



HAL
open science

Modalités d'emplois et surveillance des antipsychotiques après la primo-prescription dans la gestion des troubles psychocomportementaux des patients déments en EHPAD par les médecins généralistes dans les départements d'Ille-Et-Vilaine, du Morbihan et des Côtes d'Armor

Corentin Ligaon

► **To cite this version:**

Corentin Ligaon. Modalités d'emplois et surveillance des antipsychotiques après la primo-prescription dans la gestion des troubles psychocomportementaux des patients déments en EHPAD par les médecins généralistes dans les départements d'Ille-Et-Vilaine, du Morbihan et des Côtes d'Armor. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02565037

HAL Id: dumas-02565037

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02565037v1>

Submitted on 10 May 2021

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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Corentin Ligaon

Né(e) le 18/03/1991 à Paris XII

Modalités d'emplois et surveillance des antipsychotiques après la primo-prescription dans la gestion des troubles psychocomportementaux des patients déments en EHPAD par les médecins généralistes dans les départements d'Ille-Et-Vilaine, du Morbihan et des Côtes d'Armor

Thèse soutenue à Rennes le 24/10/2019

devant le jury composé de :

Pr Dominique SOMME

PUPH - chef de pôle de médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie - CHU de Rennes / *président de jury*

Dr Gabriel ROBERT

MCU-PH - Psychiatrie adulte, addictologie - CHU de Rennes / *juge*

Pr Eric MENER

Pr associé de médecine générale / *juge*

Dr Cezara HANTA

PH ; Service de Gériatrie et de Neurologie ; SSR gériatrique La Tauvrais - CHU de Rennes / *directeur de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie ; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie générale
BOUGET	Jacques	Pr Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRISOT	Pierre	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Pr Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAUBERT	Jean-Claude	Pr Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Pr Associé	Cardiologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	PU-PH consultant	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie

GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE GUEUT	Mariannick	PU-PH consultant	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Pr Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Pr Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MENER	Eric	Pr Associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MICHELET	Christian	Pr Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Pr Associé	Epistémologie clinique
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Pr Associé	Médecine générale
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RICHARD DE LATOUR	Bertrand	Pr Associé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINTE-JAMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Pr Associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie générale
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET	Françoise	Pr Associé	Médecine générale
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	MCU-PH	Dermato-vénérologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC Associé	Médecine générale
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénérologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MC Associé	Médecine générale
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène- Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER	Romain	MCU-PH	Urologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NAUDET	Florian	MCU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
RENAUT	Pierrick	MC Associé	Médecine générale
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	MCU-PH	Neurologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques

VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Remerciements

A Mr le Professeur Somme,

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de présider ce jury et également pour vos précieux enseignements durant mon stage de gériatrie, veuillez y recevoir l'expression de mon profond respect.

A Mr Le Professeur Mener,

Merci d'avoir accepté de venir juger la fin de mon internat après m'avoir fait découvrir une facette insoupçonnée de la médecine via tes conseils et ta pratique au cours des 6 mois passés à Ploërmel.

A Mr le Docteur Robert,

Je vous remercie de venir juger mon travail en dépit de vos nombreuses obligations, veuillez y recevoir l'expression de ma profonde gratitude.

A Mme la Docteur Hanta,

Merci d'avoir accepté de m'accompagner durant ce travail, merci pour ton soutien, tes conseils, ton temps, ta patience et ta bienveillance. Egalement merci pour ta supervision durant les 6 mois passés à la Sauvrais.

Merci à tous les médecins généralistes qui ont accepté de répondre à ce questionnaire.

Merci à mes parents qui auront réussi à me persuader que la médecine était à ma portée et qui, finalement, ont oeuvré depuis 28 ans à l'élaboration de ce travail.

Merci Aurore pour ta relecture, tes conseils, tes encouragements et ton amour. Un profil littéraire mais également très curieux, impliqué et structuré qui aurait fait un bien meilleur médecin que moi.

Sommaire

<u>Introduction</u>	10
1. Quelques données épidémiologiques.....	10
2. Des prescriptions sujettes à discussion.....	10
<u>Matériel et méthode</u>	11
1. Présentation de l'étude.....	11
a. Les troubles du comportement perturbateurs.....	11
b. Les antipsychotiques.....	11
c. Problématique.....	11
d. Objectifs.....	11
e. Hypothèses.....	11
2. Description de l'étude.....	12
a. Recrutement des répondants.....	12
b. Analyse des résultats.....	12
c. Des biais potentiels.....	12
<u>Résultats</u>	13
1. Caractéristiques de l'échantillon.....	13
2. Caractéristiques de la patientèle en EHPAD.....	13
3. Modalités d'emploi et de surveillance des antipsychotiques.....	13
4. Représentations et connaissances des antipsychotiques.....	14
5. Influence de l'expérience en EHPAD.....	14
6. Influence de la formation.....	14
7. Analyse des commentaires libres.....	15
<u>Discussion</u>	15
1. Relecture condensée et discutée des résultats.....	15
a. Des hypothèses confirmées ?.....	15
b. Une méconnaissance pharmacologique ?.....	15
c. L'aisance, une notion importante.....	16
2. Une absence de consensus.....	16
a. En France.....	16
b. A l'international.....	17
3. Une reproductibilité limitée.....	18
4. La formation des médecins généralistes en question.....	18
5. Forces de l'étude.....	19
6. Faiblesses de l'étude.....	19
<u>Conclusion</u>	19
<u>Bibliographie</u>	21
<u>Glossaire</u>	25

Annexes

1. Tableau 1 : caractéristiques des médecins généralistes.....	26
2. Tableau 2 : Caractéristiques de la patientèle en EHPAD.....	27
3. Tableau 3 : Modalités d'emploi et de surveillance des neuroleptiques.....	28
4. Tableau 4 : Connaissances des neuroleptiques.....	30
5. Tableau 5 : influence de l'expérience en EHPAD.....	31
6. Tableau 6 : Influence d'une formation gériatrique ou psychiatrique.....	33
7. Annexe 7 : Coding des commentaires libres.....	35
8. Annexe 8 : Catégories des commentaires libres.....	35
<u>Questionnaire</u>	36
<u>Expression libre des répondants</u>	40

Introduction

1. Quelques données épidémiologiques :

La prévalence des pathologies démentielles en France est difficile à estimer. Plusieurs suivi de cohortes, notamment l'étude PAQUID permettent d'obtenir quelques estimations (1). Celles-ci toucheraient environ 1 200 000 patients en France en 2017 ce qui correspond à 9,8% de la population âgée de plus de 65 ans (2). Ce chiffre pourrait se majorer à 1 500 000 en 2030 (2). 728 000 résidents vivent en établissement d'hébergements pour personnes âgées en 2015 en France dont 585 560 en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (80,43%) (3). Près de 240 000 résidents institutionnalisés sont atteints de pathologies démentielles. La proportion de ces patients s'élève à 42% en EHPAD (4) et atteint 50% dans les EHPAD privés à but lucratifs (4).

2. Des prescriptions sujettes à discussion

La gestion des troubles du comportement perturbateurs (TCP) nécessite de limiter le recours aux antipsychotiques (ATP) et de recourir au maximum à des techniques de soins non médicamenteuses (5). Il est possible, en pratique, que l'instauration et / ou la majoration de traitements psychotropes, notamment les ATP, soit une méthode souvent employée, peut-être au détriment des méthodes non médicamenteuses plus chronophages. Néanmoins, ils sont pourvoyeurs d'une augmentation du nombre de chutes et de fractures du col du fémur, d'hospitalisations, d'évènements cardio-vasculaires et, par conséquent, sont à l'origine d'une augmentation de la mortalité à court et à long terme (5, 6, 7, 8, 9, 10). Par ailleurs, leur arrêt n'est pas à l'origine de dégradation des fonctions cognitives ou de résurgence des troubles (11, 12). L'American Geriatric Society a classé, selon les critères de Beers réévalués en 2019, les ATP dans sa liste des traitements à éviter chez les patients âgés (13). En cas de TCP aigu en EHPAD et de décision de traitement par ATP, la plupart des médecins généralistes déclarent opter pour des durées inférieure à 15 jours mais le plus souvent assortis d'une prescription conditionnelle (72,8%) (14). Dans les faits, il semblerait que la durée moyenne d'exposition soit plus prolongée avec une durée moyenne d'exposition retrouvée à 34,81 mois en 2012 en France (15). Par ailleurs, différents travaux ont permis d'observer des baisses significatives et durables d'expositions aux ATP suite à des interventions extérieures auprès des médecins généralistes (16, 17, 18). Ces différents éléments semblent être les témoins de surexpositions parfois prolongées par défaut de réévaluation d'ordonnance ou par méconnaissance des ATP.

Matériel et méthode :

1. Présentation de l'étude :

a. Les troubles du comportement perturbateurs

Les TCP sont "des attitudes ou expressions dérangeants, perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui, qui peuvent être observés au cours de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des maladies apparentées" (5). Ces TCP peuvent être intermittents mais sont d'autant plus fréquents et intenses que la pathologie démentielle est avancée et toucheraient près de 85% des patients déments vivant en EHPAD (19). Dans l'état actuel des connaissances, ces pathologies évoluent systématiquement vers une aggravation progressive des symptômes.

b. Les antipsychotiques

Les ATP de première et de deuxième génération (ou ATP atypique) appartiennent à la catégories médicamenteuse des neuroleptiques. Ceux-ci comprennent également des molécules à visée antiémétique notamment de la classe des benzamides et des dérivés des phénothiazines. La surveillance de ces dernières classes de neuroleptique n'est pas l'objet de ce travail et celles-ci ont été explicitement exclus en début de questionnaire.

c. Problématique

Quelles sont les modalités de réévaluation, de surveillance, d'arrêt ou de poursuite d'un traitement ATP chez les patients déments institutionnalisés en EHPAD par les médecins généralistes en Ille-Et-Vilaine, Morbihan et Côtes-d'Armor ?

d. Objectifs

Le but de cette étude est d'obtenir des données statistiques concernant les pratiques déclarées de réévaluation des ATP par les médecins généralistes. Ce travail cherche également à mettre en évidence d'éventuelles différences selon les profils des praticiens.

e. Hypothèses

L'hypothèse initiale est que la majorité des prescriptions d'ATP sont insuffisamment réévalués par les médecins généralistes. Nous supposons que la majorité des médecins ne se sent pas à l'aise dans la gestion des TPC et avoue une méconnaissance des ATP. Nous émettons l'hypothèse que les formations en psychiatrie et en gériatrie des médecins généralistes permettent d'améliorer les

pratiques. Enfin nous supposons que l'expérience des praticiens n'influence pas les prises en charges mais améliore l'aisance et les connaissances déclarées.

