

*Diplôme universitaire Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur(trice) en  
EHPAD et en SSIAD (IRCO)*

*Année Universitaire 2022-2023*

## **La pertinence des prescriptions médicales des neuroleptiques en EHPAD :** *Evaluation et amélioration des pratiques professionnelles*



**Auteurs :**

Ferreira Carla

Jaillet Noémie

Assomo Lucie

Fournier Marjorie

**Directrice de mémoire :** Dr Lenoir Hermine

# Remerciements

À notre directrice de mémoire, le Docteur Hermine Lenoir, pour ses conseils avisés et ses remarques pertinentes ;

À nos maris et compagnon qui ont fait preuve d'un soutien indéfectible tout au long de cette année ;

À nos enfants, nos rayons de soleil du quotidien ;

À nos familles pour leur aide quand nous en avons besoin.

# Table des matières

<b>I. Introduction.....</b>	<b>6</b>
<b>A. Généralités : Définitions .....</b>	<b>6</b>
1. Les neuroleptiques .....	6
2. Les troubles neurocognitifs majeurs et symptômes psychocomportementaux .....	6
<b>B. Contexte de l'étude.....</b>	<b>7</b>
1. Quelques chiffres clés.....	7
2. Recommandations de bonnes pratiques.....	8
<b>C. Formation du groupe de travail et objectif de l'étude .....</b>	<b>9</b>
1. Formation du groupe .....	9
2. Problématique .....	10
<b>II. Matériel et méthode .....</b>	<b>11</b>
<b>A. Matériel .....</b>	<b>11</b>
1. Echantillon d'étude.....	11
2. Descriptif des EHPAD.....	11
3. Rôle du personnel dans la prise en charge des résidents .....	12
4. Choix de la population.....	13
<b>B. Méthode.....</b>	<b>14</b>
1. Recueil de données .....	14
2. Gestion des données manquantes .....	15
<b>III. Résultats.....</b>	<b>15</b>
<b>A. Démographie de la population .....</b>	<b>15</b>
<b>B. Pathologies associées au traitements neuroleptiques .....</b>	<b>16</b>
1. Troubles neurocognitifs .....	16
2. Antécédents psychiatriques .....	17
3. Symptômes psychocomportementaux des TNC majeurs .....	17
<b>C. Analyse de la prescription médicale .....</b>	<b>18</b>
1. Indication .....	18
2. Prescripteur initial.....	19
3. Type de molécule prescrit.....	20
<b>D. Réévaluation .....</b>	<b>20</b>
1. Prescription initiale faite avant l'entrée en UVP .....	20

2. Prescription initiale faite au sein de l'UVP .....	21
<b>E. Traçabilité</b> .....	<b>22</b>
1. Observation médicale .....	22
2. Transmissions paramédicales .....	22
<b>F. Interventions Non Médicamenteuses</b> .....	<b>23</b>
<b>IV. Discussion</b> .....	<b>24</b>
<b>A. Etiologie des troubles neurocognitifs majeurs et typologie des symptômes psychocomportementaux</b> .....	<b>25</b>
1. Constat .....	25
2. Diagnostic .....	25
<b>B. Traitements non-médicamenteux</b> .....	<b>27</b>
<b>C. Traitement médicamenteux : les neuroleptiques</b> .....	<b>28</b>
1. Quand prescrire ? .....	28
2. Quelle molécule prescrire ? .....	29
3. Qui doit prescrire ? .....	30
4. Comment prescrire ?.....	30
<b>D. Suivi thérapeutique</b> .....	<b>31</b>
1. Surveillance de la tolérance .....	31
2. Réévaluation .....	32
3. Traçabilité et transmissions .....	33
<b>E. Forces et limites de l'étude</b> .....	<b>34</b>
<b>V. Perspective d'amélioration</b> .....	<b>34</b>
<b>VI. Conclusion</b> .....	<b>35</b>
<b>VII. Résumé</b> .....	<b>36</b>
<b>VIII. Abstract</b> .....	<b>37</b>
<b>IX. Bibliographie</b> .....	<b>38</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>40</b>

# Liste des abréviations

**ECG** : Electrocardiogramme

**EHPAD** : Etablissement Hospitalier pour Personnes Âgées Dépendantes

**EIGS** : Evènement Indésirable Grave associé aux Soins

**EMG** : Equipe Mobile Gériatrique

**EMP** : Equipe Mobile Psychiatrique

**ETP** : Equivalent Temps Plein

**GIR** : Groupe Iso-Ressource

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IDE** : Infirmière Diplômée d'Etat

**IDEC** : Infirmière Diplômé d'Etat Coordinatrice

**INM** : Intervention Non Médicamenteuse

**MEDCO** : Médecin Coordonnateur

**MCI** : Mild Cognitive Impairment

**NFS** : Numération, Formule Sanguine

**NPI** : Inventaire Neuro- Psychiatrique

**NPI-ES** : Inventaire Neuropsychiatrique version Equipe Soignante

**PM** : Prescription Médicale

**RBP** : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

**REX-EIGS** : Retour d'Expériences d'Evènement Indésirable Grave associé aux Soins

**SSIAD** : Services et Soins Infirmiers à Domicile

**TNC** : Troubles Neuro-Cognitifs

**UCC** : Unité Cognitivo- Comportementale

**UHR** : Unité d'Hébergement Renforcée

**UVP** : Unité de Vie Protégée

# I. Introduction

---

## A. Généralités : Définitions

### 1. Les neuroleptiques

Les neuroleptiques aussi appelés antipsychotiques font partie de la classe des psychotropes. Ce sont des thérapeutiques qui participent à la prise en charge des patients atteints de psychose ainsi que de l'agitation et l'agressivité qui en découle.

Ils peuvent être classés selon leurs effets. Ils peuvent avoir une action sédatrice (soulage angoisse, agitation), une action anti productive (traite délire et hallucinations) ou une action désinhibitrice (lutte contre l'apathie et la démotivation).<sup>1</sup>

On peut également distinguer 2 catégories :

- **Les neuroleptiques de 1<sup>ère</sup> génération (ou classique)** : qui agissent sur le neurotransmetteur dopamine (Tercian, Haldol, Largactil, ...).
- **Les neuroleptiques de 2<sup>d</sup> génération (ou atypique)** : qui agissent également sur le neurotransmetteur dopamine mais aussi sur la sérotonine (Abilify, Risperdal, Zyprexa, Xéroquel, Tiapridal ...). Cette seconde classe serait privilégiée du fait d'effets secondaires moins importants.

Ces neuroleptiques ont de nombreux effets secondaires :

- Hypotension orthostatique.
- La sédation/somnolence.
- Chutes.
- Effets neurologiques : dyskinésie tardives, syndrome extrapyramidal.
- Effets anticholinergiques périphériques : la rétention urinaire, la constipation...
- Effets anticholinergique centraux, notamment la confusion.
- Augmentation du risque de trouble du rythme, et de torsade de pointe.
- Augmentation de la mortalité, et du risque d'accident vasculaire cérébraux.
- Risque d'aggravation de la maladie de Parkinson en lien avec les effets neurologiques.
- Syndrome malin est une urgence vitale.

### 2. Les troubles neurocognitifs majeurs et symptômes psychocomportementaux

D'après la Haute Autorité de Santé, les troubles neurocognitifs (TNC) majeurs sont un déclin significatif d'au minimum deux ou plusieurs fonctions cognitives responsables d'une perte d'autonomie. Il s'agit de pathologies évolutives, non expliquées par un état confusionnel ou par une maladie mentale.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Les antipsychotiques : Les médicaments de la Schizophrénie. Vidal, 2018

<sup>2</sup> Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentées, point 9 : Etiologie d'un trouble cognitif

Plusieurs maladies peuvent être causes de TNC : les maladies neurodégénératives cognitives (maladie d'Alzheimer, maladie à corps de Lewy, démence frontotemporale...), atteinte vasculaire cérébrale, maladie de Parkinson au stade évoluée...

Des troubles psycho-comportementaux (agitation, agressivité, hallucinations...) peuvent apparaître avec l'évolution de ces maladies. Ils sont fréquents et peuvent entraîner un danger pour la personne elle-même ou pour autrui, ainsi que des difficultés de prise en soins pour les aidants familiaux et professionnels. Il est donc primordial, qu'ils soient identifiés et traités par des approches non médicamenteuses autant que possibles et médicamenteuses si nécessaires.

Les traitements médicamenteux faisant appel essentiellement aux psychotropes, sources d'iatrogénie (sédation, chutes, troubles de déglutition, rétention aigue d'urines, constipation, hypotension, troubles du rythme cardiaque...), leur instauration et surveillance devraient se faire dans le respect des recommandations de bonnes pratiques actualisées.

## B. Contexte de l'étude

### 1. Quelques chiffres clés

L'amélioration de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée constitue un enjeu de santé publique majeur et tout particulièrement au sein des institutions, notamment des EHPAD.

En effet, la polymédication est habituelle chez le sujet âgé, et elle est source d'accidents iatrogéniques. Ces accidents sont à l'origine en France d'une hospitalisation sur dix par an.<sup>3</sup> Ils seraient, selon l'HAS, deux fois plus fréquents chez le sujet âgé et plus particulièrement les plus de 65 ans<sup>4</sup>.

De par ce constat, la prescription de psychotropes est un point de préoccupation des autorités de santé. Les facteurs iatrogéniques (chute, sédation excessive...) pourraient être majoritairement évitables.

Or, de nombreuses études réalisées ont montrés que la France est un des pays où l'on prescrit le plus de psychotropes :

- ✓ En 2000 une étude de l'assurance maladie<sup>5</sup> révèle que 1 Français sur 4 consomme des psychotropes : anxiolytiques (17,4 %), antidépresseurs (9,7 %), hypnotiques (8,8 %), et neuroleptiques (2,7 %).
- ✓ En 2005, selon l'enquête PAQUID Ehpad<sup>6</sup>, les principales classes thérapeutiques prescrites sont les antidépresseurs (32%), les anxiolytiques (27%), les hypnotiques (22%), les neuroleptiques (15%) et les régulateurs de l'humeur (3%).
- ✓ En 2014 une étude réalisée par l'INPES<sup>7</sup> indique que la France est un des plus gros pays consommateur de psychotropes en Europe.

---

<sup>3</sup> Guide : Direction générale de l'offre de soins : Qualité de la prise en charge médicamenteuse. DGOS, 2012.

<sup>4</sup> Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? HAS, 2014

<sup>5</sup> Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. Données nationales, 2000, Revue Médicale de l'Assurance Maladie volume 34 n° 2 / avril-juin 2003

<sup>6</sup> Fiche repère : Prise en charge médicamenteuse en EHPAD. ANESM, 2017

<sup>7</sup> Les consommations de médicaments psychotropes en France. La santé en action N° 427, mars 2014

Même si les neuroleptiques font partie des psychotropes les moins utilisés, la gravité de leurs effets secondaires nécessite une attention particulière.

L'HAS recense, dans sa base de données REX-EIGS, près de 60 événements indésirables graves associés aux soins liés à un mésusage des neuroleptiques. Un tiers ont pour cause un manque d'évaluation.

Dans leur rapport de 2020,<sup>8</sup> il y avait 14 déclarations d'EIGS liées aux neuroleptiques. Près de 40 % des cas concernaient les 60-80 ans. Leurs origines seraient dues à des problèmes de surdosage, à l'absence de suivi thérapeutique, de réévaluation ou encore d'erreur d'identitovigilance.

## 2. Recommandations de bonnes pratiques

C'est dans ce contexte que l'HAS a réalisé des travaux sur l'amélioration des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé, ayant pour objectif la prévention et la maîtrise de la iatrogénie médicamenteuse.

Il est constaté, qu'il existe une surprescription des neuroleptiques, ainsi qu'un mésusage dans leur utilisation, en particulier dans la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Ceci entraînant la survenue d'effets secondaires graves, dans le cadre, soit de troubles du comportement perturbateurs, soit lors d'un épisode de confusion aiguë.

