

Évolution de la prescription de neuroleptiques selon le lieu de vie dans les syndromes démentiels, étude observationnelle comparative sur des EHPAD du Rhône (69)

Louis Champetier de Ribes

► **To cite this version:**

Louis Champetier de Ribes. Évolution de la prescription de neuroleptiques selon le lieu de vie dans les syndromes démentiels, étude observationnelle comparative sur des EHPAD du Rhône (69). Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02956360

HAL Id: dumas-02956360

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02956360>

Submitted on 2 Oct 2020

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

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



UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Louis Champetier de Ribes

le 11 décembre 2018

TITRE

**Évolution de la prescription de neuroleptiques selon le lieu de vie dans les
syndromes démentiels, étude observationnelle comparative sur des
EHPAD du Rhône (69)**

Directeur de thèse : Dr Hélène Maeyens

JURY

Président :

Pr Claude Jeandel

Assesseurs :

Pr Pierre Petit
Dr Béatrice Folco-Lognos
Dr Hélène Maeyens

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Louis Champetier de Ribes

le 11 décembre 2018

TITRE

Évolution de la prescription de neuroleptiques selon le lieu de vie dans les syndromes démentiels, étude observationnelle comparative sur des EHPAD du Rhône (69)

Directeur de thèse : Dr Hélène Maeyens

JURY

Président :

Pr Claude Jeandel

Assesseurs :

Pr Pierre Petit
Dr Béatrice Folco-Lognos
Dr Hélène Maeyens

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHFORDT Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE
BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANCHO-GARNIER
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	Hélène
CALLIS Albert	LORIOT Jean	SANY Jacques
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie	SEGNARBIEUX François
CASTELNAU Didier	Madeleine	SENAC Jean-Paul
CHAPTAL Paul-André	MAGNAN DE BORNIER	SERRE Arlette
CIURANA Albert-Jean	Bernard	SIMON Lucien
CLOT Jacques	MARY Henri	SOLASSOL Claude
D'ATHIS Françoise	MATHIEU-DAUDE Pierre	THEVENET André
DEMAILLE Jacques	MEYNADIER Jean	VIDAL Jacques
DESCOMPS Bernard	MICHEL François-Bernard	VISIER Jean Pierre
DIMEGLIO Alain	MICHEL Henri	

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAURY Michèle
BOULENGER Jean-Philippe	MILLAT Bertrand
BOURREL Gérard	MAUDELONDE Thierry
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	PREFAUT Christian
DAURES Jean-Pierre	PUJOL Rémy
DAUZAT Michel	SULTAN Charles
DEDET Jean-Pierre	TOUCHON Jacques
ELEDJAM Jean-Jacques	VOISIN Michel
GUERRIER Bernard	ZANCA Michel
JOURDAN Jacques	

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{er} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie

DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophthalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÉ Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :
LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie
MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie
MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

À l'heure de conclure ce travail, mes remerciements s'adressent tout particulièrement :

Au Pr Jeandel, vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Au Dr Hélène Maeyens, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, et m'avoir accompagné dans cette entreprise.

Au Pr Petit, merci d'avoir accepté de participer à ce jury.

Au Dr Folco-Lognos, merci pour vos encouragements et votre participation au jury.

Aux Drs Oury, Tedeschi, Fournel, Buffler, Guenot, pour leur accueil, pour m'avoir présenté leurs unités et leurs résidents, et répondu à mes nombreuses questions.

Aux directions des établissements qui m'ont autorisé à réaliser cette étude.

Aux doctorants qui m'ont précédé, et en particulier Jean-Eudes, Cyprien, Marine et Alice, pour m'avoir inspiré et rassuré.

Plus affectueusement, j'aimerais remercier :

Marion, toujours à mes côtés.

Merci de me supporter grognon et fatigué.

Merci pour nos projets, passés et à venir.

Mes parents, mes frères et sœurs, qui m'ont soutenu tout au long de ces études.

Mes grands parents, pour leur amour.

Ma belle famille, qui m'a si bien accueillie. Une pensée toute particulière pour Charlotte, qui a accompagné notre arrivée sur Lyon.

Le meilleur groupe, Cyprien, Rémi, Marine, Hugo, Camille, Alexandre, Paul, Margaux, Perrine, Julien, Patrick et Thomas, pour nos week-ends, nos jeux, nos débats. À quand le prochain ?

Jean Eudes et Adeline, Salomé et Lambert, Luc et Anne-Fleur, Jonathan, pour ces amitiés qui perdurent malgré la distance.

Les Troglôs, pour leur accueil et leurs expéditions.

Z., S. et T. pour leur amour désintéressé.

À toi, après Noël.

Sommaire

Lexique des abréviations.....	12
1 Introduction.....	13
1.1 Syndromes démentiels et troubles du comportements.....	13
1.2 Lieux de vie et d'activités adaptés aux troubles du comportement.....	16
1.2.1 Unités spécifiques Alzheimer.....	16
1.2.2 Pôle d'activité et de Soins Adaptés.....	18
1.3 Hypothèse de recherche.....	21
2 Méthodes.....	23
2.1 Objectifs.....	23
2.1.1 Objectif principal.....	23
2.1.2 Objectifs secondaires.....	23
2.2 Plan expérimental.....	23
2.3 Population étudiée.....	23
2.3.1 Lieux d'études.....	23
2.3.2 Critères d'inclusion.....	23
2.3.3 Période étudiée.....	24
2.4 Données recueillies.....	24
2.5 Critères de jugement.....	25
2.5.1 Critère de jugement principal.....	25
2.5.2 Critères de jugement secondaires.....	25
2.6 Analyse statistique.....	26
3 Résultats.....	27
3.1 Période étudiée.....	27
3.2 Établissements et unités incluses.....	27
3.3 Étude descriptive.....	27
3.3.1 Caractéristiques générales et morbidités.....	27
3.3.2 Troubles du comportements.....	28
3.3.3 Traitements par neuroleptiques.....	29
3.4 Étude analytique.....	32
3.4.1 Caractéristiques générales et morbidités.....	32
3.4.2 Troubles du comportement.....	35
3.4.3 Critères de jugement principal.....	37
3.4.4 Critères de jugement secondaires.....	37
3.4.5 Analyses post-hoc.....	41
4 Discussion.....	42
4.1 Analyse critique des méthodes.....	42
4.2 Commentaire des résultats.....	45
4.2.1 Caractéristiques de la population.....	45
4.2.2 Critère de jugement principal.....	49
4.2.3 Critères de jugement secondaires.....	50
5 Conclusions.....	55
6 Bibliographie.....	57

Lexique des abréviations

ATC : Classification anatomique, thérapeutique et chimique

AVC : Accident vasculaire cérébral

CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10^e révision

DCI : Dénomination commune internationale

DDD : *Defined Daily Dose*

DCL : Démence à corps de Lewy

DLFT : Démence lobaire fronto-temporale

DMP : Démence liée à la maladie de Parkinson

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ET : Écart-type

GIR : Groupe iso-ressource

GMR : Groupe iso-ressource moyen pondéré

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension artérielle

IC₉₅: Intervalle de confiance à 95 %

MA : Maladie d'Alzheimer

MMSE : *Mini-Mental State Examination*

MTEV : Maladie thrombo-embolique veineuse

NPI : *Neuropsychiatric Inventory*

NPI-ES : *Neuropsychiatric Inventory* à destination des équipes soignantes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés

SPCD : Symptômes psychologiques et comportementaux des démences

UVP : Unité de vie protégée

1 Introduction

1.1 Syndromes démentiels et troubles du comportements

Les syndromes démentiels liés à la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées se caractérisent par un déclin cognitif, interférant avec les activités quotidiennes. Il s'agit d'une problématique de santé importante en France, avec près de 1,2 millions de cas estimés en 2014¹.

On constate dans leur évolution, chez 90% des personnes atteints, la survenue de troubles du comportements² divers, liés entre eux et avec les troubles cognitifs, d'intensité fluctuante. Il peut s'agir de comportements apathiques, dépressifs, anxieux, délirants, agités, agressifs, euphoriques, désinhibés, irritables, aberrants, etc. L'inventaire neuropsychiatrique (*Neuropsychiatric Inventory – NPI*)³ est un outil permettant une hétéro-évaluation multidimensionnelle, prenant en compte la fréquence, la sévérité et le retentissement de douze symptômes les plus courants. Différentes versions de ce test existent en fonction du public évalué : le questionnaire NPI-ES s'adresse aux équipes soignantes. S'il s'agit de l'outil le plus souvent retrouvé dans la littérature, l'évaluation de ces troubles semble souvent réalisée de façon informelle par les professionnels qui prennent en charge ces patients.

Certains de ces comportements sont jugés perturbateurs par l'entourage familial ou les soignants. Ces comportements perturbateurs peuvent avoir une incidence importante sur l'adéquation entre le patient et son environnement, sur la qualité des interactions sociales avec ses proches et les soignants qui le prennent en charge, et sur son pronostic fonctionnel. Ils concernent entre 10% et 50% des patients, leur fréquence augmentant avec la sévérité du syndrome démentiel⁴.

Le guide de bonnes pratiques⁴ de la Haute Autorité de Santé (HAS) consacré à ce sujet préconise une prise en charge globale de ces troubles, par l'évaluation répétée par différents professionnels, par la recherche et la correction systématique de facteurs favorisants, par des techniques de communication et de soins adaptées, par des interventions à médiation sensorielle, cognitive, motrice, occupationnelle, et réserve les traitements médicamenteux en deuxième intention.

Dans les situations où un traitement médicamenteux est introduit pour la prise en

charge d'un comportement perturbateur, il s'agit fréquemment d'un neuroleptique⁵. Leur intérêt est pourtant au mieux incertain dans ce cadre. Une première méta-analyse⁶ a montré une faible efficacité et une mauvaise tolérance des neuroleptiques classiques, en particulier la survenue de syndromes extra-pyramidaux et dyskinésies tardives. Une seconde méta-analyse⁷, portant sur les neuroleptiques atypiques, a montré un risque plus élevé de décès, de sédation, d'hypotension orthostatique et de chute. Enfin, une étude de 2012 a observé que l'usage de neuroleptiques sur la durée est associé à un déclin cognitif et fonctionnel plus rapide, et une augmentation des troubles du comportement⁸.

Lorsqu'un traitement neuroleptique est introduit, il est recommandé de limiter sa prescription initiale à une durée brève, et de réévaluer très régulièrement sa prescription⁵. Cette prescription semble pourtant devenir chronique pour un certain nombre de patients. L'exposition chronique des malades d'Alzheimer aux neuroleptiques, définie par 3 prescriptions annuelle, était de 16 % des malades d'Alzheimer en 2009⁵. Pour 38 % des patients souffrants de démence, traités par neuroleptiques à la sortie d'une hospitalisation en court séjour gériatrique au Centre Hospitalo-universitaire de Nantes en 2014, ce traitement était inchangé 3 mois plus tard¹⁰. Le principal facteur de maintien de cette prescription était la persistance des troubles psycho-comportementaux.

De nombreux travaux¹¹⁻¹⁵ ont montré qu'il était possible de réduire la prescription de neuroleptiques, par une ré-évaluation systématique et par la prise en charge des SPCD par des interventions non médicamenteuses. Ces traitements non médicamenteux sont divers. On trouve notamment l'acupressure, l'aromathérapie, l'atelier mémoire, la danse, l'exercice physique, le jardin des sens, la luminothérapie, le massage, les méthodes de gestion du comportement (*behavioural management techniques*), la musicothérapie, le Snoezelen, la stimulation cognitive, la stimulation électrique transcutanée, la thérapie de simulation d'une présence, la zoothérapie. L'effet spécifique de chaque thérapie est encore à préciser. De plus, l'évaluation de l'efficacité de ces interventions sur les SPCD est difficile. Une revue en 2017 des études publiées relève que les plus efficaces pour réduire l'agitation semblent être la musicothérapie et les méthodes de gestion du comportement¹⁶.

Une diminution de la prescription de neuroleptiques chez les patients âgés a été constaté en France sur la période 2003-2011¹⁷, en particulier chez ceux présentant une

démence. Les alertes et mises en gardes des agences de régulation des médicaments et des autorités sanitaires ont pu jouer un rôle dans cette variation. Sur une période plus récente (2010-2014), une augmentation de la prescription de neuroleptiques a été remarqué par l'analyse de la Banque Nationale Alzheimer portant sur une large population de patient suivis en Centre Mémoire¹⁸. Le taux de patient traité par neuroleptiques dans cette banque de données est passé de 6,5 % à 7,7 %.

Par ailleurs, la réduction de l'usage de neuroleptiques a pu s'accompagner d'une augmentation de la prescription d'anxiolytiques et de médicaments spécifiques contre la démence par un report de prescription ⁶. Ces traitements ne sont pas dénués eux même d'effets indésirables.

Les anxiolytiques utilisés chez le sujet âgé sont le plus souvent des benzodiazépines, et parfois un antihistaminique sédatif, l'hydroxyzine²⁰. Il est recommandé de privilégier les molécules à demi-vie courte sans métabolite actif et d'éviter l'usage des antihistaminiques en raison d'effets indésirables anticholinergiques. Les benzodiazépines exposent à une sédation excessive, une agitation paradoxale, une accentuation des troubles mnésiques, des chutes et un syndrome de manque à l'arrêt. Il est recommandé de limiter leur usage à de courtes durées⁴.

Les médicaments spécifiques contre la démence désignent un groupe de quatre molécules : trois inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (donépézil, galantamine, rivastigmine) et un antagoniste des récepteurs NMDA (mémantine). Ils sont utilisés à but symptomatique pour les troubles de la cognition et les activités de la vie quotidienne. Un bénéfice modeste a été mis en évidence sur des scores cliniques, sans avoir montré de bénéfice clinique indiscutable. Ils peuvent présenter des effets indésirables digestifs, cardiovasculaires et neuropsychiatriques, nécessitant parfois leur arrêt, et augmentant avec la durée du traitement. Leur utilisation pour la prise en charge des troubles du comportements a été suggéré pour la mémantine, sans faire l'objet d'un consensus⁴. Leur prise en charge par l'Assurance Maladie a fait l'objet d'une radiation par le ministère de la santé le 29 mai 2018, pour service médical rendu insuffisant⁷.

Malgré les recommandations et alertes des autorités sanitaires, l'usage des psychotropes pour prendre en charge les symptômes psycho-comportementaux lié aux démences reste important.

1.2 Lieux de vie et d'activités adaptés aux troubles du comportement

1.2.1 Unités spécifiques Alzheimer

Au cours de l'évolution de la maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées, l'entrée en institution (EHPAD ou autre) est fréquente. Les facteurs associés à cette entrée sont souvent liés à l'évolution de la maladie et à ses conséquences sur l'autonomie : troubles de la mobilité, symptômes psycho-comportementaux, dénutrition⁸. En 2011, on estimait que 42 % des résidents en EHPAD souffraient de démence⁹. L'entrée en institution est parfois une réponse aux difficultés ou l'impossibilité de leurs proches de les prendre en charge à domicile.

La prise en charge de SPCD pose des problèmes spécifiques en institution. La cohabitation de résidents déments et non-déments peut être difficile, en particulier lorsqu'il existe des troubles comportementaux, et avoir des conséquences négatives sur les résidents, déments ou non¹⁰. La prise en charge de ces troubles est l'une des premières difficultés des professionnels de santé¹¹. Ces difficultés génèrent une souffrance professionnelle, et parfois des situations de maltraitance¹².

