

**UNIVERSITÉ DE NANTES**

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

Année 2015

N° .....045.....

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Sophie EL DARAI  
née le 15 janvier 1986 à Décines-Charpieu

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2015

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

Président : Monsieur le Professeur Gilles BERRUT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pascal CHEVALET

## REMERCIEMENTS

Merci au Docteur Chevalet pour m'avoir guidée et accompagnée avec bienveillance dans ce travail.

Merci au Professeur Berrut pour avoir accepté d'être présent pour ce moment primordial de ma formation.

Merci aux membres du jury pour leur disponibilité et leur intérêt.

Merci aux collègues de gériatrie qui ont participé au recrutement des patients et au recueil des données.

Merci à mes confrères qui ont su me transmettre leur passion du soin.

Merci à ma famille à qui je pense.

Merci à mes amis qui m'ont soutenue, encouragée, qui m'ont écoutée me plaindre, qui m'ont aidée à me changer agréablement les idées et qui ont relu mon travail.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>PREMIÈRE PARTIE : INTRODUCTION.....</b>	<b>6</b>
<b><u>1 Contexte.....</u></b>	<b>6</b>
1.1 Troubles psycho-comportementaux liés à la démence (TPCD)	6
1.2 Une utilisation fréquente des antipsychotiques	6
1.3 Efficacité et effets indésirables des antipsychotiques	7
1.4 Recommandations concernant la place des antipsychotiques dans la prise en charge des TPCD	8
1.5 Pratique courante et prescriptions inappropriées	8
<b><u>2 Justification de l'étude.....</u></b>	<b>9</b>
2.1 Problématique	9
2.2 Déroulement de l'étude	9
2.3 But de l'étude	10
<b>DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODES.....</b>	<b>11</b>
<b><u>1 Population étudiée.....</u></b>	<b>11</b>
1.1 Critères d'inclusion	11
1.2 Critères de non-inclusion	12
<b><u>2 Objectifs et critères d'évaluation.....</u></b>	<b>12</b>
2.1 Objectif principal	12
2.2 Critère de jugement principal	12
2.3 Objectifs secondaires	12
2.4 Critères de jugement secondaire	13
<b><u>3 Détails des données recueillies dans cette étude.....</u></b>	<b>13</b>
3.1 Caractéristiques de la population incluse	13
3.1.1 <i>Caractéristiques générales</i>	13
3.1.2 <i>Fardeau de morbidité</i>	13
3.1.3 <i>Caractéristique liées à l'environnement</i>	14
3.1.4 <i>Caractéristiques liées à l'hospitalisation</i>	14
3.1.5 <i>Caractéristiques liées à la démence</i>	14
3.1.6 <i>Caractéristiques liées au traitement antipsychotique</i>	15
3.1.7 <i>Alternatives aux antipsychotiques</i>	15
3.2 Facteurs recueillis pouvant influencer la réévaluation	16
3.3 Type de modifications du traitement	16
3.4 Causes déclarées par le médecin traitant de modifications et de non modifications du traitement antipsychotique	16
<b><u>4 Analyse des résultats.....</u></b>	<b>17</b>

<b>5 Agréments.....</b>	<b>17</b>
<b>TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS.....</b>	<b>19</b>
<b><u>1 Caractéristiques de la population incluse.....</u></b>	<b>19</b>
<b>1.1 Caractéristiques générales</b>	<b>20</b>
<b>1.2 Fardeau de morbidité</b>	<b>20</b>
<b>1.3 Caractéristique liées à l'environnement</b>	<b>21</b>
<b>1.4 Caractéristiques liées à l'hospitalisation</b>	<b>21</b>
<b>1.5 Caractéristiques liées à la démence</b>	<b>22</b>
<b>1.6 Caractéristiques liées au traitement antipsychotique</b>	<b>22</b>
<b>1.7 Alternatives aux antipsychotiques</b>	<b>22</b>
<b><u>2 Objectif principal : réévaluation ou non réévaluation du traitement antipsychotique par le médecin traitant.....</u></b>	<b>23</b>
<b><u>3 Objectifs secondaires.....</u></b>	<b>23</b>
<b>3.1 Type de modifications de traitement</b>	<b>23</b>
<b>3.2 Causes des modifications et des non modifications de traitement</b>	<b>24</b>
<b><i>3.2.1 Causes des modifications de traitement</i></b>	<b>24</b>
<b><i>3.2.2 Causes des non modifications de traitement</i></b>	<b>24</b>
<b>3.3 Facteurs pouvant influencer la réévaluation</b>	<b>25</b>
<b><i>3.3.1 Caractéristiques générales</i></b>	<b>25</b>
<b><i>3.3.2 Fardeau de morbidité</i></b>	<b>25</b>
<b><i>3.3.3 Caractéristique liées à l'environnement</i></b>	<b>27</b>
<b><i>3.3.4 Caractéristiques liées à l'hospitalisation</i></b>	<b>27</b>
<b><i>3.3.5 Caractéristiques liées à la démence</i></b>	<b>27</b>
<b><i>3.3.6 Caractéristiques liées au traitement antipsychotique</i></b>	<b>27</b>
<b><i>3.3.7 Alternatives aux antipsychotiques</i></b>	<b>27</b>
<b><i>3.3.8 Autres</i></b>	<b>27</b>
<b>QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION.....</b>	<b>29</b>
<b><u>1 62,5% de réévaluation à 3 mois : est-ce un bon résultat?.....</u></b>	<b>29</b>
<b><u>2 Quels sont les facteurs qui semblent influencer la réévaluation ?.....</u></b>	<b>30</b>
<b><u>3 Quels facteurs ne semblent pas influencer la réévaluation ? .....</u></b>	<b>31</b>
<b><u>4 Les causes des modifications et des non modifications de traitement étaient-elles prévisibles et sont-elles en accord avec les recommandations ? .....</u></b>	<b>32</b>
<b>4.1 Causes des modifications de traitement</b>	<b>32</b>
<b>4.2 Causes des non modifications de traitement</b>	<b>33</b>

<b><u>5 Comment le fonctionnement des Établissements d’Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) influence-t-il la prise en charge des personnes âgées démentes ?</u></b> .....	<b>34</b>
<b><u>6 Quels sont les points forts de la pratique des médecins traitants ?</u></b> .....	<b>35</b>
<b><u>7 Quelles sont les difficultés qui freinent le suivi des recommandations ?</u></b> ..	<b>35</b>
7.1 Causes liées aux médecins et aux soignants	35
7.2 Causes liées aux patients et aux aidants	37
7.3 Causes liées aux recommandations	37
<b><u>8 Comment améliorer la réévaluation ?</u></b> .....	<b>38</b>
<b><u>9 Pourquoi un si grand nombre de décès ?</u></b> .....	<b>39</b>
<b><u>10 Limites de l’étude</u></b> .....	<b>40</b>
<b>CINQUIÈME PARTIE : CONCLUSION</b> .....	<b>42</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>43</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>49</b>
<b>Annexe 1 : Fiche d’information destinée aux patients</b>	<b>49</b>
<b>Annexe 2 : Algorithme diagnostique de Confusion Assessment Method(CAM)</b>	<b>51</b>
<b>Annexe 3 : Mini Mental State Examination (MMSE)</b>	<b>52</b>
<b>Annexe 4 : Échelle d’évaluation du fardeau de morbidité, Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)</b>	<b>53</b>
<b>Annexe 5 : Groupes Iso-Ressources (GIR)</b>	<b>54</b>
<b>Annexe 6 : Activities of Daily Living (ADL)</b>	<b>54</b>
<b>Annexe 7 : Inventaire Neuropsychiatrique (NPI)</b>	<b>55</b>
<b>Annexe 8 : Caractéristique des patients décédés</b>	<b>66</b>

## **PREMIÈRE PARTIE : INTRODUCTION**

### **1 Contexte**

#### **1.1 Troubles Psycho-Comportementaux liés à la Démence (TPCD)**

La prévalence des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence atteint 40 à 60 %. Dans la maladie d'Alzheimer leur incidence annuelle globale est de 50 à 100 %. (1-4) Leur fréquence augmente avec la progression de la maladie : 92,5 % des patients avec un Mini Mental State Examination (MMSE) entre 11 et 20 et 84 % des sujets avec un MMSE entre 21 et 30 présentent un trouble du comportement selon l'étude REAL.FR. (5)

Les symptômes les plus fréquents sont l'apathie, l'anxiété et la dépression et sont présents dès le stade débutant de la démence. Néanmoins les symptômes psychotiques et les comportements moteurs aberrants apparaissent plutôt à des stades évolués mais représentent une plus lourde charge pour les aidants avec une dégradation de leur qualité de vie. (4,5) Il a également été mis en évidence que la présence d'hallucinations est corrélée avec une augmentation de la mortalité indépendante des autres problèmes de santé. (6) Enfin, ces troubles sont un facteur de risque majeur d'entrée en institution et le coût de la prise en charge des personnes âgées démentes augmente avec l'importance de ces symptômes. (5-8)

#### **1.2 Une utilisation fréquente des antipsychotiques**

Une personne sur 2 de plus de 70 ans en France fait usage de psychotropes. (9) Les antipsychotiques sont fréquemment prescrits en cas de TPCD. (1) D'où la fréquence d'utilisation des antipsychotiques qui est de 40% à 60% chez les personnes âgées démentes vivant en institution. (3,10)

L'aggravation des TPCD est en rapport avec une dégradation du bien être du patient et de son entourage. Ainsi le traitement par antipsychotiques a pour but d'atténuer les effets psychologiques, somatiques ou fonctionnels des symptômes productifs mais aussi de réduire son impact négatif sur l'entourage, évitant donc le rejet, les agressions, les négligences passives ou les mesures de rétorsion. Cela

permet aussi de rompre le cercle vicieux de l'agitation qui est aggravé par la réaction négative de l'entourage. (1)

### **1.3 Efficacité et effets indésirables des antipsychotiques**

Les antipsychotiques sont considérés comme un des traitements de référence de l'agitation mais leur recours se fonde davantage sur la pratique clinique que sur des études contrôlées.

Le taux d'inefficacité des neuroleptiques est estimé à 40 %. (11) Des méta-analyses concernant les personnes âgées, ont montré que les antipsychotiques n'apportent qu'un bénéfice modeste en terme de comportement. (2,12) De même, concernant les antipsychotiques atypiques, une méta-analyse a constaté qu'un tiers des patients ont arrêté leur traitement en raison d'effets indésirables ou d'inefficacité, les critères d'efficacité étant difficilement comparables entre les études. (2) Ils n'ont pas non plus de bénéfice en terme de déclin cognitif. (4)

Par ailleurs, les antipsychotiques sont à l'origine d'une iatrogénie importante. Ils font en effet partie de liste des médicaments potentiellement inappropriés à la personne âgée. Cette liste, adaptée à la pratique française (13), est inspirée des critères de Beers. Ils sont considérés comme inappropriés en raison de leurs effets anticholinergiques principalement. Les effets indésirables sont nombreux : extrapyramidaux, anticholinergiques, antihistaminiques, cardiovasculaires. (1) Ils touchent 5 à 67% de la population (14) et ils augmentent avec la durée d'exposition. (2) Ils ont des conséquences graves avec une augmentation des chutes, de la confusion, des hospitalisations et de la mortalité.

Concernant l'augmentation de la mortalité, deux effets indésirables sont à mettre en avant : il s'agit du risque d'allongement du QT et d'arrêt cardiaque par torsades de pointe mis en évidence pour un grand nombre d'antipsychotiques ; risque pour lequel la réalisation d'un électrocardiogramme et d'un ionogramme avant l'introduction du traitement ainsi que la surveillance rapprochée sont recommandés. (1) Le risque accru d'Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) sous antipsychotiques atypiques est également concerné, ayant conduit en 2004 à des mise en garde par les autorités de différents pays dont la Food and Drugs Administration (FDA) et l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). (1,15) Ce risque accru d'AVC, significatif même s'il est faible, a été confirmé par les nombreuses études qui ont eu lieu au cours des dernières années. (16)

L'usage des antipsychotiques est donc déconseillé par la Haute Autorité de Santé (HAS) chez les patients déments. (17,18)

#### **1.4 Recommandations concernant la place des antipsychotiques dans la prise en charge des TPCD**

On préconise toujours d'essayer dans un premier temps les mesures d'apaisement non médicamenteuses (4,8,9) qui ont fait la preuve de leur efficacité (19,20). Mais souvent la gestion des troubles du comportement chez les patients déments dépend en grande partie de la tolérance et de la formation des soignants et de l'entourage (21) ainsi que de l'importance qu'accordent les structures d'accueil à leur prise en charge.

En définitif, une méta-analyse d'essais cliniques randomisés portant sur l'efficacité et l'innocuité des antipsychotiques conclut qu'ils ne devraient pas être utilisés systématiquement chez la personne démente présentant des troubles du comportements à moins d'une détresse importante. (1,21) De même la FDA dans une note d'information aux professionnels de santé ne recommande pas la prescription d'antipsychotiques pour les personnes démentes et recommande la réévaluation de la prescription chez les personnes sous antipsychotiques en raison d'une augmentation de la mortalité. (22) Les différentes études indiquent que la prescription d'antipsychotiques doit être réévaluée à court terme et que la durée doit être limitée à quelques jours voir quelques semaines. (1,2,9) Les antipsychotiques peuvent même être prescrits en discontinu en institution sans accroître le risque de rechute (1) et il est possible d'arrêter brutalement un traitement prescrit depuis plus de 3 mois sans exacerbations des troubles comportementaux. (2,3) De plus les TPCD sont fluctuants (5,23) et les antipsychotiques n'ont pas d'effet préventif sur leur survenue. (23,24)

#### **1.5 Pratique courante et prescriptions inappropriées**

Les recommandations concernant la prescription des antipsychotiques sont limitantes mais ceci semble rarement fait en pratique et les traitements sont souvent reconduits sans réévaluation par les médecins traitants. (25) Dans 17% à 27 % des visites aux personnes âgées le médecin traitant prescrit un psychotrope potentiellement inapproprié. (26,27)

Les prescriptions potentiellement inappropriées sont très fréquentes chez les personnes âgées, de l'ordre de 12 % en ambulatoire et de 40 % chez les personnes institutionnalisées. (28) Les psychotropes sont la deuxième classe de médicaments, après ceux du système cardio-vasculaire, le plus souvent impliqués dans les accidents iatrogènes chez les personnes de plus de 70 ans (respectivement 31,1% et 43,7 % d'après l'HAS (14)).

