



HAL
open science

Prescription des neuroleptiques par le médecin traitant chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Enquête de pratique à partir de 3 situations cliniques

Samir Boutalha

► To cite this version:

Samir Boutalha. Prescription des neuroleptiques par le médecin traitant chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Enquête de pratique à partir de 3 situations cliniques. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01901010

HAL Id: dumas-01901010

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01901010v1>

Submitted on 22 Oct 2018

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

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

Université Picardie Jules Verne

Faculté de médecine d'Amiens

Année 2017 N° 2017-94

**PRESCRIPTION DES NEUROLEPTIQUES PAR LE MÉDECIN TRAITANT CHEZ
LES PERSONNES ÂGÉES DE 75 ANS ET PLUS.**

ENQUÊTE DE PRATIQUE À PARTIR DE 3 SITUATIONS CLINIQUES.

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Discipline : MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 19 septembre 2017 à Amiens

Par

Samir BOUTALHA

Né le 18 août 1988 à Beauvais

Président du jury : Monsieur le Professeur Alain DERVAUX
Membres du jury : Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE
Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH
Monsieur le Docteur Youssef BENNIS
Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Guillaume DESCHASSE

REMERCIEMENTS

A mon Président de jury,

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adultes

Je vous remercie de me faire le grand honneur de présider mon jury de thèse.

Aux membres de mon jury,

Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Rhumatologie)

Chef du service de Rhumatologie

Pôle "Autonomie"

Je vous remercie de me faire l'honneur de siéger à mon jury de thèse.

Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Gériatrie)

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Je vous remercie de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être juge de ce travail. Vos remarques constructives ont contribué à mon raisonnement.

Monsieur le Docteur Youssef BENNIS

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Pharmacologie clinique

Je vous remercie de l'intérêt porté à mon travail, je suis très honoré que vous puissiez juger cette thèse.

Monsieur le Docteur Guillaume DESCHASSE

Praticien Hospitalier

Service de gériatrie, Pôle Autonomie

Guillaume, reçois toute ma reconnaissance pour ta gentillesse, ta disponibilité et ton calme sans faille. Par tes conseils, tu m'as guidé, appris, enlevé mes doutes qui seront des atouts précieux à l'avenir. Je te remercie sincèrement, je t'exprime mon profond respect.

Je dédie ce travail,

A Hélène, merci de m'accompagner, de partager ta vie, de ton soutien incommensurable. Je suis épanoui à tes côtés. Je t'aime.

A Maman, depuis le début tu as toujours été présente. Tu as su me rassurer dans les moments compliqués. Tes petites attentions n'ont pas manqué de me faire du bien.

A Papa, de l'inscription en médecine et même avant, jusqu'à cette étape fondamentale, tu auras été présent dans chacun des moments importants. Tu nous as donné à moi et à Zachary la possibilité de concrétiser nos rêves.

A Zachary, mon frangin, complice de toujours, je me rappelle encore nos « délires », nos matchs de foot improvisés, nos escapades pour le bmx, le vtt de descente ou encore la moto. Tu auras été et tu seras toujours ma bouffée d'oxygène !

A Grand-Mère pour ta bienveillance et de m'avoir accompagné dans les bons comme les mauvais moments. Je ne manquerai pas d'être plus présent à tes côtés.

A Malika, merci pour tes encouragements, toujours les bienvenus, **A Rabia**, je t'admire par ta force de caractère et ta douceur de vivre. **A Nadia**, j'admire ta personnalité attachante qui a toujours le verbe juste. Je t'embrasse toi et Sofiane. **A Myriam**, loin des yeux, près du cœur. Je ne t'ai pas vu très souvent mais ton sourire, ta joie communicative marque l'esprit. **A Abdelkrim**, y'a pas deux oncles comme toi. J'ai apprécié ton passage à mes quelques matchs de foot, nos longues discussions techniques et politiques, nos balades dans les salons, les soirées chez vous. **A Youssef**, ton flegme et ton sens de l'humour autour du café du samedi matin faisait toujours plaisir à voir et à entendre. A une prochaine jam session !

A Saïd, saches que je ne me lasse toujours pas d'un de mes premiers cadeaux que tu m'as offert, un bon best of BOB MARLEY and The WAILERS. **A Brahim**, tu m'impressionnes toujours dans ta vitesse d'exécution balle au pied comme sur le phrasé.

A Isabelle et Didier, vous m'avez accueilli dans votre famille et je vous en remercie. Merci de prendre soin de nous et de nous gâter.

A Sophie, ma belle-sœur préférée (je plaisante bien entendu). J'ai découvert Abbeville ou « Advil » pour les intimes grâce à toi, qui restera un souvenir impérissable dans mon internat. Tu as su m'encourager et me rassurer par ton expertise.

A Julien, depuis le stage de rhumatologie en D2 jusqu'au stage de FFI à Pinel, on aura partagé la passion du foot, sur le terrain, pas assez souvent, mais aussi autour des soirées Fifa. Tu auras été le catalyseur d'une belle rencontre, qui aujourd'hui partage ma vie. Je t'en

remercie chaleureusement. **A Emilie**, merci pour ton amitié et tes petits plats durant les révisions.

A Kévin, j'ai découvert un pote pendant le stage en gériatrie, un ami, un complice dans la vie et maintenant nous sommes beaux-frères. Je dirai même plus, peut-être confrères géiatres ! J'apprécie ta vivacité d'esprit, ton sens du bon goût pour les fromages et les breuvages affinés les soirs de matchs. A bientôt au prochain séminaire, que je te laisserai organiser avec grand soin, si tu vois ce que je veux dire...

A Quentin, complice musical, qui m'a donné envie de jouer de la basse. Le bal de l'esculape, les soirées chez les uns et les autres ne sont que de bons souvenirs.

A Céline et Etienne, couple plus détonnant qu'il n'en a l'air, votre sympathie m'aura marqué pour longtemps.

A Claire et Clément, Mickael, Morgane, Simon et Sylvie, Clément et Julie, Camille, merci de m'avoir accompagnés et soutenus festivement durant ces années d'internat.

GLOSSAIRE

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché.

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament (et des produits de santé)

CRP : C-Reactive Protein

ECG : Electro-Cardiogramme.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

MMSE : Mini Mental State Examination

MoCA : Montreal Cognitive Assessment

TABLE DES MATIÈRES

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION	13
1 Contexte.....	13
1.1 Les troubles psycho-comportementaux liés à la démence	13
1.2 La psychose hallucinatoire chronique	14
1.3 Le syndrome confusionnel	16
1.4 État des lieux de la prescription des neuroleptiques par les médecins généralistes ...	17
1.5 Efficacité et effets indésirables des neuroleptiques.....	19
1.6 Recommandations sur la place des neuroleptiques chez la personne âgée	20
1.7 La réévaluation du traitement neuroleptique.....	21
2 Justification de l'étude	23
2.1 Problématique.....	23
2.2 But de l'étude	24
DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODES	25
1 Population étudiée	25
1.1 Critères d'inclusion	25
1.2 Critères de non inclusion.....	25
2 Objectifs et critères d'évaluation	25
2.1 Objectif principal.....	25
2.2 Objectifs secondaires.....	25
3 Déroulement.....	26
3.1 Mode de recueil des données	26
3.2 Déroulement du questionnaire	26
3.3 Analyse des résultats	28
3.4 Agréments	28
TROISIEME PARTIE : RÉSULTATS.....	29
1 Caractéristiques de la population incluse	29
1.1 Caractéristiques générales	29
1.2 Caractéristiques liées aux types de patient pris en charge	30
2 Objectif principal : prescription des neuroleptiques chez les personnes âgées de 75 ans et plus en 2017 dans les 3 situations cliniques.....	30
2.1 État de la prescription de neuroleptiques par les médecins traitants dans la Somme	30
3 Objectifs secondaires.....	32
3.1 Description de la durée avant la réévaluation des prescriptions de neuroleptiques chez la personne âgée de 75 ans et plus	32
3.2 Description du type de molécules prescrites, de la forme galénique utilisée et des posologies.....	33
3.3 Évaluation des avis spécialisés pris nécessaires ou non à la prescription	35
3.4 Évaluation des examens complémentaires réalisés ou déjà réalisés	36
3.5 Critères cliniques retenus pour la prescription des neuroleptiques	37
QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION.....	39
1 État de la prescription des neuroleptiques par les médecins traitants de la Somme chez les personnes âgées de 75 ans et plus dans les 3 situations cliniques.....	39
2 Y-a-t-il d'autres facteurs influençant la prescription de neuroleptiques ?.....	39
3 Les recommandations sur la durée de prescription et de réévaluation sont-elles suivies ?.....	40
4 Les molécules, leurs posologies et les galéniques choisies suivent-elles les recommandations ?	41

5 Les examens complémentaires recommandés avant la prescription sont-ils systématiquement réalisés ?	42
6 Les alternatives au traitement médicamenteux	43
7 Forces de l'étude	44
8 Limites de l'étude	45
9 Perspectives d'études	45
CINQUIÈME PARTIE : CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXE 1 : MMSE (Mini Mental State Examination)	53
ANNEXE 2 : MoCA (Montreal Cognitive Assessment)	55
ANNEXE 3 : NPI-R ou Inventaire neuropsychiatrique – Réduit	56
ANNEXE 4 : Lettre d'information destinée aux médecins généralistes et le formulaire de non-opposition de participation à l'étude	59
ANNEXE 5 : Questionnaire soumis lors des entretiens	63
ANNEXE 6 : Tableau 3 bis (Prescriptions des neuroleptiques par les médecins traitants de la Somme selon le sexe, une catégorie d'âge et le lieu d'exercice)	68

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION

1 Contexte

1.1 Les troubles psycho-comportementaux liés à la démence

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, que l'on appelle la démence, se définit par des troubles des fonctions cognitives suffisamment importants pour retentir sur la vie quotidienne et durant depuis au moins 6 mois. Les atteintes portent sur la mémoire, le langage, les praxies, les gnosies et les fonctions exécutives.(1) C'est par le biais de ses fonctions, différemment atteintes, que l'on mesure le déclin cognitif. Selon le DSM-5, ce déclin est dit « significatif » dans les troubles neurocognitifs majeur ou « modeste » dans les troubles neurocognitifs léger. La distinction est faite sur le niveau de retentissement de l'autonomie. Ce déclin cognitif ne doit pas survenir dans un état confusionnel ou ne doit pas être expliqué par un autre trouble mental.(2) Une primo-évaluation de ces atteintes peut être réalisée au cabinet de médecine générale par des scores utilisés pour le dépistage tels que le MMSE (Annexe 1), examen de référence,(1) ou le MoCA (Annexe 2). Ce dernier est plus sensible avec l'examen des fonctions exécutives.(3) Le seuil pathologique pour le MMSE est inférieur à 24/30 et 26/30 pour le MoCA.(4) Un bilan clinique, paraclinique et surtout neuropsychologique sera à envisager devant tout doute diagnostique.

La prévalence de la démence augmente progressivement avec l'âge. Dans les pays industrialisés, elle se situe entre 5 et 10 % à la 7^{ème} décennie et jusqu'à au moins 25 % par la suite. Les estimations faites à partir des données de recensement aux Etats-Unis suggèrent qu'une maladie d'Alzheimer est diagnostiquée chez 7% des sujets qui ont entre 65 et 74 ans, 53 % entre 75 et 84 ans, et 40 % pour les 85 ans et plus.(2) Selon le rapport mondial Alzheimer de 2015, le nombre total de patients souffrant de démence en 2015 est estimé à 46,8 millions. Ce chiffre atteindra d'ici 2030 près de 75 millions dans le monde et pourrait être multiplié par 3 d'ici 2050 (132 millions).

Le cours évolutif de la maladie est particulièrement marqué par la présence des troubles psycho-comportementaux liés à la démence (TCLD), présents dans plus de 90 % des cas. Ils sont jugés « sévères » pour un tiers des cas, et leurs répercussions touchent à la fois le patient et ses aidants naturels et professionnels.(5,6) Ces TCLD peuvent être le signe le plus précoce de la démence et peuvent survenir des mois ou des années avant la démence, en particulier dans le stade de la déficience cognitive légère.(5) Il y a quatre catégories de TCLD : les troubles de l'humeur, l'agitation, les troubles du sommeil et les symptômes psychotiques.

Concernant les troubles de l'humeur, l'apathie est souvent le premier symptôme dans tous les types et stades de sévérité de la démence suivie par la dépression souvent associée à un syndrome anxieux. Après l'apathie, l'agitation est le symptôme le plus commun. Il est typiquement rencontré chez des patients présentant une démence dite modérée, (MMS entre 20 et 16, 20 à 45 %) voire sévère (MMS entre 15 et 10, plus de 90 %). L'agitation peut être mêlée à une agressivité physique et/ou verbale ou à un comportement aberrant verbale (cris) ou physique (désinhibition).(7) Les troubles du sommeil sont fréquents incluant l'insomnie, une hyper-somnolence diurne et un rythme circadien altéré.