2. Description de l'étude

a. Recrutement des répondants

Ce travail est une enquête de pratique auprès des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine, du Morbihan et des Côtes d'Armor ayant acceptés de faire partie de la mailing-list de leurs conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM) respectifs. Il s'agit d'une étude qualitative, transversale, épidémiologique et descriptive via un questionnaire en ligne anonyme. La diffusion du questionnaire a été assurée par les CDOM du Morbihan et des Côtes-D'Armor. Les adresses mails des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine ont été communiquées par le CDOM et le lien du questionnaire leur a été transmis. Le CDOM du Finistère n'a pas diffusé le questionnaire malgré plusieurs relances. Le questionnaire a été réalisé via la plateforme Limesurvey et comporte 5 parties explorant le profil des médecins, de leur patientèle, de leur utilisation des ATP, de leur surveillance et un espace de commentaires libres. Un nombre de réponse supérieur à 100 était considéré comme suffisant par le département de médecine générale de Rennes après le passage en commission de thèse. Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste et de suivre des patients déments en EHPAD. La définition d'un patient dément a été volontairement laissée à la libre interprétation des praticiens. Les réponses au questionnaire ne devaient concerner que cette population précise. Tous les questionnaires complétés intégralement ont été inclus dans l'étude.

b. Analyse des résultats

L'analyse des résultats a été réalisée grâce aux fonctions statistiques de Limesurvey et au site internet BiostaTGV avec les test du Chi2 pour les variables qualitatives, de Fischer pour les petits effectifs et de Kruskal-Wallis pour les valeurs ordinales. Suivant les conseils des internes de santé publiques de Rennes, les réponses ont été regroupées afin de faciliter l'interprétation des résultats. Afin de s'affranchir des méthodes de correction des seuils de significativités lors des comparaisons multiples, il a été décidé de ne pas dépasser le seuil de 15 questions pour les comparaisons selon les profils des médecins. Le choix des questions retenues a été dicté par les hypothèses initiales. L'analyse des commentaires libres a été réalisée par la méthode du coding.

c. Des biais potentiels

Le choix de cette méthodologie implique que la transposition de ces déclarations à la population des médecins généralistes n'est pas acquise. Par ailleurs, les informations obtenues, n'étant basées que sur les déclarations des praticiens, il existe certainement un biais de désirabilité sociale. A noter que ce dernier est possiblement plus marqué chez les praticiens ayant réalisés des formations gériatriques

ou psychiatriques spécifiques malgré l'anonymisation des réponses et sur des formulations parfois trop orientées notamment la question sur un éventuel mésusage. Devant la volonté de réaliser un questionnaire succinct, il n'a pas été réalisé de profilage des répondants qui aurait permis un ajustement des réponses suite à ce biais. Par ailleurs, dans l'hypothèse de biais maximum, nous avons décidé de ne pas considérer les formations médicales continues comme des formations complémentaires. En effet, celles-ci ont pu être, ou non, considérées comme des formations complémentaires selon la sensibilité de chacun des répondants.

Résultats

1. Caractéristiques de l'échantillon :

Le nombre total de réponses à ce questionnaire est de 202, dont 156 complètes. Seules ces dernières ont été incluses. Le nombre de réponses est de 74 pour l'Ille-Et-Vilaine, 41 pour les Côtes-d'Armor et de 40 pour le Morbihan. Un médecin a déclaré exercer dans le département du Finistère et dans les Côtes-d'Armor, ses réponses ont été incluses en tant que médecin des Côtes-d'Armor. Les caractéristiques des médecins sondés sont détaillées dans le tableau 1 et ont été comparées avec les données communiquées par l'agence régionale de santé Bretagne du 1er Janvier 2017 (20) ainsi qu'avec les données issues du Conseil de l'Ordre des médecins de Bretagne en 2015 (21). On peut y observer que l'échantillon n'est pas représentatif de la population médicale. Le sex ratio montre une sur-représentativité des femmes qui s'explique sans doute par une plus grande participation à cette étude de la population jeune ; en effet, 68,6% de l'échantillon a moins de 15 ans d'expérience en EHPAD.

2. Caractéristiques de la patientèle en EHPAD :

Les caractéristiques de la patientèle en EHPAD des médecins sondés sont détaillées dans le tableau 2. On peut voir que 76,9% des médecins suivent moins de 20 patients en EHPAD et 10,3% plus de 30. 70,5% des médecins affirment que moins de 20% de leurs patients en EHPAD ont été exposés aux ATP au cours des 6 derniers mois. 93,4% des médecins déclarent que plus de 20% de leur patientèle d'EHPAD présente des troubles démentiels, 66,7% en déclarent plus de 50% et 28,2% en déclarent plus de 70%.

3. Modalités d'emploi et de surveillance des antipsychotiques

Les modalités d'emploi moyen des ATP dans la gestion des troubles psycho comportementaux des patients déments sont détaillées dans le tableau 3. On peut observer que le Risperdal est la molécule la plus fréquemment déclarée (77,6%). Le Tercian, le Tiapridal et l'Haldol sont des molécules retrouvées chez respectivement 37,2%, 33,3% et 32,7% des médecins sondés. Le Leponex, dont

l'utilisation peut être privilégiée chez un patient atteint de syndrome extra-pyramidal n'est retrouvé que chez 2,6% des professionnels. Les médecins déclarent ré-évaluer cliniquement les patients de façon systématique dans la semaine à 50,6%, tandis qu'un traitement au long cours est réévalué tous les 3 mois à 49,4%. A noter que 93,0% des médecins déclarent ne s'aider d'aucune échelle clinique pour évaluer l'impact des thérapeutiques mises en places. La poursuite d'un traitement au long cours est principalement motivée par la persistance des troubles initiaux (59,0), un avis spécialisé (62,2%) et une symptomatologie délirante (62,2%). 50,0% des médecins déclarent utiliser les ATP en prophylaxie de TCP.

4. Représentations et connaissances des antipsychotiques:

Les représentations et les connaissances déclarées des ATP sont détaillées dans le tableau 4. La fragmentation des doses n'est déclarée que chez 48,1% des médecins et 84,5% déclarent réaliser des décroissances progressives plutôt qu'une tentative arrêt brutal. 84,0% des médecins estiment qu'il existe un phénomène rebond des TPC à l'arrêt des ATP. 66,7% des médecins estiment leur connaissances des ATP comme moyennes ou insuffisantes. De la même manière, 57,1% des médecins avouent ne pas se sentir à l'aise dans la gestion des TPC. 80,1% sont d'avis que les ATP puissent être à l'origine d'une augmentation de la mortalité. Pour autant, ils ne sont que 47,4% à estimer que l'emploi des ATP dans la gestion des TPC relève d'un mésusage.

5. Influence de l'expérience en EHPAD

Nous avons comparé les réponses des praticiens selon leur expérience du travail en EHPAD. Les résultats sont détaillés dans le tableau 5. Les médecins ayant peu d'expérience avouent une moins bonne connaissance des ATP ($p = 0,01$) et sont davantage influencés par les avis des spécialistes ($p < 0,01$) pour poursuivre les traitements au long cours. L'utilisation des ATP semble similaires dans les 2 groupes. Nous ne pouvons pas conclure sur d'éventuelles différences en terme de fréquence de réévaluation clinique lors d'un traitement au long cours, sur l'aisance déclarée dans la prise en charge des troubles du comportement ni sur la fréquence d'exposition aux ATP devant des valeurs du petit p à la limites de la significativité (respectivement 0,05, 0,05 et 0,12).

6. Influence de la formation

Nous avons comparé les réponses des praticiens selon qu'ils aient réalisés ou non des formations gériatriques, psychiatriques ou médecine d'EHPAD durant leur formation initiale ou continue. Les résultats sont détaillés dans le tableau 6. Les médecins ayant réalisé des formations spécifiques déclarent avoir plus facilement recours au Risperdal ($p = 0,02$) et semblent plus au courant de la majoration de la mortalité due aux ATP ($p = 0,04$). On ne peut pas conclure sur l'aisance déclarée dans la gestion de troubles du comportement ni sur le recours à différentes échelles de TCP du fait des valeurs du petit p à la limite de la significativité (respectivement 0,05 et 0,06).

7. Analyse des commentaires libres

La dernière question était un espace d'expression libre et optionnel afin de s'exprimer sans contrainte sur le sujet en vue d'améliorer les pratiques et de diminuer la pression thérapeutique. Nous avons dénombré 83 réponses spontanées soit 53,2% des participants. Les réponses sont détaillées dans les annexes 9 et 10. Selon la méthode utilisée, 25,6% des commentaires concernent la nécessité de formations spécifiques des médecins et des paramédicaux. 24,1% des répondants estiment que la discussion et une prise en charge coordonnée avec l'équipe permettrait une diminution de la pression médicamenteuse. 9,0% des répondants expriment un sentiment d'impasse et craignent un nouveau scandale sanitaire. Le manque de moyen humain et le manque de disponibilité des spécialistes sont cités par respectivement 18,0 et 12,0% des commentaires. Un seul répondant estime que les ATP ont un effet bénéfique dans la gestion des patients déments.

Discussion

1. Relecture condensée et discutée des résultats

a. Des hypothèses confirmées ?

Les médecins sont majoritaires à déclarer réévaluer cliniquement les patients plus d'une semaine après une primoprescription et à 3 mois ou plus lors d'un traitement au long cours. Par ailleurs, 50,0% des praticiens déclarent utiliser les ATP à visée prophylactique après un épisode de TCP. Les praticiens avouent majoritairement une méconnaissance des ATP et un manque d'aisance dans leur gestion. Les formations complémentaires gériatriques ou psychiatriques permettraient une utilisation préférentielle du Risperdal sans autre modification des pratiques. L'expérience en EHPAD ne modifierait pas les pratiques non plus mais les praticiens plus expérimentés déclarent néanmoins se sentir plus à l'aise dans la gestion des TCP.

b. Une méconnaissance pharmacologique ?

65,0% des praticiens admettent une méconnaissance des ATP. L'arrêt brutal des ATP n'est ni associé à un syndrome de sevrage ni à un phénomène de rebond des troubles initiaux (comme le pensent 84,0% des praticiens). Il est intéressant de noter l'utilisation fréquente de Tercian, de Tiapridal ou d'Haldol qui ne repose sur aucune recommandation officielle actuelle. La fragmentation des doses, censée permettre une meilleure tolérance clinique, n'est déclarée réalisée que par 48,1% des praticiens. Ceci peut sans doute être expliqué par la notion d'agitation vespérale, qui correspond à une période de TPC prédominante en fin d'après-midi, notamment chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer qui pourrait conduire à ne délivrer les traitements qu'à ces horaires précis.

Néanmoins, cette notion n'a pas été explorée dans le questionnaire et aucun praticien n'y a fait allusion dans les espaces de commentaires. Malgré la persistance des troubles initiaux, les ATP seraient poursuivis par 58,0% des prescripteurs. La volonté de persister dans la voie médicamenteuse peut être le témoin d'efficacité antérieures empiriques et / ou d'un sentiment d'impasse. Il est néanmoins nécessaire de nuancer notre propos. En effet, nous pouvons également supposer que cette sensation d'efficacité des ATP sur les TCP retrouvée par les médecins généralistes puissent parfois être liées par des relations de temporalité sans lien de causalité du fait de la fluctuation des troubles.

c. L'aisance, une notion importante

Malgré l'absence de différence significative sur la prise en charge médicamenteuse, l'aisance revendiquée semble être une notion importante avec de probables implications sur la confiance en soi, la confiance transmises aux équipes paramédicales ou à l'entourage, sur la capacité à faire passer les messages de prévention, de privilégier les mesures non médicamenteuses et surtout un impact sur la qualité de vie au travail des médecins.