Une grande enquête européenne a estimé que 7,9% des prescriptions d'antipsychotiques étaient inappropriées selon les critères de Beers réactualisés. (1)

## **2 Justification de l'étude**

### **2.1 Problématique**

Comme nous l'avons vu juste avant, certaines études sont en faveur d'une mauvaise utilisation et notamment d'une réévaluation insuffisante des antipsychotiques chez la personne âgée démente. Les effets indésirables sont pourtant bien présents et impliquent une exigence dans les modalités de prescription. Nous souhaitons donc évaluer les pratiques des médecins traitants de façon prospective, en France dans le contexte d'une ordonnance de sortie hospitalière comportant un antipsychotique et dans le contexte des recommandations récentes formulées par l'HAS.

Ainsi dans cette étude, nous souhaitons analyser ces prescriptions et notamment la réévaluation du traitement antipsychotique qui apparaît comme primordiale dans les recommandations ainsi que les facteurs influençant cette réévaluation.

### **2.2 Déroulement de l'étude**

Pour se faire nous avons décidé d'inclure les personnes âgées démentes sortant de court séjour gériatrique avec un traitement antipsychotique, puisque nous avons supposé que le traitement avait été introduit ou poursuivi pour une cause aiguë probable, en tous cas qu'il avait été réévalué par les gériatres du service avant sa prescription sur l'ordonnance de sortie.

Puis, 3 mois après la sortie d'hospitalisation de ces patients, nous avons contacté les médecins traitants de ceux-ci, par téléphone, par mail ou par courrier, selon

leur préférence, pour savoir si le traitement avait subi une modification, ce qui permettait d'avoir la preuve d'une réévaluation, de quelle type de modification il s'agissait, et quelles avaient été les raisons de ces modifications ou de l'absence de modification.

Enfin, grâce aux recueils des données concernant les patients, nous avons analysé quels facteurs étaient susceptibles d'intervenir dans la réévaluation.

### **2.3 But de l'étude**

Le but de l'étude est de mieux connaître et comprendre la pratique des médecins traitants dans cette situation, et ainsi de pouvoir mettre en place des stratégies d'aide à la prise en charge pour une meilleure gestion des TPCD et du risque iatrogène si l'insuffisance de la réévaluation se confirme.

## **DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODES**

Nous avons mené une étude non interventionnelle, monocentrique, non contrôlée et prospective.

### **1 Population étudiée**

L'étude a été proposée à tous les patients répondant aux critères d'inclusion, hospitalisés dans les services de court séjour gériatrique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes (66 lits) sur une durée de 5 mois allant de fin juin à fin novembre 2014.

Nous avons recueilli la non opposition du patient après explication orale et remise d'une notice d'information concernant le déroulement et l'objectif de l'étude. (Annexe1)

Nous avons recueilli les informations concernant les caractéristiques du patient par consultation du dossier au moment de l'inclusion dans l'étude.

Nous avons recueilli les informations concernant la modification du traitement par un questionnaire soumis aux médecins traitants, par téléphone, par mail ou par courrier, 3 mois après l'inclusion.

#### **1.1 Critères d'inclusion**

- Patient âgé de 75 ans et plus,
- patient hospitalisé en court séjour gériatrique au CHU Nantes,
- patient ayant un traitement par antipsychotiques prescrit sur l'ordonnance de sortie,
- patient porteur d'un syndrome démentiel connu,
- patient dont la non-opposition orale a été recueillie.

## **1.2 Critères de non-inclusion**

- Patient refusant de participer à l'étude,
- patient sous tutelle ou curatelle,
- critères de Confusion Assessment Method (CAM) (Annexe 2) positifs ou syndrome confusionnel évoqué,
- Mini Mental State Examination (MMSE) > 26 (Annexe 3),
- pathologie psychiatrique préexistante.

## **2 Objectifs et critères d'évaluation**

### **2.1 Objectif principal**

Déterminer le taux de réévaluation du traitement antipsychotique par le médecin traitant, 3 mois après la sortie d'hospitalisation des patients inclus.

### **2.2 Critère de jugement principal**

Survenue d'une modification de la prescription des antipsychotiques par le médecin traitant au cours des 3 mois après la sortie d'hospitalisation, non prévue par l'ordonnance de sortie.

### **2.3 Objectifs secondaires**

1 Étudier le type de variation du traitement antipsychotique (diminution, augmentation, arrêt ou autre modification du traitement).

2 Étudier les causes déclarées par le médecin traitant des modifications et des non modifications du traitement antipsychotique.

3 Étudier les facteurs intervenant dans la réévaluation ou l'absence de réévaluation de la prescription des antipsychotiques

## **2.4 Critères de jugement secondaire**

1 Recueil des modifications thérapeutiques survenant au cours des 3 mois de suivi : diminution, augmentation, arrêt, changement transitoire.

2 Recueil des causes déclarées par le médecin traitant des modifications et des non modifications du traitement.

3 Pour étudier les facteurs intervenants dans la réévaluation, nous avons recueilli les caractéristiques générales de la population, le fardeau de morbidité, les caractéristiques liées à l'environnement, les caractéristiques liées à l'hospitalisation, les caractéristiques liées à la démence, les caractéristiques liées au traitement antipsychotique et les alternatives aux antipsychotiques.

Nous avons également étudié d'autres facteurs susceptibles d'intervenir dans la réévaluation.

## **3 Détail des données recueillies dans cette étude**

### **3.1 Caractéristiques de la population incluse**

#### ***3.1.1 Caractéristiques générales***

L'âge était exprimé en années. Les patients étaient répartis en 2 groupes : les sujets âgés (âge > ou = 75 ans) et les sujets très âgés (âge > ou = 85 ans).

Le sexe a été renseigné.

#### ***3.1.2 Fardeau de morbidité***

Nous avons évalué le fardeau de morbidité des patients inclus sur 3 critères :

- la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) (Annexe 4) qui tend à évaluer objectivement les différentes pathologies classées en 14 systèmes d'organes et en 5 degrés d'atteinte (coté de 0 à 4) en s'appuyant sur un manuel de directives pour la cotation. Elle a été renseignée à l'inclusion avec les antécédents disponibles dans le dossier.

- Les antécédents principaux pouvant intervenir dans la réévaluation du traitement par l'intermédiaire d'effets indésirables plus fréquents ou d'interactions avec les traitements en rapport avec ces pathologies ont été renseignés : le diabète, l'hypertension artérielle, la coronaropathie, la cardiopathie rythmique, l'insuffisance rénale, l'insuffisance hépatique, la maladie thromboembolique veineuse, l'épilepsie, les antécédents d'accidents vasculaires cérébraux.
- Le nombre de médicaments sur l'ordonnance de sortie qui est un reflet de la morbidité et de la prise en charge médicale. Tous les médicaments étaient comptabilisés à l'exception des topiques et des traitements ponctuels. Nous avons retenu un nombre de médicaments > à 8 comme un nombre important de médicaments.

### ***3.1.3 Caractéristiques liées à l'environnement***

Le lieu de vie initial a été renseigné.

L'autonomie a été évaluée par le score de Groupe Iso-Ressources (GIR) (Annexe 5) qui propose dix sept points portant sur l'évaluation de la capacité d'une personne à réaliser les actes de la vie quotidienne; et l'échelle Activities of Daily Living (ADL) (Annexe 6) qui cote de 0 à 6 les activités de la vie quotidienne.

### ***3.1.4 Caractéristiques liées à l'hospitalisation***

Le motif et la durée d'hospitalisation ont été renseignés.

Le lieu de sortie a également été étudié.

Nous avons analysé dans les dossiers où l'information était disponible, la durée de l'ordonnance de sortie pour savoir si celle-ci était compatible avec une étude de la réévaluation du traitement à 3 mois par le médecin traitant.

### ***3.1.5 Caractéristiques liées à la démence***

Le type de démence a été renseigné.

Le stade d'évolution de la démence a été évalué à l'aide du MMSE le plus récent réalisé pour le patient.

Nous avons identifié les patients qui bénéficiaient d'un suivi spécialisé en rapport avec leur démence, antérieur à l'hospitalisation, que le suivi soit réalisé par un gériatre, un psychiatre ou un neurologue.

### **3.1.6 Caractéristiques liées au traitement antipsychotique**

Le type d'antipsychotique typique ou atypique a été analysé.

Suite à une réunion de consensus avec gériatre et psychogériatre, la dose d'antipsychotique a été évaluée selon le schéma suivant pour différencier une dose faible d'une dose forte :

- < ou = 1mg/jour pour la rispéridone
- < ou = 10mg/jour pour l'olanzapine
- < ou = 25mg/jour pour la clozapine
- < ou = 1,5mg/jour pour l'halopéridol
- < ou = 25mg/jour pour la cyamémazine
- < ou = 15mg/jour pour la loxapine
- < ou = 50mg/jour pour le tiapride

Les patients bénéficiant d'un traitement antipsychotique antérieur à l'hospitalisation, même si le type ou la dose d'antipsychotique étaient différents, ont été identifiés.

### **3.1.7 Alternatives aux antipsychotiques**

Les traitements psychotropes associés pouvant être considérés comme des alternatives médicamenteuses aux troubles du comportement tels que les anxiolytiques, les hypnotiques, les antidépresseurs sédatifs et les médicaments spécifiques de la maladie d'Alzheimer (anticholinestérasiques et mémantine) ont été renseignés.

Pour les patients résidant en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) 3 mois après leur sortie d'hospitalisation, nous avons étudié les alternatives non médicamenteuses proposées telles que le suivi des troubles du comportement par le NeuroPsychiatric Inventory (NPI) (Annexe 7), l'intervention d'un psychologue, d'un orthophoniste, la participation à des activités appropriées et la résidence dans un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) au sein de l'EHPAD.

Pour avoir une idée qualitative du fonctionnement des EHPAD, nous avons interrogé les infirmières répondant au questionnaire concernant les alternatives non médicamenteuses, sur les habitudes de renouvellement de traitement des médecins traitants, pour savoir s'il arrivait que ceux-ci renouvellent l'ordonnance après contact téléphonique sans avoir réexaminé le patient.

### **3.2 Facteurs recueillis pouvant influencer la réévaluation**

Nous avons supposé que les paramètres suivants étaient susceptibles d'influencer la réévaluation, nous les avons donc renseignés :

- la présence d'un élément dans le compte rendu hospitalier pouvant influencer la réévaluation tel qu'une information concernant la nécessité de réévaluation du traitement antipsychotique ou la programmation d'un rendez-vous de contrôle avec un spécialiste,
- le lieu de vie à 3 mois, lors du questionnaire, puisqu'il est souvent modifié par rapport au lieu de sortie d'hospitalisation dans cette population, avec notamment un grand nombre d'entrées en EHPAD,
- le changement ou non de lieu de vie au cours des 3 mois,
- le changement de médecin traitant au cours des 3 mois.

### **3.3 Type de modification du traitement**

Le type de modification du traitement antipsychotique réalisé par le médecin traitant au cours des 3 mois, s'il y a bien eu réévaluation, a été déterminé suite au questionnaire aux médecins traitants.

### **3.4 Causes déclarées par le médecin traitant des modifications et des non modifications du traitement antipsychotique**

Lors du questionnaire aux médecins traitants, nous les avons interrogés sur les causes des modifications et des non modifications du traitement antipsychotique.

Les causes proposées de modifications étaient :

- amélioration de l'état du patient,
- aggravation de l'état du patient,
- inefficacité du traitement,
- effets indésirables du traitement,
- rechute à l'arrêt du traitement,
- autres, avec possibilité de commentaire libre.

Les causes proposées de non modifications étaient :

- persistance des symptômes nécessitant le traitement par antipsychotiques,
- manque d'information sur les recommandations concernant la réévaluation des antipsychotiques,
- manque d'information concernant les objectifs de prise en charge du patient,
- pression de l'entourage familial ou du personnel soignant,
- manque d'information de la part de l'entourage ou du personnel soignant,
- autres, avec possibilité de commentaire libre.

#### **4 Analyse des résultats**

Les variables qualitatives normales ou ordinales ont été décrites par le taux en pourcentage et analysées avec le test exact de Fischer

Nous avons retenu comme seuil de significativité de la relation,  $p < \text{ou} = 0,05$ .

Étant donné le faible effectif de cette étude, nous avons tenu compte des résultats non significatifs lorsque  $p < \text{ou} = 0,2$  en évoquant le terme de "tendance significative"

#### **5 Agréments**

Un protocole a été rédigé au sein du CHU de Nantes.

Le recueil de données nominatives a été réalisé avec l'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

La non opposition du patient a été recueillie oralement après distribution d'une note explicative.

## TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS

### 1 Caractéristiques de la population incluse

Nous avons inclus 40 patients de juin à novembre 2014.

Les résultats sont détaillés dans le tableau 1.

**Tableau 1** : Caractéristiques de la population incluse

		<b>Nombre de sujets</b>	<b>%</b>
<b>Caractéristiques générales</b>			
Age (n=40)	< 85 ans	22	55 %
	> ou = 85 ans	18	45 %
Sexe (n=40)	femmes	21	52 %
	hommes	19	48 %
<b>Fardeau de morbidité</b>			
CIRS* (n=40)	> ou = 10	38	95 %
	< 10	2	5 %
Antécédents principaux (n=40)	Insuffisance rénale	24	60 %
	Hypertension artérielle	22	55 %
	cardiopathie rythmique	13	32 %
	coronaropathie	7	17 %
	diabète	6	15 %
	MTEV*	6	15 %
	Epilepsie	5	12 %
Nombre de médicaments (n=40)	AVC*	4	10 %
	> ou = 8	24	60 %
	< 8	16	40 %
<b>Caractéristiques liées à l'environnement</b>			
Lieu de vie initial (n=40)	EHPAD*	24	60 %
	domicile	16	40 %
GIR* (n=23)	autonomie très altérée < ou = 3	17	74 %
	peu ou pas altérée > 3	6	26 %
ADL* (n=18)	autonomie très altérée < ou = 3	8	45 %
	peu ou pas altérée > 3	10	55 %
<b>Caractéristiques liées à l'hospitalisation</b>			
Durée (n=40)	longue > 10 jours	21	52 %
	courte < ou = 10 jours	19	48 %
Motif (n=40)	troubles du comportement	21	52 %
	autres	13	32 %
	chutes	6	15 %
Lieu de sortie (n=40)	EHPAD	27	67 %
	domicile	6	15 %
	autres	7	17 %

<b>Caractéristiques liées à la démence</b>			
Type de démence (n=40)	Alzheimer ou mixte	34	86 %
	Démence vasculaire	3	7 %
	Autres	3	7 %
Stade (n=40)	légère ou modérée MMSE* > ou = 10	26	65 %
	sévère MMSE < 10	14	45 %
Suivi spécialisé antérieur (n=40)	oui	26	65 %
	non	14	45 %
<b>Caractéristiques liées au traitement antipsychotique</b>			
Type (n=40)	Atypique	26	65 %
	Typique	14	35 %
Dose (n=40)	Faible	33	82 %
	Forte	7	18 %
Traitement antérieur (n=40)	oui	27	67 %
	non	13	33 %
<b>Alternatives aux antipsychotiques</b>			
Alternative médicamenteuse (n=40)	anxiolytique	20	50 %
	traitement spécifique Alzheimer	15	37 %
	antidépresseur sédatif	14	35 %
	hypnotique	5	12 %
Alternative non médicamenteuse (n=28)	activités	17	60 %
	psychologue	14	50 %
	pôles d'activité et de soins adaptés	13	46 %

\* CIRS : Cumulative Illness Rating Scale ; MTEV : Maladie Thrombo-Embolique Veineuse ; AVC : Accident Vasculaire Cérébral ; EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ; GIR : Groupe Iso Ressource ; ADL : Activities of Daily Living ; MMSE : Mini Mental State Examination

## 1.1 Caractéristiques générales

Les patients avaient entre 75 et 99 ans. L'âge moyen était de 84 ans. 45% des patients étaient âgés de 85 ans ou plus.

