieur : gériatrie, ophtalmologie, uro-dynamique ainsi qu'une activité de rééducation pelvi-périnéale de l'incontinence urinaire.
3. *Les services d'hébergement* offrent une capacité totale de 324 lits. Les résidents sont répartis dans les unités de vie selon une politique de sectorisation afin de constituer des groupes les plus homogènes possibles en termes de dépendance. La création prochaine d'un pôle d'activités et de soins adaptés aura pour objectif d'accueillir dans la journée les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement modéré et de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques adaptées.

2- Admission : des provenances diversifiées

Les résidents proviennent le plus souvent des Services de Réadaptation. Ils sont également issus de plus en plus fréquemment du domicile, témoin de l'incidence des consultations de gériatrie du Centre de santé sur la structure des provenances.

L'âge moyen des résidents à l'entrée est de 81,32 ans

3- Dépendance : plus proche du sanitaire que du médico-social

Le pourcentage de résidents GIR 1 / 2 était de 72% en 2009. Le GMP moyen était de 785.

Le positionnement du Centre de Gériatrie Clinique Léopold Bellan, par rapport aux autres établissements, montre, par référence à la base nationale ERNEST, qu'il est plus proche des longs séjours que des EHPAD.

La coupe PATHOS en long séjour réalisée en 2006 donne un GMP moyen en Ile de France de 840.

4- Organisation des soins : une coordination efficace

L'équipe médicale est constituée de 2 médecins gériatres salariés à plein temps. Il s'agit d'un vrai avantage pour la coordination des soins, de par leur compétence en gériatrie, leur connaissance approfondie des résidents, leur disponibilité et leur rôle formateur auprès des équipes soignantes. Les cas aigus peuvent aussi être pris en charge très rapidement tant de jour que de nuit de par l'existence des astreintes et des gardes.

La participation quotidienne des médecins aux transmissions des services permet d'assurer un enseignement gériatrique continu.

La participation des médecins aux transmissions dans les services permet de faire le point sur le suivi des malades et de leur famille, une fois par semaine pour chacune des unités où cela est nécessaire. Un soin personnalisé des troubles du comportement peut ainsi être programmé en équipe pluridisciplinaire.

Une réunion de synthèse, adaptée au service animation, a été mise en place et se tient toutes les semaines. A cette occasion sont étudiées, avec le psychologue, les difficultés relationnelles et comportementales des résidents et les manières de les aborder afin de faciliter la tâche des animateurs.

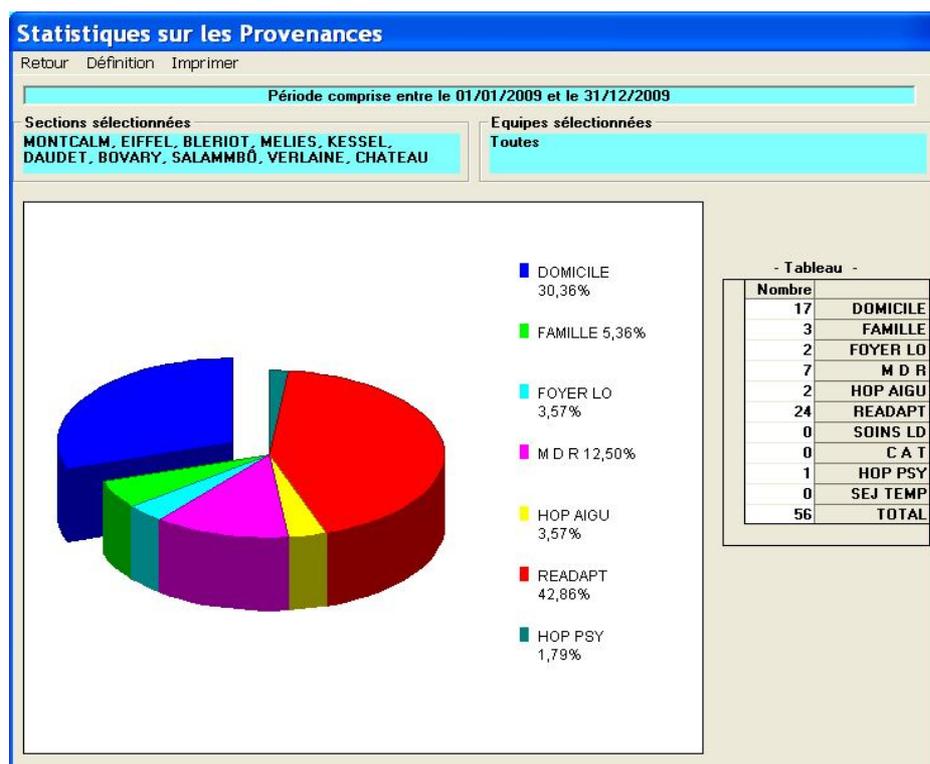
Les groupes de travail transversaux sont nombreux, permettant des échanges constructifs entre les médecins et les équipes soignantes.

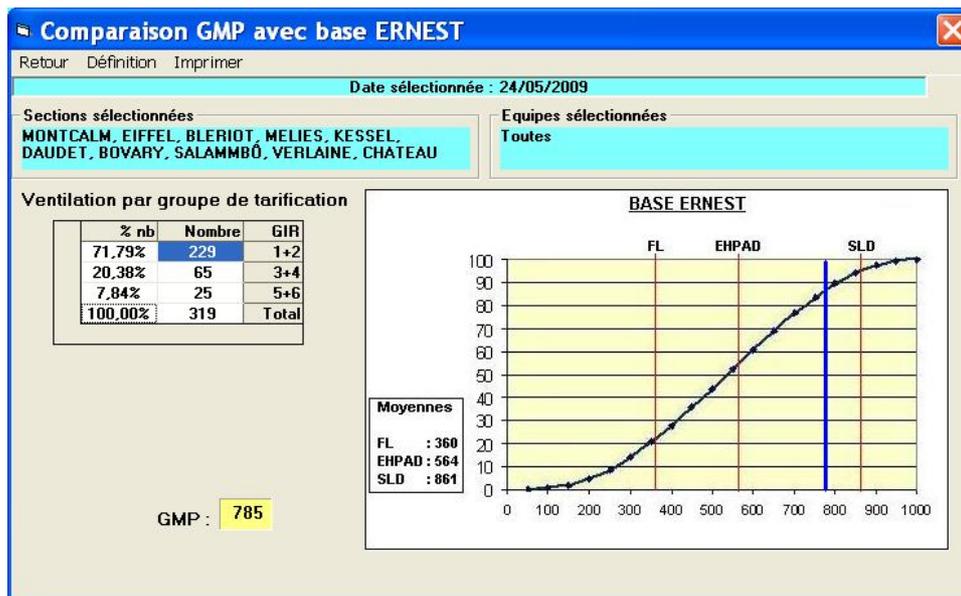
5- Des activités thérapeutiques nombreuses

