



HAL
open science

Prise en charge médicamenteuse de la démence sévère en EHPAD : étude transversale sur 215 sujets

Fanny Leborgne

► **To cite this version:**

Fanny Leborgne. Prise en charge médicamenteuse de la démence sévère en EHPAD : étude transversale sur 215 sujets. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01254581

HAL Id: dumas-01254581

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01254581>

Submitted on 11 Feb 2016

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

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

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA-ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE
ANNEE 2014

.....

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'état

**Prise en charge médicamenteuse de la démence sévère en
EHPAD : étude transversale sur 215 sujets**

Présentée et soutenue publiquement le 7 octobre 2014

Fanny LEBORGNE

Interne des Hôpitaux

Née le 1^e novembre 1987 à Montivilliers (76)

JURY

Président du jury	Monsieur le Professeur Olivier GUERIN
Assesseurs	Monsieur le Professeur Patrice BROCKER Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER Monsieur le Professeur Philippe ROBERT
Directeur de thèse	Monsieur le Docteur Guillaume SACCO

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2014** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

M. BAQUÉ Patrick

Assesseurs

M. ESNAULT Vincent

M. CARLES Michel

Mme BREUIL Véronique

Conservateur de la bibliothèque

Mme DE LEMOS

Chef des services administratifs

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel

M. LAZDUNSKI Michel

M. BLAIVE Bruno

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. BOQUET Patrice

M. LE BAS Pierre

M. BOURGEON André

M. LE FICHOUX Yves

M. BOUTTÉ Patrick

M. LOUBIERE Robert

M. BRUNETON Jean-Noël

M. MARIANI Roger

Mme BUSSIERE Françoise

M. MASSEYEFF René

M. CHATEL Marcel

M. MATTEI Mathieu

M. COUSSEMENT Alain

M. MOUIEL Jean

M. DAR COURT Guy

Mme MYQUEL Martine

M. DELMONT Jean

M. OLLIER Amédée

M. DEMARD François

M. ORTONNE Jean-Paul

M. DOLISI Claude

M. SCHNEIDER Maurice

M. FREYCHET Pierre

M. TOUBOL Jacques

M. GÉRARD Jean-Pierre

M. TRAN Dinh Khiem

M. GILLET Jean-Yves

M. ZIEGLER Gérard

M. GRELLIER Patrick

M. HARTER Michel

M. INGLES AKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel

M. LAMBERT Jean-Claude

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques

M. BASTERIS Bernard

Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie

M. EMILIOZZI Roméo M.

GASTAUD Marcel

M.GIRARD-PIPAU Fernand

M. GIUDICELLI Jean

M. MAGNÉ Jacques

Mme MEMRAN Nadine

M. MENGUAL Raymond

M. POIRÉE Jean-Claude

Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)

M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BAQUE Patrick	Anatomie – Chirurgie Générale (42.01)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)

M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THOMAS	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	CHINETTI Guilia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)

M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain FOSSE	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	Thierry GARRAFFO	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	Rodolphe GIOVANNINI-	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	CHAMI Lisa HINAULT	Pédiatrie (54.01)
Mme	Charlotte LANDRAUD	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	Luce	Bactériologie–Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)

Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
M.	PRENTKI Marc	Biochimie et Biologie Moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	DARMON David	Médecine Générale
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M. M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
Mme	CHEVALLIER Daniel	Urologie
M.	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Remerciements

A Monsieur le Professeur Guérin

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse,
merci pour votre accueil, votre soutien et votre bienveillance tout au long de mes
stages à Cimiez,
je suis très heureuse de pouvoir vous rejoindre au sein du pôle de gériatrie.

A Monsieur le Professeur Brocker

Très sensible à l'honneur que vous me faites de juger ce travail, je vous remercie pour votre enseignement au sein du pôle de gériatrie de Cimiez et notamment pour votre implication auprès des internes. Soyez assuré de mes sentiments les plus respectueux.

A Monsieur le Professeur Hofliger

Je vous remercie sincèrement de participer au jugement de cette thèse, merci de votre engagement au sein de la formation des internes de médecine générale.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Robert

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

Au Docteur Sacco

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, d'avoir été aussi disponible pour m'accompagner lors de ce travail. J'ai été, durant cette année, plus que rassurée de travailler à tes côtés, tes conseils ont été précieux.

Au Docteur Van-Elst

Merci d'avoir été si présent humainement et professionnellement dans ma formation, d'avoir su me faire réagir parfois, je vous en suis très reconnaissante.

Au Docteur Turpin

Merci d'avoir été si compréhensif pendant ce dernier semestre, de m'avoir permis de me libérer du temps pour ce travail. Je te remercie pour ton enseignement, j'ai beaucoup appris à tes côtés.

Au Docteur Gonfrier

Merci pour ton aide précieuse et pour ta grande disponibilité lors de la réalisation de cette thèse.

A l'ensemble des Docteurs du pôle de gériatrie

Merci de nous entourer, nous, internes,

merci pour votre disponibilité, votre savoir et vos qualités humaines.

Aux services A 1^e Sud et Chéret 3^e

Merci à vous pour votre bonne humeur, c'est un réel plaisir de travailler avec vous au quotidien.

Au Docteur Langlois et au Docteur Arnau

Je vous remercie de m'avoir accueillie dans vos cabinets, de m'avoir fait partager vos connaissances et votre expérience immenses.

A tous les Docteurs que j'ai cotoyés durant ces 3 ans et qui m'ont beaucoup appris.

Aux Docteurs et équipes médicales des EHPAD ayant participées à cette thèse. Merci pour votre gentillesse et votre disponibilité.

A ma famille

A mes parents Merci pour votre amour, votre soutien à toute épreuve tout au long de ces années. Merci pour tous les allers-retours à Rouen incessants lors de ma première année, pour les heures passées au téléphone... Je suis fière aujourd'hui d'en être arrivée là, et c'est en partie grâce à vous.

A ma sœur que j'aime, merci pour les messages loufoques qui me font rire chaque fois !

A mes grands-parents Merci d'avoir eu tellement confiance en moi. Une pensée à mes grands-parents paternels partis trop tôt.

A Thomas Merci de ton amour chaque jour, merci d'être à mes côtés depuis presque 10 ans, merci d'être aussi parfait !

A mes oncles et tantes, à mes cousins et cousines Merci pour les fêtes de famille, ces moments de bonheur que j'apprécie tant. Je suis un peu loin maintenant mais je pense à vous.

A ma belle-famille Merci pour vos encouragements, votre présence et votre aide malgré la distance.

A mes amis

A Blandine et Caro Merci pour toutes ces années de bonheur entre copines !

Merci d'avoir toujours été là pour moi.

A toute la bande : Juju, Karl, Pierre, et les autres Merci pour ces vacances de folie en Corse et ailleurs ainsi que ces nombreuses soirées, merci de sortir « la maman » du groupe !

A mes co-externes de Rouen (devenus grands eux aussi!) :

Mathilde, Claire V., Claire G., Amélie Merci de m'avoir supportée toutes ces années malgré mon stress sans limite. Merci pour les gâteaux remontant le moral, les moments stressant avant les exams, les conf' moins prises de tête tous ensemble...

A Astrid, Jonatan, Clémentine et Valentin (et à Guillaume) Sans vous, mon internat et notre nouvelle vie n'auraient pas été les mêmes. Merci !!

A Cécile, Marlène et Sébastien Merci pour tous les très bons moments de détente passés ensemble: les apéros du vendredi soir, les balades à vélo, les pizzas maison,...

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	17
1.1	Implication personnelle	18
1.2	La démence	18
1.2.1	Définition	18
1.2.2	Epidémiologie et enjeux	19
1.2.3	Prise en charge médicamenteuse	20
1.2.4	Le cas particulier de la démence sévère	22
1.3	Objectif	23
2	METHODES	25
2.1	Type d'étude	26
2.2	Cadre de l'étude	26
2.3	Population	26
2.4	Recueil des données	27
2.5	Taille de l'échantillon	29
2.6	Biais	30
2.7	Analyse des données	30
3	RESULTATS	31
3.1	Analyse descriptive	32
3.1.1	Description générale	32
3.1.2	Prise en charge médicamenteuse	35
3.1.3	Troubles du comportement	39
3.2	Analyse univariée	41
4	DISCUSSION	48
4.1	Principaux résultats	49
4.2	Prévalence de la démence sévère et données sociodémographiques	51
4.3	Prise en charge thérapeutique du patient	53
4.3.1	Suivi	53
4.3.2	Prise en charge médicamenteuse	54
4.4	Troubles du comportement	58
4.5	Limites et biais	60
4.5.1	Biais de sélection	60
4.5.2	Biais de mesure	60
4.5.3	Limites	61
4.6	Propositions	61
5	CONCLUSION	63
6	BIBLIOGRAPHIE	66
7	ABREVIATIONS	70

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Recrutement et inclusion des résidents déments sévères.....	32
Figure 2 : Répartition des résidents selon la présence du MMSE	33
Figure 3 : Répartition des résidents selon le score MMSE	34
Figure 4 : Répartition des résidents selon l'étiologie de la démence	35
Figure 5 : Répartition des résidents selon le nombre de classes thérapeutiques de leur traitement habituel	36
Tableau 1: Données sociodémographiques et pourcentages des résidents déments sévères bénéficiant de traitements spécifiques et symptomatiques	37
Tableau 2 : Nombres de réponses concernant les dates de début et de fin des traitements spécifiques	38
Tableau 3 : Causes d'arrêt des traitements spécifiques, évoquées dans les dossiers médicaux	39
Tableau 4 : Répartition des patients selon les groupes de troubles du comportement	39
Tableau 5 : Troubles du comportement et scores NPI-ES.....	40
Tableau 6 : Relation (odds ratio) entre traitements spécifiques et traitements symptomatiques	43
Tableau 7 : Relation (odds ratio) entre troubles du comportement présents et traitements (spécifiques et symptomatiques)	44
Tableau 8 : Relation (odds ratio) entre groupes de troubles du comportement et traitements (spécifiques et symptomatiques).....	45
Tableau 9 : Relation (odds ratio) entre groupes de troubles du comportement et sexe	46
Tableau 10 : Relation (odds ratio) entre troubles du comportement et sexe	47

1 INTRODUCTION

1.1 IMPLICATION PERSONNELLE

Tout au long de mes stages réalisés en tant qu'externe et interne en médecine, j'ai été confrontée à des patients âgés. Parmi eux, nombreux étaient les patients déments. Malgré les prises en charge médicamenteuses et non médicamenteuses disponibles, l'évolution de cette pathologie semblait être vécue par les patients et leurs familles comme une fatalité. En effet, les résultats de ces prises en charge sont mitigés ce qui m'a posé beaucoup de problèmes pour me prononcer quant à l'efficacité de ces traitements. Ceci était d'autant plus vrai chez les patients déments sévères dont la maladie semblait irrémédiablement évolutive. J'ai été régulièrement au contact de ces patients en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) lors de mon stage ambulatoire et j'ai été frappée par l'impact des troubles du comportement associés à leur pathologie. Ils restent pour cette population, pour leur famille mais aussi pour les équipes médicales une difficulté au quotidien empêchant une qualité de vie optimale. Je suis arrivée à me demander comment les patients déments sévères étaient pris en charge sur le plan médicamenteux au quotidien.

1.2 LA DEMENCE

1.2.1 Définition

Le diagnostic d'un syndrome démentiel est purement clinique. Il est défini par l'Association Américaine de psychiatrie dans le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » (DSM IV), comme étant la survenue progressive et continue dans le temps, de déficits cognitifs multiples occasionnant une rupture avec l'état antérieur du patient (en dehors d'un handicap mental, d'un syndrome confusionnel, d'un déficit cognitif limité à une seule fonction et d'un syndrome dépressif). Ces déficits

concernent les capacités mnésiques, associées à d'autres troubles (phasiques, praxiques, gnosiques, troubles des fonctions exécutives) (1). Ils s'accompagnent le plus souvent de troubles du comportement. L'ensemble de ces troubles est à l'origine d'un handicap social et d'une perte d'autonomie du patient.