52 % étaient des femmes.

## 1.2 Fardeau de morbidité

Le CIRS moyen était de 17/56, avec des valeurs allant de 6 à 34. Seuls 2 patients (5%) avaient un CIRS < 10.

Les pathologies les plus représentées étaient l'insuffisance rénale pour 60% des patients, l'hypertension artérielle pour 55% d'entre eux, et les cardiopathies rythmiques dans 32% des cas.

Les patients prenaient entre 3 et 15 médicaments par jour, en moyenne 8. 60% prenaient au moins 8 médicaments par jour.

### **1.3 Caractéristiques liées à l'environnement**

24 patients venaient d'EHPAD (60%).

Le score GIR n'était disponible que pour 23 des personnes âgées incluses, avec un score moyen à 2.61. 74% des patients avaient une autonomie très altérée avec un GIR < ou = à 3.

De même que pour l'ADL qui n'a été renseigné que pour 18 patients, avec un score moyen de 3.72. 45% avait un ADL < ou = à 3.

### **1.4 Caractéristiques liées à l'hospitalisation**

La durée moyenne d'hospitalisation était de 13 jours, 4 jours étant le séjour le plus court et 59 jours le plus long. 52% des patients sont restés hospitalisés plus de 10 jours.

Les troubles du comportement étaient le motif d'hospitalisation le plus fréquent (52%), suivi par les chutes (15%).

6 patients sur 16 sont rentrés à leur domicile (15%), 5 patients (12%) sont sortis en service de soins de suite et réadaptation (SSR), 2 (5%) sont sortis en hébergement temporaire, 27 (67%) sont rentrés en EHPAD.

Nous avons pu recueillir l'information concernant la durée des ordonnances de sortie pour 23 patients. Seules 2 ordonnances avaient une durée supérieure à 1 mois, 5 avaient une durée de 1 mois et 16 avaient une durée de 15 jours. Les habitudes de service étant de faire des ordonnances de sortie de 15 jours pour favoriser la réévaluation et le suivi de la situation par le médecin traitant, excepté

dans certaines circonstances favorables pouvant laisser un plus long délai à la réévaluation en ville.

### **1.5 Caractéristiques liées à la démence**

86% des patients étaient atteints d'une maladie d'Alzheimer ou d'une démence mixte, 7% avaient une démence vasculaire. 3 patients (7%) présentaient un autre type de démence (maladie de parkinson, démence alcoolique).

Les patients avaient un MMSE moyen à 12/30. Néanmoins, il y avait 7 patients pour lesquels le MMSE était irréalizable. Le stade de la démence était considéré comme sévère (MMSE < 10) pour 45% des patients et comme modérément sévère (MMSE > ou = 10 et < ou = à 15) pour 27.5% d'entre eux.

65% des patients inclus bénéficiaient d'un suivi spécialisé en rapport avec leur démence avant l'hospitalisation.

### **1.6 Caractéristiques liées au traitement antipsychotique**

Une majorité des traitements antipsychotiques prescrits à la sortie d'hospitalisation était des antipsychotiques atypiques (65%) et des antipsychotiques prescrits à faible dose (82%).

Mais une plus forte proportion d'antipsychotiques typiques ont été prescrits à forte dose : 21% contre 15% dans le cas des antipsychotiques atypiques.

Plus des  $\frac{2}{3}$  des patients (67%) avaient un traitement antipsychotique antérieur à l'hospitalisation.

### **1.7 Alternatives aux antipsychotiques**

Seules 6 personnes (15%) n'avaient pas de médicament pouvant être une alternative aux antipsychotiques dans le cadre de la démence, sur leur ordonnance de sortie. 50% prenaient des anxiolytiques, 35% des antidépresseurs sédatifs, 35% de la mémantine, 12% des hypnotiques et 2% des

anticholinestérasiques. L'association la plus fréquente était anxiolytique et mémantine dans 22.5% des cas.

Nous avons étudié les alternatives non médicamenteuses aux antipsychotiques proposées pour les 28 patients résidant en EHPAD à l'issue des 3 mois. Aucun n'était suivi par un orthophoniste, 46% faisaient partie d'un PASA, 60% participaient à des activités et 50% étaient suivis par un psychologue, avec une association des 3 pour 6 (21%) d'entre eux.

Des scores de NPI ont été réalisés chez 6 patients (21%) avec un score moyen de 32 pour des valeurs allant de 22 à 63.

## **2 Objectif principal : réévaluation ou non réévaluation du traitement antipsychotique par le médecin traitant**

Il y a eu 7 patients décédés et un perdu de vue. Nous avons donc pu étudier la réévaluation du traitement antipsychotique par le médecin traitant pour 32 patients.

12 d'entre eux (38%) n'ont vu aucun changement dans leur traitement au cours des 3 mois ayant suivi l'hospitalisation. 20 patients (62%) ont vu leur traitement antipsychotique modifié au cours des 3 mois.

Les résultats apparaissent dans le tableau 2.

**Tableau 2** : Objectif principal : réévaluation de l'antipsychotique au cours des 3 mois de suivi (n = 32)

	<b>Nombre de sujets</b>	<b>%</b>
<b><i>Modification du traitement au cours des 3 mois</i></b>	20	62 %
<b><i>Pas de modification du traitement au cours des 3 mois</i></b>	12	38 %

## **3 Objectifs secondaires**

### **3.1 Type des modifications de traitement**

Concernant les 20 patients pour lesquels le traitement antipsychotique a été modifié, dans 4 cas (20%) il y a eu un changement transitoire avec retour, à l'issue des 3 mois, au traitement prescrit sur l'ordonnance de sortie. Dans 3 cas (15%), il

y a eu une diminution, dans 3 cas une augmentation et enfin dans 10 cas (50%) les patients ont bénéficié d'un arrêt du traitement antipsychotique.

### 3.2 Causes des modifications et des modifications

#### 3.2.1 Causes des modifications de traitement

Dans le cadre des 20 modifications de traitement, les 10 arrêts ont été motivés dans 3 cas par des effets indésirables, dans 3 cas par l'amélioration des troubles du comportement des patient, dans 2 cas par l'aggravation de l'état général du patient rendant caduque la prescription d'antipsychotique, dans un cas par l'inefficacité du traitement et dans un cas par l'absence de courrier de sortie d'hospitalisation.

Les changements transitoires ont été réalisés pour 2 patients dans le cadre d'une aggravation des troubles du comportement et dans 2 autres cas il y a eu tentative d'arrêt du traitement qui s'est soldée par une rechute des troubles du comportement et ainsi une reprise du traitement aux doses initiales.

Les diminutions et augmentations des doses d'antipsychotiques ont été motivées réciproquement par la diminution et l'aggravation des troubles du comportement chez les patients concernés.

Les types et les causes des modifications de traitement sont résumés dans le tableau 3

**Tableau 3** : Objectif secondaire : Types et causes des modifications

<b>Causes des modifications (n=20)</b> <b>Type de modification</b>	Aggravation (n=10)	Amélioration (n=6)	Rechute (n=2)	Effet indésirable (n=3)	Inefficacité (n=1)	Manque d'information (n=1)
Changement transitoire (n=4)	2		2			
Arrêt (n=10)	2	3		3	1	1
Diminution (n=3)		3				
Augmentation (n=3)	3					

#### 3.2.2 Causes des non modifications de traitement

Pour les 12 cas d'absence de modification de traitement, la principale cause évoquée par les médecins traitants (11 fois, soit dans 92% des cas) est la

persistance des troubles du comportement nécessitant les antipsychotiques et le bon équilibre obtenu sous traitement.

Pour la 12ème personne, l'absence d'information concernant la prise en charge hospitalière a été mise en cause.

Pour finir, un des médecins a également évoqué, en seconde cause, l'absence d'information concernant les recommandations de réévaluation à court terme des antipsychotiques; et un autre a reconnu avoir pu prendre en compte une pression de l'entourage ou du personnel soignant dans la poursuite du traitement.

Les causes des non modifications de traitement apparaissent dans le tableau 4.

**Tableau 4 :** Objectif secondaire : Causes des non modifications

***Causes des non modifications (n=12)***

Persistance des troubles du comportement	11
Pression de l'entourage ou soignants	1
Manque d'information sur les recommandations	1
Manque d'information sur la prise en charge hospitalière	1

### **3.3 Facteurs recueillis pouvant influencer la réévaluation**

Les facteurs pouvant influencer la réévaluation du traitement antipsychotique sont détaillés dans le tableau 5.

#### ***3.3.1 Caractéristiques générales***

Il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes en terme d'âge.

Par contre il y a une plus forte proportion de femmes dans le groupe n'ayant pas subi de modification de traitement (67%) que dans l'autre groupe (45%), sans significativité  $p = 0.29$ .

#### ***3.3.2 Fardeau de morbidité***

Il n'y a pas de différence significative en terme de CIRS, de nombre de médicaments ou d'antécédent si ce n'est concernant les antécédents de cardiopathie rythmique qui sont plus représentés dans le groupe réévalué (40%) que dans l'autre groupe (17%), sans significativité  $p = 0.24$ .

**Tableau 5 :** Objectif secondaire : facteurs liés à la réévaluation de l'antipsychotique au cours des 3 mois de suivi

	Réévaluation (n=20) n, %	Non réévaluation (n=12) n, %	p (test exact de Fisher)
<b>Caractéristiques générales</b>			
Age > ou = 85 ans (n = 32)	9, 45%	4, 33%	0,71
Sexe féminin (n =32)	9, 45%	8, 67%	<b>0.29</b>
<b>Fardeau de morbidité</b>			
CIRS* > ou = 10 (n=32)	19, 95%	11, 91%	1
Nombre médicaments > ou = 8 (n=32)	12, 60%	8, 67%	1
ATCD* insuffisance rénale (n=32)	12, 60%	8, 67%	1
ATCD Hypertension artérielle (n = 32)	13, 65%	7, 58%	0.72
ATCD cardiopathie rythmique (n=32)	8, 40%	2, 17%	<b>0.24</b>
ATCD coronaropathie (n=32)	3, 15%	3, 25%	0,64
ATCD diabète (n=32)	4, 20%	1, 8%	0,62
ATCD MTEV* (n=32)	4, 20%	1, 8%	0,62
ATCD épilepsie (n=32)	4, 20%	1, 8%	0,62
ATCD AVC* (n=32)	1, 05%	1, 8%	0,59
<b>Caractéristiques liées à l'environnement</b>			
Lieu de vie initial EHPAD* (n=32)	10, 50%	8, 67%	0.47
GIR* : autonomie très altérée < ou = 3 (n=23)	6, 67%	7, 87%	0.57
ADL* : autonomie altérée < ou = 3 (n=18)	4, 33%	2, 67%	0.52
<b>Caractéristiques liées à l'hospitalisation</b>			
Durée de séjour courte < 10 jours (n=32)	13, 65%	4, 33%	<b>0.14</b>
Motif trouble comportement (n=32)	12, 60%	6, 50%	0.71
Motif chutes (n=32)	4, 20%	2, 17%	1
Sortie en EHPAD (n=32)	13, 65%	9, 75%	0.70
<b>Caractéristiques liées à la démence</b>			
Démence type Alzheimer ou mixte (n=32)	16, 80%	11, 91%	0,62
Démence légère à modérée MMSE* > ou = 10 (n=32)	15, 75%	7, 58%	0.43
Suivi spécialisé antérieur (n=32)	14, 70%	8, 67%	1
<b>Caractéristiques liées au traitement antipsychotique</b>			
Antipsychotique typique (n=32)	7, 35%	5, 42%	0.72
Dose faible (n=32)	19, 95%	10, 83%	0.54
Traitement antérieur (n=32)	13, 65%	8, 66%	1
<b>Alternatives aux antipsychotiques</b>			
Alternative médicamenteuse (n=32)	18, 90%	12, 100%	0.51
Alternative non médicamenteuse (n=28)	14, 82%	10, 91%	1
<b>Autres</b>			
Recommandations dans CRH ou rdv contrôle (n=32)	6, 30%	2, 17%	0.67
médecin traitant initial revu (n=32)	10, 50%	9, 75%	<b>0.26</b>
changement de lieu de vie (n= 32)	7, 35%	3, 25%	0.70
lieu de vie à 3 mois EHPAD (n=32)	17, 85%	11, 92%	0.52

\* CIRS : Cumulative Illness Rating Scale ; ATCD : Antécédent ; MTEV : Maladie Thrombo-Embolique Veineuse ; AVC : Accident Vasculaire Cérébral ; EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ; GIR : Groupe Iso Ressource ; ADL : Activities of Daily Living ; MMSE : Mini Mental State Examination ; CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

### **3.3.3 Caractéristiques liées à l'environnement**

Il n'y a pas de différence significative concernant le lieu de vie initial, le GIR et l'ADL dans les 2 groupes. Néanmoins, dans le groupe réévalué, il y a une plus forte proportion de patients vivant à domicile (50% versus 33%  $p = 0.47$ ) et ayant une autonomie conservée (33% de GIR > 3 versus 13%  $p = 0.57$  ; 67% d'ADL > 3 versus 33%  $p = 0.52$ ).

### **3.3.4 Caractéristiques liées à l'hospitalisation**

Il n'y a pas de différence significative en terme de motif d'hospitalisation et de lieu de sortie.

