



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Etude Descriptive Prospective de l'optimisation du Programme National
« AMI-Alzheimer » au sein de 20 Etablissements d'Hébergement
pour Personnes Agées Dépendantes du Valenciennois.**

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 25 Septembre 2014 à 18h
au Pôle Formation
Par Carole ZOUMENOU

JURY

Président :

Monsieur le Professeur F. PUISIEUX

Assesseurs :

Madame le Professeur F. PASQUIER

Monsieur le Professeur E. BOULANGER

Monsieur le Docteur D. GRAVE

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur D. DAMBRE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AMI	Aide et Maîtrise de la Iatrogénie
AMI-AA	Aide à la Maîtrise de la Iatrogénie des Neuroleptiques chez les déments Alzheimer ou Apparentés
ARS	Agence Régionale de santé
CHU	Centre hospitalo-universitaire
DAA	Démence/ Dément Alzheimer et apparenté(e)
DCI	Dénomination commune internationale
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP	Equivalent temps plein
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GIR	Groupes Iso-Ressources
GMP	GIR Moyen Pondéré
HAS	Haute Autorité de Santé
ISRS	Inhibiteurs Spécifiques de la Recapture de la Sérotonine
IRSNA	Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline
MA	Maladie/ Malade d'Alzheimer
MAA	Maladie d'Alzheimer et apparentée
MMSE	Mini Mental State Examination
PMP	Pathos Moyen Pondéré
PMSA	Prescriptions Médicamenteuses chez le Sujet Agé
PMT	Projet Médical de Territoire
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
SPCD	Symptômes psychologiques et comportementaux des démences

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	12
RÉSUMÉ.....	15
INTRODUCTION.....	16
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	18
DU PROGRAMME PRINCEPS A L'OPTIMISATION DU GCS.....	18
Méthodologie princeps du Programme AMI-AA selon la HAS :.....	18
Méthodologie AMI-AA Optimisée par le GCS Valenciennois.....	18
MODALITES DE RECUEIL DES DONNEES.....	19
Un Temps T0 en Novembre 2012.....	19
Un Temps T1 en Mars 2013.....	20
Les Temps T2 (Septembre 2013) et T3 (Janvier 2014).....	20
MODALITES D'INCLUSION POUR L'ETUDE D'OPTIMISATION.....	21
L'inclusion.....	21
Le Critère d'Exclusion.....	21
OUTILS DE RECUEIL DES DONNEES.....	21
Généralités.....	21
La démarche via l'ARS.....	22
La démarche via le GCS.....	22
ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES.....	23
LES OBJECTIFS.....	24
RÉSULTATS.....	25
CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE.....	25
Les patients inclus.....	25
Les perdus de vue.....	25
EPIDEMIOLOGIE DES EHPAD PARTICIPANTS.....	25
Capacité de lits.....	26
Le Pathos Moyen Pondéré (PMP).....	27

.....	27
Le GIR Moyen Pondéré (GMP).....	27
Les médecins coordonnateurs des EHPAD du Valenciennois.....	28
Les ETP moyens paramédicaux des EHPAD participants.....	28
INDICATEURS D'ALERTE ET DE MAITRISE.....	29
LES PRESCRIPTIONS DE NEUROLEPTIQUES.....	29
Les différents types de modifications.....	29
Modifications en fonction du risque de iatrogénie.....	30
Effectifs moyens de patients DAA avec ou sans neuroleptiques durant l'étude.....	30
.....	30
En analyse multivariée.....	31
LES PRESCRIPTIONS DES AUTRES PSYCHOTROPES.....	32
Evolution de l'ordonnance en fonction des recueils.....	32
Evolution du nombre des autres psychotropes par patients.....	33
PARAMETRES D'ADHESION ET DE QUALITE.....	33
Adhésion des médecins traitants.....	33
Proportion moyenne des professionnels participant à la RCP.....	34
Prise en charge cognitivo-comportementales.....	34
Evolution des traitements spécifique Anti-Alzheimer.....	34
.....	34
Ressenti évalué par l'ARS :.....	35
Ressenti évalué par le GCS :.....	35
TABLEAU DE SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	37
DISCUSSION.....	38
RATIONNEL DE L'ETUDE.....	38
National et régional : Gouvernement, HAS et ARS.....	38
Territorial : le GCS.....	38
POINTS FORTS DE L'ETUDE.....	39
Géographie.....	39
Méthodologie.....	39
Population d'étude.....	40
LIMITES DE L'ETUDE.....	40
POPULATION ET EHPAD DE L'ETUDE.....	41
INTERPRETATION DES RESULTATS DE L'OBJECTIF PRINCIPAL.....	41

L'Alerte.....	41
La Maîtrise.....	41
Evolution du nombre de molécules Neuroleptiques.....	42
INTERPRETATION DES RESULTATS DE L'OBJECTIF SECONDAIRE.....	42
Absence de report des prescriptions vers les psychotropes.....	42
Adhésion des médecins coordonnateurs.....	43
Adhésion des médecins traitants.....	44
Participation aux RCP.....	44
Prise en charge cognitivo-comportementales.....	44
Evolution des traitements spécifiques Anti-Alzheimer.....	45
Ressenti par rapport aux deux programmes.....	45
SYNTHESE MODESTE DES RECOMMANDATIONS ACTUELLES.....	46
CONCLUSION.....	47
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	48
ANNEXES.....	51

RÉSUMÉ

Les personnes souffrant de maladie d' Alzheimer ou apparentés (MAA) présentent des symptômes psychologiques et comportementaux pour lesquels les neuroleptiques sont prescrits malgré leur faible efficacité et leur iatrogénie. Cette étude prospective régionale de 15 mois observait 20 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) appliquant l'optimisation du programme national d'Aide à la Maitrise de la Iatrogénie des neuroleptiques (AMI-AA) auprès des MAA.

L'objectif principal composite était la diminution de l'exposition aux neuroleptiques (Alerte), l'argumentation de leur prescription (Maitrise) et la diminution du nombre de molécules prescrites après réunion pluridisciplinaire. L'objectif secondaire était l'absence de report vers d'autres psychotropes. Des questionnaires relevaient ces paramètres avant et après réunion pluridisciplinaire. Les données analysées étaient définies comme significatives lorsque $p < 0,05$.

167 patients âgés de $84,23 \pm 7,07$ ans, dont 19,63 % d'hommes, ont été inclus. L'effectif moyen de MAA par EHPAD était stable à 32. L'Alerte passait de 23,4% à 15,8 % et la Maitrise atteignait 78 %. Dès le 6ème mois, 50,79 % des neuroleptiques étaient diminués voire arrêtés et leur nombre moyen par MAA passait de $1,04 \pm 0,2$ à $0,73 \pm 0,48$ ($p < 10^{-5}$) ; à la fin il y en avait $0,64 \pm 0,5$ par inclus. Une diminution simultanée de la prescription des autres psychotropes était observée ($p < 10^{-4}$).

Le programme AMI-AA optimisé diminue significativement le nombre de molécules neuroleptiques et autres psychotropes prescrits auprès des MAA. Il est un outil efficace de lutte contre la iatrogénie dans les EHPAD.

INTRODUCTION

D'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (1), les plus de 75 ans représentent actuellement 9,2 % de la population Française (5,9 millions de personnes). Le vieillissement est une grande préoccupation du Nord, département français le plus peuplé en personnes âgées de plus de 80 ans (2).

La Maladie d'Alzheimer (MA) est la démence la plus fréquente et la plus connue (3) du sujet âgé, classée dans la 5^{ème} version du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux pour tenir compte de son approche géro-psycho-geriatrique. Les troubles productifs (4) du comportement ont une prévalence importante dans les démences d'Alzheimer et maladies apparentées (DAA) évoluées.

Les neuroleptiques sont les antiproductifs les plus utilisés. Il a donc semblé rationnel, aux premiers prescripteurs prenant en charge ces troubles chez des patients DAA, de les employer pour limiter les symptômes psychotiques tels que l'agitation, les cris et l'hétéroagressivité aussi appelés Symptômes Psychologiques et Comportementaux des démences (SPCD).

Depuis 2000, la bien-traitance des sujets âgés et la balance « Bénéfice-Risque » de cette classe médicamenteuse ont fait l'objet de plusieurs études internationales (5). Les psychotropes sont la deuxième classe médicamenteuse (31,1%) responsable de iatrogénie chez le sujet âgé de plus de 70 ans après les médicaments du système cardiovasculaire (6).

Ces patients déments sont les plus à risque de présenter des effets secondaires et paradoxalement les plus exposés aux neuroleptiques (7).

Les neuroleptiques et autres psychotropes (8) entraînent des effets indésirables fréquents, sévères et prolongés (9) à type de sédation diurne excessive, troubles de la marche, chutes (10) compliquées de fractures de hanche (11) et de majoration du risque de décès par causes cardiovasculaires (12) sans fréquemment démontrer leur efficacité pour les troubles productifs ayant indiqué leur prescription(7) .

Plusieurs études ont démontré l'efficacité de techniques non médicamenteuses (13) dans les troubles du comportement des DAA (Snoezelen, musicothérapie ...). C'est dans ce contexte que le programme « Aide à la Maîtrise de la Iatrogénie des Neuroleptiques chez les déments Alzheimer ou apparentés » (AMI-AA) de la Haute Autorité de santé (HAS) est né en 2010(14).

Dans le cadre d'une dynamique régionale de l'Agence Régionale de Santé (ARS), en Février 2012, le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) a débuté un programme d'optimisation d'AMI-AA de la HAS en proposant à 420 patients du Valenciennois d'y participer (15).

Cette étude est un descriptif prospectif sur 15 mois du déploiement simultané sur 20 EHPAD du Valenciennois du programme princeps AMI-AA de la HAS et de son optimisation par le GCS.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

DU PROGRAMME PRINCEPS A L'OPTIMISATION DU GCS

Méthodologie princeps du Programme AMI-AA selon la HAS :

Ce programme lancé lors du Plan Alzheimer 2008-2012 (16) avait pour priorité la réduction (par trois) des prescriptions de neuroleptiques chez les DAA en prévention de leur iatrogénie évitable. Il s'agissait de trouver d'autres réponses non iatrogènes à la prise en charge des SPCD puis discuter l'indication éventuelle des neuroleptiques en cas d'échec de ces premières.

Deux indicateurs de pratique clinique ont été définis comme pertinents pour repérer le risque et la mise en œuvre des actions d'amélioration :

- L'Alerte : Taux de résidents ayant une DAA et une prescription de neuroleptiques depuis plus d'un mois ou de façon répétée (au moins deux fois) dans l'année précédant le recueil.
- La Maîtrise : Taux de prescription de neuroleptiques (de plus d'un mois ou au moins deux fois dans l'année précédant le recueil) maîtrisés et argumentés chez les DAA.

