UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Pertinence de prescription des médicaments psychotropes dans les EHPAD et USLD du centre hospitalier Victor Provo de Roubaix selon le score Neuropsychiatric Inventory.

Présentée et soutenue publiquement le 24 juin à 18 heures
au Pôle Formation

Par Margaux SCOTTE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric BOULANGER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Madame le Docteur Annie STANDAERT

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

AVERTISSEMENT

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

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 4
LISTE DES ABREVIATIONS 5
RESUME 6
INTRODUCTION 7
MATERIELS ET METHODES 9
I. Population 9
a. Critères d'inclusion 9
b. Critères de non inclusion 9
II. Investigations 10
III. Analyses statistiques 11
RESULTATS 12
I. Caractéristique de la population étudiée 12
II. Population avec traitement psychotrope 15
III. Comparaison des indications de psychotropes 17
DISCUSSION 19
CONCLUSION 26
BIBLIOGRAPHIE 27
ANNEXES 30
Annexe 1 : SCORE NPI 30
Annexe 2 : Note consentement patient 33
Annexe 3 : Tableur Excel de saisie de données 36
Annexe 4 : Classification ATC des psychotropes 37

LISTE DES ABREVIATIONS

ADL *Activities of Daily Living*

ATC *Anatomical Therapeutic Chemical*

CH *Centre Hospitalier*

EGS *Etude Gériatrique Standardisée*

EHPAD *Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes*

GIR *Groupe Iso Ressources*

HAS *Haute Autorité de Santé*

HB1AC *Hémoglobine glyquée*

IMC *Indice de Masse Corporel*

INSEE *Institut national des statistiques et des études économiques*

MG *Médecin Généraliste*

MMSE *Mini Mental Score Examination*

NPI *Neuropsychiatric Inventory*

SCPD *Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence*

SFGG *Société Française de Gériatrie et Gérontologie*

START *Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment*

STOPP *Screening Tool of Older Person's Prescriptions*

USLD *Unité de Soins Longue Durée*

RESUME

Contexte : En France, la prescription des psychotropes est importante chez la personne âgée et particulièrement en institution où plus d'un patient sur deux les consomment. Ils sont cependant à l'origine d'une iatrogénie importante. Afin d'améliorer leur prescription, une évaluation des pratiques professionnelles a été réalisée dans trois résidences pour personnes âgées d'un Centre hospitalier du Nord de la France. L'objectif du travail était d'évaluer la pertinence de prescription selon le score NPI.

Méthode : Une étude observationnelle, rétrospective, multicentrique a été menée dans les trois résidences (EHPAD et USLD) du Centre Hospitalier de Roubaix. Les données démographiques, thérapeutiques et biologiques ont été recueillies à partir des dossiers informatisés. L'analyse des prescriptions s'est basée sur la présence d'un NPI>2, la présence d'une justification en commentaire sur le dossier du médecin généraliste, du médecin psychiatre ou d'une psychologue.

Résultats : Au total 294 résidents ont été inclus**,** la majorité de la population était féminine et l'âge moyen était de 86 ans. Le pourcentage de de résidents bénéficiant d'une prescription de psychotrope était de 68 % (n=200). La prévalence des troubles cognitifs chez les patients sous psychotropes était de 62% (n=124), et celle d'un syndrome dépressif était de 28 % (n=56). Sur la totalité des prescriptions de psychotrope, la justification était présente dans 91.5 % (n=183) des dossiers**,** avec 73.2 % (n=145) de commentaire du médecin généraliste, 29.3 % (n=58) de commentaire du psychiatre ou psychologue et 15.6 % (n=19) par NPI tracé et supérieur à 2.

Conclusion : Il existe une prévalence importante de prescription des psychotropes en milieu institutionnalisé. La validation de ces prescriptions par le score NPI seul n'était pas suffisante. Bien que justifiées par des commentaires cliniques pertinents dans la plupart des cas, ces prescriptions gagneraient en fiabilité si elles étaient validées, entre autres, par une échelle standardisée comme l'est le NPI.

INTRODUCTION

La prescription de médicaments psychotropes chez les personnes âgées est largement présente en France et en constante augmentation depuis plusieurs années, notamment chez les patients en institution (1,2). La haute autorité de santé (HAS) estime qu'une personne âgée de plus de 70 ans sur deux consomme de façon prolongée des médicaments anxiolytiques ou hypnotiques (3).

Il existe actuellement peu de recommandations valides concernant l'usage des psychotropes chez la personne âgée, et pourtant leur prescription volontiers inappropriée est fréquente (4-7).