La création, pour les patients souffrant de démence, d'unités dédiées s'inspirant initialement de la psychiatrie hospitalière, a débuté vers 1980, en particulier aux États Unis¹³. En France, le premier centre d'animation naturel tiré d'occupations utiles (CANTOU) a ouvert en 1977 à Rueil-Malmaison en Île-de-France¹⁴. La structure visait à offrir à un petit groupe de résidents un cadre de vie proche du milieu familial traditionnel, et des animations centrées sur les activités courantes, pour limiter le déclin cognitif.

Actuellement, de nombreux EHPAD disposent d'unités spécialisés dans la prise en charge de ces patients¹³. Il existe une certaine hétérogénéité parmi ces unités, et différents statuts. Des caractéristiques communes se dégagent cependant : une population ciblée, un environnement architectural adapté, un personnel en nombre suffisant et qualifié, un projet de soin spécifique, et l'implication de la famille.

Ainsi, parmi les patients souffrant de démence, ces unités spécialisées prennent en charge ceux dont la présence de SPCD, et en particulier l'agitation, rend difficile le maintien dans une unité traditionnelle. Sur le plan de l'autonomie, les études sont contrastées, certaines montrant une plus grande dépendance dans ces unités

spécialisés, d'autres dans les unités traditionnelles¹³.

La construction et l'organisation de ces unités visent à créer un cadre de vie sécurisé et thérapeutique. Les chutes, en particuliers, sont prévenues par de nombreuses mesures : revêtements antidérapants, barres d'appuis, absence d'escaliers, lumière vive diffuse sans reflets. Les fugues sont souvent prévenues avec des portes fermées par des codes ou des badges. L'environnement est conçu pour être familier, en intégrant une cuisine, une salle à manger, des meubles d'allure ancienne ou domestique. Les portes de services sont parfois cachées par des rideaux ou une peinture murale. Les noms et parfois les photos des résidents sont inscrits sur les chambres, qui peuvent contenir les meubles personnels du résident. Des sollicitation sensorielles douces peuvent être mise en place, comme des tableaux sensorielles, un jardin des sens. La déambulation est permise et sécurisée.

Le personnel de ces unités comprend des personnels soignants habituellement présent en EHPAD (infirmiers, aides soignants, agents de service hospitalier), en effectif souvent plus important que d'autre unités traditionnelles. D'autres professionnels sont présents régulièrement. Un psychologue participe à l'évaluation et aux soins des résidents, et au soutien des aidants familiaux et professionnels. Un ergothérapeute, un psychomotricien participent à maintenir et développer l'autonomie des résidents. Un diététicien accompagne la prise en charge des patients sur le plan nutritionnel. Des animateurs permettent la réalisation d'ateliers thérapeutiques (par exemple : sensoriels, cognitifs, physiques).

Le personnel est idéalement volontaire, nécessairement formé à la prise en charge des troubles psycho-comportementaux des syndromes démentiels. L'élévation du niveau de formation du personnel semble permettre de diminuer le stress de celui-ci et son *turn-over*, tout en diminuant le taux de prescription de psychotropes.

La prise en charge des résidents de ces unités s'inscrit dans un projet de soin et de vie spécifique visant le maintien d'une bonne qualité de vie. Le projet de soin définit les objectifs de soins, et les moyens basé sur les recommandations de bonne pratique clinique. Il est régulièrement réévalué pour tenir compte de l'évolution des troubles. Le projet de vie se base sur la personnalisation des lieux et l'implication de l'entourage.

Les familles des résidents sont associées à la prise en charge. Lors de son entrée, un entretien permet à l'équipe de mieux connaître le résident, son histoire et ses

préférences, et à la famille de découvrir l'unité, son fonctionnement et le projet de soin. La visite des proches est largement permise dans l'unité. Des ré-évaluations annuelles sont parfois organisées avec les familles.

L'efficacité de ces unités est difficile à évaluer. La principale cause de cette difficulté est la diversité des unités entre elles, des critères de jugements possibles, des modalités d'évaluations. Les quelques études non randomisées, comparant ces unités à des unités non spécialisées, suggèrent une légère amélioration des troubles cognitifs et une moindre fréquence de l'usage de contraintes physiques¹⁵.

Différentes modalités d'organisations ont existé pour ces unités. La mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 a vu la création d'un cahier des charges pour deux types d'unités spécialisées, selon le niveau de trouble du comportement des résidents concernés. Pour ceux souffrant de troubles du comportement modérés, sont créés des unités de soins et d'activités adaptés diurnes, appelées Pôles d'Activités et de Soins Adaptés. Pour ceux souffrant de troubles très importants du comportement, sont créées des structures renforcées, lieu unique d'hébergement et d'activités adaptées, appelées Unités d'Hébergement Renforcées.

Une part des unités spécialisées Alzheimer pré-existante au plan Alzheimer s'est transformée pour répondre aux labels « Pôles d'Activités et de Soins Adaptés » ou « Unités d'Hébergement Renforcées », attribués par les Agences Régionales de Santé. De nombreuses unités ont poursuivi leur activité sans demander cette validation. Elles ont continué à questionner leurs pratiques et adapter leur organisation aux besoins des résidents souffrant de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. La plupart des unités spécialisées non labellisées ont pris l'appellation « Unité de vie protégée » ou « Unité spécialisée Alzheimer ».

1.2.2 Pôles d'activité et de Soins Adaptés

Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) ont été inaugurés lors du plan Alzheimer 2008-2012. Ses caractéristiques ont été fixées initialement par le cahier des charges élaboré par la Direction générale de l'action sociale à cette occasion¹⁶. Il s'agit d'un lieu de vie où sont organisées durant la journée des activités sociales et thérapeutiques¹⁷⁻²⁰.

Les participants sont des résidents de l'EHPAD porteur, pour lequel un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée a été formulé et sont présents des

symptômes psycho-comportementaux modérés altérant sa sécurité et sa qualité de vie. Ces symptômes sont évalués, selon le cahier des charges, à l'aide du NPI, complété en cas d'agitation par l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield

Un PASA accueille chaque jour jusqu'à 14 résidents, selon les besoins des résidents. La file active des patients participant régulièrement peut être plus nombreuse. En moyenne, en 2012, 30 résidents différents ont été accueillis par PASA par an²¹.

La participation du résident n'est pas contrainte, son consentement est activement recherché. L'adhésion de sa famille et ses proches est recherchée. Leur participation à l'élaboration du projet de vie du résident facilite la personnalisation de sa prise en charge.

Le PASA fonctionne dans un lieu distinct du lieu d'hébergement habituel des résidents. Il permet la restauration de midi sur place. L'architecture du lieu veille à être aisément accessible aux résidents, et à faciliter la mise en sécurité des résidents en évitant le sentiment d'enfermement. L'environnement est convivial, non institutionnel, permettant des activités quotidiennes évoquant celles du domicile. Il est fonctionnel, facilitant la réalisation des soins par les personnels soignants, et la réalisation d'activités thérapeutiques diverses. Il évite les stimulations sensorielles excessives. Il permet la déambulation des résidents, et leur orientation. Ces mesures participent à la prise en charges des SPCD.

L'équipe dédiée au fonctionnement du PASA se compose d'un psychomotricien et/ou d'un ergothérapeute, d'un psychologue et d'assistants de soins en gérontologie. Ils bénéficient d'une formation particulière à l'évaluation des comportements, aux techniques de communication et de prise en charge des troubles psycho-comportementaux des malades d'Alzheimer et maladie apparentée. Le médecin coordonnateur de l'EHPAD participe à l'élaboration du programme d'activité personnalisé. Des réunions pluridisciplinaires régulières permettent l'adaptation de l'accompagnement du résident à ses besoins.

Les activités proposées au sein du PASA peuvent être individuelles ou collectives. Elles participent au maintien et à la réhabilitation des capacités fonctionnelles, cognitives et sociales des résidents. La prise de repas collectifs fait partie de ces activités. Des intervenants peuvent réaliser des ateliers spécifiques (jeux, musicothérapie, stimulation sensorielle, jardinage, art-thérapie, atelier mémoire, activité physique, etc.). La

constitution des groupes de participants aux activités tient compte de leurs besoins et capacités, facilitant la création d'une dynamique de groupe positive pour tout les participants.

Fin 2015, les PASA en fonctionnement totalisaient 19 100 places, avec près de 6 000 places supplémentaires prévues et financées¹⁷. La possibilité de mutualiser les moyens de plusieurs EHPAD pour créer un PASA commun a été ouverte par décret en 2016³⁶.

Il existe encore un nombre limité d'études évaluant ce type d'unité. Une étude observationnelle sur 24 mois sur les résidents d'un PASA de l'Oise a montré en 2014 une amélioration des troubles du comportement dans plusieurs domaines (en particulier la dépression, l'irritabilité, l'anxiété et la désinhibition), et une stabilité de la prescription de neuroleptiques chez 70 % des patients¹⁸. Une étude comparative « avant-après » a été réalisée sur 5 EHPAD en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Bouches-du-Rhône, Var), 6 mois après inclusion du résident dans un PASA en 2015²⁰. Elle retrouve une augmentation de la prescription de psychotrope chez 23 % des résidents, et une diminution chez 29 %. Dans cette étude, une augmentation de la prescription de neuroleptiques a concerné 9 % des résidents. Sur les troubles du comportement, l'étude retrouve une stabilité globale des SPCD (augmentation du NPI-ES moyen de 1,10 points sur 6 mois). Une étude comparative « cas-témoins » sur 6 EHPAD du Limousin, a comparé en 2016 des résidents de PASA et des patients du même EHPAD sur l'évolution des SPCD et de la prescription de psychotropes sur 6 mois¹⁹. Elle ne retrouve pas de différence significative pour la variation du score de sévérité NPI-ES, mais note qu'un nombre de résidents plus important voient leur score diminuer en PASA. Sur la prescription de psychotropes, elle note une augmentation plus importante dans le groupe contrôle, en particulier sur la prescription de neuroleptiques, sur un score composite, sans préciser la significativité du résultat, avec une légère diminution de la prescription de neuroleptiques pour le groupe PASA.

Ces études suggèrent que la fréquentation du PASA a un impact positif sur la prescription de neuroleptiques, en diminuant ou limitant l'augmentation de cette prescription.

1.3 Hypothèse de recherche

Nous supposons que la prise en charge globale des troubles du comportement, par des techniques de soins et un environnement adaptés, par des interventions non médicamenteuses, permet de limiter la prescription de neuroleptiques, comme préconisé par l'HAS. Nous supposons que la prise en charge des résidents souffrant de démence et de SPCD, dans les unités spécialisées, met en œuvre cette prise en charge globale.

Nous supposons que la prise en charge de ces résidents diffère entre les PASA et les autres unités spécialisés. Le rythme journalier induit par les animations, se déroulant dans un lieu différent du lieu de vie, pourrait permettre une gestion plus aisée des SPCD, qui pourrait permettre un recours moins fréquent aux psychotropes, et en particulier aux neuroleptiques.

Nous craignons par contre que les résidents fréquentant les PASA présentent des troubles moins importants que ceux fréquentant d'autres types d'unités spécialisées, en particulier des unités d'hébergement.

Nous supposons pourtant que les contraintes, en particulier architecturales, pour la mise en place d'un PASA, n'ont pas permis à tous les établissements hébergeant des résidents souffrant de démence d'en posséder un, et qu'ainsi certains résidents pouvant être éligible à une prise en charge en PASA soient pris en charge dans l'unité d'hébergement de l'EHPAD qu'ils fréquentaient jusque là plutôt que dans le PASA d'un autre EHPAD.

Nous estimons donc que la comparaison de résidents fréquentant un PASA et de résidents d'autres unités spécialisées, y compris d'hébergement, pourrait nous permettre de préciser les différences pouvant exister entre ces deux populations, et d'évaluer l'effet d'une prise en charge globale en unité spécialisée sur la prescription de neuroleptiques, en tenant compte de ces différences de populations et des prescriptions d'autres psychotropes.

Nous craignons que la durée de prescription des neuroleptiques soit plus longue que celle, limitée et réévaluée, recommandée, et qu'une fraction notable de résidents reçoivent un traitement chronique par neuroleptiques.

Il nous semble plus adéquat d'évaluer l'incidence du traitement par neuroleptiques, en

mesurant l'instauration d'un nouveau traitement ou l'augmentation en dose quotidienne d'un traitement existant, plutôt que sa prévalence.

Cette étude compare l'évolution de la prescription de psychotropes, en particulier de neuroleptiques sur une période de six mois, chez un groupe de résidents fréquentant un PASA par rapport à un groupe de résidents contemporains, présentant des troubles similaires, et fréquentant un autre type d'unité spécialisée. L'observation de cette évolution est réalisée de manière rétrospective.

L'évaluation des troubles du comportements étant souvent informelle dans la prise en charge quotidienne des patients, on utilisera, pour constituer deux groupes présentant des troubles comparables, un critère pratique : ces patients devront être pris en charge pour des troubles similaires, à savoir des troubles du comportement modérés, consécutifs particulièrement d'une maladie neuro-dégénérative associée à un syndrome démentiel, qui altèrent la qualité de vie de la personne et des autres résidents¹⁷.

2 Méthodes

2.1 Objectifs

2.1.1 Objectif principal

L'objectif principal est de comparer l'évolution de la prescription de neuroleptiques à 6 mois, pour un groupe de patients présentant des SPCD d'intensité modérée inclus dans un PASA, et pour un groupe contrôle contemporain.

2.1.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont de comparer les prescriptions de neuroleptiques, de médicaments contre la démence, d'anxiolytiques, d'hypnotiques et d'anti-dépresseurs entre les deux groupes à l'entrée, et leurs évolutions à 6 mois.

2.2 Plan expérimental

Il s'agit d'une étude observationnelle, comparant rétrospectivement l'évolution de la prescription de neuroleptiques sur six mois pour deux groupes de résidents d'EHPAD du Rhône présentant des SPCD d'intensité modérée: le groupe dit « PASA » composé de patients inclus dans un PASA, et le groupe dit « contrôle » composé de patients, présentant des troubles similaires, vivant dans d'autres structures et ne fréquentant pas un PASA.

2.3 Population étudiée

2.3.1 Lieux d'études

Les lieux d'études sont des EHPAD, localisés dans le département du Rhône (France), dont la direction a accepté l'inclusion et le recueil de donnée au sein de l'établissement.

2.3.2 Critères d'inclusion

Il est proposé l'inclusion de tout les résidents des lieux d'études pour lesquels

- Un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparenté a été réalisé et annoncé.

Il existe des troubles du comportement d'intensité modérée, se traduisant par l'intégration du patient dans une unité ou un programme ayant pour objet la prise en

charge de tels troubles.

2.3.3 Période étudiée

Cette étude porte sur un intervalle d'intérêt de 6 mois compris entre le 01/01/2017 et le 31/12/2017. La date de début de cet intervalle (M0) est fixé à la première date où les critères d'inclusion sont présents et rapportés : diagnostic de MA ou maladie apparentée posé et annoncée, et présence de troubles du comportements d'intensités modérés, entre le 01/01/2017 et le 31/06/2017. Le recueil des traitements porte sur les traitements en cours à M0, et 6 mois plus tard (M6).