La HAS évoque le fait que cette Maîtrise peut être effectuée « par le prescripteur ou confiée à un groupe pluridisciplinaire ».

Méthodologie AMI-AA Optimisée par le GCS Valenciennois

La méthodologie d'AMI-AA Optimisée reprenait les fondements du programme princeps national avec des améliorations logistiques favorisant la communication et l'intégrité des données recueillies.

Le GCS proposait :

- D'améliorer la logistique d'argumentation des prescriptions en proposant une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) pour chaque dossier de patient inclus.
- Aux différents acteurs (directeurs, coordonnateurs, médecins traitants et paramédicaux) de participer à des RCP discutant les thérapeutiques reçues par les patients.
- Une présentation personnalisée, pour chaque EHPAD, de ses résultats et de son positionnement pour les différents paramètres relevés au sein de la région.

MODALITES DE RECUEIL DES DONNEES

Il s'agit d'une Etude Descriptive Régionale Multicentrique Longitudinale et Prospective effectuée sur 15 mois (de Novembre 2012 à Janvier 2014 inclus)

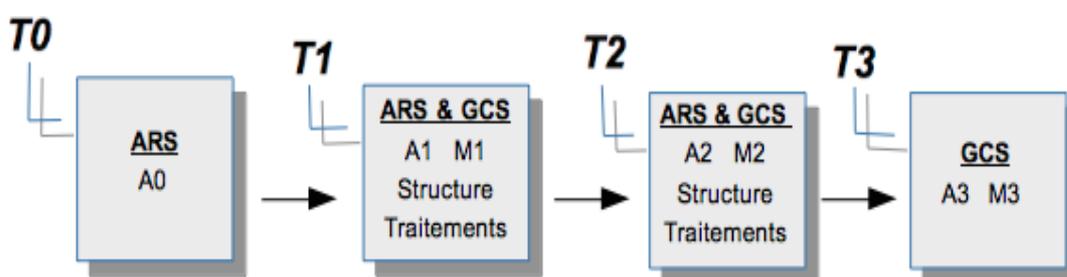


Figure 1 : Chronologie et différents recueils ayant eu lieu durant l'étude.

Un Temps T0 en Novembre 2012

Cette période précédait l'initiation du recueil de données pour l'étude.

Il s'agissait d'un recueil de données via l'ARS uniquement.

Il correspondait au moment où l'ARS organisait des réunions d'information expliquant l'intérêt de la première mesure régionale de l'Alerte (A0) dans le cadre du programme AMI-AA qu'elle souhaitait déployer.

L'efficacité du programme optimisé par le GCS du Valenciennois sur 3 établissements pilotes (en Février 2012) a conduit l'ARS à suivre plus particulièrement ce territoire.

Plusieurs réunions à l'adresse des directeurs, équipes coordinatrices et médecins traitants intervenant en EHPAD ont permis d'expliquer la démarche AMI-AA optimisée se rajoutant au recueil de l'ARS.

La présentation des indicateurs obtenus auprès des 3 établissements pilotes, avait pour but de convaincre les directeurs et médecins coordonnateurs des différents EHPAD de l'intérêt du programme optimisé et d'y adhérer.

Adhérer au programme d'Optimisation était une démarche complémentaire se rajoutant à la démarche planifiée par l'ARS.

Pour ce T0, seule l'Alerte des Structures (A0) est disponible, comme état épidémiologique régional initial du risque de iatrogénie des neuroleptiques.

Un Temps T1 en Mars 2013

Il correspond au premier recueil de données de l'étude via l'ARS et le GCS. C'est l'obtention des paramètres d'Alerte (A1), de Maîtrise (M1), des données patients et structures ainsi que des détails de prescription des neuroleptiques et autres psychotropes. Les Dénominations Communes Internationales (DCI), les posologies et les modifications proposées par la RCP étaient connues pour chaque patient inclus.

Les Temps T2 (Septembre 2013) et T3 (Janvier 2014)

Ils relevaient les mêmes données qu'en T1 avec pour éléments de suivi principaux les Alertes (A2 et A3), les Maîtrises (M2 et M3) et les détails des prescriptions de psychotropes (neuroleptiques et autres molécules).

MODALITES D'INCLUSION POUR L'ETUDE D'OPTIMISATION

L'inclusion

Suite aux réunions d'information du déploiement du programme, les EHPAD volontaires étaient inclus dans l'étude.

Le Critère d'Exclusion

Les 3 établissements pilotes (Val d'Escaut, La Rhonelle, Serbat) de l'étude princeps du GCS ont été exclus du fait de leur marge d'amélioration étroite compte tenu de leur première sensibilisation (de Février à Décembre 2012).

Un établissement souhaitait participer au programme mais faute de résident répondant à la population cible, il ne pouvait participer.

OUTILS DE RECUEIL DES DONNEES

Généralités

Les coordonnateurs des EHPAD remplissaient les fiches du GCS et de l'ARS après anonymisation de leurs patients.

Il leur était conseillé d'effectuer, pour chaque temps, le recueil de façon transversale sur une journée, le mois de la date butoir pour limiter les biais.

Pour chaque temps, les données devaient être retournées par courriel ou en main propre à un membre du GCS ainsi qu'à l'ARS.

La coordination médicale du GCS, la cadre de santé, l'infirmière qualité et l'interne chargé du recueil de données les centralisaient et les informatisaient.

Le GCS se chargeait du retour des résultats individuels des structures participantes.

De nouveaux résidents pouvaient être inclus, même s'ils n'avaient pas participé aux temps précédents, car la comparaison des Alertes et Maîtrises restait pertinente à l'échelle structurelle.

La démarche via l'ARS

L'ARS a proposé, pour cette étude, deux tableurs Excel aux temps T0, T1 et T2 (*Annexes 1 à 5*) permettant d'avoir les données structurelles, les Alertes et Maîtrises ainsi que les données patients.

Les documents de l'ARS, pour cette étude, ont été très utiles dans :

- L'obtention des paramètres régionaux donnés par les établissements en T0
- Les informations concernant les médecins coordonnateurs
- Les équivalents temps plein des paramédicaux intervenant dans les EHPAD
- La capacité en lits des EHPAD

-Les Groupes Iso-Ressources Moyens Pondérés (GMP) : indicateurs consensuels du niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge de la dépendance en tenant compte des Groupes Iso-Ressources (GIR) des résidents.

-Les Pathos Moyens Pondérés (PMP) : indicateurs consensuels du niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge des soins médicotéchniques d'une population de personnes malades.

La démarche via le GCS

Comme expliqué précédemment, le GCS est à l'initiative de questionnaires ayant permis et facilité le recueil de la majorité des données thérapeutiques de l'étude mais s'inscrivait dans une démarche supplémentaire à celle du recueil des données de l'ARS.

Les questionnaires étaient envoyés par courriel aux EHPAD, à chaque temps de recueil et comportaient :

- Une fiche d'Analyse de RCP par patient (*Annexe 6*) : le résident, ses pathologies, ses symptômes, les traitements psychotropes et leur posologie, l'efficacité éventuelle des neuroleptiques, la prescription éventuelle de contentions et la fréquence des chutes sur les 6 mois écoulés.

- Une fiche d'Analyse de RCP par EHPAD (*Annexes 7 et 8*) : synthétisant les paramètres expliqués ci-dessus pour chaque patient dont le dossier avait été discuté ; c'est un équivalent de synthèse par EHPAD participant.

- Une fiche de proposition de modification thérapeutique (*Annexes 9 et 10*) exposant : les statuts de personnes participant aux RCP, l'ensemble des thérapeutiques médicamenteuses (neuroleptiques et autres psychotropes) et non médicamenteuses (Snoezelen...) discutées ainsi que le positionnement du médecin traitant par rapport à ces préconisations de groupe.

Une fiche de synthèse de T1 à T3 a été effectuée en fin d'étude, pour chaque EHPAD, permettant ainsi de synthétiser les données des inclus durant les 15 mois de suivi (*Annexes 11 à 15*).

Utiliser à la fois les sources ARS et CGS pour cette études à rendu le recueil efficient et a limité les données manquantes.

ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES

Après leur informatisation, les données ont été synthétisées dans un tableur Excel® pour permettre leur description et leur analyse statistique.

Cette dernière a été effectuée par la Clinique de Santé Publique du CHU de Lille en considérant que les données répondaient à une loi normale.

Deux analyses multivariées avec régression linéaire mixte du fait de l'effet « double-centre » de l'étude (comparaison intra et inter-individuelle associée à l'aspect multicentrique) ont également été réalisées recherchant des paramètres confondant pour la différence de molécules psychotropes prescrites avant et après les 3 RCP du recueil.

Pour tous les tests, un résultat était considéré comme significatif si $p < 0,05$.

LES OBJECTIFS

L'objectif principal de l'étude était composite :

Evaluer l'impact du programme optimisé par le GCS sur l'Alerte, la Maîtrise (indicateurs de risque et de qualité des prescriptions) et sur le nombre de molécules neuroleptiques prescrites par patient avant et après les RCP.

Un autre objectif exprimé par la HAS à la création d'AMI-AA était la volonté de diviser par 3 le nombre de neuroleptiques prescrits.

Les objectifs secondaires :

Étaient de démontrer une absence de report de prescription sur d'autres classes de psychotropes que les neuroleptiques, de décrire l'adhésion des prescripteurs et paramédicaux ainsi que leur ressenti par rapport au programme national et optimisé.

RÉSULTATS

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE

Les patients inclus

Au total, 167 patients DAA ayant une prescription de neuroleptiques ont été suivis durant les 15 mois d'observation soient 11,4 % de l'effectif global des EHPAD participants.

19,63% des patients inclus étaient des hommes et la moyenne d'âge était de 84,23 ± 7,07 ans.

Tableau 1 : Répartition des DAA dans la population d'étude

	Alzheimer	Mixte	Vasculaire	Fronto-temporale	Corps de Lewy	Parkinson	Autre ou non précisée
Proportion de l'effectif en %	51,13	20,3	13,53	3,01	2,26	1,5	8,27

Les perdus de vue

25 patients : 18 patients décédés et 7 transférés dans un autre établissement.

EPIDEMIOLOGIE DES EHPAD PARTICIPANTS

Initialement, 33 des 52 EHPAD du Valenciennois ont répondu à l'A0 de l'ARS :

- 9 n'ont pas voulu poursuivre la démarche en T1 (A0 moyen de 39,3%)
- 4 établissements participaient au programme régional mais n'ont pas intégré l'étude d'optimisation du fait des critères d'exclusion.

20 EHPAD de 15 villes du Valenciennois ont participé à cette étude optimisée ; ils représentaient 39,17 % de l'ensemble des établissements du territoire.

Ces établissements ont bénéficié d'une attention particulière de la part de l'ARS et du GCS mais aussi de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et du CHU de Lille.