Les activités thérapeutiques impliquent l'ensemble du personnel : relaxation, travail autour de l'orientation temporelle, groupe de mobilisation corporelle, groupe de stimulation cognitive, repas thérapeutique sont des exemples. L'ensemble des équipes est motivée pour développer ces animations qui demandent, en revanche, des ressources humaines suffisantes pour pouvoir les assumer.

6- Des soins intégrés au projet d'établissement

Le livret d'accueil remis au résident insiste sur le fait qu'au Centre de Gérontologie Clinique Léopold Bellan, le projet de soins est indissociable du projet de vie : « Le projet d'établissement repose sur une approche globale qui permet de limiter le plus possible les contraintes thérapeutiques et institutionnelles et de vivre le plus normalement possible. Toutes les compétences médicales, paramédicales, hôtelières, sociales sont réunies sur place et les prestations assurées par du personnel salarié permanent ».





B - Objectif de l'étude

L'objectif principal de l'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire est de déterminer, parmi les résidents déments du Centre de Gérontologie Clinique Léopold Bellan, le pourcentage de ceux ayant eu, au moins une fois, une prescription de neuroleptiques.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Déterminer les motifs de prescription des neuroleptiques
- Déterminer la durée de prescription des neuroleptiques
- Déterminer les modalités de prescription des neuroleptiques : molécule, posologie
- Evaluer les bénéfices de cette prescription et objectiver les éventuels effets indésirables
- Evaluer les possibilités d'arrêt de prescription des neuroleptiques

C – Méthodologie de l'étude

Il s'agit d'une étude d'observation rétrospective sur dossiers. La méthodologie retenue est appropriée pour évaluer les pratiques concernant la prescription de neuroleptiques au Centre de Gérontologie Clinique Léopold Bellan. L'objectif de ce travail étant d'obtenir des données descriptives, aucune analyse statistique n'a été effectuée. A partir de cette évaluation, il est cependant possible d'analyser la pertinence des actions menées, et d'en proposer éventuellement de nouvelles.

Les données ont été recueillies à partir des dossiers de l'ensemble des résidents admis au Centre entre le 1^{er} janvier 2008 et le 12 août 2010. La période d'étude a été retenue afin de disposer d'un nombre suffisant de dossiers pour répondre à l'objectif principal de l'étude et pour décrire les pratiques en vigueur dans le Centre.

Les données recueillies sur les dossiers sont les suivantes :

Données relatives aux caractéristiques du résident

- Nom, prénom, date de naissance date d'entrée, statut du résident au 10 août (institutionnalisé, sorti, décédé),
- Antécédents,
- Motif d'admission,
- GIR à l'entrée et GIR en juin 2010.

Données disponibles avant l'admission

- Prescription d'un traitement neuroleptique. Si oui, nature et posologie,
- Prescription d'autres psychotropes : antidépresseur, anxiolytique, hypnotique, régulateur de l'humeur. Si oui, nature et posologie,
- Prescription d'anticholinestérasiques,
- Autres traitements. Si oui, nom des traitements.

Données disponibles pendant l'institutionnalisation

- Prescription d'un traitement neuroleptique. Si oui, nature, posologie, motif de prescription, durée d'administration, bénéfices observés, éventuels effets indésirables,
- Recours à des outils d'évaluation permettant d'apprécier les effets des neuroleptiques,
- Prescription d'autres psychotropes : antidépresseur, anxiolytique, hypnotique, régulateur de l'humeur. Si oui, nature, posologie, durée d'administration,
- Prescription d'anticholinestérasiques,
- Prise en charge non médicamenteuse,
- Prise en charge psychologique,
- Autres traitements. Si oui, nom des traitements.

Données disponibles au 12 août 2010

- Prescription d'un traitement neuroleptique. Si oui, nature et posologie
- Prescription d'autres psychotropes : antidépresseur, anxiolytique, hypnotique, régulateur de l'humeur. Si oui, nature et posologie
- Prescription d'anticholinestérasiques
- Autres traitements. Si oui, nom des traitements

D- Résultats

1- Caractéristiques de la population générale

Entre le 1^{er} janvier 2008 et le 12 août 2010, 102 résidents ont été institutionnalisés au Centre de Gérontologie Clinique Léopold Bellan.

Les dossiers sont disponibles et renseignés pour l'ensemble des résidents inclus dans ce travail. Ces dossiers sont informatisés (logiciel Osiris) permettant d'avoir un accès rapide et facile au dossier médical et au dossier de soins.

Tableau 1 : Caractéristique des résidents au 12 août 2010

	Institutionnalisés	Sortie	Décédés	Total
Déments	47	0	10	57
Non déments	35	4	6	45
Total	82	4	16	102

Parmi les 102 résidents, 57 étaient déments lors de leur admission, ce qui correspond à un pourcentage de 56%. Néanmoins, si l'on considère l'effectif total des résidents présents au Centre, le pourcentage de déments est de 70% pendant cette période, c'est-à-dire dans la moyenne de celui observé dans les EHPAD.

Le diagnostic de démence a été établi en conformité avec les critères de la classification DSM IV. Les tests psychomoteurs sont pratiqués de façon systématique depuis 2010. Ils sont donc manquants dans la plupart des dossiers. Néanmoins leur apport dans le diagnostic n'est, dans le cas présent, que de peu de valeur, étant donné la sévérité de la démence des résidents qui sont institutionnalisés au Centre.

Parmi les résidents institutionnalisés, 15 (dont 5 résidents déments) avaient une maladie de Parkinson notifiée sur leur dossier à l'admission.