2.4 Données recueillies

Les données suivantes sont recueillies pour chaque patient inclus, à partir des données de son dossier médical de l'EHPAD où il réside, à la date de début de l'intervalle M0 (ou la dernière valeur connue) :

- âge en année ;
- sexe ;
- présence d'antécédents médicaux parmi :
 - HTA,
 - hypercholestérolémie ou dyslipidémie,
 - diabète,
 - AVC,
 - cardiopathie ischémique,
 - cardiopathie rythmique (CIM-10 : I47-I49),
 - insuffisance rénale,
 - insuffisance hépatique,
 - MTEV,
 - dépression,
 - trouble bipolaire
 - psychose : schizophrénie, troubles délirants (CIM-10 : F20-F29);
- nombre total de médicaments, hors pansements ;
- GIR ;
- diagnostic de démence parmi : maladie d'Alzheimer, démence vasculaire, démence à corps de Lévy ou démence de la maladie de Parkinson, dégénérescence lobaire fronto-temporale, démence mixte, autre ;
- MMSE ;
- NPI-ES ;
 - en l'absence de NPI-ES, recueil des troubles du comportements rapporté par les équipes dans le dossier de soin, dans les 6 mois précédant la période d'intérêt et pendant la période d'intérêt : type / fréquence / intensité.

Sont recueillis, aux dates M0 et M6, les caractéristiques de la prescription (substance et

posologie quotidienne) pour les :

- neuroleptiques (ATC : N05A),
- anxiolytiques (ATC : N05B) et hypnotiques (ATC : N05C),
- antidépresseurs (ATC : N06A),
- médicaments contre la démence (ATC : N06D),

Par ailleurs, sont aussi recueillis à partir du dossier médical :

- changement de médecin traitant au cours du suivi ;
- lieu de vie, à M0 et à M6

2.5 Critères de jugement

2.5.1 Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est l'« augmentation de la prescription de neuroleptiques ». Il s'agit d'une variable binaire, valant soit « augmentation », soit « pas d'augmentation ». Cette variable est construite pour chaque patient, en comparant les prescriptions de neuroleptiques observées à l'entrée dans le groupe et à six mois. Pour chaque médicaments de la classe des neuroleptiques, est comparée la dose journalière en milligramme de la prescription à l'entrée dans le groupe et à six mois. L'absence de prescription est considérée équivalente à une dose nulle. Lorsqu'une prescription est conditionnelle (« si besoin », « si agitation », etc.), la dose maximum prescrite est retenue. À dose identique, l'administration systématique d'une prescription est considérée comme supérieure à une administration conditionnelle.

Si, pour au moins l'un de ces médicaments, la dose moyenne à six mois est supérieure à celle à l'entrée dans le groupe, l'augmentation de la prescription de neuroleptiques est positive (augmentation). Dans le cas contraire, elle est négative (pas d'augmentation).

Ainsi, en cas de changement de neuroleptique, il est retenu une augmentation de traitement. Ces cas particulier, définis comme la diminution de la prescription d'un médicament et l'augmentation d'un autre, sont relevés.

2.5.2 Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires sont les évolutions des prescriptions de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou hypnotiques, d'antidépresseurs, de médicaments contre la démence, détaillées entre les valeurs « augmentation », « diminution », « stabilité » et « pas de traitement ». La dose journalière moyenne est définie comme la moyenne des *defined daily doses* (DDD)²² prescrites à chaque résident. Elle est

calculée à M0 et à M6, pour les résidents traités par neuroleptiques, pour ces traitements. Il n'existe pas de DDD officielle pour la cyamemazine, nous lui attribuons une DDD de 100mg, qui est la dose habituellement utilisée en France pour le traitement des états psychotiques aigus et retenue comme DDD¹⁷.

2.6 Analyse statistique

Les variables qualitatives sont exprimées en effectif et en pourcentage. Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et écart-type si l'effectif est supérieur à 30, en médiane et étendue, exprimé en « [minimum-maximum] », dans le cas contraire.

La liaison entre deux variables qualitative est analysée avec le test du Chi² (χ^2), si les effectifs attendus sont tous supérieur à 5. À défaut, pour une comparaison entre deux groupe, la statistique p est calculée par le test exact de Fisher. La liaison entre une variable qualitative et une variable quantitative est analysée avec le test de Wilcoxon - Mann Whitney pour une comparaison entre deux groupes, par le test de Kruskal - Wallis pour une comparaison entre plus de deux groupes.

Le seuil retenu pour une liaison significative est une valeur de p inférieure ou égale à 0,05.

3 Résultats

3.1 Période étudiée

Les inclusions ont été réalisées entre le 01/10/2017 et le 31/01/2018. Le début de la période d'intérêt (M0) a été, selon les établissements et les résidents, retenu entre le 01/03/2017 et le 30/06/2017. La fin de la période d'intérêt (M6) a été retenue entre le 01/09/2017 et le 30/12/2017.

3.2 Établissements et unités incluses

En se basant sur des annuaires existants, une liste de 20 EHPAD du département du Rhône tirés au sort, auxquels ont été ajoutés 5 établissements disposant d'un PASA, a été constitué. Ces établissements ont été contactés par courrier, courriels et appels téléphoniques. L'inclusion de résidents a été possible dans 5 établissements, soit 6 unités, tous situés dans l'agglomération lyonnaise.

Trois établissements disposaient d'un PASA : la résidence Tête d'Or située à Lyon 6^{ème} arrondissement, la résidence Le Château située à Saint-Priest et la résidence du Cercle située à Sathonay-Camp.

La résidence Tête d'Or disposait aussi d'une Unité de Vie Protégée. Après discussion avec la médecin coordonnatrice, les patients de cette unités ont été aussi inclus. Deux autres établissements disposant d'une Unité de Vie Protégée ont été inclus, la résidence Éloïse située à Villeurbanne et la résidence Sainte-Elisabeth située à Lyon 8^{ème} arrondissement.

3.3 Étude descriptive

3.3.1 Caractéristiques générales et morbidités

Au total, 81 résidents ont été inclus : 20 à la résidence Le Château (Omeris) à Saint-Priest (PASA), 23 à la résidence Tête d'Or à Lyon (11 au PASA et 12 à l'UVP), 13 à la résidence Éloïse à Villeurbanne (UVP), 13 à la résidence Sainte-Élisabeth à Lyon (UVP), et 12 à la résidence du Cercle à Sathonay-Camp (PASA). Les noms de ces unités seront par la suite abrégé respectivement en : PASA SP, PASA TO, UVP TO, UVP V, UVP SE, PASA SC.

Ont été incluses 64 femmes (79 %) et 17 hommes (21 %), l'âge moyen à l'inclusion était de 88,3 ans (ET 5 ans). Il n'a pas été observé de changement de médecin traitant ou de changement de lieu de vie au cours du suivi (n = 0).

Ont été retrouvés dans les dossiers médicaux les antécédents et pathologies suivantes : HTA pour 44 résidents (55 %), dyslipidémie pour 11 résidents (14 %), diabète pour 10 résidents (12 %), cardiopathie ischémique pour 10 résidents (12 %), cardiopathie rythmique pour 17 résidents (21 %), insuffisance rénale pour 8 résidents (10 %), insuffisance hépatique pour 1 résident (1 %), MTEV pour 13 résidents (16 %), AVC pour 12 résidents (15 %), syndrome dépressif pour 25 résidents (31 %), trouble bipolaire pour 2 résidents (2 %), psychose pour 1 résident (1 %). Le nombre moyen de médicaments était de 6,7 (ET 3,1), le GIR moyen était de 2,3 (ET 0,8).

Le diagnostique de démence retrouvé était : maladie d'Alzheimer pour 53 résidents (65 %), démence vasculaire pour 12 résidents (15 %), démence à corps de Lewy ou démence de la maladie de Parkinson pour 6 résidents (7,4 %), démence fronto-temporale pour 1 résident (1,2 %), démence mixte pour 8 résidents (9,9 %), autre (syndrome de Gayet-Wernicke) pour 1 résident (1,2 %). Un MMSE de moins de 3 ans a été retrouvé pour 51 résidents, score médian 15 (minimum : 6, maximum : 30). Deux valeurs de MMSE ont été cotées « inférieur à 10 », d'où le choix ne pas calculer de moyenne et d'écart type. De même, 6 a été choisi comme valeur minimum. L'ancienneté moyenne de ce MMSE était de 17 mois (ET : 10 mois).

3.3.2 Troubles du comportements

Un score NPI-ES a été retrouvé pour 15 résidents, soit 19 % du total des résidents. Le score de sévérité médian était de 33 (minimum : 9, maximum : 65).

En combinant les troubles relevés dans la cotation des NPI-ES et les troubles rapportés, dans le dossier médical et les transmissions, des patients pour lesquels aucun NPI-ES n'a été retrouvé, on obtient la prévalence suivante de troubles du comportement chez les 81 résidents inclus : délire chez 15 résidents (19 %), hallucination chez 7 résidents (9 %), agitation chez 37 résidents (46 %), dépression chez 41 résidents (51 %), anxiété chez 56 résidents (70 %), euphorie chez 8 résidents (10 %), apathie chez 29 résidents (36 %), désinhibition chez 11 résidents (14 %), irritabilité chez 24 résidents (30 %), comportement moteur aberrant chez 25 résidents (31 %), troubles du sommeil chez 20 résidents (25 %), troubles de l'appétit chez 15 résidents (19 %). Le nombre médian de troubles du comportements rapporté par

résident était de 3 (minimum : 2, maximum : 11)

3.3.3 Traitements par neuroleptiques

À M0, 29 résidents (36 %) étaient traités par neuroleptiques. L'augmentation de la prescription de neuroleptiques se répartissait ainsi : augmentation pour 5 résidents (6 %), pas d'augmentation pour 76 résidents (94 %).

En détaillant l'évolution, on obtient la répartition suivante : augmentation pour 5 résidents (6 %), diminution pour 9 résidents (11 %), pas de modifications pour 18 résidents (22 %), non traités pour 49 résidents (61 %).

On note un changement de neuroleptique pour un résident, traité par tiapride 150 mg à M0 vs risperidone 3 mg à M6. Conformément aux méthodes, il a été retenu une augmentation du traitement par neuroleptiques. On note que cela correspond à une DDD de 0,375 à M0 et 0,6 à M6.

Les DCI utilisées sont exposées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Prescriptions de neuroleptiques par résident en DCI*

DCI	Résidents traité à M0	Résidents traité à M6	Traitements modifiés†
clozapine	1 (1)	1 (1)	1 (1)
cyamemazine	0 (0)	2 (2)	2 (2)
haloperidol	1 (1)	2 (2)	1 (1)
olanzapine	4 (5)	3 (4)	1 (1)
quetiapine	1 (1)	1 (1)	0 (0)
rispéridone	12 (15)	9 (11)	6 (7)
sulpiride	1 (1)	1 (1)	0 (0)
tiapride	9 (11)	7 (9)	4 (5)

* Les données sont des effectifs (avec pourcentage).

† Modification du dosage, introduction ou suppression entre M0 et M6.

Il n'a pas été retrouvé de prescription pour les DCI suivantes : amisulpride, aripiprazole, asenapine, chlorpromazine, droperidol, flupentixol, fluphenazine, levomepromazine, lithium, loxapine, paliperidone, penfluridol, periciadine, pimozide, pipamperone, pipotiazine, zuclopenthixol.

La dose journalière moyenne des neuroleptiques de l'ensemble des résidents traité par neuroleptiques à M0 était de 0,20 et à M6 de 0,21, différence non significative.

3.3.3.1 Anxiolytiques ou hypnotiques

L'évolution de la prescription d'anxiolytiques ou hypnotiques se répartissait ainsi : augmentation pour 8 résidents (10 %), diminution pour 7 résidents (9 %), pas de modifications pour 33 résidents (41 %), non traités pour 33 résidents (41 %).

On note un changement d'anxiolytiques pour deux résidents, l'un traité par lorazepam 1 mg à M0 vs alprazolam 0,25 mg à M6, l'autre par oxazepam 10 mg à M0 vs clobazam 5 mg à M6. Conformément aux méthodes, il a été retenu une augmentation du traitement par anxiolytiques ou hypnotiques.

Les DCI utilisées sont exposées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Prescriptions d'anxiolytiques ou hypnotiques par DCI*

DCI	Résidents traité à M0	Résidents traité à M6	Traitements modifiés†
alprazolam	13 (16)	18 (22)	7 (9)
hydroxizine	2 (2)	1 (1)	1 (1)
lorazepam	1 (1)	0 (0)	1 (1)
prazepam	3 (4)	2 (2)	1 (1)
oxazepam	22 (27)	20 (25)	4 (5)
clobazam	0 (0)	1 (1)	1 (1)
lormetazepam	1 (1)	1 (1)	0 (0)
zolpidem	2 (2)	2 (2)	0 (0)
zopiclone	5 (6)	4 (5)	2 (2)

* Les données sont des effectifs (avec pourcentage).

† Modification du dosage, introduction ou suppression entre M0 et M6.

Il n'a pas été retrouvé de prescription pour les DCI suivantes : bromazepam, buspirone, diazepam, nordazepam, etifoxine, clorazepate, clotiazepam, clonazepam,

3.3.3.2 Médicaments contre la démence

L'évolution de la prescription de médicaments contre la démence se répartissait ainsi : augmentation pour 1 résident (1 %), diminution pour 1 résident (1 %), pas de modifications pour 19 résidents (29 %), non traités pour 60 résidents (75 %).

Les DCI utilisées sont exposées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Prescriptions de médicaments contre la démence par DCI*

DCI	Résidents traité à M0	Résidents traité à M6	Traitements modifiés†
donepezil	3 (4)	3 (4)	0 (0)
memantine	9 (11)	10 (12)	1 (1)
rivastigmine	9 (11)	8 (10)	1 (1)
galantamine	1 (1)	1 (1)	0 (0)

* Les données sont des effectifs (avec pourcentage).

†Modification du dosage, introduction ou suppression entre M0 et M6.

3.3.3.3 Antidépresseurs

L'évolution de la prescription d'antidépresseurs se répartissait ainsi : augmentation pour 5 résidents (6 %), diminution pour 3 résidents (4 %), pas de modifications pour 43 résidents (54 %), non traités pour 30 résidents (37 %).

On note un changement d'antidépresseurs pour un résident, traité par mianserine 10mg à M0 vs sertraline 25mg à M6. Conformément aux méthodes, il a été retenu une augmentation du traitement par antidépresseurs.

Les DCI utilisées sont exposées dans le tableau 4.

Tableau 4 : Prescriptions d'antidépresseurs par DCI*

DCI	Résidents traité à M0	Résidents traité à M6	Traitements modifiés†
escitalopram	13 (16)	12 (15)	1 (1)
fluoxétine	0 (0)	1 (1)	1 (1)
paroxétine	5 (6)	3 (4)	2 (2)
sertraline	8 (10)	10 (12)	2 (2)
duloxétine	1 (1)	1 (1)	0 (0)
venlafaxine	8 (10)	8 (10)	0 (0)
mianserine ‡	12 (15)	12 (15)	5 (6)
mirtazapine	4 (5)	4 (5)	0 (0)
tianeptine	1 (1)	1 (1)	0 (0)
clomipramine	2 (2)	2 (2)	0 (0)
laroxyl	0 (0)	1 (1)	1 (1)

* Les données sont des effectifs (avec pourcentage).