Capacité de lits

Les 24 EHPAD participants au programmes représentent 58% des lits d'EHPAD du territoire. Les 20 EHPAD participant au programme optimisé avaient une capacité totale de 1465 lits avec une médiane de 70 lits de répartition, homogène comme le décrit la *Figure2*.

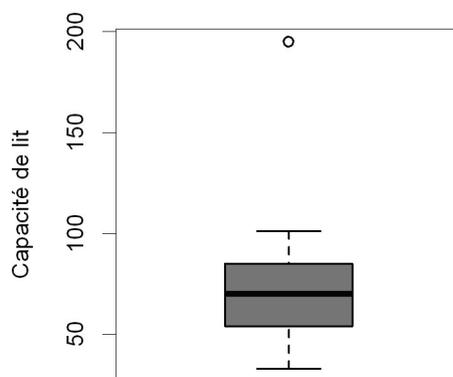


Figure 2 : Dispersion des capacités de lits des EHPAD participants

Le taux de participation des EHPAD au programme régional différait en fonction de leur capacité d'accueil :

- 15% des établissements ayant moins de 40 lits
- 63.63 % de ceux ayant plus de 40 lits

Le Pathos Moyen Pondéré (PMP)

Comme le présente la *Figure 3*, la dispersion des PMP permet de dire que la moyenne était à $188,94 \pm 50,65$.

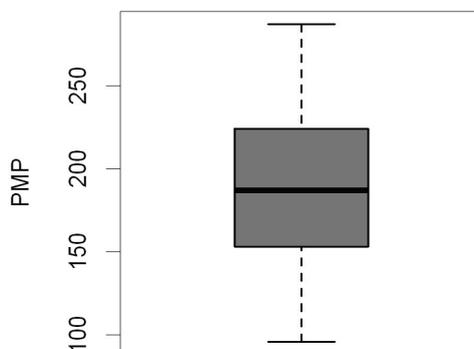


Figure 3 : Dispersion des PMP des 20 EHPAD participants

Le GIR Moyen Pondéré (GMP)

Pour le GMP, les valeurs extrêmes (*Figure 4*) imposent de parler de la médiane qui est de 733.

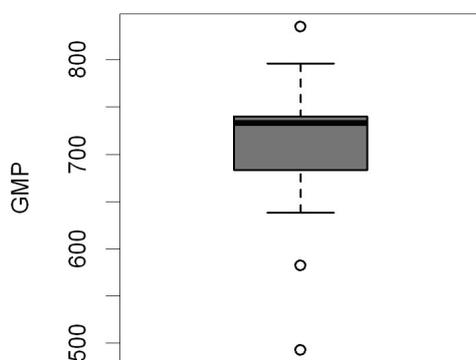


Figure 4 : Dispersion des GMP des 20 EHPAD participants

Les médecins coordonnateurs des EHPAD du Valenciennois

Il y avait 32 médecins coordonnateurs sur le territoire.

- 5 étaient en charge de plus de 2 EHPAD chacun, soit un total de 21 EHPAD dont seuls 3 ont participé au programme AMI-AA optimisé (14.2%)

- 27 autres coordonnaient un maximum de 2 EHPAD chacun pour les 31 restant et 21 établissements ont participé au programme optimisé (67.7%).

Les coordonnateurs participants étaient âgés de $54,28 \pm 7,47$ ans et 55 % d'entre eux étaient des hommes. Ces coordonnateurs participant représentaient 67,7 % des effectifs Valenciennois.

Ils travaillaient en moyenne dans $1,65 \pm 0,88$ EHPAD avec un équivalent temps plein (ETP) moyen de $0,39 \pm 0,21$ et les structures dans lesquelles ils intervenaient avaient plus de 40 lits (90 % des cas).

Concernant leur secteur d'activité professionnelle : 52,4 % exerçaient uniquement en libéral, 14,3 % avaient une activité hospitalière et le tiers restant n'avait pas donné d'information.

Les ETP moyens paramédicaux des EHPAD participants

- $4,07 \pm 1,5$ pour les infirmiers

- $13,35 \pm 8,62$ pour les aides soignants

- $2,86 \pm 3,07$ pour les aides médico-psychologiques

- $0,21 \pm 0,17$ pour les psychologues

- $0,25 \pm 0,36$ pour les ergothérapeutes

- $0,57 \pm 1,39$ pour les kinésithérapeutes

INDICATEURS D'ALERTE ET DE MAITRISE

L'indicateur d'Alerte diminue et l'indicateur de Maîtrise augmente dans le temps comme suit :

Tableau 2 : Alertes et Maîtrises aux différents recueils de données

	Alerte (%) et IC 95 %	Maîtrise (%) et IC 95 %
T0	23,4 [19,4 ; 27,4]	NA
T1	19,5 [14,1 ; 25]	75 [59,2 ; 90,7]
T2	16,9 [10,1 ; 23,8]	75,6 [59,1 ; 92,1]
T3	15,8 [11,4 ; 20,2]	78 [63,1 ; 92,8]

IC : Intervalle de confiance à 95 % ; NA : Donnée manquante

LES PRESCRIPTIONS DE NEUROLEPTIQUES

Les différents types de modifications

Tableau 3 : Modifications des prescriptions de neuroleptiques après RCP durant l'étude.

	Arrêt d'une des molécules (effectif)	Arrêt de toutes les molécules (effectif)	Posologie augmentée sans modifier le nombre de molécule (effectif)	Posologie diminuée sans modifier le nombre de molécule (effectif)	Autres (effectif)
T1	0,79 % (1)	28,57 % (36)	0,79 % (1)	21,43 % (27)	48,42 % (61)
T2	0,76 % (1)	9,16 % (12)	1,53 % (2)	9,92 % (13)	78,73 % (103)
T3	0 % (0)	10,08 % (13)	1,55 % (2)	4,65 % (6)	82,94 % (108)

« Autres » : Absence de modification de posologie ou modification de DCI sans modifier le nombre total de molécules

Modifications en fonction du risque de iatrogénie

On peut considérer que l'arrêt (d'une molécule ou de toutes les molécules pour un patient donné) ou la diminution des posologies sont des démarches allant toutes dans le sens de la diminution de la iatrogénie. L'augmentation des posologies, quant à elle, augmente le risque.

Tableau 4 : Evolution de la iatrogénie des neuroleptiques après RCP

	Diminution du risque iatrogène des neuroleptiques (effectifs)	Majoration du risque iatrogène des neuroleptiques (effectifs)	Autres (effectif)
T1	50,79 % (64)	0,79 % (1)	48,42 % (61)
T2	19,84 % (26)	1,53 % (2)	78,73 % (103)
T3	14,73 % (19)	1,55 % (2)	82,94 % (108)

« Autres » : Absence de modification de posologie ou modification de DCI sans modifier le nombre total de molécules

Effectifs moyens de patients DAA avec ou sans neuroleptiques durant l'étude

Tableau 5 : Evolution des effectifs moyens de patients DAA par EHPAD, des effectifs de DAA sous neuroleptiques en phases d'Alerte et de Maîtrise durant l'étude

	T0	T1	T2	T3
Effectif moyen de DAA	32,5 ± 16,73	32,7 ± 16,69	32,95 ± 18,18	32,95 ± 18,18
Effectif moyen de DAA sous NL (Alerte)	7,8 ± 5,59	6,3 ± 4,92	5 ± 3,45	5,1 ± 3,34
Effectif moyen de DAA sous NL argumentés (Maîtrise)	NA	4,5 ± 2,87	4,4 ± 3,14	4,32 ± 3,23

NL : Neuroleptiques ; NA : Donnée manquante

En analyse multivariée

Plus le nombre de neuroleptiques était élevé avant la RCP, plus la baisse du nombre de molécules prescrites après argumentation était significativement importante.

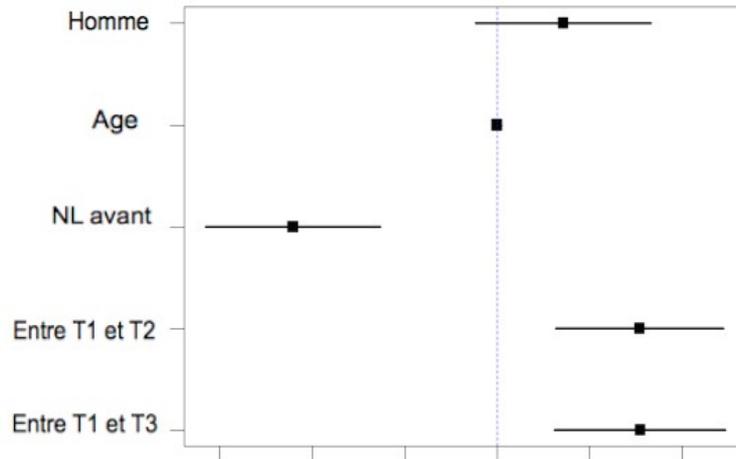


Figure 5 : Coefficients de régression linéaire mixte calculés pour les neuroleptiques

Différence du nombre de neuroleptiques prescrits entre T0 et T1 (NL avant), T1 et T2, T1 et T3

Pour chaque molécule neuroleptique prescrite avant la RCP, l'ordonnance diminuait en moyenne significativement ($p < 10^{-5}$) de 0,22 prescriptions après argumentation.

Les ordonnances après RCP de T2 et T3 comparativement à T1 rapportaient une élévation significative moyenne de 0,15 molécule ($p < 10^{-2}$) pour chaque molécule prescrite initialement.

A noter que le sexe ($p = 0,14$) et l'âge ($p = 0,92$) n'influençaient pas de façon significative le nombre de neuroleptiques prescrits.