Ainsi, le plan Alzheimer 2008-2012<sup>9</sup> met l'accent sur l'importance d'améliorer la qualité des pratiques et d'utilisation des psychotropes, et en particulier des neuroleptiques, dans ces maladies.

Pour cela, il met en place la mesure 15 intitulée « *Amélioration du bon usage des médicaments* » qui a pour but d'établir un programme d'évaluation et d'améliorations des pratiques professionnelles en termes de prise en charge des troubles du comportement et de l'usage des psychotropes chez le sujet âgé.

L'HAS développe également, dans ce plan, le programme « *AMI- Alzheimer : alerte et maîtrise de la iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer* »<sup>10</sup> qui a pour objectif de diviser par trois les prescriptions de neuroleptiques pour ces malades.

En juillet 2009, elle publie donc deux recommandations de bonnes pratiques afin de limiter l'usage des psychotropes et plus particulièrement des neuroleptiques :

- ✓ « *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*<sup>11</sup> »
- ✓ « *Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation*<sup>12</sup> ».

---

<sup>8</sup> Rapport : Retour d'expérience national, Les événements indésirables graves associés à des soins. HAS 2020

<sup>9</sup> Plan : Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012. HAS, 2008

<sup>10</sup> Brochure : PROGRAMME AMI\_ALZHEIMER Alerte et Maîtrise de la Iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer. HAS, 2010

<sup>11</sup> Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, Prise en charge des troubles du comportement perturbateur. HAS, 2009

<sup>12</sup> Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. HAS, 2009



En 2013 : le rapport Verger « *La politique du médicament en EHPAD* <sup>13</sup> » se décline en 5 axes d'amélioration de la politique du médicament en EHPAD :

- Améliorer l'usage des médicaments.
- Sécuriser le circuit du médicament.
- Encourager les actions alternatives et complémentaires.
- Optimiser le système d'information en EHPAD.
- Développer la recherche relative à la prise en charge médicamenteuse.

Enfin, en 2018, toujours dans le même objectif, ces recommandations ont été mises à jour par l'HAS au travers d'un guide intitulé : « *Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée* ».

## **C. Formation du groupe de travail et objectif de l'étude**

### **1. Formation du groupe**

Notre mémoire du DU « Infirmier(ère) référent(e) et coordinateur(trice) en EHPAD et en SSIAD » a été réalisé dans le cadre des missions de coordination en favorisant la coopération interprofessionnelle.

Nous sommes quatre infirmières coordinatrices exerçant en EHPAD, en Accueil de jour et en SSIAD et se trouvant dans diverses régions de France.

La création de notre groupe s'est faite en plusieurs étapes.

Deux d'entre nous, se sont rencontrées lors des cours en présentiel et ont évoqué ensemble dans un premier temps, le sujet des contentions. Ce sujet a été posé sur la plateforme de la formation en précisant que l'axe de travail serait décidé lorsque le groupe serait formé.

La 3<sup>ème</sup> nous a rejoints par cette intermédiaire, désireuse de traiter également de ce sujet.

Enfin, la dernière infirmière, lors des cours suivants, est venue compléter le groupe pour la même raison.

Une fois le groupe formé, nous avons évoqué ensemble nos diverses expériences et nous avons réalisé des recherches sur le thème de la contention. Très vite, nous avons écarté la contention physique, car largement traitée au cours des années précédentes.

Nos recherches se sont donc tournées vers la « contention chimique », correspondant en réalité, au recours aux psychotropes devant des comportements perturbateurs des résidents.

L'aspect péjoratif du terme « contention chimique », tient au fait que le ou les traitements utilisés chez des résidents ayant des troubles psychocomportementaux perturbants, aurait pour l'objectif unique/principal de provoquer un état de sédation, empêchant le résident de s'agiter ou d'être agressif, sans nécessairement prendre en compte l'état ou le symptôme présidant à cette agitation ou agressivité.

---

<sup>13</sup> Rapport : La politique du médicament en EHPAD. Philippe Verger, décembre 2013

L'une des familles de médicaments psychotropes prescrite le plus fréquemment dans cet objectif est celui des neuroleptiques. Or, il s'agit d'une famille de psychotropes dont les effets indésirables pourraient être des plus graves (anomalies de conduction cardiaque, accidents vasculaires notamment cérébraux, etc...).

Même-si dans l'esprit du médecin qui prescrit un traitement neuroleptique, il s'agit d'apporter tout d'abord un apaisement au résident et dans le même temps soulager la charge de travail des équipes soignantes, le non-respect des indications strictes de cette famille de psychotropes, et des modalités de sa surveillance, assimile l'acte de prescription des neuroleptiques à une « contention chimique » pure et simple.

## 2. Problématique

Au travers nos recherches bibliographiques et nos expériences sur le terrain, divers questionnements sont donc apparues :

- Comment l'introduction d'un traitement neuroleptique est-il mis en place ?
- Qui prescrit les neuroleptiques ?
- Sur quelles informations du dossier médical se base-t-elle ?
- Y a-t-il un questionnement sur le rapport bénéfice/risque ?
- Y a-t-il un suivi particulier après la mise en place du traitement et qui, entre le médecin prescripteur et l'infirmière coordinatrice, l'assure ?
- Les équipes sont-elles formées aux interventions non médicamenteuses ?
- La mise en place ou non d'intervention non-médicamenteuse, a-t-elle un impact sur le pourcentage de prescriptions de neuroleptiques en EHPAD ?

Toutes ces questions nous ont amenées à la problématique suivante :

**Les pratiques de l'utilisation des neuroleptiques dans nos EHPAD en termes d'indications de prescription et des modalités de leur surveillance par le médecin et/ou par l'infirmière coordinatrice sont-elles conformes aux recommandations des Sociétés Savantes et de l'HAS ?**

En résumé,

- l'objectif principal de cette étude sera donc d'évaluer la pertinence des prescriptions de neuroleptiques au sein de nos EHPAD que ce soit son instauration, sa surveillance et du suivi en se basant sur les recommandations tirées de la littérature.
- l'objectif secondaire sera d'en tirer des éléments pertinents sur le rôle de l'infirmière coordinatrice dans l'évaluation de ses bonnes pratiques.

## II. Matériel et méthode

### A. Matériel

#### 1. Echantillon d'étude

L'échantillon est composé de résidents de 3 EHPAD géographiquement répartis sur 2 régions : Auvergne-Rhône-Alpes et Île-de-France.

Les directions de ces EHPAD ont accepté l'analyse des données de leur logiciel sous accord d'anonymat.

Leur descriptif est ainsi réduit au minimum. Dans notre étude, ces EHPAD sont numérotés de 1 à 3 pour ce motif.

#### 2. Descriptif des EHPAD

		EHPAD 1	EHPAD 2	EHPAD 3	
<b>Statut</b>		Public	Privé à but lucratif	Privé à but lucratif	
<b>Capacité totale de résidents</b>		84	87	125	
<b>Répartition des résidents</b>	<b>Hébergement classique</b>	70	61	85	
	<b>Unité de vie protégé</b>	14	26	40 (2 unités de 20 résidents)	
<b>Personnel</b>	<b>Encadrement (ETP)</b>	<b>IDE coordinatrice</b>	1	1	1
		<b>Médecin coordonnateur</b>	0.2	0.6	0.6
	<b>Nombre infirmières</b>	<b>Jour</b>	1	2	3
		<b>Nuit</b>	0	0	0
	<b>Nombre aide-soignantes dédiées à l'UVP</b>	<b>Jour</b>	2	3	6 (3 par unité)
		<b>Nuit</b>	0	1	2 (1 par unité)
	<b>Nombre de résidents par aide-soignante</b>		7	8.6	6,7
	<b>Paramédicaux (ETP)</b>	<b>Psychologue</b>	0.4	1	0.9

		EHPAD 1	EHPAD 2	EHPAD 3	
<b>Personnel</b>	<b>Pharmacie interne</b>		oui	non	non
	<b>Médecin prescripteur</b>	<b>Médecin coordonnateur</b>	oui	oui	non
		<b>Médecin traitant</b>	oui	oui	oui
			Sur l'EHPAD 1 et 2, le Médecin Coordonnateur est le Médecin généraliste de certains résidents		
<b>Partenariats</b>	<b>Equipe mobile gériatrie</b>		non	oui	non
	<b>Equipe mobile psychiatrie</b>		non	non	oui
	<b>Unité Cognitive-Comportementale (UCC)</b>		oui (mais place limité et difficilement accessible)	oui	oui (mais place limité et difficilement accessible)
<b>Logistique</b>	<b>Matériel</b>	<b>Logiciel de soin</b>	Netsoin		
		<b>ECG</b>	oui	non	oui
	<b>Prélèvements biologique</b>	<b>Qui prélève ?</b>	IDE	Laboratoire	Laboratoire
		<b>Quand ?</b>	Quotidiennement	Mardi	Lundi et jeudi
		<b>Accès résultats</b>	Résultats envoyé directement sur le logiciel de soin et dans les dossiers résidents		
<b>Interventions Non Médicamenteuses</b>		Aromathérapie Motricité fine, stimulation intellectuelle spécifique, musicothérapie, médiation animale	Motricité fine, stimulation intellectuelle spécifique, musicothérapie, médiation animale	Aucune	

### 3. Rôle du personnel dans la prise en charge des résidents

- ✓ **L'équipe encadrante** est présente pour impulser une ligne directrice aux soignants, répondre à leurs questions, les former, les aiguiller sur leur fonction dans la prise en soin des résidents ayant des troubles cognitifs et étant sous neuroleptiques.

- ✓ **Les infirmier(ère)s** sont le maillon indispensable qui informe les soignants de l'introduction du traitement et rappelle les points de vigilance qui doivent être tracés. Elles assurent également le suivi des thérapeutiques prescrites. Ce sont aussi les interlocuteurs privilégiés du médecin traitant ou du médecin coordonnateur.
- ✓ **Les aides-soignants** sont au quotidien avec les résidents dont ils ont la charge. De ce fait, ils sont plus à même d'identifier, de détecter et de tracer toute réaction ou comportement inhabituel. Leurs transmissions écrites sont essentielles au suivi des résidents.
- ✓ **Le psychologue** est présent pour évaluer l'augmentation, la stagnation ou la diminution des troubles cognitifs par divers outils dont, le NPI. Il est le lien avec l'UCC, l'EMG et l'EMP.
- ✓ **Le pharmacien** est présent pour surveiller s'il n'y a pas de contre-indication ou d'interaction importante entre le neuroleptique prescrit et le traitement instauré préalablement.
- ✓ **Le médecin prescripteur** du résident va donner ses instructions de suivi suite à l'introduction ou l'arrêt d'un neuroleptique (kaliémie, ECG, paramètres vitaux, ...).

#### 4. Choix de la population

##### a) Critères d'inclusion

Etant donné la disparité d'accompagnement de la population des trois EHPAD, le choix de l'échantillon s'est donc naturellement porté uniquement sur l'Unité de Vie Protégée, dont le fonctionnement de prise en soin des résidents est le plus homogène parmi les trois EHPAD.

Tous les résidents recensés dans l'étude :

- souffrent de troubles cognitifs et/ou psychiatriques nécessitant une place en UVP ;
- sont traités par neuroleptiques.

##### b) Critères d'exclusion

Des résidents à troubles psychiatriques ou faibles troubles cognitifs étaient également sous neuroleptiques dans l'hébergement classique de chaque EHPAD.

Au vu de notre focus sur l'UVP, la pertinence de la prescription de neuroleptiques sur cette population et la traçabilité de leur efficacité ou effet indésirables n'a pas été traitée.

## B. Méthode

### 1. Recueil de données

Il s'agit d'une enquête transversale, rétrospective et comparative sur trois EHPAD. Nous avons pour cette enquête extrait les données du dossier médical (prescriptions, observations médicales et soignantes...) des résidents des 3 UVP, traités par neuroleptiques, un jour donné (fixé arbitrairement au 25 Juin 2023).