2. Une absence de consensus :

a. En France

Lorsque l'introduction d'un traitement par ATP est décidé, le choix des molécules à privilégier et leurs modalités de surveillance dans la gestion des TCP chez les patients institutionnalisés ne sont pas consensuelles ; notamment sur les durées de traitement avec une grande liberté de pratique laissée aux prescripteurs du fait de la diversité des tableaux cliniques, des étiologies et des contextes environnementaux rencontrés. Les TCP secondaires à des pathologies démentielles sont les plus fréquents devant les étiologies psychiatriques et neurologiques (22). Les différentes recommandations de la prise en charge des TCP chez les populations démentes des principaux organismes chargés d'autorités en France sont floues. La haute autorité de santé (HAS) recommandait de privilégier le Risperdal dans les symptômes délirants ou la Clozapine dans les démences à corps de lewy avec une décroissance progressive des posologies (23). A noter que l'HAS ne précisait pas de durée de traitement ni de consigne de réévaluation dans ces cadres précis. L'HAS recommande également l'utilisation de régulateurs de l'humeur dans les épisodes d'agressivité récurrents voire des ISRS dans les épisodes de désinhibition notamment retrouvés dans les démences fronto-temporales avec une réévaluation clinico-biologique à 1 mois (23). La Société française de gériatrie et de gérontologie se base sur ces dernières recommandations (23). En revanche, l'agence nationale de sécurité du médicament a insisté, en 2004, sur la nécessité de ne pas poursuivre un traitement par ATP plus de 10-15 jours, même en cas de symptomatologie délirante chez les sujets déments (24). Le collège des enseignants de gériatrie préconise une monothérapie avec une demi-vie courte et un traitement de quelques jours ou de quelques semaines suivi d'un essai d'arrêt (25). Le travail des cahiers de l'année

gériatrique semble le plus complet (22). L'utilisation des ATP est réservée aux situations sévères entraînant un danger pour le patient ou l'entourage. L'efficacité sur la déambulation, les crises, les attitudes d'oppositions ne sont pas démontrées. La Risperidone est la molécule à privilégier du fait de ses propriétés moins anticholinergiques. La Clozapine est réservée aux patients atteints d'une maladie de Parkinson ou chez les démences à corps de Lewy. La posologie doit être la minimale efficace. Il est également conseillé de fractionner les prises dans la journée afin d'améliorer la tolérance. Les troubles du comportement étant fluctuants, il est possible de traiter un patient en discontinu ; en effet, les ATP n'ont pas d'efficacité prophylactiques et, de plus, il n'existe pas de syndrome de sevrage à leur arrêt mais uniquement des possibilités de rechute clinique non prouvées. Le schéma de surveillance proposé dans les cahiers de l'année gériatrique est de réaliser un ECG initial et une surveillance du ionogramme sanguin à 7 jours, 1 mois et 6 mois. Il est conseillé de réaliser une tentative d'arrêt en systématique tous les 3 mois en cas de traitement au long cours. Auquel cas, il est également conseillé de réévaluer cliniquement les patients au bout d'une semaine en cas d'introduction de traitement, de 10 jours en cas de modification de posologie ou après 2 ou 3 mois en cas de traitement au long cours (22).

b. A l'international

De la même manière qu'en France, les différents organismes d'autorités internationales s'accordent sur la nécessité de réduire l'exposition aux ATP sans en définir clairement les modalités. On observe d'importantes variations selon les pays mais les taux d'expositions restent élevés pouvant parfois atteindre les 59% en institution (26, 27, 28, 29). On peut néanmoins noter une tendance à une diminution ces dernières années (30, 31). L'International Psychogeriatric Association admet qu'une poursuite des ATP sur à moyen terme (> 12 semaines) est acceptable après 2 tentatives d'arrêt compliquées de récurrences des troubles initiaux sous réserve de mises en danger du patient ou d'autrui. Néanmoins, la décision de poursuivre un traitement par ATP au long cours relève uniquement d'un avis spécialisé (32). L'American Psychiatric Association fait une distinction en fonction de la réponse clinique avec une réduction voire un arrêt des ATP à 4 semaines en cas de réponse insuffisante et à 4 mois en cas d'efficacité sauf en cas de récurrences des symptômes lors de précédentes tentatives d'arrêt. L'American Psychiatric Association ne donne pas plus de précisions sur ces modalités d'emploi ni sur la posologie considérée efficace mais conseille une réévaluation clinique mensuelle lors de la décroissance des posologies (33). Deprescribing.org conseille une diminution progressive des posologies des ATP après 3 mois de stabilité clinique associée à une réévaluation hebdomadaire (34). Les études portant sur la problématique de la déprescription des ATP en institution chez les patients déments que nous avons retrouvés lors de notre recherche documentaire ont systématiquement eu recours à des interventions extérieures afin d'évaluer l'efficacité de ces dernières. A notre connaissance, il n'existe pas de données concernant les réévaluations des ATP par les médecins généralistes en pratique courante.

3. Une reproductibilité limitée

Il existe de nombreuses formes de TCP. Les patients peuvent présenter des oppositions physiques ou verbales, des fugues, des déambulations, des cris, des gestes stéréotypés, des actes violents. Selon les cahiers de l'année gériatrique, les recommandations actuelles les plus récentes permettent d'envisager un traitement au long cours uniquement en cas de symptomatologie délirante (22). Néanmoins, réussir à isoler un discours délirant chez un patient dont la pathologie démentielle est avancée et / ou dont l'attitude est opposante peut être difficile. En cas de délire, une des plaintes souvent rapportée est la sensation de persécution, de vol, de jalousie, des troubles de l'identification ou des hallucinations auditives ou visuelles (35). Il est nécessaire de rester vigilant sur le caractère, le plus souvent, transitoire de ces symptômes. L'impact d'idées délirantes doit être évalué avant toute décision de traitement. L'écoute empathique, la distraction et le maintien des routines pouvant permettre de diminuer leur impact négatif. Ainsi, tout comme sa gestion, le diagnostic et la description précise des TCP par le médecin est primordiale. Ainsi, il semble important de bien caractériser l'intensité, l'impact et les caractéristiques des symptômes que présentent les patients lors de la primo-prescription et à chaque réévaluation. Malheureusement, cette étude montre qu'il existe un important décalage entre les recommandations actuelles qui préconisent la réalisation de nombreux tests (NPI, Cohen Mansfield) et la pratique courante où l'immense majorité des médecins déclare ne pas les utiliser (93,6%). De ce fait, l'efficacité éventuelle des neuroleptiques ainsi que la décision de modifier le traitement ne se fie qu'au sens clinique du praticien sur un temps d'observation souvent réduit ainsi que sur les observations du personnel, de l'entourage et sur une éventuelle précédente observation médicale. Un médecin remplaçant le prescripteur habituel peut ainsi être mis en difficultés. Malgré l'évolution des pratiques vers "evidence based medicine", qui devrait harmoniser les prises en charges, ces problématiques autour des TCP atteignent leurs limites. En effet, ces pathologies, sans espoirs curatifs et évoluant inexorablement vers l'aggravation des symptômes, entraînent une souffrance du patient mais également un épuisement de l'entourage et du personnel soignant qui se retrouve en première ligne. Ainsi, la possibilité de maltraitances ou de négligences, même inconscientes, doit imposer une vigilance de tous les acteurs et notamment du prescripteur qui doit les prendre en compte au moment de sa prescription. Le risque est de perdre en objectivité, en reproductibilité et en cohérence selon les différents patients.

4. La formation des médecins généralistes en question

La maquette de médecine générale est, pour le moment, réalisée en 3 ans et ne comprend pas de stage de médecine gériatrique obligatoire (36). La prise en charge des personnes âgées est principalement apprise au contact d'urgentistes, d'internistes ou de praticiens généralistes. Le projet de prolonger la maquette de médecine générale à 4 ans existe depuis 2008. L'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale a réagi favorablement à cette possibilité sous réserve d'une plus-value pédagogique (37). Une des demandes phares est la présence d'un stage spécifique de la personne âgée au contact de gériatres. De plus, la réforme de l'examen

classant national en 2016 a permis de totalement différencier la formation des futurs gériatres et des généralistes entraînant une raréfaction des postes disponible pour les internes généralistes dans des services spécifiques gériatriques.

5. Forces de l'étude

La principale force de cette étude est son point de vue original. A notre connaissance, les travaux portant sur les réévaluations d'ATP en EHPAD ont systématiquement eu recours à l'intervention de tiers. De plus, il semblerait qu'aucune étude n'ait étudié ces prises en charge en fonction des différents profils des médecins.

6. Limites de l'étude

Ce travail souffre d'un manque de puissance avec plusieurs réponses à la limite de la significativité du petit p sur lesquelles on ne peut pas conclure. De manière inhérente à la méthodologie choisie, de nombreuses questions sont également laissées en suspens et les réponses sont basées sur les déclarations des praticiens et non pas sur leurs prescriptions d'où un biais de désirabilité sociale. Pour rappel, ce dernier est peut-être plus important chez les médecins ayant bénéficié de formations complémentaires.

Conclusion

L'absence de consensus français et international ainsi que la méthodologie choisie ne permettent pas de juger la pertinence de la surveillance et des prises en charges des ATP déclarées par les médecins généralistes. Les répondants avouent une méconnaissance pharmacologique des ATP impliquant un manque d'aisance dans la gestion des TPC. Ils déclarent spontanément être régulièrement en situation d'échec avec un sentiment d'impasse, de poursuivre des prescriptions qu'ils estiment pouvoir être inadaptées et sont, majoritairement, en demande de formations spécifiques et de renforts en personnel soignant. Néanmoins, la prise en charge médicamenteuse semble significativement plus adaptée lorsque les répondants ont réalisés des formations spécifiques. Par ailleurs, la réévaluation des ATP s'améliore ces dernières années et l'impact bénéfique d'interventions extérieures a été démontré sur la déprescription médicamenteuse. Devant la majoration de l'incidence des troubles démentiels du fait du vieillissement de la population, une modification de la maquette de l'internat des médecins généralistes avec une formation gériatrique obligatoire et un fort encouragement aux formations complémentaires spécifiques gériatriques en post-internat devraient être encouragées. L'harmonisation des recommandations associée à une communication claire et la majoration des interventions extérieures peuvent également être des pistes à envisager.

Bibliographie :

1. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). (page consultée le 23/07/19). Maladie d'Alzheimer : Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux, [internet] http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/Chapitre_15.html#titre_n1_6
2. Santé publique France (page consultée le 15/06/19). La banque nationale Alzheimer : un outil pour la surveillance épidémiologique des démences en France ? [internet] <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives/maladie-d-alzheimer-et-autres-demences/documents/rapport-synthese/la-banque-nationale-alzheimer-un-outil-pour-la-surveillance-epidemiologique-des-demences-en-france>
3. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). (page consultée le 15/06/19). 728000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 [Internet]. <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/61794/1/er1015.pdf>
4. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress) (page consultée le 15/06/19). Les personnes âgées en institution, [Internet]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier201122.pdf>
5. Haute autorité de santé (HAS). (page consultée le 15/06/19). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs [Internet]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf
6. Prescrire. (page consultée le 15/06/19). Démence des personnes âgées : risques de surmortalité et d'AVC avec les neuroleptiques, [Internet]. <https://www.prescrire.org/Fr/3/31/47098/0/2011/ArchiveNewsDetails.aspx?page=3>
7. Haute autorité de santé (HAS). (page consultée le 15/06/19). Alerte et Maîtrise de la Iatrogénie des Neuroleptiques dans la Maladie d'Alzheimer [Internet]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/programme_ami_alzheimer.pdf
8. Haute autorité de santé (HAS). (page consultée le 15/06/19). Le programme AMI (Alerte Maîtrise Iatrogénie) Alzheimer - Programme Pilote [Internet]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_891528/fr/le-programme-ami-alerte-maitrise-iatrogenie-alzheimer-programme-pilote
9. Liperoti R, Sganga F, Landi F, Topinkova E, Denkinger M, van der Roest H et al. Antipsychotic Drug Interactions and Mortality Among Nursing Home Residents With Cognitive Impairment. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2017;78(01):e76-e82.
10. Chiu Y, Bero L, Hessol N, Lexchin J, Harrington C. A literature review of clinical outcomes associated with antipsychotic medication use in North American nursing home residents. *Health Policy*. 2015;119(6):802-813.
11. Ballard C, Lana M, Theodoulou M, Douglas S, McShane R, Jacoby R et al. A Randomised, Blinded, Placebo-Controlled Trial in Dementia Patients Continuing or Stopping Neuroleptics (The DART-AD Trial). *PLoS Medicine*. 2008;5(4):e76.

