

ETATS DES LIEUX DE LA
PRESCRIPTION DES
NEUROLEPTIQUES EN EHPAD-
TECHNIQUES D'APPROCHES NON
MEDICAMENTEUSES

Mémoire du DU d'infirmier coordonnateur et de médecin
coordonnateur

2015-2016

O'Rianly FAILLE-ZAHIRI, infirmière diplômée d'état

Emilie OVIEDO, médecin généraliste

Directrice de mémoire : Madame Brigitte FEUILLEBOIS

TABLES DES MATIERES

I- INTRODUCTION

- 1- Etats des lieux
- 2- Le problème de la iatrogénie chez la personne âgée – Facteurs de risques
 - A-Facteurs de risques liés à l'âge
 - A.a- Facteurs liés à l'action des médicaments
 - A.b- Facteurs liés à l'administration des médicaments
 - B-Facteurs de risques liés à une mauvaise utilisation des médicaments
 - C- Facteurs de risques sociaux et environnementaux
 - D- Facteurs de risques liés aux médicaments
- 3- Les Neuroleptiques
 - A- Porte d'entrée de la prescription des neuroleptiques
 - B- Liste des neuroleptiques antipsychotiques
 - C- Effets secondaires des neuroleptiques
- 4- Prise en charge non médicamenteuse

II- METHODE

- 1- Type et objectifs de l'étude
- 2- Présentations des deux EHPAD
 - A- EHPAD Jean Justin Bonnefond
 - A. a- Restauration
 - B.b- Animation
 - C.c- Les soins
 - D.d- Les services proposés
 - E.e- Organisation des soins
 - B- EHPAD Noste Le Gargale

III- RESULTATS

1- Caractéristiques de la population

- A- Répartition selon le sexe
- B- Répartition selon l'âge
- C- Répartition selon le niveau de dépendance
- D- Répartition selon les pathologies

2- Caractéristiques du traitement

- A- Répartition des patients sous neuroleptique
- B- Répartition des patients sous neuroleptique et traitements associés

3- Caractéristiques des résidents bénéficiant d'une prise en charge non médicamenteuse

- A- EHPAD J.J. Bonnefond
- B- EHPAD Noste Le Gargale

IV- DISCUSSION

V- CONCLUSION

RESUME

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES ABREVIATIONS

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

PMSA : Plan pour la prescription Médicamenteuse du Sujet Agé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

TCP : Troubles du Comportement Perturbateurs

AVC : Accident Vasculaire Cérébrale

SPCD : Symptômes Psycho Comportementaux liés à la Démence

PASA : Pôle d'Activités et Soins adaptés

UCC : Unité Cognitivo Comportementale

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

CANTOU : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles

ETP : Equivalent Temps-Plein

IDE : Infirmièr(e) Diplômé(e) d'Etat

AS : Aide-Soignante

AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire

IDEC : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat Coordonnateur

MEDCO : Médecin Coordonnateur

AMP : Aide Médico-Psychologique

GIR : Groupe Iso Ressource

CMP : Centre Médico Psychologique

I-INTRODUCTION

1-ETAT DES LIEUX DE LA PRESCRIPTION DE NEUROLEPTIQUES

Les neuroleptiques constituent un problème majeur de santé publique notamment chez la personne âgée.

La population en EHPAD (Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes) est plus exposée à la prescription de neuroleptiques que la population générale du même âge (jusqu'à 27 % en EHPAD). Les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer le sont encore davantage du fait des troubles du comportement perturbateurs associés(1) Or, il est admis que parmi les résidents vivant en EHPAD, 70% d'entre eux sont déments (2).

La question des neuroleptiques est donc une problématique importante en EHPAD.

La Haute autorité de santé HAS a mis en place depuis quelques années de nombreuses années différents plans afin d'améliorer la prise en charge (notamment médicamenteuse) de la personne âgée (1) :

-le PMSA (prescription médicamenteuse du sujet âgé) : ce plan a pour objectif d'améliorer la prescription médicamenteuse et de gérer au mieux le risque iatrogène

-le plan AMI-Alzheimer (Alerte et Maîtrise de la Iatrogénie dans la maladie d'Alzheimer)

C'est également un enjeu majeur de santé publique. La mesure 15 du troisième plan Alzheimer [2008-2012] est consacrée au bon usage du médicament dans la maladie d'Alzheimer (3). Un des objectifs est de diminuer par 3 la prescription de neuroleptiques chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer.

2-LE PROBLEME DE LA IATROGENIE CHEZ LA PERSONNE AGEE-FACTEURS DE RISQUES

Des évènements indésirables graves peuvent survenir suite à une prescription médicamenteuse.

Les personnes âgées sont une population particulièrement exposée.

Quelques chiffres :

La iatrogénie médicamenteuse représente, à elle seule, 20% des hospitalisations en urgence des plus de 75 ans et 25% des admissions des plus de 85 ans. Or une majorité des évènements indésirables (50 à 70%) résultant d'une prise en charge inappropriée est considérée comme évitables.

Les différents facteurs font de la personne âgée une cible privilégiée du risque iatrogène.

A- Facteurs liés à l'âge

En vieillissant l'organisme subit un certain nombre de modifications qui vont avoir des conséquences sur d'une part l'action des médicaments et d'autre part sur l'administration des médicaments (5).

Aa) les facteurs liés à l'action des médicaments :

-la dénutrition : elle entraîne une hémococoncentration et une hypoprotidémie. Ceci a pour conséquence un risque de surdosage médicamenteux

-la diminution de la fonction rénale : c'est la principale cause de risque iatrogène. En fonction de la fonction rénale il devient alors nécessaire d'adapter la posologie voire de supprimer certaines prescriptions médicamenteuses.

-le volume de distribution masse grasse/masse musculaire est modifié au profit d'un gain adipeux et d'une perte de masse ostéo-musculaire. Ceci entraîne un stockage des médicaments lipophiles.

-la modification de la perméabilité de la barrière hématoencéphalique.

Ces modifications physiologiques coexistent et potentialisent le risque iatrogène.

Ab) Les facteurs liés à l'administration des médicaments :

- les troubles de la déglutition
- les troubles sensoriels avec notamment une baisse de l'acuité visuelle
- les difficultés de communication
- la réduction des capacités physiques : problème de préhension lié à un déficit moteur ou à une déformation musculaire.

B- Facteurs liés à une mauvaise utilisation des médicaments

- information insuffisante
- automédication
- problème d'une mauvaise observance médicamenteuse
- une prescription inadaptée : interaction médicamenteuse, choix de classe médicamenteuse...

La POLYMEDICATION est un risque important de iatrogénie. Or on sait que le risque iatrogène est majeur à partir de 5 médicaments. A travers notre expérience, on remarque que dans la plupart des cas les personnes âgées prennent bien souvent plus de 5 médicaments.

C-Facteurs sociaux et environnementaux

- l'isolement social et géographique
- la dépendance
- le changement de mode de vie
- les conditions climatiques extrêmes

D-Facteurs liés aux médicaments

En effet, dans la plupart des AMM (Autorisation de Mise sur le Marché), les personnes âgées ne constituent qu'un faible pourcentage des effectifs lors de l'évaluation du profil de sécurité du médicament.

On comprend rapidement à travers cette liste de facteurs pourquoi la personne âgée est la cible privilégiée du risque iatrogène.

Le plan AMI Alzheimer a mis en place un indicateur d'alerte iatrogénique. Ainsi que d'autres outils visant à réduire la iatrogénie des neuroleptiques chez les malades d'Alzheimer.

Les résultats de l'indicateur d'alerte iatrogénique montre une diminution de 0,7% (16,8 à 16,1% entre 2007 et 2008) de l'exposition chronique aux neuroleptiques (6).

3-LES NEUROLEPTIQUES

Les neuroleptiques appartiennent à la classe des psychotropes, ce sont une substance qui selon la définition proposée par Jean Delay en 1957 est : « une substance chimique d'origine naturelle ou artificielle, qui a un tropisme psychologique, c'est-à-dire qui est susceptible de modifier l'activité mentale, sans préjuger du type de cette modification ».

Les neuroleptiques sont définis par 4 critères :

- création d'un état d'indifférence psychomotrice
- sédation de l'excitation et de l'agitation
- réduction progressive des troubles psychiques
- production de symptômes extrapyramidaux et végétatifs

De par leurs caractéristiques, les neuroleptiques peuvent donc avoir une place importante dans la pratique quotidienne en gériatrie.

A- Porte d'entrée des prescriptions des neuroleptiques

Ce qui est important de souligner, c'est que les neuroleptiques ne doivent être envisagés qu'après échec de mesures non médicamenteuses, leur prescription ne doit pas être envisagée en première intention.

Les mesures non médicamenteuses restent bien évidemment de mises même si on a recours à une prescription médicamenteuse.

Il est également capital d'évaluer le bénéfice risque de cette prescription, étant donné les effets secondaires des neuroleptiques, d'autant plus chez la personne âgée. Nous aborderons un peu plus tard les effets secondaires.

Quatre situations principales sont à l'origine de la majorité des prescriptions de psychotropes : (7)

- les troubles du sommeil
- la dépression
- les troubles anxieux
- les troubles du comportement

Les troubles du comportement perturbateurs TCP et la confusion sont les principales motivations, chez le patient dément à un recours aux neuroleptiques. (8)

Ce sont deux situations qui peuvent se rencontrer de manière fréquente au cours l'évolution de la maladie d'Alzheimer. On estime que 90% des malades d'Alzheimer et maladies apparentés présenteront ce type de trouble.

Les TCP ont une origine multifactorielle (propre à la personne ou à la maladie, lié à l'environnement, l'entourage...). (4)

Les TCP regroupent :

- les idées délirantes
- les hallucinations
- l'opposition
- l'agitation
- l'agressivité
- les comportements moteurs aberrants
- la désinhibition
- les cris
- les troubles du rythme veille-sommeil.