Il s'agit de dossiers informatisés sur le logiciel « Netsoin », identique aux trois EHPAD, les informations pouvant être recherchées par les mêmes accès et retranscrites puis analysées à l'aide du logiciel Excel.

La première donnée était le nombre de résidents sous neuroleptiques présents dans chacune des Unités de Vie Protégées.

Les autres variables suivantes :

- Informations démographiques (sexe, âge) traitées respectivement en variable qualitative (féminin/masculin) et quantitative (années).
- Degré d'autonomie selon GIR traitée en variable qualitative en 6 catégories (de 1 à 6),
- Ancienneté dans l'EHPAD (UVP) traitée en variable quantitative (mois).
- L'existence ou non de TNC majeurs et diagnostic étiologique si précisé (variables qualitatives binaires Oui/Non).  
Parmi ces diagnostics étiologiques nous avons retenus : maladie d'Alzheimer, démence vasculaire, démence mixte (Alzheimer et vasculaire), maladie à corps de Lewy, autres démences. Par ailleurs, nous avons identifié des résidents souffrant de TNC légers (Mild Cognitive Impairment).
- L'existence d'une pathologie psychiatrique et type de pathologie (variables qualitatives binaires Oui/Non)
- Présence ou non de troubles psychocomportementaux et types de troubles selon l'inventaire neuropsychiatrique NPI (variables qualitatives binaires Oui/Non)

Les autres données recueillies étaient :

- La fonction exacte du prescripteur initial du neuroleptique
- Le recours à un éventuel avis spécialiste
- Le type de neuroleptiques prescrit
- La date d'initiation du traitement (initiation en amont de l'admission en UVP/EHPAD ou à l'EHPAD/UVP)
- La présence d'une traçabilité médicale et paramédicale sur les effets indésirables et/ou l'efficacité du traitement
- La présence d'une réévaluation de la pertinence de la conduite du traitement
- L'utilisation ou non de mesures non-médicamenteuses au sein des UVP

## 2. Gestion des données manquantes

Les résidents arrivant dans l'UVP proviennent de divers services ou établissements (EHPAD, hôpital...). De ce fait de nombreuses informations manquaient à la majorité des dossiers. Il a donc parfois été compliqué de trouver certaines données quant à l'instauration du traitement lorsque celui-ci avait été prescrit en amont de l'admission.

De plus, peu de données concernant les surveillance biologiques et physiologiques étaient présentes dans les dossiers. Il en est de même des transmissions écrites des aides-soignantes et infirmières concernant le suivi des effets indésirables (chutes, agressivité, angoisses, syndrome parkinsonien, ...) ou alors elles n'étaient pas mises en corrélation avec le traitement.

## III. Résultats

### A. Démographie de la population

*Tableau 1 : Caractéristiques des résidents des trois UVP*

		UVP 1	UVP 2	UVP 3	TOTAL
<b>Nombre de résidents, (n)</b>		<b>5</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>24</b>
<b>Sexe</b>	<b>Femme, n (%)</b>	4 (80)	10 (100)	8 (89)	<b>22 (92)</b>
<b>Âge (moyenne)</b>		90	86	83.3	<b>86.4</b>
<b>Ancienneté dans l'UVP en mois (moyenne)</b>		11	34	21	<b>22</b>
<b>GIR</b>	<b>1, n (%)</b>	0 (0)	3 (30)	0 (0)	<b>3 (13)</b>
	<b>2, n (%)</b>	3 (60)	6 (60)	7 (78)	<b>16 (67)</b>
	<b>3, n (%)</b>	1 (20)	1 (10)	2 (22)	<b>4 (17)</b>
	<b>4, n (%)</b>	1 (20)	0 (0)	0 (0)	<b>1 (4)</b>
	<b>5 et 6, n (%)</b>	0 (0)			<b>0 (0)</b>
	<b>Moyenne</b>	2.6	1.8	2.2	<b>2.2</b>
<b>Résidents sous neuroleptique dans l'UVP, n (%)</b>		5 (35)	10 (38)	9 (45)	<b>24 (39)</b>

## B. Pathologies associées aux traitements neuroleptiques

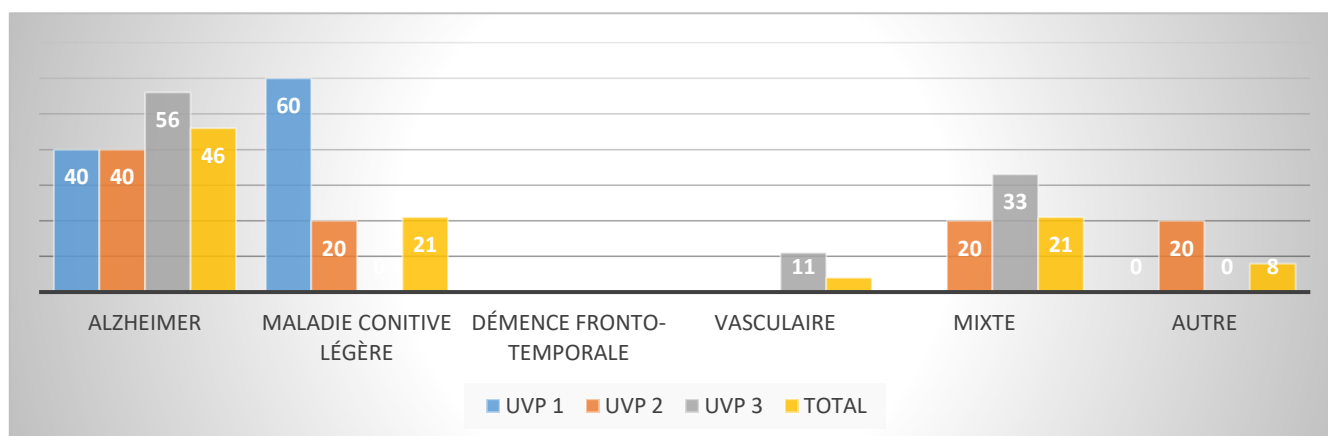
Tableau 2 : Pathologies et antécédents des résidents des UVP

		UVP 1 n = 5	UVP 2 n = 10	UVP 3 n = 9	TOTAL
Présence de TNC	Non n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	MCI n (%)	3 (60)	2 (20)	0 (0)	5 (21)
	Oui (TNC majeurs) n (%)	2 (40)	8 (80)	9 (100)	19 (88)
Antécédent psychiatrique	Non n (%)	5 (100)	1 (10)	3 (33)	9 (37)
	Oui n (%)	0 (0)	9 (90)	6 (67)	15 (63)
Présence de troubles du comportement	Non n (%)	1 (20)	1 (10)	0 (0)	2 (10)
	Oui n (%)	4 (80)	9 (90)	9 (100)	22 (90)

TNC : troubles neurocognitifs ; MCI : Mild Cognitive Impairment (TNC légers)

### 1. Troubles neurocognitifs

Graphique 1 : Types de troubles neurocognitifs parmi les résidents traités par neuroleptique (en %)



Dans une grande majorité des cas (88%) nous constatons (tableau 2) que les résidents sous neuroleptique ont été diagnostiqués avec des TNC majeurs et les autres (21%) ont des troubles cognitifs légers.

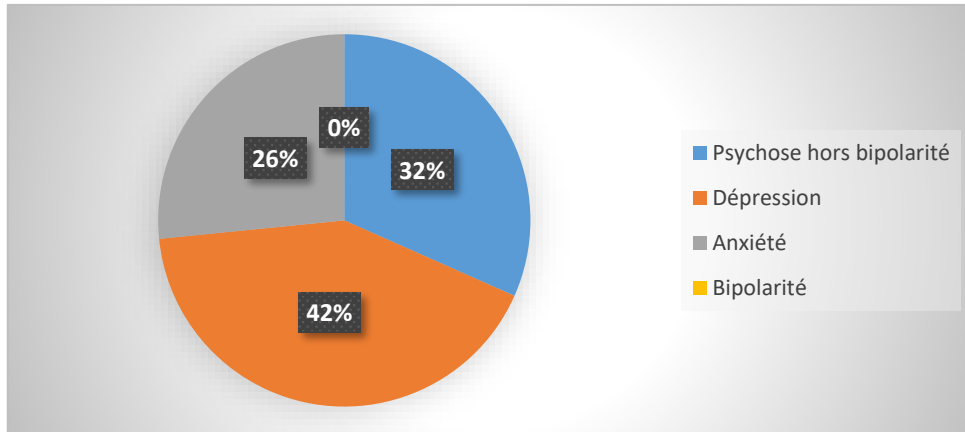
La maladie d'Alzheimer apparaît en tête des TNC dans les 3 UVP avec près de 46% suivie par des troubles neurocognitifs légers (MCI) (21%) des résidents traités par neuroleptique ainsi que les démences mixtes (21%).



Les UVP sont plutôt homogènes sauf pour l’UVP 1 qui présente un nombre important de maladies cognitives légères (60%) en comparaison aux autres.

## 2. Antécédents psychiatriques

**Graphique 2 : Types d'antécédents psychiatriques des résidents traités par neuroleptique (en %)**



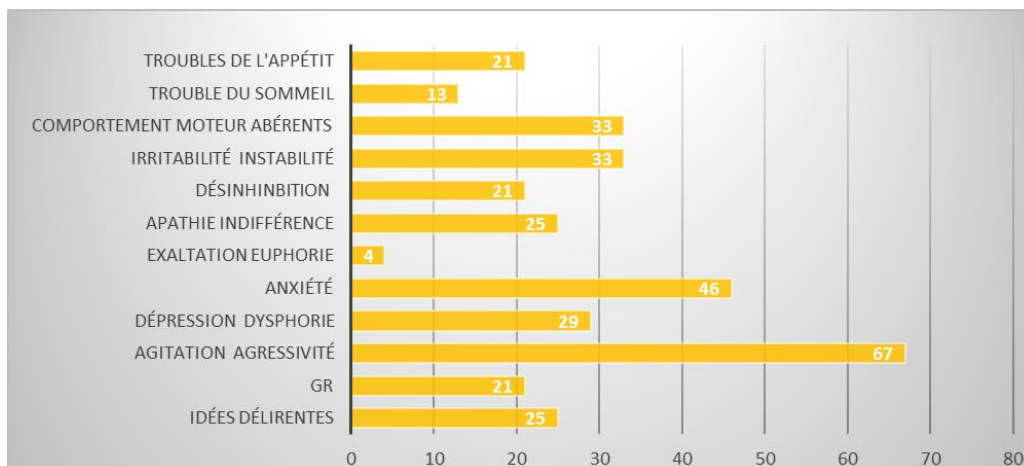
Il existe une importante différence entre les UVP sur l’existence d’une comorbidité/antécédent d’affections psychiatriques.

Parmi les résidents de l’UVP 1, aucun ne souffre de pathologie psychiatrique alors qu’à l’inverse, la quasi-totalité (90%) des résidents de l’UVP 2 et la majorité (67%) des résidents de l’UVP 3 ont un antécédent psychiatrique (*Tableau 2*).

Nous pouvons observer que 42% des résidents sous neuroleptique souffrent de dépression.

## 3. Symptômes psychocomportementaux des TNC majeurs

**Graphique 3 : Les différents types de troubles du comportement selon NPI (en %)**



La majorité des résidents (90%) souffrent de troubles du comportement associés à leur pathologie neurocognitive majeure (*tableau 2*). Pour les recenser, nous nous sommes basées sur l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) de Cummings, à travers ses 12 domaines.

Deux symptômes sont majoritaires parmi les résidents des UVP inclus dans les échantillons d'analyse. Il s'agit de l'agitation-agressivité (67%) ainsi que l'anxiété (46%). L'ensemble des autres symptômes sont présents avec une fréquence entre 10 et 25%, exceptée l'euphorie-exaltation, symptôme peu présent (4%).