Cependant il est apparu une "tendance significative" concernant la durée moyenne de séjour. Il y a en effet une plus forte proportion de durée de séjour courte (< 10 jours) dans le groupe ayant subi une modification de traitement (65%) que dans l'autre (33%)  $p = 0.14$ .

### **3.3.5 Caractéristiques liées à la démence**

Il n'y a pas de différence significative en terme de type et de sévérité de la démence, de suivi spécialisé antérieur.

### **3.3.6 Caractéristiques liées au traitement antipsychotique**

Il n'y a pas de différence significative concernant la classe d'antipsychotique, la dose et la présence ou non d'un traitement antipsychotique antérieur dans les 2 groupes.

### **3.3.7 Alternatives aux antipsychotiques**

Il n'y a pas de différence significative dans les 2 groupes concernant la mise en place d'alternatives médicamenteuses et non médicamenteuses.

### **3.3.8 Autres**

Pour 4 patients (10%), un rendez-vous de contrôle spécialisé a été programmé et pour 7 autres (17.5%) le courrier de sortie indiquait la nécessité de réévaluer le traitement antipsychotique.

A noter que les 4 patients pour lesquels un rendez-vous de contrôle a été programmé à la sortie d'hospitalisation, avaient tous un suivi spécialisé préalable. Il n'y a, là encore, pas de différence significative entre les 2 groupes.

Lors du recueil des données, 3 mois après la sortie d'hospitalisation, nous avons eu le regret d'apprendre 7 décès (19.5%) et 1 patient a été perdu de vue. 5 patients vivaient à domicile, les 27 autres en EHPAD.

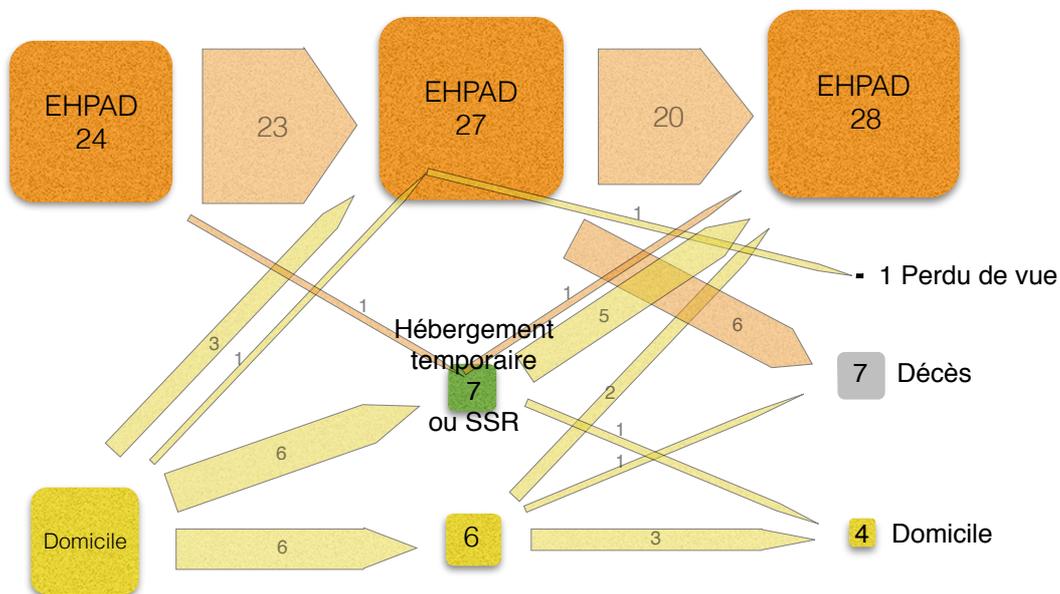
Il n'y a pas de différence significative concernant le lieu de vie à 3 mois dans les 2 groupes.

Les lieux de vie et le devenir des patients apparaissent dans le graphique 1.

21 personnes soit 54% de l'effectif, n'ont pas été revues par le médecin traitant initial ; pour 43% d'entre eux en raison d'un changement de lieu de vie et pour 24% en raison d'un changement de médecin traitant.

Il y a une plus forte proportion de patients n'ayant pas revu leur médecin traitant initial dans le groupe réévalué (50%) que dans le groupe non réévalué (25%)  $p = 0.26$ .

**Graphique 1: Devenir et lieu de vie des patients**



## QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION

### **1 62.5% de réévaluation à 3 mois : est ce un bon résultat ?**

Bien que nous ayons supposé d'une insuffisance de réévaluation par le médecin traitant du traitement antipsychotique, il est finalement apparu qu'une large majorité des patients avait bénéficié d'une modification de traitement et donc d'une réévaluation, comme le préconise les recommandations (23,29,30), au cours des 3 mois ayant suivi l'hospitalisation.

Ces résultats sont difficilement comparables aux études semblables sur le sujet puisque celles-ci ont été réalisées exclusivement en structure de soins de longue durée et étaient interventionnelles, avec comparaison de la réévaluation des antipsychotiques sans intervention ou avec intervention visant à favoriser la réévaluation telles qu'une note dans le dossier suivant les recommandations, un appel aux médecins prescripteurs ou un programme éducatif.

Une méta-analyse de 2008 (31) ne met pas en évidence de réduction significative de la prévalence des prescriptions d'antipsychotiques avant et après interventions. De même, l'étude la plus récente que nous ayons trouvée datant de 2014, qui a été réalisée au Québec sur plus de 200 patients hospitalisés, n'a pas permis de conclure à une amélioration de la réévaluation des antipsychotiques après une campagne de sensibilisation. À noter que cette dernière étude a été effectuée sur une durée plus courte que les autres études y compris la nôtre, à savoir 2 mois. (32) Les autres études (33-36) retrouvent une réduction significative de la prescription d'antipsychotiques après intervention.

Le taux de réévaluation est très variable. Les taux de réévaluation post interventions varient de 32 à 77%. Cependant ce taux est nettement inférieur au nôtre sans intervention puisque dans 3 de ces études (32,35,36) il est entre 14 et 26%. Une seule étude retrouve un taux de réévaluation plus élevé de 58% mais cette étude a été réalisée sur 12 mois alors que les autres ont été réalisées sur 6 mois maximum.

Notre bon résultat pourrait être expliqué par l'ancienneté d'une partie de ces autres études (35,36) et l'effet favorable de la diffusion des recommandations de réévaluation. Par ailleurs ce fort taux de réévaluation pourrait être lié au fait que nous avons intégré l'augmentation du traitement et les modifications transitoires dans la réévaluation, ce qui n'est pas le cas des autres études qui ne prenaient en compte que la diminution ou l'arrêt de l'antipsychotique.

## **2 Quels sont les facteurs qui semblent influencer la réévaluation ?**

Concernant les facteurs influençant la réévaluation, la seule "tendance significative" qui ressort est la durée moyenne de séjour qui est plus courte pour les patients ayant bénéficié d'une réévaluation de leur traitement antipsychotique. On peut en effet penser que chez les patients qui ont eu une longue hospitalisation, l'équilibre médicamenteux concernant les troubles du comportement a été plus difficile à obtenir, d'où une éventuelle réticence de la part des médecins traitants à prendre le risque de déstabiliser cet équilibre. Par ailleurs, cette hospitalisation plus longue peut être le reflet d'un état de santé plus altéré et d'une situation sociale plus complexe qui laissent une moins grande marge de manoeuvre pour les modifications de traitement.

Enfin, une autre hypothèse qui peut être avancée est que l'évaluation ou la réévaluation du traitement antipsychotique faite initialement par le gériatre hospitalier avant la sortie du patient n'était peut-être pas optimale lors d'un séjour hospitalier court et donc le médecin traitant s'est trouvé par la suite face à une situation où la réévaluation était nécessaire de manière rapide et évidente.

Les études sur le sujet que nous avons pu trouvées montrent quant à elles une tendance à la diminution du nombre de médicament après une ou plusieurs hospitalisations (37,38), sans que nous ayons de données concernant la durée de séjour.

Il y avait une proportion plus importante de femmes dans le groupe des patients n'ayant pas subi modification de leur traitement. Les études confirment qu'il y aurait plus de maladie d'Alzheimer (39), plus de prescriptions psychotropes (26,27,40,41) et une plus grande difficulté à modifier un traitement psychotrope chez les femmes. (42)

Les antécédents de cardiopathie rythmique sont plus représentés dans le groupe réévalué. On peut attribuer cette tendance au risque d'effet indésirable cardiaque

(1) des antipsychotiques qui pousse, chez ce type de patients, à utiliser les antipsychotiques avec une prudence redoublée, et à l'état de santé plus instable des patients cardiopathes qui provoque des consultations plus fréquentes et donc plus d'occasion de réévaluation du traitement.

Nous avons constaté que les patients ne vivant pas initialement ni par la suite en EHPAD, bénéficient de plus de réévaluations, bien que cette constatation ne soit pas significative. Ceci est un élément encourageant car ces patients-là sont à priori moins entourés, moins surveillés et plus à risque en cas de survenue d'effets indésirables des antipsychotiques tels que les chutes ou les troubles du rythme par exemple.

Les patients ayant une autonomie plus altérée, subissent moins de modifications de traitement, ce qui nous fait suspecter un certain fatalisme des médecins traitants dans ces situations, dont nous reparlerons plus loin. (43,44)

Pour finir, une autre tendance qui apparaît, est qu'il y a plus de patients ayant subi une modification de traitement, qui n'ont pas été revus par leur médecin traitant initial. Ceci nous évoque une réévaluation favorisée par le regard neuf du nouveau médecin. A noter que pour ces patients-là seuls 2 ont subi une augmentation de la dose des antipsychotiques, alors que les 8 autres ont bénéficié d'une diminution ou d'un arrêt du traitement.

Dans les études nous avons également constaté que le fait d'être revu par le même médecin était un facteur augmentant la prescription d'antipsychotique (27) et que l'absence de réévaluation diagnostique, a priori moins fréquente lors d'un changement de médecin qui doit s'approprier le dossier, les diagnostics et les prescriptions, était un facteur de prescriptions inadaptées. (42) Enfin il a été constaté que lors d'un changement de médecin traitant, l'indication initiale de la prescription des antipsychotiques était souvent perdue (3), ce qui favoriserait la réévaluation.

### **3 Quels facteurs ne semblent pas influencer la réévaluation ?**

Notre étude met en lumière certains défauts de pratique médicale, puisqu'il semblerait que des éléments comme le nombre élevé de médicaments prescrits, les antécédents d'insuffisance rénale, l'hospitalisation pour chute, la prescription d'antipsychotique typique ou la prescription d'une forte dose d'antipsychotique ne

favorisent pas la réévaluation alors que ce sont des éléments connus pour aggraver les risques d'effets indésirables des antipsychotiques et qui nécessitent une prescription vigilante avec réévaluation.

Par ailleurs, l'instauration d'un rendez-vous spécialisé de contrôle après l'hospitalisation ou l'existence d'un suivi spécialisé antérieur à l'hospitalisation n'influencent pas dans cette étude la réévaluation, ce qui s'explique facilement par les longs délais de consultation spécialisée qui dépassent souvent les 3 mois.

#### **4 Les causes des modifications et des non modifications de traitement étaient-elles prévisibles et sont-elles en accord avec les recommandations ?**

##### **4.1 Causes des modifications de traitement**

Concernant les modifications du traitement, nous avons observé un arrêt dans la moitié des cas, majoritairement en raison d'une amélioration des troubles du comportement d'une part et d'autre part en raison d'effets indésirables. La fluctuation de ces TPCD est largement décrite dans les études (5,23), de même que les nombreux effets indésirables (1,14). L'arrêt est en effet recommandé dès que possible. (23)

Il y a finalement eu peu d'arrêt pour inefficacité, alors que celle-ci est estimée à 40%. Ceci est à mettre en balance avec un effet placebo important, de l'ordre de 37%. (11)

L'arrêt pour manque d'information concernant la prise en charge hospitalière était attendu au vu des circonstances puisque le patient concerné ne bénéficiait pas d'un traitement antipsychotique antérieur, avait présenté des chutes, et était âgé de 99 ans. En définitif, peu de médecins traitants ont souligné ce problème qui revient souvent dans d'autres études avec environ 20% de médecins insatisfaits de la communication hospitalière avec surtout un délai trop long pour la réception du compte rendu hospitalier et une information incomplète sur celui-ci.

Il y a eu autant d'augmentation que de diminution des doses du traitement. Pour les 3 cas d'augmentation en raison de l'aggravation des TPCD, les patients bénéficiaient de doses faibles à la sortie de l'hôpital et 2 d'entre eux n'avaient pas de traitement antipsychotique antérieur à l'hospitalisation. Les recommandations

soulignent, en effet, l'importance d'une institution progressive du traitement pour trouver la dose minimale efficace. (21,23) Ce qui semble être le cas pour ces patients.

Il y a eu 4 changements transitoires, avec retour aux doses initiales, ce qui souligne la difficulté d'obtenir un équilibre sous traitement du fait de la variabilité dans le temps des TPCD. Cet équilibre précieux a été largement mis en avant dans les causes de non modification du traitement antipsychotique. Ces changements transitoires sont également le reflet de la fluctuation des TPCD. (5,23)

#### **4.2 Causes des non modifications du traitement**

La cause de non modification du traitement antipsychotique par les médecins traitants qui se détache nettement est la persistance des troubles du comportement et le bon équilibre obtenu avec ce traitement. Il semble en effet difficile d'arrêter un traitement qui semble efficace, avec les risques de récurrence que cela comporte et le risque notamment de réhospitalisation, étant donné que les troubles du comportement étaient le principal motif d'hospitalisation, et avec les conséquences sur l'entourage.

Néanmoins, ceci n'est pas en accord avec les études qui recommandent une prescription si possible discontinue et qui mettent en avant qu'un arrêt même brutal des antipsychotiques n'augmente pas le risque d'exacerbation des troubles du comportement. (1,2,3,45)

Par ailleurs, en cas de persistance de TPCD sous antipsychotique, on peut suspecter une inefficacité de ceux-ci voir des effets paradoxaux. (46)

Là encore, le manque d'information concernant la prise en charge hospitalière n'a été que brièvement évoqué, bien que dans ce cas précis, le médecin traitant initial ait été revu et que l'information concernant la nécessité de réévaluation du traitement ait figurée sur le courrier de sortie. Dans ce cas, nous pouvons évoquer comme problème courant le retard de transmission du courrier de sortie et le problème de mise en évidence des informations essentielles dans le courrier de sortie pour que celles-ci soient utilisables facilement et au bon moment par le médecin traitant.