La confusion pouvant d'être origine somatique ou iatrogène peut amener à la prescription de neuroleptique ; or cette prescription est considérée comme inappropriée. (1)

B- Liste des neuroleptiques antipsychotiques

Les différents neuroleptiques commercialisés en France :

	CLASSE ATC	DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE	NOMS COMMERCIAUX
1	N05AA01	CHLORPROMAZINE	Largactil®
2	N52AA02	LEVOPROMAZINE	Nozinan®
3	N05AA06	CYAMEMAZINE	Tercian®
4	N05AB02	FLUPHENAZINE	Modecate®, Moditen®
5	N05AC01	PERCIAZINE	Neuleptil®
6	N05AC02	THIOIDAZINE	Melleril®, retiré du marché le 30/06/2005
7	N05AC04	PIPOTIAZINE	Piportil®
8	N05AD01	HALOPERIDOL	Haldol®
9	N05AD05	PIPAMPERONE	Dipiperon®
10	N05AD08	DROPERIDOL	Droleptan®
11	N05AF01	FLUPETIXOL	Fluanxol®
12	N05AF05	ZUCLOPENTHIXOL	Clopixol®
13	N05AG02	PIMOZIDE	Orap®
14	N05AG03	PENFLURIDOL	Semap®
15	N05AH01	LOXAPINE	Loxapac®
16	N05AH02	CLOZAPINE	Leponex®
17	N05AH03	OLANZAPINE	Zypadhera®, Zyprexa®
18	N05AL01	SULPIRIDE	Dogmatil®, Synedil®
19	N05AL03	TIAPRIDE	Tiapridal®
20	N05AL05	AMISULPRIDE	Solian®
21	N05AL06	VERALIPRIDE	Agreal®, retiré du marché le 22/10/2007
22	N05AN01	LITHIUM	Teralithe®
23	N05AX08	RISPERIDONE	Risperdal®
24	N05AX12	ARIPIRAZOLE	Abilify®

C- Effets secondaires des neuroleptiques (11 ; 12)

L'utilisation des neuroleptiques expose à des effets indésirables, d'autant plus chez la personne âgée.

- 1- Neurologiques :AVC, dystonie aiguë, dyskinésie tardive, syndrome Parkinsonien des neuroleptiques, trouble de la marche, chute, confusion...
- 2- Psychiatriques : indifférence affective, dépression, réactivation anxieuse, somnolence
- 3- Toxiques : trouble du rythme avec notamment un allongement du QT, agranulocytose (Leponex®)...
- 4- Endocriniens et métaboliques : prise de poids, dyslipidémie, hyperprolactinémie...
- 5- Neurovégétatifs : hypotension, sécheresse buccale, glaucome, dysurie, constipation, glaucome, trouble de la déglutition
- 6- Syndrome malin des Neuroleptiques

Concernant l'augmentation du risque d'AVC, celle-ci a abouti à une modification du résumé des caractéristiques du produit. Ceci a d'ailleurs été un communiqué de l'Afssaps avec lettres aux prescripteurs. (13)

L'exposition au neuroleptique expose également à un excès de mortalité chez les patients déments. (14)

Selon l'HAS, concernant la balance bénéfice risque de l'utilisation des neuroleptiques, les données montrent que pour 1000 personnes ayant des troubles du comportement traité avec un neuroleptique pendant 12 semaines, on observerait :

- une diminution des troubles du comportement chez 91 à 200 patients
- 10 décès supplémentaires
- 18 accidents vasculaires cérébraux AVC
- des troubles de la marche chez 58 à 94 patients. (6)

4-PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE

Elles doivent être envisagées en première intention.

L'HAS stipule que les mesures non médicamenteuses doivent être envisagées en première intention et cite une liste non exhaustive. (9) (15)

Celles-ci s'appuient sur des attitudes de soins et des attitudes de communication ; ce qui sous-entend d'avoir une équipe soignante formée.

Dans le cadre d'une prise en charge non médicamenteuse, on peut citer différentes techniques comme :

- la musicothérapie
- le thérapie Snoezellen de la stimulation sensorielle
- Aromathérapie
- Bains aux lits
- réminiscence
- luminothérapie

La prise en charge non médicamenteuse repose également sur un environnement adapté aux patients présentant des symptômes psychocomportementaux liés à la démence SPCD.

-PASA : Pôle d'activité et de soins adaptés :

Le PASA propose aux résidents d'un EHPAD des activités de jour ayant pour but une réhabilitation cognitive, une stimulation et une prévention du désapprentissage des activités de la vie quotidienne.

Il s'adresse surtout aux résidents ayant des SPCD.

Il s'organise sur plusieurs journées par semaine, les familles peuvent être incluses. Il propose également un espace de déambulation sécurisé.

-UCC : Unité cognitivo-comportementale

-UHR : Unité d'hébergement renforcé.

L'objectif de notre travail est de faire un état des lieux de la prescription de neuroleptiques dans 2 EHPAD ; dont l'un est doté d'un PASA.

D'un point de vue plus personnel, l'objectif est de renforcer notre conviction de la limitation des neuroleptiques et d'améliorer nos pratiques professionnelles.

Cela permettrait aussi de mettre en évidence le rôle important des approches non médicamenteuses pour limiter la prescription de neuroleptique chez le sujet âgé en EHPAD atteint de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. De plus l'une d'autre nous se servira de ce travail pour appuyer la construction d'un projet en faveur d'une ouverture d'un PASA sur sa structure.

II-METHODE

1- TYPE ET OBJECTIFS DE L ETUDE

Il s'agit d'une enquête rétrospective, descriptive, non interventionnelle qui a été analysée sous forme de tableau Excel portant sur l'état de la prescription des neuroleptiques sur deux EHPAD.

Ces derniers ont une capacité de 66 lits dont un CANTOU de 13 lits mais seulement un seul établissement est doté d'un PASA.

Le recueil de données a été fait à partir de l'ensemble des dossiers résidents du 1 décembre 2015 au 29 février 2016. Soit une période de 3 mois d'enquête pour nous permettre d'avoir assez d'information sur la présence de neuroleptiques en EHPAD.

Nous avons extrait toutes ces données à partir des logiciels utilisés dans nos deux EHPAD : Titan et P.S.I pour les introduire dans plusieurs tableaux comparatifs.

Le critère de jugement principal était la présence de neuroleptiques dans le traitement des résidents.

Le critère de jugement secondaire est la présence d'une prise en charge non médicamenteuse.

Critères d'exclusion :

- patient de moins de 65 ans
- toutes nouvelles entrées dans l'un des deux EHPAD au cours de l'étude

Les différentes variables étudiées reposaient sur :

- l'âge
- le sexe
- le lieu de résidence : le patient pouvait séjourner en secteur ouvert, secteur fermé ou PASA
- les différentes pathologies : de type démentielles (maladies d'Alzheimer et troubles apparentés), psychiatriques
- la présence de traitement associé de type anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs
- l'état de dépendance, évalué puis réparti en 3 sous- groupes iso ressources : GIR1/2 ; GIR 3/4 ; et GIR5/6

2- PRESENTATION DES DEUX EHPAD

A- EHPAD Jean Justin Bonnefond

L'EHPAD J.J. Bonnefond est une résidence mutualiste pour personnes âgées dépendante. Située dans le Gard, il bénéficie d'un environnement privilégié, très calme, qui allie à la fois le charme de la verdure et un environnement social attractif, puisqu'il se situe à quelques minutes du cœur de la ville de Bagnols-sur-Cèze et de ses commerces, à proximité de deux écoles et d'un autre EHPAD.

Ce cadre géographique nous permet de tisser des liens entre les structures et d'établir un partenariat sur des activités communes, entre autres des échanges intergénérationnels avec les enfants de l'école maternelle voisine.

Cet établissement entièrement agréé aide sociale, ouvert depuis le 15 avril 2005, a été créé par une union de mutuelles (UGOSMUT) adhérant aux Mutuelles de France, dans le cadre d'œuvres sociales participant à l'accès à des soins de qualité.

La résidence, totalement climatisée, dispose de 65 lits répartis sur 3 niveaux desservis par deux ascenseurs, dont 2 sont réservés pour l'accueil en temporaire et 13 au CANTOU, maison indépendante sécurisée qui permet d'accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Cet espace de vie chaleureux s'organise autour d'une salle de 110 m² comprenant une cuisine thérapeutique en son centre permettant aux Résidents de participer à des ateliers cuisine.

Le bâtiment principal, appelé la Maisonnée, accueille seulement 53 résidents ce qui contribue à créer un cadre familial, détendu et permet aux résidents de se repérer facilement.

La diversité des locaux communs : salons d'étages, espace coiffure, atelier d'animation, bibliothèque, salle de restauration, jardin ombragé et fleuri avec une fontaine, aménagé de bancs et d'allées de promenade accessibles en fauteuil roulant ; permet à chacun de s'isoler ou au contraire, de tisser des liens de convivialité avec les autres Résidents.

Les chambres sont individuelles et possèdent leur propre salle de bains équipée de WC avec douche de plain-pied, munie d'un siège rétractable. Un système d'appel malade est présent dans la chambre et la salle de bains. Elles sont entièrement meublées et équipées avec une ligne téléphonique directe. Il est possible d'apporter des objets personnels de décoration (cadres, bibelots...) pour les personnaliser.

Aa) Restauration

Les petits déjeuners sont servis en chambre. Le déjeuner ainsi que le dîner sont servis en salle de restauration. Une salle à manger d'étage est spécialement aménagée pour les résidents les plus dépendants. Le service peut également être effectué en chambre si l'état de santé le nécessite.

Les repas sont intégralement préparés sur place, un menu de remplacement peut être proposé à la demande. Un plat régional est servi chaque semaine, et des repas à thème en fonction du calendrier sont organisés tous les mois. A l'occasion de chaque fête, des repas améliorés sont servis.

Une salle indépendante permet de recevoir les familles pour un repas, sur réservation 48 heures à l'avance.

Ab) Animation

L'animatrice propose régulièrement diverses animations et activités : gymnastique douce, réflexologie, socio-esthétique, pétanque, loto, jeux de société, fêtes, atelier mémoire, activités manuelles et arts plastiques, lecture de contes, revue de presse, cuisine, internet, sorties...etc.