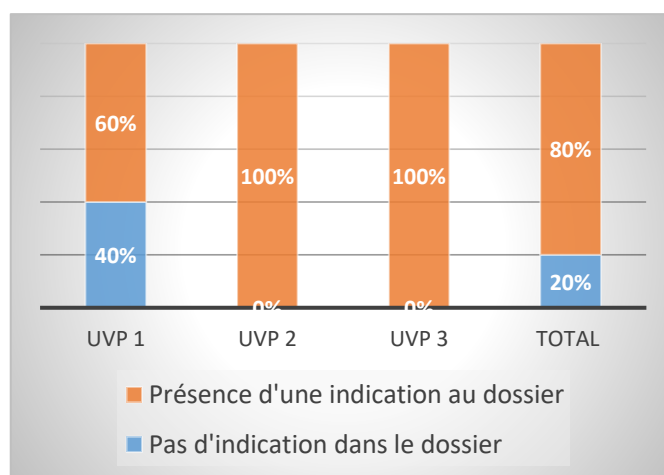
## C. Analyse de la prescription médicale

*Tableau 3 : Etude sur la prescription de neuroleptique*

		UVP 1 n = 5	UVP 2 n = 10	UVP 3 n = 9	TOTAL
<b>Prescription initiale faite avant l'entrée en UVP n (%)</b>		5 (100)	2 (20)	3 (33)	<b>10 (42)</b>
<b>Prescription initiale faite dans l'UVP n (%)</b>		0 (0)	8 (80)	6 (67)	<b>14 (58)</b>
<b>Demande avis spécialiste en amont de la prescription</b>	<b>Oui, n (%)</b>	2 (40)	8 (80)	2 (22)	<b>12 (50)</b>
<b>Occurrence d'administration</b>	<b>Si besoin, n (%)</b>	1 (20)	0 (0)	0 (0)	<b>1 (4)</b>
	<b>Systématique, n (%)</b>	4 (80)	10 (100)	9 (100)	<b>23 (96)</b>

### 1. Indication

*Graphique 4 : Présence d'une indication dans le dossier du résident en cas de prescription de neuroleptique antérieure à l'admission en UVP (en %)*



On observe que 42 % des prescriptions initiales de neuroleptique ont été instaurées avant l'entrée du résident en UVP (*tableau 3*).

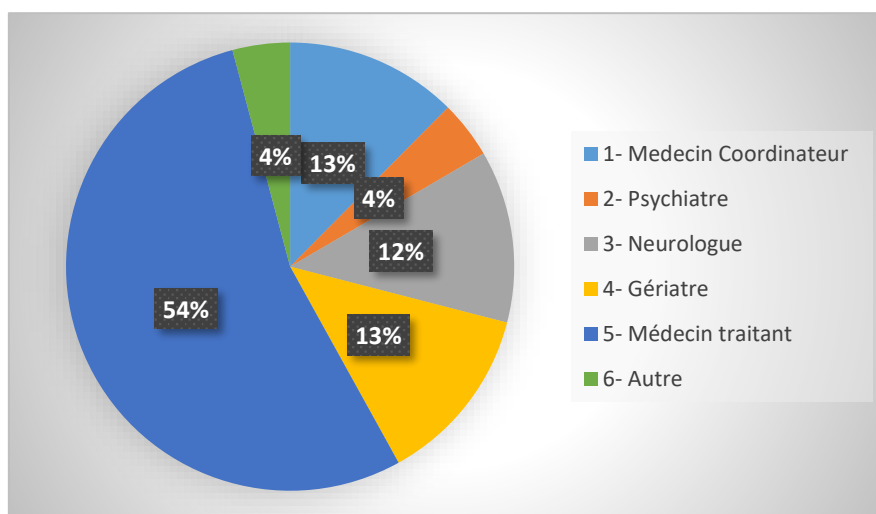
Parmi elles, on retrouve une justification mentionnée au dossier dans 100% des cas pour l'UVP 2 et 3 et seulement dans 60% des cas dans l'UVP 1.

Au total, la justification de la prescription de neuroleptique réalisée antérieurement à l'admission du résident figurait dans le dossier médical dans 80% des cas.

En ce qui concerne les prescriptions de neuroleptique réalisée au sein des UVP, celle-ci ont toute une indication mentionnée au dossier médicale.

## 2. Prescripteur initial

*Graphique 4 : La spécialité du médecin ayant fait la prescription initiale du neuroleptique (%)*



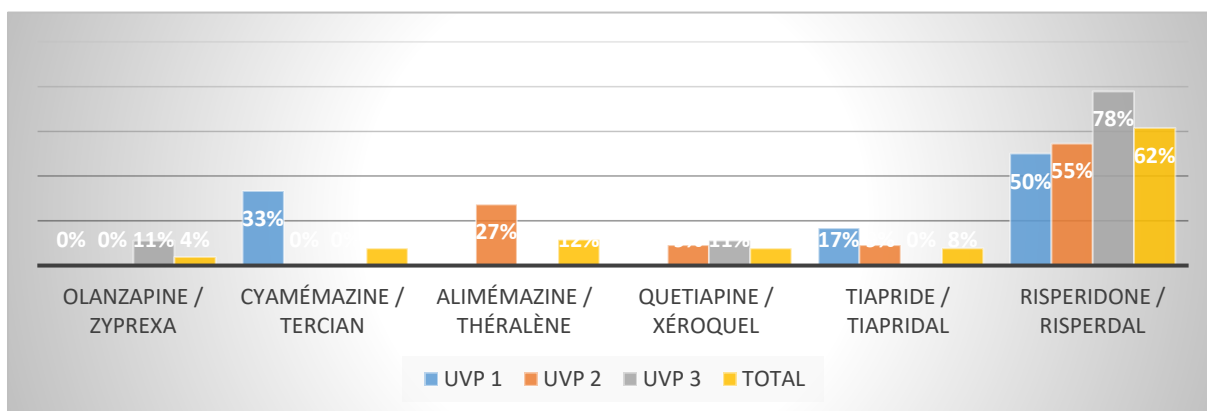
Le médecin à l'initiative de la prescription du traitement neuroleptique est le médecin traitant dans 54% des cas, suivi d'un gériatre ou du médecin coordonnateur dans 13% des cas chacun, ou encore d'un neurologue dans 12% des cas.

Dans très peu d'autre cas c'est le psychiatre ou autre spécialiste qui a prescrit le traitement.

Avant l'instauration d'un traitement neuroleptique, il est parfois demandé l'avis d'un spécialiste extérieur. Il existe à ce niveau une grande disparité entre les UVP (*tableau 3*). En effet l'avis d'un spécialiste est très peu sollicité pour l'UVP 1 (60%) et l'UVP 3 (78%). A contrario l'avis d'un spécialiste est demandé dans 80% des cas.

### 3. Type de molécule prescrit

Graphique 5 : Types de neuroleptiques prescrits (en %)



Le médicament neuroleptique majoritairement instauré dans les 3 UVP étudié est la Risperidone puisqu'il s'agit du neuroleptique prescrit dans 62% des cas sur l'ensemble de l'échantillon. Les autres molécules apparaissent de façon beaucoup plus anarchique selon les différents établissements.

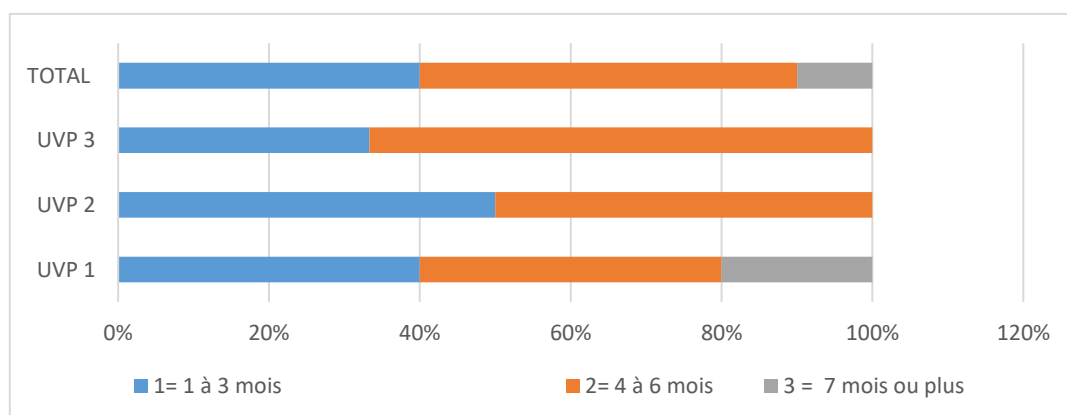
Sur les 24 dossiers médicaux étudiés, 2 résidents ont dans leur prescription une association de deux neuroleptiques.

Dans 96% des cas, le traitement est prescrit au titre systématique (tableau 3).

## D. Réévaluation

### 1. Prescription initiale faite avant l'entrée en UVP

Graphique 6 : Intervalle de temps entre l'entrée du résident en UVP et la réévaluation de la prescription (%)



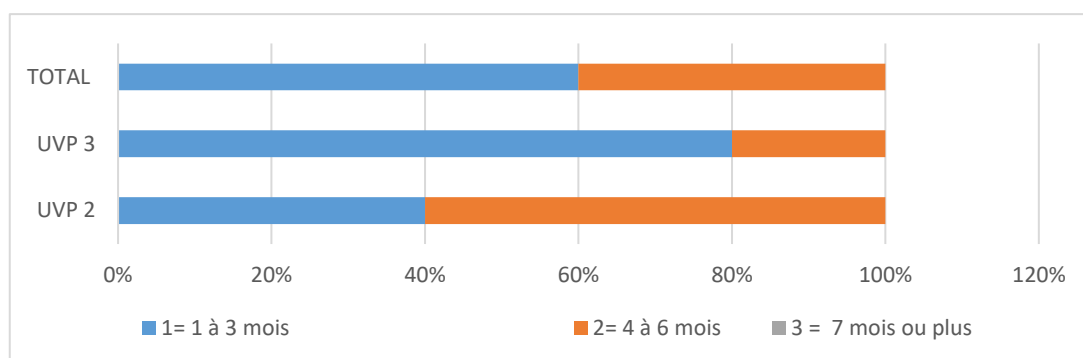
Notre enquête indique, qu'en cas de prescription antérieure à l'admission en UVP du traitement neuroleptique, une réévaluation du traitement est effectuée lors de l'entrée du résident au sein de l'UVP dans la totalité des cas (100%).

L'intervalle de temps entre l'admission du résident et la réévaluation est de moins de 3 mois dans 40% des cas et moins de 6 mois dans 90% des cas (entre 4 et 6 mois dans 50% des cas).

Pour le reste cela a été fait au-delà de 7 mois.

## 2. Prescription initiale faite au sein de l'UVP

*Graphique 7 : Intervalle de temps entre la prescription initiale et sa réévaluation (%)*



Lorsque le traitement neuroleptique a été initié à l'UVP, notre enquête a montré que la réévaluation du traitement n'a jamais été réalisée dans près de 30% des cas (29%).