Le manque d'information concernant les recommandations n'a été souligné qu'une seule fois car les recommandations concernant l'utilisation des antipsychotiques

chez les personnes âgées démentes ont été largement diffusées depuis plusieurs années, comme le montre la diminution du nombre de patients déments qui reçoivent des antipsychotiques alors que le nombre de démences augmente (47) ; et éventuellement car il est difficile de reconnaître ses lacunes, voir même tout simplement parfois d'en avoir conscience. Un des médecins interrogés a qualifié le questionnaire de "dérangeant" car suscitant une remise en question de sa pratique et la plupart des médecins interrogés par téléphone n'ayant pas modifié le traitement antipsychotique semblaient se justifier de leur choix imposé par la situation bien qu'ils le savaient contraire aux recommandations.

La pression exercée par l'entourage ou le personnel soignant n'a presque pas été mise en avant, témoignant probablement d'une meilleure formation des soignants à la prise en charge des personnes âgées démentes. (23,30,48,49)

### **5 Comment le fonctionnement des EHPAD influence-t-il la prise en charge des personnes âgées démentes ?**

Au cours de cette étude, nous nous sommes penchés sur la prise en charge des personnes âgées démentes par les EHPAD puisque la majorité des patients inclus vivaient initialement en EHPAD et que lors du recueil de données à 3 mois, ils étaient encore plus nombreux à y vivre.

Ceci reflète bien l'importance de ces structures pour la prise en charge des démences et nous avons pu constater des pratiques encourageantes.

En effet, les alternatives non médicamenteuses étaient très largement mises en place et les renouvellements d'ordonnance par simple contact téléphonique du médecin traitant se sont avérés être une pratique très rare. Les infirmières que nous avons contactées par téléphone pour connaître les alternatives non médicamenteuses proposées, semblaient sensibilisées à l'importance de la réévaluation des antipsychotiques et à leur nécessité d'utilisation en dernier recours, bien que ce point ne fasse pas l'objet de notre étude.

Ceci est d'autant plus important qu'en EHPAD, l'infirmière prend le relais de l'aidant principal qui officiait au domicile, et c'est elle qui sollicite le médecin traitant pour le renouvellement du traitement et qui lui donne les informations nécessaires à la réévaluation de celui-ci.

Cette amélioration de la prise en charge est rendue possible car les formations proposées sont interdisciplinaires et sont aussi souvent adressées aux soignants

et aux intervenants d'EHPAD qu'aux médecins, comme le montre par exemple les interventions dans les études dont nous avons parlé précédemment qui étaient pour la plupart des programmes éducatifs interdisciplinaires. (33,35,36)

Dans cette étude, nous n'avons pas étudié le rôle du médecin coordinateur qui lui aussi peut favoriser la réévaluation en sollicitant l'intervention du médecin traitant et en lui donnant les informations nécessaires concernant le patient.

## **6 Quels sont les points forts de la pratique des médecins traitants ?**

Notre étude met en lumière plusieurs points forts dans la pratique des médecins traitants concernant la prise en charge des personnes âgées démentes, qui est conforme aux recommandations :

- le traitement antipsychotique était largement réévalué, avec un grand nombre d'arrêt,
- les médecins traitants semblaient avoir connaissance des recommandations concernant l'utilisation des antipsychotiques,
- les antipsychotiques atypiques et notamment la risperidone, étaient les plus utilisés, y compris avant l'hospitalisation,
- les antipsychotiques restaient utilisés à dose faible,
- la plupart des patients avaient un suivi spécialisé,
- les alternatives médicamenteuses étaient largement prescrites.

## **7 Quelles sont les difficultés qui freinent le suivi des recommandations ?**

Les recommandations semblent donc connues des médecins traitants, néanmoins cette étude montre qu'en pratique il est difficile de les suivre à la lettre.

Nous avons recherché dans la littérature les causes des difficultés pratiques à suivre ces recommandations.

### **7.1 Causes liées aux médecins et aux soignants**

Tout d'abord, la formation des soignants est estimée insuffisante par ceux-ci, comme nous le montrent plusieurs études sur le sujet (43,50), et bien que celle-ci ait progressée, comme nous l'avons vu précédemment.

Les ressources humaines et matérielles sont également insuffisantes. Le coût de la prise en charge des démences (5,8) et le nombre d'intervenants nécessaire pour entourer suffisamment les patients sont très importants. La situation s'améliore suite aux différents plans Alzheimer mais les difficultés sont toujours présentes.

Les soignants reconnaissent un certain découragement vis à vis des patients déments car ils sont face à un processus inéluctable de dégradation et à une maladie incurable où les possibilités thérapeutiques sont complexes et limitées. (43)

Les intervenants auprès des patients sont nombreux (spécialistes, médecin traitant, assistante sociale, infirmiers, service d'aide à domicile, psychologue...). La synthèse et la communication entre eux n'est pas aisée, comme le reflète les problèmes de communication entre l'hôpital et le médecin traitant dont nous avons parlé plus tôt, surtout qu'elles sont chronophages. (42)

L'évaluation des TPCD est subjective : non seulement ces troubles sont fluctuants mais leur évaluation dépend de la source d'information. (51) Autant le NPI est un outil d'évaluation standardisé, qui n'a été que rarement utilisé dans notre étude, autant à domicile, l'évaluation des TPCD est réalisée par les aidants. La prise en charge dépend également des sentiments suscités chez les soignants et les aidants face aux TPCD. (21,44,51) Ainsi une étude montre qu'un grand nombre de médecins traitants ont recours aux antipsychotiques chez les personnes âgées démentes car ils estiment que le risque de surmortalité est acceptable au regard de la faible espérance de vie et de la faible qualité de vie de ces personnes. (44)

Concernant la place du médecin traitant, plusieurs difficultés apparaissent. Tout d'abord celui-ci se sent peu épaulé par les spécialistes et considère la gestion des TPCD comme de sa responsabilité. (44)

Intervient, en outre, le problème d'organisation du médecin traitant avec un manque de temps récurrent pour la prise en charge de ces situations complexes. Le problème de communication est là encore à souligner puisque le médecin traitant est censé centraliser les informations.

L'incertitude diagnostique, que nous avons déjà évoquée, interfère aussi, dans la mesure où il est difficile et chronophage de remettre en question des diagnostics et des prescriptions qui ont été institués auparavant. (42)

Enfin, nous pouvons parler du problème lié à la pression de l'industrie pharmaceutique sur les médecins prescripteurs, qui peut les pousser à prescrire des médicaments inadaptés. (42)

## **7.2 Causes liées aux patients et aux aidants**

Pour commencer, le principal problème est que nous sommes dans une société centrée sur le médicament. La prescription d'un médicament représente une réponse rapide à un problème alors que cette réponse n'est pas forcément adaptée. (47)

Cette intervention rapide répond à la demande des aidants qui sont sujets à une lassitude voire à risque de burn out, face à des comportements difficiles à gérer et à une accumulation de mesures à mettre en oeuvre pour la prise en charge des patients. (47) Cette demande est renforcée par l'effet placebo des antipsychotiques (11) qui permet aux aidants de relâcher la pression et de diminuer le stress du patient, et ainsi de rompre un cercle vicieux. (1) L'éducation des aidants est donc indispensable. (23,47)

La réévaluation du traitement peut, par ailleurs, être freinée par le refus du patient de modifier son traitement et la nécessité pour le médecin de négocier. Nous avons, en effet, vu que l'arrêt des psychotropes chez les personnes âgées était difficile, bien que cette difficulté soit à mettre en balance avec l'anosognosie des patients déments. Le risque de iatrogénie est d'ailleurs augmenté lors de la méconnaissance par le patient de son traitement habituel, méconnaissance d'autant plus importante que les troubles cognitifs sont présents. (42)

Pour finir, l'évolution rapide de la situation physiologique et pathologique de ces patients âgés et fragiles, peut déséquilibrer rapidement un équilibre qui a été long à obtenir.

## **7.3 Causes liées aux recommandations**

La multiplicité des sources d'information (HAS 2007/2009/2010/2011/2012, Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé ANSM, Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique OMEDIT...) et les approches théoriques et monocentriques proposées par les recommandations ne facilitent pas le travail du médecin.

## **8 Comment améliorer la réévaluation ?**

Forts de ces points positifs et négatifs révélés par cette étude, nous avons pu repérer quelques pistes pour favoriser la réévaluation des antipsychotiques par les médecins traitants chez les personnes âgées démentes :

Concernant la prise en charge en hospitalisation :

- améliorer la communication entre l'hôpital et le médecin traitant, en diminuant le délai d'envoi du compte rendu d'hospitalisation, qui est légalement fixé à 8 jours (52) et en fournissant un compte rendu plus détaillé,
- préciser les objectifs de la prescription des antipsychotiques sur le compte rendu d'hospitalisation, en indiquant de manière plus systématique la nécessité de réévaluation à court terme de ce traitement,
- rédiger un compte rendu spécifique des modifications thérapeutiques afin de le joindre au courrier de sortie, compte rendu qui pourra également être adressé à la pharmacie du patient.

Concernant la prise en charge en ville :

- encourager la réévaluation par le pharmacien en précisant son champ d'intervention,
- rappeler l'absence d'effet préventif des antipsychotiques sur les TCPD,
- rappeler le risque d'effets indésirables, d'inefficacité voir d'effets paradoxaux des antipsychotiques.

Concernant la prise en charge en EHPAD :

- diffuser des guides auprès des professionnels de santé et dans les EHPAD pour promouvoir le bon usage des médicaments auprès des personnes âgées, guides similaires à ceux proposés à l'heure actuelle par l'OMEDIT,
- généraliser la mise en place des alternatives non médicamenteuses,
- améliorer la formation du personnel soignant et des aidants à la gestion des TPCD. (maison des aidants, prise en charge psychologique et multidisciplinaire comme à l'hôpital Bellier à Nantes par exemple),
- encourager les infirmières des EHPAD à susciter la réévaluation des antipsychotiques par le médecin traitant,
- augmenter la réalisation des NPI pour le suivi des TPCD.

### **9 Pourquoi un si grand nombre de décès ?**

Il y a eu un grand nombre de décès parmi les patients inclus. Ceci semble le reflet de la population étudiée avec une moyenne d'âge élevée, un CIRS élevé, une démence évoluée et une autonomie altérée.

Faute de données concernant les causes de décès, nous ne pouvons pas faire de lien avec les potentiels effets indésirables des antipsychotiques même si la littérature met bien en avant l'augmentation de la mortalité sous antipsychotique. (1,15)

Les données concernant la population des patients décédés sont présentes dans le tableau de l'annexe 8.

La population des patients décédés diffère peu des patients non décédés en terme d'âge, de sexe, de fardeau de morbidité, d'autonomie, de motif d'hospitalisation, de type de démence et de type d'antipsychotique utilisé.

Cependant certaines différences, bien que non significatives, sont à souligner. En effet les patients décédés vivaient plus en EHPAD, que ce soit en terme de lieu de vie initial (86% versus 55%) ou en terme de lieu de sortie d'hospitalisation (86% versus 64%). Leur durée de séjour était, par ailleurs, plus longue, avec 71% de durée de séjour supérieure à 10 jours contre 48% dans la population non

décédée. En outre, parmi les patients décédés, il y avait plus de stade sévère de démence (57% versus 30%). Tous ces éléments peuvent être interprétés comme un état de santé plus fragile de manière chronique et aiguë, et donc un risque augmenté de décès.

Concernant les traitements, les patients décédés avaient des antipsychotiques depuis plus longtemps (86% de traitement antérieur à l'hospitalisation versus 64%) et à plus forte dose (43% de forte dose versus 13%) et avaient moins d'alternatives médicamenteuses aux antipsychotiques. Là encore, nous pouvons conclure que les patients décédés faisaient partie d'une population plus à risque d'effets indésirables des antipsychotiques qui augmentent avec les doses et la durée d'exposition.

Nous n'avons pu intégrer les patients décédés à nos données en raison du manque d'information concernant leur traitement avec l'archivage rapide du dossier et car nous n'aurions pu affirmer l'absence de réévaluation même en cas de non modification du traitement dans la mesure où le décès est survenu avant 3 mois et qu'une modification de traitement aurait pu avoir lieu sur la fin des 3 mois s'il n'y avait pas eu le décès.

## **10 Limites de l'étude**

Les limites de cette étude reposent sur le faible nombre de patients inclus, amputé du grand nombre de décès, ce qui ne permet pas une étude statistique significative.

On peut également souligner le biais de cette étude qui réside dans le fait que nous avons estimé que le traitement antipsychotique avait été réévalué uniquement s'il y avait eu une modification de ce traitement au cours des 3 mois. Nous avons en effet supposé que les médecins traitants interrogés répondraient tous qu'ils avaient effectivement réévalué le traitement si la question leur était posée en ces termes, même si la question d'une diminution ou d'un arrêt du traitement n'avait pas été envisagée malgré les recommandations.

En outre, nous avons fait face à des difficultés de recueil de données, en raison de la faible disponibilité des médecins traitants, repoussant parfois de plusieurs semaines le questionnaire avec le risque de biais de mémoire ; problématique qui

s'est posée aussi pour le questionnaire soumis aux EHPAD lorsqu'il y a eu des changements d'établissement.

Pour finir, la comparaison avec d'autres études du même type est difficile car la réévaluation des traitements et notamment la déprescription par les médecins généralistes souffre d'être trop peu étudiée. (53)

## **CINQUIÈME PARTIE : CONCLUSION**

Nous avons réalisé cette étude suite à la constatation d'une problématique fréquente dans la prise en charge des personnes âgées démentes présentant des TPCD, à savoir que les antipsychotiques largement utilisés dans ces situations ont un rapport bénéfice-risque défavorable, avec une efficacité limitée et un risque important d'effets indésirables. Ce mauvais rapport bénéfice-risque a conduit à la mise en place de nombreuses recommandations pour limiter l'utilisation des antipsychotiques à des situations de détresse et ainsi favoriser les réévaluations fréquentes par le médecin prescripteur, recommandations qui semblent difficiles à suivre en pratique.

Néanmoins notre étude montre un fort taux de réévaluation du traitement antipsychotique chez les personnes âgées démentes, par les médecins traitants, 3 mois après leur sortie de court séjour gériatrique. Bien que les résultats ne soient pas significatifs et que nous ayons eu un grand nombre de décès, ils sont encourageants et révèlent des points forts dans la pratique des médecins traitants qui semblent faire l'effort de suivre les recommandations pour la santé de leur patient et ce malgré toutes les difficultés courantes qui freinent cette réévaluation. Les habitudes de réévaluation semblent progresser, probablement sous l'effet de la diffusion des recommandations et de l'effort de formation qui est fait auprès des professionnels de santé et des aidants.