Ces activités prises en charge par l'établissement sont instaurées dans le but de dynamiser les Résidents, de maintenir leur autonomie, leurs capacités et d'améliorer leur cadre de vie.

Le Résident peut sortir librement après en avoir averti l'Accueil, sauf avis médical contraire.

Ac) Les soins

- Le médecin coordonnateur, il est l'interlocuteur privilégié des différents acteurs de soins de la Résidence et intervenants extérieurs auprès des Résidents, des familles, de la Direction et des partenaires institutionnels.

Chaque Résident a le libre choix de son médecin traitant.

- La psychologue, elle est au service des Résidents, des familles ainsi que des personnels pour apporter soutien, accompagnement et faciliter la communication.

- L'infirmière référente /coordinatrice, elle établit le lien entre les Résidents, le médecin coordonnateur, l'ensemble du personnel soignant de l'établissement, les familles, les intervenants extérieurs libéraux, hospitaliers, sur l'ensemble des soins. Elle coordonne l'organisation du service.

Ad) Les services proposés

- L'accueil se situe dans le hall d'entrée, la secrétaire assure une permanence du lundi au vendredi de 9 h à 12 h 30 et de 13 h 30 à 17 h.

- Le linge personnel du Résident est entretenu sur place. Cette prestation est comprise dans le tarif d'hébergement.

- Soins de confort : dans le cadre de la prise en charge du bien-être des Résidents, des prestations comme la coiffure, la pédicurie, les soins esthétiques supplémentaires sont

proposés par des professionnels libéraux et restent à la charge du Résident.

- Culte : les Résidents sont accueillis dans le respect de leurs convictions religieuses ou philosophiques propres. L'établissement met à disposition un lieu de prières œcuméniques.

L'accès aux chambres pour les visiteurs est préconisé de 13 h à 20 h pour respecter leur intimité.

Ae) Organisation des soins

- Médecin coordonnateur avec un ETP de 0,40 qui est présent sur l'établissement lundi, mardi, mercredi, vendredi et le jeudi si urgence. Il a une double casquette car sur les 66 résidents de l'EHPAD, 33 sont ses patients. Il est joignable la nuit et se déplace le weekend si besoin.

- Infirmière coordinatrice avec un ETP de 0,89 qui est présente du lundi au vendredi sauf le mercredi. Avec des astreintes administratives le weekend

- 3 IDE avec un ETP de 2,5 en horaire de 12 heures pour tout l'établissement. Elles ne travaillent qu'en journée et le weekend. Il n'y pas d'IDE la nuit et pas d'astreinte.

- Sur le secteur ouvert EHPAD classique que nous appelons Maisonnée, il y a 9 AS/AVS pour 53 résidents la journée soit 5 agents le matin et 4 l'après-midi. La nuit elles sont 2 soit une AS et une AVS.

- Sur le secteur fermé le CANTOU, il y 3 agents la journée pour les 13 résidents soit une AS/AMP le matin, une l'après-midi et une qui a un poste en journée pour pouvoir faire des activités avec les résidents. Et la nuit il y a une aide-soignante pour les 13, si elle est en difficulté la nuit, un agent du secteur ouvert peut se détacher pour l'aider.

Une fois par semaine il y a une réunion administrative avec la direction, l'IDEC et la secrétaire. Où l'on passe en revue tout ce qui peut ou va se passer sur l'EHPAD.

Une fois par mois il y a un temps de réunion de synthèse soin avec IDEC, IDE, MEDCO et la direction.

-Transmission ciblé quotidienne en présence IDEC, IDE, AS, AVS, AMP, Psychologue, Responsable ménage et petit déjeuner, le Médecin coordonnateur et la Direction viennent une fois par semaine.

- Réunion d'équipe : IDE

AS+AVS de nuit

AS+AVS de jour Maisonnée et AS+ AMP de jour CANTOU

- Groupe de travail sur différent thèmes

B- EHPAD Noste Le Gargale

L'EHPAD A Noste Le Gargale situé dans la ville de Boucau, est un établissement privé à but non lucratif d'une capacité de 66 lits dont 45 habilités à l'aide sociale. Trois lits sont réservés à l'accueil en hébergement temporaire. Cette structure possède un CANTOU de 14 lits avec que des AS et AMP qui y travaillent.

Il est aussi doté d'un PASA de 14 places.

Au niveau des soins, on retrouve un médecin coordonnateur, des infirmières, aides-soignantes, aides-medicopsychologiques, des kinés, psychologue ou encore l'intervention d'un ergothérapeute ou d'une psychomotricienne.

Il y a aussi une animatrice chargée de veiller à ce que les personnes âgées puissent participer à un bon nombre d'activités pour améliorer leur quotidien au sein de la structure. Elle organise des ateliers chant, jeux de société, promenade, repas à thème....

D'autres services sont proposés comme, le coiffeur, des soins esthétiques, le pédicure.

III-RESULTATS

Après 3 mois d'enquête sur 2 EHPAD de 66 lits disposant tous les deux d'un CANTOU et seulement un possédant un PASA (l'EHPAD Noste le Gargale), nous avons pu extraire ces données.

1-CARACTERISRIQUES DE LA POPULATION

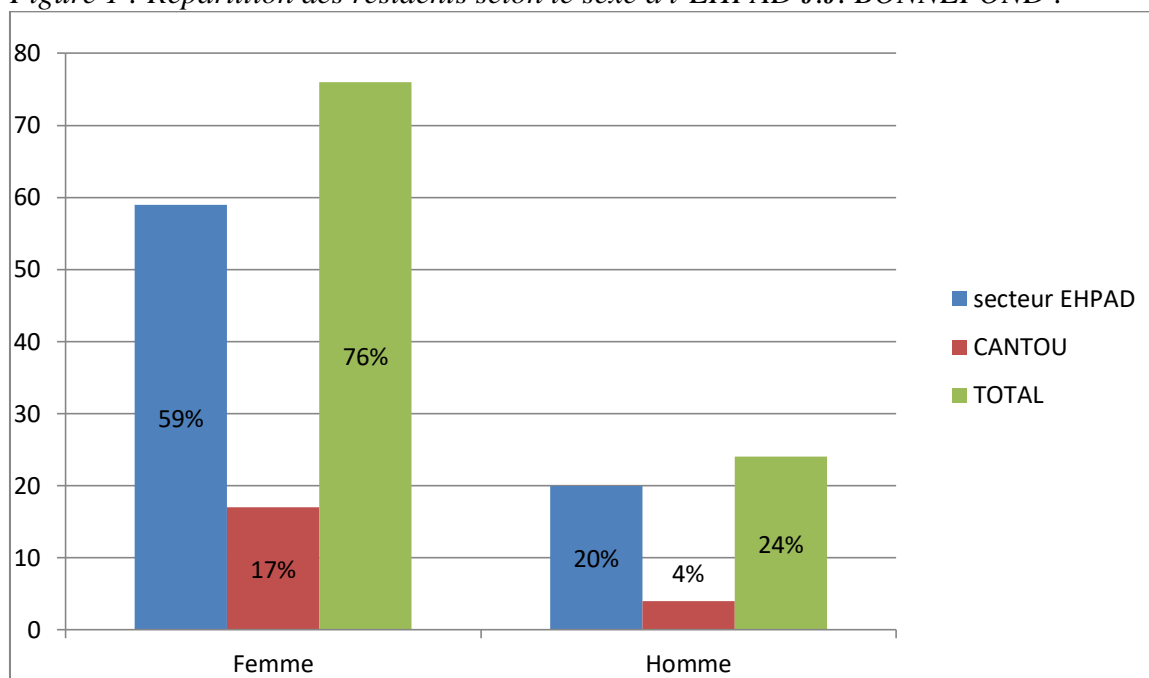
Entre le 1^{er} décembre 2015 et 29 février 2016, 129 résidents ont été inclus dans notre état des lieux.

Ces personnes sont issues de nos deux établissements respectifs, EHPAD Jean Justin Bonnefond dans le Gard et l'EHPAD A Noste Le Gargale à Boucau.

Deux patients sont décédés au cours de l'étude. Ces deux personnes étaient résidents à l'EHPAD J.J. BONNEFOND.

A- Répartition selon le sexe

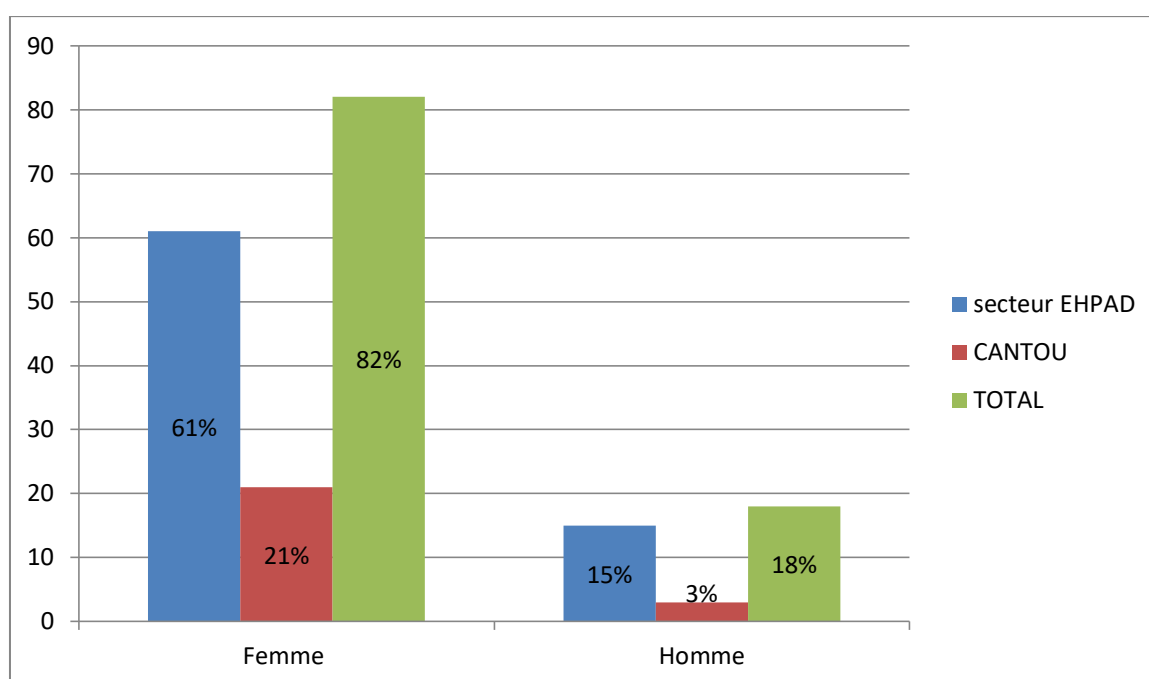
Figure 1 : Répartition des résidents selon le sexe à l'EHPAD J.J. BONNEFOND :



Parmi les 66 résidents 76% sont des femmes.