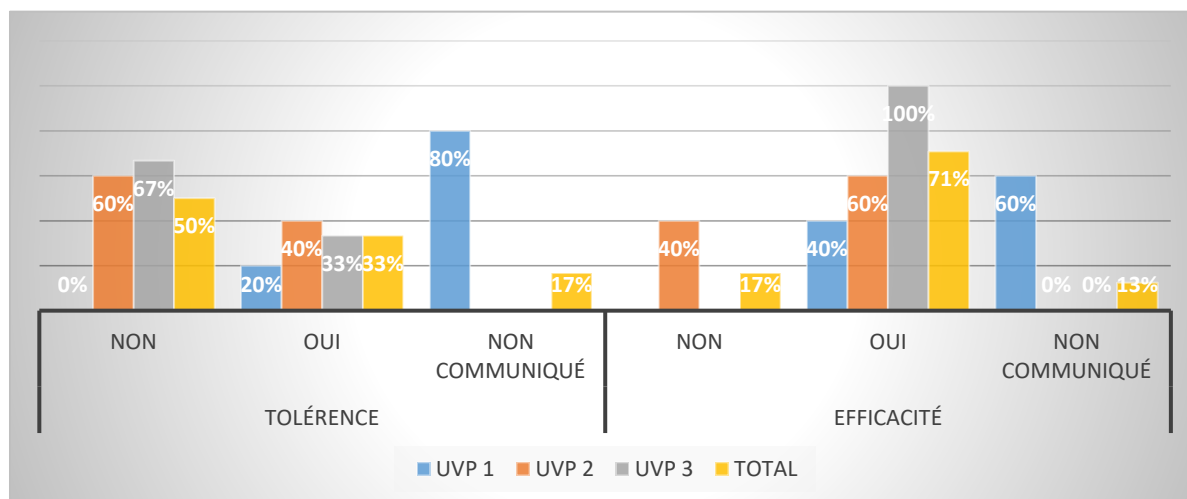
L'intervalle de temps entre la prescription et la réévaluation, lorsque celle-ci a été réalisée, a été faite à moins de 3 mois dans 60% des cas et entre 4 à 6 mois dans 40% des cas.

Notons que l'UVP 1 n'est pas pris en compte car l'ensemble de ses prescriptions avaient été faites en amont de l'entrée.

## E. Traçabilité

### 1. Observation médicale

Graphique 8 : Observations médicales concernant la tolérance et l'efficacité du traitement (%)



Il existe une disparité sur la présence d'une observation médicale au dossier du résident concernant la tolérance ou l'efficacité.

La moitié des résidents n'ont aucune information médicale concernant la survenue d'éventuels effets secondaires et 33% possèdent une observation médicale à ce sujet.

Remarquons qu'il y a 17% de dossiers où l'information n'est pas communiquée. Ceci correspond aux résidents de l'UVP 1 dont le traitement a été instauré avant leur entrée. Cela peut expliquer des difficultés pour avoir certaines informations.

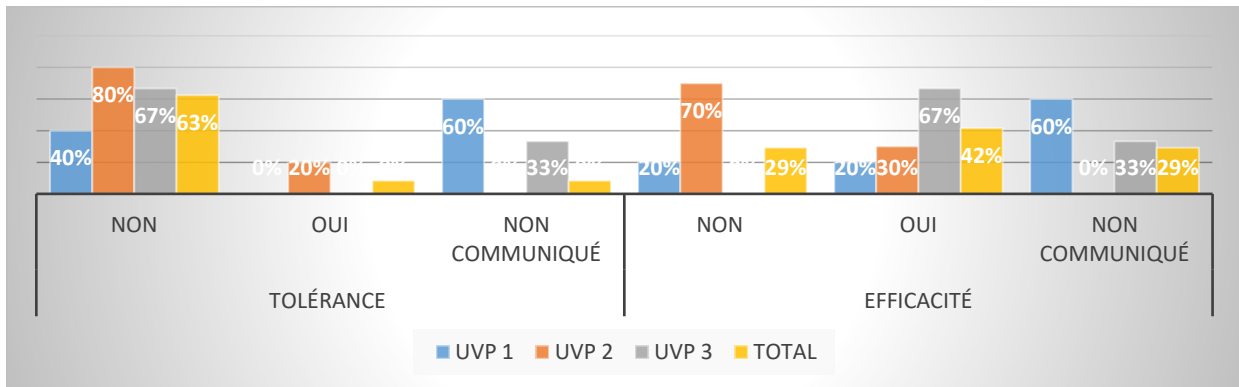
A contrario il semble plus facile de trouver une observation médicale concernant l'efficacité du traitement avec 71% de dossiers qui en possèdent une.

### 2. Transmissions paramédicales

Tableau 4 : Présence d'observations paramédicales dans le dossier sur les symptômes psychocomportementaux avant l'instauration du traitement neuroleptique (%)

	UVP 1 n = 5	UVP 2 n = 10	UVP 3 n = 9	TOTAL
<b>NON n (%)</b>	1 (20)	0 (0)	0 (0)	<b>1 (4)</b>
<b>OUI n (%)</b>	1 (20)	10 (100)	7 (78)	<b>18 (75)</b>
<b>Non communiqué n (%)</b>	3 (60)	0 (0)	2 (22)	<b>5 (21)</b>

**Graphique 9 : Traçabilité paramédicale concernant la tolérance et l'efficacité du traitement (%)**



Concernant la traçabilité paramédicale, nous remarquons tout d'abord que la présence de transmissions faites en amont de l'instauration du traitement est de 75% (tableau 4). Une majorité de dossiers tracés est observée dans les UVP 2 et 3.

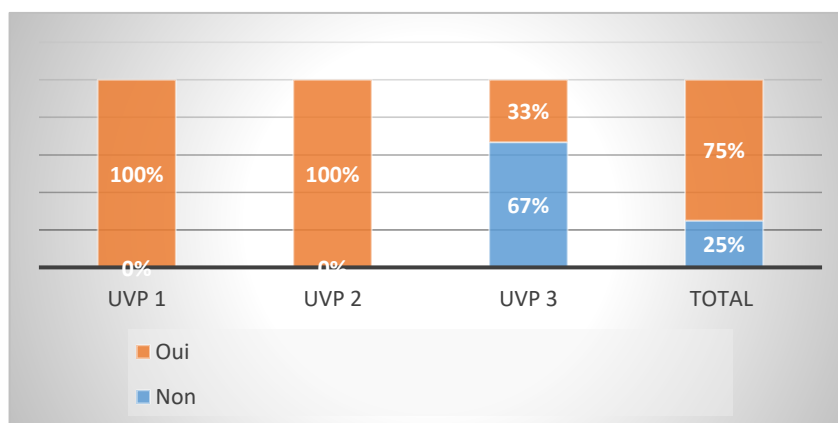
Pour l'UVP 1 il y a 60% de « non communiqué » du fait que 100% des prescriptions ont été réalisées avant l'entrée. Ses résidents venant d'un autre EHPAD, de l'hôpital ou de leur domicile, il est rare qu'ils soient transférés avec ce type d'informations.

Quand nous regardons la traçabilité après l'instauration du traitement, il existe très peu de transmissions concernant la tolérance (8%) et peu de transmissions concernant l'efficacité (42%).

Néanmoins ces résultats sont très différents selon les UVP. Pour l'UVP 1, le problème lié aux prescriptions faites en amont est toujours présent et donc on remarque toujours un nombre important de « non communiqué » (60%). Pour l'UVP 2, que ce soit pour les effets indésirables ou l'efficacité, les professionnels ne tracent pas en grande majorité avec plus de 70% de dossiers non tracés. Pour l'UVP 3, la tolérance du traitement n'est pas renseignée dans 67% des cas néanmoins l'efficacité au contraire est renseignée pour 67% des dossiers.

## F. Interventions Non Médicamenteuses

**Graphique 8 : Présence d'INM associées à la prescription de neuroleptique (%)**



Nous observons que la mise en place d'INM associées aux thérapeutiques est faite de façon unanime pour l'UVP 1 et 2, et reste très minoritaire au sein de l'UVP 3.

Nous pouvons constater que plus les UVP utilisent les INM, plus le pourcentage de résidents sous neuroleptique est faible. Dans les UVP 1 et 2, qui se sont emparés des INM, le taux de résidents sous neuroleptique est de 35% et 38%. L'UVP 3, qui n'utilise pas les INM, a un taux beaucoup plus élevé de prescription de neuroleptique, avec 45% des résidents traités par cette famille de médicaments.

## IV. Discussion

---

Nous avons réalisé une étude dans 3 EHPAD sur un échantillon de 24 résidents traités par neuroleptique au sein des UVP de ces établissements.

Dans ces 3 UVP confondus, il y a 39% de résidents sous neuroleptiques.

En matière de répartition, le ratio homme/femme est comparable dans tous les UVP, avec une grande majorité de femmes (92%), du fait d'une espérance de vie plus élevée des femmes que des hommes. S'ajoute à cela le fait que notre population-cible est traité par des neuroleptiques et souffre par conséquent de troubles neurologiques/psychiatriques.

D'après l'INSEE, les femmes présenteraient plus de maladies ou problèmes neurologiques et psychiatriques que les hommes<sup>14</sup>.

L'âge moyen des résidents de nos UVP est de 86,4 ans, superposable aux données de l'enquête EHPA 2019<sup>15</sup>, et l'ancienneté de séjour des résidents est en moyenne de 2 ans.

A ce niveau il existe des disparités. L'UVP 1 ayant une population beaucoup plus vieillissante (90 ans) avec une ancienneté très courte (moins de 1 an) alors que l'UVP 2 présente une ancienneté beaucoup plus longue (presque 3 ans) et l'UVP 3 une population plus jeune (83 ans).

En France, la durée moyenne de séjour des résidents diminue progressivement selon les enquêtes.

Les données des trois EHPAD montrent que le GIR moyen des résidents des UVP est de 2 dans près de 2/3 des cas (67%) du fait notamment de la perte des capacités cognitives et des troubles psychocomportementaux.

---

<sup>14</sup> Insee Références, édition 2018 - Éclairage - État de santé et dépendance des seniors

<sup>15</sup> DREES • Études et Résultats • juillet 2022 • n° 1237 • Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées



## A. Etiologie des troubles neurocognitifs majeurs et typologie des symptômes psychocomportementaux

### 1. Constat

Premièrement, nous constatons dans notre étude que les résidents sous neuroleptique souffrent de TNC majeurs à hauteur de 88% et que la forme la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer (46%).

Ceci est en total corrélation avec l'alerte donné par l'HAS concernant une surprescription des neuroleptiques chez les patients Alzheimer. L'usage de neuroleptique dans ce cas est déconseillé et serait « *source d'une sédation excessive et d'une iatrogénèse sévère avec une augmentation des accidents vasculaires cérébraux et une surmortalité* »<sup>16</sup>.

Leurs prescriptions sont d'ailleurs considérées comme un indicateur d'alerte dans le programme AMI-Alzheimer car même si elles s'avèrent appropriées dans certains cas, elles nécessitent une évaluation de leur pertinence.

Ensuite, notre étude nous permet également d'observer que 90% des résidents souffrent de troubles neurocognitifs.

Parmi eux, les symptômes psychocomportementaux prédominants sont l'agitation et l'agressivité (67 %). Or les neuroleptiques sont indiqués dans ce cas uniquement si ces symptômes sont issus d'une psychose et non d'une maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

En grande majorité, l'utilisation de techniques de soins appropriées ou d'INM permettrait d'éviter le recours aux neuroleptiques.

Notre dernier constat est que dans les UVP 2 et 3, il y a 63% des résidents présentent des antécédents de troubles psychiatriques et que certains résidents cumulent antécédents psychiatriques et maladie d'Alzheimer. La pathologie prédominante est la dépression (46%).

D'après l'HAS, il est primordial que des causes psychiatriques soient recherchées notamment un épisode dépressif ou anxieux actuel ou une décompensation d'une maladie psychiatrique qui peuvent eux aussi se manifester par des troubles du comportement.

### 2. Diagnostic

La démarche diagnostic pour l'instauration d'un neuroleptique nécessite donc une anamnèse rigoureuse de l'état de santé physiologique et psychologique du résident. Ceci permettant d'identifier avec précision la nature des symptômes psychocomportementaux et ainsi adapter la prise en soin.

Pour évaluer ces symptômes, l'outil recommandé à domicile est le NPI et en institution le NPI-ES.

---

<sup>16</sup> Dossier de presse : Limiter la prescription de neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer. HAS, 2009

### **a) Le NPI et NPI-ES**

Il s'agit d'un outils d'évaluation permettant d'objectiver la fréquence et l'intensité des troubles comportementaux d'une personne. Il est composé de 12 symptômes très fréquemment présents dans la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

Selon l'HAS<sup>17</sup>, « *Le but de l'inventaire neuropsychiatrique est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence* ».