12. Ruths S, Straand J, Nygaard H, Aarsland D. Stopping antipsychotic drug therapy in demented nursing home patients: a randomized, placebo-controlled study--The Bergen District Nursing Home Study (BEDNURS). *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008;23(9):889-895
13. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2019;67(4):674-694.
14. Barazer S. Prise en charge des troubles du comportement perturbateurs des patients Alzheimer et autres démences apparentées dans les EHPAD par les médecins généralistes du Morbihan : Etude descriptive. [thèse de médecine générale]. Université de Rennes 1 : 2017
15. Perrot S. Modalités de prescription des Neuroleptiques en EHPAD : Étude descriptive, commentaires et proposition d'optimisation. [thèse de médecine générale]. Université de Montpellier : 2012.
16. Cavet A. Arrêt des antipsychotiques chez les patients porteurs de troubles cognitifs hospitalisés en court séjour gériatrique : étude observationnelle du devenir à 3 mois et analyse des facteurs liés à une reprise précoce. [thèse de médecine générale]. Université de Nantes : 2015.
17. Philippe A, Braunstein D, Clot-Faybesse P, Teissier S, Roch B, Micallef J et al. Impact of an awareness of the doctors treating on the decrease of the prescriptions of antipsychotics in the demented residents in Ehpads. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. 2018;16(4):383-390.
18. Medehpad.fr. (page consultée le 15/06/2019) EPP Prescription/Réévaluation des neuroleptiques et antidémence [internet].
http://medehpad.fr/medehpad/documents/epp/epp_neuroleptiques_antidementiels_contention_physique_2014_omedit_hn.pdf
19. Solidarites-sante.gouv.fr. (page consultée le 15/06/19). Unités Spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement [Internet].
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_etude_Alzheimer_Gerontopole_2008-septembre.pdf
20. Agence régionale de santé Bretagne (ARS) (page consultée le 15/06/19). La Bretagne, une région attractive pour les jeunes médecins [Internet].
<https://www.bretagne.ars.sante.fr/la-bretagne-une-region-attractive-pour-les-jeunes-medecins>
21. Conseil national de l'ordre des médecins (page consultée le 15/06/19). La démographie médicale en région Bretagne ; situation en 2015 [Internet].
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1mi628/atlas_bretagne_2015.pdf
22. Benoît M, Camus E, Cnockaert X, Nourashemi F, Pancrazi M, Plas J et al. La prescription des antipsychotiques chez le sujet âgé. *Les cahiers de l'année gérontologique*. 2009;1(3):149-163.
23. Haute autorité de santé (HAS). (page consultée le 15/06/19). Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée [Internet].
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf
24. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) (page consultée le 15/06/19). Sécurité d'emploi des neuroleptiques chez les patients âgés atteints de démence [Internet].

<https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Securite-d-emploi-des-neuroleptiques-chez-les-patients-ages-atteints-de-demence>

25. Collège national des enseignants de gériatrie (page consultée le 15/06/19). Enseignement du 2ème cycle, polycopié national [Internet]. <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/poly-geriatrie.pdf>
26. Zahirovic, I., Torisson, G., Wattmo, C. and Londos, E. (2018). Psychotropic and anti-dementia treatment in elderly persons with clinical signs of dementia with Lewy bodies: a cross-sectional study in 40 nursing homes in Sweden. *BMC Geriatrics*, 18(1).
27. McMaster, M., Fielding, E., Lim, D., Moyle, W. and Beattie, E. (2017). A cross-sectional examination of the prevalence of psychotropic medications for people living with dementia in Australian long-term care facilities: issues of concern. *International Psychogeriatrics*, 30(7), pp.1019-1026.
28. Janus, S., van Manen, J., IJzerman, M. and Zuidema, S. (2016). Psychotropic drug prescriptions in Western European nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 28(11), pp.1775-1790.
29. Booker, A., Jacob, L., Bohlken, J., Rapp, M. and Kostev, K. (2016). Persistence with antipsychotics in dementia patients in Germany. *Int. Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 54(11), pp.835-840.
30. Nørgaard, A., Jensen-Dahm, C., Gasse, C., Aastrup, A. and Waldemar, G. (2014). TIME TRENDS IN PSYCHOTROPIC DRUG USE IN PATIENTS WITH DEMENTIA: A NATIONWIDE STUDY. *Alzheimer's & Dementia*, 10(4), p.P585.
31. Breining, A., Bonnet-Zamponi, D., Zerach, L., Micheneau, C., Riolacci-Dhoyen, N., Chan-Chee, C., Deligne, J., Harlin, J., Boddaert, J., Verny, M. and Leperre-Desplanques, A. (2019). *Exposure to psychotropics in the French older population living with dementia: a nationwide population-based study*.
32. Zuidema S, 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. *International Psychogeriatrics*. 2015;27(11):1849-1859.
33. Verduin, M. (2017). The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia. *Journal of Psychiatric Practice*, 23(2), pp.160-161.
34. Jessop, T., Harrison, F., Cations, M., Shell, A. and Brodaty, H. (2016). DEPRESCRIBING ANTIPSYCHOTICS IN LONG-TERM CARE RESIDENTS WITH BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA. *Alzheimer's & Dementia*, 12(7), p.P262.
35. Pr Arbus (page consultée le 15/06/19). Troubles psychotiques du sujet âgé [Internet]. http://www.medecine.ups-tlse.fr/du_diu/2016/mars_17_18/Delires_elderly_2015.pdf
36. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. 2019.
37. Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG) (page consultée le 15/06/19). Durée du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale [Internet].

<https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/180702-Synth%C3%A8se-de-la-CE-Dur%C3%A9e-du-DES-modifi%C3%A9-suite-au-CA-Rennes.pdf>

Glossaire

ATP : antipsychotiques

CDOM : Conseil départemental de l'ordre des médecins

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAS : Haute autorité de santé

TCP : Troubles du comportement perturbateurs

Tableau 1 : caractéristiques des médecins généralistes			
	Echantillon (%)	Population de référence (%)	p
n	156	2065	
Sexe			
Homme	80 (51,3)	1260 (61,0)	0,02
Femme	76 (48,7)	805 (39,0)	
Département d'exercice			
Ille-et- Vilaine	74 (47,4)	945 (45,8)	0,35
Côtes d'Armor	41 (26,3)	644 (31,2)	
Morbihan	40 (25,6)	476 (25,7)	
Type d'activité			
Rurale	45 (28,9)		
Semi-rurale	69 (44,2)		
Urbaine	42 (26,9)		
Durée d'exercice			
Moins de 5 ans	59 (37,9)		
Entre 5 et 15 ans	48 (30,8)		
Entre 15 et 30 ans	36 (23,1)		
Plus de 30 ans	13 (8,3)		
Lieux d'exercice			
Gériatrie aiguë	51 (32,7)		
SSR gériatrique	41 (26,3)		
Psychiatrie	18 (11,5)		
Aucun	81 (51,9)		
Formation complémentaire			
Oui	13 (8,3)		
Non	143 (91,7)		

Tableau 2 : Caractéristiques de la patientèle en EHPAD		
		Echantillon (%)
Nombre de patients suivis en EHPAD		
	Moins de 10	63 (40,4)
	Entre 10 et 20	57 (36,5)
	Entre 20 et 30	20 (12,8)
	Plus de 30	16 (10,3)
Incidence de l'exposition aux neuroleptiques lors des 6 derniers mois		
	Moins de 20%	110 (70,5)
	Entre 20 et 50%	36 (23,1)
	Entre 50 et 70%	9 (5,8)
	Plus de 70%	1 (0,6)
Incidence des troubles cognitifs		
	Moins de 20%	10 (6,4)
	Entre 20 et 50%	42 (26,9)
	Entre 50 et 70%	60 (38,4)
	Plus de 70%	44 (28,2)

Tableau 3 : Modalités d'emploi et de surveillance des neuroleptiques		Echantillon (%)
Molécules utilisées		
	Risperidone	121 (77,6)
	Olanzapine	6 (3,9)
	Clozapine	4 (2,6)
	Haloperidol	51 (32,7)
	Tiapride	52 (33,3)
	Cyamemazine	58 (37,2)
	Aripiprazole	1 (0,6)
	Loxapac	4 (2,6)
	Pipamperone	2 (1,3)
	Quetiapine	1 (0,6)
Primo-réévaluation clinique		
	Dans les 2 jours	9 (5,8)
	Dans la semaine	70 (44,9)
	Dans le mois	61 (39,1)
	Lors de la réévaluation d'ordonnance habituelle	16 (10,3)
Association de 2 neuroleptiques		
	Oui	27 (17,3)
	Non	129 (82,7)
Échelles utilisées		
	CMAI	3 (1,9)
	NPI	9 (5,8)
	Grille EHPAD	1 (0,6)
	Aucun	146 (93,6)
Efficacité au long cours		
	Agressivité	111 (71,2)
	Agitation	103 (66,0)
	Cris	38 (24,4)
	Déambulations	29 (18,6)
	Symptomatologie délirante	111 (69,9)
	Aucune	3 (1,9)
	Autres	5 (3,2)
Le traitement par neuroleptiques entraîne-t-il une modification de la fréquence de réévaluation clinique		
	Oui toujours	26 (16,7)
	Plutôt oui	98 (62,8)
	Plutôt non	27 (17,3)
	Non jamais	5 (3,2)
Effets indésirables les plus fréquents ?		
	Syndrome extra-pyramidal	53 (53,2)
	Sédation excessive	136 (87,2)

Chutes	104 (66,7)
Hypotension orthostatique	75 (48,1)
Fausses routes alimentaires	32 (20,5)
Déséquilibre métabolique	10 (6,4)
Constipation	70 (44,9)
Rétention aiguë d'urine	28 (17,9)
Glaucome aiguë	2 (1,3)
Décès	3 (1,9)
Allongement du QT / troubles du rythme	7 (4,5)
Autre	3 (1,9)
Réévaluation clinique minimale même en cas de stabilité clinique	
Toutes les semaines	3 (1,9)
tous les mois	72 (46,2)
Tous les 3 mois	77 (49,4)
Tous les 6 mois	3 (1,9)
Tous les ans	1 (0,6)
Prophylaxie des récurrences	
Oui toujours	2 (1,3)
Plutôt oui	76 (48,7)
Plutôt non	64 (41,0)
Non jamais	14 (9,0)
Poursuite des neuroleptiques	
Persistance des TPC	94 (60,3)
Symptomatologie délirante	99 (63,5)
Avis spécialisé	97 (62,2)
Insistance de l'équipe para-médicale	47 (30,1)
En prévention de nouveaux comportements perturbateurs	45 (28,9)
Récidive des troubles après une tentative d'arrêt	1 (0,6)
Comorbidité psychiatrique	1 (0,6)