Les causes de syndrome démentiel sont multiples, le plus souvent liées à des pathologies neurodégénératives. Parmi elles, la maladie d'Alzheimer est de loin la plus fréquente des étiologies avec près de 70% des cas (2). Les autres étiologies non curables et fréquentes de syndrome démentiel sont la démence vasculaire, la démence Parkinsonienne, la démence à corps de Lewy et la dégénérescence lobaire fronto-temporale.

1.2.2 Epidémiologie et enjeux

L'incidence de ces démences est bien plus importante chez les personnes âgées (2). L'évolution démographique des pays industrialisés aboutit à un vieillissement des populations associé donc à une augmentation de la prévalence des pathologies neurodégénératives ou MAAD (maladie d'Alzheimer et autres démences). L'étude de cohorte prospective PAQUID (Quid des Personnes Âgées) a estimé en 2003 la prévalence de la démence, toutes étiologies confondues, à 17,8% chez les plus de 75 ans en France, soit environ 769000 patients déments après extrapolation à la population française (3) et 22000 nouveaux cas par an.

D'après le Centre épidémiologique sur les causes médicales de décès (CépiDc, Inserm), les démences étaient la quatrième cause de décès en 2008 en France avec une progression de 71,8% depuis 2000 (4).

La démence a des conséquences sociales et économiques importantes en termes de coûts médicaux directs, de dépenses sociales directes et de frais engagés pour

les soins informels. En 2010, le coût sociétal total de la démence dans le monde était estimé à 604 milliards de dollars, soit 1% du produit intérieur brut mondial (5).

Ces patients qui sont de plus en plus nombreux, dont la prise en charge est complexe et coûteuse, sont au cœur de la politique française. Un récent rapport remis à Me le Ministre Delaunay par Mr Philippe Verger (6) avait pour objectif de « recenser, valoriser, faire partager les outils et bonnes pratiques mises en œuvre sur le terrain en matière d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse » des patients en EHPAD. Patients en EHPAD dont l'état pathologique « syndrome démentiel » existe à hauteur de 54% selon la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) en 2012.

1.2.3 Prise en charge médicamenteuse

1.2.3.1 Traitements spécifiques de la démence

L'arrivée sur le marché de traitements spécifiques de la démence à la fin des années 1990 avait pour objectifs d'améliorer la cognition ou retarder la progression des troubles cognitifs, de préserver l'autonomie dans la vie quotidienne, de diminuer les troubles psycho-comportementaux et de retarder l'entrée en institution.

Les dernières recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2011 (7), autorisent selon le score au Mini-Mental Score Examination (MMSE), un traitement spécifique de la démence :

- x MMSE < 10 (stade sévère) : antagoniste du récepteur N-méthyl-D-aspartate (anti-NMDA) (dénomination commune : mémantine)

- x 10 < MMSE < 20 (stade modéré) : Inhibiteur de la cholinestérase (IChE) ou anti-NMDA
- x MMSE > 20 (stade léger) : IChE.

Cependant, la HAS en 2008 estimait que peu importe l'âge ou le stade de la maladie au moment du diagnostic, un traitement spécifique pouvait être considéré en tenant compte du rapport bénéfice-risque (en dehors du MMSE inférieur à 2 pour lequel aucun traitement n'était envisagé).

Ces traitements restent les seuls indiqués dans le traitement du syndrome démentiel (et particulièrement le traitement de la maladie d'Alzheimer). Ils bénéficient donc d'un Service Médical Rendu (SMR) important. Malgré cela, l'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) reste mineure (stade IV) (8) puisque ces médicaments efficaces sur quelques symptômes ne peuvent enrayer la progression de la maladie. La pertinence clinique des outils de mesure de l'efficacité des médicaments est incertaine, l'efficacité en pratique de ville et sur le long terme sont difficiles à évaluer.

1.2.3.2 Traitements psychotropes

Le syndrome démentiel se traduit par des troubles cognitifs associés à des troubles du comportement engendrant une perte d'autonomie et une dégradation de la qualité de vie. Les patients ayant une démence ont plus de troubles du comportement que ceux qui n'ont pas de troubles cognitifs. De même, plus la démence est sévère, plus les troubles du comportement sont présents (9).

En cas de troubles du comportement perturbateurs chez des patients atteints de démence, la HAS recommande (10,11) une prise en charge non médicamenteuse en première intention. Les psychotropes peuvent être utilisés lorsque les techniques de

soins sont d'efficacité insuffisante, notamment quand la sévérité des troubles met en danger le patient ou autrui, altère son comportement, est une menace ou une source importante de souffrance pour son entourage, empêche des traitements ou des examens indispensables à sa prise en charge (pas d'indication en préventif). En cas d'agitation sévère, l'usage des benzodiazépines (monothérapie, sur une période courte, dose faible, per os, avec réévaluation) ou l'usage des neuroleptiques (en cas de symptômes productifs) doivent être privilégiés.

1.2.4 Le cas particulier de la démence sévère

La démence sévère est définie en France, d'après un consensus de 2005 réalisé sous l'égide de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie selon le score au MMSE (6) :

- x MMSE < 3 : démence très sévère
- x MMSE compris entre 3 et 9 : démence sévère
- x MMSE compris entre 10 et 15 : démence modérément sévère

Dans la population de patients déments, la prévalence de la démence sévère ($0 < \text{MMSE} < 9$) est estimée à 26,1% (3) . Parmi eux, 33,8% vivent à domicile. Il est intéressant de noter que la moitié des patients déments vivant à domicile sont à un stade sévère de la maladie et qu'en institution, 79% des patients sont à un stade modéré à sévère (3).

La démence et a fortiori la démence sévère restent néanmoins sous-évaluées. En effet, les patients déments sévères sont le plus souvent exclus de ces études pour de multiples raisons (13). Ces difficultés (recueil du consentement éclairé, problèmes éthiques) ont été particulièrement mises en évidence lors de la première étude de

phase 3 de la mémantine en 1999 (14). D'autres difficultés s'ajoutent : difficulté d'inclusion des patients (difficultés pour les patients à se rendre aux centres de référence du fait de leur moindre autonomie, comorbidités importantes amenant souvent à leur exclusion...), difficulté de réalisation et d'évaluation des tests (impossibilité de soutenir des évaluations complètes, anxiété, biais de confusion), sentiment d'échec à ce stade pour les investigateurs (évolution irrémédiable), peur de l'obstination déraisonnable, confort et qualité de vie avant tout (15)....

L'évaluation des patients déments sévères est difficile mais on peut se poser la question de la fiabilité des résultats si on réalisait l'extrapolation des résultats d'études d'efficacité réalisées chez des patients ayant un déficit cognitif moindre.

En France, le MMSE est habituellement réalisé dès l'annonce diagnostique mais aussi pour suivre l'évolution de l'atteinte cognitive et déterminer le degré de sévérité. Il semble néanmoins subir un effet plancher lorsque la démence est sévère (12). La Several Impairment Battery (SIB) (16) a été créée afin de prendre en compte dans ce degré de sévérité les troubles du comportement. D'autres tests sont aussi utilisés par d'autres pays et dans de nombreux essais thérapeutiques comme le Global Deterioration Scale (11), la version abrégée ADCS-ADLsev (12) (qui détermine la sévérité de la maladie en prenant en compte le retentissement sur la vie quotidienne), ou la CDR (13) qui évalue à la fois les troubles cognitifs et le retentissement sur la vie quotidienne. La fiabilité et la reproductibilité de certains de ces tests restent discutées.

1.3 OBJECTIF

Des traitements spécifiques, IChE et anti-NMDA, ont reçu une autorisation de mise sur le marché depuis une quinzaine d'années environ (Donepezil, Rivastigmine, Galantamine et Mémantine). Après une période d'espoir pour les professionnels de

santé ainsi que pour les familles de patients, ces traitements ont été largement remis en cause (20).

Nous avons fait le constat de pratiques différentes selon les médecins quant aux prescriptions des traitements spécifiques et symptomatiques et ce, d'autant plus chez les patients dont le syndrome démentiel était évolué.

L'objectif principal de ce travail est donc de décrire la prise en charge médicamenteuse (comprenant les traitements spécifiques et les traitements psychotropes symptomatiques) des patients déments sévères en EHPAD. Nos objectifs secondaires sont de répertorier les troubles du comportement et d'identifier les liens entre prescriptions médicamenteuses et troubles du comportement.

2 METHODES

2.1 TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale multicentrique.

2.2 CADRE DE L'ETUDE

Le recrutement des sujets s'est fait auprès de 7 EHPAD dans le département des Alpes-Maritimes entre avril et juillet 2014 dont deux établissements bénéficiaient d'une unité protégée pour personnes désorientées (UPPD) (EHPAD du Centre Hospitalier Universitaire de Nice-Cimiez ; Le Clos de Cimiez, Nice ; Les Jardins d'Ines, Cagnes sur Mer ; Les Jardins de Pauline, Le Cannet ; Le Clos Saint Grégoire, Biot ; Les Jardins de Grasse, Grasse ; La Résidence du Golf, Roquefort Les Pins). La sélection des EHPAD a été faite par opportunité (lieu de stage, connaissance du médecin coordinateur et accord d'accès à la base de données des établissements du groupe Orpéa) et liée à l'acceptation du médecin et du directeur de chaque établissement de participer à l'étude.

2.3 POPULATION

Etaient inclus dans l'étude les résidents permanents des EHPAD sélectionnées, présentant un syndrome démentiel sévère quelle qu'en soit l'étiologie. Certains résidents étaient exclus:

- x Résidents ayant des troubles psychiatriques préexistants,
- x Résidents ayant un handicap mental,
- x Résidents en soins palliatifs au stade terminal,
- x Résidents ayant intégré la structure 2 jours auparavant et n'ayant pu être évalué,
- x Résidents non déments et résidents déments au stade léger à modéré.

La présence de la pathologie démentielle était définie par un diagnostic de démence noté sur le dossier médical et/ou par un MMSE pathologique (MMSE inférieur à 24/30) associé un diagnostic de démence affirmé par le médecin coordonnateur de l'établissement et/ou le neuro-psychologue. Le caractère sévère de la démence était défini par un MMSE inférieur ou égal à 10 dans l'année précédant l'inclusion et/ou un MMSE non réalisable du fait de la sévérité du trouble cognitif au moment de l'inclusion (MMSE à 0) et/ou si le dernier MMSE était supérieur à 10 mais affirmation du médecin coordonnateur de la présence d'une démence dorénavant sévère devant une dégradation importante récente du trouble cognitif, les patients étaient inclus (MMSE noté comme indisponible).

2.4 RECUEIL DES DONNEES

Pour 2 EHPAD (Le Clos de Cimiez et l'EHPAD du CHU de Nice) le recueil des données s'est fait directement sur site à l'aide des dossiers médicaux et infirmiers (dossiers papiers) ainsi qu'avec les informations complémentaires données par le médecin coordinateur pour le Clos de Cimiez et par l'interne (en stage depuis 5 mois) en charge des patients de l'EHPAD pour l'établissement du CHU. Pour les autres EHPAD (Les jardins d'Ines, Les Jardins de Grasse, Le Clos St Grégoire, Les Jardins de Pauline, La Résidence du Golf), le recueil s'est fait via la base de données informatique du groupe Orpéa ainsi qu'avec les informations complémentaires données par le psychologue et/ou le médecin coordinateur en charge des résidents de chaque EHPAD.

Les variables quantitatives recueillies comprenaient l'âge, le dernier score connu au MMSE ainsi que le score à l'arrêt des traitements spécifiques en cas d'arrêt de ces

derniers, le score à l'inventaire neuropsychiatrique version équipe soignante (NPI-ES).