Les symptômes psychotiques tels que les délires et les hallucinations sont également fréquents chez les personnes âgées démentes (hallucinations visuelles dans 80 % des cas de patients souffrant d'une démence à Corps de Lewy). Ils sont le plus souvent rencontrés dans les stades modérés à sévères de la démence. Dans les stades modérés de la maladie d'Alzheimer, l'incidence des délires et des hallucinations est respectivement de 37 % et 24 % et leur prévalence peut atteindre jusqu'à 50 %.(5)

L'apparition des TCLD, notamment l'agitation et les symptômes psychotiques marquent un tournant dans la maladie. Ils retentissent de façon majeure sur la qualité de vie du malade, la souffrance des aidants (professionnel ou non) et sur la qualité de la prise en charge. Ils induisent également un risque de maltraitance (8) et augmentent le risque de prescriptions inappropriés, d'hospitalisation et d'entrée en institution.(5,6)

Au moment de leur survenue, une évaluation du degré d'urgence doit être réalisée. La dangerosité et le risque fonctionnel pour le patient et son entourage (aidants, soignants), peuvent nécessiter une hospitalisation en urgence. Tout premier épisode et/ou rupture brutale avec l'état antérieur, nécessite d'interroger et d'examiner le patient mais aussi d'interroger l'entourage sur les caractéristiques et la temporalité des troubles. Une cause somatique avec un ou des examens cliniques et/ou paracliniques doit être recherchée et surtout une cause iatrogène doit être éliminée.(9)

1.2 La psychose hallucinatoire chronique

La psychose hallucinatoire chronique ou PHC est une entité spécifiquement française. On parle plutôt de schizophrénie tardive en Allemagne, de paraphrénies tardives chez les psychiatres britanniques.(10) Les classifications internationales qui ont un temps individualisé la schizophrénie tardive (une brève apparition dans le DSM III-R) l'intègrent actuellement dans les schizophrénies.(2,10) Du fait de ces différences de dénomination, il existe peu de

données sur la prévalence de cette maladie. Elle touche typiquement les femmes isolées (veuves ou célibataires) dans la seconde partie de leur vie. La maladie évolue en moyenne depuis 3 à 5 ans avant le diagnostic.

La PHC est une psychose chronique non dissociative, c'est cette absence de signes dissociatifs qui la différencie de la schizophrénie. Elle est caractérisée par un délire chronique (durée supérieure à 6 mois), de mécanisme principalement hallucinatoire. Le thème majoritairement retrouvé est celui de la persécution. Il s'agit d'un délire systématisé, en secteur, la réalité étant respectée en dehors du champ délirant.

Le début de la maladie est souvent insidieux et progressif, marquée par une inquiétude envers l'environnement et surtout à l'égard du corps. Le sujet a le sentiment puis la certitude d'être envahi par des phénomènes qu'il ne reconnaît pas comme siens.(11,12) L'évolution de la maladie suit une activité délirante hallucinatoire permanente mais émaillée de périodes de quiescence et de récurrences variables, dont l'intensité et la production vont en s'aggravant avec un retentissement social de plus en plus important.(11)

Le type d'hallucinations varie. En général, après les hallucinations psychiques viennent les hallucinations acoustico-verbales (voix humaines persécutrices, injurieuses, menaçantes...), olfactives (odeur d'œuf pourri, d'excréments, putréfaction...), gustatives (aliments perçus comme avariés enrichissant les idées d'empoisonnement...), tactiles (piqûre, brûlure), visuelles (rares), cénesthésiques (hallucinations génitales).(11)

Les troubles de l'humeur sont une comorbidité majeure de la PHC liée au caractère envahissant des éléments délirants. Les syndromes dépressifs notamment ceux avec des idées délirantes congruentes à l'humeur (incurabilité, ruine) sont un diagnostic différentiel de la PHC à la phase débutante ou d'état.(11,12)

A long terme, le délire évolue vers l'enkystement. Les traitements neuroleptiques contrôlent dans la majorité des cas les hallucinations ou les idées délirantes et limitent les décompensations. Le neuroleptique de référence est l'halopéridol, atténuant efficacement les hallucinations en quelques semaines. Mais la tendance est à l'utilisation de neuroleptique de seconde génération tel que la rispéridone plus adaptée à la personne âgée.(11)

Toutes les hallucinations ne sont pas en rapport avec un délire. Il faut tenir compte du contexte de survenue. La personne âgée présente plus d'hallucinations que le sujet jeune. Cela s'explique en partie par le fait qu'elle est beaucoup plus sujette à différentes affections cérébrales, neurodégénératives ou non et qu'elle subit aussi les remaniements hétérogènes du vieillissement cérébral. Elles sont à différencier des hallucinations dites physiologiques pouvant s'observer chez la personne âgée endeuillée où des phénomènes intermédiaires entre l'illusion sensorielle et l'hallucination surviennent (illusion de présence, impression

d'entendre des bruits familiers, la vision du visage du défunt sur la vitre). Elles peuvent correspondre aussi à des phénomènes liés au sommeil. Les hallucinations chez les personnes âgées nécessitent des investigations. Toutes les hallucinations n'aboutissent pas à un traitement pharmacologique. Cela dépend du degré de retentissement tant sur l'entourage que sur le patient lui-même.(13)

1.3 Le syndrome confusionnel

Le syndrome confusionnel (SC) est un diagnostic clinique qui peut être difficile à porter chez une personne âgée et doit être évoqué devant tout changement brutal du comportement habituel ou encore en cas de perturbation du cycle veille-sommeil.(14)

Il se définit par :

- une perturbation de la conscience de soi et de son environnement,
- un trouble de l'attention (patient facilement distrait)
- des troubles cognitifs (troubles de la mémoire, désorientation temporo-spatiale, incohérence),
- un trouble de la vigilance (obnubilation, perturbation du cycle veille/sommeil)
- des troubles psychiatriques (hallucinations).

Le SC est très fréquent en gériatrie, que cela soit chez la personne âgée démente ou non. Il est un motif d'hospitalisation récurrent avec une prévalence de 15 à 30 %.(13) Selon les recommandations de l'Haute Autorité de Santé issues du plan Alzheimer 2008-2012, le SC est une situation d'urgence médicale hors situation de démence connue. Toute aggravation brutale des fonctions cognitives ou devant toute modification de la vigilance ou du comportement nécessitent des investigations en urgences.

En cas de démence, l'enquête étiologique systématique du SC est la même qu'en l'absence de démence.

La démarche clinique repose sur la recherche de facteurs prédisposants (démence, immobilisation, déficit sensoriel, comorbidités, dénutrition, poly-médication, troubles de l'humeur) et de facteurs déclenchants (infectieux, iatrogènes, cardiovasculaires, neurologiques, métaboliques, psychiatrique, généraux, douleur(s) et toxiques). L'examen clinique associé à un ou plusieurs examen(s) complémentaire(s) étayera la recherche diagnostic.

L'hospitalisation du patient s'impose quand :

- l'état clinique menace son pronostic vital ou fonctionnel,

- la dangerosité du patient pour lui-même ou son entourage, en particulier en cas de confusion hyperactive, s'avère difficilement gérable,
- en cas de difficulté ou impossibilité de réaliser des examens complémentaires nécessaires en ambulatoire,
- quand l'arrêt d'un traitement ou le traitement lui-même est potentiellement responsable et nécessite une surveillance médicalisée pluri-quotidiennes,
- quand la prise en charge sur le lieu de vie (EHPAD ou domicile) n'est pas possible.

Il est recommandé pour les situations de SC avec agitation, de débiter la prise en charge par des mesures non médicamenteuse. Sous la forme d'une relation individuelle, cela permet dans la plupart des cas de désamorcer l'agitation du patient et diminue son angoisse. En EHPAD, les professionnels soignants connaissent bien le comportement habituel du patient. Ainsi tout changement important de l'état fera rechercher une cause liée à son environnement (changement d'un membre de l'équipe soignante, décès d'un voisin de chambre, conflits).

Si cela se révèle insuffisant, un traitement pharmacologique de courte durée (24 à 48 heures) peut être indiqué et ce après une évaluation individuelle de son rapport bénéfice-risque. Il est justifié lors d'une agitation importante, d'une anxiété sévère, d'une mise en danger du patient ou d'autrui, y compris en cas de non compliance aux traitements ou aux examens indispensables.(7) Hormis dans le contexte de sevrage éthylique, la prescription de benzodiazépines dans ce contexte est à éviter car pouvant précipiter le SC.(15)

1.4 État des lieux de la prescription des neuroleptiques par les médecins généralistes

Un neuroleptique ou agent anti-psychotique (anglo-saxons) est une substance qui contrôle un état d'agitation ou d'agressivité, soulagent les états psychotiques minimes à sévères et exercent un effet apaisant.(16)

Il existe deux types de neuroleptiques : ceux que l'on décrit de première génération, (dits typiques : halopéridol, lévomépromazine, chlorpromazine) puis de deuxième génération, (dits atypiques : rispéridone, olanzapine, clozapine, aripiprazole).(17) Ces derniers ont amélioré de façon considérable les conditions de vie des patients atteints de pathologie mentale sévère. Les médecins généralistes (MG) représentent 32% des prescripteurs initiaux.(18) Entre 2003 et 2010, il a été constaté que la moitié des MG sont passés de la première à la seconde génération de neuroleptiques et ce pour toutes indications confondues que cela soit pour les adultes jeunes ou les personnes âgées.(17) Néanmoins, selon le plan Alzheimer 2008-2012, les neuroleptiques étaient encore trop prescrits dans la maladie d'Alzheimer et autres maladies

apparentées. La prévention de la iatrogénie chez le malade Alzheimer et les maladies apparentées fait l'objet d'un programme spécifique de la HAS.(19) En prenant pour exemple la maladie d'Alzheimer en France, les malades sont 6 fois plus exposés aux neuroleptiques que la population du même âge. Cela concerne 3 % de la population âgée mais 18 % des malades atteints de la maladie d'Alzheimer et jusqu'à 27 % des résidents en EHPAD.(20,21) Ce programme d'alerte avait pour but de diviser par 3 les prescriptions de neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer.(21)

A l'image de la HAS, l'ANSM avait aussi effectué plusieurs campagnes de sensibilisation (Mars 2004, Février 2005 et Décembre 2008) pour la réduction des prescriptions de neuroleptiques suite aux réévaluations des données cliniques sur les neuroleptiques de deuxième génération. Entre 2003 et 2011, il a été constaté une diminution du nombre de prescriptions de neuroleptiques mais insuffisante et non liée aux avertissements de sécurité de l'ANSM.(22)

Ce problème de santé publique reste d'actualité car des prescriptions de neuroleptiques inadaptées sont encore constatées. Dans les EHPAD anglaises en 2015 ; les neuroleptiques de première génération étaient encore majoritairement utilisés et leur durée de prescription ne respectait pas les recommandations.(23) L'étude de *Szczepura et al* avait eu lieu dans le cadre d'une stratégie nationale de la prise en charge de la démence initiée en février 2009 durant 4 ans. L'impact sur la prescription des neuroleptiques n'a pas été notable dans les EHPAD.

En France, des alternatives sont proposées par l'HAS. Il s'agit des techniques de soins et interventions non médicamenteuses (TNM). Face à une décompensation aiguë comportementale d'un patient dément, seulement 40 % des MG privilégient les TNM. Tandis que la majorité des MG préfèrent avoir recours à un traitement médicamenteux et plutôt un neuroleptique (36,3 % utilisaient de la risperidone puis 21,2 % pour l'halopéridol).(6)

Bon nombre de situations cliniques favorisent cette initiation de neuroleptique car la conduite à tenir est souvent à l'appréciation du MG seul au domicile ou en EHPAD, sans avis ou orientation thérapeutique préalable. Les réseaux gérontologiques ne sont pas mis fréquemment à contribution.(6) Dans la majorité des cas où la survenue de troubles du comportement a lieu au domicile, une hospitalisation pour la prise en charge des troubles et la réévaluation du traitement est peu fréquente ; au mieux jusqu'à 38,5 % des cas.(6)

De surcroît, la souffrance de l'aidant, le retentissement sur les équipes soignantes ont une influence non négligeable dans la décision de traiter, au domicile ou en EHPAD.(6) Le but le plus souvent recherché par la prescription de neuroleptique est d'atténuer, mais de façon modeste, les symptômes productifs. Cela permet ainsi de réduire son impact négatif sur l'entourage, d'éviter le rejet, les agressions, les négligences passives ou les mesures de

contention.(8) Dans le cas de l'agitation, le traitement médicamenteux peut s'avérer comme seule alternative dans la mesure où cet état peut être aggravé par une réaction négative de l'aidant.(7)

L'exposition à de tels troubles du comportement variant selon le type de démence (2,7) nécessitent d'accompagner l'aidant (24,25) pour éviter des traumatismes psychologiques et/ou physiques plus ou moins réversibles.(6)

1.5 Efficacité et effets indésirables des neuroleptiques

L'efficacité des neuroleptiques pour traiter ou prévenir les troubles du comportement est faible (10 à 20% d'efficacité).(26) Les neuroleptiques de première génération sont choisis pour leur action centrale antidopaminergique avec un effet sédatif, anti-hallucinatoire et désinhibiteur. Quant aux neuroleptiques de deuxième génération, ils sont préférés par leur action à la fois antisérotoninergique et antidopaminergique à des doses moyennes.(7)

Les neuroleptiques de seconde génération, introduits dans les années 90, sont plus efficaces.(27) Leur meilleure tolérance ne doit pas faire omettre que la iatrogénie reste un point de surveillance important, moindre que celle retrouvée avec les neuroleptiques de première génération.(28) Ces effets secondaires peuvent être présents à tout âge, mais plus fréquents et sévères chez les patients fragiles,(21) que ce soit avec des posologies minimales, au début du traitement comme lors d'une exposition prolongée.(29)

Ils se manifestent :

- Sur le plan neurologique : un syndrome extra-pyramidal (tremblements, dyskinésie) retentissant sur l'autonomie, la qualité de vie (21), des crises convulsives par un abaissement du seuil épileptogène, une augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral ischémique (30), voire un syndrome malin des neuroleptiques,
- Sur le plan cardiaque : des troubles du rythme (fibrillation auriculaire) ou de conduction (allongement de l'espace QT sur l'ECG jusqu'à l'arrêt cardiaque par torsade de pointe (29), bloc auriculo-ventriculaire),
- Sur le plan vasculaire : une hypertension voire hypotension orthostatique, plus rarement une thrombose veineuse profonde ou une embolie pulmonaire,(31)
- Sur le plan métabolique, une prise de poids pouvant être associée à une intolérance au glucose et/ou une dyslipidémie moins préoccupante chez le sujet âgé,