Tableau 6 : Evolution des effectifs moyens de patients DAA et du nombre de neuroleptiques par DAA en phases d'Alerte et de Maîtrise aux différents recueils

	T1	T2	T3
Effectif moyen de DAA	32,7 ± 16,69	32,95 ± 18,18	32,95 ± 18,18
Nombre de NL par DAA (Alerte)	1,04 ± 0,2	0,79 ± 0,48	0,76 ± 0,45
Nombre de NL par DAA argumentés (Maîtrise)	0,73 ± 0,48	0,69 ± 0,51	0,64 ± 0,5

NL : Neuroleptiques ; NA : Donnée manquante

LES PRESCRIPTIONS DES AUTRES PSYCHOTROPES

Evolution de l'ordonnance en fonction des recueils

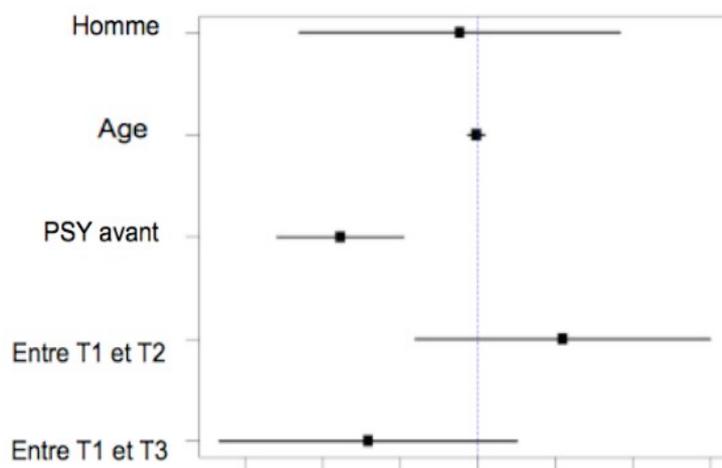


Figure 6 : Coefficients de régression linéaire mixte calculés pour les psychotropes

Différence du nombre de psychotropes prescrits entre T0 et T1 (PSY avant), T1 et T2, T1 et T3

Il y avait une diminution significative moyenne de 0,09 molécules pour chaque molécule présente sur l'ordonnance antérieure, après la réunion de concertation pluridisciplinaire ($p < 10^{-4}$).

Pour les hypnotiques en T1 : 100 % d'arrêt a eu lieu chez les inclus avec en T2 une réintroduction de la même molécule (33%) ou d'une autres (33%).

Pour les antidépresseurs : Il y a eu 60 % d'introduction observée en fin d'étude chez les patients non traités initialement.

Les benzodiazépines ont été introduites (27%) ou arrêtées (32%) en T1.

Evolution du nombre des autres psychotropes par patients

Tableau 7 : Evolution du nombre de psychotropes non neuroleptiques par DAA durant les phases d'Alerte et de Maîtrise aux trois temps de recueil.

	T1	T2	T3
Effectif moyen de DAA	32,7 ± 16,69	32,95 ± 18,18	32,95 ± 18,18
Nombre de PSY par DAA (Alerte)	1,61 ± 0,98	1,56 ± 1,02	1,6 ± 1,02
Nombre de PSY par DAA argumentés (Maîtrise)	1,51 ± 0,97	1,56 ± 1,03	1,49 ± 1,02

PSY : Psychotropes autres que neuroleptiques ; NA : Donnée manquante

La diminution du nombre de molécules psychotropes, par patient, est significative entre l'Alerte et la Maîtrise au temps T1 ($p < 10^{-4}$). Il n'y a cependant pas de différence significative entre les quantités de psychotropes prescrites, par patient, entre les différentes phases de Maîtrise.

PARAMETRES D'ADHESION ET DE QUALITE

Adhésion des médecins traitants

Quand ils ne siégeaient pas en RCP, les médecins traitants étaient informés systématiquement par courrier (47,8%), entretien physique (34,7%), entretien téléphonique (8,6%) et autres méthodes (8,6%) de la volonté d'inclusion de leurs patients dans l'étude et des modifications de prescription proposées.

Nous avons comptabilisé 240 médecins traitants intervenant sur les 20 EHPAD participant.

Leur réaction était favorable dans 47,6 % des cas et défavorable pour 4,7 % d'entre eux (les autres n'ayant répondu à cet item) mais seuls 4 médecins (1,67%) ont refusé de participer au programme.

75 % de ceux-ci validaient les recommandations de la RCP.

Proportion moyenne des professionnels participant à la RCP

Les participants aux RCP étaient représentés à 43,6 % de Coordonnateurs, 28,2 % médecins traitants, un (7,7%), deux (12,8%) ou plus de deux paramédicaux (7,7%)

Prise en charge cognitivo-comportementale

Tableau 8 : Evolution des proportions de thérapies cognitivo-comportementales en pourcentage des 'EHPAD participants

	Oui	Non	Absence de réponse
T1	38,32	35,23	26,45
T2	33,53	10,78	55,69
T3	44,91	31,14	23,95

Dans au moins un tiers des cas, des thérapies cognitivo-comportementales ont été mises en place selon les équipes.

Dans au moins un quart des cas, cet item n'était pas rempli dans les questionnaires.

Evolution des traitements spécifique Anti-Alzheimer

Pour ce qui est du nombre de molécules spécifiques anti-Alzheimer par patient, il est resté stable durant l'étude : de $0,58 \pm 0,58$ en T1 à $0,57 \pm 0,57$ en T3.

Il n'y a pas de différence significative des prescriptions de ces traitements au cours de l'étude. 47% des patients n'avaient pas de traitement, 47 % avaient une molécule prescrite et 6 % deux. 2 % des RCP ont discuté des modifications concernant ces thérapeutiques

Ressenti évalué par l'ARS :

Tableau 9 : Note attribuée par la RCP au programme AMI-AA

	Note Moyenne (/10)
Justifié ?	7,92
Adapté ?	5,67
Bénéfique ?	7,00

Ressenti évalué par le GCS :

Deux tables rondes ont été organisées après T3 pour obtenir le ressenti des participants professionnels sur l'optimisation du Programme AMI-AA proposé par le GCS. Voici une retranscription des propos tenus lors des tables rondes.

Concernant le calendrier et le recueil des données:

Le calendrier était adapté, la fréquence de recueil rendait la participation des EHPAD faisable. Pour poursuivre l'expérience il faudrait faire, idéalement, une Alerte/Maîtrise tous les 6 mois. La réactivité et les rappels étaient adaptés pour le respect des dates butoirs. Les professionnels participants n'ont pas eu le sentiment d'être harcelé et sont plutôt contents d'avoir eu un interlocuteur disponible.

Outils de recueil de données :

Les questionnaires facilitaient l'aide à la recherche des données dans le dossier médical et orientaient les discussions au sein des RCP.

Avis sur les RCP :

Des médecins extérieurs à la structure ont parfois été sollicités pour avoir un regard neutre sur les prescriptions discutées. L'adhésion de l'équipe médicale, paramédicale et administrative a été globalement satisfaisante.

Certains EHPAD ont décidé de communiquer les résultats de modifications des prescriptions de psychotropes en différé aux équipes d'infirmiers et d'aides soignants, pour ne pas influencer leur perception des modifications de comportement des patients.

Au final, les modifications ont peu souvent été détectées car les patients, à qui des thérapies non médicamenteuses étaient proposées, n'ont pas aggravé leur SPCD. Quand les médecins traitants ne pouvaient pas siéger en RCP, ils étaient favorables dans la majorité des cas, aux modifications proposées.

Réaction des soignants après communication des résultats

Il y a eu beaucoup d'étonnement quant à la non aggravation des troubles du comportement à l'arrêt des neuroleptiques et autres psychotropes. Les équipes soignantes ont pris conscience de l'efficacité faible des neuroleptiques dans certains cas et du fait qu'ils ne sont pas une unique réponse thérapeutique aux SPCD. Ils ont donc eu une motivation accrue pour se former aux techniques non médicamenteuses ; certains EHPAD ont été jusqu'à remplacer les neuroleptiques par deux séances de Snoezelen par semaine.

Message adressé aux financeurs

Les ressources humaines des EHPAD ont un impact sur la capacité des structures à répondre de manière adéquate aux troubles du comportement. La formation aux techniques multisensorielles pour apaiser les patients agités intéresse la majorité des soignants et doit être soutenue par des effectifs corrects permettant de libérer des plages horaires dédiées.

Points positifs et éléments à retenir de cette expérience

Les paramédicaux ont été très impliqués et intéressés par cette démarche. Tout le personnel ressent une autosatisfaction quant à l'amélioration de la qualité des prescriptions des neuroleptiques et autres psychotropes. Cette expérience a permis aux médecins coordonnateurs de réévaluer les traitements des résidents avec les médecins traitants libéraux et cela a amélioré leur capacité à communiquer autour des dossiers de patients. Ce programme ouvre des discussions gériatriques de « bénéfice-risque » des thérapeutiques introduites ou devant être arrêtées chez le sujet âgé ; ce qui est très positif.

TABLEAU DE SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Tableau 10 : Synthèse des principaux résultats

	T0	T1	T2	T3
Effectif moyen de DAA	32,5 ± 16,73	32,7 ± 16,69	32,95 ± 18,18	32,95 ± 18,18
Alerte (%) et IC 95 %	23,4 [19,4 ; 27,4]	19,5 [14,1 ; 25]	16,9 [10,1 ; 23,8]	15,8 [11,4 ; 20,2]
Maîtrise (%) et IC 95 %	NA	75 [59,2 ; 90,7]	75,6 [59,1 ; 92,1]	78 [63,1 ; 92,8]
Effectif moyen de DAA sous NL (Alerte)	7,8 ± 5,59	6,3 ± 4,92	5 ± 3,45	5,1 ± 3,34
Effectif moyen de DAA sous NL argumentés (Maîtrise)	NA	4,5 ± 2,87	4,4 ± 3,14	4,32 ± 3,23
Diminution du risque iatrogène des neuroleptiques (effectifs)	NA	50,79 % (64)	19,84 % (26)	14,73 % (19)
Nombre de NL par DAA (Alerte)	NA	1,04 ± 0,2	0,79 ± 0,48	0,76 ± 0,45
Nombre de NL par DAA argumentés (Maîtrise)	NA	0,73 ± 0,48	0,69 ± 0,51	0,64 ± 0,5
Nombre de PSY par DAA (Alerte)	NA	1,61 ± 0,98	1,56 ± 1,02	1,6 ± 1,02
Nombre de PSY par DAA argumentés (Maîtrise)	NA	1,51 ± 0,97	1,56 ± 1,03	1,49 ± 1,02
PEC non médicamenteuse (%)	NA	38,32	33,53	44,91
Nombre molécule anti-Alzheimer par patient	NA	0,58 ± 0,58	0,6 ± 0,59	0,57 ± 0,57

IC : Intervalle de confiance à 95 % ; NA : Donnée manquante ; NL : neuroleptiques ; PSY : psychotropes autres que neuroleptiques ; PEC : prise en charge

DISCUSSION

RATIONNEL DE L'ETUDE

National et régional : Gouvernement, HAS et ARS

La lutte contre la iatrogénie chez le sujet âgé a été un objectif spécifique de la Loi de santé publique 2004. Depuis 2006, un programme national de Prescriptions Médicamenteuses chez le Sujet Agé (PMSA) a été créé, mettant en place des outils de révision et d'amélioration des ordonnances tout en intégrant la notion de prévention et de formation des soignants (17).

Lors du plan national Alzheimer 2008-2012 (16), les mesures 14b « Surveillance des accidents iatrogènes médicamenteux » et 15 traitaient de « L'amélioration du bon usage des médicaments ». Cette dernière met en avant la fragilité des MA face à la iatrogénie médicamenteuse et met un accent sur l'usage des psychotropes, classe thérapeutique fréquemment impliquée d'après les résultats d'une étude de pharmacovigilance nationale en 2006 (6).