Parmi les résidents non déments, 7 ont été admis du fait d'une psychose chronique ou d'une psychose maniaco-dépressive.

L'évaluation de la dépendance a été effectuée à partir du GIR évalué pour l'ensemble des résidents présents en juin 2010. La donnée est manquante pour 8 d'entre eux du fait de leur sortie ou de leur décès avant cette date. Pour ces 8 résidents, la valeur du GIR à leur admission a été prise en compte. Pour 1 résident, non dément, aucune donnée n'est accessible

Tableau 2 : Evaluation du GIR – juin 2010

	1	2	3	4	5	6	Total
Déments	15	34	1	6	0	1	57
Non déments	5	15	6	10	3	5	44
Total	30	49	7	16	3	6	101

Le tableau 2 confirme la forte dépendance des résidents institutionnalisés : 78 % d'entre eux appartiennent à la catégorie GIR 1 / 2.

En termes de prescriptions médicamenteuses, les données présentées dans ce paragraphe concernent :

- les traitements qui ne sont pas des psychotropes ;
- les anticholinestérasiques chez les résidents déments ;

- les traitements psychotropes à l'exception des neuroleptiques.

Les données relatives à la prescription des neuroleptiques seront présentées à part, puisqu'elles constituent le sujet même du mémoire.

Tous les résidents admis entre le 1^{er} janvier 2008 et le 12 août 2010, à l'exception de 7 d'entre eux, ont un traitement médicamenteux autre qu'un psychotrope. Le nombre de traitement prescrits aux résidents est cependant moins important au 12 août 2010 qu'à leur admission. Les gériatres du Centre ont en effet la volonté de restreindre les prescriptions médicamenteuses à celles qui sont indispensables, et d'éviter, si possible, de prescrire plus de 4 médicaments pour un même résident.

Les anticholinestérasiques sont prescrits chez presque la moitié des résidents déments avant leur admission (27/57). Ils sont arrêtés après l'admission chez les résidents dès lors que leur démence est à un stade évolué. Cette conduite thérapeutique se traduit par le fait que seuls 5 résidents déments ont encore des anticholinestérasiques en août 2010.

Concernant les psychotropes prescrits (à l'exception des neuroleptiques), leur nature évolue chez les résidents entre la période précédant leur admission et la date de recueil des données. Cette répartition est indiquée dans le tableau 3. Au 12 août 2010, comparativement à la période précédant l'admission des résidents, le nombre de prescription d'antidépresseurs est moins important alors que celui des hypnotiques augmente très sensiblement.

Tableau 3 : Répartition des psychotropes dans la population selon la période étudiée*

	Antidépresseur	Anxiolytique	Hypnotique
Avant admission (n=102)	44 (43%)	36 (35%)	29 (28%)
12 août 2010 (n=102)*	34 (33%)	32 (31%)	40 (39%)

*Pour les résidents sortis ou décédés avant le 12 août 2010, la dernière donnée notifiée a été prise en compte

La prescription des psychotropes (à l'exception des neuroleptiques) est plus importante chez les résidents non déments que chez les résidents déments, comme en témoignent les pourcentages figurant dans le tableau 4.

Tableau 4 : Répartition des psychotropes prescrits au 12 août 2010, en fonction de l'existence d'une démence*

	Antidépresseur	Anxiolytique	Neuroleptique
Déments (n=57)	14 (25%)	14 (25%)	20 (35%)
Non déments (n=45)	20 (44%)	18 (40%)	20 (44%)
Total (n=102)	34 (33%)	32 (31%)	40 (39%)

*Pour les résidents sortis ou décédés avant le 12 août 2010, la dernière donnée notifiée a été prise en compte

A noter également que seuls 2 résidents ont reçu un régulateur de l'humeur (1 Dépakote et 1 Dépakote). Les habitudes de prescription des gériatres du Centre favorisent plus l'utilisation des neuroleptiques associés aux antidépresseurs que le recours aux régulateurs de l'humeur chez les résidents ayant une psychose maniaco-dépressive.

Enfin, le nombre de résidents ne recevant aucun traitement psychotrope n'évolue pas avant leur admission et après leur institutionnalisation, comme le montrent les données du tableau 5.

Tableau 5 : Nombre de résidents ne recevant aucun psychotrope (à l'exception des neuroleptiques)

	Avant admission	12 aout 2010
Déments (n=57)	12 (21%)	13 (23%)
Non déments (n=45)	8 (17%)	10 (22%)
Total (n=102)	20 (20%)	23 (23%)

2) Caractéristiques des résidents traités au moins une fois par neuroleptiques

Nombre de résidents traités au moins une fois par neuroleptiques et nombre de résidents chez qui l'arrêt de la prescription a été possible

Afin d'avoir une population pouvant servir de comparaison à celle constituée par les résidents déments ayant reçu au moins une fois un neuroleptique, les données des résidents non déments ayant reçu au moins une fois un neuroleptique ont été également décrites.

Parmi les 102 résidents de l'étude, 38 ont été traités au moins une fois par neuroleptique, parmi lesquels 24 sont déments et 14 ne le sont pas.

Parmi les 14 résidents non déments traités au moins une fois par neuroleptique, on retrouve tous ceux (7 au total) admis au centre du fait de leur psychose chronique ou de leur psychose maniacodépressive. Parmi les 7 autres, l'isolement social (associé à une polypathologie) était le motif d'admission pour 5 d'entre eux. L'un des résidents atteint d'un cancer du poumon a été admis au Centre, sa femme y étant déjà institutionnalisée. Enfin une résidente a été admise du fait d'une « débilité ».

Exprimé en termes de pourcentage, 37% des résidents ont été traités au moins une fois par neuroleptique, dont 43% parmi les résidents déments et 31% parmi les résidents non déments. La prescription de neuroleptique est donc plus fréquente chez les résidents déments que chez ceux qui ne le sont pas.