- D'autres atteintes au niveau de l'appareil urinaire lié à l'effet anticholinergique (rétention d'urine), de la sphère cutané-musculaire (rash, érythème) voire hématologiques (leucopénie / neutropénie) sont retrouvées.(32,33)

Ils sont à l'origine d'une augmentation du nombre de chute, d'état confusionnel, d'hospitalisations et de décès.(34) D'après une étude de *Ballard et al* en 2014, il a été prouvé que cette mortalité liée aux neuroleptiques est dose dépendante.(35)

Cette liste non exhaustive des effets indésirables, parfois méconnus des MG,(18) nous montre que la prescription de neuroleptique n'est pas anodine, qu'elle implique une appréciation de la balance bénéfice-risque avant son initiation. Il faut tenir compte de l'impact réel du trouble du comportement sur l'entourage et sur le patient lui-même, des comorbidités du patient et du retentissement clinique possible. Un bilan clinique et para-clinique pré-thérapeutique et de suivi, à intervalles réguliers, doit être réalisé comprenant notamment la mesure du poids et de la taille, la mesure de l'IMC, un ECG (36), une surveillance biologique de la fonction rénale, un bilan électrolytique, une fonction hépatique, un bilan thyroïdien, une glycémie à jeun et un bilan lipidique.(18,37)

1.6 Recommandations sur la place des neuroleptiques chez la personne âgée

D'après l'HAS, il n'est pas recommandé de prescrire en première intention et ce sans évaluation préalable, un traitement par un psychotrope devant une agitation, une opposition, des cris ou encore une déambulation. Après une évaluation complète et s'il n'est pas retrouvé de cause(s) somatique(s) ou iatrogène,(7) une prise en charge globale est à privilégier avec une adaptation des techniques de soins, de l'environnement et l'établissement d'attitudes préventives.(1,9) Ces TNM sont recommandées en première intention car elles ont prouvé leur efficacité,(26) réduisant de 60 % les épisodes agressifs et d'opposition.(21) Néanmoins, la qualité de cette prise en charge est variable selon la structure où la personne âgée réside, les moyens humains disponibles, la formation des soignants mais aussi des moyens techniques qui peuvent être alloués. L'efficacité de cette prise en charge est encore plus versatile dans le milieu familial, dont les aidants naturels n'ont pas forcément reçu de formation. Ce n'est qu'en cas d'échec de ces mesures et après une évaluation comportementale précise par le médecin ou le personnel soignant, que l'on s'orientera vers la prescription d'un psychotrope. L'évaluation peut être aidée par des échelles telle que la NPI-R (Annexe 3) ou l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield,. L'utilisation de ces échelles impose un certain temps non compatible avec l'urgence comme dans le cas de troubles du comportement critiques

(l'agitation, l'agressivité verbale ou physique) imposant l'utilisation d'un psychotrope immédiatement. Dans cette situation où les troubles du comportement de la personne âgée peuvent représenter un danger pour le patient lui-même ou pour autrui, la prescription de neuroleptique, après une évaluation préalable des bénéfices attendus, devra être de courte durée et régulièrement réévaluée.(7,38) Il est recommandé de ne pas dépasser 10 à 15 jours de traitement pour les TCLD dans un premier temps mais si les troubles psycho-comportementaux persistent, 6 à 12 semaines sont indiquées au maximum.(7,38)

La molécule recommandée et la plus fréquemment prescrite est la rispéridone.(6,22,27) Les indications retenues, où l'efficacité relative est reconnue chez la personne âgée, sont l'agressivité et l'agitation persistante.(33,34) Tandis que l'AMM de la rispéridone s'applique uniquement sur le traitement de l'agressivité persistante en cas de maladie d'Alzheimer de stade modéré à sévère.(32) La posologie initiale devra être la plus basse possible, à savoir 0,25 mg voire 0,5 mg par jour.(27) L'olanzapine peut être initiée pour les mêmes indications à 2,5 mg par jour mais hors AMM et est donc réservée à une prescription de spécialiste.(1)

Le traitement neuroleptique recommandé dans la PHC est aussi la rispéridone à 1 mg voire majorée progressivement à 2 mg par jour avec une surveillance rapprochée.(11) L'initiation se fera de la façon décrite précédemment et l'augmentation suivra des paliers de 0,25 voire 0,5 mg. L'halopéridol reste un hallucinolytique de référence mais en seconde intention (mortalité plus importante (27)) et à initier par des doses journalières de 0,5 mg par jour.(11)

Précisons que dans le cas du SC du sujet âgé, aucuns médicaments n'a obtenu l'AMM pour cette indication. Certains neuroleptiques atypique et typique, plutôt l'halopéridol, sont utilisés en cure courte lorsque la confusion s'accompagne d'agitation, de délire et/ou d'hallucinations.(14,15) Le bilan étiologique reste la priorité.(14)

Un syndrome confusionnel survenant dans une maladie à Corps de Lewy non diagnostiquée ou les troubles psychotiques survenant dans la maladie de Parkinson ne sont traités que par la clozapine dont les effets extra-pyramidaux sont moindres. Cette prescription est réservée aux spécialistes (neurologue, psychiatre ou gériatre).(7) L'utilisation d'un neuroleptique inadapté dans ce contexte peut avoir des effets délétères.

1.7 La réévaluation du traitement neuroleptique

La réévaluation de l'intérêt du traitement neuroleptique chez les personnes âgées doit être systématique. On peut retenir plusieurs critères de réévaluation :

- évaluation de l'efficacité souhaitée et obtenue, apparaissant en une à deux semaines,
- évaluation des effets secondaires par le biais d'examens cliniques répétés, d'examens paracliniques réalisés à intervalles de temps réguliers (contrôle ECG (36)), bilan biologique : bilan hépatique, bilan rénal avec le ionogramme sanguin, glycémie à jeun, bilan lipidique,(18,37)
- liée aux précédentes, une adaptation posologique peut être nécessaire par une diminution ou une majoration des doses, une répartition des doses de façon optimale pour améliorer la tolérance et/ou l'efficacité,
- décision de l'arrêt ou de la poursuite du neuroleptique,
- programmer la prochaine réévaluation du traitement si celui-ci est poursuivi.

Cette réévaluation thérapeutique implique en premier lieu le MG prescripteur mais aussi le personnel soignant en EHPAD la famille au domicile et même les pharmacies de ville pour signaler toute prescription inappropriée.(39) Cela afin de concourir à une limitation, dans le temps et dans le nombre, des prescriptions de neuroleptiques pourvoyeuses d'effets iatrogènes.(18,29,31)

Selon les recommandations HAS, dans le cas de TCLD et de PHC, la réévaluation d'une primo-prescription de neuroleptique doit être réalisée tous les 7 jours.(9)

Nous avons vu précédemment que l'initiation d'un psychotrope, neuroleptique ou non, chez une personne âgée présentant un SC est à éviter mais, que dans certaines situations, leur utilisation peut s'avérer efficace pour un temps donné ne devant pas excéder 24-48h.(14) La réévaluation sera journalière et l'arrêt devra être envisagé si une cause somatique rapidement curable a été retrouvée et/ou s'il y a le contrôle des symptômes gênants.

Chez les personnes âgées atteintes de PHC ou de TCLD, la symptomatologie (lorsque le NPI > 14) impose parfois l'instauration au long cours d'un neuroleptique avec une réévaluation du traitement plus stricte car exposées plus longtemps aux effets secondaires.(40)

Dans la plupart des TCLD, les symptômes sont intermittents et s'amenuisent en 3 mois permettant ainsi l'arrêt des neuroleptiques et ce sans décroissance posologique car il n'y a pas de risque de syndrome de sevrage.(26,40) Il n'est tout de même pas exclu qu'il y ait des récurrences de troubles du comportement chez le patient âgé dément ou présentant des hallucinations chroniques. Cela peut freiner les équipes soignantes et le MG à arrêter le neuroleptique (41) voire à le réinstaurer sans réévaluation préalable et sans essai des TNM.(6) La durée d'un traitement par neuroleptique ne devrait pas dépasser 12 semaines sauf en cas de psychose chronique comme la PHC ou des TCLD sévères où les TNM n'ont pas montrés d'efficacité et sous réserve d'un avis de spécialiste.(42)

2 Justification de l'étude

2.1 Problématique

Les troubles du comportement d'origine psychiatrique ou neurologique du sujet âgé constituent un problème de santé publique. Sa prise en charge peut comporter une prescription de psychotropes (anxiolytique, hypnotiques, neuroleptiques, antidépresseurs pour l'essentiel). De nombreux travaux soulignent le mésusage au sein de cette population spécifique et vulnérable ainsi que la nécessité d'actions ciblées.(43)

Concernant les neuroleptiques, il existe une sur-prescription délétère dans les troubles du comportement dits productifs (cris, agitation, agressivité, déambulation), notamment chez le patient atteint de maladie d'Alzheimer (80 % des patients) ou maladies apparentées.(5,6) De même pour les troubles du comportement lors d'un épisode aigu de confusion qui constituent également une situation propice de prescription délétère de psychotropes chez le sujet âgé. La fragilité de la personne âgée associée aux effets indésirables des neuroleptiques sont à l'origine d'une iatrogénie importante (chutes, confusions, sédation excessive notamment), iatrogénie en grande partie évitable.(44)(45)

Il existe peu de données sur la représentation des troubles du comportement du sujet âgé, tandis que la reconnaissance et la prise en charge des troubles psycho-comportementaux sont fonctions de la tolérance de l'entourage et de la formation des soignants. Des données importantes existent dans la littérature à propos du diagnostic, des facteurs de risques, des facteurs favorisants ou déclenchant les troubles du comportement et des pathologies somatiques à rechercher en urgence.(1,14,45)

Les recommandations disponibles sur le traitement médicamenteux des troubles du comportement sont complexes au regard des nouvelles données, notamment sur la dangerosité des neuroleptiques. L'effet délétère de ces traitements médicamenteux au long cours est prouvé. Il n'existe pas de stratégie médicamenteuse validée notamment dans les confusions aiguës du sujet âgé.(45)

Le type de molécule choisi, la durée de prescription reste à l'appréciation clinique du médecin traitant (6,7,23) voire a nécessité un avis spécialisé ou une admission hospitalière aux urgences. Dans le cas où le praticien initie une prescription au cabinet, au domicile ou en EHPAD, certaines situations urgentes imposent le choix d'un neuroleptique avec ou sans bilan pré-thérapeutique et ce malgré les effets délétères qui peuvent être minimisés.(18)

2.2 But de l'étude

Il s'agit d'une enquête de pratique sur la prescription des neuroleptiques par les médecins traitants de la Somme chez les personnes âgées de 75 ans et plus dans trois situations cliniques : les troubles psycho-comportementaux liés à la démence, la psychose hallucinatoire chronique et le syndrome confusionnel.

DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODES

1 Population étudiée

Il s'agit d'une enquête de pratique sur la base d'un hétéro questionnaire. L'étude de pratique s'adressait à tous les médecins généralistes de la Somme, tous lieux d'exercice confondus, sur une durée de 4 semaines, dont la liste a été obtenue auprès du site internet de l'Assurance Maladie (www.ameli.fr, le 15 mars 2017). (Le projet initial de l'étude était d'élargir le recrutement à la Picardie mais pour des raisons de faisabilité le recrutement a été limité à la Somme).

1.1 Critères d'inclusion

- Médecin généraliste de la Somme,
- Prenant en charge des patients de 75 ans et plus,

1.2 Critères de non inclusion

- Médecin généraliste hors de la Somme,
- Ne prenant pas en charge des patients de 75 ans et plus,
- Pratiquant une spécialité complémentaire en rapport avec la psychiatrie (capacité, diplôme universitaire ou inter-universitaire).

2 Objectifs et critères d'évaluation

2.1 Objectif principal

Décrire la prescription des neuroleptiques par les médecins traitants de la Somme chez les personnes âgées de 75 ans et plus en 2017 dans les troubles psycho-comportementaux liés à la démence, la psychose hallucinatoire chronique et le syndrome confusionnel.

2.2 Objectifs secondaires

- Décrire la durée avant la réévaluation des prescriptions de neuroleptique,
- Décrire le type de molécules prescrites, la forme galénique utilisée ainsi que les posologies,

- Evaluation des avis spécialisés pris nécessaires ou non à la prescription,
- Evaluation des examens complémentaires réalisés ou déjà réalisés,
- Critères cliniques retenus pour la prescription des neuroleptiques.

3 Déroulement

3.1 Mode de recueil des données

Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone pour obtenir leur accord de participation à l'étude ainsi que l'évaluation de leur critère d'inclusion et de non inclusion. Selon le médecin traitant, il était convenu soit d'un rendez-vous au cabinet avec recueil de la non-opposition du médecin après explication orale et remise d'une lettre d'information concernant le déroulement et l'objectif de l'étude. Soit à la fin d'un entretien téléphonique, nous proposons d'envoyer la lettre d'information et le formulaire de non opposition par mail ou par courrier, après leur accord oral, pour obtenir leur accord écrit (Annexe 3). Nous leur soumettions un hétéro-questionnaire au cabinet ou lors d'un entretien téléphonique (Annexe 4).

3.2 Déroulement du questionnaire

3.2.1 Caractéristiques générales

L'âge était exprimé en années mais principalement en sous-groupes par catégorie d'âge. Le sexe a été renseigné.