Les variables qualitatives comprenaient le sexe, la date de réalisation du dernier MMSE, l'étiologie de la démence (avec une possibilité « étiologie non diagnostiquée ») la spécialité du médecin prenant en charge la pathologie démentielle, les troubles du comportement, le détail des traitements médicamenteux anti-démence spécifiques (actuel, passé, date de début et de fin des traitements anti-démence ; en cas d'arrêt, la raison de celui-ci) ainsi que les traitements psychotropes.

La variable « spécialité du médecin prenant en charge la pathologie démentielle » était traitée de la façon suivante : plusieurs spécialités étaient possibles pour le même patient. A l'exception de l'EHPAD du CHU de Cimiez, la spécialité médecine générale a été retenue par défaut ainsi que la spécialité médecin coordonnateur du fait de leur regard sur toutes les prescriptions des résidents et leur possibilité de modification et d'influence sur les médecins traitants. Pour l'EHPAD du CHU de Cimiez, la spécialité gériatre a été retenue puisque les résidents bénéficiaient du suivi par un interne de médecine générale supervisé par un médecin sénior gériatre. Par ailleurs, les patients étaient considérés comme suivis par un spécialiste autre que leur médecin généraliste lorsque des consultations régulières (au moins une fois par an) étaient en rapport avec la démence (troubles cognitifs et/ou troubles du comportement) et qu'une consultation de suivi était prévue dans l'année à venir.

Concernant la variable « troubles du comportement », cette dernière était tout d'abord recueillie dans le dossier médical puis réévaluée pour chaque résident. Nous avons relevé chaque NPI-ES datant de moins d'un an (score total, fréquence fois gravité pour chacun des 12 items). Pour les patients n'ayant pas de NPI-ES récent

et afin de limiter le nombre de données manquantes, nous avons interrogé l'équipe médicale (médecin coordonnateur et/ou infirmière et/ou psychologue). Les troubles du comportement étaient relevés de la façon suivante : présence ou absence du trouble selon les 12 items du NPI-ES. Pour l'analyse, les troubles du comportement ont été regroupé selon « the European Alzheimer Disease Consortium NPI analysis » (21) en 4 syndromes :

- x 'troubles hyperactifs' : agitation, agression, euphorie, désinhibition, comportements moteurs aberrants,
- x 'troubles apathiques' : apathie et troubles alimentaires,
- x 'troubles affectifs' : dépression et anxiété,
- x 'troubles psychotiques' : hallucinations, délire.

Concernant les variables « traitements psychotropes (symptomatiques) » et « traitements spécifiques (anti-démence) », les dénominations communes internationales ont été recueillies dans les dossiers informatiques de chaque patient pour les classes thérapeutiques suivantes : traitements spécifiques de la démence, antidépresseurs, benzodiazépines, hypnotiques, neuroleptiques (avec pour cette classe médicamenteuse, une différence notée entre les traitements dispensés de façon systématique ou ceux dispensés de façon conditionnelle), hydroxyzine. La présence ou l'absence de chaque traitement était notée.

2.5 TAILLE DE L'ECHANTILLON

Compte tenu du caractère observationnel et exploratoire de l'étude, aucun calcul de taille d'échantillon n'a été effectué. Afin de permettre une interprétation statistique des données, un minimum de 30 patients était requis.

2.6 BIAIS

Pour limiter un biais de sélection, les résidents déments sévères affirmés par le médecin coordonnateur et/ou la psychologue et/ou l'interne du service de l'EHPAD du CHU de Cimiez malgré l'absence d'un MMSE récent ont été inclus.

Les données ont été recueillies sur dossier médical (informatisé ou papier). Les données manquantes, notamment en termes de troubles du comportement, ont été limitées par l'interrogatoire de l'équipe médicale (médecin coordonnateur, psychologue, infirmière).

2.7 ANALYSE DES DONNEES

Chaque variable décrite précédemment correspondait à une variable quantitative ou qualitative. Les données ont été décrites en utilisant les moyennes et les déviations standard pour les variables quantitatives ($m, \pm ds$), ainsi que les pourcentages et valeurs absolues pour les variables qualitatives (% , n). Concernant l'analyse univariée, les variables qualitatives ont été comparées à l'aide du test de Chi2 ou du test exact de Fisher en cas de non-respect des conditions d'applications du Chi2. Toutes les analyses ont été effectuées avec le logiciel SPSS version 11.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

3 RESULTATS

3.1 ANALYSE DESCRIPTIVE

3.1.1 Description générale

Au total, 215 résidents ont été étudiés au sein des 7 EHPAD (**Figure 1**). L'âge moyen était de 88,2 ans (± 6 ans) et l'âge médian de 89 ans. La population se composait de 42 hommes et de 173 femmes (soit 80,5% de femmes).

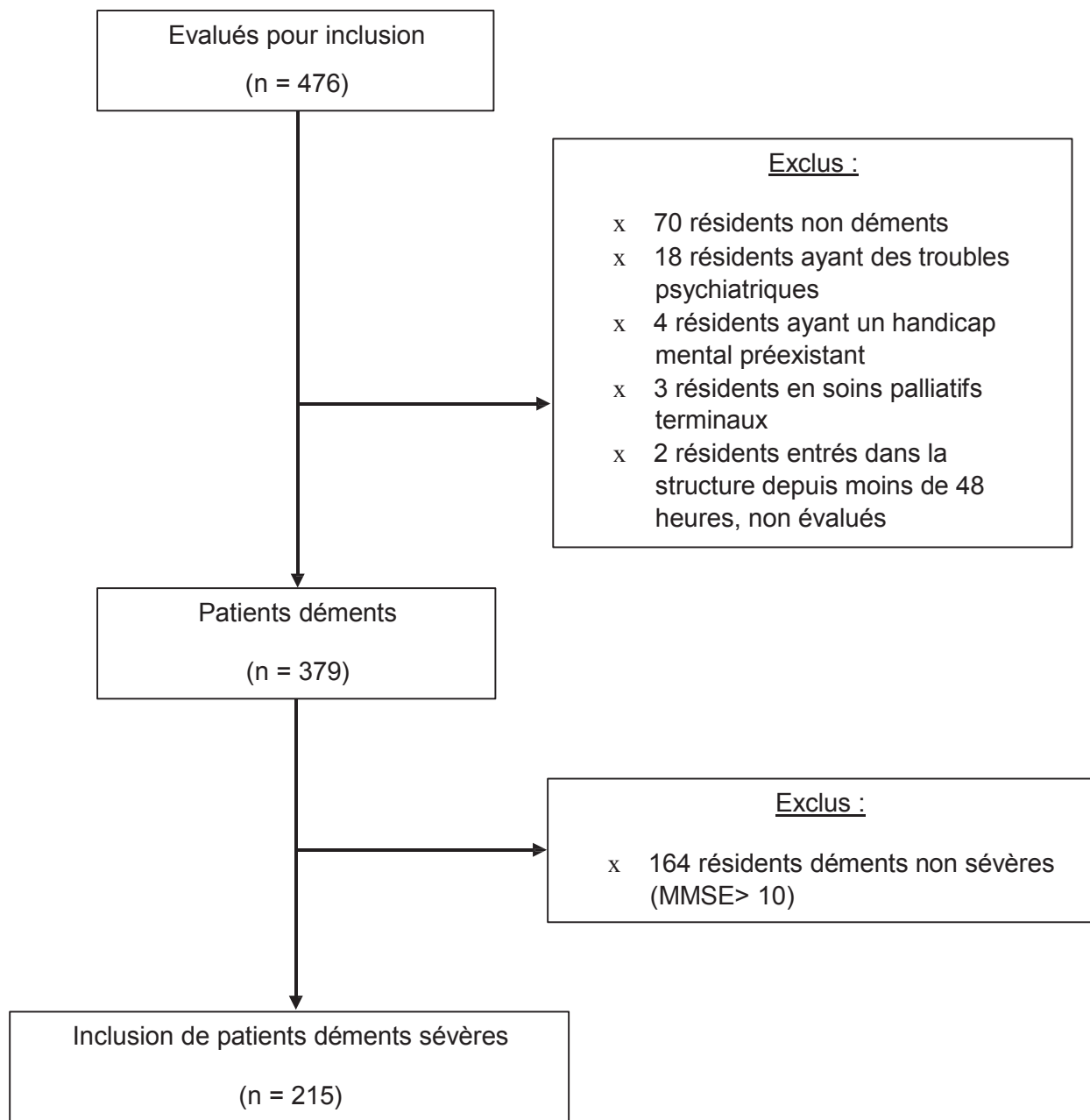


Figure 1 : Recrutement et inclusion des résidents déments sévères

La prévalence de la démence dans notre étude (et donc en EHPAD) était de 79,6%. La prévalence des patients déments sévères était de 45,2% sur l'ensemble de la population des EHPAD et de 56,7% sur l'ensemble des patients déments.

Parmi les MMSE disponibles, le MMSE moyen était de 2,7 (\pm 3,6) et le MMSE médian de 0. Cent résidents (46,5%) avaient été évalués sur le plan cognitif (réalisation d'un MMSE) dans l'année précédente (**Figure 2**). Sur les 215 résidents, 102 (47,4%) avaient un MMSE à 0 (**Figure 3**), dont 68 n'avaient pas été réévalués dans l'année précédente.

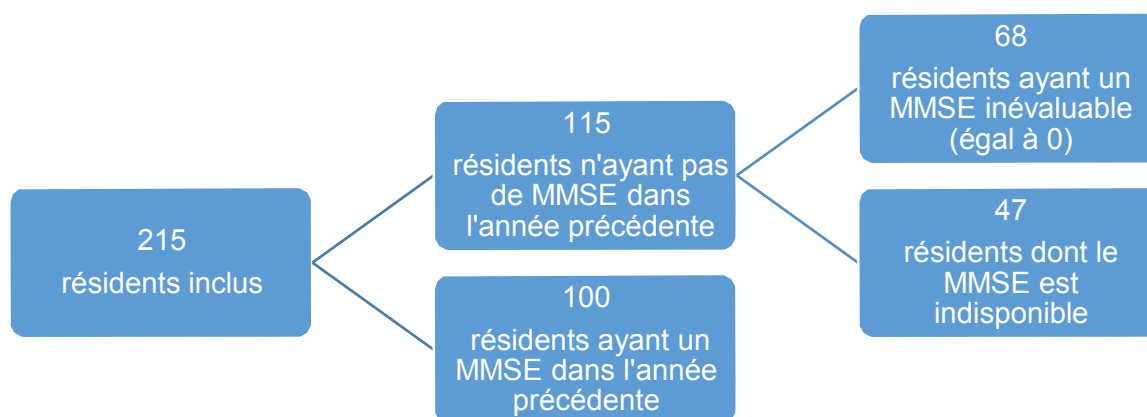


Figure 2 : Répartition des résidents selon la présence du MMSE

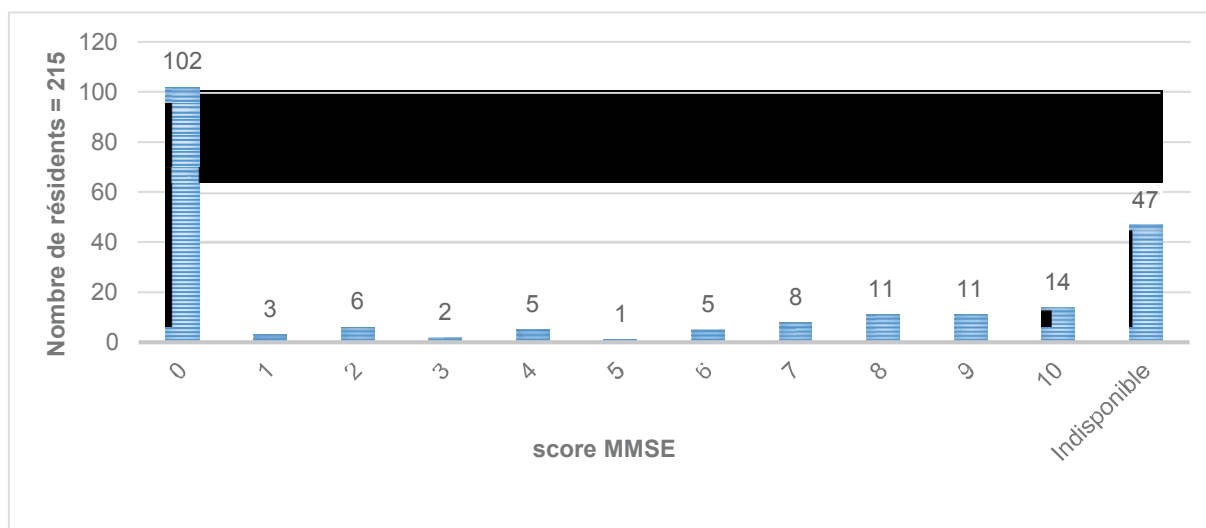


Figure 3 : Répartition des résidents selon le score MMSE

Quatre-vingt-cinq résidents (39,5%) étaient atteints de la maladie d'Alzheimer et 82 résidents (38,1%) n'avaient aucune étiologie de démence inscrite dans leur dossier médical (**Figure 4**). Une seule démence était répertoriée dans « autres démences » (démence alcoolique).