Cette première figure a montré déjà qu'il y a plus de femmes âgées dans notre institution que d'hommes. Résultat que l'on a retrouvé également au sein du CANTOU.

Figure 2 : Répartition des résidents selon le sexe à l'EHPAD NOSTE LE GARGALE



La population de ce deuxième EHPAD n'est pas si différente, il y a plus de femmes 82% que d'hommes 18 %.

B- Répartition des résidents selon l'âge

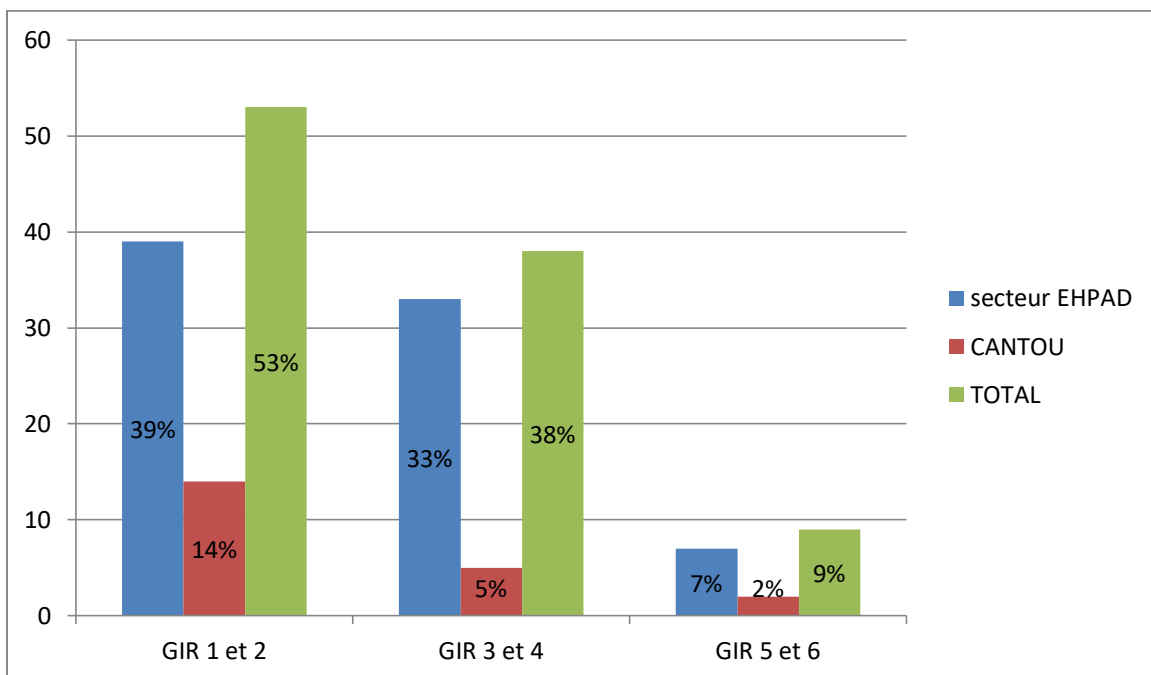
La moyenne d'âge des résidents à l'EHPAD J.J. BONNEFOND était de 85,5 ans, avec une moyenne d'âge plus élevée pour les femmes (87,5 ans) contre 83,5 ans pour les hommes.

A l'EHPAD NOSTE LA GARGALE, la moyenne d'âge était légèrement plus élevée 85,9 ans.

La moyenne d'âge des femmes était également supérieure à celle des hommes, avec respectivement 87,8 ans contre 84 ans.

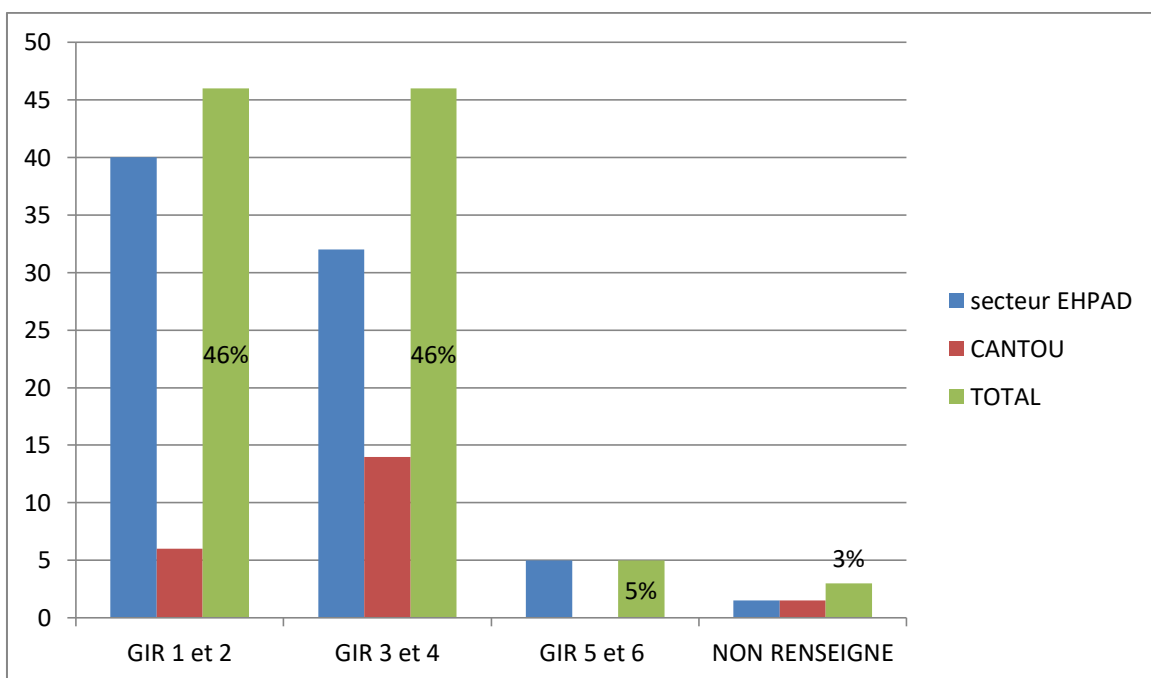
C- Répartition des résidents selon le niveau de dépendance.

Figure 3 : Répartition des résidents selon les 3 sous-groupes iso ressources à l'EHPAD J.J. BONNEFOND.



Comme nous avons pu le constater dans les tableaux précédents la population est âgée, de ce fait cela se traduit par les chiffres de la dépendance : 53% en GIR 1-2, 38% en GIR 3-4 et 9% en GIR 5-6.

Figure 4 : Répartition des résidents selon les 3 sous-groupes iso ressources à l'EHPAD NOSTE LA GARGALE.



Même constat sur le niveau de dépendance des personnes accueillies dans cette institution, le niveau de dépendance était élevé. Il existait néanmoins un pourcentage de personnes en GIR 1 et 2 plus important dans l'EHPAD J.J. BONNEFOND.

Dans l'EHPAD NOSTE LA GARGALE, les GIR 1-2 et les GIR 3 et 4 étaient répartis de manière équivalente (46%).

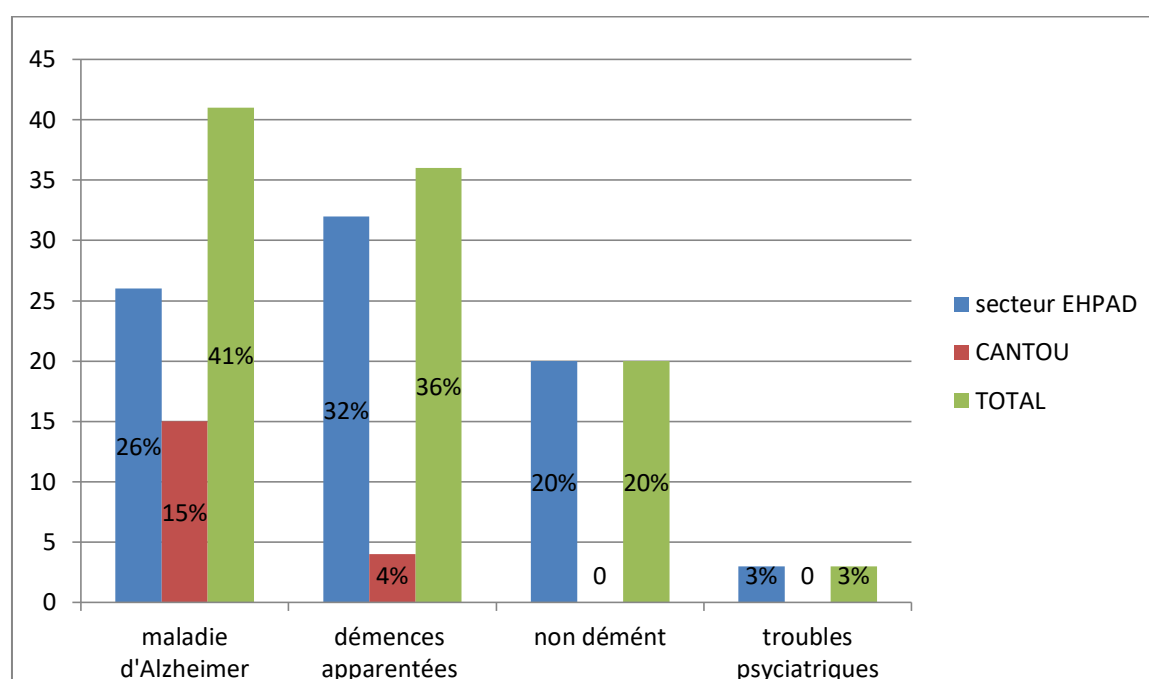
Dans ses deux EHPAD, nous avons une population vieillissante et dépendante composée la plupart du temps de femmes.