Le lieu d'exercice était renseigné et complété avec la commune d'exercice correspondant soit à une unité urbaine (zone de bâti continu comptant au moins 2000 habitants) ou à une commune rurale définie par le référentiel géographique français.(46)

Le mode d'exercice de la médecine générale était renseigné.

3.2.2 Caractéristiques liées aux types de patients pris en charge

Nous avons évalué si les médecins traitants prenant en charge des patients de 75 ans et plus, avaient dans leur patientèle des patients atteints de troubles du comportement liés à la démence, de psychose hallucinatoire chronique et de syndrome confusionnel. Le diagnostic de démence étant plus fréquent à partir de 75 ans et plus,(2) nous avons retenus cette limite

d'âge pour les troubles psycho-comportementaux liés à la démence mais aussi pour la psychose hallucinatoire chronique et le syndrome confusionnel par souci d'homogénéité.

3.2.3 Caractéristiques liées à l'initiation du traitement neuroleptique

Nous avons étudié pour le dernier cas de chaque situation rencontrée si le MG a dû prescrire un psychotrope et plus précisément si cela avait été un neuroleptique.

De la même façon, nous avons analysé s'il avait été nécessaire de prendre un avis spécialisé auprès d'un confrère (la spécialité exercée était précisée) et si un bilan para-clinique avait été réalisé avant cette prescription.

3.2.4 Caractéristiques liées aux critères cliniques retenus pour la prescription du neuroleptique

Les critères cliniques retenus par le MG ont été étudiés et ce pour le dernier cas de chaque situation rencontrée. (Pour la question portant sur l'indication retenue, nous avons constaté une redondance des réponses par rapport aux critères cliniques retenus par le MG. C'est pourquoi, nous avons arrêté de soumettre cette troisième question de la quatrième partie du questionnaire.)

3.2.5 Caractéristiques liées aux types de neuroleptiques choisis, leur galénique et leur durée de prescription initiale

Pour le dernier cas de chaque situation rencontrée, nous avons étudié le ou les type(s) de molécule(s) choisis avec sa posologie ainsi que la forme galénique retenue par le MG. La durée de prescription initiale a été renseignée.

3.2.6 Alternatives aux neuroleptiques

L'alternative aux neuroleptiques a été évoquée avec le médecin mais de façon inconstante lorsque nous demandions si un traitement psychotrope a été initié. C'est pourquoi, il a été décidé de ne pas renseigner l'alternative médicamenteuse aux neuroleptiques.

3.2.7 Caractéristiques liées à la réévaluation du traitement neuroleptique

Nous avons relevé la durée avant la réévaluation de l'efficacité ainsi que des effets indésirables des neuroleptiques. Nous avons renseigné si cela avait abouti à l'arrêt ou à la poursuite des neuroleptiques.

3.3 Analyse des résultats

Les données recueillies ont été saisies sur un fichier Excel® version 15.36. L'analyse statistique descriptive a été réalisée avec le logiciel R version 3.3.3. Après vérification de la distribution de chaque variable, différents tests ont été appliqués en fonction de leur qualité et de leur loi de distribution (test de Student, test de Wilcoxon, test du Khi2). Le risque alpha était de 0,05. Une régression logistique a été réalisée pour les analyses multivariées.

3.4 Agréments

Un protocole a été rédigé au CHU Amiens-Picardie et soumis à la commission du Comité de Protection des Personnes dont l'accord a été obtenu le 14 mars 2017. La non-opposition du médecin généraliste a été recueillie par accord oral et écrit après distribution d'une lettre d'information.

TROISIEME PARTIE : RÉSULTATS

1 Caractéristiques de la population incluse

1.1 Caractéristiques générales

509 médecins traitants ont été contacté par téléphone. 61 MG de la période de mars à juin 2017 ont accepté de participer à l'enquête et répondaient aux critères d'inclusion et de non inclusion. Leurs caractéristiques sont détaillées dans le tableau 1.

Les MG étaient âgés de 29 à 65 ans. 33(54%) des médecins avaient plus de 50 ans.

40(66%) d'entre eux étaient des hommes.

35(57%) exerçaient en cabinet de groupe de MG.

61(100%) MG consultaient en cabinet et effectuaient des visites en EHPAD ou au domicile.

Pour le lieu d'exercice, leur cabinet était situé dans une Unité Urbaine pour 39(64%) d'entre eux.

		Nombre de MG	%
Sexe	(n = 61) Femmes	21	34%
	Hommes	40	66%
Catégorie d'âge	(n = 61)		
moins de 30 ans		1	2%
31 - 40 ans		12	20%
41 - 50 ans		15	25%
51 - 60 ans		17	28%
Plus de 60 ans		16	26%
Moyenne d'âge calculée : 51,1 ans	(n = 37)		
<hr/>			
Lieu de pratique	(n = 61)		
En cabinet seul		25	41%
En cabinet de groupe de médecins généralistes		35	57%
En maison de santé pluridisciplinaire		1	2%
Unité Urbaine UU		39	64%
Commune rurale CR		22	36%
Mode d'exercice	(n = 61)		
Titulaire et consultations au cabinet et visites		61	100%

Tableau 1 : Caractéristiques générales des médecins généralistes (MG) inclus

1.2 Caractéristiques liées aux types de patient pris en charge

61(100%) MG prenaient en charge des patients âgés de 75 ans et plus tous lieux de résidence confondus c'est-à-dire au domicile ou résidents en EHPAD.

61(100%) MG prenaient en charge des patients atteints de TCLD. (Critères d'inclusion)

Tandis que 55(90%) médecins interrogés ont déjà pris en charge un SC alors que 19(31%) prennent en charge des patients atteints de PHC.

		Nombre de MG	%
Prise en charge de patients de 75 ans et plus	(n = 61)	61	100%
Trouble(s) du comportement lié(s) à la démence	(n = 61)	61	100%
Psychose Hallucinatoire Chronique (PHC)	(n = 61)	19	31%
Syndrome confusionnel (SC)	(n = 61)	55	90%

Tableau 2 : Caractéristiques liées aux types de patients pris en charge

2 Objectif principal : prescription des neuroleptiques chez les personnes âgées de 75 ans et plus en 2017 dans les 3 situations cliniques

2.1 État de la prescription de neuroleptiques par les médecins traitants dans la Somme

Sur l'ensemble des MG prenant en charge des personnes âgées atteintes de TCLD, 46(75%) prescrivait un psychotrope dont 38(62%), prescrivait un neuroleptique. Les 8(13%) autres MG prescrivait plutôt une benzodiazépine voire un hypnotique mais que nous n'avons pas précisé.

Sur les 19(31%) MG prenant en charge des personnes âgées atteintes de PHC, 8(42%) prescrivait un psychotrope dont 6(32%), prescrivait un neuroleptique. Les 2(3.3%) autres MG prescrivait une benzodiazépine.

Sur les 55(90%) MG ayant pris en charge un SC chez une personne âgée, 17(31%) prescrivait un psychotrope dont 13(24%), prescrivait un neuroleptique. Les 4(7%) autres MG prescrivait une benzodiazépine mais non renseignée.

	Initiation d'un psychotrope		Initiation d'un neuroleptique	
	Nombre de MG	%	Nombre de MG	%
TCLD (n = 61)	46	75%	38	62%
PHC (n = 19)	8	42%	6	32%
SC (n = 55)	17	31%	13	24%

TCLD : Trouble(s) du comportement lié(s) à la démence

PHC : Psychose Hallucinatoire Chronique

SC : Syndrome confusionnel

Tableau 3 : Prescriptions des psychotropes et des neuroleptiques par les médecins traitants dans la Somme

La prescription de neuroleptiques dans les TCLD était plus importante par les hommes MG (OR = 3,5 / IC [1,2 – 11] et p = 0,03) et dans la catégorie d'âge entre 41 et 50 ans (OR = 0,3 / IC [0,08 – 0,96] et p = 0,05) de manière significative.

De la même façon, cette prescription de neuroleptiques dans les SC était plus importante chez les hommes MG (OR = 9 / IC [1,5 – 163] et p = 0,05). Elle est réalisée plutôt dans des unités urbaines (OR = 0,3 / IC [0,07 – 0,9] et p = 0,04). Cette prescription dans les SC tendait à être réalisé par un MG seul (OR = 0,35 / IC [0,073 – 1,33] et p = 0,15). Aussi, comme pour les TCLD, la prescription de neuroleptiques dans les PHC était surtout représentée par les MG âgés de 41 à 50 ans (OR = 4 / IC [0,6 – 21,7] et p = 0,15).

Néanmoins, le modèle de régression multivariée, pour la prescription de neuroleptiques dans les TCLD et le SC, ne retrouvait aucun résultat statistiquement significatif.

3 Objectifs secondaires

3.1 Description de la durée avant la réévaluation des prescriptions de neuroleptiques chez la personne âgée de 75 ans et plus

La durée initiale médiane de prescription des neuroleptiques pour les TCLD était de 15 jours (6 ; 30), la PHC de 30 jours (30 ; 30) et le SC de 3 jours (1 ; 7).

Dans les TCLD et la PHC, le premier quartile de cette durée initiale de prescription était variable, 6 jours pour les TCLD opposé aux 30 jours pour la PHC.

Toutes les prescriptions de neuroleptiques dans cette étude ont été réévaluées par le médecin traitant.

La durée médiane retenue par les médecins avant la réévaluation de l'efficacité du traitement était de 7 jours pour les TCLD (4,75 ; 18,75) et la PHC (7 ; 21,5) et de 4 jours (1 ; 7 jours) pour le SC.

La durée médiane retenue par les médecins avant la réévaluation des effets secondaires pour était similaire à celle de l'efficacité, soit 7 jours pour les TCLD (3,5 ; 15) et la PHC (3,5 ; 7) et 4 jours (1 ; 7) pour le SC.

Notons tout de même une différence sur le premier et troisième quartile, où les effets secondaires sont réévalués plus précocement que l'efficacité. Pour les TCLD, entre 3,5 et 15 jours pour les effets secondaires et entre 4,75 et 18,75 jours pour l'efficacité. Tandis que pour la PHC, entre 3,5 et 7 jours pour les effets secondaires et entre 7 et 21,5 jours pour l'efficacité.

Nous ne constatons pas de différence sur ce premier et troisième quartile dans le SC, entre 1 et 7 jours pour la réévaluation de l'efficacité et des effets secondaires.

	TCLD		PHC		SC	
	Médiane Quartile 25/75	MG	Médiane Quartile 25/75	MG	Médiane Quartile 25/75	MG
Durée de prescription initiale	15 (6;30)	37	30 (30;30)	5	3 (1;7)	13
Durée avant réévaluation de l'efficacité	7 (4,75;18;75)	40	7 (7;21,5)	7	4 (1;7)	13
Durée avant réévaluation des effets secondaires	7 (3,5;15)	40	7 (3,5;7)	7	4 (1;7)	13

Tableau 4 : Durée de prescription initiale et durée avant la réévaluation de l'efficacité et des effets secondaires des neuroleptiques (en jours)

Suite à cette réévaluation de la prescription de neuroleptique, nous avons évalués si cela avait abouti à l'arrêt ou à la poursuite du neuroleptique introduit.

Le traitement était poursuivi dans 17(44%) cas sur 39 pour les TCLD, 6(86%) cas sur 7 pour la PHC et 2(15%) cas sur 13 pour le SC.

3.2 Description du type de molécules prescrites, de la forme galénique utilisée et des posologies

La molécule préférentiellement prescrite par le MG dans les TCLD était la rispéridone (23(62%) cas sur 37). Dans la PHC, on retrouvait surtout deux molécules, l'halopéridol (4(67%) cas sur 6) suivi par la rispéridone (3(50%) cas sur 6). Le neuroleptique le plus utilisé dans un SC était le tiapride (5(39%) cas sur 13) suivi par la rispéridone (4(31%) cas sur 13). (Un même MG pouvait être amené à utiliser l'un ou l'autre des neuroleptiques dans ses propositions. Nous avons retenu toutes leurs propositions thérapeutiques.)

	TCLD (n = 37)		PHC (n = 6)		SC (n = 13)	
	MG	%	MG	%	MG	%
Rispéridone	23	62%	3	50%	4	31%
Halopéridol	5	14%	4	68%	2	15%
Tiapride	5	14%	0	0%	5	39%
Cyamémazine	2	5%	0	0%	3	23%
Chlorpromazine	1	3%	1	17%	0	0%
Périciazine	0	0%	1	17%	0	0%
Lévomépromazine	1	3%	0	0%	0	0%
Loxapine	1	3%	0	0%	0	0%

Tableau 5 : Types de molécules prescrites

On constatait une légère dominance sur la forme galénique en gouttes pour l'administration du traitement neuroleptique. Elles ont été administrées dans 22(60%) cas sur 37 des TCLD, 4(67%) cas sur 6 des PHC et 9(69%) cas des SC. L'emploi de l'injection intra-musculaire ne concernait que le SC, 3(23%) cas.

	TCLD (n = 37)		PHC (n = 6)		SC (n = 13)	
	MG	%	MG	%	MG	%
Gouttes	22	60%	4	67%	9	69%
Comprimé	21	57%	3	50%	3	23%
Injection IM	0	0%	0	0%	3	23%

IM : intra-musculaire

Tableau 6 : Formes galéniques employées en fonction des situations cliniques

Les posologies n'étaient pas renseignées systématiquement par les médecins suite à un défaut de mémorisation. Toutefois, on peut retenir que dans les TCLD la rispéridone était administrée le plus souvent à la dose de 0,5 mg en une prise. Dans la PHC, la rispéridone était à la dose de 0,5 mg en une ou deux prises tandis que la dose d'halopéridol variait entre 0,5 et

1 mg par jour. Pour le SC, la dose de tiapride administrée était de 50 mg par jour jusqu'à 150 mg par jour. La rispéridone administrée dans cette situation variait entre 0,5 mg (une à trois fois par jour), le plus fréquent, et 1 mg en une prise.