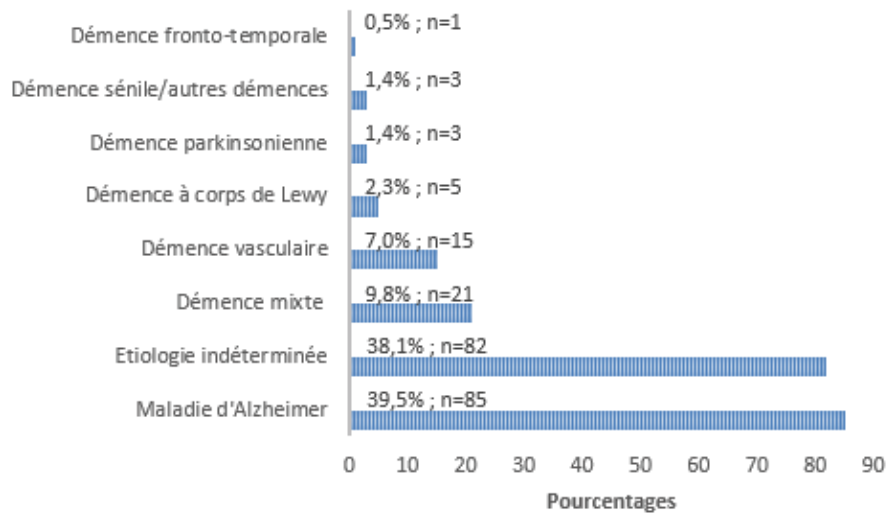


Figure 4 : Répartition des résidents selon l'étiologie de la démence

Quatre résidents (1,9%) étaient suivis par un neurologue pour leur syndrome démentiel et un résident (0,5%) par un psychiatre. Cent-soixante-sept résidents (77,7%) étaient suivis par un médecin généraliste et par un médecin coordinateur, 48 patients (22,3%) étaient suivis par un gériatre (correspondant à tous les résidents de l'EHPAD de Cimiez).

3.1.2 Prise en charge médicamenteuse

En moyenne, chaque résident bénéficiait de 1,5 ($\pm 1,1$) classes thérapeutiques différentes. La médiane était de 1 classe thérapeutique. Seulement 1,9% des résidents bénéficiaient d'une quadrithérapie (**Figure 5**). Cent-soixante-neuf résidents (78,6%) bénéficiaient d'au moins une classe thérapeutique.

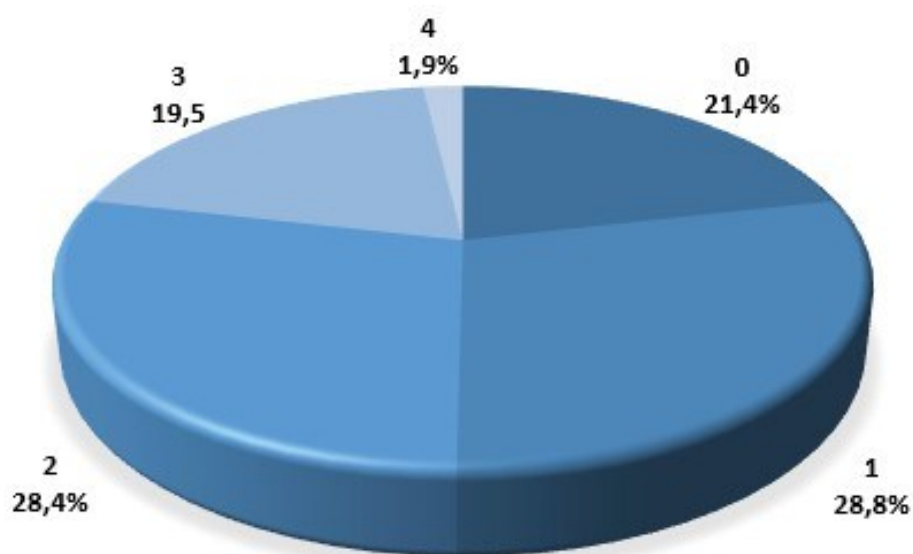


Figure 5 : Répartition des résidents selon le nombre de classes thérapeutiques de leur traitement habituel

Un résident avait de l'euphytose, 2 avaient de l'Alimémazine (anti-histaminique H1) à visée sédatrice, 1 avait un thymorégulateur (Acide Valproïque).

Quarante résidents (18,6%) bénéficiaient d'un traitement anti-démence (**Tableau 1**) dont un résident bénéficiait d'une bithérapie par IChE et antagoniste du récepteur NMDA. Une bithérapie par benzodiazépines était en cours chez un résident et une bithérapie par hypnotique chez un autre.

Âge moyen	(années+/-ds) 88,2 +/- 6
	n(%)
Sexe	
Femme	173 (80,5)
Homme	42 (19,5)
Traitements spécifiques	
IChE	22 (10,2)
anti-NMDA	19 (8,8)
TOTAL	40 (18,6)
Antidépresseurs	
Tricycliques	1 (0,5)
IRS-IRSNA	58 (27)
Atypiques	28 (13)
TOTAL	83 (38,6)
Neuroleptiques	
en systématique	38 (17,7)
en conditionnel	14 (6,5)
TOTAL	48 (22,3)
Benzodiazépines	
TOTAL	84 (39,1)
Hypnotiques	
TOTAL	49 (22,8)
Hydroxyzine	
TOTAL	9 (4,2)

Tableau 1: Données sociodémographiques et pourcentages des résidents déments sévères bénéficiant de traitements spécifiques et symptomatiques

Concernant le traitement antidépresseur, 83 résidents (38,6%) bénéficiaient d'un traitement antidépresseur (**Tableau 1**) dont 4 résidents avaient une bithérapie par antidépresseur atypique et antidépresseur par recapture de la sérotonine.

Concernant le traitement par neuroleptiques, 48 résidents (22,3%) étaient sous neuroleptiques dont 4 résidents (1,9%) bénéficiaient d'un traitement conditionnel et systématique (**Tableau 1**).

Quatre-vingt-quatre résidents (39,1%) bénéficiaient d'un traitement par benzodiazépines et 49 (22,8%) par hypnotiques (**Tableau 1**).

A l'exception des résidents ayant un traitement spécifique en cours, 57 résidents avaient déjà reçu par le passé un traitement spécifique (IChE et/ou anti-NMDA).

Les données recueillies dans les variables qualitatives « date de début » et « date de fin des traitements spécifiques » sont très faibles (**Tableau 2**). Chaque « date de début » ne correspondant pas à chaque « date de fin ».

Nombres de réponses	
	n
Variable "date de début des traitements spécifiques"	36
Variable "date de fin des traitements spécifiques"	52

Tableau 2 : Nombres de réponses concernant les dates de début et de fin des traitements spécifiques

De même, seulement 22 causes d'arrêt des traitements anti-démence ont été retrouvées dans les dossiers médicaux. La variable « intolérance » était utilisée lorsque le symptôme en rapport avec l'effet indésirable n'était pas retrouvé (**Tableau 3**).

Causes évoquées d'arrêt des traitements anti-déméntiels	
n=22	
Effets indésirables	
Exacerbation de BPCO	1
Délires/hallucinations	1
Agressivité/agitation	5
Somnolence	1
Angor	1
Intolérance	2
Allègement de traitement (stade palliatif)	4
Inefficacité	5
Association inappropriée	1

Tableau 3 : Causes d'arrêt des traitements spécifiques, évoquées dans les dossiers médicaux

3.1.3 Troubles du comportement

Le groupe 'troubles hyperactifs' était le plus représenté (n=146 ; 67,9%) (**Tableau 4**).

Parmi les 195 résidents ayant des troubles du comportement, nous constatons que près de la moitié d'entre eux présentaient une agitation, 82 (38,1%) étaient apathiques et 75 montraient des signes d'anxiété (36,7%) (**Tableau 5**).

Parmi les 215 résidents, 121 résidents (56,3%) avaient été évalués dans l'année précédente par le neuro-psychologue de chaque structure avec l'aide du NPI-ES. Vingt résidents (9,3%) n'avaient aucun trouble du comportement d'après le NPI-ES et d'après les équipes médicales interrogées. La moyenne du score total de NPI-ES est de 36,1 (\pm 30,3).

	n(%)
groupe 'troubles hyperactifs'	146 (67,9)
groupe 'troubles apathiques'	101 (47)
groupe 'troubles affectifs'	90 (41,9)
groupe 'troubles psychotiques'	72 (33,5)

Tableau 4 : Répartition des patients selon les groupes de troubles du comportement

	Résidents ayant des troubles du comportement	Résidents ayant des troubles du comportement et un NPI < 1 an	Moyennes : fxg (+/-ds)
	N=215 (n ; %)	n=121 (n ; %)	
Agitation/Agressivité	(99 ; 46)	(72 ; 59,5)	8,2 (+/-3)
Apathie/Indifférence	(82 ; 38,1)	(62 ; 51,2)	9,2 (+/-3,2)
Anxiété	(79 ; 36,7)	(65 ; 53,7)	8,8 (+/-2,9)
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	(74 ; 34,4)	(66 ; 54,5)	7,4 (+/-3)
Comportement moteur aberrant	(76 ; 35,3)	(52 ; 43)	8,6 (+/-3,5)
Idées délirantes	(63 ; 29,3)	(50 ; 41,3)	7,9 (+/-3,3)
Desinhibition	(60 ; 27,9)	(51 ; 42,1)	8,5 (+/-3,5)
Dépression/Dysphorie	(42 ; 19,5)	(34 ; 28,1)	8,8 (+/-2,9)
Troubles de l'appétit	(43 ; 20)	(34 ; 28,1)	8,9 (+/-3,2)
Hallucinations	(36 ; 16,7)	(31 ; 25,6)	7,7 (+/-3,6)
Exaltation de l'humeur/Euphorie	(33 ; 15,3)	(31 ; 25,6)	8,5 (+/-3,6)
Troubles du sommeil	(19 ; 8,8)	(18 ; 14,9)	8,3 (+/-3,3)

fxg : fréquence multipliée par la gravité

Tableau 5 : Troubles du comportement et scores NPI-ES

3.2 ANALYSE UNIVARIEE

Il n'a pas été montré de relation significative entre l'étiologie de la démence et les traitements qu'ils soient symptomatiques ou spécifiques.

Les résidents bénéficiant de traitements par IChE avaient 2,73 fois plus de traitements neuroleptiques que ceux n'ayant pas d'IChE (40,9% versus 20,2%, $p < 0,05$) (**Tableau 6**).