Cet usage, bien que justifié dans certains contextes cliniques, peut différer des recommandations habituelles d'un public plus jeune en raison des spécificités de cette population. La cohorte des patients plus âgés est particulière par sa fragilité, sa dépendance, les changements physiologiques du vieillissement et le contexte hautement poly pathologique associé à la poly médication.

Les médicaments psychotropes peuvent engendrer plus d'effets secondaires chez les personnes âgées (8). Il existe un risque de dépendance très important pour certaines molécules ; bien qu'elles soient souvent prescrites dans un contexte de démence, elles peuvent aggraver les troubles cognitifs (9,10). La sédation, les chutes et fractures, la dyskinésie, l'allongement du QT et la confusion sont quelques-uns des effets secondaires fréquents liés à l'utilisation de psychotropes (11–14).

L’HAS relève le manque de prescription appropriée et pertinente de plusieurs classes de psychotropes (benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs), évocateur d’un mésusage de ces molécules (3). Leur identification est un enjeu majeur de Santé Publique, pour en diminuer les risques et optimiser leur efficacité.

Ce projet s’est focalisé sur la pertinence et la justification des prescriptions de psychotropes dans un milieu médicalisé.

L’objectif principal de l’étude était d’évaluer l’indication des prescriptions de psychotropes selon le score Neuropsychiatric Inventory (NPI) ou les commentaires cliniques des soignants tracés dans le dossier patient.

Les objectifs secondaires étaient d’évaluer l’existence d’un lien entre prescription des psychotropes et l’âge, ainsi qu’entre prescription de psychotropes et le type de structure au sein des résidences.

MATERIELS ET METHODES

Il a été mené une étude de cohorte observationnelle transversale, rétrospective, multicentrique sous la forme d'un audit de pratique.

I. Population

L'étude portait sur 294 résidents au sein des EHPAD et USLD du centre hospitalier (CH) Victor PROVO de Roubaix répartis dans trois résidences que sont la résidence de la Fraternité, la résidence Isabeau de Roubaix et celle des Jardins du Vélodrome.

Leur suivi était assuré par des médecins généralistes.

a. Critères d'inclusion

Tout patient résident et présent dans les trois résidences avant fin juin 2020 et ayant signé l'accord de participation à l'étude seul ou avec son tuteur et pris en charge par une caisse d'assurance maladie.

b. Critères de non inclusion

Tout résident ou son représentant légal refusant de signer le consentement, tout résident présentant des troubles cognitifs ne lui permettant pas la compréhension de l'étude sans responsable légal en droit d'accepter l'étude en son nom, tout résident sous sauvegarde de justice n'était pas inclus.

II. Investigations

Le recueil des données a été réalisé de juin à octobre 2020 après recueil du consentement et de la non opposition à l'étude auprès des patients ou de leur représentant légal. (Annexe 2)

Les données médicales ont été colligées de manière anonyme à partir des dossiers patients informatiques (logiciel Easily) et papiers, puis saisies sur un tableur Excel. (Annexe 3). Les patients ont été identifiés par un numéro unique avec un fichier tampon d'identification conservé dans les structures de soin. Les données concernées étaient celles présentes dans le dossier médical à la date d'inclusion du patient.

Les données encodées portaient sur la résidence du patient et le type de structure, l'âge, le genre, l'indice de masse corporel (IMC), les antécédents, l'année d'entrée dans la résidence, le GIR et l'ADL, le motif de la dernière hospitalisation, la biologie (transaminases, clairance de la créatinine selon CKD EPI*, HbA1c), la prescription des traitements chroniques dont les psychotropes et les autres thérapeutiques prises en compte dans les autres études de l'audit, le score NPI, la justification du traitement psychotrope par commentaire du médecin généraliste (MG), du psychiatre ou du psychologue. Les traitements ont été encodés selon la classification chimique anatomique thérapeutique. (Classification ATC psychotropes– Annexe 4)

Le recueil des données a été réalisé par binôme de deux internes de MG dans chacune des trois résidences afin de limiter les erreurs de saisie. Ces 6 jeunes médecins avaient tous des missions d'audit portant sur des thématiques différentes. Ce travail de recherche se situait selon le comité d'éthique de l'hôpital en méthodologie MR003 de la Loi Jardé et ne nécessitait pas d'avis de comité d'éthique une fois l'autorisation de la CNIL obtenue.