3.3 Évaluation des avis spécialisés pris nécessaires ou non à la prescription

De façon décroissante, la prise d'un avis spécialisé avant l'initiation ou non d'un neuroleptique était plus fréquente lorsque le MG prenait en charge une PHC (16(84%) avis sur 19 cas pris en charge) puis vient le SC (35(64%) avis sur 55 cas pris en charge) et enfin les TCLD (32(53%) avis pris sur 61 cas pris en charge).

Plus précisément, les spécialités sollicitées par les MG étaient variables selon la situation clinique rencontrée. En effet, le gériatre était plus sollicité quand il s'agissait d'un TCLD (18(56%) fois sur les 32 avis demandés). Pour la PHC, c'était le psychiatre (9(56%) fois sur les 16 avis demandés). Dans le cas du SC, le MG préférait avoir recours à un transfert du patient au Service d'Accueil des Urgences pour un examen clinique et des examens complémentaires approfondis. Ces transferts représentaient 22(63%) avis sur les 35 pris. (Un même MG pouvait être amené à prendre plusieurs avis auprès de spécialistes différents. Nous avons recueillis tous les avis.)

	TCLD (n = 61)		PHC (n = 19)		SC (n = 55)	
	MG	%	MG	%	MG	%
Avis spécialisés	32	53%	16	84%	35	64%
Spécialités						
Gériatre	18	56%	2	13%	12	34%
Psychiatre	4	13%	9	56%	3	9%
Psychogériatre	7	22%	3	19%	1	3%
SAU	4	13%	1	6%	22	63%
Neurologue	7	22%	3	19%	5	14%
Médecin généraliste	1	3%	0	0%	0	0%
Médecin coordonnateur	1	3%	0	0%	0	0%
Réseau PALPI	0	0%	0	0%	1	3%

SAU : Service d'Accueil des Urgences

PALPI : Réseau de Soins Palliatifs et de Gériatrie

Tableau 7 : Evaluation des avis spécialisés demandés

3.4 Évaluation des examens complémentaires réalisés ou déjà réalisés

Un ou des examens complémentaires était(ent) effectué(s) ou déjà effectué(s) avant la prescription ou non d'un neuroleptique pour 38(69%) cas de SC sur 55, pour 41(67%) cas de TCLD sur 61 et seulement 7(37%) cas de PHC sur 19.

L'examen le plus fréquemment prescrit était le bilan biologique dont le contenu comprenait le plus souvent une numération formulaire sanguine, un ionogramme sanguin, une fonction rénale (urée, créatinine), une CRP, moins fréquemment un bilan hépato-cellulaire. Il y en avait 38 (100%) dans le SC, 38(93%) dans les TCLD et 6(86%) dans les PHC.

Le scanner ou l'IRM cérébral était dans la plupart des cas déjà effectués en amont de la situation clinique mais le distinguo entre ceux réalisés et ceux qui allaient être réalisés n'a pas été précisé. Excepté dans les SC car les MG préféraient avoir recours à l'avis du SAU.

La réalisation d'un ECG ou la présence d'un ECG récent dans le dossier du patient, pour l'évaluation du QT corrigé, était par contre peu fréquente. En effet, seulement 11(27%) étaient réalisés sur les 41 patients atteints de TCLD bénéficiant d'examens complémentaires. Dans le cas de la PHC, seulement 2(29%) ECG sur les 7 patients bénéficiant d'examens. Pour

le SC, la proportion était encore plus faible avec 3(8%) patients sur les 38 ayant eu des examens complémentaires

	TCLD (n = 61)		PHC (n = 19)		SC (n = 55)	
	MG	%	MG	%	MG	%
Examens complémentaires réalisés	41	67%	7	37%	38	69%
Type d'examen réalisé						
Biologie	38	93%	6	86%	38	100%
Scanner ou IRM Cérébral	18	44%	4	57%	7	18%
ECBU	9	21%	1	14%	17	45%
ECG	11	27%	2	29%	3	8%
Glycémie capillaire	0	0%	0	0%	1	3%
Radiographie standard	0	0%	0	0%	1	3%

ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des Urines

ECG : Electro-Cardiogramme

Tableau 8 : Evaluation des examens complémentaires

3.5 Critères cliniques retenus pour la prescription des neuroleptiques

Pour les dernières situations cliniques rencontrées ayant nécessité un traitement par neuroleptiques, les MG ont surtout retenu dans les TCLD, l'agressivité en premier lieu (25(68%) cas sur 37 traités) puis l'agitation (21(57%) cas sur 37 traités).

Dans les PHC, les MG ont retenu les hallucinations de façon majoritaire, correspondant à la clinique, mais aussi l'agressivité (2(33%) cas sur 6 traités).

Concernant les SC qui ont nécessité un traitement par neuroleptique, les médecins ont surtout retenu l'agitation (10(77%) cas sur 13 traités), puis l'agressivité (5(39%) cas sur 13 traités) et en troisième temps les hallucinations (3(23%) cas sur 13 traités).

Nous n'avons pas précisé dans cette étude le type d'hallucinations, qu'elles soient visuelles, acoustico-verbales, tactiles, cénesthésiques ou olfactives.

Il était constaté que le retentissement sur l'entourage, les aidants professionnels au domicile ou en EHPAD, les aidants naturels, était un critère entraînant une prescription de neuroleptique. C'était le quatrième critère retenu pour les TCLD, dans 6(16%) cas sur 37 traités. Le troisième retenu avec l'agressivité pour les PHC, dans 2(33%) cas sur 6 traités. Il n'était pas retenu dans le SC.

Le refus de soins a été un critère notable pour 2(5%) MG pour l'initiation de neuroleptiques dans les TCLD.

	TLCD (n = 37)		PHC (n = 6)		SC (n = 13)	
	MG	%	MG	%	MG	%
Agressivité	25	68%	2	33%	5	39%
Agitation	21	57%	0	0%	10	77%
Hallucination	7	19%	4	67%	3	23%
Délire persécutif	4	11%	1	17%	1	8%
Retentissement sur l'entourage	6	16%	2	33%	0	0%
Cris	5	14%	0	0%	0	0%
Troubles du sommeil	5	14%	0	0%	0	0%
Angoisse	0	0%	1	17%	1	8%
Refus de soins	2	5%	0	0%	0	0%

Tableau 9 : Critères cliniques retenus pour la prescription de neuroleptiques

QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION

1 État de la prescription des neuroleptiques par les médecins traitants de la Somme chez les personnes âgées de 75 ans et plus dans les 3 situations cliniques

Près des deux tiers (62%) des MG de la Somme prescrivait un neuroleptique dans les TCLD. Ceci corrobore le constat fait dans d'autres études où face aux TCLD de la personne âgée, le MG préfère l'instauration d'un traitement médicamenteux et un neuroleptique de surcroît.(6) Précisons aussi que dans notre étude, les MG avaient peu souvent recours à l'avis d'un confrère dans cette situation (1 médecin sur 2). La connaissance des troubles cognitivo-comportementaux au long cours du patient, le manque de spécialistes disponibles voire les délais trop lointains de rendez-vous pourraient limiter le recours à un avis spécialisé.

Près d'un tiers (32%) des MG de la Somme prescrivait un neuroleptique dans la PHC. Cette affection étant rare et son diagnostic rarement porté par le MG, explique d'une part le faible taux de cas recensé et d'autre part le faible taux d'initiation de neuroleptique par le médecin traitant, qui est le plus souvent à l'appréciation du psychiatre.

Près d'un quart (24%) des MG de la Somme prescrivait un neuroleptique dans le SC. Ils prescrivait le plus souvent sous l'égide d'un confrère, le gériatre et moins fréquemment le neurologue. Cependant, la conduite à tenir du MG, retrouvée dans notre étude, pour le SC restait conforme aux recommandations.(14) Ces SC survenant pour la plupart au domicile et en EHPAD, une surveillance accrue en milieu hospitalier avec des moyens techniques et humains suffisant était préférée.

Les motifs de prescriptions des neuroleptiques étaient ceux retrouvés dans la littérature, à savoir dans les TCLD et SC (7,38), l'agressivité et l'agitation en grande majorité avec parfois des hallucinations. Dans la PHC,(11) conformément au diagnostic, ils s'agissaient des hallucinations. Ces hallucinations, que nous n'avons pas caractérisées dans cette étude, sont fréquemment associées à une agressivité avec un retentissement sur l'entourage dans le cas de la PHC.

2 Y-a-t-il d'autres facteurs influençant la prescription de neuroleptiques ?

Dans notre étude, nous constatons dans certaines situations cliniques, des prescriptions de neuroleptiques favorisées par certaines caractéristiques.

En effet, dans les TCLD et les SC, les hommes prescrivait plus facilement les neuroleptiques chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Ce résultat n'était pas confirmé par une analyse multivariée. Cela montre que des caractéristiques influentes n'ont pas été recueillies. De plus, notre étude comportait peu de sujets et manquait de puissance. Néanmoins, certaines études ont donné des arguments montrant que la prise en charge médicale globale d'un patient homme ou femme est prouvée plus efficace lorsqu'elle est réalisée par une femme médecin.(47)

Concernant l'âge des MG prescripteurs de neuroleptiques, les médecins de 41 à 50 ans prescrivait plus fréquemment dans les TCLD et la PHC. Alors que la majorité des médecins inclus avaient plus de 50 ans (33(54%)), il n'était pas constaté d'influence générationnelle dans la prescription de neuroleptiques. En effet, les campagnes de sensibilisation à la réduction d'utilisation des neuroleptiques étant plutôt récentes, on aurait pu constater une majorité de prescription de neuroleptiques chez les MG de plus de 50 ans. Or, les recommandations de prescription seraient mieux respectées dans cette catégorie. Il en serait de même dans les catégories de moins de 30 ans et de 31 – 40 ans.

Le lieu d'exercice était un élément important dans notre étude. Seulement dans les SC, la prescription de neuroleptiques a été mise en lien avec l'exercice de la médecine générale seul puis en unité urbaine. Dans une situation d'urgence où le patient est agité et/ou agressif, le MG seul serait plus facilement amené à initier un neuroleptique pour obtenir une sédation immédiate. Cette initiation serait facilitée en unité urbaine car elle est effectuée proche d'un Service d'Accueil et d'Urgences.

3 Les recommandations sur la durée de prescription et de réévaluation sont-elles suivies ?

La durée de prescription initiale des neuroleptiques chez les personnes âgées de 75 ans et plus était bien limitée dans les TCLD et la PHC avec une durée médiane de 30 jours.(38) Dans le cas du SC, la durée initiale dépassait celle recommandée de 24 à 48 heures supplémentaire. Nous avons remarqué que le nombre de jours avant la réévaluation des effets secondaires et de l'efficacité était supérieur à la durée initiale (Tableau 7). Le médecin traitant était finalement amené à prolonger la durée initiale de prescription. Ce point n'a pas fait l'objet d'étude, les facteurs en causes n'ont pu être retrouvés. La persistance de l'agitation

et/ou de l'agressivité, prédominant dans les critères cliniques retenus dans le SC, en est probablement la cause.

Par contre, la durée avant la réévaluation de l'efficacité et des effets secondaires des neuroleptiques dans les TCLD et les PHC était tout à fait cohérente avec les recommandations.(9)

Après ces réévaluations ou après la durée de prescription initiale dans les TCLD et les SC, les neuroleptiques étaient dans la plupart des cas arrêtés (respectivement 56% et 85%) conformément aux recommandations. A contrario et après avis spécialisé, ils étaient poursuivis dans la PHC.

4 Les molécules, leurs posologies et les galéniques choisies suivent-elles les recommandations ?

Dans notre étude, la rispéridone était la molécule la plus utilisée dans les TCLD. Ceci correspond aux recommandations actuelles (9,27) mais la posologie moyenne initiale était souvent au-dessus (0,5 mg contre 0,25 mg recommandé).

Pour la PHC, l'halopéridol était choisi devant la rispéridone. Nous constatons dans ce diagnostic, une amélioration des attitudes de prescription bien que l'halopéridol reste un hallucinolytique de choix. Les posologies initiales étaient bien adaptées dans cette situation.

L'halopéridol plutôt recommandé dans les SC (14,48) est peu utilisé en faveur du tiapride, de la cyamémazine et de la rispéridone. Le tiapride et la cyamémazine sont des neuroleptiques typiques. Le premier a l'AMM dans le traitement de courte durée (moins de 4 semaines) de l'agitation et de l'agressivité.(49) Tout comme le second mais il est à éviter car a un potentiel anti-cholinergique trop important chez la personne âgée.(15) Les recommandations sont peu suivies ici mais les indications sont plutôt respectées. La forme injectable, était peu fréquente, à hauteur de 20%. Il était ainsi évité un vécu parfois traumatique de l'injection intramusculaire. Les posologies initiales étaient très variables mais étaient globalement bien limitées exceptée pour la rispéridone.

La galénique du médicament utilisé dans les 3 cas était le plus souvent des gouttes. Cette forme était préférée car elle est plus facilement administrable pour une meilleure observance.

Les posologies initiales étaient globalement dans les normes requises, respectant ainsi la règle du « start low and go slow ».(27)

5 Les examens complémentaires recommandés avant la prescription sont-ils systématiquement réalisés ?

La réalisation des examens complémentaires était assez disparate selon les situations cliniques. On constatait que les recommandations étaient peu suivies.