Les premières actions mises en place pour lutter contre la iatrogénie des psychotropes (des médicaments au sens large) étaient d'établir des indicateurs fiables et reproductibles du risque, de l'amélioration de la prise en charge et de sensibiliser les soignants au risque iatrogène.

C'est l'histoire de la naissance d'AMI-Alzheimer en 2010 (14) .

Territorial : le GCS

Le Projet Médical de Territoire (PMT) du GCS s'inscrit dans cette dynamique de décroisement sanitaire et médico-social avec un désir d'homogénéiser les formations et la qualité de prise en charge des établissements qui le composent.

La coordination médicale du GCS et sa cadre de santé ont, de part plusieurs projets et une écoute des différentes problématiques des établissements du Valenciennois, réussi à créer une atmosphère de confiance et un désir d'amélioration des démarches « Qualité ».

L'extension de leur optimisation du programme AMI-AA aux 20 EHPAD du Valenciennois est une validation externe de leur réussite (lors du projet initial à 3 établissements) et une démarche logique dans leur PMT qui peut servir de tremplin pour d'autres projets qualité.

POINTS FORTS DE L'ETUDE

Géographie

Le département du Nord étant le plus peuplé en personnes âgées de plus de 80 ans (2), on peut considérer que la population d'étude est parmi les plus fragiles et qu'obtenir des résultats satisfaisants avec cette population très à risque de iatrogénie est gage d'une extrapolation pertinente avec une autre région de France.

Méthodologie

Cette étude longitudinale, prospective, multicentrique est gage de qualité du recueil et de la représentativité de l'échantillon au sein de la population générale.

La durée de suivi de 15 mois est très intéressante. Elle a permis d'effectuer trois recueils de données (au moins deux pour la majorité des patients inclus) et les informations recueillies peuvent être extrapolées comme représentatives d'une demi-vie en EHPAD. En effet, la durée moyenne de séjour en EHPAD en France métropolitaine était de 33 mois en 2012 (18).

Le « double » recueil de données via l'ARS et le GCS limitait la perte de données. Ces dernières ont aussi été vérifiées et corrigées quand cela était nécessaire, en se rapprochant de la source (directeurs et équipes coordinatrices).

Population d'étude

Les modalités d'inclusion et d'exclusion des patients étant assez simples : il a été possible d'inclure plusieurs profils différents, représentatifs d'une population générale de DAA vivant en EHPAD.

Le fait que cette étude se déroule en médecine de ville, en EHPAD, est un élément important concernant la population qui y est décrite.

En effet, les EHPAD sont le principal lieu de vie des sujets âgés en perte d'autonomie avec des altérations des fonctions cognitives rendant le maintien au domicile historique impossible (19) .

Le suivi, la diversité et la densité des cas associés à la présence de personnel formé spécifiquement à ces sujets fragiles favorise et simplifie la mise en place des démarches « Qualités ».

LIMITES DE L'ETUDE

Une des premières limites de l'étude était la base de volontariat des EHPAD participants au programme optimisé

Un deuxième point à évoquer est le fait que les données recueillies sont relevées par les acteurs de prise en charge des patients inclus (les prescripteurs et les paramédicaux). Un relevé des données par une personne extérieure à l'établissement pourrait être une solution satisfaisante quant à l'exhaustivité des déclarations et leur objectivité mais pour des raisons de temps, de logistique et de secret médical, il n'était pas possible d'envisager la méthodologie différemment.

Une autre difficulté a été de demander aux EHPAD de remplir à la fois les fiches de l'ARS (*Annexes 1 à 5*) et celle du GCS (*Annexes 6 à 15*).

Pour les données de structure et de personnel, les EHPAD ont rempli efficacement les documents de l'ARS. Pour ce qui était des données patients et thérapeutiques, les données de l'ARS n'ont pas été rendues entièrement (60 % de participation vs 100 % pour le GCS) malgré une stimulation motivationnelle identique par courriel.

Cette effet peut être attribué à la bonne connaissance de cet acteur territorial, qu'est le GCS, présent physiquement et proposant un retour personnalisé par EHPAD.

Il semblait probablement plus licite aux établissements de bien remplir les données GCS pour avoir un retour individualisé et complet.

POPULATION ET EHPAD DE L'ETUDE

Démontrer un effet centre était difficile compte tenu de la disparité des offres de soins structurelles, du nombre de personnel soignant et de la capacité en lits.

La population de l'étude et les structures ont été comparées (20) aux valeurs moyennes décrites pour la France métropolitaine.

L'âge moyen de 84,23 ans et les 19,63 % d'hommes est représentatif de la population nationale des personnes vivant en EHPAD.

Le GMP médian est à 733 vs 709 pour la moyenne nationale des EHPAD publiques et le PMP moyen est à 187 vs 192 à l'échelle nationale.

Les EHPAD participants seraient sous dotés en ETP moyen pour les professions paramédicales (ex : IDE 4,07 vs 4,9 et psychologues 0,21 vs 0,64) mais représentatifs de la population nationale avec leurs 0,39 ETP moyen pour les coordonnateurs.

INTERPRETATION DES RESULTATS DE L'OBJECTIF PRINCIPAL

L'Alerte

Elle a diminué durant l'étude de 23,4 à 15,8 %, témoin de la réduction de l'exposition des 167 DAA à la iatrogénie des neuroleptiques.

Concernant l'effectif moyen de DA sous neuroleptiques dans chaque EHPAD, il est passé de 6,3 à 5,1 en fin d'étude, avec une réduction importante dès T1.

Cela peut se justifier par une marge de progression s'amenuisant du fait de la diminution du nombre de patients DAA concernés par ces thérapeutiques. Le maintien de ce nombre aux alentours de 5 patients peut éventuellement être justifié par une nécessité de diminution de posologies importantes avant arrêt définitif ou l'entrée de nouveaux DAA sous neuroleptiques en cours d'étude.

La Maîtrise

La maîtrise passe de 75 à 78 %, démontrant une amélioration de la démarche qualité des prescriptions des neuroleptiques dans cette population fragile institutionnalisée.

Le nombre moyen de patients DAA sous prescription argumentée pour chaque EHPAD passe de $4,5 \pm 2,87$ à $4,32 \pm 3,23$.

Les RCP concluent donc au maintien d'une proportion moyenne de 4,4 patients sous neuroleptiques par établissement.

Evolution du nombre de molécules Neuroleptiques

On observe une diminution du risque iatrogène de 50,79 % dès T1 pour se maintenir à 14,73 % en T3. En valeur absolue, cela signifie que l'on passe de $1,04 \pm 0,2$ molécules par personnes à T1 à $0,76 \pm 0,45$ molécules par personnes en T3.

L'objectif de la HAS de diminuer par 3 le nombre de prescriptions après argumentation n'est pas atteint mais nous sommes à plus de 25 % de baisse.

En analyse multivariée, on comprend que pour chaque molécule prescrite avant la RCP, on diminue significativement ($p < 10^{-5}$), dès T1, les prescriptions de 0,22 molécules en moyenne pour chacune des ordonnances étudiées.

Le fait qu'en T2 et T3 l'analyse soit significative en donnant l'impression d'une majoration de 0,15 molécule pour chaque neuroleptiques prescrits avant la RCP ($p < 10^{-2}$) laisse penser que la phase T1, première sensibilisation, est celle où les neuroleptiques ont été le plus retirés ou diminués.

Les deux autres phases sont celles de l'ajustement des posologies minimales nécessaires après avoir établi leur réelle indication, ce qui peut justifier l'augmentation décrite.

INTERPRETATION DES RESULTATS DE L'OBJECTIF SECONDAIRE

Absence de report des prescriptions vers les psychotropes

Durant l'alerte, le nombre de molécules psychotropes autres que neuroleptiques prescrites en moyenne pour chaque patient DAA est resté stable dans le temps à $1,6 \pm 1,02$.

Pendant la maîtrise, ce nombre est passé de $1,51 \pm 0,97$ à $1,49 \pm 1,02$.

En valeur absolue cela ne semble pas majeur mais l'analyse multivariée nous apprend qu'il n'y a pas eu de report de prescriptions vers d'autres familles de psychotropes.

La diminution significative du nombre de molécule prescrite après RCP lors de la phase T1 ($p < 10^{-4}$) interpelle.

En effet, nous ne nous attendions pas à cette réussite sur les psychotropes en T1 et cela rassure quant à la démarche argumentaire des RCP.

Les documents de support du GCS avaient prévu l'évaluation de l'ensemble des traitements pris par les patients DAA. Les DCI et posologies des antidépresseurs, benzodiazépines et hypnotiques étaient consignés aux trois temps permettant ainsi de connaître l'évolution de leur prescription après discussion en RCP.

Pour information, les molécules psychotropes autres que neuroleptiques les plus fréquemment prescrites étaient :

- Pour les antidépresseurs : Miansérine, (Es)Citalopram, Paroxétine, Venlafaxine.
- Pour les benzodiazépines : Alprazolam et Oxazepam.
- Pour les hypnotiques : Zopiclone et Zolpidem.

L'arrêt de 100 % des hypnotiques en T1 est une donnée surprenante et très intéressante malgré les 33 % de ré-introduction de la même molécule au cours de l'étude. En effet, les patients âgés sont souvent très attachés aux hypnotiques et leur arrêt définitif est souvent difficile ; le fait d'avoir essayé est un signe d'appropriation de la démarche pour toutes les thérapeutiques potentiellement iatrogènes sans bénéfice majeur.

La proportion de modification équitable des antidépresseurs (25 %) en T1 est témoin d'une volonté d'adaptation maximale des posologies à la clinique et l'introduction pérenne, dans 60 % des cas, d'une nouvelle molécule justifie tout de même que les sujets âgés déments manifestent des signes d'anxiété et de dépression à travers leurs troubles du comportement.

Il semblerait que la diminution des neuroleptiques associée à celle des autres psychotropes permette de pérenniser la prescription de ces derniers autour de 1,5 molécules par personne jusqu'à la fin de l'étude.

Il s'agit donc d'une réussite du programme AMI-AA sur l'ensemble des psychotropes.

Adhésion des médecins coordonnateurs

Plus le médecin coordonnateur avait à charge de structure, moins il adhérait à la démarche. Les structures de moindre capacité utilisaient moins fréquemment le programme.

Des hypothèses de cette participation moins importante peuvent s'expliquer comme :

- Le faible bénéfice ressenti par les petites structures quant à l'utilisation de ce type de programme (peu de résidents donc moins de problématiques)
- L'importante logistique autour du déploiement du programme impliquant le médecin coordonnateur était sûrement un frein quand ils avaient la gestion de plusieurs EHPAD.