Le NPI côté par un membre de l'équipe soignante des unités a été retenu comme critère justificatif des prescriptions de psychotropes car utilisé transversalement par toutes les équipes de soin des EHPAD. Selon les recommandations de la littérature le concernant, un cut of supérieur à 2 a été retenu comme point de bascule. En cas d'absence de NPI tracé, c'était le commentaire écrit dans le dossier d'un médecin généraliste, d'un médecin psychiatre ou du psychologue qui justifiait et validait la prescription. Le choix du NPI est lié aux options retenues par le logiciel EASILY des EHPAD et USLD du CH V Provo ; ce logiciel est géré par les hospices civils de Lyon.

III. Analyses statistiques

Les données ont été traitées au CH Victor Provo par le docteur Rémy Diesnis, responsable biostatistique. Le Logiciel R 4.0 a été utilisé pour les calculs statistiques. Les données descriptives sont présentées avec leur effectifs et taux pour les variables qualitatives, avec la moyenne et sa déviation standard pour les variables quantitatives à distribution normale ou avec la médiane et son intervalle interquartile pour les variables quantitatives non paramétriques.

Les données recueillies ont été analysées par le test de Student pour les variables quantitatives ou lorsque les conditions de réalisation du test n'étaient pas réunies par un test de Wilcoxon.

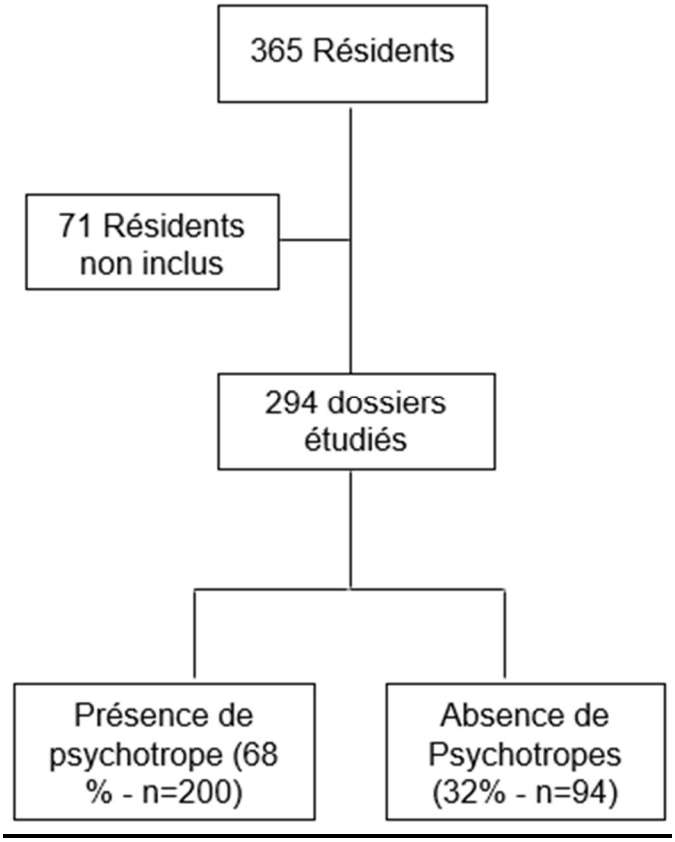
Pour les variables qualitatives le test du Chi2 a été réalisé dès que possible, et le test de Fisher a été réalisé lorsque les conditions de réalisation du test de chi2 n'étaient pas remplies.

Un risque Alpha de 0,05 a été pris pour seuil de significativité.

RESULTATS

I. Caractéristique de la population étudiée

La population initiale était de 365 résidents, après application des critères de non inclusion, le recueil de données a été réalisé sur 294 patients. Sur la totalité des patients retenus, 224 étaient en EHPAD et 70 en USLD.



Organigramme de la population

Les résidents non inclus comprenaient les patients (ou leur tuteur légal) ayant refusé de signer le consentement, les résidents présentant des troubles cognitifs ne leur permettant pas la compréhension de l'étude sans responsable légal en droit d'accepter l'étude en son nom, les résidents sous sauvegarde de justice.

Sur les 294 patients inclus, 76.2 % (n=224) étaient en EHPAD et 23.8 % (n=70) en USLD. Les patients étaient majoritairement des femmes (72.7% - n=214), l'âge moyen était de 86 ans et le Mini-mental score (MMSE) moyen de 19. Les patients de plus de 75 ans représentaient 76.2 % (n=224) de la population totale, 23.3 % (n=68) des patients étaient GIR 1, 46.2 % (n=135) étaient GIR 2, 14.7 % (n=43) en GIR 3, 15.4 % (n=45) en GIR 4.