Tableau 6 : Nombre de résidents ayant reçu au moins une fois un neuroleptique

	Prescription de neuroleptiques	Pas de prescription de neuroleptiques
Déments (n=56)	24	32
Non déments (n=45)	14	31
Total (n=102)	38	63

Au-delà de déterminer le nombre de résidents ayant reçu au moins une fois un neuroleptique, il est nécessaire de connaître les modalités selon lesquelles ces neuroleptiques ont été instaurés. Était-ce dès l'admission, ou après ? Les neuroleptiques étaient-ils déjà prescrits avant l'admission ? Les neuroleptiques prescrits chez les résidents avant leur admission, ont-ils pu être arrêtés après ? Si non

pourquoi ? Si oui, quand cet arrêt a-t-il pu être effectué ? Cet arrêt a-t-il pu être définitif ? Si non, pourquoi ? Les modalités de prescription des neuroleptiques sont-elles comparables chez les résidents qu'ils soient déments ou non ?

Afin de répondre à ces questions, nous avons établi une classification permettant d'organiser les données recueillies chez les 38 résidents ayant reçu au moins une fois des neuroleptiques.

Nous avons d'abord réparti les résidents selon que leur prescription de neuroleptiques avait été instaurée avant leur admission ou après.

Les résidents pour lesquels la prescription de neuroleptiques a été instaurée avant leur admission ont été alors classés dans l'une des trois catégories suivantes :

- *Catégorie 1* : la prescription a été poursuivie après l'institutionnalisation. Plusieurs arrêts et prescriptions sont possibles. Les résidents n'ont plus de neuroleptiques le 12 août 2010 (ou à leur sortie/décès).
- *Catégorie 2* : la prescription a été arrêtée dès l'admission
- *Catégorie 3* : la prescription a été arrêtée, après avoir été poursuivie pendant une période donnée pendant le séjour en institution. La prescription a pu être réinstaurée chez certains résidents. Dans tous les cas, les résidents n'avaient plus de neuroleptiques le 12 août (ou le jour de leur sortie/décès).

Les résidents pour lesquels la prescription de neuroleptiques a été instaurée après leur admission ont été classés dans l'une des deux catégories suivantes :

- *Catégorie 4* : la prescription, une fois instaurée n'a jamais été interrompue. Les résidents ont toujours des neuroleptiques le 12 août 2010 (ou à leur sortie/décès).
- *Catégorie 5* : la prescription a pu être arrêtée avant le 12 août 2010 (plusieurs prescriptions et plusieurs arrêts étaient possibles). Les résidents n'ont plus de neuroleptiques le 12 août 2010 (ou à leur sortie/décès).

Les 38 résidents ayant reçu au moins une fois un neuroleptique ont pu être classés dans l'une des 5 catégories ainsi définie

Tableau 7 : Période de prescription des neuroleptiques

	Prescription de neuroleptiques avant admission				Prescription de neuroleptiques Après admission		
	Total	Maintenue jusqu'au 12/08/10	Arrêtée dès l'admission	Arrêtée avant le 12/08/10	Total	Maintenue jusqu'au 12/08/10	Arrêtée avant le 12/08/10
Déments (n=24)	16	4	8	4	8	4	4
Non déments (n=14)	10	4	3	3	4	1	3

Parmi les 38 résidents ayant reçu au moins une fois des neuroleptiques, la prescription a eu lieu avant leur admission pour 26 d'entre eux (68%). Les neuroleptiques ne sont instaurés après l'admission que pour moins d'un tiers des résidents. La prescription de neuroleptiques a pu être arrêtée chez 25 résidents, soit dans 66% des cas. Cet arrêt a été possible dès l'admission pour 11 résidents (42%). Il a été effectué en cours de séjour pour un peu plus de la moitié des résidents (14/27).

Parmi les 24 résidents déments ayant reçu au moins une fois des neuroleptiques, la prescription a eu lieu avant leur admission pour 16 d'entre eux (66%). La prescription de neuroleptique a pu être arrêtée chez 16 résidents, soit dans 66% des cas. Cet arrêt a été possible dès l'admission pour 12 résidents (75%). Il a été effectué en cours de séjour dans la moitié des cas (8/16).

Parmi les 14 résidents non déments (dont la moitié sont des psychotiques) ayant reçu au moins une fois des neuroleptiques, la prescription a eu lieu avant leur admission pour 10 d'entre eux (71%). La prescription de neuroleptique a été arrêtée chez 9 résidents, soit dans 64% des cas. Cet arrêt a été possible dès l'admission pour 3 résidents (30%). Il a été effectué en cours de séjour dans 54% des cas (6/11).

Quel est le motif de prescription des neuroleptiques ? Quand la prescription est-elle réalisée ?

Chez les résidents déments, la prescription ou le maintien des neuroleptiques sont motivés par des troubles du comportement lorsqu'ils sont dirigés à l'encontre d'autrui (personnel et/ou résidents) et qu'ils peuvent être dangereux. Les principaux motifs retrouvés dans les dossiers sont, de fait, les suivants :

- Agressivité envers le personnel
- Agressivité envers les autres résidents
- Agression sexuelle
- Opposition violente aux soins

Chez les résidents non déments, les neuroleptiques sont prescrits pour leur psychose chez les 7 résidents ayant une psychose chronique ou une psychose maniaco-dépressive. Les motifs de prescription des neuroleptiques dans les 7 autres cas sont similaires à ceux évoqués pour les résidents déments. La prescription de neuroleptique a été maintenue chez un patient ayant une psychose chronique, malgré l'existence d'un syndrome extrapyramidal sous neuroleptique dans ses antécédents. Le tremblement extrapyramidal observé chez le résident ne semble pas le gêner.

Lorsqu'un traitement par neuroleptique est instauré après l'admission, une période suffisante est laissée avant la prescription pour que le personnel soignant évalue si les troubles du comportement sont gérables pour l'équipe et acceptables pour les autres résidents. Des ateliers thérapeutiques sont, également, régulièrement proposés, permettant ainsi d'évaluer si leur bénéfice est suffisant pour éviter la prescription de neuroleptiques.

Quelles sont les modalités de prescription des neuroleptiques ?

Les neuroleptiques prescrits avant l'admission sont pour partie, des neuroleptiques classiques, et pour partie, des neuroleptiques atypiques, que les résidents soient déments ou non.