Adhésion des médecins traitants

Les médecins traitants ont systématiquement été informés des désirs d'inclusion de leur patient dans le programme AMI-AA et des propositions de modifications faites par la RCP quand ils n'y siégeaient pas.

Seuls 4,7 % d'entre eux (11 médecins) ont été initialement défavorables à la mise en place du programme pour leurs patients mais au final, seuls 1,67 % (4 d'entre eux) ont vraiment refusé de participer. Cela peut signifier que le refus *a priori* était une crainte d'alourdissement de leur activité libérale mais que la logistique adaptée et l'intérêt du patient l'ont tout de même emporté.

Ils ont même apprécié la discussion autour des psychotropes, médicaments que l'on hésite toujours à arrêter sans retour comportemental des équipes paramédicales et parfois nécessité de discussion avec un confrère.

Participation aux RCP

La mise en place des RCP par optimisation du GCS a été une réussite.

Les questionnaires envoyés (Annexes) pour aider à la progression des discussions et au relevé des DCI et de leur posologie semblent avoir été appréciés car tous remplis de façon exhaustive.

Prise en charge cognitivo-comportementales

Au moins un tiers des EHPAD a essayé de mettre en place des abords non médicamenteux pour la prise en charge des SPCD. La difficulté de mise en place (locaux, effectif de personnel dédié, formation) rend leur utilisation moins fréquente sans que les professionnels participants ne doutent de leur efficacité sur les troubles du comportement

d'après les ressentis donnés lors des tables rondes.

En effet, plusieurs études illustrent de façon significative les bienfaits des thérapies non médicamenteuses dans les SPCD (21) avec des difficultés méthodologiques quant à la taille des échantillons et la description des techniques pour une bonne reproductibilité (23) Il semblerait tout de même que ces techniques soient plus apaisantes le matin lors des soins et au moment de l'agitation vespérale (Sundowning Syndrome). (24) Le Snoezelen (25) mêlant aromathérapie (22) , musicothérapie (26) au toucher est une des techniques comportementales les plus documentées ce jour.

Evolution des traitements spécifiques Anti-Alzheimer

La stabilité des prescriptions de traitements spécifiques d'Alzheimer et le peu de proposition de modifications (2%) interpellent.

En effet, les médicaments spécifiques de la MA sont indiqués très tôt dans l'évolution de la maladie, dès le diagnostic si le MMSE le permet (27). La littérature médicale les propose même comme aide à la prise en charge des troubles du comportement chez les DAA (28).

Du fait de l'âge moyen et du niveau important de dépendance on peut justifier le peu de modifications proposées quant à l'indication d'une introduction tardive de ces thérapeutiques chez des patients ayant une dégradation cognitive majeure.

Ressenti par rapport aux deux programmes

Malgré la logistique imposant de remplir les deux documents (ARS et GCS) aux recueils T1 et T2, l'accueil du programme a été favorable et le personnel participant est satisfait des démarches mises en œuvre.

En effet, les paramédicaux ont été conviés aux discussions autour des prescriptions de psychotropes, ce qui a été une source d'amélioration de la qualité de l'information et de la réponse quant aux SPCD auxquels ils faisaient face quotidiennement.

Ce programme d'optimisation, à travers les RCP, a donné envie aux paramédicaux de se former aux thérapies comportementales et aux prescripteurs de poursuivre la démarche d'Alerte/Maitrise à chaque admission de patient dans l'EHPAD. Une ré-évaluation tous les 6 mois des indications, des molécules et de leur posologie est faisable et utile d'après les équipes coordinatrices.

SYNTHESE MODESTE DES RECOMMANDATIONS ACTUELLES

D'après la HAS, les traitements médicamenteux sont à envisager après échec des thérapies multisensorielles et absence de cause somatique retrouvée (29).

Les Thérapies multisensorielles démontrent une efficacité sans effet secondaire malgré la disparité des cohortes étudiées et la reproductibilité des techniques qui n'est pas toujours évidente en termes de logistique et d'effectifs de personnel.

Elles permettent, par un abord multimodal (cognitif, moteur, sensoriel) et global de limiter les recours aux contentions et aux médicaments (24).

Avant le recours aux thérapeutiques médicamenteuses, une discussion pluridisciplinaire médicale devrait avoir lieu avec, éventuellement un psychiatre et un neurologue selon les possibilités locales, pour discuter ou ré-évaluer la thérapeutique.

Les traitements spécifiques de la MA ont montré une efficacité sur l'humeur et le comportement des DAA. Les inhibiteurs de l'Acétylcholinestérase (30) seraient plus efficaces que les agonistes des récepteurs NMDA dans les SPCD (31)

Les antidépresseurs sont le deuxième traitement à proposer car le syndrome anxiodépressif est fréquent chez les DAA avec une sémiologie souvent fruste.

Les Inhibiteurs Spécifiques de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) sont plus intéressants (32) que les Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNA) dans ces indications. Il faut éviter les tricycliques de par leur activité anticholinestérasique (confusiogène) et alpha-adrénergique (hypotension orthostatique et chute).

Les antipsychotiques possèdent une indication de dernier recours (33)

Ils sont à utiliser au quart des doses de l'adulte jeune (34) et il faut privilégier les demi-vies courtes non métabolisées par le foie. Il est préférable d'utiliser des molécules atypiques (35) qui ont moins d'effets secondaires (36).

Les anxiolytiques et les hypnotiques (37) ne bénéficient pas d'études contrôlées permettant de justifier le risque pris lors de leur prescription.

CONCLUSION

L'Optimisation du programme AMI-AA a démontré la capacité de Maitrise de la iatrogénie des neuroleptiques grâce à des RCP dont l'Alerte est un témoin majeur de diminution du risque.

Ces résultats sont témoins d'une recherche de prescriptions argumentées sans pour autant arrêter tous les neuroleptiques de façon excessive. Les RCP ne rejettent pas les neuroleptiques comme option thérapeutique des SPCD mais admettent et discutent le fait que plusieurs prises en charges alternatives sont à essayer avant ou simultanément à leur prescription.

La diminution significative des neuroleptiques en T1 ($p < 10^{-5}$) démontre un impact dès le 6ème mois du programme AMI-AA avec 25 % de diminution de prescription (vs les 66 % espérés par la HAS). Les T2 et T3, sont un reflet de la pérennisation du programme au sein des EHPAD et l'adaptation posologique minimale efficace après une indication argumentée en RCP.

Pour ce qui est des psychotropes autres que neuroleptiques, les résultats obtenus décrivent également une diminution significative en T1 ($p < 10^{-4}$). Cela témoigne d'un désir d'argumentation des RCP sur la globalité des prescriptions destinées à leurs patients fragiles. Les prescripteurs se sont donc approprié le programme AMI-AA optimisé comme outil d'aide à la prévention et la maîtrise de la iatrogénie médicamenteuse.

AMI-AA optimisé est un outil pluridisciplinaire et efficient de dépistage et de maîtrise de la iatrogénie des prescriptions médicamenteuses auprès des DAA.

Il peut être testé sur d'autres thérapeutiques questionnantes pour être validé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INSEE - Page de profils - Le vieillissement de la population du Nord-Pas de Calais se poursuit.pdf.
2. Région Nord Pas de Calais - Note D2DPE N°19 - Vieillissement démographique et Territoires en Nord-Pas-De-Calais à l'horizon 2015.pdf.
3. Helmer C, Pasquier F, Dartigues J-F. Épidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. *médecine/sciences* [Internet]. 2006 Mar [cited 2014 Aug 24];22(3):288–96. Available from: <http://www.medecinesciences.org/10.1051/medsci/2006223288>
4. Devanand DP. Psychosis, Agitation, and Antipsychotic Treatment in Dementia. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2013 Sep 1 [cited 2014 Aug 18];170(9):957–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13060767>
5. Osborne CA, Hooper R, Li KC, Swift CG, Jackson SHD. An indicator of appropriate neuroleptic prescribing in nursing homes. *Age Ageing* [Internet]. 2002 Nov 1 [cited 2014 Aug 24];31(6):435–9. Available from: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/31/6/435>
6. Legrain S, others. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. *Consomm Prescr Iatrogénie Obs HAS* [Internet]. 2005 [cited 2014 Aug 27]; Available from: http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf
7. Schulze J, van den Bussche H, Glaeske G, Kaduszkiewicz H, Wiese B, Hoffmann F. Impact of safety warnings on antipsychotic prescriptions in dementia: nothing has changed but the years and the substances. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. 2013 Sep;23(9):1034–42.
8. Van Strien AM, Koek HL, van Marum RJ, Emmelot-Vonk MH. Psychotropic medications, including short acting benzodiazepines, strongly increase the frequency of falls in elderly. *Maturitas*. 2013 Apr;74(4):357–62.
9. Lopez OL, Becker JT, Chang Y-F, Sweet RA, Aizenstein H, Snitz B, et al. The long-term effects of conventional and atypical antipsychotics in patients with probable Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*. 2013 Sep 1;170(9):1051–8.
10. Olazarán J, Valle D, Serra JA, Cano P, Muñiz R. Psychotropic medications and falls in nursing homes: a cross-sectional study. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 Mar;14(3):213–7.
11. Jung H-Y, Meucci M, Unruh MA, Mor V, Dosa D. Antipsychotic use in nursing home residents admitted with hip fracture. *J Am Geriatr Soc*. 2013 Jan;61(1):101–6.
12. Leung JYT, Barr AM, Procyshyn RM, Honer WG, Pang CCY. Cardiovascular side-effects of antipsychotic drugs: the role of the autonomic nervous system. *Pharmacol Ther*. 2012

Aug;135(2):113–22.