Les résidents ayant des comportements moteurs aberrants avaient 2,12 fois plus de neuroleptiques (31,6% versus 17,3%, $p = 0,016$) que ceux n'en ayant pas. Les résidents ayant des troubles du sommeil avaient significativement plus de traitements neuroleptiques (42,1% versus 20,4%, OR 2,84 [IC 95%, 1,07-7,52]). Les résidents agités ou agressifs avaient tendance à avoir plus de traitements neuroleptiques que ceux ne l'étant pas ($p = 0,053$). Il n'y avait pas de relation significative entre « idées délirantes » ou « hallucinations » ou « irritabilité/instabilité » et traitements neuroleptiques (**Tableau 7**).

Les résidents apathiques avaient significativement moins de traitements par benzodiazépines (30,5% versus 44,4%, OR 0,55 [IC95%, 0,98-0,31]) et par IChE (4,9% versus 13,5%, OR 0,33 [IC 95%, 0,11-1]). Les patients anxieux avaient significativement plus de traitements par benzodiazépines (50,6% versus 32,4 %, $p = 0,008$, OR 2,14 [IC95%, 1,21-3,79]) (**Tableau 7**).

Aucun des résidents ayant des hallucinations avaient un traitement par anti-NMDA ($p = 0,049$) (**Tableau 7**).

Nous n'avons pas retrouvé de lien significatif entre les patients dépressifs et les traitements antidépresseurs tout comme entre les troubles du sommeil et les traitements hypnotiques (**Tableau 7**).

Seul un lien significatif existait entre le groupe « troubles hyperactifs » et neuroleptiques. Ce groupe bénéficiait de 2,43 fois plus de traitements par neuroleptiques que les autres (26,7% versus 13%, OR 2,43 [IC95%, 1,10-5,36]) (**Tableau 8**).

Parmi les résidents appartenant au groupe « troubles apathiques », il existait significativement plus d'hommes que de femmes en comparaison du groupe sans troubles apathiques (26,7% d'hommes versus 13,2% de femmes, OR 2,41 [IC95%, 1,41-4,85]) (**Tableau 9**).

Il existait significativement plus d'hommes aussi parmi les résidents agités/agressifs (OR 2,23 [IC95%, 1,11-4,45]), irritables/instables (OR 2 [IC95%, 1,01-3,9]), ou encore parmi les résidents ayant des troubles du comportement alimentaire (30,2% versus 16,9%, OR 2,14 [IC95%, 1-4,59]) (**Tableau 10**).

Traitements spécifiques	Traitements symptomatiques							
	IRS-IRSNA		Antidépresseurs atypiques		Neuroleptiques		Benzoc...	
	n(%)	OR [IC 95%]	n(%)	OR [IC 95%]	n(%)	OR [IC 95%]	n(%)	
IChE	9 (40,9)	NS	3 (13,6)	(f) NS	9(40,9)	2,73 [1,09-6,85]*	10 (45,5)	
Anti-NMDA	3 (15,8)	NS	2 (10,5)	(f) NS	2 (10,5)	(f) NS	9 (47,4)	

OR = Odd ratio

IC = Intervalle de confiance

NS = Non significatif ($p > 0,05$)

NA = Non applicable

* $p < 0,05$

Tableau 6 : Relation (odds ratio) entre traitements spécifiques et traitements symptomatiques

Troubles du comportement présents	Traitements									
	ICHe		Anti-NDMA		IRS-IRSNA		Antidépresseurs atypiques		Benzodiazépine	
	n(%)	OR [IC 95%]	n(%)	OR [IC 95%]	n(%)	OR [IC 95%]	n(%)	OR [IC 95%]	n(%)	OR [IC 95%]
Idées délirantes	6 (9,5)	NS	5 (7,9)	NS	16 (25,4)	NS	12 (19)	NS	26 (41,3)	NS
Hallucinations	4 (11,1)	(f) NS	0 ; 0*	(f) NA	10 (27,8)	NS	8 (22,2)	(f) NS	14 (38,9)	NS
Agitation/agressivité	8 (8,1)	NS	8 (8,1)	NS	28 (28,3)	NS	10 (10,1)	NS	41 (41,4)	NS
Dépression/dysphorie	2 (4,8)	(f) NS	4 (9,5)	(f) NS	14 (33,3)	NS	8 (19)	NS	16 (38,1)	NS
Anxiété	8 (10,1)	NS	9 (11,4)	NS	27 (34,2)	NS	13 (16,5)	NS	40 (50,6)**	2,1 [1,21-3,3]
Euphorie/exaltation	3 (9,1)	(f) NS	3 (9,1)	(f) NS	9 (27,3)	NS	4 (12,1)	(f) NS	13 (39,4)	NS
Apathie/indifférence	4 ; 4,9*	0,33 [0,11-1,01]*	6 (7,3)	NS	19 (23,2)	NS	12 (14,6)	NS	25 (30,5)*	0,5 [0,31-0,8]
Désinhibition	8 (13,3)	NS	5 (8,3)	NS	18 (30)	NS	10 (16,7)	NS	24 (40)	NS
Irritabilité/instabilité	6 (8,1)	NS	5 (6,8)	NS	24 (32,4)	NS	6 (8,1)	NS	27 (36,5)	NS
Comportement moteur aberrant	11 (14,5)	NS	10 (13,2)	NS	19 (25)	NS	13 (17,1)	NS	33 (43,4)	NS
Troubles du sommeil	3 (15,8)	(f) NS	2 (10,5)	(f) NS	3 (15,8)	NS	2 (10,5)	(f) NS	8 (42,1)	NS
Troubles de l'appétit	3 (7)	(f) NS	6 (14)	(f) NS	13 (30,2)	NS	3 (7)	NS	14 (32,6)	NS

OR = Odd ratio IC = Intervalle de confiance NS = Non significatif (p>0,05) NA = Non applicable

Tableau 7 : Relation (odds ratio) entre troubles du comportement présents et traitements (spécifiques)

Groupes	Traitements									
	ICHe		Anti-NDMA		IRS-IRSNA		Antidépresseurs atypiques		Benzodiazépines	
	n(%)	OR [IC 95%]	n(%)	OR [IC 95%]	n(%)	OR [IC 95%]	n(%)	OR [IC 95%]	n(%)	OR [IC 95%]
Groupe 'Troubles hyperactifs'	17 (11,6)	NS	12 (8,2)	NS	41 (28,1)	NS	18 (12,3)	NS	60 (41,1)	NS
Groupe 'Troubles apathiques'	6 (5,9)	NS	9 (8,9)	NS	27 (26,7)	NS	13 (12,9)	NS	33 (32,7)	NS
Groupe 'Troubles affectifs'	8 (8,9)	NS	9 (10)	NS	30 (33,3)	NS	14 (15,6)	NS	42 (46,7)	NS
Groupe 'Troubles psychotiques'	7 (9,7)	NS	5 (6,9)	NS	19 (26,4)	NS	12 (16,7)	NS	29 (40,3)	NS

OR = Odd ratio IC = Intervalle de confiance NS = Non significatif (p>0,05) NA = Non applicable

Tableau 8 : Relation (odds ratio) entre groupes de troubles du comportement et traitements (spécifique

Groupes	Sexe		OR [IC 95%]
	Féminin n(%)	Masculin n(%)	
'Troubles hyperactifs' +	117 (80,1)	29 (19,9)	NS
'Troubles hyperactifs' -	56 (81,2)	13 (18,8)	
'Troubles apathiques' +	74 (73,3)	27 (26,7)	2,41 [1,2-4,85]*
'Troubles apathiques' -	99 (86,8)	15 (13,2)	
'Troubles affectifs' +	74 (82,2)	16 (17,8)	NS
'Troubles affectifs' -	99 (79,2)	26 (20,8)	
'Troubles psychotiques' +	59 (81,9)	13 (18,1)	NS
'Troubles psychotiques' -	114 (79,7)	29 (20,3)	

OR = Odd ratio

IC = Intervalle de confiance

NS = Non significatif ($p > 0,05$)

NA = Non applicable

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$ (f) Test

'Troubles hyperactifs' + = résidents ayant des troubles du comportement appartenant au syndrome hyperactif

'Troubles hyperactifs' - = résidents n'ayant pas de troubles du comportement appartenant au syndrome hyperactif

Tableau 9 : Relation (odds ratio) entre groupes de troubles du comportement et sexe

Troubles du comportement	Sexe		
	Féminin	Masculin	
Idées délirantes +	53 (84,1)	10 (15,9)	NS
Idées délirantes -	120 (78,9)	32 (21,1)	
Hallucinations +	30 (83,3)	6 (16,7)	NS
Hallucinations -	143 (79,9)	36 (20,1)	
Agitation/agressivité +	73 (73,7)	26 (26,3)	2,23 [1,11-4,45]*
Agitation/agressivité -	100 (86,2)	16 (13,8)	
Dépression/dysphorie +	35 (83,3)	7 (16,7)	NS
Dépression/dysphorie -	138 (79,8)	35 (20,2)	
Anxiété +	66 (83,5)	13 (16,5)	NS
Anxiété -	107 (78,7)	29 (21,3)	
Euphorie/exaltation +	26 (78,8)	7 (21,2)	NS
Euphorie/exaltation -	147 (80,8)	35 (19,2)	
Apathie/indifférence +	62 (75,6)	20 (24,4)	NS
Apathie/indifférence -	111 (83,5)	22 (16,5)	
Désinhibition +	46 (76,7)	14 (23,3)	NS
Désinhibition -	127 (81,9)	28 (18,1)	
Irritabilité/instabilité +	54 (73)	20 (27)	2 [1,01-3,98]*
Irritabilité/instabilité -	119 (84,4)	22 (15,6)	
Comportement moteur aberrant +	66 (86,8)	10 (13,2)	NS
Comportement moteur aberrant -	107 (77)	32 (23)	
Troubles du sommeil +	13 (68,4)	6 (31,6)	(f) NS
Troubles du sommeil -	160 (81,6)	36 (18,4)	
Troubles de l'appétit +	30 (69,8)	13 (30,2)	2,14 [1-4,59]*
Troubles de l'appétit -	143 (83,1)	29 (16,9)	

OR = Odd ratio IC = Intervalle de confiance NS = Non significatif (p>0,05) NA = Non applicable *p<0,05 **p<0,01 (f) Test de Fisher

'Troubles hyperactifs' + = résidents ayant des troubles du comportement appartenant au syndrome hyperactif

'Troubles hyperactifs' - = résidents n'ayant pas de troubles du comportement appartenant au syndrome hyperactif

Tableau 10 : Relation (odds ratio) entre troubles du comportement et sexe

4 DISCUSSION

L'objectif du travail était de décrire la population des patients déments à un stade sévère, leur prise en charge médicamenteuse en EHPAD et évaluer les liens entre leurs troubles du comportement et leurs traitements, afin de mieux comprendre leur prise en charge et de pouvoir proposer des pistes d'amélioration visant avant tout leur qualité de vie.

4.1 PRINCIPAUX RESULTATS

Notre étude montre une hétérogénéité importante de prises en charge et de suivis de ces patients représentant presque la moitié des résidents de ces EHPAD (45,2%). En effet, nous avons constaté un manque évident de données n'ayant pu être recueillies : 47 MMSE indisponibles, 94 NPI-ES indisponibles, étiologies manquantes dans près de 38,1% des cas; date de début et de fin de traitement anti-démence non renseignées (qui, pour cette dernière variable, tend à diminuer grâce à l'informatisation des prescriptions). Ce manque apparent de suivi peut s'expliquer par un obstacle lors de l'évaluation de ces patients. Près de la moitié des résidents inclus ont un MMSE à 0. Cette information nous paraît appropriée afin de diagnostiquer ces patients en tant que « déments sévères ». Mais finalement elle est très peu pertinente et semble inutile car elle n'aide en aucun cas à prendre en charge le patient dans sa globalité (mettre en place un projet de soins adapté, améliorer sa qualité de vie en ciblant les capacités restantes pouvant être améliorées, stabilisées ou au moins ralenties).