†Modification du dosage, introduction ou suppression entre M0 et M6.

‡Pour 6 patients, la prescription de mianserine était inférieure à 30mg : pour 5 patients à M0 et pour 3 patients à M6.

Il n'a pas été retrouvé de prescription pour les DCI suivantes : citalopram, fluvoxamine, milnacipran, agomelatine, vortioxétine, défanyl, élavil, ludiomil, prothiaden, quitaxon, surmontil, tofranil.

Illustration 1: Antécédents médicaux selon les groupe

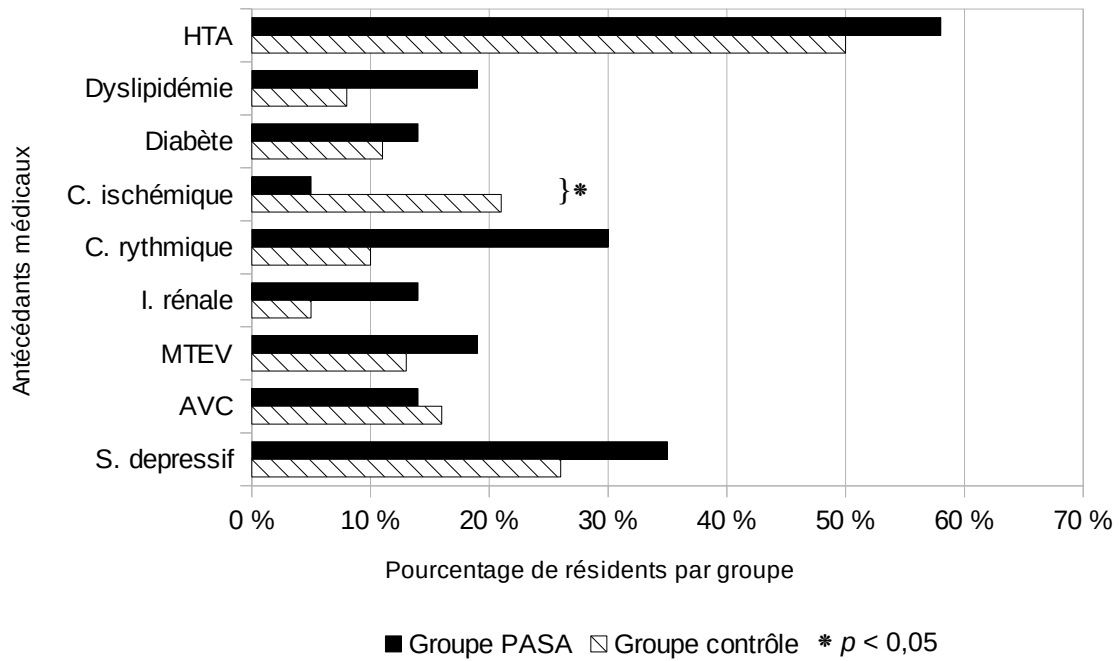
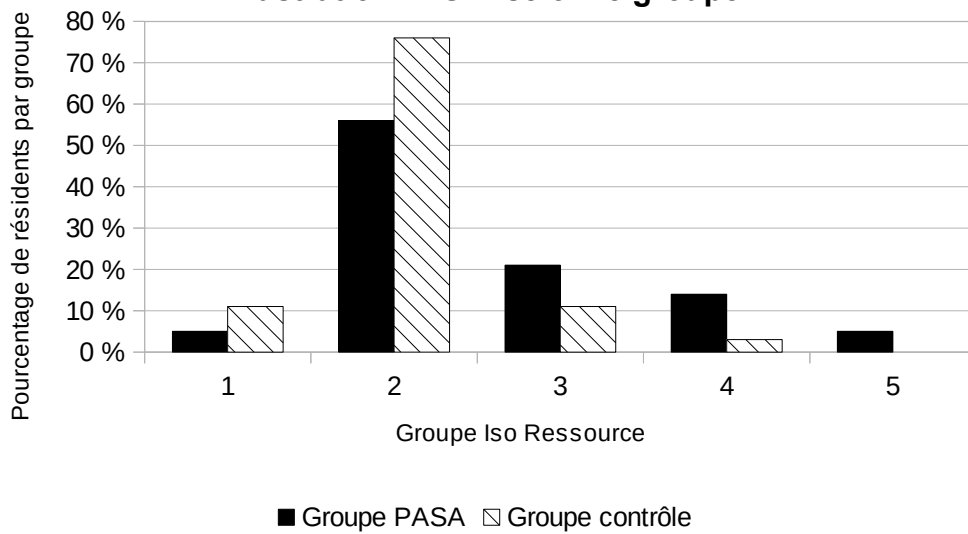


Illustration 2: GIR selon le groupe



3.4 Étude analytique

3.4.1 Caractéristiques générales et morbidités

Illustration 3: Sexe des résidents selon le groupe

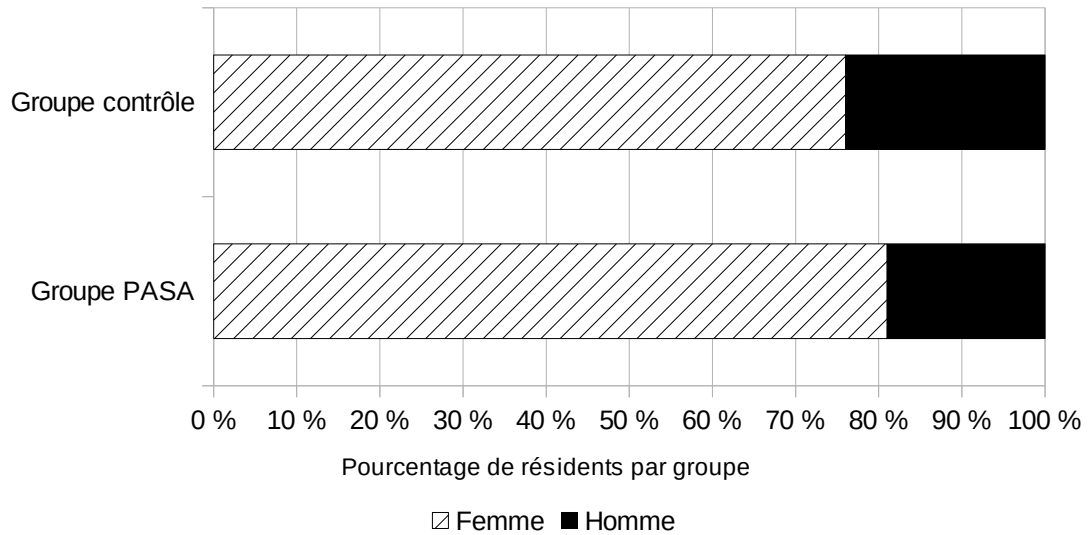
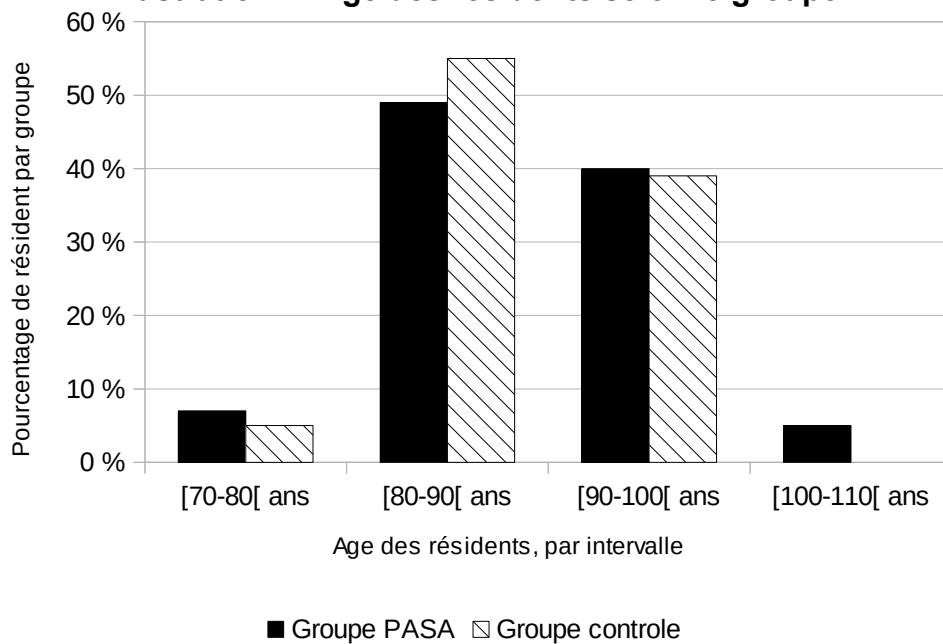


Illustration 4: Âge des résidents selon le groupe



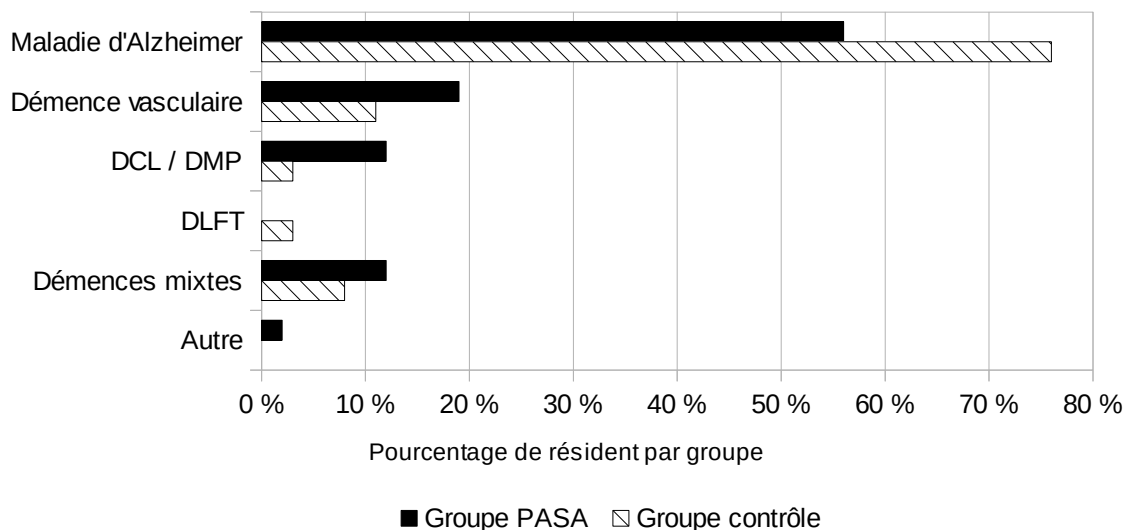
Il n'a pas été observé de différence statistiquement significative entre les groupes pour l'âge et le sexe.

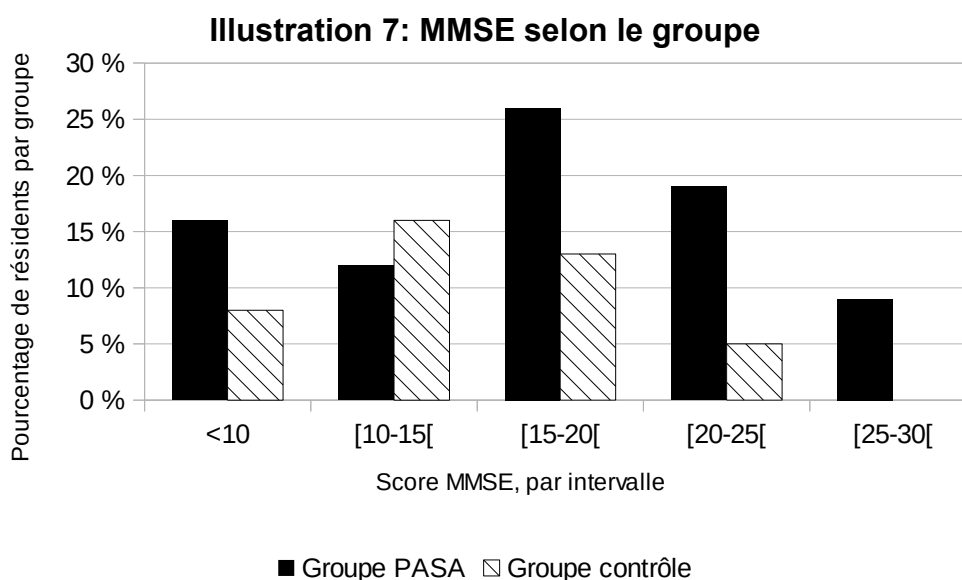
Il n'a pas été observé de différence statistiquement significative entre les groupes pour la présence d'HTA, de dyslipidémie, de diabète, de cardiopathie rythmique, d'insuffisance rénale, d'insuffisance hépatique, d'AVC, de MTEV, de trouble dépressif, de trouble bipolaire, de psychose.

Comparativement au groupe contrôle, les résidents du groupe PASA présentaient moins d'antécédent de cardiopathie ischémique (5 % contre 21 %, $p \approx 0,04$), un GIR plus grand (en moyenne 2,6 contre 2,1, $p \approx 0,006$), et prenait un plus grand nombre de médicaments (en moyenne 3,2 contre 2,8, $p \approx 0,048$).

Cinq résidents (13%) du groupe contrôle présentait un GIR de 3 ou plus, contre 17 résidents (40%) du groupe PASA ($p \approx 0,016$), le GIR moyen pondéré était de 797 dans le groupe contrôle et de 724 dans le groupe PASA.

Illustration 5: Diagnostic de démence selon le groupe





Il n'a pas été observé de différence statistiquement significative entre les groupes pour le diagnostic de démence ou le MMSE.

3.4.2 Troubles du comportement

La prévalence de scores NPI-ES retrouvés différait fortement selon les unités, entre 0 % et 64 % ($p \approx 0,019$). Les caractéristiques des troubles présentées sont repris dans le tableau 5. Les différences observées ne sont pas statistiquement significatives.