		Tout (n=294)	EHPAD (n=224)	USLD (n=70)	p-value	
Démographie						
Homme (%)		80 (27.2)	54 (24.1)	26 (37.1)	**0,047**	†
Âge (mediane [IIQ])		86.00 [76.00, 91.00]	86.50 [76.75, 92.00]	83.50 [75.25, 89.00]	**0,016**	‡‡
Âge ≥ 75 ans (%)		224 (76.2)	172 (76.8)	52 (74.3)	0,789	†
Affections cardio-vasculaire						
Inssuffisance cardiaque (%)		53 (18.0)	35 (15.6)	18 (25.7)	0,082	†
Coronaropathie (%)		48 (16.3)	34 (15.2)	14 (20.0)	**0,443**	†
Hypertension Arterielle (%)		187 (63.6)	142 (63.4)	45 (64.3)	1	†
Troubles du rythme (%)		107 (36.4)	80 (35.7)	27 (38.6)	0,771	†
Phlébites, inssuffisance veineuse (%)		33 (11.2)	22 (9.8)	11 (15.7)	0,252	†
Artériopathies chroniques (%)		49 (16.7)	33 (14.7)	16 (22.9)	0,159	†
Hypotension orthostatique(%)		20 (6.8)	16 (7.1)	4 (5.7)	0,792	††
Affections neuro-psychiatriques						
Malaise, vertiges, perte de connaissance (%)		25 (8.5)	20 (8.9)	5 (7.1)	0,824	†
Accidents vasculaires cérébraux (%)		87 (29.6)	65 (29.0)	22 (31.4)	0,814	†
Epilepsie (%)		44 (15.0)	28 (12.5)	16 (22.9)	0,054	†
Syndrome parkinsonien (%)		15 (5.1)	10 (4.5)	5 (7.1)	0,362	††
Syndrome confusionnel aigu (%)		9 (3.1)	7 (3.1)	2 (2.9)	1	††
Troubles chroniques du comportement (%)		69 (23.5)	46 (20.5)	23 (32.9)	**0,05**	†
Etats dépressifs (%)		64 (21.8)	54 (24.1)	10 (14.3)	0,116	†
Etats anxieux (%)		11 (3.7)	9 (4.0)	2 (2.9)	1	††
Psychoses, délires, hallucinations (%)		21 (7.1)	17 (7.6)	4 (5.7)	0,79	†
Troubles Cognitifs (%)		169 (57.5)	129 (57.6)	40 (57.1)	1	†
Affections broncho-pulmonaires						
Insuffisances respiratoires (%)		7 (2.4)	5 (2.2)	2 (2.9)	0,673	††
Broncho-pleuro-pneumopathies (%)		44 (15.0)	30 (13.4)	14 (20.0)	0,246	†
Embolies pulmonaires (%)		22 (7.5)	12 (5.4)	10 (14.3)	**0,027**	†
Pathologies infectieuses						
Syndrome infectieux généraux (%)		35 (11.9)	26 (11.6)	9 (12.9)	0,944	†
Syndrome infectieux locaux (%)		7 (2.4)	6 (2.7)	1 (1.4)	1	††
Affections dermatologiques						
Escarres, ulcères et autres plaies (%)		15 (5.1)	11 (4.9)	4 (5.7)	0,76	††