Nous retenons surtout que la réalisation des ECG avant l'initiation des neuroleptiques est peu suivie avec moins de 1 patient sur 3 dans les TCLD (pour 38 patients traités) et 1 patient sur 3 dans la PHC (pour 6 patients traités) jusqu'à un peu plus de 1 patient sur 5 dans le SC (pour 13 patients traités). Ceci alors que les effets secondaires cardiaques (29) sous neuroleptiques ne sont pas rares et sont potentiellement létaux. Dans la littérature, le taux de réalisation d'ECG pré-thérapeutique est aussi faible.(36) Les facteurs limitant les MG à sa réalisation pourraient être matériels. En effet, peu de MG allouent une partie de leur budget à l'achat d'un ECG au cabinet et pouvant être utilisé lors de visites. Lors de l'installation d'un médecin libéral, il n'y a pas aujourd'hui de matériels imposés aux MG. Aussi, réaliser un ECG peut représenter une contrainte de temps et de faisabilité pour le MG qui doit souvent prescrire dans une situation d'urgence. Mais à distance de l'initiation, quand le patient est plus calme, coopérant, un contrôle de référence ECG avec une mesure du QT corrigé est nécessaire. Malheureusement, il est peu réalisé.(37)

La lecture de l'ECG représente un facteur limitant. Etant un examen peu fréquent en MG, il peut y avoir une erreur d'interprétation, amenant à la survenue d'effets secondaires cardiaques.

La présence dans le dossier du patient ou la réalisation d'un scanner ou d'une IRM cérébral dans les TCLD et les PHC avant la prescription n'était pas systématique. Moins de 1 patient sur 3 traités dans les TCLD et moins de 1 patient sur 5 traités dans la PHC ont bénéficié ou allait bénéficier d'une imagerie. L'indication d'une nouvelle imagerie n'était pas retenue lorsqu'il y en avait une récente et qu'il n'y avait pas de signe neurologique la justifiant. Les délais de rendez-vous peuvent être très à distance et lorsque les TCLD ou encore les hallucinations dans une probable PHC s'amendent sous neuroleptiques, l'indication à l'imagerie peut être différé. Cela est fréquemment rencontré lorsque le patient vivait en commune rurale, à distance de structures hospitalières ou de centre de radiologie.

Rappelons toutefois que pour le diagnostic de démence et de PHC, une imagerie cérébrale doit être réalisée afin d'éliminer une cause organique.(1)

Face à un changement brutal de comportement et avant la prescription de neuroleptiques, les MG faisaient très facilement le bilan biologique dont le contenu n'a pas été précisé dans cette étude. Nous avons retenu les éléments les plus fréquemment demandés. Nous notons que les recommandations n'étaient pas totalement suivies avec l'absence de bilan thyroïdien, de glycémie à jeun.(37) La glycémie capillaire, aisée de réalisation quand on dispose du matériel, est très rarement effectuée dans notre étude (une seule réalisée). Une hypoglycémie est un diagnostic fréquent et facilement éliminée, que cela soit dans les TCLD, la PHC et le SC.

Le prélèvement urinaire était réalisé de façon très variable selon les situations cliniques. Souvent réalisé dans les SC pour ne pas omettre une étiologie infectieuse urinaire, il l'était moins dans les TCLD et la PHC. Cela peut être expliqué par la connaissance du médecin traitant des symptômes psycho-comportementaux que présentent leurs patients, ne nécessitant pas cet examen.

6 Les alternatives au traitement médicamenteux

Au vu des recommandations HAS et des résultats obtenus dans notre étude, les prescriptions de neuroleptiques dans les TCLD et SC étaient notables alors que devaient être privilégiés les TNM. Exceptions faites dans les PHC où la poursuite du neuroleptique à plus ou moins long terme s'avère nécessaire. Ces techniques de soins et d'interventions non médicamenteuses, permettent pour les aidants, les professionnels soignants et les médecins de prévenir le déclenchement ou la majoration des troubles et d'éviter le recours à des traitements médicamenteux.(9) Elles peuvent s'appliquer dans nos 3 situations cliniques.

Ces techniques devront être adaptées aux troubles du comportement présentés par le patient, certaines fonctionneront au moment du ou des trouble(s) comme elles pourront être différées à un moment plus propice.

Les techniques de soins se composent d'attitudes de communication et de soins :

- adapter la communication en évitant les différentes sources de distraction, attirer son attention, utiliser des phrases courtes, facilement compréhensibles, préférer des questions fermées, ne pas obliger le patient à faire quelque chose qu'il ne souhaite pas et savoir rester patient,
- adapter les soins en stimulant le patient sur ses capacités, installer une routine adaptée à ses habitudes, simplifier le quotidien, aider pour les soins d'hygiène corporelle, proposer une activité ou une alternative pour canaliser un trouble en n'insistant pas s'il ne veut pas.(9)

Les interventions non médicamenteuses agissent sur la qualité de vie, sur le langage, sur la cognition, sur la stimulation sensorielle (musicothérapie), sur l'activité motrice (marche, danse), sur les activités occupationnelles (peinture, ateliers cuisine). Des prises en charge globales peuvent associer plusieurs types d'interventions associant psychomotricien(ne)s, ergothérapeute(s) notamment mais dont la présence sur le territoire de la Somme fait défaut alors que les besoins sont bien présents.(9)

L'impact d'une intervention non pharmacologique associée à une réévaluation des prescriptions de neuroleptiques chez des patients déments avec troubles comportementaux vivant en EHPAD, a permis une réduction de l'utilisation des neuroleptiques de 50% (20% de la population étudiée était traité par neuroleptiques). L'exercice physique (marche, danse) a une efficacité sur l'ensemble des symptômes psycho-comportementaux. Il a été prouvé que l'association d'une réévaluation du traitement par neuroleptique et la mise en place d'activités plaisantes pour le patient permettait de réduire l'utilisation des neuroleptiques donc la mortalité.(50)

Les interventions non pharmacologiques ont, une nouvelle fois, prouvées leur efficacité. La thérapie par le « snoezelen » dite de relaxation exercée par les psychomotriciens, dans une salle dédiée, avec des jeux de lumières, des huiles aromatiques, des sons agréables, des techniques de massage peuvent apaiser une anxiété, une insécurité voire une agitation et une agressivité.(27)

En raison de l'hétérogénéité des interventions et des normes d'évaluations variables, la preuve de l'utilité de certaines méthodes spécifiques dans les troubles psycho-comportementaux reste limitée.

7 Forces de l'étude

Nous avons pu décrire par cette étude la prescription des neuroleptiques par les médecins traitants chez les personnes âgées de 75 ans et plus dans ses 3 situations cliniques.

L'ensemble des MG de la Somme (n=509) ont été contacté pour avoir un maximum de représentativité. Il s'agit de la première étude dans ce domaine à notre connaissance.

Cette enquête permet de donner les caractéristiques des prescripteurs, les indications retenues, les neuroleptiques choisis, leur galénique, leur posologies moyennes, leur durée de prescription initiale et la durée avant la réévaluation des effets secondaires et de l'efficacité des neuroleptiques.

Ceci afin de mettre en évidence une association entre ces informations avec les recommandations actuelles et d'émettre des perspectives d'améliorations aussi bien sur le

plan iatrogénique, la sécurité d'emploi du médicament et les alternatives thérapeutiques. Elle peut permettre d'orienter des actions ciblées pour améliorer la prise en charge des patients atteints de TCLD, d'une PHC ou d'un SC.

8 Limites de l'étude

L'étude réalisée était une enquête de pratique donc basée sur des éléments déclaratifs, sujets à un biais d'information et de mesure. Les MG n'ont pas été interrogés sur la manière dont ils diagnostiquaient les différentes pathologies évoquées. Nous n'avions pas établi dans notre questionnaire un moyen de contrôle des critères diagnostiques de la PHC y compris pour la démence et le SC. De plus, leurs informations n'ont pas été contrôlées.

La prescription des neuroleptiques par les médecins traitants a été orientée sur une population âgée de 75 ans et plus et ce dans 3 situations cliniques réputées classiques. Nous avons omis d'autres indications, d'autres diagnostics probables dans cette population où le MG peut avoir recours aux neuroleptiques.

Aussi, la PHC est un diagnostic rare, répondant à des critères francophones précis non reconnus à l'échelle internationale. Elle peut être confondue avec une démence même si les premiers symptômes s'apparentent à une PHC. D'autant plus, que la certitude diagnostique est posée le plus souvent par le spécialiste (neurologue, psychiatre, psychogériatre).

Seuls 61 sur 509 ont été inclus. Il est possible qu'il y ait un biais de recrutement.

9 Perspectives d'études

A partir de ce travail, des investigations seraient à poursuivre axées sur les TCLD dont la prescription des neuroleptiques est fréquente par les médecins traitants chez les personnes âgées de 75 ans et plus. L'extension du champ d'inclusion au-delà de la Somme pour obtenir une puissance statistique suffisante, permettrait de mieux évaluer l'impact de facteurs tels que l'âge, le lieu de pratique (cabinet seul ou de groupe) ou l'avis d'un spécialiste pour la prescription.

Aussi, l'étude de la prescription des neuroleptiques en fonction du type de démence, qui aura été spécifié au préalable, permettrait d'évaluer les besoins de prise en charge spécifiques.

Le type de molécule utilisée par les MG dans les SC étant variable et parfois inadaptée dans notre étude, une étude à plus grande échelle permettrait d'évaluer ce constat.

La poursuite du traitement neuroleptique au long cours, plus fréquente dans les PHC, serait à étudier sur le plan de la durée de prescription exacte et donc de la réévaluation (effets indésirables).

Les TNM sont une perspective d'étude prometteuse. Faire un état des connaissances puis des sessions de formations organisées auprès des aidants familiaux ou professionnels, des soignants et des MG et d'autres professionnels de santé apporteraient une approche différente des troubles comportementaux du sujet âgé. L'impact sur leur conduite à tenir et sur la prescription des neuroleptiques pourrait aboutir à des changements notables.

CINQUIÈME PARTIE : CONCLUSION

Notre étude partait du constat que la prescription des neuroleptiques chez les personnes âgées était encore trop importante malgré les plans de santé nationaux sensibilisant à leur réduction. La population française dite de troisième voire de quatrième âge augmentant, les MG sont amenés à prendre en charge de plus en plus de troubles du comportement du sujet âgé. Les recommandations et publications internationales sont en faveur d'une prescription médicamenteuse que si la démarche clinique et paraclinique est respectée et que tous les moyens non médicamenteux adaptés ont été proposés. Ces TNM que l'on sait efficaces pour les plus simples, variables pour celles qui nécessitent du personnel formé, devraient être mieux encadrées. Ces techniques sont une perspective d'étude à l'avenir, dont l'efficacité et les limites restent à définir pour des troubles du comportement difficilement maîtrisable par les psychotropes.

Dans les trois situations cliniques choisies, les médecins traitants de la Somme prescrivent fréquemment des neuroleptiques. Beaucoup plus marqué dans les TCLD et ce bien souvent sans l'éclairage d'un spécialiste. Les spécialités se rattachant aux troubles du comportement du sujet âgé sont variées mais malheureusement encore peu disponibles car les spécialistes sont en nombre insuffisant.

Les recommandations par les sociétés savantes sont globalement suivies dans les PHC et les TCLD lorsque l'on s'attarde sur les indications retenues, les durées de prescriptions et leurs réévaluations. Sur ces points, des améliorations sont à apporter sur la prise en charge thérapeutique des SC.

La réalisation d'examen complémentaires pré-thérapeutiques, dans nos trois situations cliniques, doit être améliorée sur la base des recommandations. Leur accessibilité fait parfois défaut tant sur le plan financier (ECG) que sur le délai d'obtention, devant remettre en question la balance bénéfice-risque du traitement.

Les neuroleptiques atypiques sont majoritairement prescrits dans les TCLD. Les deux types de neuroleptiques étant aussi efficaces dans la PHC, nous retrouvons cette équivalence dans les choix des MG. Dans le cas du SC, une variété de choix est constatée avec des prescriptions inadaptées pour la personne âgée.