D- Répartition des résidents selon les pathologies

Dans notre étude, il était important de connaître les antécédents psychiatriques et démentiels des résidents.

Concernant les antécédents de troubles cognitifs, nous avons identifié les patients atteints de maladie d'Alzheimer et ceux atteints de démences apparentées.

Figure 5 : Répartition des résidents selon leurs pathologies (maladie d'Alzheimer, démence apparentées et troubles psychiatriques) à l'EHPAD J.J. BONNEFOND

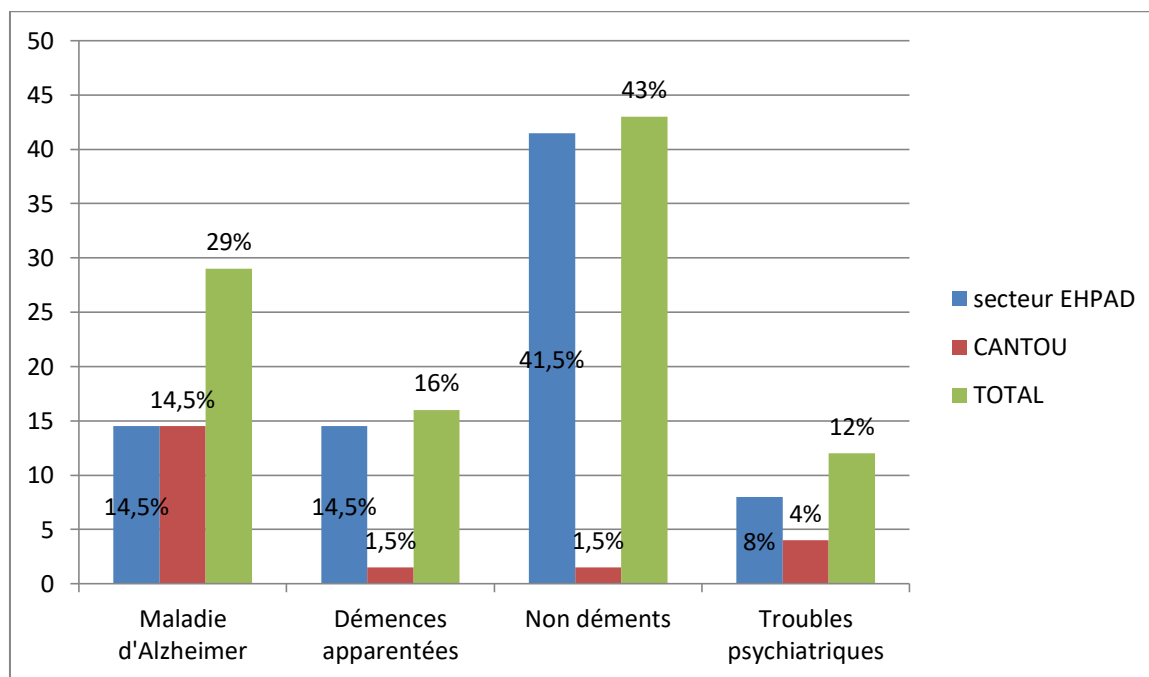


Dans nos résultats obtenus, une chose était frappante, 77% de la population était atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'une démence apparentée dans cette EHPAD

Très peu de résidents avaient des troubles psychiatriques (3%).

Vingt pour cent des résidents n'avaient pas de troubles cognitifs.

Figure 6 : Répartition des résidents selon leurs pathologies (maladie d'Alzheimer, démence apparentées et troubles psychiatriques) à l'EHPAD NOSTE LA GARGALE

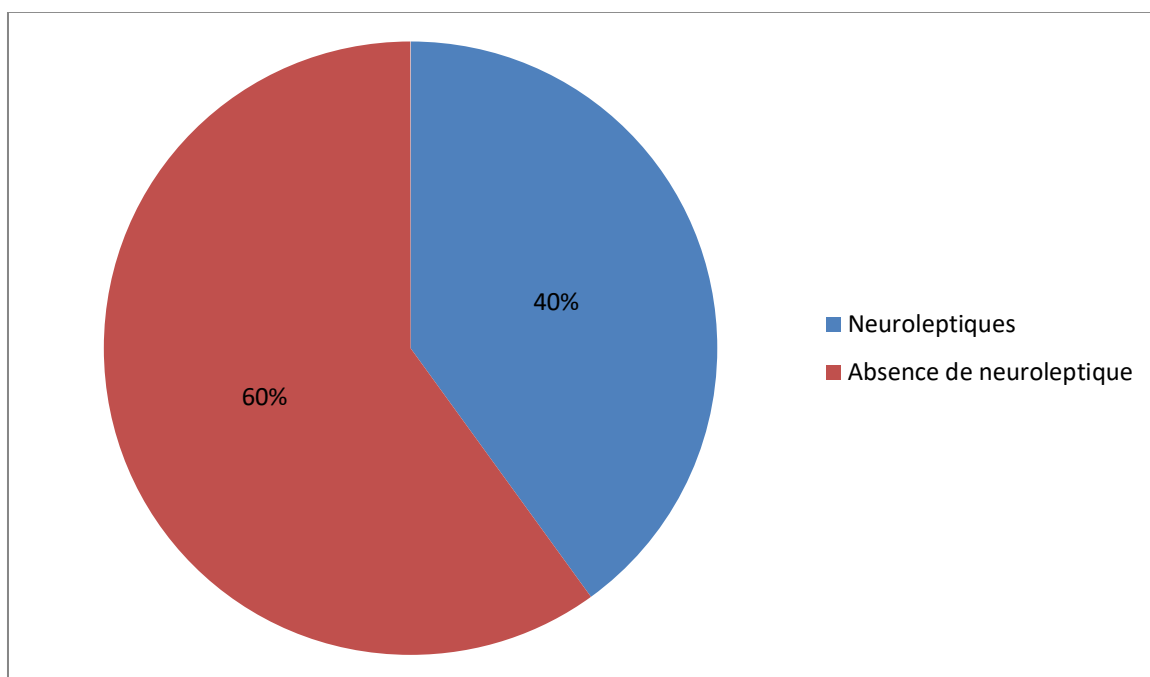


Contrairement à l'autre l'EHPAD, moins de la moitié des personnes âgées était démente et il y avait un peu plus de personnes avec des troubles psychiatriques.

2-CARACTERISTIQUES DES TRAITEMENTS

A-Répartition des patients sous neuroleptiques

Figure 7 : Répartition des patients sous neuroleptiques à l'EHPAD J.J. BONNEFOND



Sur les 66 résidents 40% avaient une prescription de neuroleptiques :

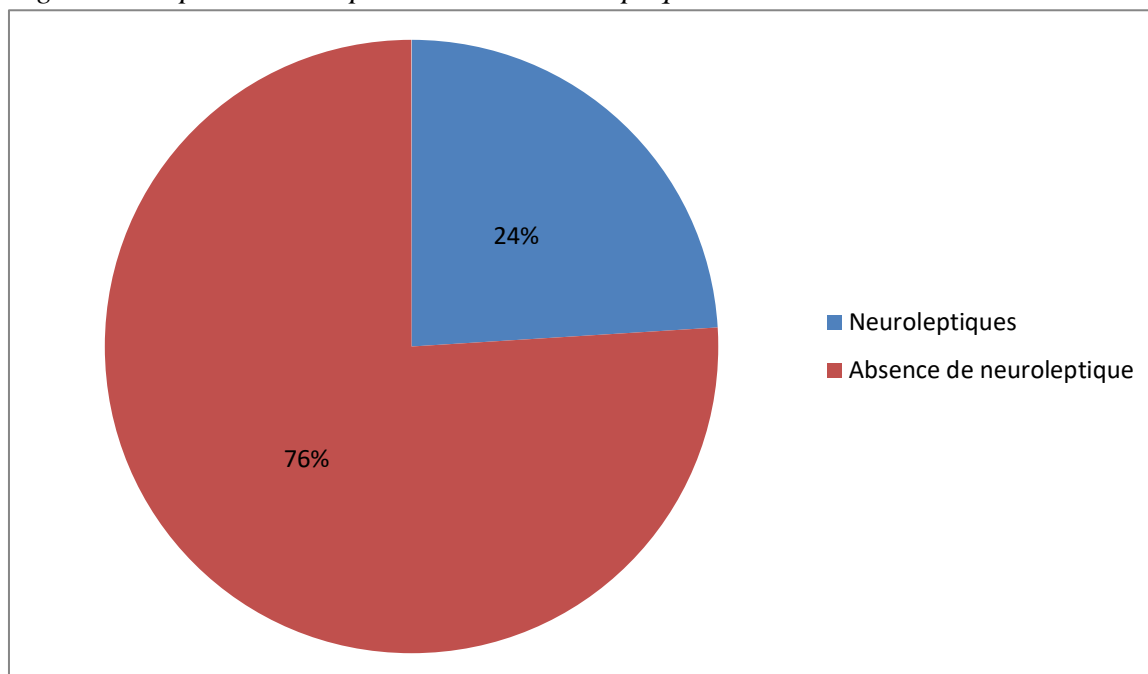
- 29% des résidents étaient en secteur EHPAD
- 11% résidaient au CANTOU.

L'initiation du traitement par neuroleptique a été faite par :

- le psychiatre du centre médico psychologique pour 24%
- le médecin traitant pour 72%
- le médecin coordonnateur pour 4%.

Les prescriptions étaient réévaluées aussi souvent que possible.