Tableau 5 : Scores de sévérité NPI-ES par groupe et par unité

Groupe ou unité *	Nombre de résidents	Score NPI-ES renseignés †	Médiane des scores NPI-ES	Étendue des scores NPI-ES
PASA SP	20	3 (15)	19	[9-38]
PASA SC	12	2 (17)	26	[19-33]
PASA TO	11	0 (0)	////	////
Groupe PASA	43	5 (12)	19	[9-38]
UVP TO	12	2 (17)	48,5	[40-57]
UVP V	13	1 (8)	59	////
UVP SE	13	7 (54)	28	[12-65]
Groupe contrôle	38	10 (26)	48	[12-65]

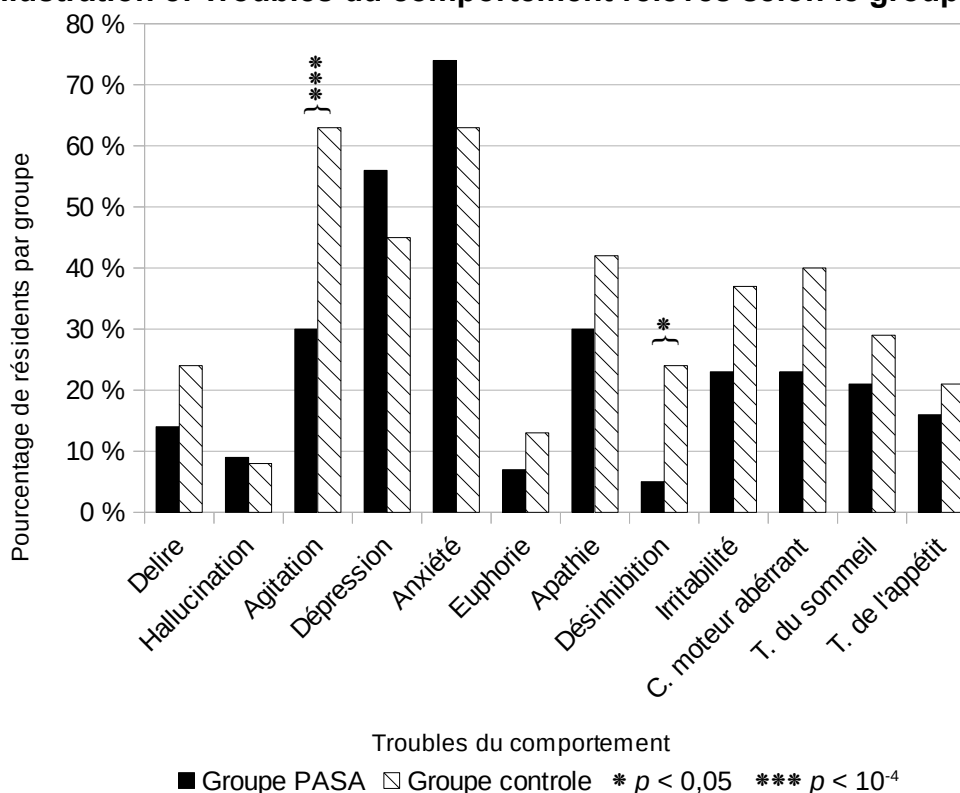
* Par ordre d'apparition : PASA de la résidence Le Château (Saint-Priest), PASA de la résidence du Cercle (Sathonay-Camp), PASA de la résidence Tête d'Or (Lyon), UVP de la résidence Tête d'Or (Lyon), UVP de la résidence Éloïse (Villeurbanne), UVP de la résidence Sainte-Élisabeth (Lyon)

† Les données sont des effectifs (avec pourcentage).

En tenant compte des troubles relevés dans la cotation des scores NPI-ES et des

troubles rapportés dans les dossiers médicaux et les transmissions, les résidents du groupe PASA présentaient en moyenne 3,1 troubles du comportement (ET : 0,9), contre 4,1 en moyenne (ET : 2) pour le groupe contrôle ($p \approx 0,03$).

Illustration 8: Troubles du comportement relevés selon le groupe



La présence d'agitation différait significativement selon les unités ($p < 10^{-4}$) : il était relevé de l'agitation chez 100 % des résidents de l'UVP Sainte-Élisabeth, 67 % des résidents de l'UVP de la Tête d'Or, 50 % des résidents du PASA du Cercle, 25 % des résidents du PASA Le Château, 23 % des résidents de l'UVP Éloïse, 18 % des résidents du PASA de la Tête d'Or, soit pour 30 % des résidents du groupe PASA contre 63 % des résidents du groupe contrôle ($p \approx 0,004$). La présence de désinhibition était moins fréquente dans le groupe PASA (5 % contre 24 %, $p \approx 0,02$).

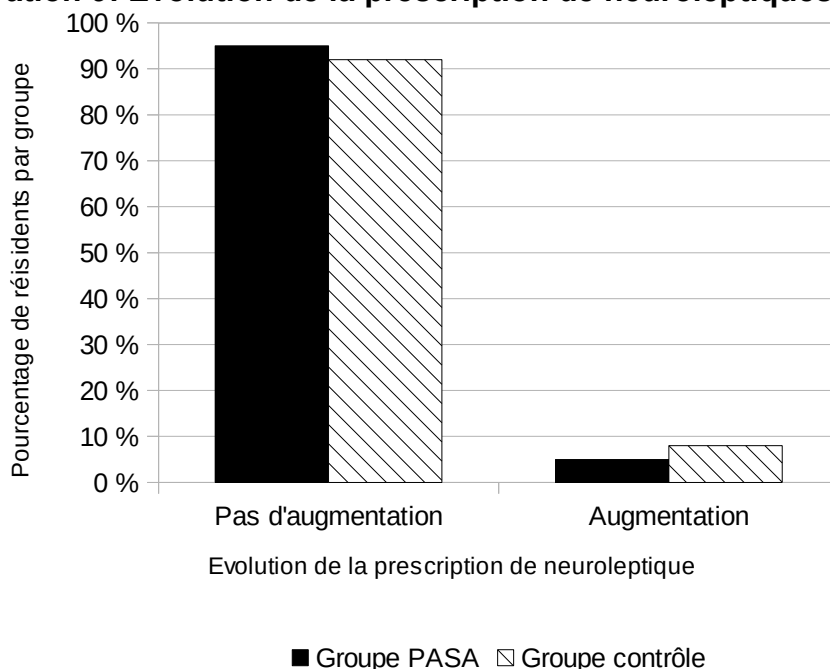
Il n'a pas été observé de différence statistiquement significative pour la présence de délire, d'hallucination, de dépression, d'anxiété, d'euphorie, d'apathie, d'irritabilité, de troubles du sommeil et de troubles de l'appétit.

Le nombre de troubles de comportement par résident était plus important ($p < 10^{-3}$) chez ceux pour qui un score NPI-ES a été retrouvé (moyenne : 5,2 ; ET : 2,5 ; N = 16)

que pour ceux pour qui, en l'absence de score NPI-ES, ont été tenu compte des troubles rapportés dans les dossiers médicaux et les transmissions (moyenne : 3,2 ; ET : 1 ; N = 64).

3.4.3 Critères de jugement principal

Illustration 9: Évolution de la prescription de neuroleptiques selon le groupe

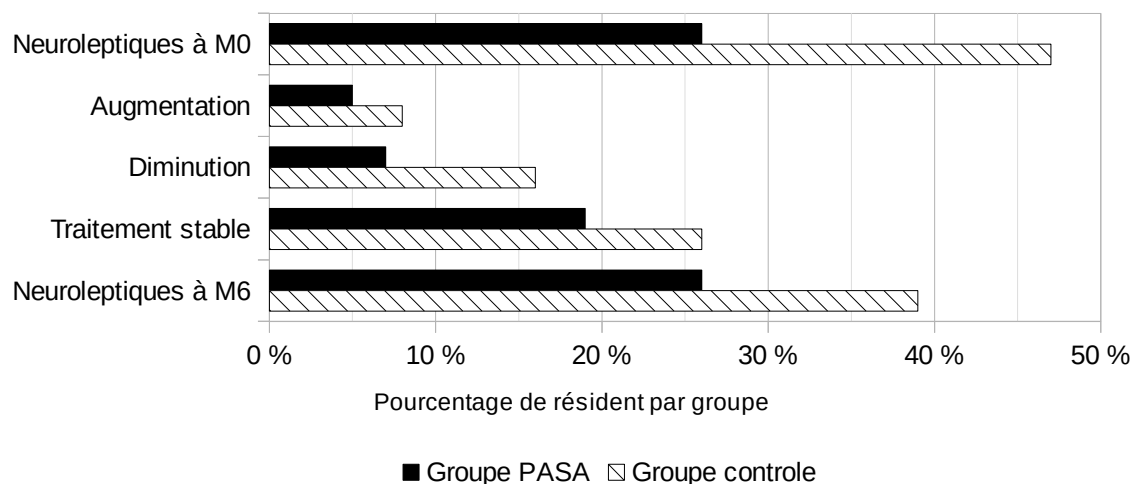


Il n'a pas été observé de différence statistiquement significative sur l'augmentation de la prescription de neuroleptiques selon le groupe ($p \approx 0,89$). Une augmentation de prescription de neuroleptiques a été relevée chez 2 résidents du groupe PASA, soit 5 % des résidents du groupe PASA ($IC_{95} = [5,7 \cdot 10^{-3} ; 0,16]$), et chez 3 résidents du groupe contrôle, soit 8 % des résidents du groupe contrôle ($IC_{95} = [0,017 ; 0,21]$).

3.4.4 Critères de jugement secondaires

3.4.4.1 Prescription de neuroleptiques

Illustration 10: Évolution de la prescription de neuroleptiques selon le groupe



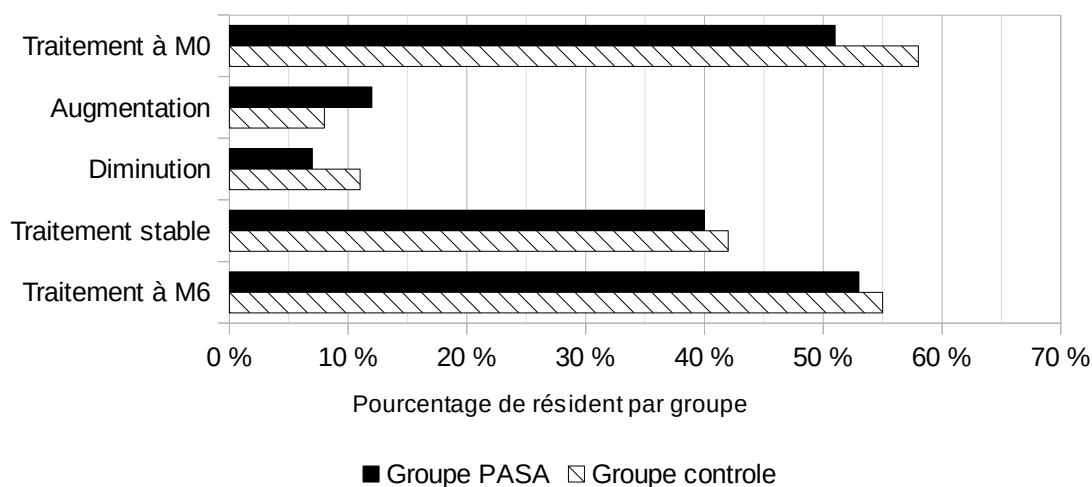
La proportion de patients traités par au moins un neuroleptique parmi les résidents des PASA était de 26 % à M0 et à M6, parmi les résidents des autres unités de 47 % à M0 et 39 % à M6 (respectivement $p \approx 0,063$ et $p \approx 0,235$).

Il n'a pas été observé de différence statistiquement significative dans l'évolution des neuroleptiques de M0 à M6 entre les groupes PASA et contrôle : respectivement 5 % et 8 % des résidents ont vu leur traitement augmenter, 7 % et 16 % ont vu leur traitement diminuer, 19 % et 26 % ont eu un traitement stable, et 70 % et 50 % n'ont pas été traité par neuroleptiques sur la période étudiée.

La dose journalière moyenne des neuroleptiques des résidents traités par neuroleptiques du groupe PASA était de 0,25 à M0 et à M6. Celle des résidents traités par neuroleptiques du groupe contrôle était à M0 de 0,17, à M6 de 0,19. Les différences observées ne sont pas statistiquement significatives.

3.4.4.2 Prescription d'anxiolytiques ou hypnotiques

Illustration 11: Évolution de la prescription d'anxiolytiques ou hypnotiques selon le groupe

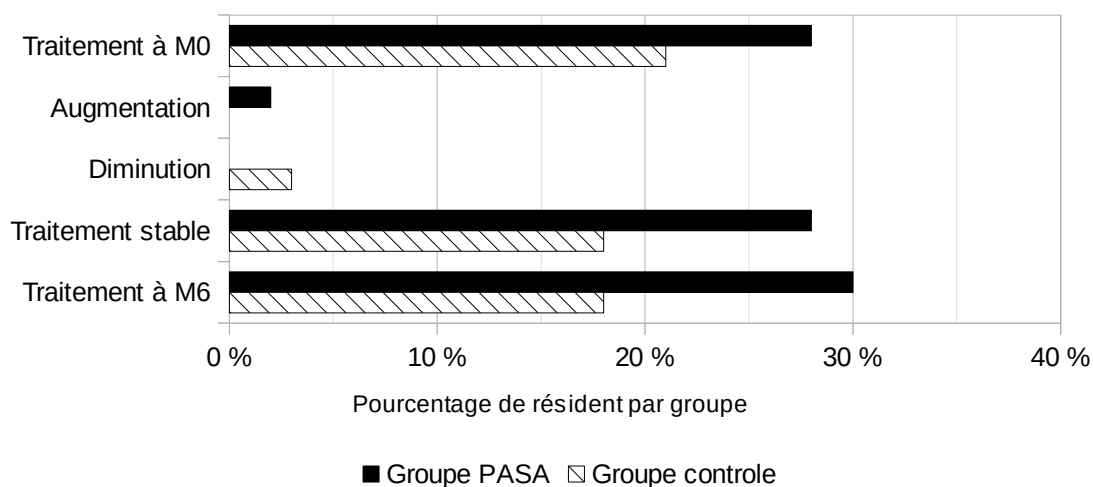


La proportion de patients traités par au moins un anxiolytique ou hypnotique parmi les résidents des PASA était de 51 % à M0 et 53 % à M6, parmi les résidents des autres unités de 58 % à M0 et 55 % à M6 (différences non significative).

Il n'a pas été observé de différence statistiquement significative dans l'évolution des anxiolytiques ou hypnotiques de M0 à M6 entre les groupes PASA et contrôle : respectivement 12 % et 8 % des résidents ont vu leurs traitements augmenter, 7 % et 11 % ont vu leur traitements diminuer, 40 % et 42 % ont eu un traitement stable, et 49 % et 39 % n'ont pas été traité par anxiolytiques ou hypnotiques sur la période étudiée.

3.4.4.3 Prescription de médicaments spécifiques contre la démence

Illustration 12: Évolution de la prescription de médicaments contre la démence selon le groupe

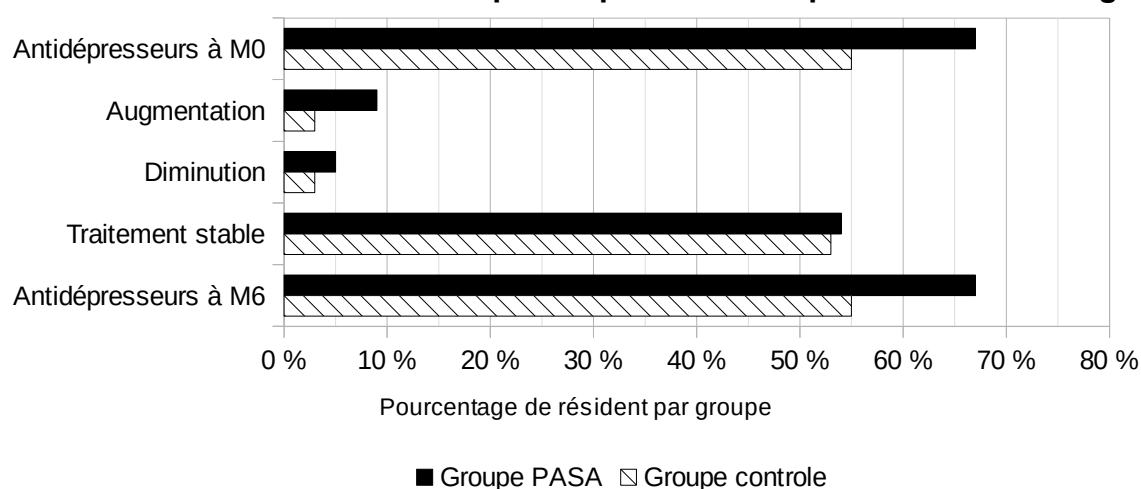


La proportion de patients traités par au moins un médicament contre la démence parmi les résidents des PASA était de 28% à M0 et 30 % à M6, parmi les résidents des autres unités de 21 % à M0 et 18 % à M6 (différences non significative).