Le NPI version pour équipe soignante a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. Le NPI-ES peut-être utilisé par un évaluateur externe qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe mais peut aussi être utilisée par un membre de l'équipe soignante ».

Dans notre recueil de données, nous avons détaillés les 12 items du NPI et non le résultat.

En effet, quel que soit l'UVP, le NPI était fait seulement pour une minorité des résidents. Il ne pouvait donc pas être analysé de manière pertinente.

Nous ne pouvons qu'extrapoler sur cette absence d'évaluation. Manque de temps psychologue et de l'équipe encadrante ? Manque de formation de cet outil ?

Il semblerait donc pertinent d'instaurer le NPI-ES quitte à le protocoliser sur le Plan Personnalisé du Résident. Cela permettrait une réévaluation à bon escient, et à minima une fois par an, du NPI-ES et valoriserait le soignant dans son rôle de Référent Résident.

L'Infirmière Coordinatrice serait bien évidemment garante du suivi et du bon remplissage des données et veillerait à ce que les transmissions soient complètes, quotidiennes et de qualité.

### **b) Transmissions et traçabilité**

Tous d'abord, il est indispensable que l'indication ayant entraîné la mise en place de la prescription de neuroleptique soit mentionné au dossier médical.

Pourtant, nous constatons qu'elle n'est pas présente dans 20% des dossiers des résidents entrant avec une prescription de neuroleptique. Ceci pourrai engendrer des difficultés lors de la réévaluation.

En revanche concernant les prescriptions réalisées au sein des UVP, le taux de présence d'une indication est de 100%.

Ensuite, s'il est nécessaire de prescrire un neuroleptique, la traçabilité des signes post introduction du traitement est également essentielle.

Or, nous remarquons, d'après nos résultats, qu'il semble plus facile d'avoir des transmissions lorsque l'instauration du traitement est faite dans les UVP.

A contrario, les dossiers des résidents entrant en UVP sont pauvres en éléments concernant les symptômes psychocomportementaux ayant induit la prescription de neuroleptique.

---

<sup>17</sup> Inventaire neuropsychiatrique – version équipe soignante (NPI-ES). HAS, 2000

C'est là que rentre en jeu la formation des soignants sur l'importance de la traçabilité des transmissions écrites.

### c) Rôle de l'IDEC et formation du personnel

Il est du devoir de l'IDEC de s'assurer que, outre l'infirmière, les soignants soient informés de la mise en place d'un traitement neuroleptique.

Etant au quotidien avec les résidents, ce sont eux qui sont le plus à même à détecter la survenue de trouble du comportement ainsi que les signes de l'efficacité du traitement lors de son instauration.

Chaque année, un plan de formation est prévu par les établissements. Il est essentiel que l'IDEC connaisse les lacunes de chaque soignant afin de lui proposer la formation adaptée à ses besoins.

Celle-ci peut être autant sur les troubles du comportement que sur l'importance de la traçabilité ou encore l'utilisation du logiciel « Netsoin ».

## B. Traitements non-médicamenteux

Les RBP incitent à utiliser les techniques de soins et les interventions non-médicamenteuses avant toute prescription d'un neuroleptique.

**Les techniques de soins** : elles peuvent permettre de prévenir le déclenchement ou la majoration des troubles et d'éviter le recours à des traitements médicamenteux. Il s'agit d'attitudes de soins et de communication.

**Les interventions non-médicamenteuses** : éléments importants dans la prise en charge des troubles du comportement, elles peuvent être classées selon 5 catégories :

- Environnement : jardin thérapeutique, zoothérapie
- Approches sensorielles : musicothérapie, aromathérapie, snoezelen
- Stimulations cognitives : stimulation cognitive, orthophonie
- Approches occupationnelles : lecture journal, activité manuelle, promenade
- Approches psycho-sociales : art-thérapie, atelier loisir, thérapie familiale

Vu que seulement deux UVP pratiquent les INM, nous n'avons pas développés ceux-ci mais il nous a semblé pertinent de faire une synthèse de leurs actions.

- L'UVP 1 travaille avec tous les corps de métier (pharmacienne, IDEC, MedCo, psychologue, infirmières, soignants de jour et de nuit) pour mettre en place l'aromathérapie. Cela a nécessité une formation interne de plusieurs jours. Les aides-soignants sont formés aux techniques de soins et aux 5 types d'INM et essayent de les pratiquer au quotidien. La mise en place d'un jardin thérapeutique est en cours d'élaboration.
- L'UVP 2 pratique les INM. Cependant, ce sont les paramédicaux (kiné, orthophoniste,..) autres que les aides-soignants qui s'en occupent.

- L'UVP 3 a essayé d'impliquer les soignants dans les techniques de soins mais le Turn Over de ceux-ci n'a pas permis qu'ils s'en emparent.

De plus, la relation pourcentage de résidents sous neuroleptique avec l'utilisation des INM dans les 3 UVP étudiés est assez frappante. On constate que plus les INM sont utilisées au quotidien, plus le taux de résidents sous neuroleptique est faible.

Il paraît donc primordial que l'IDEC et le MedCo impulse l'utilisation des traitements non médicamenteux aux soignants et convaincre le médecin traitant du résident de leurs bienfaits. Cela demande de l'énergie et de la formation.

## C. Traitement médicamenteux : les neuroleptiques

### 1. Quand prescrire ?

Tout d'abord, il est recommandé que les psychotropes dont les neuroleptiques ne soient prescrits qu'en dernier recours après échec de toute tentative de traitements non médicamenteux ou en cas d'urgence. D'après l'HAS : « *Les psychotropes peuvent être utilisés lorsque les techniques de soins appropriées sont d'efficacité insuffisante, notamment quand la sévérité des troubles du comportement met en danger le patient, altère son fonctionnement, ou est une menace ou une source importante de souffrance pour son entourage* <sup>18</sup> ».

De plus, il est recommandé d'évaluer le rapport bénéfice/risque en tenant compte des nombreux effets secondaires parfois graves. Il est important que le résident ou le proche aidant soit informé de ce bénéfice/risque.

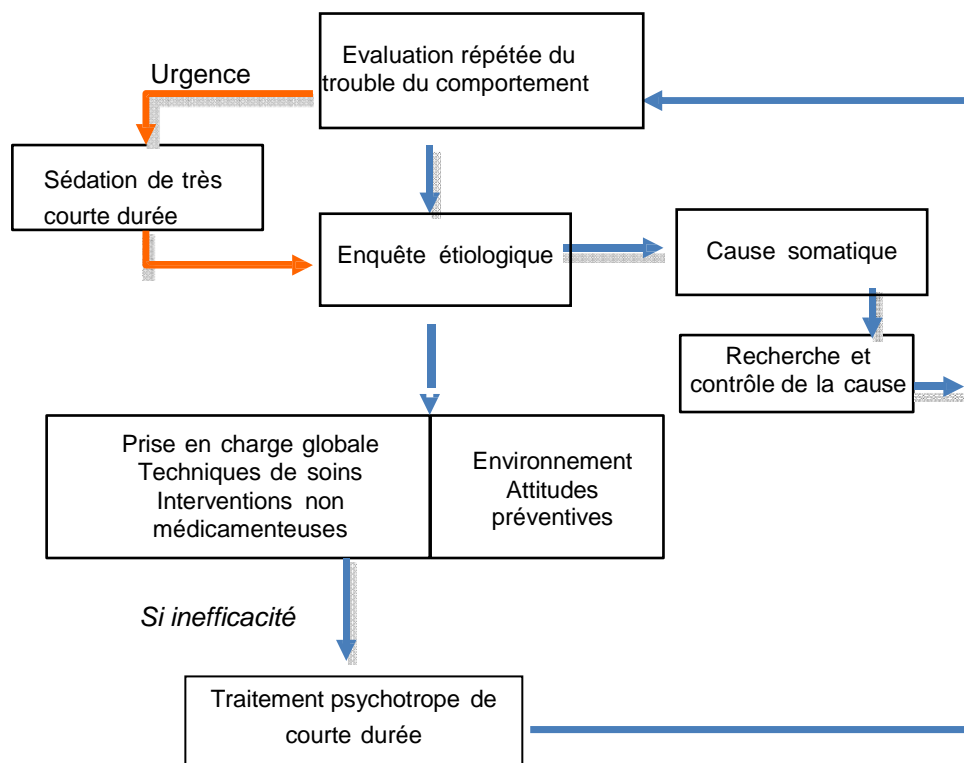
Enfin, avant tout instauration du traitement et devant l'apparition d'un trouble du comportement, il est indispensable de rechercher et éliminer :

- Une cause somatique : douleur, fécalome, globe vésical, infection... Elle peut être identifiée par un examen clinique et complétée par des examens paracliniques. La recherche de facteurs iatrogènes est aussi privilégiée en cas de polymédication
- Une cause psychiatrique : épisodes dépressif, épisode anxieux ou décompensation d'une pathologie psychiatrique
- Des facteurs déclenchants : changement de lieu de vie, évènements, conflits...

L'HAS a réalisé un arbre décisionnel à destination des professionnels de santé face à des troubles du comportement perturbateur.

---

<sup>18</sup> Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, Prise en charge des troubles du comportement perturbateur. HAS, 2009



## 2. Quelle molécule prescrire ?

De façon générale, les neuroleptiques de 2<sup>d</sup> génération doivent être privilégiés à ceux de première génération du fait d'une meilleure tolérance. C'est le cas pour l'intégralité des prescriptions dans notre étude (*graphique 5*).

Il est recommandé de choisir le produit en fonction du type de démence ainsi que des symptômes cibles d'où l'importance de leur identification.

Notre étude révèle que le Risperidone est le traitement utilisé en large majorité au sein des 3 UVP. Cette molécule peut, en dernier recours, être utilisée dans la maladie d'Alzheimer sous certaines conditions : « *La Risperidone est indiquée dans le traitement de courte durée (jusqu'à 6 semaines) de l'agressivité persistante chez les patients présentant une démence d'Alzheimer modérée à sévère ne répondant pas aux approches non-pharmacologiques et lorsqu'il existe un risque de préjudice pour le patient lui-même ou les autres* <sup>19</sup> ».

Les délais de réévaluation importants et le manque d'usage des INM montrent que ces conditions ne sont pas toujours remplies et posent la question de la pertinence de ces prescriptions.

<sup>19</sup> Commission de la transparence : Risperdal. HAS, février 2014

### 3. Qui doit prescrire ?

Tout médecin quel que soit sa spécialité peut prescrire ou reconduire un traitement neuroleptique. Au sein de notre étude, nous avons observé que dans la majorité des cas c'était le médecin traitant qui était à l'origine de l'introduction du traitement.

Les résultats ont montré que le médecin demandait l'avis d'un spécialiste en amont de la prescription initiale dans seulement 50% des cas sur l'ensemble des UVP. Or, cela pourrait être d'une grande aide dans l'établissement du diagnostic des troubles neurocognitifs, des troubles comportementaux et des préconisations de prise en charge.

D'après l'HAS « *Il est recommandé de demander l'avis d'un autre professionnel spécialisé (psychiatre, psychologue, neurologue, gériatre) en cas de comportement difficile à gérer ou à risque d'aggravation à court terme, de désadaptation à l'environnement, de danger pour le patient ou pour autrui* <sup>20</sup> ».

De plus, il existe une réelle disparité entre les différents UVP sur la demande d'avis ou non. On peut émettre l'hypothèse que l'accès aux partenariats extérieurs joue un rôle majeur dans cette demande. On a constaté que les UVP 1 et 3 qui ne demandent pas d'avis en grande majorité avaient des difficultés de placement en UCC et ne bénéficiaient ni d'équipe mobile gériatrique et ni d'équipe mobile psychiatrique (UVP 1).

Dans ce contexte, il semble donc important que l'IDEC et le médecin coordonnateur développent un réseau autour de leur EHPAD afin de s'ouvrir à des partenariats extérieurs que ce soit en termes de structure d'accueil (UCC, UHR...), d'équipe mobile (EMG, EMP...), ou encore par des consultations de télémedecine. Ceci étant une réelle aide dans la prise en charge des patients atteints de troubles neurocognitifs et des troubles du comportement associé.