Figure 8 : Répartition des patients sous neuroleptiques à l'EHPAD NOSTE LA GARGALE



Sur les 63 résidents de cet EHPAD , 24 % des patients étaient traités par neuroleptiques :

-13% résidaient au secteur EHPAD

-11% résidaient au CANTOU

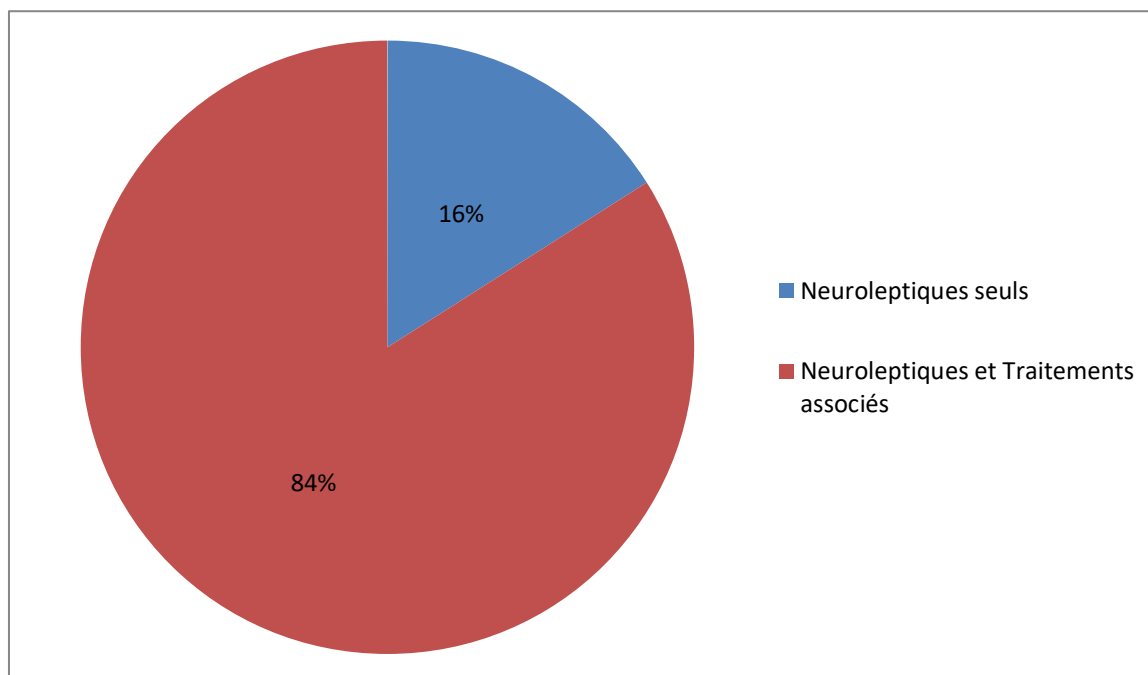
A l'EHPAD A Noste Le Gargale 45% de patients étaient déments et seulement 24% d'entre eux étaient traités par des neuroleptiques.

Contrairement à l'EHPAD J.J. BONNEFOND où l'on retrouvait 77% de patients déments (maladie d'Alzheimer et démences apparentées) et 40% étaient traités par neuroleptiques.

Néanmoins, au final dans ces 2 EHPAD, un patient atteint de démence sur 2 avait un traitement neuroleptiques (53% pour Noste La Gargale et 52% pour J.J. Bonnefond).

B-Répartition des patients sous neuroleptiques et traitements associés

Figure 9 : Répartition des résidents sous neuroleptiques et traitements associés à l'EHPAD J.J. BONNEFOND



Dans l'EHPAD J.J. BONNEFOND, 40% des patients avaient un neuroleptique sur leur ordonnance.

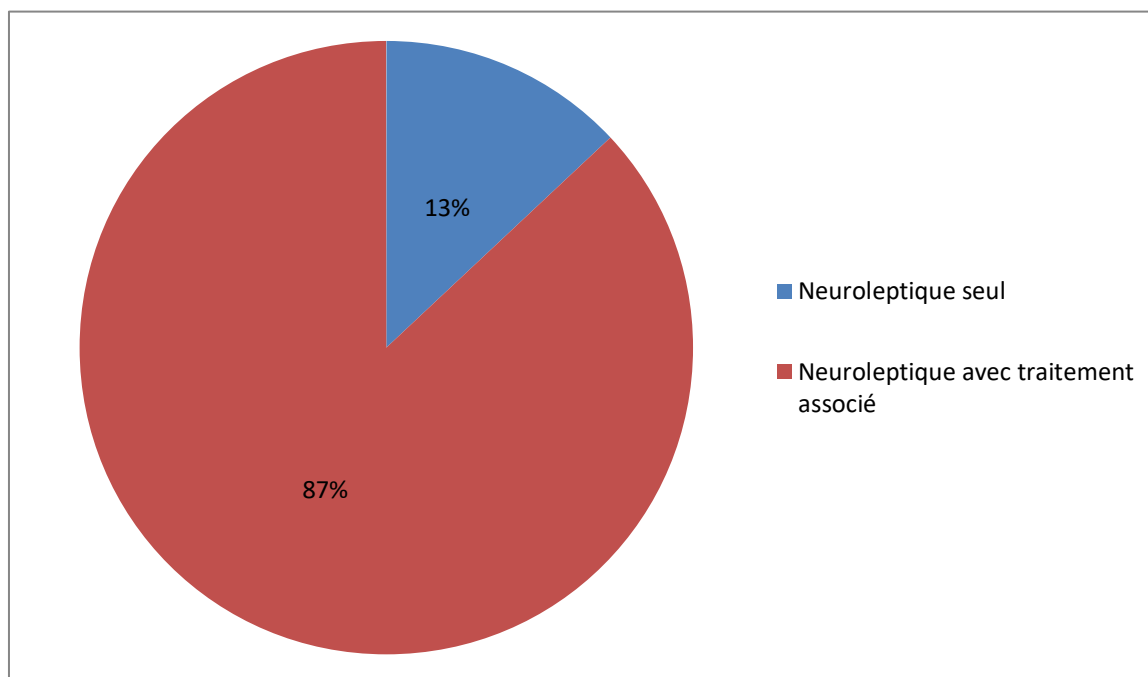
Seulement 16% des patients n'avaient pas de traitement associé à la prescription de neuroleptique (anxiolytique, antidépresseur, hypnotique).

Les 84% des patients traités par neuroleptique et traitements associées étaient répartis :

-64% en secteur EHPAD

-20% en secteur CANTOU

Figure 9 : Répartition des résidents sous neuroleptiques et traitements associés à l'EHPAD NOSTE LA GARGALE



Dans l'EHPAD NOSTE LA GARGALE, 24% des patients avaient un neuroleptique sur leur ordonnance.

Seulement 13% des patients n'avaient pas de traitement associé à la prescription de neuroleptique (anxiolytique, antidépresseur, hypnotique).

Les 87% des patients traités par neuroleptique et traitements associées étaient répartis :

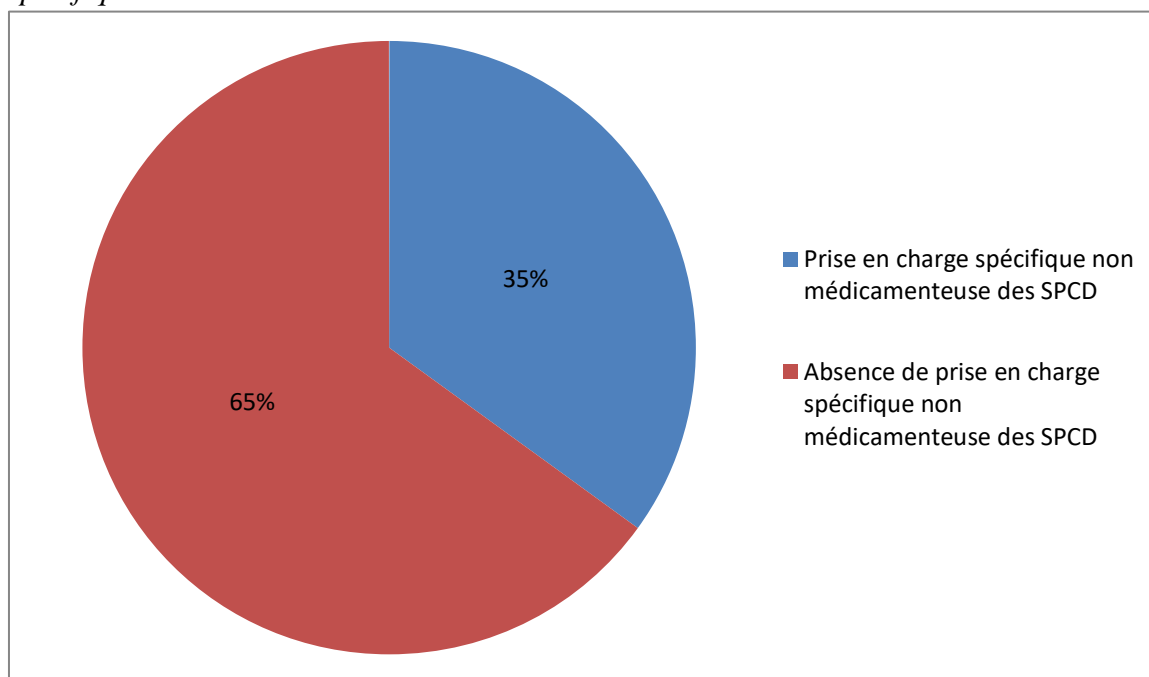
- 47% en secteur EHPAD
- 40% en secteur CANTOU

3- CARACTERISTIQUES DES RESIDENTS BENEFICIAINT D'UNE PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE

A- L'EHPAD J.J. BONNEFOND

Cet EHPAD propose une prise en charge spécifique des symptômes psychocomportementaux liés à la démence à travers une prise en charge psychologique par la psychologue de l'établissement et par le CMP.