Cependant des efforts sont encore à encourager pour continuer à améliorer cette réévaluation qui n'est pas toujours suffisante dans les situations à risque. Pour ceci, différentes pistes sont à creuser telles que rappeler le rôle des différents intervenants auprès des personnes âgées démentes, favoriser la communication entre les intervenants et leur formation, et promouvoir les alternatives non médicamenteuses. En améliorant la réévaluation des antipsychotiques et la prise en charge des personnes âgées démentes, nous pourrions leur assurer une meilleure qualité de vie et diminuer le risque d'effets indésirables des antipsychotiques.

## BIBLIOGRAPHIE

1 Benoit M, et al. La prescription des antipsychotiques chez le sujet âgé. Les cahiers de l'année gériatrique. 2009 Sep;1:149-63.

2 Gillabert J, et al. Prise en charge médicamenteuse des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence. Revue Médicale Suisse. 2006 Apr; 61.

3 Ballard C, et al. A Randomised, Blinded, Placebo-Controlled Trial in Dementia Patients Continuing or Stopping Neuroleptics (The DART-AD Trial). Plos Medicine. 2008 Apr;5(4):587-99.

4 Vandell P et al. Traitements pharmacologiques des troubles psychocomportementaux dans la maladie d'Alzheimer. Annales medico-psychologiques. 2009;167:219-23

5 Benoit M et al. Symptômes comportementaux et psychologiques dans la maladie d'Alzheimer : résultats de l'étude REAL.FR. La revue de médecine interne. 2003;24:319-24

6 Ostling S, Skoog I. Psychotic symptoms and paranoid ideation in a nondemented population-based sample of the very old. Arch Gen Psychiatry. 2002 Jan;59(1):53-9.

7 Camus V et al. Symptômes psychologiques et comportementaux des démences : aspect clinique. Annales médico-psychologiques. 2009. 167. 201-5

8 HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. 2011 Dec. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_maladie\\_d\\_alzheimer\\_et\\_maladies\\_apparentees\\_diagnostic\\_et\\_prise\\_en\\_charge.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge.pdf)

9 HAS. Améliorer la prescription de psychotropes chez le sujet âgé. 2007 oct. Disponible sur [http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/prescription\\_psychotropes\\_sujet\\_age\\_court.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/prescription_psychotropes_sujet_age_court.pdf)

- 10 Gagnon C. Neuroleptiques et patients âgés. L'Actualité médicale. 2006 Apr;30.
- 11 Roger F. L'agitation chez la personne âgée. Canadian Family Physician. 1996 Dec;42:2392-8.
- 12 Monnier N, Ardiet G. Prescription de neuroleptiques en maison de retraite (étude de 2200 prescriptions). Annales médico-psychologiques. 2007; 165:258-62.
- 13 Laroche ML, et al. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : liste adaptée à la pratique française. La Revue de Médecine Interne. 2009;30:592-601.
- 14 Legrain S. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé, consommation, prescription, iatrogénie et observance. 2005. Disponible sur [http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa\\_synth\\_biblio\\_2006\\_08\\_28\\_16\\_44\\_51\\_580.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28_16_44_51_580.pdf)
- 15 Herbert Demay M. Prescription de neuroleptiques chez les patients déments : recommandations et réalités pratiques. 2010. Disponible sur <http://www.ehpad.org/Bibliotheque/Memoires/memoires-2009-2010/Prescription%20de%20neuroleptiques%20chez%20les%20patients%20déments%20-%20Recommandations%20et%20realites%20pratiques%20-%20Michele%20Hebert%20Demay.pdf>
- 16 Sacchetti E, et al. Cerebrovascular accidents in elderly people treated with antipsychotic drugs. Drug Safety. 2010;33(4):273-88
- 17 HAS. Maladie d'Alzheimer et autres démences. Guide médecin - Affection de longue durée. 2009 mai. Disponible sur [http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/gm\\_alzheimer\\_finale\\_web\\_juin2009.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/gm_alzheimer_finale_web_juin2009.pdf)
- 18 HAS. Neuroleptiques chez le malade Alzheimer. 2012 jan. Disponible sur [http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/ipc\\_ami\\_pmsa\\_part8\\_biblio.vf.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/ipc_ami_pmsa_part8_biblio.vf.pdf)
- 19 Callahan CM. Effectiveness of Collaborative Care for Older Adults With Alzheimer Disease in Primary Care. JAMA. 2006 May 10;295(18):2148-57
- 20 Brodaty H, et al. Meta-Analysis of Psychosocial Interventions for Caregivers of People with Dementia. J Am Geriatr Soc. 2003;51:657-64

21 Bastan M, Stefos G. L'utilisation des antipsychotiques chez la personne âgée. Rev Med Brux. 2004;25:A308-14.

22 FDA. Information for Healthcare Professionals: Conventional Antipsychotics. 2013. Disponible sur <http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/postmarketdrugsafetyinformationforpatientsandproviders/ucm124830.htm>

23 HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Recommandations de bonne pratique. 2009 mai. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie\\_dalzheimer-troubles\\_du\\_comportement\\_perturbateurs-recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf)

24 HAS. Limiter la prescription de psychotropes chez la personne âgée confuse agitée et chez le patient Alzheimer présentant des troubles du comportement perturbateurs. 2009 juil. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_819869/fr/limiter-la-prescription-de-psychotropes-chez-la-personne-agee-confuse-agitee-et-chez-le-patient-alzheimer-presentant-des-troubles-du-comportement-perturbateurs](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_819869/fr/limiter-la-prescription-de-psychotropes-chez-la-personne-agee-confuse-agitee-et-chez-le-patient-alzheimer-presentant-des-troubles-du-comportement-perturbateurs)

25 Lepoutre B, et al. Renouvellement d'ordonnance chez la personne âgée. Le syndrome de le 5e ligne. Médecine. 2008 Nov;4(9):411-5.

26 Aparasu RR, Mort JR, Sitzman S. Psychotropic prescribing for the elderly in office-based practice. Clin Ther. 1998 May-Jun;20(3):603-16.

27 Mort JR, Aparasu RR. Prescribing potentially inappropriate psychotropic medications to the ambulatory elderly. Arch Intern Med. 2000 Oct 9;160(18):2825-31.

28 Gallagher P, Barry P, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in the elderly. J Clin Pharm Ther. 2007 Apr;32(2):113-21.

29 AFSSAPS. Mise au point. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. 2005 juin. Disponible sur [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/9641eb3f4a1e67ba18a6b8aecd3f1985.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9641eb3f4a1e67ba18a6b8aecd3f1985.pdf)

30 République Française. Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012. Disponible sur <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/plan-alzheimer-2008-2012.pdf>

31 Nishtala PS, et al. Psychotropic prescribing in long-term care facilities: impact of medication reviews and educational interventions. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008 Aug;16(8):621-32

32 Dufour M, et al. Recherche évaluative du programme AP-STOP : AntiPsychotiques : Sensibilisation à leur bon usage pour les Troubles de compOrtement des Personnes âgées atteintes de démence. *Pharmactuel*. 2015;48(1)

33 Fossey J, et al. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. 2006 Apr; 332(7544):756-8

34 Monette J, et al. Effect of an interdisciplinary educational program on antipsychotic prescribing among nursing home residents with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008 Jun;23(6):574-9

35 Avorn J, et al. A randomized trial of a program to reduce the use of psychoactive drugs in nursing homes. *N Engl J Med*. 1992 Jul 16;327(3):168-73

36 Westbury J, et al. An effective approach to decrease antipsychotic and benzodiazepine use in nursing homes: the RedUSe project. *Int Psychogeriatr*. 2010 Feb;22(1):26-36

37 Tamblyn RM, et al. Do too many cooks spoil the broth? Multiple physician involvement in medical management of elderly patients and potentially inappropriate drug combinations. *Canadian Medical Association Journal*. 1996;154(8):1177.

38 Nava Maire J. Impact de l'hospitalisation sur la polymédication des personnes âgées et évaluation à six mois après la sortie auprès des médecins généralistes : cas particulier des inhibiteurs de la pompe à protons. *Human health and pathology*. 2015 juin. Disponible sur <https://tel.archives-ouvertes.fr/dumas-01158501/document>

39 Ankri J. Épidémiologie des démences et de la maladie d'Alzheimer. *BEH*. 2006 fev;5-6:42-44

40 Fourrier A, et al. Consommation de médicaments psychotropes chez le sujet âgé à partir de la cohorte PAQUID : déterminants sociodémographiques, état de santé et qualité de vie. Rapport de recherche de la MiReDREES, Convention 37/94, MiRe-DREES, 1996:104

41 Alperovitch A, et al. Les études épidémiologiques sur le vieillissement en France: de l'étude Paquid à l'étude 82 des Trois Cités. Comptes Rendus Biologies. 2002;325(6):665–672.

42 Clerc P, et al. Etude polychrome. Rapport final INSERM. 2009 oct. Disponible sur [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/626/fichier\\_fichier\\_fichier\\_etude\\_polychrome\\_rapport\\_final\\_insermbf13853fd9e86.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/626/fichier_fichier_fichier_etude_polychrome_rapport_final_insermbf13853fd9e86.pdf)

43 Grosclaude M. Soignants en gériatrie et maladie d'Alzheimer : savoirs, représentations et usages, à partir d'une enquête. Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement. 2007 juin;5(2):139-52

44 Gonzalez-Moneo MJ, et al. Preferences of general practitioners and carers of Alzheimer patients regarding the use of neuroleptics for behavioural disorders in Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychiatry 2008;23:1095-7

45 Azermai M, et al. The effects of abrupt antipsychotic discontinuation in cognitively impaired older persons: A pilot study. Aging & Mental Health. 2013;17:125-32.

46 Cavet A. Arrêt des antipsychotiques chez les patients porteurs de troubles cognitifs hospitalisés en court séjour gériatrique. Etude observationnelle du devenir à 3 mois et analyse des facteurs associés à la reprise précoce. DES médecine générale. Université de Nantes. 2015. 65 pages.

47 Malouli-Dohr A. Utilisation des neuroleptiques chez les patients âgés de 65 ans et plus, étude transversale sur une base de données nationale de médecine générale. 2011 sept. Disponible sur [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/946/fichier\\_memoire-malouli13375.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/946/fichier_memoire-malouli13375.pdf)

48 HAS. Programme AMI - Alzheimer, Alerte et Maitrise de la latrogénie des Neuroleptiques dans la Maladie d'Alzheimer. 2010 oct. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/v18\\_brochure-ami\\_alzheimer.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/v18_brochure-ami_alzheimer.pdf)

49 Pancrazi MP, Métais P. Prise en charge non médicamenteuse dans les démences sévères. Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement. 2005 mars; 3(1):42-50

50 Carpentey M. Les formations du personnel soignant dans la prise en charge des troubles du comportement des personnes âgées. 2015 janv. Disponible sur <http://psyfontevraud.free.fr/memoires/Carpentay2015r.pdf>

51 Ostling S, Skoog I. Psychotic symptoms and paranoid ideation in a nondemented population-based sample of the very old. Arch Gen Psychiatry. 2002 Jan;59(1):53-9

52 Hubert G, et al. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? Presse Med. 2009;38:1404-9

53 Montastruc JL. Prescrire : oui ! Mais, aussi savoir Déprescrire dans l'intérêt de nos malades ! Bulletin d'informations de pharmacologie. 2012;19(1):1

## ANNEXES

### ANNEXE 1 : Fiche d'information destinée aux patients

**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**

**Médecin investigateur : Sophie EL DARAI**

Service : Médecine Polyvalente Gériatrique

Adresse : 9 boulevard de la prairie au duc 44200 Nantes

Téléphone : 06 58 40 40 17

**Responsable de la recherche : CHU de NANTES**

Adresse : 5 Allée de l'île Gloriette, 44 093 NANTES cedex 1

Contact : Direction de la recherche

Téléphone : 02 53 48 28 35 (secrétariat de la Direction de la recherche)

**Ce document est remis au patient qui doit conserver cette notice. L'accord du patient est noté dans le dossier médical.**

Madame, Monsieur,

Le CHU de Nantes organise une recherche dont le but est d'étudier le devenir des prescriptions de neuroleptiques après votre sortie d'hospitalisation pour déterminer de quelle manière votre médecin traitant réévalue cette prescription.

Cette recherche durera 6 mois et nécessitera la participation de 40 patients, qui seront recrutés dans les services de court séjour gériatrique du CHU de Nantes.

La participation à cette recherche ne nécessite pas de consultation ou d'examen supplémentaire.

La recherche à laquelle nous vous proposons de participer sera donc réalisée uniquement, à partir des données médicales collectées dans votre dossier médical, au moment de votre sortie de court séjour gériatrique et auprès de votre médecin traitant, trois mois après votre hospitalisation.

Cette recherche ne présente aucun risque pour votre santé. Elle ne modifiera pas la qualité de votre prise en charge médicale.

Les résultats issus de cette recherche permettront d'aider les médecins généralistes à améliorer leur gestion des traitements par neuroleptiques et de diminuer le risque d'effets indésirables lié à ce type de traitement. Cette étude permettra également de favoriser la communication entre le médecin traitant et les médecins gériatres hospitaliers afin d'améliorer la gestion de ces traitements.

Votre médecin pourra vous informer, sur votre demande, des résultats globaux de cette recherche.

Pour être menée à bien, cette recherche nécessite la mise en œuvre d'un traitement informatisé de vos données personnelles afin de permettre d'analyser les résultats. Un fichier informatique comportant vos données va donc être constitué.

Par mesure de confidentialité et pour respecter votre vie privée, vos données seront systématiquement codées (c'est-à-dire qu'elles ne permettront pas de vous identifier). Seuls les professionnels de santé personnellement en charge de votre suivi auront connaissance de vos données nominatives.

Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données enregistrées sur informatique, à tout moment, par l'intermédiaire de votre médecin. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées et d'être traitées dans le cadre de cette recherche. Vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès du médecin dont les coordonnées figurent en début de document.

Cette recherche a reçu une autorisation de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à la recherche qui vous est présentée. Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis et d'arrêter votre participation à tout moment, sans avoir à vous justifier et votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité de votre prise en charge.

Si vous refusez de participer, les données ne seront pas utilisées pour cette recherche et resteront destinées à l'usage strict du soin.

Si vous avez la moindre question concernant cette recherche, n'hésitez pas à contacter le médecin qui vous a proposé d'y participer.

## ANNEXE 2 : Algorithme diagnostic de Confusion Assessment Method (CAM)

**A. Début brutal et évolution fluctuante :** existe-t-il l'évidence d'un changement aigu dans le statut mental de base ? Cet état est-il fluctuant durant la journée ?