### 4. Comment prescrire ?

Lorsque la décision d'instaurer un traitement a été envisagée, il est indispensable de respecter certaines règles de prescription selon l'HAS :

- ✓ Documenter, identifier et quantifier les cibles symptomatiques choisies et les impacts attendus avant d'instaurer le traitement
- ✓ Evaluer systématiquement le risque d'évènement cérébro-vasculaire, cardiaque (ECG en amont), neurologiques, cognitifs et métabolique (bilan sanguin)
- ✓ Privilégier la monothérapie
- ✓ Démarrer à petites doses, en augmentant prudemment par paliers et maintenir le traitement à la dose efficace la mieux tolérée
- ✓ Prescrire pour une durée très limitée
- ✓ Choisir la forme galénique en fonction de l'acceptation du résident si possible, la voie d'administration privilégiée doit être per os
- ✓ Ne modifier qu'un seul traitement à la fois si association

---

<sup>20</sup> Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, Prise en charge des troubles du comportement perturbateur. HAS, 2009

- ✓ Réévaluer systématiquement la tolérance physique, neurologique et cognitive ainsi que l'efficacité (nous développerons ce point par la suite)
- ✓ Arrêter le traitement si l'état clinique le permet ou dès que les autres mesures thérapeutiques sont devenues efficaces.

## D. Suivi thérapeutique

### 1. Surveillance de la tolérance<sup>2122</sup>

Tout comme des recommandations existent lors de l'instauration d'une thérapeutique par neuroleptique, un certain nombre de surveillances sont elles aussi recommandées dans le but de réajuster ou d'arrêter le traitement le cas échéant.

#### a) Bilan Biologique<sup>2324</sup>

Un suivi d'un bilan biologique régulier est nécessaire durant la durée du traitement.

Les bilans sanguins qui seront réalisés, durant ce laps de temps, auront pour point de comparaison, les résultats du bilan fait avant l'introduction du traitement par neuroleptique.

Les éléments biologiques à surveiller :

- ✓ **La NFS avec le décompte plaquettaire**, permet d'identifier une éventuelle toxicité hépatique pouvant être imputable au traitement.
- ✓ **Le bilan hépatique et rénal**, outre le fait qu'ils aient une incidence sur la posologie en lien avec la fonction hépatique et ou rénale lors de l'introduction du traitement, ils permettent aussi de détecter une éventuelle toxicité du traitement par une mauvaise élimination de celui-ci.
- ✓ **Le ionogramme et plus spécifiquement la kaliémie** est un élément important à surveiller, notamment le risque de problématique cardio vasculaire (arrêt du traitement si survenue d'une hypokaliémie).
- ✓ **La glycémie** est recommandée, lors de l'instauration de certains neuroleptiques pouvant déclencher un diabète chez des personnes ayant une prédisposition à celui-ci, Principalement pour les résidents traités par Clozapine ou Olanzapine.

La surveillance paramédicale et plus particulièrement infirmière, qu'elle soit de son rôle propre ou bien de son rôle prescrit, permet d'obtenir des éléments factuels.

<sup>21</sup> Les neuroleptiques surveillance infirmière. Centre ressource autisme, 2016

<sup>22</sup> Psychotropes et sujet âge : guide de prescription et d'administration, Omedit Pays de la Loire, 2015

<sup>23</sup> Mise en place et suivi d'un traitement neuroleptique en pédopsychiatrie : Mesures préalables à la médication neuroleptique. Luis Alvarez, dans La psychiatrie de l'enfant 2003 vol 46

<sup>24</sup> Antipsychotiques : les points essentiels. Site Pharmacomédical.org, 2022

## b) Paramètres vitaux et surveillance

Les éléments de mesure à surveiller sont :

- ✓ **La température** : l'hyperthermie supérieur à 38° est le premier signe pouvant être évocateur d'un syndrome malin des neuroleptiques associé à d'autres symptômes, telle que la tachypnée, un état de choc avec pâleur, sueur, hypotension, tachycardie, la confusion voire le coma, il s'agit là d'une urgence vitale,
- ✓ **La fréquence cardiaque**, permettant de détecter une anomalie du rythme,
- ✓ **La tension**, qui peut être demandée par le médecin, notamment lors d'une recherche d'hypotension orthostatique (facteur de risque de malaise et de chute),
- ✓ **Le poids**, les neuroleptiques entraînent une augmentation de l'appétit, la prise de poids peut avoir un impact délétère si l'indice de masse corporel est au-dessus de 25,

D'autres éléments cliniques sont également à surveiller :

- ✓ **Surveillance mictionnelle**, la dysurie ou l'anurie pouvant être évocatrice d'une rétention aigue d'urine celle-ci peut être douloureuse et conduire à un état confusionnel ainsi qu'à une agitation, et dans les cas les plus extrêmes un claquage de vessie est possible si elle n'est pas vidangée,
- ✓ **Surveillance du transit**, la constipation pouvant être à l'origine d'un inconfort pour le résident, celle-ci peut être manifestée par une agitation, des douleurs abdominales. Le risque majeur d'une constipation non détectée est le syndrome occlusif.
- ✓ **Surveillance de symptômes extrapyramidaux**, se manifestant par des tremblements au repos, une akinésie ou une hypertonie.
- ✓ **Surveillance d'un effet paradoxal**, qui engendre chez le résident un effet contraire à ce qui est attendu.
- **Surveillance de l'état de vigilance**, la somnolence et la sédation, peuvent engendrer des effets à plusieurs niveaux, une diminution de la prise alimentaire et hydrique pouvant entraîner une dénutrition et une déshydratation, le risque de fausse route notamment lors de la prise alimentaire et hydrique, un retentissement sur le lien social, et risque de chute.
- ✓ **Surveillance d'une réaction allergique**, réactions cutanées, symptômes digestifs, symptômes respiratoires, œdème de Quincke, choc anaphylactique.
- ✓ **Analyse des chutes et signalement au médecin**, notamment s'il y a une apparition ou une augmentation de celles-ci depuis l'introduction du traitement

## 2. Réévaluation<sup>25</sup>

Dans la littérature parcourue sur les neuroleptiques, il est recommandé d'évaluer le résident 24 à 48h maximum post introduction du traitement et d'en surveiller la tolérance et l'efficacité.

Lors de cette évaluation, si le traitement doit être prolongé, celui-ci doit être reconsidéré plusieurs fois par jour, pas seulement par le médecin mais aussi par l'ensemble de l'équipe qui a en charge le résident.

---

<sup>25</sup> Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, Prise en charge des troubles du comportement perturbateur. HAS, 2009



Ces recommandations, transposées à nos résultats sur la réévaluation, montrent une réalité qui ne colle pas tout à fait à celles-ci.

Dans le premier cas de figure nous parlons des prescriptions instaurées avant l'entrée dans les UVP participant à l'étude. Nous n'avons donc pas connaissance de période d'évaluation ou réévaluations. Cependant, nous pouvons observer, que lors de l'entrée en institution 100% des prescriptions sont réévaluées. La période de réévaluation par le médecin, se situe entre 4 à 6 mois avec un pourcentage total pour les 3 établissements de 50%.

Dans le second cas de figure, les prescriptions ont été introduites à l'UVP. Nous n'avons pas d'évaluation à moins d'un mois, mais le temps de réévaluation est plus court 1 à 3 mois à près de 60% au total.

Le temps de présence médicale peut-il avoir une incidence sur le taux de réévaluation ?

En effet, si l'on observe spécifiquement l'UVP 3, celui-ci a un taux de réévaluation de 80%. Cela pourrait s'expliquer du fait que le médecin prescripteur est également le médecin traitant de nombreux résident et son temps de présence est assez conséquent (3 jours par semaine).

### 3. Traçabilité et transmissions

Lors de l'étude, nous constatons que la traçabilité sur l'efficacité du traitement représente 42% de l'ensemble des 3 établissements contre seulement 8% de traçabilité paramédicale sur la tolérance.

Nous pouvons mettre en lien le taux de traçabilité paramédicale en amont du traitement et celle de son efficacité. Dans les 2 cas il s'agit de tracer les signes ou symptômes ayant un impact sur la prise en charge du résident.

La traçabilité des paramédicaux dans le dossier de soin du résident est importante de jour comme de nuit. Celle-ci est d'autant plus essentielles lors d'une primo prescription par neuroleptique, car les effets sur le résident sont inconnus.

Les éléments recueillis ci-dessus, et plus spécifiquement le pourcentage de traçabilité de la tolérance, soulèvent deux questions :

- Le manque de traçabilité est-il dû à un manque de formation sur ce type de traitement et les surveillances qui en découlent ?
- Comment l'IDEC peut-elle y remédier ?

Sachant qu'un manque de connaissance entrave les bonnes pratiques et la traçabilité, l'IDEC doit être certaine que tous les soignants connaissent les risques encourus lors de l'administration d'un neuroleptique et sachent les identifier.

Pour cela la mise en place de formation co-animée par le Médecin coordonnateur et l'IDEC auprès de tous les paramédicaux pourrait améliorer la transcription des données dans le dossier médical.

## E. Forces et limites de l'étude

Les points forts de notre étude sont :

- ✓ Qu'elle a été réalisée avec des professionnels de santé de différents EHPAD. Cela a permis de comparer des structures avec des pratiques diverses et variées.
- ✓ Qu'elle nous a permis, au vu des problématiques repérées lors de la mise en place du traitement, de sa réévaluation et du suivi des effets indésirables, de créer une Check-List à destination des professionnels de santé qui pourra être utilisée au sein des EHPAD sous forme de protocole. (**Annexes 1, 2 et 3**)

Il existe différentes limites à notre travail de recherche :

- ✓ La taille de l'échantillon est faible et limitée à 24 résidents seulement, ce qui réduit l'extra-polarité des résultats à l'ensemble des UVP Français.
- ✓ Certaines prescriptions ont été faites hors des UVP étudiées ce qui n'a pas permis de recueillir l'ensemble des éléments recherchés
- ✓ Certaines données mériteraient d'être approfondies pour déterminer les causes de certaines disparités entre les UVP comme par exemple la présence ou non d'INM en fonction des formations reçues par le personnel, la demande d'avis d'un spécialiste en fonction des différents partenaires extérieurs ou encore l'influence du temps de présence des différents professionnels (médecins, ide, psychologue...) sur la prise en charge des résidents sous neuroleptiques ...
- ✓ La Check List n'a pu être testée dans nos EHPAD par manque de temps. Faire une évaluation de celle-ci aurait permis de pouvoir apporter des modifications.

## V. Perspective d'amélioration

---

Ce travail de recherches nous a permis non seulement de faire un état des lieux de la pertinence des prescriptions de neuroleptique dans nos EHPAD, en particulier au sein de nos UVP, mais également d'améliorer nos pratiques professionnelles au sein de nos structures actuelles ou futures. Il nous a également permis de faire émerger le rôle de la profession d'IDEC et les actions qui pourraient être mises en place auprès des équipes.

Voici une liste de ces actions :

- ✓ Réévaluation de l'ensemble des prescriptions de neuroleptique dans l'intégralité de nos EHPAD avec le médecin coordonnateur ou le médecin traitant
- ✓ Validation de la check liste que nous avons réalisée auprès de la direction et du médecin coordonnateur. Celle-ci pourrait être utilisée à une plus grande échelle pour tous les professionnels qui seraient intéressés.  
Par ailleurs, elle pourrait également faire l'objet d'un travail pour dans un premier temps améliorer son contenu mais aussi sa forme.  
En effet elle pourrait être présentée sous forme papier mais elle pourrait tout aussi bien être intégrée au logiciel de soin avec des alertes qui apparaîtraient au moment de la prescription comme il existe déjà pour certaines thérapeutiques.