Tableau 4 : Connaissances des neuroleptiques		
		Echantillon (%)
Connaissances déclarée des neuroleptiques		
	Excellente	2 (1,3)
	Plutôt bonne	50 (32,1)
	Moyenne	84 (53,8)
	Insuffisante	20 (12,8)
Fragmentation de la dose quotidienne		
	Oui	75 (48,1)
	Non	81 (48,1)
Aisance dans la gestion des TPC		
	Oui complètement	5 (3,2)
	Plutôt oui	62 (39,7)
	Plutôt non	77 (49,4)
	Non pas du tout	12 (7,7)
Décroissance progressive		
	Oui complètement	69 (44,2)
	Plutôt oui	63 (40,4)
	Plutôt non	19 (12,2)
	Non jamais	56 (3,2)
Syndrome de sevrage		
	Oui complètement	42 (26,9)
	Plutôt oui	89 (57,1)
	Plutôt non	24 (15,4)
	Non jamais	1 (0,6)
Augmentation de la mortalité		
	Oui complètement	41 (26,3)
	Plutôt oui	84 (53,8)
	Plutôt non	29 (18,6)
	Non pas du tout	2 (1,3)
Mésusage		
	Oui complètement	5 (3,2)
	Plutôt oui	69 (44,2)
	Plutôt non	71 (45,5)
	Non pas du tout	11 (7,1)

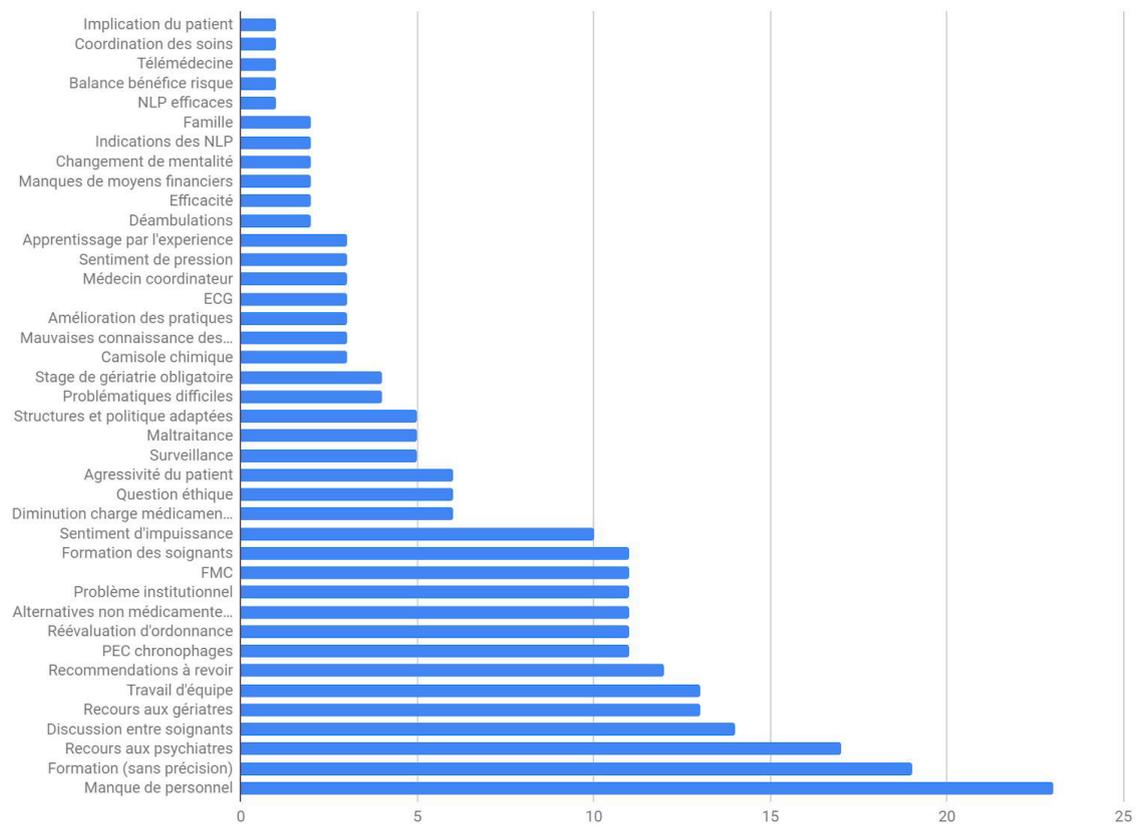
Tableau 5 : influence de l'expérience en EHPAD			
	Moins de 5 ans d'expérience	Plus de 5 ans d'expérience	p
Caractéristiques des médecins			
n	59 (37,8)	97 (62,2)	
Incidence de l'exposition aux neuroleptiques lors des 6 derniers mois			
Moins de 20%	37 (62,7)	73 (75,3)	0,12
Entre 20 et 50%	18 (30,5)	18 (18,6)	
Entre 50 et 70%	4 (6,8)	5 (5,2)	
Plus de 70%	0 (0,0)	1 (1,0)	
Molécules utilisées			
Risperidone	47 (79,7)	74 (76,3)	0,77
Olanzapine	2 (3,4)	4 (4,1)	0,81
Clozapine	3 (5,1)	1 (1,0)	0,15
Haloperidol	21 (35,6)	30 (30,9)	0,67
Tiapride	19 (32,2)	33 (34,0)	0,95
Cyamemazine	26 (44,1)	32 (33,0)	0,22
Aripiprazole	1 (1,7)	0 (0,0)	0,37
Autre	4 (6,8)	9 (9,3)	0,72
Primo-réévaluation clinique			
Moins d'une semaine	30 (50,9)	49 (50,5)	1
Plus d'une semaine	29 (49,2)	48 (49,5)	
Association de 2 neuroleptiques			
Oui	14 (23,7)	13 (13,4)	0,15
Non	45 (76,3)	84 (86,6)	
Échelles utilisées			
CMAI	1 (1,7)	2 (2,1)	1
NPI	2 (3,4)	7 (7,2)	0,48
Aucun	56 (94,9)	89 (91,7)	0,53
Le traitement par neuroleptiques entraîne-t-il une modification de la fréquence de réévaluation clinique			
Plutôt oui	44 (74,6)	80 (82,5)	0,32
Plutôt non	15 (25,4)	17 (17,5)	
Réévaluation clinique minimale même en cas de stabilité clinique			
Plus d'une fois par mois	22 (37,3)	53 (54,6)	0,05
Moins d'une fois par mois	37 (62,7)	44 (45,4)	
Prophylaxie des récurrences			
Plutôt oui	31 (52,6)	47 (48,5)	0,74
Plutôt non	28 (47,5)	50 (51,5)	
Poursuite des neuroleptiques			
Persistance des troubles du comportement	32 (54,2)	60 (61,9)	0,44
Symptomatologie délirante	38 (64,4)	61 (62,9)	0,98

Avis spécialisé	48 (81,4)	49 (50,5)	< 0,01
Insistance de l'équipe para-médicale	19 (32,2)	28 (28,9)	0,73
En prophylaxie	16 (27,1)	27 (27,8)	1
Autre	1(1,7)	6 (6,2)	0,25
Connaissances estimées des neuroleptiques			
Plutôt bonne	14 (23,7)	38 (39,2)	
Plutôt mauvaise	55 (76,3)	59 (60,8)	0,01
Fragmentation de la dose quotidienne			
Oui	30 (50,9)	45 (46,4)	
Non	29 (49,2)	52 (53,6)	0,70
Aisance dans la gestion des TPC			
Plutôt oui	19 (32,2)	48 (49,5)	
Plutôt non	40 (67,8)	49 (50,5)	0,05
Décroissance progressive			
Plutôt oui	53 (89,8)	79 (81,5)	
Plutôt non	6 (10,2)	18 (18,6)	0,23
Syndrome de sevrage			
Plutôt oui	50 (84,8)	81 (83,5)	
Plutôt non	9 (15,3)	16 (16,5)	1
Augmentation de la mortalité			
Plutôt oui	51 (86,4)	74 (76,3)	
Plutôt non	8 (13,6)	23 (23,7)	0,18

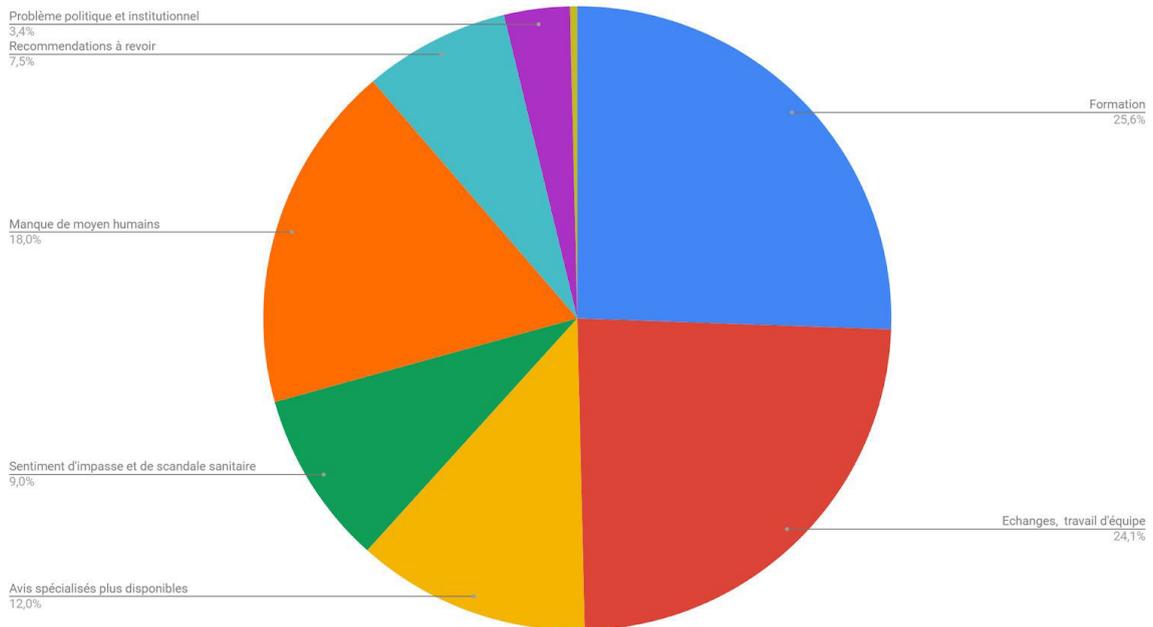
Tableau 6 : Influence d'une formation gériatrique ou psychiatrique			
	Formation réalisée	Aucune formation réalisée	p
Caractéristiques des médecins			
n (%)	78 (50,0)	78 (50,0)	
Incidence de l'exposition aux neuroleptiques lors des 6 derniers mois			
Moins de 20%	55 (70,5)	55 (70,5)	0,99
Entre 20 et 50%	18 (23,1)	18 (23,1)	
Entre 50 et 70%	5 (6,4)	4 (5,1)	
Plus de 70%	0 (0,0)	1 (1,3)	
Molécules utilisées			
Risperidone	65 (83,3)	51 (71,8)	0,02
Olanzapine	4 (5,1)	2 (2,6)	0,68
Clozapine	3 (3,8)	1 (1,2)	0,62
Haloperidol	24 (30,7)	27 (34,6)	0,73
Tiapride	27 (34,6)	25 (32,0)	0,86
Cyamemazine	32 (41,0)	26 (33,3)	0,4
Aripiprazole	1 (1,3)	0 (0,0)	1
Autre	7 (9,0)	6 (7,7)	1
Primo-réévaluation clinique			
Moins d'une semaine	43 (55,1)	36 (46,2)	0,33
Plus d'une semaine	35 (44,9)	42 (53,8)	
Association de 2 neuroleptiques			
Oui	17 (21,8)	10 (12,8)	0,2
Non	61 (78,2)	68 (87,2)	
Échelles utilisées			
CMAI	3 (3,8)	0 (0,0)	0,24
NPI	7 (9,0)	2 (2,6)	0,16
Aucun	69 (88,4)	76 (97,4)	0,06
Le traitement par neuroleptiques entraîne-t-il une modification de la fréquence de réévaluation clinique			
Plutôt oui	62 (79,5)	62 (79,5)	1
Plutôt non	16 (20,5)	16 (20,5)	
Réévaluation clinique minimale même en cas de stabilité clinique			
Plus d'une fois par mois	33 (42,3)	42 (53,8)	0,19
Moins d'une fois par mois	45 (57,7)	36 (46,2)	
Prophylaxie des récurrences			
Plutôt oui	38 (48,7)	40 (51,3)	0,87
Plutôt non	40 (51,3)	38 (48,7)	
Poursuite des neuroleptiques			
Persistance des troubles du comportement	44 (56,4)	48 (61,5)	0,62
Symptomatologie délirante	47 (60,2)	52 (66,6)	0,43