**B. Troubles de l'attention :** le patient a-t-il des difficultés pour maintenir l'attention ? Est-il facilement distrait ou a-t-il des difficultés pour saisir ce que l'on vient de lui dire ?

**C. Pensée désorganisée :** la pensée du patient est-elle désorganisée ou incohérente, le discours est-il décousu ou la conversation inadaptée ? L'idéation est-elle illogique et le malade saute-t-il «du coq-à-l'âne» ?

**D. Modification du niveau de la vigilance :** globalement le niveau de vigilance est-il alerte, vigilant, léthargique, stuporeux ?

Inouye SK, et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990 Dec 15;113(12):941-8

## ANNEXE 3 : Mini Mental State Examination (MMSE)

### Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

#### Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.

Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

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

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

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?\*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?\*\*
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

#### Apprentissage

/ 3

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

- |            |               |                 |                          |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur  | <i>Clé</i>    | <i>Tulipe</i>   | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte  | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i>   | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

#### Attention et calcul

/ 5

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

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

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?\*\*

#### Rappel

/ 3

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

- |            |               |                 |                          |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur  | <i>Clé</i>    | <i>Tulipe</i>   | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte  | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i>   | <input type="checkbox"/> |

#### Langage

/ 8

Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?\*

Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?\*\*

24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »\*\*\*

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »\*\*\*\*

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »

#### Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

**ANNEXE 4 : Échelle d'évaluation du fardeau de morbidité, Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)**

**The Modified Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)**

No.	Système d'organes	Score				
1	Cardiaque (cœur uniquement)	0	1	2	3	4
2	Hypertension artérielle (score basé sur la sévérité; les lésions organiques sont cotées séparément)	0	1	2	3	4
3	Vasculo-hématopoïétique (sang, vaisseaux sanguins et cellules sanguines, moelle osseuse, rate, ganglions)	0	1	2	3	4
4	Appareil respiratoire (poumons, bronches, trachée sous le larynx)	0	1	2	3	4
5	Ophthalmologique et ORL (yeux, oreilles, nez, pharynx, larynx)	0	1	2	3	4
6	Appareil gastro-intestinal supérieur (oesophage, estomac et duodénum; pancréas; hors diabète)	0	1	2	3	4
7	Appareil gastro-intestinal inférieur (intestins, hernies)	0	1	2	3	4
8	Hépatique (foie et voies biliaires)	0	1	2	3	4
9	Rénal (uniquement les reins)	0	1	2	3	4
10	Appareil génito-urinaire (uretères, vessie, urètre, prostate, appareil génital)	0	1	2	3	4
11	Téguments musculo-squelettiques (muscles, os, peau)	0	1	2	3	4
12	Nerveux central et périphérique (cerveau, moelle épinière, nerfs; hors démence)	0	1	2	3	4
13	Endocrino-métabolique (y compris diabète, thyroïde; seins; infections systémiques; intoxications)	0	1	2	3	4
14	Troubles psychiatriques / comportementaux (y compris démence, dépression, anxiété, agitation/délire; psychose)	0	1	2	3	4

## ANNEXE 5 : Groupes Iso-Ressources (GIR)

Groupes Iso-Ressources	Degrés de dépendance et aide adéquate
GIR 1	Fonctions intellectuelles et motrices gravement altérées : Individu en fin de vie, ou immobilisé dans un lit ou dans un fauteuil et dont les facultés mentales sont très atteintes.  ➤ Nécessite une présence constante car la personne est totalement dépendante.
GIR 2	Fonctions intellectuelles <u>ou</u> motrices sérieusement altérées : Individu immobilisé mais dont les facultés intellectuelle sont intactes, ou individu pouvant se déplacer mais dont les facultés mentales sont atteintes.  ➤ Nécessite la présence d'une tierce personne quasi constante.
GIR 3	Fonctions motrices altérées : Individu qui ne peut effectuer certains gestes de la vie quotidiennes (se laver, se lever, s'habiller, se coucher...) mais qui a conservé toutes ses facultés mentales.  ➤ Nécessite une aide partielle mais quotidienne pour les gestes de la vie quotidienne.
GIR 4	Fonctions motrice légèrement altérées : Individus pouvant effectuer les gestes de la vie quotidienne mais qui ne peut pas se déplacer seul, ou, individu qui peut se déplacer seul mais qui ne peut effectuer certains gestes.  ➤ Nécessite une aide partielle et éventuellement quotidienne selon les cas.
GIR 5	Fonctions motrice occasionnellement diminuées : Individus ayant occasionnellement les fonctions motrices diminuées.  ➤ Nécessite une aide occasionnelle uniquement pour certains gestes.
GIR 6	Personnes autonomes

## ANNEXE 6 : Activities of Daily Living (ADL)

Activités	Définition d'une activité indépendante	Indépendant	
		Oui	Non
Soins corporels	Ne reçoit pas d'aide ou ne reçoit de l'aide uniquement pour se laver une partie du corps		
Habillement	Peut s'habiller sans aide à l'exception de lacer ses soulers		
Toilette	Se rend aux toilettes, utilise les toilettes, arrange ses vêtements et retourne sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur, un bassin ou un urinal pendant la nuit)		
Transfert	Se met au lit et se lève du lit et de la chaise sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur)		
Continence	Contrôle fécal et urinaire complet (sans accidents occasionnels)		
Alimentation	Se nourrit sans aide (sauf pour couper la viande ou pour beurrer du pain)		

## ANNEXE 7 : Inventaire Neuropsychiatrique (NPI)

### A. IDÉES DÉLIRANTES (NA)

« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Je ne parle pas d'une simple attitude soupçonneuse ; ce qui m'intéresse, c'est de savoir si le patient/la patiente est vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses ».

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente croit-il/elle être en danger ou que les autres ont l'intention de lui faire du mal ? 2. Le patient/la patiente croit-il/elle que les autres le/la volent ? 3

. Le patient/la patiente croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint a une liaison ?

4. Le patient/la patiente croit-il/elle que des hôtes indésirables vivent sous son toit ? 5.

Le patient/la patiente croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint ou d'autres personnes ne sont pas ceux qu'ils prétendent être ? 6

. Le patient/la patiente croit-il/elle qu'il/elle n'est pas chez lui/elle dans la maison où il/elle habite ?

7. Le patient/la patiente croit-il/elle que des membres de sa famille ont l'intention de l'abandonner ? 8. Est-ce que le patient/la patiente croit-il/elle que des personnes que l'on voit à la télévision ou dans des magazines sont réellement présentes dans sa maison ?

(essaie-t-il/elle de leur parler ou de communiquer avec elles ?)

9. Croit-il/elle en d'autres choses inhabituelles sur lesquelles je ne vous ai pas interrogé ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces idées délirantes.

#### FRÉQUENCE

«Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...»

**Quelquefois**

: moins d'une fois par semaine **1**

**Assez souvent** : environ une fois par semaine **2** **Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours **3** **Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps **4**

#### GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

**Léger** :

les idées délirantes sont présentes mais elles semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente. **1** **Moyen** : les idées délirantes sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente. **2**

**Important** : les idées délirantes sont très perturbantes et représentent une source majeure de trouble du comportement (l'utilisation de médicaments « à la demande » indique que les idées délirantes ont un degré de gravité important). **3**

### B. HALLUCINATIONS (NA)

« Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend- il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui

n'existent pas ? Je ne parle pas du simple fait de croire par erreur à certaines choses par exemple affirmer que quelqu'un est encore en vie alors qu'il est décédé. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente voit ou entend vraiment des choses anormales ? »

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente dit-il/elle entendre des voix ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle entendait des voix ?

2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui ne sont pas là ?

3. Le patient/la patiente dit-il/elle voir des choses que les autres ne voient pas ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle voyait des choses que les autres ne voient pas (des personnes, des animaux, des lumières, etc.) ? 4. Le patient/la patiente dit-il/elle sentir des odeurs que les autres ne sentent pas ?

5. Le patient/la patiente dit-il/elle ressentir des choses sur sa peau ou semble-t-il/elle ressentir des choses qui rampent sur lui/elle ou qui le/la touchent ? 6

. Le patient/la patiente dit-il/elle avoir des goûts dans la bouche dont on ne connaît pas la cause ?

7. Le patient/la patiente décrit-il/elle d'autres sensations inhabituelles ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces hallucinations.

### FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...

»**Quelquefois**

: moins d'une fois par semaine. **1**

**Assez souvent** : environ une fois par semaine. **2** **Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3** **Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

### GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »**Léger** :

les hallucinations sont présentes mais semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente. **1** **Moyen** : les hallucinations sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente. **2**

**Important** : les hallucinations sont très perturbantes et représentent une source majeure de trouble du comportement. Il peut se révéler nécessaire d'administrer des médicaments « à la demande » pour les maîtriser. **3**

### C. AGITATION/AGRESSIVITÉ (NA)

« Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ?

Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? »**NON**

Passez à la section suivante. **OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente est-il/elle agacé(e) par les personnes qui essaient de s'occuper de lui/d'elle ou s'oppose-t-il/elle à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements ?

2. Le patient/la patiente est-il/elle buté(e), exige-t-il/elle que tout soit fait à sa manière ?

3. Le patient/la patiente est-il/elle peu coopératif(ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ?

4. Le patient/la patiente a-t-il/elle d'autres comportements qui font qu'il n'est pas facile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? 5. Le patient/la patiente crie-t-il/elle ou jure-t-il/elle avec colère ? 6

. Le patient/la patiente fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pied dans les meubles ou lance-t-il/elle des objets ?

7. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal ?

8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette agitation.

### FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...

» **Quelquefois**

: moins d'une fois par semaine. **1**

**Assez souvent** : environ une fois par semaine. **2** **Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3** **Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

### GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... » **Léger** :

ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. **1** **Moyen** : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler. **2**

**Important** : l'agitation est très perturbante pour le patient/la patiente et représente une source majeure de difficultés ; il est possible que le patient/la patiente ait peur qu'on lui fasse du mal. L'administration de médicaments est souvent nécessaire. **3**

### D. DÉPRESSION/DYSPHORIE (NA)

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? » **NON**

Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées cidessous

1. Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente pleure facilement ou sanglote, ce qui semblerait indiquer qu'il/elle est triste ?

2. Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses indiquant qu'il/elle est triste ou qu'il/elle n'a pas le moral ? 3. Le patient/la patiente se rabaisse-t-il/elle ou dit-il/elle qu'il/elle a l'impression d'être un(e) raté(e) ?

4. Le patient/la patiente dit-il/elle qu'il/elle est quelqu'un de mauvais ou qu'il/elle mérite d'être puni(e) ? 5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle très découragé(e) ou dit-il/elle qu'il/elle n'a pas d'avenir ?

6. Le patient/la patiente dit-il/elle qu'il/elle est un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ?

7. Le patient/la patiente exprime-t-il/elle son désir de mourir ou parle-t-il/elle de se suicider ?

8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes de dépression ou de tristesse ?  
Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cet état dépressif.

### FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...

» **Quelquefois**

: moins d'une fois par semaine. **1**

**Assez souvent** : environ une fois par semaine. **2** **Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3** **Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

### GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... » **Léger** :

l'état dépressif est éprouvant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. **1** **Moyen** : l'état dépressif est éprouvant pour le patient/la patiente ; les symptômes dépressifs sont exprimés spontanément par le patient/la patiente et sont difficiles à soulager. **2** **Important** : l'état dépressif est très éprouvant et représente une source majeure de souffrance pour le patient/la patiente. **3**

### E. ANXIÉTÉ (NA)

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

Sembler-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? » **NON**

Passez à la section suivante **OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente dit-il/elle se faire du souci au sujet des événements qui sont prévus ?

2. Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente se sent mal à l'aise, incapable de se relaxer ou excessivement tendu(e) ?

3. Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente a (ou se plaint d'avoir) le souffle coupé, il/elle cherche son souffle ou soupire sans autre raison apparente que sa nervosité ? 4

. Le patient/la patiente se plaint-il/elle d'avoir l'estomac noué, des palpitations ou le cœur qui cogne du fait de sa nervosité ? (Symptômes non expliqués par des problèmes de santé)

5. Le patient/la patiente évite-t-il/elle certains endroits ou certaines situations qui le/la rendent plus nerveux(se) comme par exemple circuler en voiture, rencontrer des amis ou se trouver au milieu de la foule ? 6

. Le patient/la patiente est-il/elle nerveux(se) ou contrarié(e) lorsqu'il/elle est séparé(e) de vous (ou de la personne qui s'occupe de lui/d'elle) ? (S'agrippe-t-il/elle à vous pour ne pas être séparé(e)) ?

7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'anxiété ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette anxiété.

### FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...

» **Quelquefois**

: moins d'une fois par semaine. **1**

**Assez souvent** : environ une fois par semaine. **2** **Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3** **Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

### GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... » **Léger** : l'état d'anxiété est éprouvant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. **1** **Moyen** : l'état d'anxiété est éprouvant pour le patient/la patiente ; les symptômes d'anxiété sont exprimés spontanément par le patient/la patiente et sont difficiles à soulager. **2** **Important** : l'état d'anxiété est très éprouvant et représente une source majeure de souffrance pour le patient/la patiente. **3**

### F. EXALTATION DE L'HUMEUR/EUPHORIE (NA)

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle se sentir trop bien ou être trop heureux(se) par rapport à son état habituel ?

2. Le patient/la patiente trouve-t-il/elle drôle ou rit-il/elle pour des choses que les autres ne trouvent pas drôles ? 3. Le patient/la patiente semble-t-il/elle avoir un sens de l'humour puéril et une tendance à rire sottement ou de façon déplacée (lorsqu'une personne est victime d'un incident malheureux par exemple) ?

4. Le patient/la patiente raconte-t-il/elle des blagues ou fait-il/elle des réflexions qui ne font rire personne sauf lui/elle ? 5. Fait-il/elle des farces puériles telles que pincer les gens ou prendre des objets et refuser de les rendre juste pour s'amuser ?

6. Le patient/la patiente se vante-t-il/elle ou prétend-il/elle avoir plus de qualités ou de richesses qu'il/elle n'en a en réalité ? 7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes révélant qu'il/elle se sent trop bien ou est trop heureux(se) ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette exaltation de l'humeur/euphorie.

### FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...

» **Quelquefois** : moins d'une fois par semaine. **1**

**Assez souvent** : environ une fois par semaine. **2** **Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3** **Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

### GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

**Léger** : l'humeur joyeuse est perçue par les amis et la famille mais ne perturbe pas le patient/ la patiente. **1 Moyen** : l'humeur joyeuse est nettement anormale. **2**

**Important** : l'humeur joyeuse est très prononcée ; le patient/la patiente est euphorique et pratiquement tout l'amuse. **3**

## G. APATHIE/INDIFFÉRENCE (NA)

« Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux tâches ménagères ?