Autres lésions cutanées graves (%)		6 (2.0)	6 (2.7)	0 (0.0)	0,341	††
Affections ostéo-articulaires						
Arthrose de hanche (%)		26 (8.8)	19 (8.5)	7 (10.0)	0,881	†
Pathologies de l'épaule (%)		5 (1.7)	2 (0.9)	3 (4.3)	0,09	††
Pathologies vertébro-discales (%)		19 (6.5)	14 (6.2)	5 (7.1)	0,783	††
Pathologie osseuses d'autres localisations (%)		87 (29.6)	60 (26.8)	27 (38.6)	0,083	†
Polyarthrite (%)		81 (27.6)	62 (27.7)	19 (27.1)	1	†
Affections gastro-entérologiques						
Syndrome digestifs hauts (%)		43 (14.6)	31 (13.8)	12 (17.1)	0,625	†
Syndrome abdominaux (%)		54 (18.4)	36 (16.1)	18 (25.7)	0,101	†
Pathologie hépatique, biliaire, pancréatique (%		32 (10.9)	22 (9.8)	10 (14.3)	0,408	†
Dénutrition (%)		21 (7.1)	13 (5.8)	8 (11.4)	0,184	†
Affections endocriniennes						
Diabète (%)		81 (27.6)	54 (24.1)	27 (38.6)	**0,027**	†
Dysthyroïdies (%)		58 (19.7)	46 (20.5)	12 (17.1)	0,652	†
Affections uro-néphrologiques						
Rétention aigüe d'urine (%)		12 (4.1)	9 (4.0)	3 (4.3)	1	††
Insuffisance rénale (%)		4 (1.4)	1 (0.4)	3 (4.3)	**0,043**	††
Incontinence (%)		17 (5.8)	9 (4.0)	8 (11.4)	**0,035**	††
Autres domaines pathologiques						
Anémies (%)		32 (10.9)	21 (9.4)	11 (15.7)	0,205	†
Etats canéreux (%)		58 (19.7)	41 (18.3)	17 (24.3)	0,355	†
Hémopathies (%)		19 (6.5)	13 (5.8)	6 (8.6)	0,41	††
Pathologie occulaires évolutives (%)		85 (28.9)	68 (30.4)	17 (24.3)	0,408	†
Etat grabataire, troubles de la marche (%)		2 (0.7)	2 (0.9)	0 (0.0)	1	††
Etat terminal (%)		5 (1.7)	5 (2.2)	0 (0.0)	0,596	††
Autres pathologies (%)		117 (39.8)	85 (37.9)	32 (45.7)	0,308	†
Autonomie						
GIR (%)	1	68 (23.3)	55 (24.8)	13 (18.6)	0,12	*
	2	135 (46.2)	93 (41.9)	42 (60.0)		
	3	43 (14.7)	36 (16.2)	7 (10.0)		
	4	45 (15.4)	37 (16.7)	8 (11.4)		
	6	1 (0.3)	1 (0.5)	0 (0.0)		
Chutes (%)		202 (68.7)	165 (73.7)	37 (52.9)	**0,002**	†
MMSE (mediane [IIQ])		19.00 [15.00, 23.00]	19.00 [15.00, 23.00]	19.00 [14.00, 23.00]	0,883	‡‡
IMC (median [IQR])		24.00 [20.00, 29.00]	24.00 [20.00, 28.00]	25.00 [21.00, 31.00]	**0,049**	‡‡