- ✓ Réaliser un état des lieux concernant les connaissances des équipes soignantes sur différents sujets : troubles du comportement, INM, surveillance des neuroleptiques puis réaliser des formations avec les professionnels compétents (médecin coordonnateur, psychologue, psychomotricienne ...).

## VI. Conclusion

---

La pertinence des prescriptions de neuroleptique en EHPAD constitue donc un véritable enjeu de santé publique. En effets, les autorités ont tiré la sonnette d'alarme depuis quelques années sur les effets néfastes des neuroleptiques, notamment avec la survenue de nombreux événements indésirables et problèmes de iatrogénie induits par leurs effets secondaires majeurs.

Ceci étant causé par une surprescription et un usage délétère en particulier dans la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Dans ce contexte, de nombreuses recommandations de bonne pratique et divers programmes ont donc été mis en place dans le but de diminuer le nombre de ces prescriptions.

Au travers notre étude nous avons donc évalué nos pratiques professionnelles à travers une analyse des prescriptions de neuroleptique.

Nous avons pu constater, grâce à nos résultats et des divers recommandations professionnelles, qu'il était primordial d'intervenir à différents moments de la prescription.

- **En amont** : éviter la prescription non appropriée en faisant un diagnostic de la situation en termes de bénéfique/risque et une évaluation des pathologies et des troubles du comportement associé. Mais aussi en appliquant les bonnes pratiques professionnelles sur les alternatives non-médicamenteuses.
- **Pendant** : réaliser une prescription adaptée (choix de la molécule, posologie...) en s'appuyant sur les diverses recommandations
- **Après** : assurer une surveillance rapprochée de la tolérance et de l'efficacité et faire une réévaluation régulière de la pertinence de la prescription

Enfin c'est dans ce contexte que nous avons fait émerger l'importance du travail en équipe autour de cette problématique et en particulier du binôme médecin coordonnateur - infirmière coordinatrice.

L'IDEC ayant pour rôle d'assurer la formation des équipes soignantes ainsi que de l'évaluation et de la mise en place des recommandations de bonnes pratiques autour de la prise en charge des patients sous neuroleptiques.

## VII. Résumé

---

Nous nous sommes posées la question dans le cadre de notre mémoire de la bonne utilisation des psychotropes et plus précisément de l'indication de neuroleptiques chez le sujet âgé au sein des EHPAD.

Nous avons donc procédé à une enquête transversale, rétrospective et comparative des données de trois Unités de Vie Protégée.

L'objectif étant de savoir si les pratiques de terrain reflètent les recommandations de bonnes pratiques des autorités de santé.

Nous avons remarqué que le trouble neurocognitif principal commun aux trois UVP était la maladie d'Alzheimer et que les troubles comportementaux étaient en majorité l'agitation/agressivité suivi de l'anxiété.

Cependant, une disparité très importante s'est établie concernant la proportion de résident ayant des troubles psychiatriques (ce qui peut nécessiter des neuroleptiques) ainsi que l'utilisation des traitements non médicamenteux.

Statiquement plus l'UVP utilise d'INM plus son pourcentage de résidents sous neuroleptique est faible. Cela fait sens aux recommandations de l'HAS qui préconisent l'introduction de neuroleptique si l'utilisation des INM se révèlent inefficaces.

Concernant l'évaluation du traitement neuroleptique, qu'elle soit médicale ou paramédicale, l'efficacité était plus largement référencée que la tolérance.

L'IDEC, en collaboration avec le MEDCO, doit veiller à ce que les transmissions écrites soient adaptées aux comportements du résident et que les soignants soient informés de la mise en place d'un neuroleptique ainsi que de ses effets secondaires potentiels, dans le but de faire remonter des informations pertinentes nécessaires à la réévaluation.

De part certains résultats obtenus, un guide de surveillance pré et post introduction de neuroleptiques peut accompagner l'information des soignants.

L'IDEC est présente pour inciter le médecin traitant et l'équipe à remplir ce guide.

Dans l'idéal, cet outil pourrait être intégré au logiciel de l'établissement pour être un appui de prescription et de soins.

L'IDEC a donc un rôle primordial dans le suivi de ses équipes autant dans le plan de formation qu'au quotidien.

## VIII. Abstract

---

As part of our dissertation, we asked ourselves the question of the correct use of psychotropic drugs and, more specifically, the indication of neuroleptics in elderly patients in nursing homes.

We therefore conducted a cross-sectional, retrospective, and comparative survey of data from three Protected Living Units.

The was to find out whether practices in the field reflected the recommendations for good practice issued by the health authorities.

We found that the main major neurocognitive disorder common to all three PLUs was Alzheimer's disease, and that the behavioural disorders were mainly agitation/aggression followed by anxiety.

However, there was considerable disparity in the proportion of residents with psychiatric disorders (which may require neuroleptics) and in the use of non-drug treatments.

Statically, the more non-drug treatment a PLU uses, the lower the percentage of residents on neuroleptics. This is in line with HAS recommendations, which recommend the introduction of neuroleptics if the use of non-drug treatment proves ineffective.

Regarding the evaluation of neuroleptic treatment, whether medical or paramedical, efficacy was more widely referenced than tolerance.

The coordinating nurse, in collaboration with the coordinating doctor, must ensure that written communications are adapted to the resident's behaviour and that carers are informed of the introduction of a neuroleptic and its potential side effects, in order to provide the relevant information needed for reassessment.

Based on some of the results obtained, a pre- and post-neuroleptic monitoring guide can be used to inform carers.

The coordinating nurse is present to encourage the attending physician and the team to complete this guide.

Ideally, this tool could be integrated into the establishment's software to support prescribing and care.

The coordinating nurse therefore has a vital role to play in monitoring her teams, both in the training plan and on a day-to-day basis.

## IX. Bibliographie

---

- Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentées, point 9 : Etiologie d'un trouble cognitif
- Direction générale de l'offre de soins : Qualité de la prise en charge médicamenteuse. DGOS, 2012.
- Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? HAS, 2014
- Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. Données nationales, 2000, Revue Médicale de l'Assurance Maladie volume 34 n° 2 / avril-juin 2003
- Fiche repère : Prise en charge médicamenteuse en EHPAD. ANESM, 2017
- Les consommations de médicaments psychotropes en France. La santé en action N°427, mars 2014
- Retour d'expérience national, Les événements indésirables graves associés à des soins. HAS 2020
- Plan : Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012. HAS, 2008
- Brochure : Programme AMI\_ALZHEIMER Alerte et Maitrise de la Iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer. HAS, 2010
- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, Prise en charge des troubles du comportement perturbateur. HAS, 2009
- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. HAS, 2009
- Rapport : La politique du médicament en EHPAD. Philippe Verger, décembre 2013
- Éclairage - État de santé et dépendance des seniors. Insee Références, édition 2018 μ
- Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. DREES Études et Résultats, juillet 2022, n° 1237
- Inventaire neuropsychiatrique – version équipe soignante (NPI-ES). HAS, 2000

- Les antipsychotiques : Les médicaments de la Schizophrénie. Site Vidal, 2018
- Dossier de presse : Limiter la prescription de neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer. HAS, 2009
- Commission de la transparence : Risperdale. HAS, février 2014
- Les neuroleptiques surveillance infirmière. Centre ressource autisme, 2016
- Psychotropes et sujet âge : guide de prescription et d'administration, Omedit Pays de la Loire, 2015
- Mise en place et suivi d'un traitement neuroleptique en pédopsychiatrie : Mesures préalables à la médication neuroleptique. Luis Alvarez, dans La psychiatrie de l'enfant 2003 vol 46
- Antipsychotiques : les points essentiels. Site Pharmacomédical.org, 2022
- Mémoire : Etats des lieux de la prescription des neuroleptiques en EHPAD. O'Rianly FAILLE-ZAHIRI, Emilie OVIEDO, 2015
- Thèse : Prescription des neuroleptiques chez les patients atteints de troubles neurocognitifs majeurs dans les EHPAD de la Côte Bleue : analyse des prescriptions et recommandations. Nathalie Dumas, 2020

## Annexes

- Annexe 1 : Checklist instauration d'un traitement par neuroleptique
- Annexe 2 : Checklist réévaluation du traitement neuroleptique
- Annexe 3 : Protocole de surveillance des résidents sous neuroleptique



## **Annexe 1 : Checklist instauration d'un traitement par neuroleptique**

Nom et prénom du résident :

Date de l'évaluation :

Age :

NPI :

Poids :

Tension et pulsations :

Motifs envisagent l'introduction de neuroleptique :

*Éléments à contrôler avant introduction de neuroleptique :*

*Évalué*

Electrocardiogramme

Bilan sanguin

Élimination des causes physiologiques

*Contres indications :*

*Oui*

*Non*

Tachycardie



Bradycardie



Collapsus



Allongement de l'onde QT



Glaucome



Adénome de la prostate



Porphyrie



Allergies connues

<b><i>Iatrogénie potentielle :</i></b>	<b><i>Oui</i></b>	<b><i>Non</i></b>
<b>Hypnotique</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Anxiolytique</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Antihypertenseur</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Antiparkinsonien</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Antihistaminique</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alcool</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b><i>Observation médicale à l'instauration :</i></b>	<b><i>Transcrit</i></b>
<b>Motif d'instauration</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Molécule/ posologie / occurrence prescrit</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Pas de contre-indication</b>	<input type="checkbox"/>
<b>(ECG/ bilan sanguin/allergies ou intolérances/pathologies/traitements)</b>	
<b>Eléments de surveillances paramédicales</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Fréquence et durée des surveillances paramédicales</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Présence ou non d'INM</b>	<input type="checkbox"/>

## **Annexe 2 : Checklist réévaluation du traitement neuroleptique**

**A 2 semaines post instauration :**

<i>Observation lors de la réévaluation :</i>	<i>Transcrit</i>
Tolérance au traitement	<input type="checkbox"/>
Présence d'effets indésirable	<input type="checkbox"/>
Efficacité du traitement	<input type="checkbox"/>
Maintien ou modification de :	<input type="checkbox"/>
Molécule /posologie / ou occurrence	
Instauration INM ou non	<input type="checkbox"/>
Nécessité ou pas de demande d'avis spécialisé	<input type="checkbox"/>

**A chaque renouvellement :**

<i>Observation lors de la réévaluation :</i>	<i>Transcrit</i>
Tolérance au traitement	<input type="checkbox"/>
Présence d'effets indésirable	<input type="checkbox"/>
Efficacité du traitement	<input type="checkbox"/>
Maintien ou modification de :	<input type="checkbox"/>
Molécule /posologie / ou occurrence	
Pertinence du maintien ou non du traitement	<input type="checkbox"/>
Instauration INM ou non	<input type="checkbox"/>
Nécessité ou pas de demande d'avis spécialisé	<input type="checkbox"/>

## **Annexe 3 : Protocole de surveillance des résidents sous neuroleptique**

Surveillances et mesures prescrites par le médecin	Avant instauration du traitement
Electrocardiogramme	<input type="checkbox"/>
Bilan sanguin	<input type="checkbox"/>
Mesure des paramètres vitaux	<input type="checkbox"/>
Mesure du poids	<input type="checkbox"/>

**Ce protocole s'appliquera à l'instauration mais aussi lors d'une augmentation de posologie ou d'occurrence.**

Surveillances infirmière A planifier sur le plan de soin	Fréquence	Durée
Bilan sanguin	Selon prescription médical	
Mesure des paramètres vitaux	Quotidienne	2 semaines
Miction	Quotidienne	2 semaines
Transit	Quotidienne	2 semaines
Mesure du poids	Hebdomadaire	4 semaines

Surveillances paramédicales A écrire dans les transmissions	Fréquence	Durée
Syndrome extrapyramidaux (tremblements au repos, akinésie, hypertonie)	Pluriquotidienne	2 semaines
Sédation/ somnolence	Pluriquotidienne	2 semaines
Effet paradoxal	Pluriquotidienne	2 semaines
Chutes	Si survenues	2 semaines
Réactions Allergiques	Si survenues	2 semaines