13. O'Connor DW, Ames D, Gardner B, King M. Psychosocial treatments of psychological symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards. *Int Psychogeriatr* [Internet]. 2009 Apr [cited 2014 Aug 24];21(02):241. Available from: http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/ShowRecord.asp?LinkFrom=OAI&ID=12009105559#.U_n9_FYYmQs
14. HAS - Programme AMI-Alzheimer : Alerte et Maitrise de la iatrogenie des neuroleptiques.pdf.
15. D.Dambre - Déploiement du Programme AMI-Alzheimer de la HAS sur les EHPAD du territoire du Valenciennois.pdf.
16. HAS - Plan Alzheimer 2008-2012.pdf.
17. BIBLIO - Synthèse PMSA 2006.pdf.
18. Retraite C. La France face à la pénurie de maisons de retraite: Situation actuelle et à venir, à l'échelle régionale et départementale. *Cap Retraite*; 2014. 28 p.
19. Lecroart A, Froment O, Marbot C, Roy D. Projection et santé des populations âgées dépendantes. 2013 [cited 2014 Aug 24]; Available from: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/DossiersSolidariteSante/2013/43/article43.pdf>
20. Observatoire des EHPAD 2014 | KPMG | FR [Internet]. 2014 [cited 2014 Aug 26]. Available from: <http://www.kpmg.com/fr/fr/issuesandinsights/articlespublications/pages/observatoire-ehpad-2014.aspx>
21. Psychosocial treatments of psychological symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards - National Library of Medicine - PubMed Health [Internet]. [cited 2014 Aug 24]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0028794/>
22. Nguyen Q, Paton C. The use of aromatherapy to treat behavioural problems in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2008 Apr [cited 2014 Aug 27];23(4):337–46. Available from: http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/ShowRecord.asp?LinkFrom=OAI&ID=12008104146#.U_1uvlYYmQs
23. Lippa CF. Multisensory and Other Nonpharmaceutical Approaches to Dementia Care. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* [Internet]. 2013 Feb 1 [cited 2014 Aug 27];28(1):5–6. Available from: <http://aja.sagepub.com/content/28/1/5>
24. Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, et al. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health Technol Assess Winch Engl*. 2014 Jun;18(39):1–226, v–vi.
25. Staal JA, Sacks A, Matheis R, Collier L, Calia T, Hanif H, et al. The effects of Snoezelen (multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit. *Int J Psychiatry Med*. 2007;37(4):357–70.
26. Simmons-Stern NR, Deason RG, Brandler BJ, Frustace BS, O'Connor MK, Ally BA, et al. Music-Based Memory Enhancement in Alzheimer's Disease: Promise and Limitations.

Neuropsychologia [Internet]. 2012 Dec [cited 2014 Aug 29];50(14):3295–303. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3567773/>

27. Maire S, Lang P-O, Kaltenbach G, Vogel T. Les traitements symptomatiques de la maladie d'Alzheimer : analyse descriptive des modalités de prescription en EHPAD. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie* [Internet]. 2013 Dec [cited 2014 Jul 19];13(78):355–64. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1627483013001256>
28. Finkel SI. Effects of rivastigmine on behavioral and psychological symptoms of dementia in Alzheimer's disease. *Clin Ther*. 2004 Jul;26(7):980–90.
29. HAS - Maladie d'alzheimer et apparentees, prise en charge des troubles du comportement perturbateurs.pdf.
30. Scharre DW, Vekeman F, Lefebvre P, Mody-Patel N, Kahler KH, Duh MS. Use of antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease treated with rivastigmine versus donepezil: a retrospective, parallel-cohort, hypothesis-generating study. *Drugs Aging*. 2010 Nov 1;27(11):903–13.
31. Maidment ID, Fox CG, Boustani M, Rodriguez J, Brown RC, Katona CL. Efficacy of Memantine on Behavioral and Psychological Symptoms Related to Dementia: A Systematic Meta-Analysis. *Ann Pharmacother* [Internet]. 2007 Dec 19 [cited 2014 Aug 24];42(1):32–8. Available from: http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/ShowRecord.asp?LinkFrom=OAI&ID=12008009309#.U_n-RIYYmQs
32. Pollock BG, Mulsant BH, Rosen J, Mazumdar S, Blakesley RE, Houck PR, et al. A double-blind comparison of citalopram and risperidone for the treatment of behavioral and psychotic symptoms associated with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. 2007 Nov;15(11):942–52.
33. McCleery J, Fox R. Antipsychotic prescribing in nursing homes. *BMJ*. 2012;344:e1093.
34. Neil W, Curran S, Wattis J. Antipsychotic prescribing in older people. *Age Ageing* [Internet]. 2003 Sep 1 [cited 2014 Aug 24];32(5):475–83. Available from: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/32/5/475>
35. Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, Davis SM, Hsiao JK, Ismail MS, et al. Effectiveness of Atypical Antipsychotic Drugs in Patients with Alzheimer's Disease. *N Engl J Med* [Internet]. 2006 [cited 2014 Aug 24];355(15):1525–38. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa061240>
36. Gareri P, Cotroneo A, Lacava R, Seminara G, Marigliano N, Loiacono A, et al. Comparison of the efficacy of new and conventional antipsychotic drugs in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). *Arch Gerontol Geriatr Suppl*. 2004;(9):207–15.
37. De Souto Barreto P, Lapeyre-Mestre M, Mathieu C, Piau C, Bouget C, Cayla F, et al. Indicators of benzodiazepine use in nursing home residents in France: a cross-sectional study. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 Jan;14(1):29–33.

ANNEXES

Annexe 1 : Données des structures via l'ARS (page 1/3)

Merci de remplir le questionnaire et de le retourner au format Excel
avant le 31 Mars 2013 par courriel :
ARS-NPDC-DOMS-GDREHPAD@ars.sante.fr

AMI-Alzheimer en EHPAD
Démarche d'alerte et de maîtrise de la prescription de neuroleptiques (NL) dans la maladie d'Alzheimer.

IDENTITE ETABLISSEMENT	
Numéro FINESS géographique	
Nom de l'établissement	
Commune	
Capacité installée (HP+HT)	
	Dernier GMP valide
	Dernier PMP valide
Démarche T1	
Données spécifiques aux EHPAD du GCS Valenciennois	
Personnel (en ETP):	
	IDE:
	AS :
	AMP :
	Psychologue :
	Psychomotricien :
	Ergothérapeute :
	Kinésithérapeute :
	Autre :
Le Plan de Formation contient il une formation dans les 2 ans précédents sur les thèmes suivants ?	
	- la maladie d'Alzheimer :
	- la prise en charge des troubles du comportement :
	- la bientraitance :
Si formation sur la bientraitance, la ou lesquelles ?	
	Nombre d'aides-soignants ayant bénéficiés de la formation d'ASG
	Avez-vous déjà participé à une démarche d'amélioration des pratiques concernant la prescription de psychotropes ?
	Si OUI , dans quel cadre ?
Disposez-vous :	
	D'un PASA ?
	D'une UVA ?
Autres renseignements que vous souhaiteriez apporter concernant l'EHPAD :	

Annexe 2 : Données des structures via l'ARS (page 2/3)

	Renseignements sur le médecin coordonnateur
	Nom :
	Age :
	Diplôme(s) et date d'obtention :
	O
	Autre activité :
	Libérale ?
	Hospitalière ?
	ETP consacré à l'EHPAD :
	AMI-Alzheimer
	Avez-vous mis en oeuvre la démarche AMI-Alzheimer ?
	Si non, pourquoi ?
	Si Oui :
	1 Constitution d'un groupe de pilotage ?
	Si oui, composition ?
	2 Présentation de la démarche lors d'une réunion des médecins traitants (commission de coordination gériatrique) ?
	Nb de médecins traitants présents à la réunion ?
	Nb de médecins traitants intervenant dans l'EHPAD ?
	Réaction/accueil par les médecins traitants :
	Commentaire libre :
	3 Autre modalité d'information des médecins traitants ?
	Lettre d'information aux médecins traitants ?
	Autre modalité ?
	Si oui, laquelle ?
	4 Nb de médecins traitants ayant refusé que leur(s) patient(s) soi(en)t inclus dans l'évaluation ?
	Nb de patients Alzheimer correspondants ?
	5 Première mesure de l'alerte réalisée ? (T0)
	Si non, pourquoi ?

Annexe 3 : Données des structures via l'ARS (page 3/3)

	Si Oui	
	Date :	
5A	Résultats de la première mesure de l'alerte (T0)	
	Nb de résidents présents dans l'EHPAD le jour de l'enquête	
	Nb de résidents présents inclus dans l'évaluation :	
	Nb de résidents ayant une maladie d'Alzheimer (ou maladie apparentée) :	
	Nb de résidents ayant une maladie d'Alzheimer (ou maladie apparentée) et ayant une prescription de NL :	
	Taux (Alerte) : nb de résidents ayant une Maladie ALZ ou maladie apparentée avec prescription de NL / nb de résidents ayant une Maladie ALZ ou maladie apparentée au sein de l'EHPAD inclus dans l'évaluation	0,0%
6	Première mesure de la maîtrise réalisée ? (T1)	
	Si non, pourquoi ?	
	Si Oui	
	Date :	
6A	Modalités de mesure de la maîtrise (T1)	
	Acteur(s)	
	Si groupe pluridisciplinaire, composition ?	
6B	Résultats de la mesure de maîtrise (T1)	
	Nb de résidents ayant une maladie d'Alzheimer (ou maladie apparentée) inclus dans l'évaluation de la maîtrise :	
	Nb de résidents ayant une maladie d'Alzheimer (ou maladie apparentée) et ayant une prescription de NL (continue et répétée) confirmée et argumentée :	
	Nb de résidents ayant une maladie d'Alzheimer (ou maladie apparentée) et ayant une prescription de NL (continue et répétée) :	
	Taux (maîtrise) : Nb de résidents ayant une maladie d'Alzheimer (ou maladie apparentée) et ayant une prescription de NL (continue et répétée) maîtrisée et argumentée / Nb de résidents ayant une maladie d'Alzheimer (ou maladie apparentée) et ayant une prescription de NL (continue et répétée)	0,0%
	Commentaires libres :	

Annexe 6 : Données RCP des patients via le GCS



Grille d'analyse de la réunion de concertation pluridisciplinaire

Identification du résident à mettre après photocopie

ETABLISSEMENT ...EHPAD x..... Date.....
 Fiche n°.....0..... Date de naissance
 SEXE : Féminin Masculin

Type de démence	Maladie d'Alzheimer <input type="checkbox"/> Démence vasculaire <input type="checkbox"/> Démence mixte <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Description du symptôme à l'origine du traitement neuroleptique	
Etiologie du symptôme	Iatrogénie <input type="checkbox"/> Syndrome anxio- dépressif <input type="checkbox"/> Somatique <input type="checkbox"/> Difficulté d'adaptation à la vie institutionnelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Persistance actuelle du symptôme à l'origine du traitement neuroleptique	<input type="checkbox"/> Oui totalement <input type="checkbox"/> Oui partiellement <input type="checkbox"/> Non
Existence d'une prise en charge non médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non Si oui, lesquelles :
Efficacité du traitement Neuroleptique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> partiellement
Prescription médicale de contentions	Jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non Nuit <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non
Nombre de chutes dans les 6 mois précédents	

Une photocopie de celle-ci est à transmettre au représentant du GCS Filière gériatrique du territoire de Valenciennes présent lors de la réunion ou par E.MAIL à : leveque-n@ch-valenciennes.fr, ou par courrier à Mme Lévêque Nathalie, Résidence du Val d'Escaut, Place de la concorde, cité des cheminots 59300 Valenciennes.