Il n'a pas été observé de différence statistiquement significative dans l'évolution des médicaments contre la démence de M0 à M6 entre les groupes PASA et contrôle : respectivement 2 % et 0 % des résidents ont vu leurs traitements augmenter, 0 % et 3 % ont vu leur traitements diminuer, 28 % et 18 % ont eu un traitement stable, et 70 % et 79 % n'ont pas été traité par médicaments contre la démence sur la période étudiée.

3.4.4.4 Prescription d'antidépresseurs

Illustration 13: Évolution de la prescription d'antidépresseurs selon le groupe



La proportion de patients traités par au moins un antidépresseur parmi les résidents des PASA était de 65 % à M0 et 67 % à M6, parmi les résidents des autres unités, 58 % à M0, 55 % à M6 (différences non significative).

Il n'a pas été observé de différence statistiquement significative dans l'évolution des antidépresseurs de M0 à M6 entre les groupes PASA et contrôle : respectivement 9 % et 3 % des résidents ont vu leurs traitements augmenter, 5 % et 3 % ont vu leur traitements diminuer, 53 % et 53 % ont eu un traitement stable, et 33 % et 42 % n'ont pas été traité par antidépresseurs sur la période étudiée.

3.4.5 Analyses post-hoc

Le tableau 6 expose la relation entre la présence d'agitation comme trouble du comportement, et la prescription de neuroleptiques. L'odds ratio du lien entre agitation et prescription de neuroleptiques à M0 ou M6 est de 11 (IC₉₅ = [3,8 ; 31,8]).

Tableau 6 : Relation entre prescription de neuroleptiques et présence d'agitation*

	Pas d'agitation – N = 44	Agitation – N = 37	
Traitement par neuroleptiques à M0	6 (14)	23 (62)	} $p < 10^{-5}$
Traitement par neuroleptiques à M6	7 (16)	19 (51)	} $p < 10^{-3}$

*Les données sont des effectifs (avec pourcentages).

4 Discussion

4.1 Analyse critique des méthodes

Peu d'études ont évalués les conséquences de la mise en place des PASA depuis 2008. À notre connaissance, il s'agit des premiers travaux publiés étudiant les prescriptions de traitements psychotropes, et leurs évolutions, pour les résidents de PASA, par comparaison avec un groupe contrôle vivant dans d'autres unités spécialisés.

Cette étude s'inscrit dans une dynamique de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, en particulier la diminution de la prescription de neuroleptiques chez les patients atteints de syndromes démentiels. Une étude portant sur la mortalité liée aux neuroleptiques chez ces patients auraient probablement nécessité des moyens considérables, que nous ne pouvions pas mettre en œuvre. Nous avons donc choisi un critère intermédiaire, portant sur la prescription de neuroleptiques. Le choix de l'incidence de l'augmentation d'un tel traitement, par rapport à sa prévalence, tient compte des caractéristiques de ce traitement en milieu ambulatoire. Si les différentes recommandations faisant autorités sont unanimes sur la nécessité de limiter, y compris dans le temps, la prescription d'un neuroleptique, de nombreux éléments dans la littérature montrent que ces traitements sont parfois suivis sur de longues durées. Le meilleur moyen d'arrêter un traitement étant parfois de ne pas le commencer, éviter l'introduction ou l'augmentation des doses peut être un moyen de limiter la iatrogénie due aux neuroleptiques.

La situation d'ambiguïté dans l'évolution de la prescription a été tranchée par un critère pragmatique, qui classe tout changement de molécule comme une augmentation. Cette situation est regrettable pour la qualité de l'étude. Il nous semble cependant qu'une analyse par comparaison des doses journalières moyennes aurait donné la même conclusion.

L'intervalle étudié dans cette étude était de six mois. Cette durée nous semble un compromis acceptable entre un plus grand nombre d'observations par patient, et un biais d'attrition plus grand. Une période d'intérêt plus longue que six mois aurait pu permettre des observations à intervalle régulier, par exemple tout les trois mois ou six

mois. Cependant, sur une période plus longue, la population des résidents aurait probablement sensiblement changé entre le début et la fin de l'intervalle. Le nombre moyen de sortie des PASA était en effet en 2012 légèrement supérieur à 1 par mois³⁵.

Les critères d'inclusion de la population étudiée ont permis de réaliser cette étude au plus proche du contexte des malades d'Alzheimer ou de maladie apparentées pris en charge dans une unité spécialisée pour des troubles du comportement. Les caractéristiques observés, portant sur le diagnostic de démence et sa sévérité, les comorbidités et les traitements psychotropes prescrits apporte un éclairage sur cette population.

Concernant la sélection du groupe contrôle, l'objectif était de comparer la prise en charge de résidents pris en charge en PASA et de résidents souffrants de troubles similaires pris en charge dans d'autre structures, quelles qu'elles soient. Nous avons donc sollicité différents EHPAD, leur demandant s'ils prenaient en charge des résidents souffrant de troubles du comportement modérés. De fait, les seules structures, prenant en charge des résidents avec des troubles comparables, dans lesquels notre étude a pu se réaliser, se sont révélé être des UVP. Cette homogénéité dans le groupe contrôle n'était pas prévue, mais ne nous semble pas regrettable. Une alternative à cette démarche aurait été de dépister la présence de troubles du comportements modérés chez des résidents vivants en unité traditionnelle ou en unité spécialisée, par exemple par la réalisation de NPI. Nous ne disposions pas des ressources nécessaire à la réalisation de cette procédure.

La principale limite de cette étude est son manque de puissance. Malgré la prospection de vingt-cinq établissements pour réaliser cette étude, la taille de chaque groupe ne comprend qu'une quarantaine de résidents. La faiblesse de ces effectifs ne nous permet pas de préciser si la faible différence observée sur le critère de jugement principale n'est qu'une fluctuation d'échantillonnage, ou une différence objective. Elle ne nous permet pas non plus de réaliser des analyses multivariées pour limiter les biais de confusions ou en tenir compte.

De nombreux établissements n'ont pas souhaité participer à cette étude, avançant un manque de temps disponible pour me recevoir, ou un refus de la direction. Cette étude se limite donc aux établissements qui ont accepté de participer parmi les établissements sollicités.

Le recueil rétrospectif des données sur dossier a pu occasionner un biais de sélection en ne tenant pas compte des résidents décédés dans l'intervalle ou ayant quittés l'unité. Ce mode de recueil a été choisi pour sa facilité de mise en place, dans un contexte où le temps de présence sur place était précieux. Il a aussi permis de limiter le biais d'attrition, en s'assurant dès l'inclusion que les données nécessaires étaient disponibles.

Les données recueillies se sont limitées aux données saisies au cours du suivi habituel des patients, ce qui a pu occasionner des données parcellaires, en particulier sur l'intensité des troubles du comportement et les antécédents médicaux.

Il existe probablement un biais d'indication dans la répartition des résidents selon les groupes. Le groupe contrôle semble présenter un nombre plus important de sujets agités, le groupe PASA un nombre plus important de sujets relativement autonome. La sévérité des symptômes présentés a probablement une influence sur le choix de l'unité.

L'agitation, en particulier, est un facteur de confusion problématique pour l'évaluation de la prescription de neuroleptiques. La proportion de patients traité par neuroleptiques parmi les patients agités est bien supérieure à celle parmi les patients ne présentant pas d'état d'agitation.

Les groupes ne sont pas parfaitement comparables et d'autres facteurs de confusion peuvent intervenir. Seule une randomisation lors du choix de l'unité aurait pu nous préserver de ce risque, qui n'a pas été réalisée en raison des difficultés éthiques et du coût considérable de cette action.

Cette étude ne précise pas les moyens mis en œuvre pour prendre en charge les résidents selon l'unité. De nombreux paramètres pourraient avoir une influence sur la prescription de neuroleptiques, dont les effectifs et la formation des personnels soignant, les caractéristiques architecturales de l'unité, la qualité des relations entre résidents, les techniques non médicamenteuses de prise en charge des SPCD mises en place, l'implication des médecins traitants dans la lutte contre la iatrogénie, et d'autres non citées. Nous ne pouvons pas préciser la participation de telle ou telle mesure dans l'augmentation ou non de la prescription de neuroleptiques.

La mise en œuvre de ces différentes mesures peut varier selon l'établissement. Il ne nous a pas été possible de documenter les différentes mesures pouvant participer à la réduction de la prescription de neuroleptiques selon l'unité ou l'établissement. Le manque d'outils d'évaluation efficace a été le principal frein à ce recueil. Il nous faut

considérer cette étude comme une évaluation du PASA tel qu'il peut être mis en place, en fonction des choix et contraintes locaux.

Cette étude se déroule dans la troisième agglomération de France. Il est difficile de prétendre extrapoler ces résultats à un contexte péri-urbain ou rural. Il est possible que des facteurs régionaux influencent cette étude, qui pourrait avoir des résultats différents en Île-de-France ou dans d'autres métropoles.

4.2 Commentaire des résultats

4.2.1 Caractéristiques de la population

La population incluse dans cette étude est âgée, en moyenne de 88 ans, et largement féminine, avec ici 79 % de femmes. On retrouve un âge moyen et un sexe ratio similaire dans le rapport d'activité 2012 des PASA ²¹. On remarque une proportion de femme plus marquée que dans les larges études épidémiologiques en population générale, où cette proportion est plus proche des deux tiers^{23,24}. Les facteurs avancés pour expliquer cette différence sont la plus grande prévalence des démences chez les femmes, en particulier après 85 ans, et une survie plus longue après le diagnostic de démence^{23,25}.

Les comorbidités les plus fréquemment retrouvées parmi les résidents inclus sont : HTA (55 %), syndrome dépressif (31 %), cardiopathie rythmique (21 %), MTEV (16 %), AVC (15 %), dyslipidémie (14 %), diabète et cardiopathie ischémique (12 %), insuffisance rénale (10 %). Plus rarement, ont été retrouvés : trouble bipolaire (2 %), insuffisance hépatique et psychose (1 %). On retrouve, dans la littérature portant sur les comorbidités de patients souffrant de syndromes démentiels, une forte prévalence d'HTA, de syndrome dépressif, d'AVC, de dyslipidémie, d'insuffisance rénale, à des fréquences proches de celles retrouvées dans les quelques études réalisés dans cette population^{41,42}. La prévalence de diabète est habituellement supérieure à celle retrouvée (entre 15 et 30 %), ce qui fait émettre l'hypothèse de sous-estimation de cette pathologie dans certaines unités. La présence de cardiopathie rythmique est habituellement inférieure à celle retrouvée (7 à 10 %). La prévalence d'antécédent de MTEV est ici bien supérieure à celle d'antécédent de thrombophlébite, observée dans une étude (16 % vs 1 %). Sans parvenir à la chiffrer, l'inclusion des embolies pulmonaires dans le champ des MTEV explique une partie de cette différence. Il est possible que pour les patients de cette étude, des antécédents de thromboses superficielles aient été rapportées comme « phlébite », et relevées comme antécédents

de MTEV. Cette hypothèse est cohérente avec la prévalence des thromboses veineuses superficielles, proche de 10 % en population générale²⁶.

La présence d'un antécédent de cardiopathie ischémique est significativement différente entre le groupe PASA et le groupe contrôle (5 % vs 21 %, $p \approx 0,04$). La prévalence de cet antécédent dans le groupe PASA semble cohérent avec la prévalence retrouvée dans une étude²⁷. Nous ne disposons pas d'hypothèse pour expliquer la prévalence plus importante de cardiopathie ischémique dans le groupe contrôle. Cette prévalence est élevée dans deux unités sur les trois du groupe contrôle. Cette relation entre Unité de Vie Protégée et cardiopathie ischémique serait à confirmer par des études ultérieures. Tenant compte de l'inflation du risque alpha consécutive aux tests multiples, et de la faible significativité de cette relation, il reste possible que ce lien soit une coïncidence.

Il existe une différence statistiquement significative dans la comparaison des GIR des résidents des groupes contrôle et PASA. Cette différence s'explique par une proportion plus importante de résidents de GIR 3 ou plus dans le groupe PASA par rapport au groupe contrôle, respectivement 40 % et 13 %. Le GIR le plus souvent relevé dans chaque groupe est le GIR 2, pour 56 % des résidents du groupe PASA et 76 % des résidents du groupe contrôle. Ces résultats révèlent que les deux groupes présentent chacun une majorité de résidents GIR 2, dépendants pour de nombreux gestes de la vie quotidienne et conservant une certaine autonomie de déplacement, mais que le groupe PASA présente une minorité plus importante de résidents ayant conservés une relative autonomie. Par comparaison, le GIR moyen pondéré moyen de l'ensemble des PASA en 2012³⁵ était de 706, proche du GIR moyen pondéré du groupe PASA de 724.

Le nombre moyen de médicaments par résident était de 6,7 pour l'ensemble des résidents. À titre de comparaison, une étude portant sur un échantillon de bénéficiaires de l'Assurance Maladie retrouvait un nombre médian de médicaments par patients de 10 en 2011²⁸. On peut émettre l'hypothèse que pour les résidents de notre étude, les prescriptions médicamenteuses ont été pondérées par le diagnostic de démence, par exemple pour limiter les interactions médicamenteuses potentiellement néfastes. Il n'a pas été observé de différence statistiquement significative entre les deux groupes sur ce critère.

Le diagnostic de démence le plus fréquent était celui de maladie d'Alzheimer pour 66 % des résidents inclus, soit pour 56 % des résidents du groupe PASA, et pour 73 % des

résidents du groupe contrôle, différence statistiquement non significative. Ce taux est légèrement supérieur à celui retrouvé dans l'ensemble des PASA en 2012³⁵ qui était de 49 %. Le diagnostic de démence vasculaire est retrouvé chez 15 % des résidents inclus, et celui de démence mixte chez 10 % des résidents inclus, sans différence statistiquement significative entre les groupes PASA et contrôle. Ces proportions sont proches de celles retrouvées dans la littérature parmi les patients souffrant de syndrome démentiel, habituellement plus proche de 10 % de démences vasculaires et 20 % de démences mixtes. On remarque dans cette étude une proportion inhabituelle de démences à corps de Lewy ou de démences de la maladie de Parkinson, de 7 % de l'ensemble des résidents inclus. Dans la littérature⁴⁵, cette prévalence est habituellement estimée à 3 % en additionnant ces deux diagnostics. On note un cas de démence fronto-temporale dans le groupe contrôle, qui est dans la littérature un diagnostic peu fréquent²⁹ (environ 1 % des démences). Dans le groupe PASA se présente un cas de résident présentant un syndrome de Gayet-Wernicke sans autre diagnostic de démence. Ce diagnostic n'est habituellement pas cité dans les maladies apparentées à la maladie d'Alzheimer, et on peut s'interroger sur le fait que cet inclusion respecte le cahier des charges du PASA. D'un point de vue pragmatique, la participation d'un résident souffrant de troubles mnésique à des « ateliers mémoire » dans le cadre d'un PASA semble adaptée.