Des améliorations essentielles ont été apportées dans les prescriptions des neuroleptiques chez les personnes âgées de 75 ans et plus par les médecins traitants de la Somme. D'autres sont attendues à plusieurs temps de la prise en charge, aussi bien pour le praticien que pour les sociétés savantes. Obtenir la régression des troubles du comportement par les thérapeutiques

est un des objectifs, la qualité de vie du patient, l'accompagnement et la formation des aidants naturels ou professionnels ainsi que la minimisation de la iatrogénie en font partie intégrante.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS - Haute Autorité de santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge - Recommandations [en ligne]. Saint Denis : Haute Autorité de santé. [consulté le 28 juin 2017]. Mis à jour en décembre 2011. Disponible sur <https://www.has-sante.fr>.
2. DSM-5 : diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington (D.C.) ; London ; American Psychiatric Publishing, 2013. Washington (D. C.) ; London : American Psychiatric Publishing, cop. 2013.; 2013.
3. Ciesielska N, Sokołowski R, Mazur E, Podhorecka M, Polak-Szabela A, Kędziora-Kornatowska K. Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test better suited than the Mini-Mental State Examination (MMSE) in mild cognitive impairment (MCI) detection among people aged over 60? Meta-analysis. *Psychiatr Pol*. 31 oct 2016;50(5):1039-52.
4. Capron J. Examen des fonctions cognitives en médecine interne. 18 nov 2015 [cité 27 juill 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1015436/>
5. Desai AK, Schwartz L, Grossberg GT. Behavioral disturbance in dementia. *Curr Psychiatry Rep*. août 2012;14(4):298-309.
6. Campana M, Bonin-Guillaume S, Yagoubi R, Berbis J, Franqui C. Difficulties encountered by general practitioners during acute behavioral disturbances of their dementia patients. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 juin 2016;14(2):167-74.
7. Benoît M, Camus E, Cnockaert X, Nourashemi F, Pancrazi MP, Plas J, et al. La prescription des antipsychotiques chez le sujet âgé. *Cah Année Gériatologique*. 1 sept 2009;1(3):149-63.
8. Melchiorre MG, Di Rosa M, Barbabella F, Barbini N, Lattanzio F, Chiatti C. Validation of the Italian Version of the Caregiver Abuse Screen among Family Caregivers of Older People with Alzheimer's Disease. *BioMed Res Int*. 2017;2017:3458372.
9. HAS - Haute Autorité de santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs - Recommandations [en ligne]. Saint Denis : Haute Autorité de santé. [consulté le 27 juillet 2017] Mis à jour en juin 2012. Disponible sur <https://www.has-sante.fr>.
10. Convert H, Védie C, Paulin P. Schizophrénie tardive ou délires chroniques. 14 avr 2008 [cité 22 juill 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/140174/>
11. Ferreri M. Psychose hallucinatoire chronique. 15 août 2013 [cité 28 juin 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/827781/>
12. Bazin N, Clément J-P. Psychoses tardives. 13 janv 2017 [cité 24 juill 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1101747/>
13. Clément J-P, Darthout N, Nubukpo P. Clément J.P., Darthout N., Nubukpo P. Guide pratique de psychogériatrie, Paris, Masson, 2006. Paris : Masson, MMI éd., impr. 2006.; 2006. (Médiguide).
14. HAS - Haute Autorité de santé. Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation-Recommandations [en ligne]. Saint Denis : Haute Autorité de santé. [consulté le 26 juin 2017]. 2009 Disponible sur <https://www.has-sante.fr>.
15. Bellelli G, Morandi A, Trabucchi M, Caironi G, Coen D, Fraticelli C, et al. Italian intersociety consensus on prevention, diagnosis, and treatment of delirium in hospitalized older persons. *Intern Emerg Med*. 24 juill 2017;
16. HeTOP - Définition du terme « neuroleptique » ou « antipsychotique agents » [en ligne]. CHU de Rouen [consulté le 24 juillet 2017]. 2008. Disponible sur <http://www.hetop.eu/hetop>.
17. Gallini A, Gardette V, Oumouhou N, Andrieu S, Donohue JM. Evolution of general practitioners' preferences for antipsychotics in France, 2003-2010. *Psychiatr Serv Wash DC*.

1 avr 2015;66(4):434-7.

18. Gignoux-Froment F, de Montleau F, Saravane D, Verret C. Antipsychotic prescription assessment in general practice: metabolic effects. *L'Encephale*. déc 2012;38(6):453-9.
19. HAS - Haute Autorité de santé. Limiter la prescription de neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer - Plan Alzheimer 2008-2012 [en ligne]. Saint Denis : Haute Autorité de santé. [consulté le 29 juin 2017]. Mis à jour le 8 juillet 2009 Disponible sur <https://www.has-sante.fr>.
20. Schulze J, Glaeske G, van den Bussche H, Kaduszkiewicz H, Koller D, Wiese B, et al. Prescribing of antipsychotic drugs in patients with dementia: a comparison with age-matched and sex-matched non-demented controls. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. déc 2013;22(12):1308-16.
21. HAS - Haute Autorité de santé. Programme AMI (Alerte et Maitrise de la Iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer) - Alzheimer. Programme Alzheimer 2008-2012 [en ligne]. Saint Denis : Haute Autorité de santé [consulté le 29 juin 2017]. Mis à jour en janvier 2012. Disponible sur <https://www.has-sante.fr>.
22. Gallini A, Andrieu S, Donohue JM, Oumouhou N, Lapeyre-Mestre M, Gardette V. Trends in use of antipsychotics in elderly patients with dementia: Impact of national safety warnings. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. janv 2014;24(1):95-104.
23. Szczepura A, Wild D, Khan AJ, Owen DW, Palmer T, Muhammad T, et al. Antipsychotic prescribing in care homes before and after launch of a national dementia strategy: an observational study in English institutions over a 4-year period. *BMJ Open*. 20 sept 2016;6(9):e009882.
24. Etre aidé | France Alzheimer | Union Nationale des Associations France Alzheimer. [consulté le 24 juillet 2017]. Disponible sur <http://www.francealzheimer.org>.
25. Branger C, Enright J, O'Connell ME, Morgan DG. Variance in caregiver burden predicted by patient behaviors versus neuropsychological profile. *Appl Neuropsychol Adult*. 23 mai 2017;1-7.
26. HAS - Haute Autorité de santé. Maladie d'Alzheimer - Les neuroleptiques - Quelle place dans les troubles du comportement ? [en ligne]. Saint Denis : Haute Autorité de santé [consulté le 6 juillet 2017]. Mis à jour en janvier 2013. Disponible sur <https://www.has-sante.fr>.
27. Kratz T. The Diagnosis and Treatment of Behavioral Disorders in Dementia. *Dtsch Arzteblatt Int*. 30 juin 2017;114(26):447-54.
28. Ma H, Huang Y, Cong Z, Wang Y, Jiang W, Gao S, et al. The Efficacy and Safety of Atypical Antipsychotics for the Treatment of Dementia: A Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. *J Alzheimers Dis*. 1 janv 2014;42(3):915-37.
29. Straus SMJM, Bleumink GS, Dieleman JP, van der Lei J, 't Jong GW, Kingma JH, et al. Antipsychotics and the risk of sudden cardiac death. *Arch Intern Med*. 28 juin 2004;164(12):1293-7.
30. Sacchetti E, Trifirò G, Caputi A, Turrina C, Spina E, Cricelli C, et al. Risk of stroke with typical and atypical anti-psychotics: a retrospective cohort study including unexposed subjects. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. janv 2008;22(1):39-46.
31. Conti V, Venegoni M, Cocci A, Fortino I, Lora A, Barbui C. Antipsychotic drug exposure and risk of pulmonary embolism: a population-based, nested case-control study. *BMC Psychiatry*. 29 avr 2015;15:92.
32. eVidal. Fiche descriptive de la Rispéridone [en ligne]. Issy Les Moulineaux : Vidal [consulté le 24 juillet 2017]. Mis à jour le 7 juillet 2017. Disponible sur <http://www.evidal.fr>.
33. Stahl SM, Mignon L. Stahl S. Mignon L., Stahl's Illustrated Antipsychotics: Treating Psychosis, Mania and Depression, Cambridge, Cambridge University Press, 2010, p. 109 - 144. Cambridge University Press; 2010. 203 p.

34. Salzman C, Jeste DV, Meyer RE, Cohen-Mansfield J, Cummings J, Grossberg GT, et al. Elderly patients with dementia-related symptoms of severe agitation and aggression: consensus statement on treatment options, clinical trials methodology, and policy. *J Clin Psychiatry*. juin 2008;69(6):889-98.
35. Ballard C, Corbett A, Howard R. Prescription of antipsychotics in people with dementia. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. juill 2014;205(1):4-5.
36. Warnier MJ, Rutten FH, Souverein PC, de Boer A, Hoes AW, De Bruin ML. Are ECG monitoring recommendations before prescription of QT-prolonging drugs applied in daily practice? The example of haloperidol. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. juill 2015;24(7):701-8.
37. Collectif, Lalonde P, Pinard G, Stip E. Lalonde P., Pinard G., Stip E., *Psychiatrie clinique : Approche bio-psycho-sociale Tome 2, Spécialités psychiatriques et traitements*, Chenelière, 2016. 4e édition. Chenelière, diffusé par Puf; 2016. 752 p.
38. Ballard C, Corbett A. Agitation and aggression in people with Alzheimer's disease. *Curr Opin Psychiatry*. mai 2013;26(3):252-9.
39. Maidment ID, Aston L, Hilton A, Iqbal N, Child A, Shaw R. Role of community pharmacists in the use of antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD): a qualitative study. *BMJ Open*. 16 mars 2016;6(3):e010278.
40. Declercq T, Petrovic M, Azermai M, Vander Stichele R, De Sutter AIM, van Driel ML, et al. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 28 mars 2013;(3):CD007726.
41. Azermai M, Vander Stichele RRH, Van Bortel LM, Elseviers MM. Barriers to antipsychotic discontinuation in nursing homes: an exploratory study. *Aging Ment Health*. 2014;18(3):346-53.
42. Zuidema SU, Johansson A, Selbaek G, Murray M, Burns A, Ballard C, et al. A consensus guideline for antipsychotic drug use for dementia in care homes. Bridging the gap between scientific evidence and clinical practice. *Int Psychogeriatr*. nov 2015;27(11):1849-59.
43. Wetzels RB, Zuidema SU, de Jonghe JFM, Verhey FRJ, Koopmans RTCM. Prescribing pattern of psychotropic drugs in nursing home residents with dementia. *Int Psychogeriatr*. oct 2011;23(8):1249-59.
44. Perrine A-L, Cossec CL, Beltzer N, Fuhrmann C, Carcaillon-Bentata L. Pré-fragilité, fragilité et multimorbidité en France : prévalences et déterminants. 21 août 2016 [cité 6 août 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1075089/>
45. HAS - Haute Autorité de santé. Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé [en ligne]. Saint Denis : Haute Autorité de santé [consulté le 30 juin 2017]. Octobre 2007 Disponible sur <https://www.has-sante.fr>.
46. Référentiel géographique français, communes, unités urbaines, aires urbaines, départements, académies, régions [consulté le 15 août 2017]. Disponible sur <https://www.data.gouv.fr>.
47. Tsugawa Y, Jena AB, Figueroa JF, Orav EJ, Blumenthal DM, Jha AK. Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians. *JAMA Intern Med*. 1 févr 2017;177(2):206-13.
48. Boonstra G, Grobbee DE, Hak E, Kahn RS, Burger H. Initiation of antipsychotic treatment by general practitioners. a case-control study. *J Eval Clin Pract*. févr 2011;17(1):12-7.
49. eVidal [en ligne]. Issy Les Moulineaux : Vidal [consulté le 19 août 2017]. Mis à jour le 20 juillet 2017. Disponible sur <http://www.vidal.fr>.
50. Ballard C, Orrell M, YongZhong S, Moniz-Cook E, Stafford J, Whittaker R, et al. Impact of Antipsychotic Review and Nonpharmacological Intervention on Antipsychotic Use,

Neuropsychiatric Symptoms, and Mortality in People With Dementia Living in Nursing Homes: A Factorial Cluster-Randomized Controlled Trial by the Well-Being and Health for People With Dementia (WHELD) Program. *Am J Psychiatry*. 1 mars 2016;173(3):252-62.

ANNEXES

ANNEXE 1 : MMSE (Mini Mental State Examination)



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

Orientation

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

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

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

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

Apprentissage

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

11. Cigare
12. Fleur
13. Porte

Répétez les 3 mots.

Attention et calcul

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

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

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

Rappel

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

19. Cigare
20. Fleur
21. Porte

Langage

22. Montrer un crayon. *Quel est le nom de cet objet ?*
23. Montrer votre montre. *Quel est le nom de cet objet ?*
24. *Écoutez bien et répétez après moi : "Pas de mais, de si, ni de et"*
25. Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : *Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :*
Prenez cette feuille de papier avec la main droite
26. Pliez-la en deux
27. Et jetez-la par terre
28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :
"Fermez les yeux" et dire au sujet : *Faites ce qui est écrit*
29. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière.
Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe, et avoir un sens.

Praxies constructives

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

Compter 1 point pour chaque bonne réponse.

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

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

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

ANNEXE 2 : MoCA (Montreal Cognitive Assessment)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Version 7.1 **FRANÇAIS**

NOM : _____ Scolarité : _____ Date de naissance : _____
 Sexe : _____ DATE : _____

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF		Copier le cube		Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)		POINTS		
				<input type="checkbox"/> Contour <input type="checkbox"/> Chiffres <input type="checkbox"/> Aiguilles		___/5		
DÉNOMINATION								
						___/3		
MÉMOIRE								
Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.		1 ^{er} essai	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Pas de point
		2 ^{ème} essai						
ATTENTION								
Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.).		Le patient doit la répéter. [] 2 1 8 5 4		Le patient doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2		___/2		
Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pos de point si 2 erreurs		[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB				___/1		
Soustraire série de 7 à partir de 100.		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	___/3	
		4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt						
LANGAGE								
Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [] L'argument de l'avocat les a convaincus. []						___/2		
Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min		[] _____ (N≥11 mots)				___/1		
ABSTRACTION								
Similitude entre ex : banane - orange = fruit [] train - bicyclette [] montre - règle						___/2		
RAPPEL								
Dolt se souvenir des mots SANS INDICES		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Points pour rappel SANS INDICES seulement	
		[]	[]	[]	[]	[]		
OPTIONNEL								
Indice de catégorie								
Indice choix multiples								
ORIENTATION								
[] Date		[] Mois	[] Année	[] Jour	[] Endroit	[] Ville	___/6	
© Z.Nasreddine MD		www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL	___/30	
Administré par : _____						Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans		

ANNEXE 3 : NPI-R ou Inventaire neuropsychiatrique – Réduit



Inventaire neuropsychiatrique - Réduit (NPI-R)

Le but de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence, la gravité et le retentissement des troubles du comportement. Le NPI permet d'évaluer 12 types de comportements différents.

PRÉSENCE :

La présence de chaque trouble du comportement est évaluée par une question. Les questions se rapportent aux **changements** de comportement du patient qui sont apparus depuis le début de la maladie ou depuis la dernière évaluation. Si le sujet (votre femme, votre mari, ou la personne que vous aidez) ne présente pas ce trouble, entourez la réponse **NON** et passez à la question suivante.