Après l'admission, les modalités de prescription des neuroleptiques sont également identiques chez les résidents déments et non déments. Le risperidone (Risperdal) est prescrit en première intention. Deux neuroleptiques, à savoir l'halopéridol (Haldol) et le lévomépromazine (Nozinan) sont également prescrits, mais seulement en deuxième intention lorsque l'effet du risperidone ne correspond pas à celui escompté. Le loxapine (Loxapac) qui était également utilisé en deuxième intention dans le centre n'est plus prescrit depuis avril 2009.

Les doses de neuroleptiques utilisées sont toujours très faibles. L'augmentation de la posologie est progressive, n'aboutissant jamais à de fortes doses, et la tolérance est évaluée régulièrement par les gériatres du centre.

La durée de prescription des neuroleptiques varie de 1 à 9 mois avant leur arrêt. Des tentatives d'arrêt sont également possibles, quitte à reprendre la prescription des neuroleptiques lors de l'apparition de nouveaux troubles du comportement.

La coprescription d'autres psychotropes avec les neuroleptiques est fréquente. Chez les résidents déments, les hypnotiques et les anxiolytiques sont les deux psychotropes les plus souvent associés aux neuroleptiques. Chez les résidents non déments, il s'agit des antidépresseurs et des anxiolytiques. Seuls 5 résidents déments et 1 résident non dément ayant des neuroleptiques n'ont pas d'autres psychotropes associés.

Quel est le bénéfice des neuroleptiques prescrits ?

Les bénéfices des neuroleptiques sont décrits pour l'ensemble des résidents du Centre inclus dans ce travail à l'exception de ceux dont la prescription a été arrêtée dès leur admission.

Les effets des neuroleptiques pourraient être analysés au cas par cas tant la réponse dépend du résident. Ils peuvent, néanmoins, être schématiquement répertoriés en 4 classes.

- *Les neuroleptiques ont eu un effet favorable sur les troubles du comportement.*

Lorsque les troubles du comportement s'amendent totalement, comme cela est observé chez deux résidents déments, la question de l'existence d'une psychose chronique préalablement existante chez le résident se pose, permettant d'expliquer la pleine efficacité de la prescription. En effet, par analogie, le bénéfice des neuroleptiques est d'autant plus important chez les résidents non déments qu'ils ont une psychose chronique. L'adjonction d'un antidépresseur est souvent nécessaire pour obtenir un bénéfice net sur les troubles du comportement, chez les résidents non déments qui ont une psychose maniaco-dépressive.

- *Les neuroleptiques permettent une amélioration partielle des troubles du comportement.*

Il s'agit du résultat le plus souvent constaté, tant chez les résidents déments que chez les résidents non déments qui n'ont ni psychose chronique, ni psychose maniaco-dépressive.

Lorsque l'amélioration constatée est insuffisante, les doses de neuroleptiques sont augmentées progressivement, sous réserve de l'apparition d'effets indésirables. Si les troubles du comportement sont encore dangereux pour le personnel soignant et/ou les résidents, le neuroleptique atypique est parfois remplacé par un neuroleptique classique. L'halopéridol est volontiers utilisé de par la bonne connaissance de son maniement par les gériatres du Centre. Le lévomépromazine est également prescrit chez les résidents pour lesquels une sédation importante est requise. L'augmentation des doses ou le changement de neuroleptique permettent le plus souvent une amélioration des troubles du comportement compatible avec la vie en institution.

- *Les neuroleptiques n'ont pas d'effet bénéfique sur les troubles du comportement*

L'absence totale de bénéfices des neuroleptiques sur les troubles du comportement est peu souvent observée et doit faire remettre en cause le motif de la prescription. Ainsi, chez 2 hommes déments frontaux, la présence d'un délire érotomane de nature frontale avec passage à l'acte a motivé la prescription d'acétate de cyprotérone (Androcur). Les résultats sont tout à fait satisfaisants, alors qu'aucune autre solution n'avait été trouvée. Chez 1 résident dément, les troubles du comportement se sont résolus après le traitement d'une importante hypercalcémie. Chez 2 résidents non déments ayant une psychose maniaco-dépressive, les neuroleptiques ont été remplacés par des antidépresseurs lorsqu'ils étaient en phase dépressive.

Notons également dans ce cadre, l'admission d'une résidente adressée par un service psychiatrique mais dont les troubles du comportement étaient si importants, malgré la prescription de neuroleptiques, qu'elle a dû retourner dans son service d'origine après seulement 15 jours passés dans le Centre de Gériologie Clinique Léopold Bellan.

- *La durée d'administration est insuffisante pour évaluer le bénéfice des neuroleptiques*

La durée d'administration peut être insuffisante en raison de la demande faite par la famille d'arrêter la prescription des neuroleptiques. Ces demandes sont alors notifiées dans le dossier. Deux familles se sont ainsi opposées à la prescription de neuroleptiques des résidents.

Le délai de prescription peut également être insuffisant en raison de la survenue d'effets indésirables ayant motivé l'arrêt de la prescription.

Quels sont les effets indésirables des neuroleptiques prescrits ?

La survenue d'effets indésirables liés à la prescription de neuroleptiques concerne très majoritairement les résidents déments. Parmi les 25 résidents déments ayant reçu au moins une fois un neuroleptique, des effets indésirables liés à leur prescription ont été notifiés dans 10 dossiers (40% des cas). En revanche, seul 1 résident non dément parmi les 14 retenus pour ce travail a présenté un effet indésirable pouvant être lié à la prescription de neuroleptiques (7% des cas).

Les effets indésirables les plus fréquemment observés chez les résidents déments sont des effets latéraux à type d'asthénie, de somnolence et de ralentissement psychomoteur préjudiciable aux activités de la vie quotidienne. Ces effets indésirables représentent 80% des effets indésirables observés chez les résidents non déments traités au moins une fois par neuroleptique. L'adaptation des doses est systématique dès l'apparition d'un tel effet. En l'absence d'amélioration, le

neuroleptique est arrêté. Par ailleurs, chez 2 résidents non déments, la survenue d'une température à 39°C sans point d'appel a incité à l'arrêt des neuroleptiques.

Les effets latéraux à type d'asthénie, de somnolence et de ralentissement psychomoteur ne sont pas retrouvés chez les résidents non déments traités par neuroleptiques. En revanche, l'un de ces résidents a présenté un déficit moteur transitoire de membre inférieur gauche. Le neuroleptique a été arrêté sans que son imputabilité dans l'apparition du déficit n'ait pu être établie.