Avis spécialisé	49 (62,0)	48 (61,5)	1
Insistance de l'équipe para-médicale	21 (26,9)	26 (33,3)	0,48
En prophylaxie	23 (29,5)	20 (25,6)	0,72
Autre	4 (5,1)	3 (3,8)	0,43
Connaissances estimée des neuroleptiques			
Plutôt bonne	30 (38,4)	22 (28,2)	
Plutôt mauvaise	48 (61,5)	56 (71,8)	0,23
Fragmentation de la dose quotidienne			
Oui	36 (46,2)	40 (51,3)	
Non	42 (53,8)	38 (48,7)	0,63
Aisance dans la gestion des TPC			
Plutôt oui	40 (51,3)	27 (34,6)	
Plutôt non	38 (48,7)	51 (65,4)	0,05
Décroissance progressive			
Plutôt oui	64 (82,1)	68 (87,2)	
Plutôt non	14 (17,9)	10 (12,8)	0,50
Syndrome de sevrage			
Plutôt oui	65 (83,3)	66 (84,6)	
Plutôt non	13 (16,7)	12 (15,4)	1
Augmentation de la mortalité			
Plutôt oui	68 (87,2)	57 (73,1)	
Plutôt non	10 (12,8)	21 (26,9)	0,04

Annexe 7 : Coding des commentaires libres



Annexe 8 : Catégories des commentaires libres



Questionnaire :

- Êtes-vous ?
 - Une femme
 - Un homme
- Quel est votre département d'exercice ?
 - Ille-Et-Vilaine
 - Morbihan
 - Côtes d'Armor
- Votre patientèle est en majorité ?
 - Rurale
 - Semi-rurale
 - Urbaine
- Depuis combien de temps intervenez-vous en EHPAD ?
 - Moins de 5 ans
 - Entre 5 et 15 ans
 - Entre 15 et 30 ans
 - Plus de 30 ans
- Êtes-vous déjà intervenu dans un des services suivant (externat exclu) ?
 - Service de Gériatrie Aiguë
 - Service de SSR gériatrique
 - Service de psychiatrie
 - Aucun
- Avez-vous réalisé une formation complémentaire orientée médecine gériatrique ou médecine d'EHPAD ?
 - Oui
 - Non
- Si oui, la ou laquelle(s) ?
- Combien de patients suivez-vous en EHPAD actuellement ?
 - Moins de 10
 - Entre 10 et 20
 - Entre 20 et 30
 - Plus de 30
- Parmi les patients que vous suivez en EHPAD, combien ont été exposés au moins une fois aux neuroleptiques sur les 6 derniers mois ? (sont exclus tous les neuroleptiques cachés type Métoclopramide, Acétylleucine, Diltiazem, Métopimazine, Acépromazine, Domperidone, ...)
- Moins de 20%
- Entre 20 et 50%
- Entre 50 et 70%
- Plus de 70%

- Parmi les patients que vous suivez en EHPAD, combien ont des troubles cognitifs (que ce soit vasculaire, neurodégénératif, mixte...) ?
 - Moins de 20%
 - Entre 20 et 50%
 - Entre 50 et 70%
 - Plus de 70%
- Quelle(s) molécule(s) utilisez-vous le plus fréquemment ?
 - Risperidone (Risperdal)
 - Olanzapine (Zyprexa)
 - Clozapine (Leponex)
 - Haloperidol (Haldol)
 - Tiapride (Tiapridal)
 - Cyamemazine (Tercian)
 - Aripiprazole (Abilify)
 - Autre
- Lors de l'introduction d'un traitement neuroleptique, au bout de combien de temps retournez-vous voir les patients pour réévaluer votre prescription (hors demande de l'équipe paramédicale) ?
 - Dans les 2 jours
 - Dans la semaine
 - Dans le mois
 - Lors du renouvellement d'ordonnance habituelle
- Vous est-il déjà arrivé d'associer 2 neuroleptiques ?
 - Oui
 - Non
- Utilisez-vous les échelles suivantes pour vous aider dans votre utilisation des neuroleptiques ?
 - Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)
 - Inventaire neuropsychiatrique – NPI
 - Aucun questionnaire
 - Autre
- Selon votre expérience, dans quels cas l'utilisation des neuroleptiques a-t-elle été efficace dans le cadre d'un traitement au long cours ?
 - Agressivité
 - Agitation
 - Cris
 - Déambulations
 - Symptomatologie délirante
 - Aucun
 - Autre

- L'introduction d'un traitement par neuroleptique modifie-t-elle votre fréquence de réévaluation clinique (hors pathologies associées) ?
 - Oui complètement
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Non pas du tout
- Quels sont les effets indésirables auxquels vous êtes le plus souvent confrontés ?
 - Syndrome extra-pyramidal
 - Sédation excessive
 - Chutes
 - Hypotension orthostatique
 - Fausses routes alimentaires
 - Déséquilibre métabolique
 - Constipation
 - Rétention aiguë d'urine
 - Glaucome aiguë
 - Décès
 - Allongement du QT / troubles du rythme
 - Autre
- Un traitement par neuroleptiques prescrit au long cours, bien toléré et avec une balance bénéfice-risque favorable à la poursuite de leur utilisation, nécessite une réévaluation clinique minimale :
 - Toutes les semaines
 - Tous les mois
 - Tous les 3 mois
 - Tous les 6 mois
 - Tous les ans
- Vous arrive-t-il d'utiliser ou de poursuivre un traitement par neuroleptiques au long cours pour prévenir la récurrence de troubles psycho-comportementaux chez un patients dément stable ?
 - Oui complètement
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Non pas du tout
- Quelles sont les principales raisons qui pourraient vous pousser à poursuivre au long cours un traitement neuroleptique ?
 - Persistance des troubles psychocomportementaux initiaux
 - Symptomatologie délirante
 - Traitement instauré suite à un avis spécialisé (gériatrie, psychiatre...)
 - Insistance de l'équipe paramédicale
 - En prévention d'éventuelles récurrences de troubles psychocomportementaux

- Autre
- Comment estimez-vous votre connaissance des neuroleptiques ?
 - Excellente
 - Plutôt bonne
 - Plutôt moyenne
 - Insuffisante
- Vous préférez opter pour :
 - Une prise unique quotidienne
 - Une fragmentation de la dose quotidienne
- Vous sentez-vous à l'aise dans la gestion de troubles psychocomportementaux des patients déments ?
 - Oui complètement
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Non pas du tout
- Lorsque vous décidez de stopper un traitement par neuroleptiques, vous réalisez une décroissance progressive ?
 - Oui complètement
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Non pas du tout
- Pensez-vous que certains patients puissent présenter un syndrome de sevrage ou un phénomène de rebond des troubles initiaux à l'arrêt des neuroleptiques ?
 - Oui complètement
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Non pas du tout
- Pensez-vous que l'exposition aux neuroleptiques puisse induire une augmentation de la mortalité ?
 - Oui complètement
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Non pas du tout
- Considérez-vous que prescrire des neuroleptiques pour la gestion de troubles psychocomportementaux (hors symptomatologie délirante) chez les patients déments relève d'un mésusage ?
 - Oui complètement
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Non pas du tout

Expression libre des répondants :

- Formation initiale adaptée. Fmc. Tout comme les stages urgences ou pedia il serait judicieux de mettre la gériatrie en stage obligatoire. .. Cela reste un apprentissage professionnel acquis par l'expérience comme la plupart des compétences en médecine générale.
- discussion avec l'équipe tout simplement
- Il faut discuter à la fois avec les équipes de soignants , la famille , le patient (quand il peut..) un gros travail de pédagogie et de concertation. avec l'ensemble des intervenants ..avec en arrière pensée constante : ne pas nuire ...
- Avoir une formation adaptée à cette problématique et un accès rapide et facilité à un avis de psychiatre
- par un peu plus de transparence des prescriptions des confrères psychiatres qui, malheureusement bien souvent, assèment leurs prescription par une non -communication, non-courrier A suivre donc.
- En EHPAD, le rôle de l'équipe est primordial. L'emploi des psychotrope doit rester une aide et devrait faire partie d'une panoplie d'outils à disposition du médecin traitant sollicité par l'équipe qui est en difficulté.
- Formation
- j'interviens dans plusieurs EHPAD et suis MEDCO dans l'un d'entre elles dans laquelle nous avons la chance d'avoir une psychologue à 1/3 temps qui prend le temps de bien coordonner la prise en charge des résidents notamment par rapport aux réactions et la gestion de l'agressivité des résidents par le personnel. Toutefois cela ne suffit pas. A quand le droit de prescription des MEDCO (actuellement je ne prescris que pour mes patients) : en effet lors de l'établissement du plan canicule à mon arrivée, j'ai mis en place une signalétique des patients à risque : - l'autonomie ou non à boire - iatrogène des thérapeutiques en cours : j'ai alors découvert au moins 4 patients de l'EHPAD (sur 68) qui avaient plusieurs neuroleptiques + plusieurs benzodiazépines.... J'ai alerté leur médecin sur les risques encourus. Aucune réaction ce jour à plus de 5 mois du courrier. bon courage
- formation à la prise en charge non médicamenteuse Intervention in situ d'équipes UCC plus de places en UCC Plus de places en PASA
- C'est aujourd'hui surtout l'impuissance à gérer les affects, l'humanité d'une personne démente qui crée une pression énorme de la part du personnel pour "shooter" les résidents les plus "volubiles". J'ai le cas d'une patiente qui a toujours eu un fort caractère, aujourd'hui démente, et qui exprimait régulièrement des mécontentements. Devant mon refus de la sédaté, le personnel à fini par envoyer la patiente chez le psychiatre. Depuis, la patienté est un zombie, garde la bouche toujours ouverte, le regard vide. Un zombie. Le personnel est content, moins de travail !