La réalisation du MMSE est épisodique. Lors de troubles cognitifs sévères la réalisation de ce test est ressentie par certains soignants comme une souffrance pour le patient. Il me semble plus fréquemment réalisé lors de l'admission, d'un changement d'unité ou d'une consultation spécialisée externe qu'au cours du suivi, d'où une ancienneté moyenne de la réalisation de ce score de 17 mois à l'inclusion dans l'étude. Le score médian dans cette étude était de 15, sans différence statistiquement significative entre les groupes. Ce résultat est comparable avec la moyenne des scores à l'admission de 14,3 pour l'ensemble des PASA en 2012²¹.

La proportion de patients pour lesquels un score NPI-ES a été retrouvé était faible (19 %), fortement dépendant de l'établissement, et semble indépendant du type d'unité. Au vu du petit nombre de cas, les différences observées ne sont sans surprise pas statistiquement significatives. Il semble que dans certains établissements les équipes pratiquent régulièrement une évaluation formelle de ces troubles par NPI, tandis que d'autres réalisent une évaluation plus qualitative. De fait, il a été possible de réaliser

une évaluation des troubles du comportement pour tout les résidents à l'aide des transmissions et dossiers médicaux.

La médiane de l'ensemble des scores de sévérité NPI-ES retrouvés était de 35,2 ce qui est élevé par rapport au score moyen de 20 dans les rapports d'activités 2012 des PASA³⁵. Par comparaison, le score moyen à l'entrée en UHR était de 36,5 selon leurs rapports d'activité 2012³⁵. On remarque que les scores retrouvés chez 5 résidents du groupe PASA sont plus proches (médiane 19, maximum 28) du score moyen retrouvé dans rapports d'activités que ceux des patients du groupe contrôle (médiane 40). Il est difficile de conclure sur d'aussi faibles échantillons. Les résidents du groupe contrôles pourraient avoir, par rapports aux résidents du groupe PASA des troubles du comportement plus importants, en fréquence ou en intensité, comme suggéré par la comparaison des médianes des groupes. Alternativement, les résidents pour lesquels un NPI-ES a été réalisé pourraient être plus fréquemment ceux ayant des troubles importants du comportement, par exemple à l'occasion d'une demande d'avis spécialisé à ce sujet. Cette hypothèse est étayée par les scores des résidents de l'EHPAD Sainte-Élisabeth, retrouvés pour 54 % des résidents. Avec une médiane de 28, ces scores sont plus proches de ceux des résidents de PASA. Il est possible que la médiane du groupe contrôle serait plus basse si nous disposions de scores pour plus que 12 % des résidents dans les deux autres unités du groupe contrôle.

La recherche de troubles du comportement rapportés par les professionnels de santé dans les dossiers médicaux et les transmissions a été un complément indispensable pour la description des troubles du comportement présentés par les résidents. Par rapport aux scores NPI-ES, cette recherche semble sous estimer la diversité des troubles. Le nombre moyen de troubles différents rapportés par résident était de 3,2 par ce moyen, contre 5,2 domaines cotés en moyenne dans les scores NPI-ES. Il est possible que les troubles jugés mineurs par les équipes, pour leurs intensités ou leurs retentissements, ne soient pas rapportés. Il est aussi possible que les patients ayants le plus de troubles du comportement soient ceux pour lesquels a été plus fréquemment réalisé un score NPI-ES.

Les résidents du groupe contrôle présentaient une plus grande diversité de troubles du comportements, avec en moyenne 4,1 troubles contre 3,1 pour ceux du groupe PASA. Cette plus grande diversité soulève l'hypothèse de troubles plus sévères, ou dont le retentissement, pour le patient ou les équipes, a plus fréquemment occasionné une

notification.

L'anxiété (pour 70 % des résidents), la dépression (51 %), l'agitation (46 %) et l'apathie (36 %) sont les troubles du comportements les plus souvent rapportés dans cette étude, comme dans d'autres études portant sur les troubles du comportement liés à la maladie d'Alzheimer et démences apparentées⁴, y compris chez les résidents de PASA²¹.

Il est plus souvent rapporté des épisodes d'agitation et de désinhibition chez les résidents du groupe contrôle que chez ceux du groupe PASA. L'agitation est un trouble dont la fréquence augmente avec la sévérité⁴. Cette différence est en faveur de troubles plus sévères pour les patients du groupe contrôle.

Les résidents du groupe PASA de cette étude nous semblent représentatifs de la population des résidents fréquentant un PASA en France. Les résidents du groupe contrôle semblent présenter des caractéristiques similaires, avec cependant des troubles du comportement, en particulier des épisodes d'agitation, plus fréquents. Cette différence illustre le biais de sélection que présente cette étude. Il est probable que les « Unités de Vie Protégées » hébergent pour une part des résidents comparables à ceux fréquentant des PASA, et pour une part des patients présentant des troubles plus sévères que les premiers.

4.2.2 Critère de jugement principal

L'augmentation de la prescription de neuroleptiques dans les deux groupes ne présente pas de différences significatives entre eux : 5 % des résidents du groupe PASA ont eu une augmentation de la prescription de neuroleptiques, contre 8 % des résidents du groupe contrôle. Cette différence représente un cas supplémentaire dans le groupe contrôle.

Cette incidence de l'augmentation de la prescription de neuroleptiques est cohérente avec les précédents travaux publiés sur des malades d'Alzheimer ou de maladie apparenté fréquentant un PASA¹⁸⁻²⁰.

Le faible effectif global de cette étude ne nous permet pas d'exclure qu'il existe une différence, faible, entre l'augmentation de la prescription de neuroleptiques des résidents des PASA et des résidents présentant des troubles similaires pris en charge dans des « Unités de Vie Protégées ». La mise en évidence d'une différence significative de 5 % supplémentaire dans le groupe contrôle aurait nécessité 425 patients dans chaque bras. Nous ne disposions pas des moyens nécessaires pour

mettre en évidence une si faible différence en débutant cette étude.

L'augmentation de la prescription de neuroleptiques est jugée modérée pour les deux groupes. Rapporté à la taille d'une unité spécialisée Alzheimer, d'environ 12 à 14 patients, cela représente environ un patient pour lequel une augmentation du traitement par neuroleptiques est prescrite, sur six mois.

4.2.3 Critères de jugement secondaires

4.2.3.1 Prescriptions de neuroleptiques

Les principaux traitements neuroleptiques prescrits étaient la rispéridone, le tiapride et l'olanzapine. Les autres DCI semblent plus anecdotiques. Ces données sont cohérentes avec les indications des AMM des principales spécialités contenant les deux premiers. La rispéridone est indiquée pour le traitement de courte durée (jusqu'à 6 semaines) de l'agressivité persistante chez les patients présentant une démence d'Alzheimer modérée à sévère, le tiapride pour le traitement de courte durée des états d'agitation et d'agressivité, notamment chez le sujet âgé. L'olanzapine est indiquée pour le traitement de la schizophrénie, des épisodes maniaques et du trouble bipolaire, pathologies que ne présentent pas la plupart des résidents, au vu des antécédents médicaux rapportés. Son usage est recommandé, hors AMM, par l'HAS, en cas d'échec des mesures non médicamenteuses, dans ses recommandations sur la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées⁴. La rispéridone est recommandée dans les mêmes conditions. Le tiapride n'est pas formellement recommandé, mais son usage y est décrit comme relevant de la pratique clinique courante pour des états d'agitation.

Parmi les résidents des PASA, 26 % étaient traités par neuroleptiques à M0 et M6. Cette proportion est proche de celle retrouvée (un sur quatre) dans d'autres études portant sur des résidents de PASA^{20,21}.

Parmi les résidents des EHPAD du groupe contrôle, on note une plus grande fréquence de prescription de neuroleptiques (47 % à M0, 39 % à M6), sans que cette différence soit statistiquement significative. Il est possible qu'un manque de puissance de cette étude, comme évoqué précédemment, explique l'absence de significativité de ce résultat. Il est par ailleurs possible que la présence plus fréquente d'agitation parmi les résidents du groupe contrôle explique en partie cette différence, et soit un biais de confusion.

L'analyse post-hoc du lien entre la présence d'agitation parmi les troubles du comportement rapportés par la cotation d'un NPI-ES ou dans les transmissions et dossier médicaux, et la prescription de neuroleptiques, montre à ce propos une corrélation forte (OR de 11). Cette corrélation n'est pas surprenante, il s'agit du principal symptôme pouvant justifier d'un traitement par neuroleptiques, en particulier rispéridone et olanzapine, selon les recommandations de l'HAS⁴.

L'étude des doses journalières moyennes est d'un apport limité, en raison du manque de puissance statistique ne permettant pas de mettre en évidence de différences significatives. La dose journalière moyenne semble plus élevée dans le groupe PASA. La dose journalière moyenne semble stable entre M0 et M6 pour chaque groupe. Les doses de neuroleptiques prescrites dans cette étude sont modérée. Parmi un échantillon de 7169 assurés sociaux souffrant de démence, la dose journalière moyenne des patients traités par neuroleptiques était d'environ 0,40 en 2011³⁰. La dose journalière moyenne dans notre étude est significativement plus basse.

Il existe une stabilité dans la prescription de neuroleptiques pour un grand nombre de résidents : pour dix résidents traités par neuroleptiques à M0, six ont un traitement identique à M6. Rapporté à l'ensemble des résidents, cela représente un résident sur cinq. Cette stabilité se retrouve dans les deux groupes sans différence significative. L'HAS, en raison d'un risque plus élevé de décès et d'accident vasculaire cérébral, recommande de limiter la prescription de neuroleptiques dans le temps, et de réévaluer fréquemment, au moins de manière hebdomadaire, les objectifs, les bénéfices attendus, la tolérance et les risques de cette prescription⁴. Les résultats de cette étude suggèrent que ces recommandations de réévaluation fréquentes ne permettent pas de limiter efficacement la durée de prescription des neuroleptiques. La prescription d'un neuroleptique peut être assimilée à un traitement chronique pour 22 % des résidents d'unités spécialisées ayant des troubles du comportement modérés dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée.

Cette étude ne permet pas de préciser l'existence ou non de réévaluations fréquentes de cette prescription. La fréquence de ces réévaluations ne fait pas l'objet d'un consensus dans la littérature : certains auteurs recommandent une réévaluation hebdomadaire, d'autres à un intervalle plus large ou laissé à l'appréciation du praticien⁴.

Dans une étude explorant les motivations des modifications ou non d'un traitement neuroleptique à la sortie d'un séjour hospitalier, la persistance des troubles malgré le

traitement est la principale cause de poursuite du traitement³¹. La pression exercée par les proches ou soignants habituels en faveur du maintien de ce traitement est parfois évoquée. Il me semble regrettable de persister dans la prescription d'un traitement aux risques avérés, lorsque son efficacité semble insuffisante. La dé-prescription d'un neuroleptique pour inefficacité est peut être une action difficile à mettre en place dans le quotidien des soins à domicile, nécessitant l'adhésion des proches et des soignants habituels du patient à cette prise en charge et la mise en place de traitements non-médicamenteux dont l'organisation peut être difficile, en particulier à domicile.

Dans un contexte de diminution du nombre de médecins généralistes pour l'ensemble du territoire, les résidents d'EHPAD éprouvent des difficultés à recevoir la visite d'un médecin libéral, selon un rapport parlementaire de 2018³². Selon les régions, et l'intensité des tensions démographiques, le renouvellement des traitements peut ne pas faire l'objet d'une visite, mais uniquement d'une prescription faxée. L'établissement peut aussi se trouver dans l'obligation de trouver un nouveau médecin lorsque celui suivant habituellement le résident ne veut ou ne peut plus se déplacer. Ce nouveau médecin est parfois toujours renouvelé : l'association SOS médecin rapporte 16 000 visites annuelles au titre de la continuité des soins en EHPAD. Ces difficultés ne permettent pas la réalisation d'une réévaluation fréquente d'une prescription de neuroleptiques, après réévaluation de la balance bénéfices/risques, comme recommandée par la littérature et les autorités sanitaires.

Le temps nécessaire pour réaliser une visite en EHPAD, jugé chronophage, est le principal facteur avancé pour expliquer ces difficultés. La présence de soignants jour et nuit en EHPAD pourrait être un facteur aggravant, en donnant l'impression au médecin que le résident est pris en charge par l'institution, et que sa prise en charge est « moins urgente ».

L'action des médecins coordonnateurs, à la lecture des dossiers médicaux, m'a semblé bénéfique pour cette réévaluation. J'ai constaté que leurs évaluations ré-actualisent régulièrement l'intérêt d'une réévaluation du traitement par neuroleptiques. Leurs recommandations semblent régulièrement suivies par les médecins traitant. La limitation de prescription des médecins coordonnateurs aux situations d'urgences peut être vue comme une limite à leur action sur la réévaluation des traitements de leurs résidents. Certains médecins coordonnateurs sont aussi médecins traitant d'une part importante des résidents. Cette double fonction me semble avoir une action positive sur

la prise en charge de ces patients, et pourrait faire l'objet d'études ultérieures pour l'explorer. A l'inverse, la limitation de prescription peut permettre la prise de recul nécessaire à la réalisation de ses missions. Dans la pratique, les contraintes démographiques de la profession de médecin n'épargne pas les médecins coordonnateurs : les médecins coordonnateurs sont parfois obligés de pallier l'absence de médecins traitants, et un tiers des EHPAD seraient dépourvus de médecins coordonnateurs³².

4.2.3.2 Prescriptions d'anxiolytiques ou hypnotiques

Les principaux traitements anxiolytiques prescrits étaient l'oxazepam et l'alprazolam. Il s'agit de molécules à demi-vie courte et sans métabolite actif, dont le choix est recommandé par l'HAS⁴. On note une faible prévalence de l'hydroxyzine, dont l'usage est déconseillé en raison du risque d'effets indésirables anticholinergiques. On remarque que 9% des résidents sont traités par zolpidem ou zopiclone. Ces molécules sont celles recommandées en cas d'insomnie après échec des mesures comportementales ou d'hygiène de vie. La prescription de clobazepam pour un résident est secondaire à la survenue de crises comitiales (indication précisée dans le dossier médical).

La proportion de patients traités par anxiolytiques ou hypnotiques était stable dans le temps (54 % des résidents), et sans différence significative entre les groupes PASA et contrôle. Pour l'ensemble des résidents des PASA en 2012, 20 % était traité par hypnotiques et 35 % par anxiolytiques²¹. La prescription d'anxiolytiques semble ici plus élevée, et la prescription d'hypnotiques plus basse, si le critère retenu est la classe ATC des molécules. Nous ne disposons pas d'indications de traitements pour conclure.

Une proportion notable des résidents de cette étude ont eu une modification de ce traitement : un patient sur dix a vu une augmentation de ce traitement, et autant ont vu une diminution. Ce résultat est en faveur d'une réévaluation régulière des anxiolytiques et hypnotiques, conformément aux recommandations de ces classes thérapeutiques. Ce résultat étaye l'hypothèse que les réévaluations des traitements des malades d'Alzheimer ou de maladies apparentées sont réalisées par les médecins prenant en charge ces patients, mais que la fréquence de réévaluation est limitée par des contraintes démographiques et liées à l'organisation des soins.