Quelles sont les prescriptions de neuroleptiques arrêtées ?

Les neuroleptiques prescrits chez les résidents avant leur admission sont systématiquement arrêtés lorsque le motif de prescription initiale n'est pas clair. Les neuroleptiques sont également arrêtés quand il existe une contre-indication à leur prescription telle que l'existence d'un syndrome parkinsonien (cas de 2 résidents).

Les neuroleptiques prescrits sont aussi systématiquement arrêtés s'ils entraînent, malgré l'adaptation de doses, un ralentissement psychomoteur du résident préjudiciable à la réalisation des activités quotidiennes.

Les neuroleptiques permettant une amélioration franche des troubles du comportement chez les résidents déments sont maintenus, faisant évoquer l'existence concomitante d'une psychose jusque là non identifiée.

La prescription des neuroleptiques est maintenue chez les résidents ayant une psychose chronique sauf opposition marquée de la famille dans un cas.

La poursuite des neuroleptiques, lorsqu'ils entraînent une amélioration partielle des troubles du comportement, ce qui est le cas le plus fréquent est discutée au cas par cas. L'arrêt est décidé si le patient participe aux activités qui lui sont proposées et que le personnel se sent apte à gérer son comportement.

E- Discussion

Plus des 2/3 des résidents ont reçu au moins une fois des neuroleptiques. Ce résultat montre l'importance de la prescription de ces psychotropes parmi les personnes nécessitant une institutionnalisation. Ce résultat est comparable à celui de l'enquête URCAM réalisée sur 9 régions en 2000/2001 ⁽²²⁾ objectivant que le pourcentage de neuroleptiques prescrits était supérieur à 60 % chez les patients institutionnalisés alors qu'il était de 35% chez les personnes âgées vivant à domicile.

Les neuroleptiques ne sont instaurés chez les résidents, après leur admission au Centre, que lorsque les troubles du comportement représentent un risque pour le fonctionnement de l'établissement ou induit une souffrance injustifiée pour le personnel soignant.

Les neuroleptiques sont plus souvent arrêtés qu'ils ne sont initiés au Centre de Gérontologie Clinique Léopold Bellan. Au 12 août 2010, seuls 16% des résidents ont encore un neuroleptique dans leur prescription. Les neuroleptiques ne sont maintenus que lorsque leur prescription est à l'origine d'une amélioration très nette des troubles du comportement. En pratique, chez les résidents déments, le bénéfice observé est alors, le plus souvent, lié à l'action du neuroleptique sur une psychose jusque-là méconnue associée à la démence. De même, chez les résidents non déments, les neuroleptiques

sont maintenus lorsqu'ils sont prescrits pour une psychose chronique. Hormis ces cas, la prescription des neuroleptiques est arrêtée quand le comportement du résident est stabilisé, qu'il ne présente plus de danger ni pour le personnel soignant, ni pour les autres résidents, et que le personnel peut effectuer les soins nécessaires.

L'organisation des soins mise en place dans le Centre de Gériatrie Clinique Léopold Bellan tient certainement une part non négligeable dans l'obtention de ses résultats. Les prescriptions médicamenteuses sont réalisées par des spécialistes conscients du risque iatrogène induit, disponibles pour le personnel soignant et soucieux de suivre l'évolution des résidents. Les médecins coordonnateurs dans d'autres structures plus classiques ont certainement un rôle important à tenir pour sensibiliser les médecins généralistes au risque iatrogénique des neuroleptiques. Une synthèse des données actuelles sur le sujet ainsi que des fiches sur les conduites à tenir pourraient être mises à leur disposition.

Cette organisation explique également, au moins en partie, que les pratiques instaurées de longue date dans le Centre sont le plus souvent conformes aux recommandations récemment émises par la HAS (et intégrées au plan Alzheimer) sur la prise en charge des troubles du comportement chez les patients ayant une démence d'Alzheimer ou une maladie apparentée (tableau 8).

La principale discordance entre les pratiques instaurées au Centre de Gériatrie Clinique Léopold Bellan concerne le recours aux outils d'évaluation. En effet, contrairement à la recommandation de pratique clinique de la HAS, le Centre n'a pas recours à des outils permettant d'objectiver les troubles du comportement tel que l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) ou la version destinée aux équipes soignantes (NPI-ES). De même l'efficacité des neuroleptiques s'apprécie cliniquement et en fonction des retours effectués par le personnel soignant. Elle n'est appréciée ni sur des modifications de symptômes cibles évalués et enregistrés à intervalles réguliers, ni à partir d'échelles développées à cet effet. Il est probable que le recours à de tels outils soit de plus en plus incontournable dans un monde où l'évaluation devient reine. Il n'en demeure pas moins que la standardisation de ces pratiques sera confrontée à un problème de temps, déjà présent dans de nombreuses structures et donc à celui des ressources humaines.

Par ailleurs, lors de la prescription de psychotropes, la recommandation de bonne pratique de la HAS engage à privilégier la monothérapie. En pratique, il s'avère que pratiquement tous les résidents du Centre sous neuroleptiques (sauf 6) ont également un autre psychotrope. L'utilisation des hypnotiques particulièrement fréquente, comme pour l'ensemble des résidents, est probablement à mettre en regard du manque de personnel la nuit, d'autant plus sensible du fait de la fréquence de l'inversion du cycle nyctéméral chez la personne âgée.

Enfin un autre point mérite d'être souligné sans être pour autant ni conforme, ni discordance avec la recommandation de pratique clinique de la HAS. La survenue d'effets collatéraux à type de ralentissement psychomoteur est fréquente, et ce, d'autant plus lorsque les neuroleptiques sont prescrits à des résidents déments, traduisant peut-être la fragilité de cette population. La recommandation de bonne pratique de la HAS ne détaille pas la conduite à tenir devant la survenue d'effets collatéraux. Au centre de Gériatrie Clinique Léopold Bellan, la conduite est assez codifiée : la première étape consiste à réduire la posologie prescrite. En cas de persistance des symptômes, le neuroleptique est arrêté, imposant de trouver une alternative thérapeutique.