- il y a la théorie et la pratique !! un patient dément qui déambule et qui crie peut bien sur être apaisé par une présence bienveillante et sans "camisole chimique" mais combien d'institutions en toute honnêteté peuvent leur offrir cette présence ? et la nouvelle, politique mise en place ne semble pas aller dans ce sens!!
- Manque de moyen humain. Situations souvent ingérables pour les équipes soignantes, insuffisamment formées, souvent maltraitantes car épuisées. Pas assez de structures adaptées alzheimer.
- Face a des accès de délire, d'agitation ou de violence de la part de pensionnaire, je pense en priorité aux autres pensionnaires et aux personnels soignants. La décision d'une telle prescription n'est jamais prise à la légère mais j'ai vu trop de pensionnaire souffrir à cause d'un voisin bruyant ou agité. Temps que nous n'aurons pas des molécules qui agissent uniquement sur le comportement sans avoir les effets secondaires redoutables des neuroleptiques, je pense qu'ils ont un bel avenir devant eux.
- Par une meilleure formation Par l'intervention des AIDANTS
- formations
- Besoin de correspondants gériatriques disponibles. Plus de moyens humains dans les ehpad avec un personnel formé afin de gérer ces troubles du comportement de façon non médicamenteuse
- en arrêtant de stigmatiser le médecin généraliste toujours trop prescripteur - en développant les moyens humains de prise en charge de ces patients: ergothérapeute, animateur, auxiliaire de vie...
- Davantage de formations
- Formation médicale continue - Information de l'équipe soignante - Échanges concernant le patient entre le médecin et l'équipe soignante
- aide d'outils comme des fiches de surveillance systématique des patients à l'introduction ou à la modification d'un ttt NL utilisable par IDE ou médecin, avec items à cocher (oui/non). avoir des recommandations de consensus sur quel neuroleptique pour quels symptômes (arbre décisionnel). Neuroleptique de deuxième intention lorsqu'une première molécule ne marche pas. Actuellement je pense que les pratiques ne sont pas consensuelles et dépendent des expériences personnelles, des pratiques d'établissement ou de l'avis de collègues.
- recommandations mises à jour
- Je ne suis pas persuadé qu'il faille améliorer les prescription des médecins généralistes...alors je constate que les spécialistes des questions concernées (Psychiatres et Gériatres) ne font pas beaucoup mieux si ce n'est pire: Il n'est pas rare de devoir progressivement alléger un traitement en retour d'une hospitalisation où l'on a pris leur avis. Et quel sens cela a-t-il de demander au médecin de première ligne (traduisez MG) de faire attention à ce qui n'est qu'une facette d'une problématique dont la dotation en personnel des structures (avec pour corollaire le temps et l'attention disponible pour chaque personne âgée)?

- les troubles psycho comportementaux doivent être expertisés sous le contrôle de la neurologie et des connaissances actuelles des neurosciences il est démontré que les benzodiazépines freinent la réaction à un stimulus sensitivo sensoriel que les neuroleptiques inhibent la réaction à des stimuli sensitivo sensoriels que la dopamine stimule et véhicule les influx neuronaux inhibant la perception des stimuli sensitive sensoriels conclusion évidente : faire moins et mieux ou comment rééquilibrer les chaînes, motrices, sensitives ,sensorielles ,idéatoires et complexes en activant l'inhibition; c'est le principe du moteur électrique dit "pas à pas" (programme de seconde générale) THE conclusion plus de neuroleptiques plus de benzodiazépines hormis "urgence" et situation critique dopamine a tous les étages réduction de 40% de la masse médicamenteuse diminution du prix de journée a l'EHPAD car réduction des couches et changes divers..... petit bémol : tout le monde se fout qu'un vieux soit une épave et il suffit de le calmer pour que les soignants soient contents.... personne ne consulte le site canadien "Parkinson non moteur..".. a quand le coup de torchon?
- FActeurs d'amélioration prescription : formation indépendante sur les neuroleptiques, éduquer équipe paramédicale aux effets secondaires des neuroleptiques repérer et prévenir sur ou sous dosages plus de moyen humain pour encadrer les personnes démentes, unité alzheimer, personnel formé,
- FMC dédiée Contacts avec les gériatres et psychogériatres Intérêt d'évaluations dans les EHPAD par les spécialistes (dans le lieu habituel de vie = indispo. pour les patients déments...)
- on sait très bien que de prescrire des neuroleptiques à des patients déments c'est mal; ça ne règle pas la démence, ça a plein d'inconvénients (constipation, syndrome extrapyramidal, confusion etc;) de même que fumer boire de l'alcool manger trop gras etc, c'est mal mais on le fait quand même de temps en temps parce que les aidants n'en peuvent plus de se lever trente six fois la nuit pour un patient qui déambule , qui s'agite ou qui crie parce que les aides soignantes qui font la toilette ne sont pas payées pour se faire insulter ou taper dessus par des patients agressifs parce qu'il faut bien en EHPAD s'occuper de tout le monde et garantir un minimum de repos à ceux qui paient des sommes faramineuses pour une pauvre chambre sans confort et une nourriture insipide et qui n'ont pas par dessus le marché à supporter les cris et les déambulations nocturnes de leurs voisins de chambre. la prescription de neuroleptiques est presque toujours un pis aller mais elle rend bien service à tout le monde à commencer par les patients eux même (je viens par exemple de renouveler un traitement par dogmatil prescrit depuis plusieurs années à une patiente diabétique insulinorequérante de 94 ans qui est le seul traitement qui marche chez elle pour des douleurs d'allure neuropathique diverses de la bouche, des yeux et des pieds. A chaque fois qu'elle va à l'hôpital (ce qui n'arrive pas très souvent je le précise) on commence par lui arrêter ce traitement ,et à chaque fois qu'elle revient je suis amené à le lui represcrire au bout d'un mois ou deux parce qu'elle me tance avec ses douleurs de gencive et de pied. Et à chaque fois miracle: dès les premiers jours de traitement les plaintes disparaissent)
- la prescription de neuroleptiques est souvent un dernier recours avant une hospitalisation en gérontopsychiatrie . Elle permet quelquefois de maintenir le patient dans la structure qu'il a

choisi . un allègement du traitement est souvent mis en place . Il faudrait aussi améliorer les prescriptions des psychiatres

- Sans doute réévaluer plus souvent. Échanges important avec l'équipe soignante, souvent chronophage Appui du médecin coordonnateur
- pour gérer les troubles psycho-comportementaux des patients, i faut plus de personnels soignants pour chaque patient, pouvoir passer plus de temps avec chaque personne et non les laisser dans des halls en face d'une télévision allumée en permanence
- FMC
- 1.-choisir le neuroleptique 2.-décider si l'introduction du neuroleptique peut bénéficier au patient troublé (attention aux interactions) 3.-surveillance de l'effet 4.-révision hebdomadaire du patient 5.-essayer de diminuer le dosage d'une façon contrôlé, et utilisant les méthodes non pharmacologiques 6.-sauf pour indication psychiatrique, stopper le neuroleptique 7.-essayer avec anxiolytiques et antidépresseurs atypiques (v.g; trazodone,...)
- on aurait besoin d'échanger plus souvent avec médecins gériatres ou psychiatriques pour améliorer la prise en charge sur des cas concrets. comme on est débordé de travail: on ne réévalue pas le patient comme il faudrait , simplement on demande à l'équipe si le traitement est efficace ou pas et bien supporté et puis on ne fait pas ECG préalable pour chercher QT long
- ou plutôt comment gérer l'anxiété et l'intolérance des équipes soignantes ? plusieurs formations en hypnose avec des médicaux et paramédicaux m'ont convaincue qu'une approche plus empathique et bienveillante des patients, change le déroulement des soins notamment de la toilette
- Peu facile beaucoup de pression des équipes soignantes et des familles peu de temps pour réévaluer (2ème visite systématique impossible par manque de temps) réévaluation par équipe paramédicale, qui prévient d'un éventuel problème ou amélioration, et demande alors une 2ème visite ou non
- Meilleure information. Travail en collaboration avec psychogériatre(ce qui est actuellement mon cas dans certains ehpad)
- FMC +++.
- Elaboration d'un référentiel d'utilisation des neuroleptiques en fonction des troubles présentés et réponse alternatives non médicamenteuses. Malheureusement le manque de temps, et de formation des équipes et des médecins sur ce sujet dans les établissements ne vont pas dans le sens d'une amélioration des pratiques.
- Indications respectives des différentes classes de neuroleptiques
- Formation médicale continue
- Avoir des avis gerontopsy plus facilement qu'un passage d'un psy ts les 3 mois en établissement. .
- par une meilleure formation des médecins Par des EHPAD avec plus de personnel et des locaux mieux adaptés Par un changement des mentalités allant vers moins de médicament en général et chez les personnes âgées en particulier

- Nous sommes tous d'accord: - Beaucoup plus de moyens financiers - Beaucoup plus de personnels mieux payés dans les ehpad - Beaucoup plus de structures adaptées - Arrêt de la gestions des soins par des financiers.... Les neuroleptiques ont encore une belle vie devant eux ;-) Bon courage pour votre thèse
- Avis spécialisé gériatrique -Recommandations molécule posologie et surveillance -Approche non médicamenteuse dans les ehpad (formation soignant dans gestion état d'agressivité ou agitation aiguë) -surveillance par équipe paramédicale (questionnaires) Pour adapter notre prise en charge
- Faire une synthèse des différentes molécules Mais PÉC souvent au cas par cas
- Plus de moyen humain dans les ehpad, soins moins chronomètres rendant certain troubles comportementaux tout à fait acceptable (déambulation...) Les neuroleptiques sont utilisés en compensation à une volonté de réduire les dépenses publiques
- Peut être un peu plus de personnel dans les EHPAD , qui auraient du temps pour accompagner les patients souffrant de troubles démentiels
- En effet je trouve qu'il y a énormément de patients en ehpad sous NLP , probablement parce qu'il n'y a que très peu de réévaluation des thérapeutiques. La surmédication est un fait chez les personnes âgées. C'est au médecin généraliste lui même de réévaluer les prescriptions médicamenteuses . Peut-être avec une meilleure connaissance de l'utilisation des neuroleptiques , une meilleure communication avec les spécialistes .
- En cas de prescriptions de NRL à un patient consignes données aux IDE de surveillance et de tolérance. Et réévaluation du patient à court terme si pb uniquement, à 1 mois en l'absence de problème de tolérance et/ou efficacité. Neuroleptiques parfois prescrit pour le bien être des autres patients de l'ehpad et de l'équipe soignante (cas de déambulations nocturnes dans les chambres d'autres patients, d'agressivité,...)
- ne sait pas
- En proposant des formations spécifiques sur le sujet à propos de situations très pratiques au quotidien
- Sujet épineux en effet, avec une différence en la théorie et la pratique. Pression institutionnelle = facteur de prescription Intérêt de la formation aussi bien initiale (externat, internat) que continue en FMC. Recos claires. Ne pas hésiter à avoir une discussion collégiale, pluridisciplinaire (lors de staff) et rapidement spécialisée. Intérêt de la réévaluation pour éviter le cumul, et réévaluation de l'ordonnance à chaque renouvellement. Je souhaiterais recevoir les conclusions de votre thèse car c'est un sujet qui me questionne. XXXXXXXX@hotmail.fr Merci d'avance
- proposer des FMC de gérontopsy?
- faire des formations auprès des médecins, savoir appréhender ces troubles et les aborder avec les équipes soignantes
- Un patient est différent selon le membre de l'équipe ou de la famille, qui en parle. Prendre le temps du recueil de données. Suffisamment de personnel, et personnel formé, pour intervenir au fur et à mesure. Obtenir la meilleure adaptation possible entre: - les impératifs des

structures qui essaient d'assurer les vrais besoins des gens -et le respect du rythme des résidents avec leurs différents goûts, devenus anarchiques . Parfois l'avis des Gérologues diffère de celui du Psychiatre. Rester informé de l'actualité qui évolue.