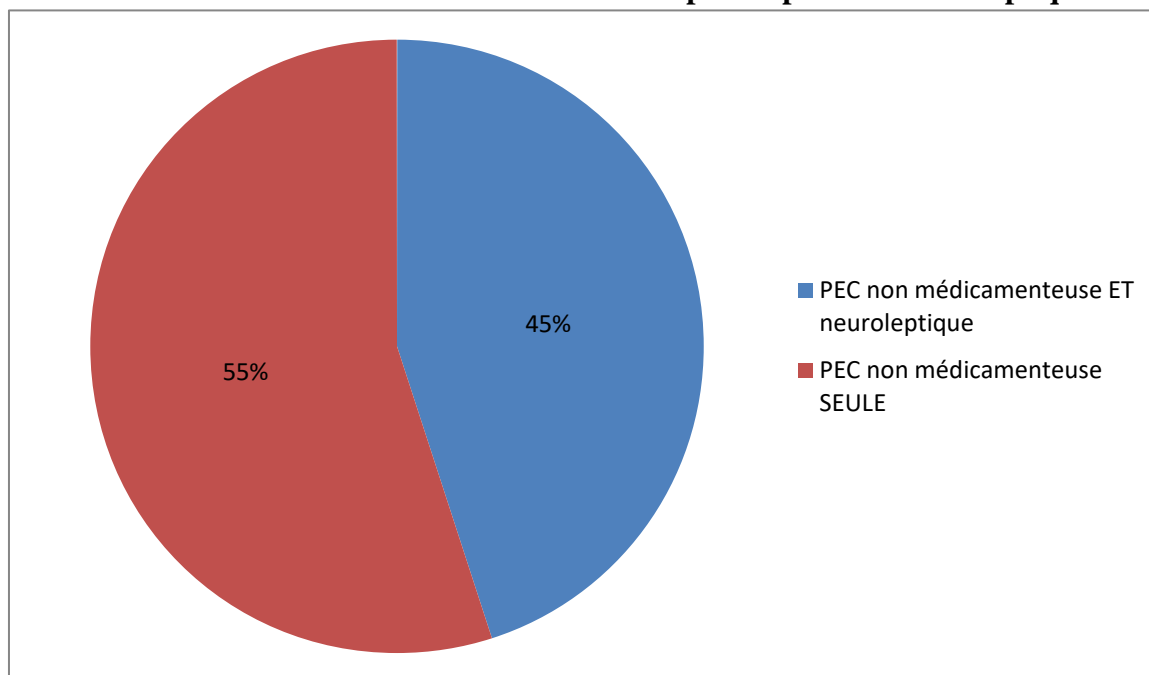
Figure 10 : Répartition des patients déments (n=51) bénéficiant d'une prise en charge spécifique non médicamenteuse des SPCD



Trente-cinq pour cent des patients atteints de démence bénéficiaient d'une prise en charge non médicamenteuse des SPCD.

Sur l'ensemble de l'établissement 27,7% des résidents bénéficiaient d'un soutien psychologique soit par la psychologue ou par le CMP.

Figure 11 : Répartition des patients bénéficiant d'une prise en charge spécifique non médicamenteuse des SPCD associée ou non à une prescription de neuroleptiques



Parmi les 45% des résidents bénéficiant d'une prise en charge non médicamenteuse des SPCD associée à la prescription de neuroleptiques :

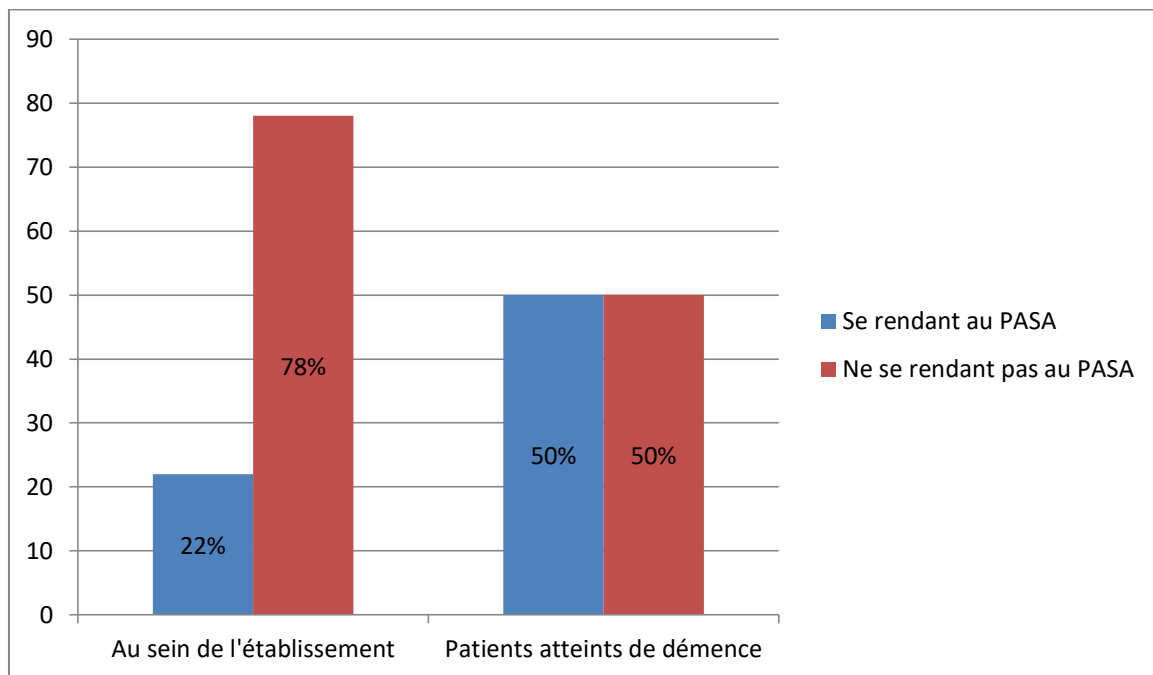
- 39% résidaient dans le secteur EHPAD classique
- 6% résidaient au CANTOU.

Parmi les 55% des résidents bénéficiant d'une prise en charge non médicamenteuse des SPCD sans neuroleptique associé, tous résidaient au secteur EHPAD.

B- EHPAD NOSTE LA GARGALE

Cet EHPAD propose une prise en charge spécifique non médicamenteuse des SPCD à travers notamment un PASA.

Figure 12 : Répartition des patients bénéficiant du PASA dans l'établissement.



Le PASA accueillait 50 % des patients déments de l'EHPAD.

Parmi les patients se rendant au PASA :

- 36% des résidents se rendant au PASA avaient un traitement par neuroleptique.
- 64% des résidents se rendant au PASA n'étaient pas traité par neuroleptique.

On retrouvait également que 79% des patients se rendant au PASA résidaient au secteur EHPAD, contre 21% pour le secteur CANTOU.

IV- DISCUSSION

Il existe plusieurs biais de sélection dans notre étude.

En effet nos populations ne sont pas strictement équivalentes.

Même si ce sont deux établissements avec des personnes âgées, la répartition de la population présente des similitudes mais également des disparités.

Les populations en matière de répartition homme/ femme était comparable.

Les femmes sont plus présentes dans les 2 EHPAD.

On retrouvait 76% de femmes sur 66 résidents à l'EHPAD J.J. Bonnefond contre 82% de femmes à l'EHPAD Noste la Gargale.

Pour les hommes on retrouvait 4% pour le premier et 18% pour l'EHPAD Nosté Le Gargale.

L'âge moyen était comparable dans les 2 EHPAD (85,5 ans pour l'un contre 85,9 pour le deuxième).

Cet âge assez élevé confirme l'entrée de plus en plus tardive des personnes âgées en EHPAD.

L'âge moyen d'entrée est de 84,3 ans. (16)

L'âge moyen en EHPAD selon l'INSEE est de 85 ans. (17)

La population de l'EPAD correspond à des personnes vieillissantes et en perte d'autonomie, qui demande de plus en plus de soins.

Ce qui n'est pas sans poser un problème car le personnel soignant est de moins en moins nombreux pour pallier aux besoins de plus en plus importants des résidents.

Les chiffres de la dépendance mettent l'accent sur une première différence entre ces deux EHPAD.

L'un à tendance à avoir plus de GIR 1-2 (53%) et 3-4 (38%) sur ces 66 personnes âgées institutionnalisées. Et l'autre avait une population moins dépendante (46% en GIR 1-2 et 46% en GIR 3-4 sur 63 résidents).

Qui dit forte dépendance, dit beaucoup de soins spécifiques et de temps pour satisfaire les besoins des résidents. Ce qui n'est pas le cas actuellement dans les EHPAD avec le personnel qui n'est pas toujours en nombre ainsi que le manque de temps et de moyens mis à disposition pour effectuer les soins.

Il y a également un biais de sélection en ce qui concerne les pathologies retrouvées dans la population de ces 2 EHPAD.

L'établissement J.J. Bonnefond avait 77 % de sa population qui est atteint de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, 20% de personnes âgées non démentes et 3% de personnes avec des troubles psychiatriques.

Ce qui n'était pas le cas dans l'autre EHPAD, avec 45% de personnes démentes et presque autant de non déments 43% et seulement 12 % avec des troubles psychiatriques. Dans la littérature, il est admis que 70% de la population résidant en EHPAD est atteint de démence. (2)

En effet, dans l'établissement J.J. Bonnefond, le nombre de résidents atteints de démence représentait plus de trois quart de sa population.

Une fois de plus cela montre les difficultés que cela peut engendrer pour la prise en charge. Avec un grand nombre de résidents atteints de démence, il faut sans cesse réfléchir, repenser la prise en charge, et trouver des activités qui peuvent capter leur attention ce qui n'est pas toujours facile.

Parfois les résidents déments ont des troubles du comportement qui peuvent être difficilement gérables lors des soins. Les SPCD peuvent également perturber la vie des autres résidents ou le bon fonctionnement de l'établissement.

A ce moment-là, le plus souvent ce sont les neuroleptiques qui sont donnés en première intention malgré une balance bénéfice risque pouvant être défavorable.

Les approches non médicamenteuses sont pourtant recommandées en première attention, mais elles impliquent une politique commune de tous les encadrants et dans une certaine mesure l'entourage des résidents. La mise en application des techniques non médicamenteuses s'inscrivent dans le projet de vie de l'établissement. Elles nécessitent également la formation du personnel à ces techniques.

La prise en charge de résidents atteints de démence, particulièrement ceux présentant des SPCD, repose sur un personnel formé et en nombre.