Tableau 8 : réalités pratiques (RP) et recommandation de bonne pratique(RBP)

Thème RBP	Sous-thème RBP	RP = RBP	Actions réalisées dans le Centre de Gérontologie Clinique de Léopold Bellan
Démarche diagnostique	Evaluation des troubles	OUI	Evaluation clinique à rythme rapproché lors de l'apparition des troubles et régulière lors du suivi après instauration du neuroleptique
	Sources d'information	OUI	Evaluation clinique du résident par le prescripteur Renseignements demandés auprès de l'équipe soignante
	Outils d'évaluation	NON	Ressources humaines insuffisantes
	Enquête étiologique	OUI	Recherche de causes somatiques et psychiatriques, des facteurs déclenchant et favorisant aux troubles du comportement, par examen clinique, examens complémentaires, échange avec le personnel soignant, voire avec la famille
	Synthèse et transmission des informations	OUI	Dossier médical et dossier des soins informatisés et tenus à jours Antécédents somatiques et psychiatriques précisés Trace écrite systématique par le prescripteur et le personnel soignant Avis et demande des familles notifiés
Technique de soins et interventions non médicamenteuses	Technique de soins	OUI	Formation régulière des équipes soignantes, notamment lors des réunions de transmission hebdomadaire Correction systématique par les gériatres des erreurs constatées lors des visites des unités
	Interventions non médicamenteuses	OUI	Ateliers thérapeutiques Interventions sur la cognition, l'activité motrice, la stimulation sensorielle et les activités occupationnelles
	Place d'un avis spécialisé	OUI	Gériatres prescripteurs Psychologue salarié par le Centre Avis psychiatrique possible
	Place de la contention physique	OUI	Exceptionnel. Noté pour une courte période dans 1 dossier sur les 102 examinés
Interventions médicamenteuses	Respect des indications	OUI	Uniquement si troubles du comportement dangereux Rapport bénéfice/risque établi avant prescription

Thème RBP	Sous-thème RBP	RP = RBP	Actions réalisées dans le Centre de Gériatrie Clinique de Léopold Bellan
Interventions médicamenteuses (suite)	Respect des modalités de prescription	OUI	Recommandations respectées concernant le choix du neuroleptique, la posologie, la durée de prescription, l'évaluation de la tolérance, l'information patient/famille
		NON	Bénéfices évalués cliniquement mais pas de mesure objective par outils spécifique Co prescription fréquente avec d'autres psychotropes – monothérapie difficile à privilégier
	Arrêt des neuroleptiques	OUI	Arrêt des neuroleptiques dès que possible (sauf dans le cas de psychoses associées)
Suivi et prévention des troubles du comportement	Soutien et information aux aidants	OUI	Informations données par l'équipe soignante Consultation programmée avec les prescripteurs
	Soutien et formation des professionnels	OUI	Echanges transversaux favorisés par instauration de réunions et groupe de travail associant prescripteur /coordonnateur et équipe soignantes
	Environnement adapté au patient	OUI	Attention particulière à la qualité de la restauration et de l'hébergement Actions entreprises pour favoriser le maintien d'une vie sociale. Equipe d'une cinquantaine de bénévoles œuvrant régulièrement dans l'établissement

Conclusion

Ce travail a été mené à partir du recueil des données des résidents admis au Centre de Gérontologie Léopold Bellan entre le 1^{er} janvier 2008 et le 12 août 2010. Pendant cette période, 102 résidents ont été admis, parmi lesquels 57 étaient déments. Les données à recueillir étaient disponibles pour chacun d'eux.

Parmi les 57 résidents déments, 25 (44%) avaient déjà eu moins eu une fois des neuroleptiques. Ce travail montre qu'il est possible de limiter la prescription de neuroleptiques puisqu'au 12 août 2010 (ou sortie/décès), le nombre de résidents traités par neuroleptiques n'est plus que de 9, soit 15,7 % des résidents déments admis pendant la période de l'étude. La prescription de neuroleptiques a pu être arrêtée dans 53% des cas.

Les particularités du Centre de Gérontologie Clinique Léopold Bellan favorisent les possibilités de réduire les prescriptions de neuroleptiques chez les résidents déments. Parmi ces particularités, le fonctionnement de l'établissement, plus proche du mode sanitaire que du mode médico-social, est un avantage certain. Il en est de même de la présence de 2 gériatres à temps plein effectuant les prescriptions des résidents en complément de la coordination de la qualité des soins. Ces 2 gériatres se répartissent en outre les gardes et astreintes permettant un suivi médical des résidents 24h/24h et 7j/7j.

Les modalités de prescription des neuroleptiques chez les résidents déments adoptées au Centre de Gérontologie Clinique Léopold Bellan sont dans la très grande majorité en conformité avec les recommandations émises à ce sujet... La pratique et la théorie pourrait donc se rejoindre ! Le seul écueil identifié correspond au recours à des outils d'évaluation pour objectiver les troubles du comportement et mieux codifier la prise en charge thérapeutique. La pratique pourrait rejoindre la théorie, si... les ressources humaines suivaient en conséquence.

Le travail que je viens d'effectuer et la connaissance encore parcellaire que j'ai pu acquérir du Centre de Gérontologie Clinique Léopold Bellan lors de mon stage m'amènent à élargir le débat. Certes, il est important d'être vigilant quant à la prescription des neuroleptiques chez les déments : il s'agit de prescrire une classe thérapeutique pourvoyeuse d'effets indésirables à une population fragile. Certes, l'élaboration de recommandations dans ce domaine correspond donc à une nécessité d'autant plus forte que le recours aux neuroleptiques pourrait permettre de contourner un certain nombre de problèmes rencontrés en institution où le personnel est souvent en nombre insuffisant. Mais il me semble que le débat doit être dépassé et élargi à l'ensemble des prescriptions médicamenteuses. Les gériatres du Centre de Gérontologie Clinique Léopold Bellan font la chasse aux prescriptions inutiles. Régulièrement la question de l'utilité de la prescription, du bénéfice attendu, du risque iatrogène est posée. Les prescriptions ne sont jamais reconduites si une justification ne peut être avancée. Il me semble que c'est bien cette attitude qui est la clef de voute de l'édifice. C'est parce qu'on s'intéresse à la prescription médicamenteuse qu'on s'intéresse à la prescription des neuroleptiques et que sa pratique peut se rapprocher des recommandations.