- merci pour ce questionnaire. je me suis récemment laissée piéger , avec une patiente sous risperdal de longue date par la psychiatre, je n'y touchais pas , et le Sd extra-pyramidal est arrivé peu à peu sans qu'on y prenne garde, le personnel râlait parce qu'elle devenait difficile à habiller , mais ça n'inquiétait personne, elle est tombée plusieurs fois, je n'étais pas prévenue (appel sos) ... j'ai découvert un beau jour le pot au roses ... et me suis promise d'être plus vigilante à l'avenir !
- très possible surprescription des neuroleptiques mais les doses filées permettent d'améliorer l'état des patients et du personnel paramédical en sous effectif confronté de plus en plus à ces troubles comportementaux de démence l
- Il faudrait pouvoir réévaluer l'indication de tous les psychotropes et des neuroleptiques avec un médecin gériatre. Quand nous demandons un avis, souvent le spécialiste n'a pas le retour de la maison de retraite. C'est plus facile de demander d'arrêter le traitement à distance. En pratique quand les patients vont dans la chambre du voisin et sont agressifs c'est plus compliqué... Par contre, les équipes sont bien formées et plus réceptive qu'auparavant : elles acceptent malgré de réelles difficultés parfois, les essais d'arrêt de neuroleptique ou leur diminution, et comprennent l'enjeu de ne les introduire qu'en cas de nécessité. La formation des médecins est à compléter. J'avais fait une formation il y a 5 ans sur les traitements, c'est déjà loin et elle n'était pas axée sur les personnes âgées uniquement.
- la notion même de neuroleptique est difficile . les antihistaminiques et les anti-vomitifs ne sont pas des neuroleptiques cachés , ce sont des neuroleptiques .Et si la prudence ne commençait pas par la . Voir nos amis psychiatres prescrire des neuroleptiques à des non-psychotiques trouble , de même deux neuroleptiques , de même le dernier sorti quand on est lecteur de prescrire , de même de voir qu'ils prescrivent maintenant des ecg , ce qui est plutôt une bonne chose , mais une mode nouvelle ... nous sommes sans doute trop habitués à utiliser les neuroleptiques comme camisole chimique , à hésiter à les arrêter chez les psychotiques stabilisés (prudemment)... comment améliorer les choses : enseigner la thérapeutique !!! non tous les neuroleptiques ne se valent pas , mais de même et pas plus que les statines ... oui , primum non nocere ... oui , une formation continue digne de ce nom et indépendante de l'industrie pharmaceutique est nécessaire , en ce domaine comme dans tous les autres ... désolé d'élargir un peu , mais n'est-ce pas là la pratique même d'un médecin généraliste ? amitiés et bon courage
- Refaire des recommandations et réexpliquer les réelles indications des neuroleptiques. Former mieux les infirmiers et aides-soignants aux troubles du comportement des patients déments et aux mesures humaines pour les gérer.
- Nécessité de former les équipes soignantes - sur les effets délétères de tels tt, afin d'éviter qu'ils ne choisissent que cette option "médicamenteuse" - sur les symptômes psycho comportementaux de la démence et aussi la pathologie - sensibiliser les équipes par rapport

aux sollicitations répétées auprès des médecins traitants Prescription de psychotropes
inversement proportionnel au ratio de personnel Nécessité de développer les techniques de
soin (approches) et les thérapie non pharmacologiques en EHPAD Noter sur ordonnance les
effets secondaires à surveiller ... question éthique ...

- En formant le personnel soignant des ehpad et surtout en permettant aux ehpad d'augmenter significativement leurs effectifs soignants...
- FMC avec intervenants de gériatrie
- formation / Mise en place d'une équipe de gérontopsy avec équipe mobile pour se référer à une expertise : ça tombe bien une équipe est en place sur le CMP de saint exupéry (Rennes). Je les sollicite.
- Télémédecine, en lien avec les spécialistes en gérontopsychopathologie Améliorer le lien ville hôpital
- Avoir le personnel suffisant pour que les IDE puissent proposer autre chose qu'une sédation chimique lors des phases d'agitation
- ce questionnaire m'a posé problème en raison d'un manque de pratique et d'expérience en la matière. j'ai trouvé intéressant votre sujet et vos questions. Cela me permettra de me poser plus de questions si j'avais à prescrire ce genre de thérapeutique.
- En répondant à ce questionnaire , je comprends la nécessité d'améliorer ma connaissance de cette molécule, des règles de prescription, de faire abstraction de la pression extérieure, et de la nécessité d'une évaluation plus fréquente .
- Il n' y a pas de solutions miracles dès qu'on est efficace il y a des effets secondaires
- Je viens de proposer à mon interne SASPAS, qui sort d'un stage de gériatrie, de faire un exposé sur la prescription des neuroleptiques chez le sujet âgé au cours d'une des réunions pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, pharmacien ..) que nous faisons régulièrement au sein de notre maison médicale. Cette proposition a été acceptée avec enthousiasme par mes confrères. Ce qui prouve le besoin que nous en avons ! Je n'attends pas beaucoup d'aide de la part des nos confrères psychiatres avec qui il est difficile de faire équipe et qui ont, je trouve, la main très lourde. Il est vrai que je suis amenée à suivre en EHPAD des patients transférés d'un établissement où ils étaient pris en charge pour des pathologies psychiatriques . La prise en charge de tels patients ne se doit pas d'être exclusivement médicamenteuse mais le manque de personnel et surtout leur manque de formation se font cruellement sentir !
- Insister sur la réévaluation , mais ceci est valable pour tout TTT. En se formant en gériatrie +/-stages en unités Alzheimer.
- FMC
- Meilleure accessibilité des consultations spécialisées. Meilleure communication au sein équipe soignante
- accès plus faciles aux spécialiste compétents et non pas à certains psychiatriques qui utilisent de manière désinvolte des produits ayant certains effets secondaires
- Formation indispensable. Travail en équipe pour une évaluation et une coordination plus efficaces Personnel suffisant en nombre et bien formé. Architecture du bâtiment adaptée.

- PAR UNE FORMATION ADAPTÉE SUR LE LIEN PATIENT / PRODUIT MAIS LA RÉÉVALUATION RAPIDE ET FRÉQUENTE DU TRAITEMENT EST SOUVENT PLUS QUE NÉCESSAIRE
- Pas beaucoup de temps en EHPAD pour voir beaucoup de patients polypathologiques et pas toujours très vifs, ce qui est chronophage d'un côté et recos pas très précises et peu aidantes avec scores existant pour l'évaluation mais longs et au final peu aidant en pratique pour choisir la CAT... bref un joyeux bordel: bon courage!!
- tout dépend où on place le curseur de la balance bénéfice risque
- Meilleure communication entre MG et CMP. Pourraient-ils nous écrire des courriers au moins annuellement
- Qu'il y ait une réelle collaboration entre les équipes : médecin généraliste / géronto psychiatre que l'on ne voit jamais / gériatre que l'on ne voit que très peu ou jamais.....
- Les prescriptions médicamenteuses s'inscrivent souvent en complément , d'une prise en charge en soins difficiles . Il faut travailler avec les équipes , pour décaler , repenser certains soins .
- augmenter le temps de disponibilité des soignants par patients en ehpad pourrait aider les patients à être plus calme car ils ont souvent besoin d'attention et de temps hors l'évolution du temps de travail et de rentabilité va dans le sens inverse...
- Dès que nous avons le dos tourné , dès que nous quittons l'EHPAD ,si le patient n'est pas sédaté , alors , aussitôt la consigne de la direction est d'appeler SOS-médecin qui, en général , expédie aux urgences de l'hôpitalC'est le refus , de la direction , d'assumer des responsabilités , qui détériore notre exercice...Les directions ont peur et leur obsession est de s'en sortir sans ennui et , éventuellement , secondairement , d'aider les patients ...
- Au sein de mon Epah les patient ont souvent à la base un tb psychiatrique car nombreux viennent du foyer de vie attendant ,je demande souvent l'avis du psychiatre ou des gériatres car patient polypathologique l'association de 2 neuroleptiques se fait souvent après avis spécialiste . Souvent les pratiques diffèrent et c'est difficile de réussir à se doter d'une conduite à tenir clair . Ainsi que de connaître quand lever cette prescription Le plus dur est la gestion des équipes en souffrance quand cri , agressivité, persiste surtout dans les unités qui n'ont pas assez de personnel et je trouve qu'on utilise trop souvent des neuroleptiques. Les équipes ont souvent peur de la récidence à la diminution ou l'arrêt des traitements. Je pense que les médecins doivent être sensibiliser mais aussi les équipes et formations chez le personnel doivent être renforcé Je serai intéressée pour recevoir les résultats de cette étude
- les neuroleptiques à petites doses permettent d'améliorer la qualité de vie du patient ,meilleur relationnel avec les proches et l'équipe soignante. Il en découle une meilleure alimentation et une meilleure tolérance des soins.
- Formation des MG.

LIGAON Corentin - Modalités d'emplois et surveillance des antipsychotiques après la primo-prescription dans la gestion des troubles psychocomportementaux des patients déments en EHPAD par les médecins généralistes dans les départements d'Ille-et-Vilaine, du Morbihan et des Côtes d'Armor

46 feuilles, 0 illustration, 2 graphiques, 6 tableaux, 30 cm - Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2019 ; N°

Résumé français

Nous avons dressé un état des lieux des pratiques déclarées par les médecins généralistes des prescriptions d'antipsychotiques après la primoprescription et comparé ces dernières selon le profil des praticiens. **Méthode** : Un questionnaire adressé aux médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine, du Morbihan et des Côtes-d'Armor **Résultats** : 156 réponses. Les praticiens avouent une méconnaissance pharmacologique. Les praticiens spécifiquement formés déclarent recourir préférentiellement au Risperdal sans déclarer d'autres différences de prise en charge. **Discussion** : Les recommandations françaises et internationales ne sont pas consensuelles sur les durées de traitement ni sur les délais de réévaluation systématique. La formation des médecins généralistes peut être améliorée. **Conclusion** : La prise en charge médicamenteuse est plus adaptée lorsque les médecins généralistes ont réalisés des formations spécifiques. L'harmonisation des recommandations et la majoration des interventions extérieures peuvent également être des pistes à envisager.

Antipsychotics' use and monitoring after first prescription in the management of psycho-behavioral disorders of patients with dementia in nursing homes by general practitioners in Ile-et-Vilaine, Morbihan and Côtes d'Armor's departments

We have made an inventory of the practices declared by general practitioners of the antipsychotics' prescriptions after the primoprescription and compared them according to the practitioners' profiles. **Method**: A questionnaire addressed to the general practitioners of Ille-et-Vilaine, Morbihan and Côtes-d'Armor **Results**: 156 responses. Practitioners admit a pharmacology ignorance. Specifically educated practitioners state that they prefer to use Risperdal without reporting other management differences **Discussion**: The French and international recommendations are not consensual on the duration of treatment and systematic reevaluation's deadlines. The training of general practitioners can be improved. **Conclusion**: Medication management is more appropriate when general practitioners have conducted specific professional training. The recommendations' harmonization and the increase of external interventions might also be consider.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : Démence
EHPAD
Antipsychotiques
Prescription
Médecins généralistes

Mots-clés anglais MeSH : Dementia
Nursing homes
Antipsychotics
Prescription
General Practitioners

JURY :
Président : Monsieur le professeur Dominique SOMME
Mme la docteure Cezara HANTA [directrice de thèse]
Asseseurs : Mr le professeur Eric MENER
Mr le docteur Gabriel ROBERT