Janvier 2013

Annexe 7 : Données RCP des structures via le GCS (page 1/2)



Grille d'analyse de la réunion de concertation pluridisciplinaire Ami Alzheimer

Etablissement :

	Effectifs	Fréquence
Nom EHPAD		
Total		

Âge :

- **Moyenne d'âge :**

	Effectifs	Fréquence
...		
Total		

Sexe:

	Effectifs	Fréquence
Masculin		
Total		

Type de démence:

	Effectifs	Fréquence
<i>Ex : maladie d'Alzheimer</i>		
Total/ interrogés		

Description du symptôme à l'origine du traitement neuroleptique:

Annexe 8 : Données RCP des structures via le GCS (page 2/2)

	Effectifs	Fréquence
<i>Ex : agitation psychomotrice</i>		
Total/ interrogés		

Etiologie du symptôme:

	Effectifs	Fréquence
<i>Ex : Somatique</i>		
Total/ interrogés		

Persistance actuelle du symptôme à l'origine du traitement neuroleptique:

	Effectifs	Fréquence
Oui		
Non		
Total		

Existence d'une prise en charge non médicamenteuse:

	Effectifs	Fréquence
Non		
Total		

Efficacité du traitement neuroleptique:

	Effectifs	Fréquence
Oui		
Total		

Prescription médicale de contentions le jour:

	Effectifs	Fréquence
Non		
Total		

Prescription médicale de contentions la nuit:

	Effectifs	Fréquence
Non		
Total		

Nombre de chutes dans les 6 mois précédents:

	Effectifs	Fréquence
...		
Total		

Annexe 9 : Propositions des RCP via le GCS (page 1/2)



Proposition de modifications thérapeutiques Phase T1 avant le 31 Mars 2013

Etablissement:

	Effectifs	Fréquence
<i>EHPAD X</i>		
Total		

ÂGE:

✚ Moyenne d'âge : 89ANS

Sexe:

	Effectifs	Fréquence
FEMININ	1	100%
Total	1	100%

Nombre de personnes ayant" des Neuroleptiques" hors Neuroleptiques:

	Effectifs	Fréquence
1 molécule	1	100%
Total	1	100%

Nom et Posologie actuelle des neuroleptiques:

NEUROLEPTIQUES		
Nom et Posologie actuelle	Proposition de modification	Diminution
Tiapridal100MG:1j	Oui	Tiapridal 50MG: 1/j

Annexe 10 : Propositions des RCP via le GCS (page 2/2)

Nombre de personnes ayant des Psychotropes «hors neuroleptiques ».

	Effectifs	Fréquence
1 molécule	1 résident	100%

Nom et Posologie actuelle des autres traitements psychotropes:

PSYCHOTROPE	HYPNOTIQUES
Nom et Posologie actuelle autres psychotropes	Modifications
Stilnox 10MG:0-0-0-1	Non

✚ Propositions de thérapies non médicamenteuses:

	Effectifs	Fréquence
Oui	1	100%
Total	1	100%

Thérapies:

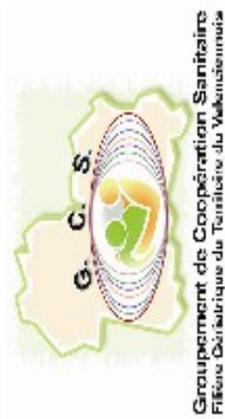
	Effectifs	Fréquence
Espace snoezelen/ Relaxation/Animation	1	100%
Total/ répondants	1	

Personnel présent:

1 Aide-soignante
2 Infirmières
Total/ interrogés

Validation par le médecin traitant:

	Effectifs	Fréquence
Oui	1	100%
Total	1	100%



Groupement de Coopération Sanitaire
Filière Gériatrique du Territoire du Valenciennais

ETUDE AMI ALZHEIMER

De la CONCERTATION à la PHASE T15

Nombre de fiches analysées : 1

⇒ *Une grille sur deux réceptionnées n'a pas été analysée car absence de neuroleptique en phase T1*

Etablissement:	Moyenne d'âge:	Sexe:
EHPAD BETHANIE	84 ans	Masculin
⇒ Changement depuis la phase T1		⇒ Non

✚ Le numéro indiqué () correspond au numéro de votre fiche résident(e).

Annexe 12 : Synthèse de T1 à T3 via le GCS (page 2/5)

Traitement neuroleptiques après réunion disciplinaire Phase T1	Changement neuroleptiques Lors de la Fiche de suivi entre T1 et T2	Changement entre la phase de suivi T1/T2 et la phase T2	Traitement actuel en phase T2	Proposition de modification des neuroleptiques proposés en réunion pluridisciplinaire en PHASE T 2	Traitement actuel en phase T15	Proposition de modification des neuroleptiques proposés en réunion pluridisciplinaire en PHASE T 15	Traitement neuroleptiques après réunion disciplinaire Phase T15
(1) 0 molécule	Non	Réintroduction de la molécule arrêtée Risperdal 0,25MGx3/j Introduction Haldol 1injection si besoin tous les 2 mois	Risperdal 0,25MGx3/j Haldol 1injection si besoin tous les 2 mois	Non	2 molécules Risperdal 0,25MGx3/j Haldol 1injection si besoin tous les 2 mois	Non	2 molécules Risperdal 0,25MGx3/j Haldol 1injection si besoin tous les 2 mois

Texte

Annexe 13 : Synthèse de T1 à T3 via le GCS (page 3/5)

Traitement psychotropes « hors Neuroleptiques » après réunion disciplinaire Phase T1	Changement psychotropes « hors Neuroleptique s » Lors de la Fiche de suivi entre T1 et T2	Changement psychotropes « hors Neuroleptique s » entre la phase de suivi T1/T2 et la phase T2	Proposition de modification des psychotropes « hors neuroleptique s » en PHASE T2	Nombre de molécule psychotropes « hors Neuroleptique s » après la PHASE T2	Traitement psychotropes « hors neuroleptiques » PHASE T15	Proposition de modification des psychotropes « hors neuroleptiques » en PHASE T15	Nombre de molécule psychotropes « hors Neuroleptique s » après la PHASE T15
(1) 2molécules Seresta 10 MG:0/0/1 Athymil 10MG:0/0/1	Non	Diminution Seresta : 10 MG:0-0-1/2	Non	2 molécules Seresta 10 MG: 0-0-1/2 Athymil 10MG: 0-0-1	2 molécules Seresta 10 MG: 0-0-1/2 Athymil 10MG: 0-0-1	Non	2 molécules Seresta 10 MG: 0-0-1/2 Athymil 10MG: 0-0-1

Annexe 14 : Synthèse de T1 à T3 via le GCS (page 4/5)

Traitement « Alzheimer » après réunion disciplinaire Phase T1	Modification du TTT Alzheimer Lors de la Fiche de suivi entre T1 et T2	Modification du traitement « Alzheimer » entre T1 et T2	Proposition de modification du traitement « Alzheimer » en Phase T2	Nombre de molécule proposé en réunion pluridisciplinaire après LA PHASE T2	Traitement « Alzheimer » proposé en réunion pluridisciplinaire après la PHASE T2	Traitement « Alzheimer » après réunion disciplinaire Phase T15	Proposition de modification du traitement « Alzheimer » en Phase T15	Traitement « Alzheimer » proposé en réunion pluridisciplinaire après la PHASE T15
(1) 1 molécule Exelon 9,5MG:1PATC H/j	Non	Non	Non	1 molécule Exelon 9,5MG: 1PATCH/j	1 molécule Exelon 9,5MG: 1PATCH/j	1 molécule Exelon 9,5MG: 1PATCH/j	Non	1 molécule Exelon 9,5MG: 1PATCH/j

Existence d'une prise en charge non médicamenteuse en concertation	Propositions de thérapies non médicamenteuses lors de la PHASE T1	Propositions de thérapies non médicamenteuses entre T1 et T2	Propositions de thérapies non médicamenteuses lors de la PHASE T2	Propositions de thérapies non médicamenteuses lors de la PHASE T15
(1) Non	Non	Non	Non précisée	Non précisée

Annexe 15 : Synthèse de T1 à T3 via le GCS (page 5/5)

Existence d'une Contention En PHASE T1	Prescription d'une Contention Depuis la PHASE T1	Nombre de chute en phase T1	Phase T15(NOV 2013) Présence de chute ces 6 derniers mois
Non	Non	4	Non

Présence du Médecin Coordonnateur à la phase T2	Validation de la phase T2 par le Médecin Traitant
	Non précisée
	Oui

Nombre de résidents sous neuroleptiques.:

Taux T0	10.5%
Taux T15	5.6%

Groupement de Coopération Sanitaire – Filière Gériatrique du Territoire du Valenciennois

AUTEUR : Nom : ZOUMENOU
Date de Soutenance : 25 Septembre 2014

Prénom : Carole

Titre de la Thèse : Etude Descriptive Prospective de l'optimisation du Programme National « AMI-Alzheimer » au sein de 20 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes du Valenciennois.

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : *Gériatrie*

DES + spécialité : Médecine Générale, Gériatrie

Mots-clés : iatrogénie, prévention, neuroleptiques, EHPAD, Alzheimer

Les personnes souffrant de maladie d'Alzheimer ou apparentés (MAA) présentent des symptômes psychologiques et comportementaux pour lesquels les neuroleptiques sont prescrits malgré leur faible efficacité et leur iatrogénie. Cette étude prospective régionale de 15 mois observait 20 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) appliquant l'optimisation du programme national d'Aide à la Maitrise de la Iatrogénie des neuroleptiques (AMI-AA) auprès des MAA.

L'objectif principal composite était la diminution de l'exposition aux neuroleptiques (Alerte), l'argumentation de leur prescription (Maitrise) et la diminution du nombre de molécules prescrites après réunion pluridisciplinaire. L'objectif secondaire était l'absence de report vers d'autres psychotropes. Des questionnaires relevaient ces paramètres avant et après réunion pluridisciplinaire. Les données analysées étaient définies comme significatives lorsque $p < 0,05$.

167 patients âgés de $84,23 \pm 7,07$ ans, dont 19,63 % d'hommes, ont été inclus. L'effectif moyen de MAA par EHPAD était stable à 32. L'Alerte passait de 23,4% à 15,8 % et la Maitrise atteignait 78 %. Dès le 6ème mois, 50,79 % des neuroleptiques étaient diminués voire arrêtés et leur nombre moyen par MAA passait de $1,04 \pm 0,2$ à $0,73 \pm 0,48$ ($p < 10^{-5}$) ; à la fin il y en avait $0,64 \pm 0,5$ par inclus. Une diminution simultanée de la prescription des autres psychotropes était observée ($p < 10^{-4}$).

Le programme AMI-AA optimisé diminue significativement le nombre de molécules neuroleptiques et autres psychotropes prescrits auprès des MAA. Il est un outil efficace de lutte contre la iatrogénie dans les EHPAD.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur F. PUISIEUX

Assesseurs : Madame le Pr F. PASQUIER

Monsieur le Pr E. BOULANGER,

Madame le Dr D.DAMBRE,

Monsieur le Dr D. GRAVE