Les contraintes économiques et financières sont un frein à une prise en charge adaptée de ces résidents (manque de personnel, manque de formation ...)

Un autre constat concerne la consommation de neuroleptique au sein de l'EHPAD.

L'EHPAD J.J.Bonnefond avait 77% de résidents atteints de démence potentiellement associée à des troubles du comportement ; et 40% de sa population sous neuroleptiques.

L'EHPAD Noste la Gargale avait 24% de prescription de neuroleptiques.

Néanmoins, au final dans ces 2 EHPAD, un patient atteint de démence sur 2 avait un traitement neuroleptique (53% pour Noste La Gargale et 52% pour J.J. Bonnefond).

Comparaison avec la littérature :

L'étude PAQUID (Personnes Agées QUID) a débuté en 1988 avec pour objectif principal l'étude du vieillissement cérébral et fonctionnel. Elle avait inclu 3777 personnes âgées. Durant cette étude de cohorte, pendant les 2 ans, 357 personnes sont entrées en institution. Elle retrouvait que le taux d'utilisation des neuroleptiques en institution est de 21,3%. (18)
L'utilisation des neuroleptiques était associée à la démence.

Les bases de données de l'Assurance maladie sont également une source d'information sur la consommation de neuroleptiques.

La prévalence d'utilisation des neuroleptiques est de 2,7%. (19)

Ces données concernent la population générale, et non la population gériatrique polymédiquée, polypathologique et où la prévalence de démence est très importante.

Notre étude a mis en évidence une présence importante de patients atteints de maladie d'Alzheimer et troubles apparentés en EHPAD, associée à une consommation élevée de neuroleptiques.

Ce constat nous amène à une réflexion sur la iatrogénie.

Cette classe médicamenteuse peut avoir facilement une balance bénéfice/risque défavorable.

La collaboration de l'équipe soignante (IDEC et Médecin coordonnateur notamment) est indispensable pour diminuer la prescription.

Retours d'expérience :

A travers mon rôle d'IDEC à l'EHPAD J.J. BONNEFOND, en collaboration avec le médecin coordonnateur, nous avons fait en sorte de réduire considérablement les traitements de tous les patients.

Nous avons éliminé les traitements prescrits en si besoin, ensuite évalué le réel besoin des résidents et gardé que les médicaments nécessaires au maintien de leur bonne santé.

Une fois cela fait, régulièrement les IDE, l'IDEC ou le Medco réévaluent régulièrement les traitements. Ce qui nous a permis une réduction générale des traitements de nos résidents sur l'ensemble de l'établissement.

Le médecin coordonnateur doit mettre en place un plan pour limiter la iatrogénie chez les personnes âgées en EHPAD. Cela fait partie d'une de ces 13 missions.

Il doit être le garant de bonnes pratiques gériatriques. Ceci implique une communication importante avec les différents médecins traitant des résidents.

Il est nécessaire de limiter au maximum la prescription de neuroleptiques et aider à la mise en place des approches non médicamenteuses des SPCD. Si toutefois un neuroleptique est nécessaire, il faut limiter la durée, prescrire à la dose minimale efficace et réévaluer régulièrement ce traitement.

IV-CONCLUSION

Les neuroleptiques sont un traitement très fréquemment utilisés en EHPAD, où la population atteinte de démence accompagnée de troubles du comportement est de plus en plus importante.

Les techniques d'approches non médicamenteuses sont et doivent être utilisées en première intention face aux troubles du comportement.

Le PASA s'inscrit clairement dans cette démarche.

Ceci implique une réflexion sur la iatrogénie, une formation sur les techniques non médicamenteuses. Pour cela, il faut une volonté commune de l'équipe soignante, de la direction. L'entourage doit également être intégré dans cette démarche. Cela doit s'inscrire dans le projet de vie de l'établissement.

En conclusion, ce travail nous a permis de renforcer notre conviction sur la nécessité de limiter l'utilisation des neuroleptiques chez les personnes âgées, et de modifier nos pratiques. Il permet également d'appuyer sur la nécessité de créer un PASA prochainement au sein de l'EHPAD J.J. BONNEFOND.

RESUME

INTRODUCTION : Les neuroleptiques constituent un problème majeur de santé publique. Leur utilisation est très fréquente en EHPAD où l'on retrouve une population vieillissante, et atteinte de démence avec potentiellement des troubles du comportement pouvant être perturbateurs.

Face à cette population, le risque iatrogène est majeur. Les neuroleptiques sont des psychotropes qui ont de nombreux effets secondaires, avec une balance bénéfice/risque pouvant être défavorable.

La prise en charge non médicamenteuse doit être utilisée en première intention.

METHODE : Une enquête rétrospective, descriptive et non interventionnelle a été menée dans deux EHPAD (J.J. BONNEFOND et NOSTE LA GARGALE). L'objectif principal était de réaliser un état des lieux de la prescription de neuroleptiques en EHPAD. Le critère de jugement secondaire était la présence d'une prise en charge non médicamenteuse.

Les deux EHPAD étaient similaires en capacités d'accueil, mais l'un possédait un PASA.

RESULTATS : Ces deux EHPAD avaient un nombre important de patients déments.

L'exposition aux neuroleptiques variait de 24 à 40% selon l'établissement.

La prescription de neuroleptiques s'associait fréquemment à d'autres traitements de types anxiolytique, hypnotique ou antidépresseur.

Trente-cinq à 45% des résidents bénéficiaient d'une prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement liés à la démence.

DISCUSSION : Même s'il existe de nombreux biais dans notre étude, nous pouvons déduire que le recours aux neuroleptiques est majeur.

Une réflexion doit être menée au sein de l'équipe soignante et la direction sur la iatrogénie, ce qui implique la mise en place de formation et de moyens financiers et humains.

CONCLUSION :

La limitation des neuroleptiques et la valorisation des approches non médicamenteuses sont une nécessité afin d'améliorer notre pratique quotidienne.

MOTS CLEFS :

NEUROLEPTIQUE- PERSONNES AGEES-EHPAD

SUMMARY

INTRODUCTION :

Neuroleptics are a major problem of the public health. They are frequently used in retirement homes with an aging population affected by insanity and behavior troubles.

In front of this population, the iatrogenic risk is major. Neuroleptics are psychotropic drugs which have numerous side effects.

The balance between risks and benefits might be unfavorable.

The non medicinal care must be used in first intention.

METHOD :

A retrospective, descriptive and non-interventional survey was made in two retirement homes (J.J. BONNEFOND et NOSTE LA GARGALE). The principal goal was to realize an inventory of prescription of neuroleptic drugs.

The secondary endpoint was the presence of non medicinal care.

These two retirements homes have the same accomodation capacity but one of them has a PASA.

RESULTS :

These two retirements homes have an important number of demented patients.

The use of neuroleptic drugs goes from 24 to 40% depending on the establishment.

The precription of neuroleptic drugs was frequently associated with other treatments such as tranquillizers, antidepressants and hypnotic drugs.

From 35 to 45% of the residents used a non medicinal care.

DISCUSSION :

Even if many ways exists in our study, we can deduct that the use of neuroleptics is very common.

A reflection on iatrogenie must be made within the healthcare team and the direction, which implies the implementation of training, financial and human means.

CONCLUSION :

The restriction of neuroleptic drugs and the increase of non medicinal care is necessary in order to improve our daily practice.

BIBLIOGRAPHIE

1. Iatrogénie : un danger réel chez la personne âgée- Programme MobiQual – Société Française de Gériatrie et Gérologie, avec le soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie-Site internet
<http://www.mobiquial.org/alzheimer/SOURCES/A15.IATROGENIE.pdf>
2. Direction Générale de la Santé, France-Alzheimer, Association Francophone des Droits de l'Homme Agé (AFDHA) – Alzheimer, l'éthique en question, p44
3. Plan Alzheimer 2008-2012. Site internet : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr>
4. Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions des médicaments chez la personne âgée ? HAS- septembre 2014
5. Mise au point : Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé- Afssaps-juin 2005
6. Limiter la prescription de neuroleptiques. HAS- Programme AMI-Alzheimer Alerte et Maîtrise de la Iatrogénie des Neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer- octobre 2010
7. Améliorer la Prescription des Psychotropes chez le Sujet Agé-Propositions d'actions concertées- HAS- octobre 2007
8. Programme 2007-2010 Améliorer la prescription des psychotropes chez la personne âgée- Rappel de la démarche et des objectifs – HAS- octobre 2007
9. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs- Synthèse des Recommandations de Bonnes Pratiques- HAS- mai 2009
10. Maladie d'Alzheimer-Les Neuroleptiques-Quelle place pour les troubles du comportement
<http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c891528/programme-ami-alerte-maitrise-iatrogenie-alzheimer>
11. Fremont P. Place des neuroleptiques et antipsychotiques chez le sujet âgé. Site internet :
<http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/annee1therapeutique/antipsychotiques2007.pdf>
12. Profil d'effets indésirables des neuroleptiques. Prescrire interactions médicamenteuses comprendre et décider. 2011 Décembre ; 31(338) :326-7

13. AFSSAPS – Communiqué de presse 2004 : sécurité d'emploi des neuroleptiques chez les patients âgés atteints de démence. Site internet : <http://www.afssaps.fr>
14. Patients âgés déments et neuroleptiques : excès de mortalité. Prescrire. 2010 juin ;30(320) :426
15. Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation- Synthèse des Recommandations de Bonnes Pratiques- HAS- mai 2009
16. Dossiers d'information. Evolution démographique 2012. Site internet : <http://www.lesmaisonsderetraite.fr/maison-de-retraite/chiffres-statistiques>
17. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Site internet : <http://www.insee.fr/fr/themes/document>
18. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé vivant à domicile et en institution à partir de la cohorte Paquid : importance de la polymédication et utilisation des psychotropes. FOURRIER A, LETENNEUR L, DARTIGUES J, DECAMPS A, BEGAUD B. La Revue de gériatrie 1996, 21 : 447-501
19. Base de données de l'Assurance maladie. Site internet : <http://www.ameli.fr/assurance-maladie/statistiques-et-publication/donnees-statistiques>