L'agitation est dans notre étude le premier trouble du comportement, renforçant encore les difficultés au quotidien dans les EHPAD. Une des solutions adoptée par les médecins semble être l'utilisation de neuroleptiques. Pourtant la balance bénéfice

risque de ces traitements est à peser avec soin compte tenu des nombreux effets indésirables qu'on leur connaît (22) : augmentation de la mortalité, du risque d'accident vasculaire cérébral pour les neuroleptiques atypiques (23), des troubles de la marche, du risque de chutes et de la sédation. Tout cela est prescrit chez des patients déjà fragilisés et polymédiqués aggravant ainsi le risque de mortalité (24). Les patients déments sont exposés 6 fois plus que la population du même âge à la prescription de ces traitements et d'autant plus si la démence est sévère (25). De même les résidents des EHPAD sont également plus exposés aux neuroleptiques que les patients à domicile (26). C'est pourquoi la HAS a mis en place le programme AMI-Alzheimer (Alerte et Maîtrise de la iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer). L'objectif concret de ce programme est de diviser par 3 le nombre de prescriptions de neuroleptiques, traitements potentiellement nocifs s'ils sont utilisés à mauvais escient (effets secondaires à type de sédation diurne pouvant par exemple gêner l'interaction sociale et engendrer des chutes). Il comporte une mesure d'alerte (repérer les résidents sous neuroleptiques) et une mesure de maîtrise (réviser la prescription de neuroleptiques selon le diagnostic et la pertinence). Notre étude a mis en évidence que les neuroleptiques étaient le quatrième traitement utilisé à hauteur de 22,3% des résidents, donc légèrement en dessous du taux de 27% observés dans les EHPAD selon la HAS (27). Nous avons rencontré lors de la réalisation de notre étude des neuropsychologues qui réalisaient régulièrement dans les EHPAD des ateliers mémoire, des séances de relaxation, des séances snoezelen (stimulation sensorielle). Ce sont autant de thérapies non médicamenteuses pouvant réduire les troubles du comportement et expliquer ce taux plus faible. De même, les médecins coordinateurs ne sont pas tous détenteurs de la capacité de gériatrie mais sont pour la plupart, grâce par exemple à la formation

continue, déjà sensibilisés aux risques iatrogènes chez les personnes âgées. Finalement, nous avons découvert peu de bithérapie (4,6%) mais tout de même 14,9% de traitements inappropriés. Les traitements que nous avons considérés inappropriés sont les inhibiteurs de la cholinestérase (non indiqués à ce stade de démence) ainsi que l'hydroxyzine et les antidépresseurs tricycliques devant les effets anticholinergiques majeurs chez les sujets âgés (11).

4.2 PREVALENCE DE LA DEMENCE SEVERE ET DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Dans notre étude la prévalence des patients déments en EHPAD est de 79,6%, taux légèrement supérieur à celui de l'étude PAQUID (72%) (3). La population démente en EHPAD est en constante augmentation pour trois raisons. L'augmentation de l'espérance de vie majore le risque de découverte de pathologie démentielle mais aussi la durée de vie des patients déments et augmentent donc l'incidence des syndromes démentiels évoluant jusqu'à des stades très sévères. De même, l'institutionnalisation des patients âgés est retardée grâce à la mise en place d'aides à domicile, les patients arrivant en EHPAD à des stades plus avancés. Et enfin, la mise en place de nombreux plans gouvernementaux depuis les années 2000 a permis de favoriser un diagnostic précoce. Pour rappel, la prévalence de la démence en population générale est d'environ 17,8% (3).

Selon deux études françaises, la prévalence des patients déments sévères parmi l'ensemble des patients déments est située entre 15,6% (28) (étude de la prise en charge médicamenteuse de patients déments type Alzheimer se rendant en consultation mémoire) et 26,1 % (3) (étude PAQUID : cohorte de patients âgés de

plus de 75 ans vivant en Dordogne et Gironde suivis sur 10 ans). La prévalence identifiée dans notre étude était bien supérieure (56,7%) puisque nous avons choisi d'étudier une population institutionnalisée, et cela pour plusieurs raisons. D'abord, la cible de notre étude était les patients déments sévères or, un tiers seulement des patients déments sévères vivent à domicile (3). De plus, le diagnostic de démence est très souvent non posé car il s'agit d'un diagnostic fonctionnel et non hippocratique pour lequel les médecins sont classiquement formés. Ce diagnostic était indispensable pour l'inclusion des résidents dans notre étude. Les résidents étaient pour la plupart au contact depuis de nombreux mois de l'équipe soignante permettant une évaluation objective des troubles cognitifs. Les données concernant leurs traitements mais aussi leurs troubles du comportement y sont aussi plus accessibles par rapport aux patients vivant à domicile. La prévalence des résidents déments sévères en EHPAD dans notre étude est quant à elle, bien inférieure à celle de l'étude PAQUID (3) (56,7% pour 79%) puisque leur population était moins sélective (MMSE compris entre 0 et 18, déments de stade modéré à sévère). Le résultat de cette dernière étude est en corrélation avec une étude réalisée en 1994 à Stockholm (29) pour laquelle la prévalence des déments modérés à sévères institutionnalisés était de 88,6%. En 2011, aux Etats-Unis, une étude a compté jusqu'à 13,5% de patients déjà déments sévères à leur admission en EHPAD (30).

La prévalence du syndrome démentiel est plus importante chez les femmes (30,31) ce qui a été retrouvé dans notre étude. Cela peut s'expliquer premièrement par l'âge avancé des résidents inclus (âge moyen de 88,2 ans), l'espérance de vie des femmes étant meilleure que celle des hommes. Deuxièmement, on observe une inversion de la tendance chez les plus de 80 ans (2) avec l'apparition d'une majorité de femmes démentes par rapport aux hommes. Troisièmement, la survie des

femmes démentes est deux fois plus longue une fois la maladie débutée (32). Et enfin quatrièmement, le veuvage plus important des femmes entraîne une perte d'autonomie (conséquence de l'isolement à domicile) aboutissant à l'institutionnalisation.

Concernant l'étiologie, nos données ont montré le peu de diagnostics d'étiologies de démence inscrits dans les dossiers. La démence la plus fréquente restait la maladie d'Alzheimer (39,5%, loin de la proportion supérieure à 70% des principales études) (3,31). Cela ne correspond pas à la prévalence de la démence mais bien à la prévalence « d'inscription d'étiologie de la démence » dans les dossiers médicaux. Cela peut s'expliquer notamment par le fait que dans cette population, les enjeux à l'heure actuelle vont bien au-delà du paradigme hippocratique (vouloir à tout prix un diagnostic) puisque c'est réellement au niveau fonctionnel et in fine au niveau de la qualité de la fin de vie, que les efforts sont à fournir.

4.3 PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU PATIENT

4.3.1 Suivi

Les recommandations de la HAS de 2011 spécifient que pour chaque patient dément (quelle que soit l'étiologie) « le suivi recommandé est multidisciplinaire, piloté par le médecin généraliste traitant en collaboration avec un neurologue, un gériatre ou un psychiatre. Sa structuration dépend du contexte local et des ressources disponibles, mais tous les patients devraient bénéficier des dispositions proposées » (7). Dans notre étude, chaque résident est suivi en binôme : médecin généraliste et médecin coordinateur pour la plupart des résidents (77,7%). Le médecin coordinateur a la possibilité de réaliser la capacité de gériatrie mais elle n'est pas obligatoire. Nous

pouvons considérer que le suivi spécialisé de ces patients qui doit avoir lieu au moins une fois par an est assuré mais pas la multidisciplinarité. Nous constatons dans notre étude qu'au moins 97 résidents (45,1%) ont été en contact avec des praticiens pouvant initier ces traitements spécifiques (gériatre, neurologue ou psychiatre) mais seulement 4 résidents déments sévères ont continué le suivi. Ceci peut s'expliquer en premier lieu par les difficultés de déplacement en consultation de ville de ces patients dont l'autonomie est plus qu'altérée, et en second lieu par la difficulté de prise en charge de ces patients : traitements peu efficaces pour ralentir cette pathologie entraînant un sentiment d'échec et un désintéressement des praticiens spécialistes.

La HAS rappelle aussi que l'organisation de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer relève et doit être sous la responsabilité du médecin de l'établissement, médecin coordinateur pour les EHPAD et que ce dernier s'assurera d'une bonne collaboration avec le médecin traitant (7).

4.3.2 Prise en charge médicamenteuse

Chaque résident d'EHPAD prend 6 traitements par jour environ (31). Notre étude a montré la prise de 1,5 classes de traitements spécifiques ou psychotropes.

4.3.2.1 Traitements spécifiques

Au total 18,6% des résidents bénéficiaient de traitements antidémence, traitements qui resteront pour la plupart jusqu'à la mort du résident, malgré leur caractère parfois inapproprié (31,33) quand l'objectif des familles reste à ce stade le confort du patient.

Une étude française (28) comptabilise plus de 79% de patients déments sévères sous IChE ou anti-NMDA (étude réalisée auprès de patients se rendant en consultation mémoire). Un rapport parlementaire français de 2005 (34) parle lui

d'environ 1/3 chez la population démente générale. Aux Etats-Unis, en 2011, une étude retrouvait 33% de patients sous traitements spécifiques parmi les déments sévères à l'entrée en EHPAD pour lesquels, à 3 mois, était constatée une plus importante diminution de ces traitements comparés aux autres classes moins atteintes. Le stade sévère était d'ailleurs le seul facteur ayant un lien significatif avec la diminution de traitement anti-démence après intégration dans une EHPAD (30). On notait aussi une augmentation de la bithérapie avec l'avancée de la démence de même qu'une plus forte prescription hors recommandation (28).

La balance bénéfice-risque est complexe à évaluer. De nombreuses études ont été réalisées chez des patients à domicile ou en EHPAD pour lesquelles il existait de nombreux biais (biais de mesure avec de nombreux perdus de vue, biais de confusion avec les nombreuses comorbidités notamment). Les échantillons étaient souvent trop faibles rendant les extrapolations incertaines (35). L'efficacité de certains traitements anti-démence a été démontrée sur les patients déments sévères déjà traités par donepezil. Une étude randomisée, en double aveugle, contre placebo réalisée par Howard et son équipe en 2012 (36) montre le ralentissement de la dégradation cognitive grâce à la poursuite du donepezil ou grâce à l'instauration de la mémantine (sans différence significative entre les deux, et sans intérêt d'association des deux traitements). Malgré tout, les résultats observés sont très faibles et l'instauration de la mémantine n'est pas considérée comme ayant un impact clinique. De même, les troubles du comportement diminuent significativement (36,37) après instauration ou ajout de la mémantine au donepezil (diminution de 4 à 5 points de NPI), les proportions ne sont pas cliniquement remarquables. L'impact sur la vie quotidienne (mesuré par exemple par le ADCS-ADLsev) des patients reste faible et non significatif quel que soit le traitement spécifique utilisé (ICHÉ ou anti-

NDMA) (37,38) en comparaison aux contraintes et risques : prise d'un médicament supplémentaire chez des patients polymédiqués, dénutris, anorexiques, polypathologiques (risque de iatrogénie majeur).

Dans cette balance il faut ajouter certains facteurs importants en faveur de l'introduction ou de la poursuite de ces traitements. Les familles sont hostiles à l'arrêt des traitements (sentiment d'abandon et de culpabilité). Le risque de priver ces patients d'un éventuel bénéfice à court terme rend le médecin lui-même incertain quant à l'arrêt de ces traitements. A l'inverse, d'autres sont en défaveur. Les coûts directs et indirects (39) sont déjà notables avec une augmentation significative du nombre d'heures passées auprès des patients et du nombre de jours de travail manqués pour les aidants lorsque les symptômes psycho-comportementaux sont très présents, a fortiori chez les patients déments sévères. Ces traitements quasi-inefficaces accroissent encore les coûts et sont donc un frein à leur introduction ou poursuite. De même, il n'y a pas d'étude montrant le lien entre ces traitements et le délai d'entrée en institution. Toutes ces raisons expliquent les difficultés des praticiens à introduire ou poursuivre ces traitements.