Est-il/elle apathique ou indifférent(e) ? »

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle moins spontané(e) ou actif(ve) que d'habitude ?

2. Le patient/la patiente est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation ?

3. Par rapport à son état habituel, le patient/la patiente se montre-t-il/elle moins affectueux(se) ou manque-t-il/elle de sentiments ?

4. Le patient/la patiente participe-t-il/elle moins aux tâches ménagères (corvées) ?

5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle moins s'intéresser aux activités et aux projets des autres ?

6. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?

7. Le patient/la patiente est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d'intérêt habituels ?

8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant qu'aucune activité nouvelle ne l'intéresse ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette apathie/indifférence.

## FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...

»**Quelquefois**

: moins d'une fois par semaine. **1**

**Assez souvent** : environ une fois par semaine. **2 Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3 Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

## DEGRÉ DE GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »**Léger** :

l'apathie est perceptible mais a peu de conséquences sur les activités quotidiennes ; la différence est légère par rapport au comportement habituel du patient/de la patiente ; le patient/la patiente réagit positivement lorsqu'on lui suggère d'entreprendre des activités. **1 Moyen** : l'apathie est flagrante ; elle peut être surmontée grâce aux persuasions et encouragements de la personne s'occupant du patient/de la patiente : elle ne disparaît spontanément qu'à l'occasion d'événements importants tels que la visite de parents proches ou de membres de la famille. **2 Important** : l'apathie est flagrante et la

plupart du temps aucun encouragement ni événement extérieur ne parvient à la faire disparaître. **3**

## H. DÉSINHIBITION (NA)

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Fait-il/elle des choses qui sont embarrassantes pour vous ou pour les autres ?

» **NON**

Passez à la section suivante **OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente agit-il/elle de manière impulsive sans sembler se préoccuper des conséquences de ses actes ? 2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui lui sont totalement étrangères comme s'il/elle les connaissait ? 3

. Le patient/la patiente dit-il/elle aux gens des choses déplacées ou blessantes ?

4. Le patient/la patiente dit-il/elle des grossièretés ou fait-il/elle des remarques d'ordre sexuel, chose qu'il/elle n'aurait pas faite habituellement ? 5. Le patient/la patiente parle-t-il/elle ouvertement de questions très personnelles ou privées dont on ne parle pas, en général, en public ?

6. Le patient/la patiente prend-il/elle des libertés, touche-t-il/elle les gens ou les prend-il/elle dans ses bras d'une façon qui lui ressemble peu ? 7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant une perte de contrôle de ses impulsions ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette désinhibition.

### FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...

» **Quelquefois**

: moins d'une fois par semaine. **1**

**Assez souvent** : environ une fois par semaine. **2** **Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3** **Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

### GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... » **Léger** :

l'impulsivité est perceptible mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose et en le/la conseillant. **1** **Moyen** : l'impulsivité est flagrante et peut difficilement être surmontée par la personne s'occupant du patient/de la patiente. **2**

**Important** : l'impulsivité est insensible à toute intervention de la personne s'occupant du patient/ de la patiente et est une source de gêne ou d'embarras en société. **3**

## I. IRRITABILITÉ/INSTABILITÉ DE L'HUMEUR (NA)

« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ? Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? Je ne parle pas de la contrariété résultant des trous de mémoire ou de l'incapacité d'effectuer des tâches habituelles. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente fait preuve

d'une irritabilité, d'une impatience anormales, ou a de brusques changements d'humeur qui ne lui ressemblent pas. »

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente a-t-il/elle mauvais caractère ? Est-ce qu'il/elle « sort de ses gonds » facilement pour des petits riens ?
2. Le patient/la patiente a-t-il/elle des sautes d'humeur qui font qu'il/elle peut être très bien l'espace d'un moment et en colère l'instant d'après ?
3. Le patient/la patiente a-t-il/elle de brusques accès de colère ?
4. Est-il/elle impatient(e), supportant mal les retards ou le fait de devoir attendre les activités qui sont prévues ?
5. Le patient/la patiente est-il/elle grincheux(se) et irritable ?
6. Le patient/la patiente cherche-t-il/elle les disputes et est-il/elle difficile à vivre ?
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'irritabilité ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette irritabilité/instabilité de l'humeur.

### FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...

» **Quelquefois**

: moins d'une fois par semaine. **1 Assez souvent**

: environ une fois par semaine. **2**

**Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3 Très fréquemment**

: tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

### GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... » **Léger** :

l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur sont perceptibles mais il est généralement possible de les atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose et en le/la rassurant. **1 Moyen** : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur sont flagrantes et peuvent difficilement être surmontées par la personne s'occupant du patient/de la patiente. **2 Important** : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur sont flagrantes ; elles sont généralement insensibles à toute intervention de la personne s'occupant du patient/de la patiente et sont très éprouvantes. **3**

### J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

« Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme ouvrir

les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ou enrouler de la ficelle ou du fil ? » **NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente tourne-t-il/elle en rond dans la maison sans but apparent ?  
. Le patient/la patiente farfouille-t-il/elle un peu partout, ouvrant et vidant les placards ou les tiroirs ?
3. Le patient/la patiente n'arrête-t-il/elle pas de mettre et d'enlever ses vêtements ?
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle des activités répétitives ou des « manies » qu'il/elle recommence sans cesse ?
5. Le patient/la patiente a-t-il/elle des gestes répétitifs comme par exemple tripoter des

boutons ou des choses, enrrouler de la ficelle, etc. ?

6. Le patient/la patiente a-t-il/elle trop la bougeotte, semble-t-il/elle incapable de rester tranquillement assis(e) ou lui arrive-t-il fréquemment de balancer les pieds ou de tapoter des doigts ?

7. Y a-t-il d'autres activités que le patient/la patiente ne cesse de répéter ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ce comportement moteur aberrant.

### FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...

» **Quelquefois**

: moins d'une fois par semaine. **1**

**Assez souvent** : environ une fois par semaine. **2** **Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3** **Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

### GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... » **Léger** :

le comportement moteur aberrant est perceptible mais il a peu de conséquences sur les activités quotidiennes du patient/de la patiente. **1** **Moyen** : le comportement moteur aberrant est flagrant mais il peut être maîtrisé par la personne s'occupant du patient/de la patiente. **2**

**Important** : le comportement moteur aberrant est flagrant. Il est généralement insensible à toute intervention de la personne s'occupant du patient/de la patiente et est très éprouvant. **3**

### K. SOMMEIL (NA)

« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ? Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ? »

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Est-ce que le patient/la patiente éprouve des difficultés à s'endormir ?

2. Est-ce que le patient/la patiente se lève durant la nuit (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ?

3. Est-ce que le patient/la patiente erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit ?

4. Est-ce que le patient/la patiente vous réveille durant la nuit ?

5. Est-ce que le patient/la patiente se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée ?

6. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt qu'il/elle en avait l'habitude) ? 7. Est-ce que le patient/la patiente dort de manière excessive pendant la journée ?

8. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres comportements qui vous préoccupent et dont nous n'avons pas parlé ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces troubles du sommeil.

## FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...

» **Quelquefois**

: moins d'une fois par semaine. **1**

**Assez souvent** : environ une fois par semaine. **2** **Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3** **Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

## GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... » **Léger** :

des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs. **1** **Moyen** : des comportements nocturnes se produisent, perturbent le patient et le sommeil du conjoint. Plus d'une sorte de comportement nocturne peut être présente. **2**

**Important** : des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du conjoint) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante). **3**

## L. APPÉTIT/TROUBLES DE L'APPÉTIT (NA)

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires (coter NA si le patient/la patiente est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? » **NON** Passez à la section suivante **OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Est-ce que le patient/la patiente a perdu l'appétit ?
2. Est-ce que le patient/la patiente a plus d'appétit qu'avant ?
3. Est-ce que le patient/la patiente a maigri ?
4. Est-ce que le patient/la patiente a grossi ?
5. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans son comportement alimentaire comme de mettre par exemple trop de nourriture dans sa bouche en une seule fois ?
6. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans le type de nourriture qu'il/elle aime comme de manger par exemple trop de sucreries ou d'autres sortes de nourritures particulières ?
7. Est-ce que le patient/la patiente a développé des comportements alimentaires comme par exemple manger exactement le même type de nourriture chaque jour ou manger les aliments exactement dans le même ordre ?
8. Est-ce qu'il y a eu d'autres changements de son appétit ou de sa façon de manger sur lesquels je ne vous ai pas posé de questions ?

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces changements de son appétit ou de sa façon de manger.

## FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent...

» **Quelquefois**

: moins d'une fois par semaine. **1**

**Assez souvent** : environ une fois par semaine. **2 Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours. **3 Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps. **4**

### GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... » **Léger** :

des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents mais n'ont pas entraîné de changement de poids et ne sont pas perturbants. **1 Moyen** : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents et entraînent des fluctuations mineures de poids. **2**

**Important** : des changements évidents dans l'appétit et les aliments sont présents et entraînent des fluctuations de poids, sont embarrassants et d'une manière générale perturbent le patient/la patiente. **3**

## NPI

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Date de l'évaluation : \_\_\_\_\_

NA = question inadaptée (non applicable) F x G = fréquence x gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Agitation/agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Dépression/dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Apathie/indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Irritabilité/instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Appétit/troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5

Score total 12

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, JL Cummings, 1994

Traduction française PH Robert. Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - Nice – France 1996

## Annexe 8 : Caractéristiques des patients décédés

Annexe 8 : Caractéristiques des patients décédés

		<b>Patients décédés (n=7) n, %</b>	<b>Patients non décédés (n=33) n, %</b>
<b>Caractéristiques générales</b>			
Age (n=40)	> ou = 85 ans	4, 57%	14, 42%
Sexe (n=40)	femmes	4, 57%	17, 52%
<b>Fardeau de morbidité</b>			
CIRS* (n=40)	> ou = 10	7, 100%	31, 94%
Antécédents principaux (n=40)	Insuffisance rénale	3, 43%	21, 64%
	Hypertension artérielle	2, 29%	20, 61%
	cardiopathie rythmique	2, 29%	11, 33%
	coronaropathie	1, 14%	6, 18%
	diabète	1, 14%	5, 15%
	MTEV*	1, 14%	5, 15%
	Epilepsie	0, 0%	5, 15%
	AVC*	2, 29%	2, 6%
Nombre de médicaments (n=40)	> ou = 8	4, 57%	20, 61%
<b>Caractéristiques liées à l'environnement</b>			
Lieu de vie initial (n=40)	EHPAD*	<b>6, 86%</b>	<b>18, 55%</b>
	domicile	1, 14%	15, 45%
GIR* (n=23)	autonomie très altérée < ou = 3	4, 67%	13, 76%
ADL* (n=18)	autonomie très altérée < ou = 3	2, 100%	6, 37,5%
<b>Caractéristiques liées à l'hospitalisation</b>			
Durée (n=40)	longue > 10 jours	<b>5, 71%</b>	<b>16, 48%</b>
Motif (n=40)	troubles du comportement	3, 43%	18, 55%
	autres	4, 57%	9, 27%
	chutes	0, 0%	6, 18%
	Lieu de sortie (n=40)	EHPAD	<b>6, 86%</b>
	domicile	1, 14%	5, 15%
	autres	0, 0%	7, 21%
<b>Caractéristiques liées à la démence</b>			
Type de démence (n=40)	Alzheimer ou mixte	5, 71%	29, 88%
	Démence vasculaire	1, 14%	2, 6%
	Autres	1, 14%	2, 6%
Stade (n=40)	légère ou modérée MMSE* > ou = 10	<b>3, 43%</b>	<b>23, 70%</b>
Suivi spécialisé antérieur (n=40)	oui	4, 57%	22, 67%
<b>Caractéristiques liées au traitement antipsychotique</b>			
Type (n=40)	Atypique	5, 71%	21, 64%
	Typique	2, 29%	12, 36%
Dose (n=40)	Faible	4, 57%	29, 87%
	Forte	<b>3, 43%</b>	<b>4, 13%</b>
Traitement antérieur (n=40)	oui	<b>6, 86%</b>	<b>21, 64%</b>
<b>Alternatives aux antipsychotiques</b>			
Alternative médicamenteuse (n=40)	anxiolytique	<b>2, 29%</b>	<b>18, 55%</b>
	traitement spécifique Alzheimer	<b>2, 29%</b>	<b>13, 39%</b>
	antidépresseur sédatif	<b>1, 14%</b>	<b>13, 39%</b>
	hypnotique	<b>0, 0%</b>	<b>5, 15%</b>

\* CIRS : Cumulative Illness Rating Scale ; MTEV : Maladie Thrombo-Embolique Veineuse ; AVC : Accident Vasculaire Cérébral ; EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ; GIR : Groupe Iso Ressource ; ADL : Activities of Daily Living ; MMSE : Mini Mental State Examination

**NOM** : EL DARAI

**PRÉNOM** : SOPHIE

**TITRE** : 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

**RÉSUMÉ :**

**Introduction :**

Les troubles psycho-comportementaux liés à la démence (TPCD) sont très fréquents. Les antipsychotiques sont largement utilisés pour les gérer chez les personnes âgées, alors que les recommandations limitent leurs prescriptions aux situations sévères et encouragent à une utilisation courte avec réévaluation fréquente en raison notamment du risque d'effets indésirables. Notre objectif est donc d'étudier cette réévaluation par les médecins traitants et les facteurs l'influençant.

**Méthodes :**

Cette étude observationnelle prospective incluait des personnes âgées démentes ayant un antipsychotique prescrit sur leur ordonnance de sortie de court séjour gériatrique. Les médecins traitants ont été contactés 3 mois après la sortie d'hospitalisation, pour évaluer la modification ou non du traitement antipsychotique et les causes déclarées. Les facteurs pouvant intervenir dans la réévaluation ont été analysés grâce aux données recueillies.

**Résultats :**

40 patients ont été inclus. 62.5% des traitements par antipsychotiques ont été modifiés au cours des 3 mois. La durée de séjour courte, le sexe masculin, les antécédents de cardiopathie rythmique, le maintien à domicile, l'autonomie préservée et le changement de médecin traitant pourraient favoriser la réévaluation, sans résultat significatif.

**Conclusion :**

Notre étude a retrouvé un taux de réévaluation supérieur aux autres études ce qui suggère une amélioration progressive de la prise en charge des personnes âgées démentes.

**MOTS CLÉS** : Antipsychotiques, troubles du comportement, démence, réévaluation, médecin traitant.