Le dernier point que je souhaite aborder est la place des soins dans le projet de vie des résidents du Centre de Gérontologie Clinique. La rigueur apportée à la qualité des soins au Centre de Gérontologie

Clinique Léopold Bellan n'a pour objectif que de permettre au projet de vie et au projet d'établissement de se déployer. Une part importante de la qualité des soins s'attache donc à la prévention des risques... avec succès. C'est en appliquant cette conduite que les soins sont menés et occupent la place qui est la leur dans un lieu de vie...Comme le dit le Docteur Michel Salom, on ne va pas danser avec une rage de dents !

Références bibliographiques

- 1 – Direction Générale de la Santé, France-Alzheimer, Association Francophone des Droits de l'Homme Agé (AFDHA) – Alzheimer, l'éthique en question, p 44.
- 2 – Programme pilote : Psycho SA – Troubles du comportement, neuroleptiques et Maladie d'Alzheimer (MA) ; Synthèse 2009 : « limiter la prescription de neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer ». Site internet de la HAS : <http://www.has-sante.fr-programme>.
- 3 – Fremont P ; Place des neuroleptiques et antipsychotiques chez le sujet âgé. Site internet : <http://www.chups.jussieu.fr/.../capagerontodoco/.../antipsychotiques2007.pdf>.
- 4 – Schneeweiss S , Setoguchi S , Brookhart A et al ; Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. CAMJ 2007 ; 176 (5) : 627-632.
- 5 – Gill S.S , Bronskill S.E , Normand S.T. et al ; antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. Ann Intern Med 2007 ; 146 : 775-786.
- 6 – AFSSAPS – Communiqué de presse 2004 : sécurité d'emploi des neuroleptiques chez les patients âgés atteints de démence. Site internet : <http://www.afssaps.fr>.
- 7 - AFSSAPS – Lettres aux professionnels de santé 2004 : Risque de mortalité et d'accidents vasculaires cérébraux chez les patients âgés déments. Site internet : <http://www.afssaps.fr>
- 8 - EMEA 2004 – Opinion of the committee for medicinal products for human use pursuant to article 5(3) of regulation (EC) N° 726/2004, on conventional antipsychotics. Site internet : <http://www.ema.europa.eu>.
- 9 – AFSSAPS – Communiqué de presse 2008 : sécurité d'emploi des antipsychotiques classiques chez les patients âgés déments. Site internet : <http://www.afssaps.fr>.
- 10 – Rochon PA, Norman SL, Gomes T et al ; antipsychotic therapy and short-term serious events in older adults with dementia. Arch Intern Med 2008 ; 168 : 1090-1096.
- 11 – HAS 2009 – Communiqué de presse de la conférence de presse conjointe du plan Alzheimer et de la Haute Autorité de Santé. Site internet : <http://www.has-sante.fr>.
- 12 – Ballard C, Hanney M.L, Theodoulou M et al ; the dementia antipsychotic withdrawal trial (DART – AM) : long term follow up of a randomized placebo-controlled trial. The Lancet Neurology 2009 ; 8 : 151-157.
- 13 – Plan Alzheimer 2008-2012. Site internet : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr>.
- 14 – Commission nationale chargée de l'élaboration des propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées – Présidée par Monsieur MENARD – Rapport du 8 novembre 2007. Site internet : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-menard.pdf>.

- 15 – HAS : Maladie d'Alzheimer – Troubles du comportement perturbateurs – Recommandation 2009. Site internet : <http://www.has-sante.fr>.
- 16 – HAS : Maladie d'Alzheimer – Troubles du comportement perturbateurs – Argumentaire 2009. Site internet : <http://www.has-sante.fr>.
- 17 – HAS : Maladie d'Alzheimer – Troubles du comportement perturbateurs – Synthèse des recommandations 2009. Site internet : <http://www.has-sante.fr>.
- 18 – HAS : Confusion aiguë chez la personne âgée – Recommandation 2009. Site internet : <http://www.has-sante.fr>.
- 19 - HAS : Confusion aiguë chez la personne âgée – Argumentaire 2009. Site internet : <http://www.has-sante.fr>.
- 20 - HAS : Confusion aiguë chez la personne âgée – Synthèse des recommandations 2009. Site internet : <http://www.has-sante.fr>.
- 21 – ANESM : L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social. Recommandation 2009. Site internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>.
- 22 – Pancrazi MP. Prescription des antipsychotiques chez la personne âgée. Site internet : <http://www.didel.script.univ-paris-diderot.fr>.

Résumé

Les patients ayant une maladie d'Alzheimer sont particulièrement exposés aux psychotropes et, en particulier aux neuroleptiques. Malgré une sensibilisation des professionnels de santé, les neuroleptiques encore trop prescrits chez ces patients sont source d'une sédation excessive et d'une iatrogénèse sévère avec une augmentation des accidents cérébraux et une surmortalité.

La mesure 15 du troisième plan Alzheimer [2008-2012] est spécifiquement consacrée à l'amélioration du bon usage du médicament dans la maladie d'Alzheimer. Des recommandations de pratique clinique ont été élaborées dans ce cadre en 2009 par la Haute Autorité de santé.

Afin d'analyser dans quelle mesure la pratique et la théorie se rejoignent, nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective à partir des 102 dossiers des résidents admis dans le Centre de Gériatrie Clinique Léopold Bellan dans les Yvelines entre le 1^{er} janvier 2008 et le 12 août 2010. Les résultats montrent que 43% des résidents déments ont reçu au moins une fois des neuroleptiques. La prescription de neuroleptiques a pu être arrêtée chez ces patients dans 53% des cas.

Ce travail montre que les pratiques instaurées de longue date dans le Centre de Gériatrie Clinique de Léopold Bellan concordent souvent avec les recommandations récemment émises. Mais cette conformité avec les recommandations n'est possible que parce que le débat est élargi de longue date dans le Centre avec la volonté de réduire les prescriptions médicamenteuses à celles qui sont indispensables et d'intégrer le projet de soin au projet de vie.