Les IChE ou la mémantine ont comme effets indésirables fréquents la somnolence, l'agressivité, l'agitation et les hallucinations. Ce sont des causes potentielles d'arrêt de traitements spécifiques marqués dans les dossiers médicaux dans notre étude.

Malgré les controverses concernant toutes ces études, ces traitements sont recommandés. Mais, en France, les IChE ne sont pas indiqués pour les stades sévères, à l'inverse des Etats-Unis. Un exemple contraire existe : l'assurance maladie belge ne rembourse aucun traitement spécifique pour les stades sévères.

4.3.2.2 Traitements symptomatiques

Notre étude montrait que chez les résidents déments sévères, les traitements symptomatiques étaient autant utilisés chez les résidents ayant ou n'ayant pas de traitements anti-démence. Une exception concernait les neuroleptiques puisqu'ils étaient 2,7 fois plus utilisés chez les patients sous IChE. Les mêmes résultats avaient été retrouvés en 2012 chez les patients déments suivis en consultation spécialisée : les antidépresseurs, les anxiolytiques ainsi que les neuroleptiques étaient plus prescrits chez les patients bénéficiant de traitements spécifiques (même en bithérapie) (28).

Les traitements psychotropes symptomatiques sont plus prescrits chez les patients déments en comparaison à ceux n'ayant pas de troubles cognitifs, et plus prescrits chez les résidents d'EHPAD par rapport à ceux vivant encore à domicile (40). Ceci corrobore les chiffres très importants retrouvés dans notre étude. Quatre résidents déments sévères sur cinq environ étaient traités avec au moins un traitement psychotrope. Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer ce taux de prescription : les résidents en EHPAD sont justement en EHPAD car le maintien à domicile n'était plus possible à cause de troubles du comportement (41), la charge de travail des équipes dans les EHPAD est telle que les troubles du comportement sont peu supportés par celles-ci et influence le médecin prescripteur, le risque de réaction en cascade (des troubles du comportement chez un résident entraînant des troubles chez d'autres résidents).

Les benzodiazépines sont la classe médicamenteuse la plus utilisée dans notre étude. Cette classe semble moins inquiétante lors de la prescription (moins d'effets indésirables décrits) et les effets sédatifs sont des effets qui soulagent les équipes dans les structures où le travail est lourd. Nous n'avons pas retrouvé d'études

vérifiant l'efficacité des benzodiazépines dans les symptômes psycho-comportementaux dans la démence sévère. Au-delà de notre focalisation sur les symptômes psycho-comportementaux des sujets déments sévères, il existait un lien entre anxiété et benzodiazépines montrant une prescription symptomatique adaptée.

En revanche, dans la démence, les antidépresseurs seraient efficaces presque exclusivement dans les troubles dépressifs (42) mais notre étude ne montre pas de lien significatif entre dépression et antidépresseurs. Seul le citalopram serait capable de réduire l'agitation et l'irritabilité en comparaison à l'utilisation d'un placebo (43). Encore une fois, il n'a pas été montré dans notre travail de lien entre ce traitement et ces deux variables.

Il a été montré un lien entre comportement moteur aberrant (principalement la déambulation et les fugues) et les neuroleptiques. Les traitements neuroleptiques ne sont pas indiqués dans le traitement de la déambulation excessive et font même partie des facteurs prédisposants de chute (44). Ces patients déambulants ou ayant d'autres comportements moteurs aberrants peuvent être assimilés à des patients agités ou agressifs expliquant ce lien. Cette explication pourrait aussi être donnée pour justifier le lien entre les troubles du sommeil et l'utilisation de neuroleptiques.

4.4 TROUBLES DU COMPORTEMENT

Une centaine de résidents avaient un score MMSE coté à 0 indiquant que plus de 20% des résidents vivant au sein des EHPAD étudiées étaient arrivés au stade terminal du syndrome démentiel. Plus de 90% des résidents déments sévères avaient au moins un trouble du comportement dont la quasi-totalité était cliniquement significative (score fréquence fois gravité supérieur ou égal à 3). Selon Aalten en

2007 (21), les 'troubles apathiques' restent les premiers symptômes psycho-comportementaux chez les patients déments. Dans notre étude, ils intervenaient en deuxième position après les 'troubles hyperactifs'. En 2012, une étude longitudinale (45) a permis d'évaluer les modifications de prévalence des symptômes psycho-comportementaux. Elle a montré une franche augmentation des troubles des groupes 'troubles hyperactifs' et 'troubles apathiques' en quatre ans. L'évolution de la démence favorise donc l'apparition de ce type de comportement corroborant nos résultats (une majorité de troubles apathiques et troubles hyperactifs dans la démence sévère). Ces 2 groupes sont parfois présents chez les mêmes patients rendant les prises en charge pour le médecin délicates.

Nous avons constaté que les structures pratiquant les NPI-ES le faisaient tous les ans et pour chaque patient. La chute du taux de NPI-ES recueillis traduit les différentes « politiques » d'évaluation des structures. En mettant à part les deux structures ne réalisant pas le NPI-ES, le taux de NPI-ES recueillis était de 87,7%. La réalisation semble donc facile et peut être répétée afin d'évaluer les changements de comportement après mise en place de thérapeutiques médicamenteuses ou non médicamenteuses.

La démence concerne plus les femmes mais les troubles du comportement sont plus fréquents chez les hommes dans notre étude. Les patients déments (tout stade de sévérité confondu) manifestent aussi plus de symptômes à type de déambulation (46) que les femmes sans qu'il n'y ait de justification pertinente à ses résultats.

4.5 LIMITES ET BIAIS

4.5.1 Biais de sélection

Le choix des EHPAD a entraîné un biais notamment pour la variable « spécialité du médecin prenant en charge la pathologie démentielle ». En effet, les résidents de l'EHPAD de Cimiez étaient tous suivis par un gériatre du pôle de gérontologie/gériatrie du CHU de Nice. Nous n'avons pas envisagé ce biais et cette variable n'était donc pas analysable.

4.5.2 Biais de mesure

Bien qu'indisponibles pour 47 des 215 patients, le MMSE moyen est très faible. Près de la moitié des patients avaient un MMSE non réalisable du fait de l'avancée de leur maladie. Rares sont les études s'intéressant à des patients dont la démence est aussi sévère. L'étude de ces patients est particulièrement complexe (facteurs multiples de confusion, perdus de vue), c'est pourquoi au vu de l'objectif choisi, l'étude transversale nous a paru la plus appropriée.

Les évaluations neuropsychologiques ont toutes été réalisées par différents neuropsychologues. L'utilisation du MMSE dans l'évaluation nous a permis de diminuer le risque de biais de mesure puisque c'est un test avec une excellente reproductibilité inter-testeurs (47,48). Néanmoins, il a pu être responsable d'un biais de mesure par sous-estimation de la sévérité des troubles cognitifs. En effet l'étude étant rétrospective, certains MMSE dataient parfois de plus d'un an, or le syndrome démentiel est une pathologie évolutive.

Le score total du NPI-ES n'a pas été analysé puisqu'il semble peu représentatif de l'état comportemental des patients.

Les évaluations (MMSE et NPI-ES) n'ont pas été réalisées par les mêmes personnes dans les différents établissements inclus. Néanmoins, ce biais semble minimisé par le choix du NPI-ES, test développé pour une utilisation dans de multiples situations de soins pour des patients placés en institution.

4.5.3 Limites

La taille de l'échantillon et le choix des EHPAD ne permettent pas d'extrapoler les résultats de cette étude à l'ensemble des déments sévères. Les intervalles de confiance sont larges ce qui diminue la puissance de cette étude. Des analyses croisées n'ont pas été ajoutées du fait des effectifs restreints (troubles du comportement en fonction des étiologies notamment) et les neuroleptiques n'ont pas pu être analysés de façon séparée comme prévu au début de l'étude (neuroleptiques en conditionnel et neuroleptiques en systématique) par manque d'effectif.

4.6 PROPOSITIONS

En définitif, au vu du taux de mortalité de 25% à 6 mois (15) des patients déments sévères, il semble que l'évaluation et la prise en charge des troubles du comportement soient un enjeu majeur de leur prise en charge notamment en EHPAD afin d'améliorer leur qualité de vie. Cette étude montre bien la limite des solutions proposées aux équipes soignantes ayant pour conséquence une importante prescription de psychotropes probablement inappropriée pour répondre à ces problèmes. C'est pourquoi, depuis plusieurs années maintenant, la recherche dans ce domaine se tourne vers l'utilisation d'outils numériques. Ainsi par exemple, l'utilisation de capteurs ambiants au sein des lieux de vie pourrait permettre une meilleure compréhension de la genèse et de l'évolution des troubles du comportement des patients. C'est notamment un des enjeux du programme de

recherche européen dem@care pour sa partie « at home » et « at nursing home ». C'est dans cette même optique que s'est développée la plateforme Valrose du Centre d'Innovation et d'Usage en santé (centre expert du centre national de référence Santé à domicile et autonomie). Cette plateforme vise notamment à développer et à valider des solutions technologiques pour faciliter l'évaluation des patients en EHPAD mais aussi leur prise en charge non médicamenteuse via des outils (de type parcours sonores et olfactifs ; projets POSE et SAFEE). Elle a pour objectif également d'améliorer la qualité de vie au travail du personnel soignant (test de matériel d'aides aux soins de base). On peut enfin évoquer l'utilisation émergente des « serious game » dans l'évaluation et la stimulation des patients atteints de démence jusqu'à des stades modérés sévères. C'est par exemple le cas du projet européen Verve (réapprentissage des activités instrumentales via l'utilisation de ces « serious game » sur tablettes tactiles) ou du projet az@game dont l'objectif est l'évaluation et la stimulation cognitive en utilisant un « serious game » associant entraînement physique et cognitif.

5 CONCLUSION

Malgré des recommandations qui préconisent des traitements spécifiques quel que soit le stade de la maladie démentielle, et des recommandations qui tentent de limiter les traitements symptomatiques, les données de notre étude évoquent des comportements inverses : peu de traitement spécifique (moins de 20%) et beaucoup de traitements symptomatiques (pour presque 80% des résidents).

Les neuroleptiques sont la quatrième classe thérapeutique utilisée en fréquence chez nos patients déments sévères. Il n'en reste pas moins que ces traitements sont encore majoritairement utilisés en lien avec les troubles du comportement et notamment : les troubles du sommeil et l'ensemble des troubles hyperactifs (agitation, agressivité, euphorie, désinhibition, et troubles du comportement moteur aberrant). A contrario, les troubles du comportement nécessitant des traitements anti-productifs (hallucinations et délires) ne sont pas liés significativement avec les traitements neuroleptiques.

L'objectif de cette étude n'était pas d'évaluer les prescriptions des médecins. Cependant, notre étude a mis en évidence des prescriptions s'écartant des recommandations probablement non dues à un mésusage, mais peut-être à une adaptation des médecins à la réalité de ces patients gériatriques. En effet, même la définition clinique de la démence nous oblige à ne pas raisonner de façon Hippocratique (mettre au centre le diagnostic de la maladie et son traitement correspondant) même si cela est la base de notre apprentissage de la médecine. Ces patients et résidents gériatriques nous poussent à aller bien au-delà, à évoluer vers un modèle beaucoup plus fonctionnel visant à préserver au maximum et le plus longtemps possible leur autonomie et leur qualité de vie une fois le diagnostic de démence posé.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-4-TR (4e éd. Rev.). American Psychiatric Publishing. Washington, DC; 2000.
2. Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A, Breteler MM, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. *Neurology*. 2000;54(11 Suppl 5):S4–9.
3. Ramarosan H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues JF. Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus: données réactualisées de la cohorte Paquid. *Rev Neurol Paris*. 2003;159(4):405–11.
4. Aouba A, Eb M, Rey G, Pavillon G, Jouglu E. Données sur la mortalité en France: principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. *Bull Epidemiol Hebd*; 2011.
5. Wilmo A, Prince M. World Alzheimer Report 2010: The Global Economic Impact of Dementia. Alzheimer's Disease International; 2010 p. 56.
6. Verger P. La politique du médicament en ÉHPAD [Internet]. Ministère de affaires sociales et de la santé; 2013 p. 125. Available from: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Politiquedu_medicament_en_EHPAD_final.pdf
7. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: diagnostic et prise en charge. HAS, Recommandations de bonne pratique; 2011.
8. Les médicaments de la maladie d'Alzheimer à visée symptomatique en pratique quotidienne. HAS, Bon usage des médicaments; 2009.
9. Selbæk G, Kirkevold Ø, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(9):843–9.
10. MA et maladies apparentées: prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. HAS, Recommandations de bonne pratique; 2009.
11. Confusion aiguë chez la personne âgée: prise en charge initiale de l'agitation. HAS, Recommandations de bonne pratique; 2009.
12. Vellas B, Gauthier S, Allain H, Andrieu S, Aquino J-P, Berrut G, et al. Consensus statement on severe dementia. *Rev Neurol (Paris)*. 2005 Sep;161(8-9):868–77.
13. Gillioz A-S, Villars H, Malo P-Y, Silvestre G, Jouanny P. Quels freins à la recherche clinique sur la démence sévère? *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2010;8(3):193–9.