4.2.3.3 Prescriptions de médicaments contre la démence

Les principaux médicaments spécifiques contre la démence utilisés sont la mémantine et la rivastigmine, pour 11 % des résidents chacun. La donepezil est prescrite pour 4 %

des résidents, la galantamine pour 1 %. Cette ordre de fréquence est similaire à celui retrouvé dans l'étude de Fone Tchoura portant sur des EHPAD des Landes ³³, mais d'autres études retrouvent des fréquences plus élevée ¹⁸.

La prescription de médicaments spécifique contre la démence est ici stable dans le temps, avec deux patients (parmi 81) ayant eu une modification de traitement sur six mois, l'un à la baisse (arrêt du traitement) dans le groupe contrôle, l'autre à la hausse (instauration d'un traitement) dans le groupe PASA.

La proportion de patients traité par un traitement spécifique contre la démence varie selon les EHPAD entre 15 % et 36 %, sans que cela semble lié à la présence d'un PASA ou non. Il est possible que, dans la controverse dont font l'objet les médicaments spécifique contre la démence, les pratiques de prescriptions diffèrent entre médecins, et suffisent à expliquer la différence observée^{34,35}. Cette étude n'est pas en mesure d'appuyer cette hypothèse.

4.2.3.4 Prescriptions d'antidépresseurs

Les principaux traitements antidépresseurs prescrits étaient l'escitalopram, la miansérine, la sertraline, la venlafaxine, puis la paroxétine et la mirtazapine. La sertraline et le citalopram ont montré une réduction modeste de l'agitation dans la démence, selon une revue de la littérature³⁶. L'escitalopram, énantiomère du citalopram, est réputé aussi efficace que le citalopram, et mieux toléré. Ces éléments peuvent expliquer leurs proportions respectives. Il existe une incertitude sur le motif de prescription de la miansérine : celle ci peut être utilisée comme hypnotique à faible dose. C'est le cas de 6 % des résidents à M0 et 4 % à M6.

Les résidents du groupe PASA, dans cette étude, sont plus souvent traités par antidépresseurs que les résidents du groupe contrôle (67 % vs 58%), sans que cette différence soit statistiquement significative. Les rapports d'activités 2012 des PASA rapportent qu'environ 40 % des résidents sont régulièrement traités par antidépresseurs ²¹, plusieurs études dans cette population ont retrouvé un taux plus proche de 50 %^{20,37}. Les résidents de cette étude semblent plus souvent traité par antidépresseur que les résidents des PASA en 2012, et cette différence est plus marquée pour les résidents du groupe PASA. Il est difficile de se prononcer sur la signification de ce résultat.

La prévalence des antidépresseurs était relativement stable au cours de la période étudiée, avec un nombre similaire d'augmentation et de diminution de traitement.

5 Conclusions

Cette étude s'inscrit dans un contexte de prise de conscience des effets délétères de la polymédication des patients âgés, et de la iatrogénie importante des psychotropes dans cette population, en particulier des neuroleptiques. Les autorités sanitaires, depuis une dizaine d'années, agissent pour limiter la prescription de ces médicaments, par la publications de mises en gardes et de recommandations de bonne pratique limitant leur usage, par la promotion de thérapies non médicamenteuses des troubles psycho-comportementaux liés aux démences, et par le financement de structures adaptées à la prise en charge de ces patients.

Il s'agissait d'une étude comparative rétrospective, réalisée à partir des dossiers médicaux des résidents de 3 PASA et de 3 Unités de vie protégées de l'agglomération lyonnaise. Son objectif principal était la comparaison de l'augmentation de la prescription des neuroleptiques selon le type de structure fréquenté. Ses objectifs secondaires étaient la comparaison des caractéristiques des neuroleptiques, des anxiolytiques ou hypnotiques, des médicaments contre la démence, et des antidépresseurs prescrits. Les caractéristiques des résidents des UVP du groupe contrôle dans cette étude sont proche de celles des résidents des PASA. La présence plus fréquente d'états d'agitation pour les premiers est la différence observée la plus marquante. Les UVP semblent héberger pour une part des résidents comparables à ceux fréquentant des PASA, et pour une part des patients présentant des troubles plus sévères que les premiers.

Cette étude ne met pas en évidence de différences significatives dans l'évolution de la prescription de neuroleptiques sur six mois entre le groupe de résident prise en charge dans des PASA et le groupe de résident pris en charge dans des UVP.

Il n'a pas été mis en évidence de différences statistiquement significatives dans les caractéristiques des prescriptions de neuroleptiques des deux groupes étudiés. On note cependant une tendance à une prescription de neuroleptiques plus fréquente dans le groupe contrôle.

La prescription d'un neuroleptique est chronique pour 20 % des patients, avec un traitement identique sur six mois. Différents facteurs, parmi lesquels les représentations des médecins, des proches et des soignants, l'organisation de la prise en charge des

malades d'Alzheimer ou de maladies apparentées à domicile ou en EHPAD, et l'évolution de la démographie sont des pistes à explorer pour en comprendre les causes et diminuer la prévalence des traitements par neuroleptiques dans cette population

Plus de la moitié des résidents sont traité par anxiolytique ou par hypnotique, sans différence significative entre les groupes. La prescription de médicaments contre la démence est variable selon les unités, entre un tiers et un sixième, sans différence significative entre les groupes. La prescription d'antidépresseur semble plus fréquente dans cette études que dans la littérature, et cette différence est plus marqué pour les résidents des PASA (67 %) que du groupe contrôle (58%), sans que ces différences soient ici significatives.

Les résultats de cette études sont encourageant. Ils suggèrent qu'une prise en charge adaptée des malades d'Alzheimer ou de maladies apparentée permettent de limiter l'augmentation de la prescription de neuroleptiques dans cette population. Cet effet ne semble pas spécifique d'un type de structure particulier comme les PASA. Cette hypothèse pourrait être confirmé par des études comparatives plus vastes, idéalement multicentriques.

6 Bibliographie

1. INSERM. La maladie d'Alzheimer et les autres démences / Maladies neurodégénératives / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-neurodegeneratives/La-maladie-d-Alzheimer-et-les-autres-demences>
2. International Psychogeriatric Association. The Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Northfield: IPA; 2003.
3. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44:2308-2308.
4. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Argumentaire. [Internet]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009 [cité 12 nov 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_819667/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement-perturbateurs
5. Haute Autorité de Santé - Limiter la prescription de neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer [Internet]. [cité 17 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_885227/fr/limiter-la-prescription-de-neuroleptiques-dans-la-maladie-d-alzheimer
6. Singh RR, Nayak R. Impact of FDA Black Box Warning on Psychotropic Drug Use in Noninstitutionalized Elderly Patients Diagnosed With Dementia: A Retrospective Study. *J Pharm Pract*. 2016;29:495-502.
7. Arrêté du 29 mai 2018 portant radiation de spécialités pharmaceutiques de la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.
8. Butcher Howard Karl, Holkup Patricia A., Park Myonghwa, Maas Meridean. Thematic analysis of the experience of making a decision to place a family member with Alzheimer's disease in a special care unit. *Res Nurs Health*. 2001;24:470-80.
9. Perrin-Haynes J., Chazal J., Chantel C., Falinower I. Les personnes âgées en institution. DREES; 2011. (Dossiers solidarité et santé). Report No.: 22.
10. Ragneskog Hans, Gerdner Linda A., Hellström Lisbeth. Integration of lucid individuals and agitated individuals with dementia in different care units. *J Clin Nurs*. 2008;10:730-6.
11. NORMANN null, ASPLUND null, NORBERG null. Attitudes of Registered Nurses towards patients with severe dementia. *J Clin Nurs*. 2001;8:353-9.
12. Hannan S, Norman I, J. REDFERN S. Care Work and Quality of Care for Older People: A Review of the Research Literature. *Rev Clin Gerontol*. 2001;11.
13. Villars H, Gardette V, Sourdet S, Lavallart B, Flouzat J-P, Nourhashémi F, et al. Unités spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement: réflexion sur les critères de définition et missions. *Cah Année Gérontologique*. 2009;1:48-66.
14. Lebert F, Plets M, Knaff I, Pasquier F, Hourtoule J-L. Des cantous d'hier aux unités de vie Alzheimer de demain. *Rev Hosp Fr*. 2002;58-62.
15. Lai CK, Yeung JH, Mok V, Chi I. Special care units for dementia individuals with behavioural

- problems. In: The Cochrane Library [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [cité 16 avr 2018]. Disponible sur: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006470.pub2/full>
16. Direction générale de l'action sociale. Cahier des charges relatif aux pasa et uhr pour une prise en charge adaptée en ehpad et en usld des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement [Internet]. [cité 17 août 2018]. Disponible sur: <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/doc/annexe-8-2.doc>
 17. ANESM. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur : « L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) » [Internet]. Saint-Denis : Anesm; [cité 12 juill 2017]. Disponible sur: http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article1187&var_mode=calcul
 18. Gayet C. Impact du PASA sur les troubles du comportement de la personne âgée démente institutionnalisée et place du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2014.
 19. Grenaille T. Impact de la prise en charge PASA sur les troubles du comportement des déments: une étude prospective cas-témoins menée dans six EHPAD en Limousin [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2016.
 20. Schang C. Impact de l'inclusion en PASA sur la prescription de psychotropes: étude avant/après par analyse de dossiers médicaux de patients vivant en EHPAD dans la région PACA [Thèse d'exercice]. [France]: Aix-Marseille Université; 2016.
 21. LEDESERT B, RUIZ I, Creai Languedoc-Roussillon. Montpellier. FRA, Observatoire Régional de la Santé du Languedoc Roussillon. (O.R.S.L.R.). Montpellier. FRA, Direction générale de la cohésion sociale. Paris. FRA / éd., Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Paris. FRA / éd., et al. Analyse statistique des données issues des rapports d'activité des établissements et services médicosociaux : activité 2013. Montpellier: CREA Languedoc-Roussillon; 2014 p. 82p.
 22. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD index.
 23. Ankri J. Prévalence, incidence et facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie Société*. 2009;32 / 128-129:129-41.
 24. Ramarosan H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues J-F, PAQUID. [Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years or over: updated results of the PAQUID cohort]. *Rev Neurol (Paris)*. 2003;159:405-11.
 25. Larson EB, Shadlen M-F, Wang L, McCormick WC, Bowen JD, Teri L, et al. Survival after initial diagnosis of Alzheimer disease. *Ann Intern Med*. 2004;140:501-9.
 26. Netgen. Thrombose veineuse superficielle : quelles nouveautés dans la prise en charge ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 17 août 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-314/Thrombose-veineuse-superficielle-quelles-nouveautes-dans-la-prise-en-charge#rb8>
 27. Poblador-Plou B, Calderón-Larrañaga A, Marta-Moreno J, Hanco-Saavedra J, Sicras-Mainar A, Soljak M, et al. Comorbidity of dementia: a cross-sectional study of primary care older patients. *BMC Psychiatry*. 2014;14:84.
 28. Huon J-F, Lenain E, LeGuen J, Chatellier G, Sabatier B, Saint-Jean O. How Drug Use by French Elderly Patients Has Changed During the Last Decade. *Drugs - Real World Outcomes*. 2015;2:327-33.
 29. Orphanet: Demence fronto temporale [Internet]. [cité 17 août 2018]. Disponible sur: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?

Ing=FR&data_id=3338&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=Demence-fronto-temporale&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Maladie(s)/groupes%20de%20maladies=Demence-fronto-temporale&title=Demence-fronto-temporale&search=Disease_Search_Simple

30. Gallini A, Andrieu S, Donohue JM, Oumouhou N, Lapeyre-Mestre M, Gardette V. Trends in use of antipsychotics in elderly patients with dementia: Impact of national safety warnings. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. 2014;24:95-104.
31. El Darai S. Devenir des prescriptions d'antipsychotiques chez les personnes âgées démentes, 3 mois après la sortie de court séjour gériatrique: analyse de la réévaluation de la prescription par le médecin traitant [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2015.
32. N° 769 - Rapport d'information de Mmes Monique Iborra et Caroline Fiat déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) [Internet]. [cité 17 août 2018]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i0769.asp#P301_53151
33. Tchoura NF. Observation des pratiques d'évaluations des traitements par anticholinestérasiques et mémantine chez les patients atteints de maladies d'Alzheimer et apparentées dans les EHPAD en Sud-Landes. 2017;89.
34. Rédaction Prescrire. Maladie d'Alzheimer : des patients trop exposés aux anticholinestérasiques et à la mémantine en France. *Rev Prescrire*. 2014;23.
35. Commission de transparence. Réévaluation des médicaments indiqués dans le traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer. [Internet]. HAS Internet France; 2011. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/rapport_d_evaluation_mdc_alzheimer_-_ct_2011.pdf
36. Antidépresseurs pour le traitement de l'agitation et de la psychose dans la démence | Cochrane [Internet]. [cité 17 août 2018]. Disponible sur: </fr/CD008191/antidepresseurs-pour-le-traitement-de-lagitation-et-de-la-psychose-dans-la-demence>
37. Malouli-Dohr A, Rasselet G. Utilisation des neuroleptiques chez les patients âgés de 65 ans et plus, étude transversale sur une base de données nationale de médecine générale [Mémoire de recherche]. Université de Reims; 2011.

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Introduction : La prise en charge des symptômes psycho-comportementaux des malades d'Alzheimer ou de maladie apparentée fait l'objet depuis une dizaine d'années de recommandations pour limiter l'usage de psychotropes. L'objectif de cet étude est de comparer l'évolution de la prescription de psychotropes, et en particulier de neuroleptiques, chez des patients souffrant de démence selon leur fréquentation d'un Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) ou d'un autre type d'unité spécialisée.

Méthodes : Nous avons relevé rétrospectivement les dossiers médicaux et les prescriptions sur six mois de malades d'Alzheimer ou maladie apparentée, fréquentant un PASA ou une Unité de vie protégée (UVP), dans cinq EHPAD de l'agglomération lyonnaise, en 2017.

Résultats : 38 résidents dans 3 UVP et 43 résidents pour 3 PASA ont été inclus sur l'année 2017. Les résidents des UVP présentaient plus souvent des épisodes d'agitations que ceux des PASA. La prescription de neuroleptiques (initialement et à 6 mois) concernait respectivement 26 % des résidents des PASA, 47 % et 39 % des résidents des UVP, différences non significatives. Cette prescription de neuroleptiques augmentait à six mois pour 5 % des résidents des PASA et 8 % des résidents des UVP, différence non significative. 11 % du total des résidents ont vu leur traitement par neuroleptiques diminuer, 22 % ont un traitement inchangé à 6 mois. Les principaux neuroleptiques prescrits étaient la rispéridone, le tiapride et l'olanzapine.

Discussion : Cette étude ne met pas en évidence de différences significatives dans l'évolution de la prescription de neuroleptiques sur six mois entre un groupe de résident en PASA et un groupe de résident en UVP. Une prise en charge adaptée semble limiter l'augmentation de la prescription de neuroleptiques, sans être spécifique d'un type de structure particulier comme les PASA. Cette hypothèse pourrait être confirmée par des études comparatives plus vastes, idéalement multicentriques.

Mots clefs : Démence, Maladie d'Alzheimer, Symptômes comportementaux, Neuroleptiques, Pôle d'activités et de soins adaptés