GRAVITÉ : Si le sujet présente ce trouble entourez la réponse OUI et évaluez la GRAVITÉ du trouble du comportement avec l'échelle suivante : 1. Léger : changement peu perturbant 2. Moyen : changement plus perturbant 3. Important : changement très perturbant	RETENTISSEMENT : Pour chaque trouble du comportement qui est présent, il vous est aussi demandé d'évaluer le RETENTISSEMENT , c'est-à-dire à quel point ce comportement est éprouvant pour vous, selon l'échelle suivante : 0. Pas du tout 1. Minimum 2. Légèrement 3. Modérément 4. Sévèrement 5. Très sévèrement, extrêmement
---	--

RÉCAPITULATIF

Nom du patient :

Âge :

Date de l'évaluation :

Type de relation avec le patient :

X très proche/prodiges des soins quotidiens

X proche/s'occupe souvent du patient

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

Items	NA	Absent	Gravité	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Comportement moteur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Score total			/ 36	/ 60

IDÉES DÉLIRANTES

« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ?

Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler.

A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Est-il/elle vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

HALLUCINATIONS

« Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

AGITATION/AGRESSIVITÉ

« Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

DÉPRESSION/DYSPHORIE

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ?

Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

ANXIÉTÉ

« Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ?

Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? A-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

EXALTATION DE L'HUMEUR/EUPHORIE

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ?

Il ne s'agit pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

APATHIE/INDIFFÉRENCE

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle montrer moins d'intérêt pour ses activités ou pour son entourage ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

DÉSINHIBITION

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ?

Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

IRRITABILITÉ/INSTABILITÉ DE L'HUMEUR

« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ?

Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

« Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme par exemple ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

SOMMEIL

« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil ?

(ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)

Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou déränge votre sommeil ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

APPÉTIT/TROUBLES DE L'APPÉTIT

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires ?

(Coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir)

Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, J.L. Cummings, 1994

NPI-R : Questionnaire version réduite/traduction française PHRobert- 2000.

ANNEXE 4 : Lettre d'information destinée aux médecins généralistes et le formulaire de non-opposition de participation à l'étude

**LETTRE D'INFORMATION
DESTINEE AUX MEDECINS
POUR PARTICIPATION A UNE RECHERCHE BIOMEDICALE**

Titre de la recherche : Situations cliniques amenant à la prescription de neuroleptiques par le médecin traitant chez les personnes âgées. Enquête de pratique.

Chère consœur, cher confrère,

Le docteur Guillaume DESCHASSE vous propose de participer à une recherche clinique dont le CHU d'Amiens est le promoteur. Nous allons dans cette lettre vous exposer les tenants et aboutissants de cette étude de soins courants qui ne comporte aucun risque et ne change en rien la prise en charge habituelle de vos patients.

LE BUT DE L'ÉTUDE

Les troubles du comportement d'origine psychiatrique ou neurologique du sujet âgé constituent un problème de santé publique émergent. Sa prise en charge peut comporter une prescription de psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques, antidépresseurs pour l'essentiel). De nombreux travaux (dont le rapport de l'OPEPS en 2006) soulignent les mésusages des psychotropes au sein de cette population spécifique et vulnérable ainsi que la nécessité d'actions ciblées.

Les recommandations disponibles sur le traitement médicamenteux des troubles du comportement sont complexes et inappropriées au regard des nouvelles données, notamment sur la dangerosité des psychotropes. L'effet délétère des traitements médicamenteux au long cours est prouvé. Il n'existe pas de stratégie médicamenteuse validée notamment dans les confusions aiguës du sujet âgé.

Une étude a montré un changement dans le type de neuroleptique prescrit entre 2003 et 2010 par les médecins généralistes. La moitié des médecins généralistes étudiés durant cette période sont passés d'un neuroleptique de première génération à un neuroleptique de deuxième génération. Néanmoins, le type de molécule choisi reste à l'appréciation du médecin traitant.

L'objectif principal de cette étude est de décrire la prescription des neuroleptiques chez les sujets de 75 ans ou plus en 2017 dans la psychose hallucinatoire chronique, les troubles du comportement liés la démence et le syndrome confusionnel en ambulatoire chez les médecins généralistes de la Somme.

Il s'agit d'une enquête de pratique, aucune information concernant directement vos patients de vous sera demandée.

LE(S) BÉNÉFICE(S) ATTENDUS

Nous pensons par cette enquête sensibiliser et susciter une amélioration de la prescription des neuroleptiques chez les personnes âgées de 75 ans et plus, sur le plan des indications psychiatriques, le type de neuroleptique prescrit et la réévaluation du traitement. Ceci afin de limiter leurs effets secondaires et l'iatrogénie médicamenteuse. Cette enquête fera aussi l'objet d'une thèse de médecine générale.

LE DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'une enquête de pratique sur hétéro-questionnaire concernant les médecins généralistes de la Somme. Ce questionnaire sera réalisé lors d'un entretien avec monsieur Samir Bouthala, interne de médecine générale. Les données recueillies seront directement anonymisées sans liste de correspondance afin de garantir la sécurité des informations vous concernant. En dehors de ce rendez-vous, il n'y aura pas d'autre participation de votre part à cette étude.

LES RISQUES POTENTIELS

Il n'y a aucun risque à participer à cette étude.

LES FRAIS MEDICAUX

Votre collaboration à ce protocole de recherche de soins courants n'entraînera pas de participation financière de votre part. Conformément à la loi, tous les frais liés à l'étude seront pris en charge par le promoteur de l'étude.

LA LEGISLATION ET LA CONFIDENTIALITE

Conformément aux articles L. 1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique, le Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest II a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation le 14/03/2017.

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle.

Seuls les responsables de l'étude et éventuellement les autorités de Santé pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes -qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical-, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel. Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude et , en ce qui concerne les informations de nature médicale, ce droit est exercé par l'intermédiaire du Docteur Guillaume DESCHASSE

conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé. Le projet a reçu un avis favorable de la CNIL en date du 14/03/2017.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades) les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le médecin responsable de l'étude, le Dr Deschasse tél : 03.22.45.57.20

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude.

Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier. Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de non-opposition ci-joint.

Votre décision de participer à cette enquête est entièrement volontaire. **Vous pouvez vous retirer de à n'importe quel moment.** Si de nouvelles informations, pouvant influencer votre décision de poursuivre votre participation, devenaient disponibles pendant l'étude, vous en seriez aussitôt informé.

Lettre d'information remise : le/...../20..... à,

Par le Dr.Guillaume DESCHASSE.....

**FORMULAIRE DE NON-OPPOSITION
POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE BIOMEDICALE**

Titre de la recherche : Situations cliniques amenant à la prescription de neuroleptiques par le médecin traitant chez les personnes âgées. Enquête de pratique.

Je soussigné(e)(nom et prénom du médecin),

accepte de participer à l'étude intitulée « **Situations cliniques amenant à la prescription de neuroleptiques par le médecin traitant chez les personnes âgées. Enquête de pratique.** »..

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par le Dr Deschasse ou Monsieur Samir Boutalha, j'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que les documents de mon dossier médical qui se rapportent à l'étude puissent être accessibles aux responsables de l'étude et éventuellement aux autorités de santé qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical.

J'accepte que les données nominatives me concernant recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès du Dr Deschasse.

Unité de soins Gériatrie Aiguë – 6^{ème} étage Aile Est
CHU Nord – Place Victor Pauchet
80054 AMIENS cedex 1
Tél 03 22 45 57 20

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, je ne m'oppose pas à participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à,

le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du médecin
(précédée de la mention « Lu, compris et approuvé »)

ANNEXE 5 : Questionnaire soumis lors des entretiens

Situations cliniques amenant à la prescription de neuroleptiques par le médecin traitant chez les personnes âgées. Enquête de pratique.

Dans cette étude, il s'agit de décrire la prise en charge sur le plan thérapeutique de trois situations cliniques chez des patients âgés de 75 ans ou plus :

- psychose hallucinatoire chronique,
- trouble(s) du comportement dans la démence,
- syndrome confusionnel

Introduction :

1) Vous êtes :

- Un homme :
- Une femme :

2) Votre âge :

- Moins de 30 ans
- 30 - 40 ans
- 41 - 50 ans
- 51 – 60 ans
- Plus de 60 ans

3) Votre lieu de pratique :

- En cabinet seul(e),
- En cabinet de groupe de médecin généraliste,
- En maison de santé pluridisciplinaire,

4) Mode d'exercice :

- Titulaire,
- Remplaçant,
- Consultations en cabinet exclusivement,
- Consultations au cabinet et visites à domicile,
- Visites au domicile exclusivement,

Prise en charge thérapeutique des trois situations cliniques

- 1) Prenez-vous en charge des patients de 75 ans ou plus ? Tous lieux de résidence confondus :
Domicile, appartement thérapeutique et/ou EHPAD
 - Oui
 - Non

- 2) Y en a-t-il atteint de trouble(s) du comportement lié à la démence ?
 - Oui
 - Non

- 3) Y en a-t-il atteint de psychose hallucinatoire chronique ?
 - Oui
 - Non

- 4) Est-il survenu un épisode confusionnel pour certains d'entre eux ?
 - Oui
 - Non

Prise en charge thérapeutique des trois situations cliniques

- 1) Comment les avez-vous traités ? Avez-vous initié des neuroleptiques ? (pour le dernier cas de chaque situation rencontrée)
 - Psychose hallucinatoire chronique :

 - Trouble(s) du comportement dans la démence :

 - Syndrome confusionnel :

- 2) Un avis auprès d'un confrère a-t-il été nécessaire et lequel (psychiatre, gériatre, neurologue, médecin généraliste ou urgentiste) ?
 - Psychose hallucinatoire chronique :

 - Trouble(s) du comportement dans la démence :

 - Syndrome confusionnel :

- 3) Avez-vous réalisé un bilan pré-thérapeutique ou avez-vous déjà des éléments para-cliniques ? Si oui, lesquels ?
 - Psychose hallucinatoire chronique :

 - Trouble(s) du comportement dans la démence :

 - Syndrome confusionnel :

Prise en charge thérapeutique des trois situations cliniques

Vous décidez de prescrire des neuroleptiques : (répondre pour chaque dernière des trois situations rencontrées)

1) Quels sont critères cliniques ou non qui vous font opter pour ce choix ?

- Psychose hallucinatoire chronique :

- Trouble(s) du comportement dans la démence :

- Syndrome confusionnel :

2) Quelle(s) molécule(s) a/ont été choisie(s) ?

- Psychose hallucinatoire chronique :

- Trouble(s) du comportement dans la démence :

- Syndrome confusionnel :

3) Quelle en a été l'indication ?

- Psychose hallucinatoire chronique :

- Trouble(s) du comportement dans la démence :

- Syndrome confusionnel :

4) Quelle était la forme galénique ?

- Psychose hallucinatoire chronique :

- Trouble(s) du comportement dans la démence :

- Syndrome confusionnel :

5) Pour quelle durée l'aviez-vous prescrit initialement ?

- Psychose hallucinatoire chronique :

- Trouble(s) du comportement dans la démence :

- Syndrome confusionnel :

Prise en charge thérapeutique des trois situations cliniques

La réévaluation du traitement neuroleptique : (répondre pour chaque dernière des trois situations rencontrées)

- 1) A quelle durée de traitement évaluez-vous l'efficacité des neuroleptiques ?
 - Psychose hallucinatoire chronique :

 - Trouble(s) du comportement dans la démence :

 - Syndrome confusionnel :

- 2) Quelle a été la durée avant l'évaluation des effets indésirables ?
 - Psychose hallucinatoire chronique :

 - Trouble(s) du comportement dans la démence :

 - Syndrome confusionnel :

- 3) Avez-vous été amené à arrêter ou poursuivre le traitement neuroleptique après ces deux évaluations ?
 - Psychose hallucinatoire chronique :

 - Trouble(s) du comportement dans la démence :

 - Syndrome confusionnel :

ANNEXE 6 : Tableau 3 bis (Prescriptions des neuroleptiques par les médecins traitants de la Somme selon le sexe, une catégorie d'âge et le lieu d'exercice)

	TCLD (n = 61)	PHC (n = 19)	SC (n = 55)
Sexe	OR = 3,5 IC = [1,2 - 11] p = 0,03	OR = 1,1 IC = [0,2 - 8,1] p = 1	OR = 9 IC = [1,5 - 163] p = 0,05
Catégorie d'âge 41 - 50 ans	OR = 0,3 IC = [0,08 - 0,96] p = 0,05	OR = 4 IC = [0,6 - 21,7] p = 0,15	OR = 1 IC = [0,2 - 3,6] p = 0,9
En cabinet seul	OR = 0,9 IC = [0,3 - 2,5] p = 0,8	OR = 0,7 IC = [0,09 - 3,98] p = 0,7	OR = 0,35 IC = [0,07 - 1,33] p = 0,15
Unité urbaine / Commune Rurale	OR = 0,7 IC = [0,2 - 1,98] p = 0,5	OR = 1,1 IC = [0,2 - 8,8] p = 0,9	OR = 0,3 IC = [0,07 - 0,9] p = 0,04

	TCLD (n = 61)	PHC (n = 19)	SC (n = 55)
Sexe	OR = 2,8 IC = [0,9- 9,2] p = 0,1		OR = 6,9 IC = [1,1 - 138] p = 0,1
Catégorie d'âge 41 - 50 ans	OR = 0,4 IC = [0,11 - 1,4] p = 0,15		
En cabinet seul			OR = 0,3 IC = [0,1 - 1,2] p = 0,1
Unité Urbaine / Commune Rurale			OR = 0,4 IC = [0,1 - 1,5] p = 0,2

Tableau 3 bis : Prescriptions des neuroleptiques selon le sexe, une catégorie d'âge et le lieu d'exercice par regression logistique univariée (p < ou = 0,20) sup. Régression logistique multivariée des résultats significatifs (p < ou = 0,05) inf.