14. Winblad B, Poritis N. Memantine in severe dementia: results of the 9M-Best Study (Benefit and efficacy in severely demented patients during treatment with memantine). *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999 Feb;14(2):135–46.
15. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK et al. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med*. 2009;361:1529–38.
16. Panisset M, Roudier M, Saxton J, Boller F. Severe impairment battery. A neuropsychological test for severely demented patients. *Arch Neurol*. 1994 Jan;51(1):41–5.
17. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*. 1982 Sep;139(9):1136–9.
18. Galasko D, Schmitt F, Thomas R, Jin S, Bennett D, Alzheimer's Disease Cooperative Study. Detailed assessment of activities of daily living in moderate to severe Alzheimer's disease. *J Int Neuropsychol Soc JINS*. 2005 Jul;11(4):446–53.
19. Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology*. 1993 Nov;43(11):2412–4.
20. Kaduszkiewicz H, Zimmermann T, Beck-Bornholdt H-P, Van Den Bussche H. Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. *BMJ*. 2005 Aug 6;331(7512):321–7.
21. Aalten P, Verhey FRJ, Boziki M, Bullock R, Byrne EJ, Camus V, et al. Neuropsychiatric syndromes in dementia. Results from the European Alzheimer Disease Consortium: part I. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2007;24(6):457–63.
22. Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, Davis SM, Hsiao JK, Ismail MS, et al. Effectiveness of Atypical Antipsychotic Drugs in Patients with Alzheimer's Disease. *N Engl J Med*. 2006 Oct 12;355(15):1525–38.
23. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA J Am Med Assoc*. 2005 Oct 19;294(15):1934–43.
24. Onder G, Liperoti R, Foebel A, Fialova D, Topinkova E, van der Roest HG, et al. Polypharmacy and mortality among nursing home residents with advanced cognitive impairment: results from the SHELTER study. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 Jun;14(6):450.e7–12.
25. Alanen H-M, Finne-Soveri H, Fialova D, Topinkova E, Jonsson PV, Soerbye LW, et al. Use of antipsychotic medications in older home-care patients. Report from nine European countries. *Aging Clin Exp Res*. 2008 Jun;20(3):260–5.
26. Gruber-Baldini AL, Stuart B, Zuckerman IH, Simoni-Wastila L, Miller R. Treatment of Dementia in Community-Dwelling and Institutionalized Medicare Beneficiaries. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(10):1508–16.

27. Programmes de la Haute Autorité de Santé: PMSA (Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé) et AMI-Alzheimer (Indicateurs Alerte-Maitrise-Iatrogénie dans la maladie d'Alzheimer). HAS; 2011.
28. Tifratene K, Le Duff F, Pradier C, Quétel J, Lafay P, Schück S, et al. Use of drug treatments for Alzheimer's disease in France: a study on a national level based on the National Alzheimer's Data Bank (Banque Nationale Alzheimer). *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2012 Sep;21(9):1005–12.
29. Fratiglioni L, Forsell Y, Agüero Torres H, Winblad B. Severity of dementia and institutionalization in the elderly: prevalence data from an urban area in Sweden. *Neuroepidemiology.* 1994;13(3):79–88.
30. Parsons C, Briesacher BA, Givens JL, Chen Y, Tjia J. Cholinesterase Inhibitor and Memantine Use in Newly Admitted Nursing Home Residents with Dementia. *J Am Geriatry Soc.* 2011 Jul;59(7):1253–9.
31. Tjia J, Rothman MR, Kiely DK, Shaffer ML, Holmes HM, Sachs GA, et al. Daily Medication Use in Nursing Home Residents with Advanced Dementia. *J Am Geriatry Soc.* 2010;58:880–8.
32. Helmer C, Joly P, Letenneur L, Commenges D, Dartigues J. Mortality with dementia: results from a french prospective community-based cohort. *Am J Epidemiol.* 2001 Oct;154:642–8.
33. Holmes HM, Sachs GA, Shega JW, et al. Integrating palliative medicine into the care of persons with advanced dementia: Identifying appropriate medication use. *J Am Geriatry Soc.* 2008;56:1306–11.
34. Dartigues J. «Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées», étude réalisée par l'Institut de santé publique d'épidémiologie et de développement (ISPED) de l'Université Victor Ségalen Bordeaux 2, Office Parlementaire d'évaluation des politiques de santé. 2005.
35. Reisberg B, Doody R, Stöffler A, Schmitt F, Ferris S, Möbius HJ, et al. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *N Engl J Med.* 2003 Apr 3;348(14):1333–41.
36. Howard R, McShane R, Lindesay J, Ritchie C, Baldwin A, Barber R, et al. Donepezil and memantine for moderate-to-severe Alzheimer's disease. *N Engl J Med.* 2012 Mar 8;366(10):893–903.
37. Tariot PN, Farlow MR, Grossberg GT, Graham SM, McDonald S, Gergel I, et al. Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: a randomized controlled trial. *JAMA J Am Med Assoc.* 2004 Jan 21;291(3):317–24.
38. Black SE, Doody R, Li H, McRae T, Jambor KM, Xu Y, et al. Donepezil preserves cognition and global function in patients with severe Alzheimer disease. *Neurology.* 2007 Jul 31;69(5):459–69.

39. Small GW, McDonnell DD, Brooks RL, Papadopoulos G. The impact of symptom severity on the cost of Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc.* 2002 Feb;50(2):321–7.
40. Giron MST, Forsell Y, Bernsten C, Thorslund M, Winblad B, Fastbom J. Psychotropic drug use in elderly people with and without dementia. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2001 Sep;16(9):900–6.
41. Yaffe K. Patient and Caregiver Characteristics and Nursing Home Placement in Patients With Dementia. *JAMA.* 2002 Apr 24;287(16):2090.
42. Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA J Am Med Assoc.* 2005 Feb 2;293(5):596–608.
43. Pollock BG, Mulsant BH, Rosen J, Sweet RA, Mazumdar S, Bharucha A, et al. Comparison of citalopram, perphenazine, and placebo for the acute treatment of psychosis and behavioral disturbances in hospitalized, demented patients. *Am J Psychiatry.* 2002 Mar;159(3):460–5.
44. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. HAS, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles; 2009.
45. Gonfrier S, Andrieu S, Renaud D, Vellas B, Robert PH. Course of neuropsychiatric symptoms during a 4-year follow up in the REAL-FR cohort. *J Nutr Health Aging.* 2012 Feb;16(2):134–7.
46. Lai CKY, Arthur DG. Wandering behaviour in people with dementia. *J Adv Nurs.* 2003 Oct;44(2):173–82.
47. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatry Res.* 1975;12:189–98.
48. O'Connor DW, Pollitt PA, Hyde JB, Fellows JL, Miller ND, Brook CP, et al. The reliability and validity of the Mini-Mental State in a British community survey. *J Psychiatr Res.* 1989;23(1):87–96.

7 ABREVIATIONS

ADAS-Cog	Alzheimer's Disease Assessment Scale - Cognitive subscale
ADCS-ADLsev	Alzheimer Disease Cooperative Study Activities of Daily Living - Severe Scale
ADL	Activities of Daily Living (Katz)
AMI-Alzheimer	Programme HAS pour l'Alerte et la Maîtrise de la latrogénie dans la maladie d'Alzheimer
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
Anti-NMDA	Antagoniste du récepteur N-méthyl-D-aspartate (Mémantine)
ASMR	Amélioration du Service Médical Rendu
CDR	Clinical Dementia Rating
CépiDc	Centre épidémiologique sur les causes médicales de Décès
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quatrième édition
FDA	Food and Drug Administration
GDS	Global Deterioration Scale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAS	Haute Autorité de Santé
IADL	Instrumental ADL (Lawton)
IChE	Traitement anticholinestérasique (ou inhibiteur de la cholinestérase)
IRS	Inhibiteur de la Recapture de la Serotonine
IRS-NA	Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine-NorAdrénaline
MAAD	Maladies d'Alzheimer et Autres Démences
MMSE	Mini-Mental State Examination
NPI	Inventaire Neuropsychiatrique-Equipe soignante
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAQUID	Quid des Personnes Âgées
SIB	Several Impairment Battery
SMR	Service Médical Rendu
UPPD	Unité Protégée pour Personnes Désorientées

LEBORGNE F. Prise en charge médicamenteuse de la démence sévère en EHPAD : étude transversale sur 215 sujets.

Résumé

Introduction : Les thérapeutiques utilisées dans la démence sévère sont des facteurs peu étudiés notamment du fait de difficultés d'inclusion de ces patients dans les études. L'objectif de cette étude est de décrire la prise en charge médicamenteuse (traitements spécifiques et symptomatiques) chez des patients déments sévères vivant en EHPAD.

Méthodes : Etude observationnelle, transversale et multicentrique réalisée dans sept EHPAD auprès de résidents déments sévères (MMSE<10). Les données recueillies étaient les données socio-démographiques (âge et sexe), le score du dernier MMSE, l'étiologie du syndrome démentiel, la spécialité des médecins prenant en charge la démence, les troubles du comportement à travers le NPI-ES et les traitements habituels (spécifiques de la démence, et psychotropes).

Résultats : 215 résidents ont été inclus (âge moyen de 88,6 ans, 80,5% de femmes). 115 résidents (53,5%) n'avaient pas été évalué par un score MMSE dans l'année précédente et 100 résidents (46,5%) étaient considérés comme non évaluables (MMSE égal à 0) tant le syndrome démentiel était sévère. Les résidents bénéficiaient de 1,5 classes de traitements spécifiques ou psychotropes en moyenne, et 169 (78,6%) étaient traités par au moins une classe de traitements ciblant le syndrome démentiel. 40 résidents (18,6%) prenaient un traitement spécifique et 22,3% prenaient des neuroleptiques. Les résidents ayant des 'troubles hyperactifs', ayant des comportements moteurs aberrants et étant déjà traités par inhibiteur de la cholinestérase avaient significativement plus de traitements neuroleptiques.

Conclusion Il existe une importante hétérogénéité dans l'évaluation et le traitement des patients atteint de démence à un stade sévère, suivis en EHPAD. Les traitements médicamenteux prescrits en réponse aux troubles du comportement présents chez ces patients semblent souvent inappropriés. Les prises en charge non médicamenteuses doivent être mises en avant en pratique et sur le plan de la recherche. Cette dernière se tourne notamment vers les outils numériques afin d'améliorer la qualité de vie de ces patients déments sévères.

Jury

Président du Jury	Professeur Olivier Guérin
Asseseurs	Professeur Patrice Brocker, Professeur Philippe Hofliger Professeur Philippe Robert
Directeur de thèse	Docteur Guillaume Sacco

Mots-clés : démence sévère ; maladie d'Alzheimer, psychotropes, EHPAD, gériatrie