Tableau 1 **: Caractéristiques de la population étudiée.**

Le tableau 1 ci-dessus présente les caractéristiques démographiques, cliniques de la population totale des trois résidences.

II. Population avec traitement psychotrope

La présence d'un traitement par psychotropes a été observée dans 68 % (n=200) des dossiers patients. Les patients sous psychotropes, étaient majoritairement des femmes (74 % - n=148), l'âge moyen était de 86 ans et le MMSE moyen de 19. Les patients âgés de plus de 75 ans représentaient 75.9 % de l'échantillon (n=151).

La population sous psychotrope était composée à 25.8 % (n=51) de patients évalués GIR 1, 45.5 % (n=90) de patients GIR 2, 13.1 % (n=26) GIR 3, 15.7 % (n=31) GIR 4, il n'y avait pas de patient avec un GIR supérieur à 4. Les patients chuteurs représentaient 68.7 % (n=202) de la population totale étudiée dans cette étude et 67.5 % (n=135) de ces patients étaient sous psychotropes.

			Tout (n=294)	Pas de traitement psychotrope (n= 94)	Traitement psychotrope (n=200)	p-value	
Démographie							
	Homme (%)		80 (27.2)	28 (29.8)	52 (26.0)	0,589	†
	Âge (mediane [IIQ])		86.00 [76.00, 91.00]	87.00 [76.25, 92.75]	86.00 [76.00, 91.00]	0,203	‡‡
	Âge ≥ 75 ans (%)		224 (76.2)	72 (76,6)	151 (75,9)	1	†
Affections neuro-psychiatriques							
	Malaise, vertiges, perte de connaissance (%)		25 (8.5)	7 (7.4)	18 (9.0)	0,825	†
	Accidents vasculaires cérébraux (%)		87 (29.6)	30 (31.9)	57 (28.5)	0,645	†
	Epilepsie (%)		44 (15.0)	11 (11.7)	33 (16.5)	0,368	†
	Syndrome parkinsonien (%)		15 (5.1)	3 (3.2)	12 (6.0)	0,402	††
	Syndrome confusionnel aigu (%)		9 (3.1)	1 (1.1)	8 (4.0)	0,28	††
	Troubles chroniques du comportement (%)		69 (23.5)	23 (24.5)	46 (23.0)	0,897	†
	Etats dépressifs (%)		64 (21.8)	8 (8.5)	56 (28.0)	**< 0.001**	†
	Etats anxieux (%)		11 (3.7)	1 (1.1)	10 (5.0)	0,183	†
	Psychoses, délires, hallucinations (%)		21 (7.1)	3 (3.2)	18 (9.0)	0,119	†
	Troubles cognitifs (%)		169 (57.5)	45 (47.9)	124 (62.0)	**0,031**	†
Autonomie							
	GIR (%)	1	68 (23.3)	17 (18.1)	51 (25.8)		
		2	135 (46.2)	45 (47.9)	90 (45.5)		
		3	43 (14.7)	17 (18.1)	26 (13.1)	*	
		4	45 (15.4)	14 (14.9)	31 (15.7)		
		6	1 (0.3)	1 (1.1)	0 (0.0)		
	Chutes (%)		202 (68.7)	67 (71.3)	135 (67.5)	0,59	†
	MMSE (mediane [IIQ])		19.00 [15.00, 23.00]	19.00 [15.00, 22.25]	19.00 [14.00, 23.00]	0,561	‡‡
	IMC (median [IQR])		24.00 [20.00, 29.00]	24.00 [19.02, 27.60]	24.00 [20.00, 29.00]	0,173	‡‡

***Tableau 2* : Comparaison de la population selon présence d'un psychotrope.**

Sur 200 patients avec un traitements psychotropes, 62 % (n=124) des patients étaient atteints de troubles cognitifs, 9 % (n=18) des patients étaient atteints de trouble psychotique et 23 % (n=46) de troubles du comportement ; les patients avec états dépressifs représentaient 28 % (n=56) et 5 % (n=10) avaient des états anxieux.

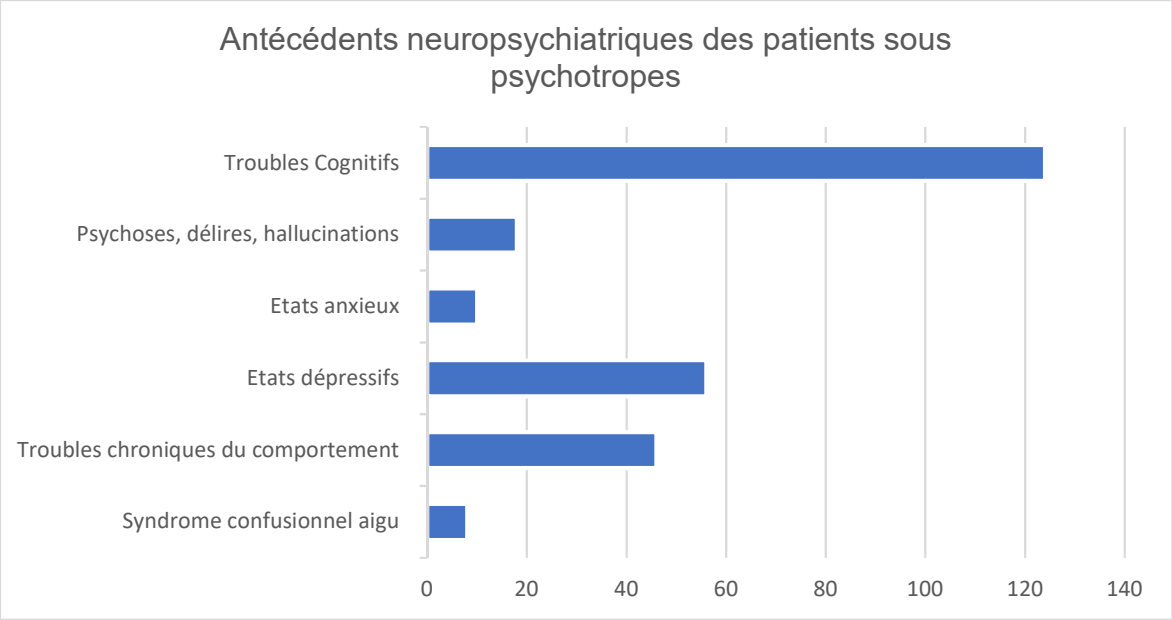


Figure 1 **: Antécédents neuropsychiatriques des patients sous psychotropes**

Dans la population totale, il a été observé que sur les 169 résidents atteints de troubles cognitifs, 62 % (n=124) étaient sous psychotropes.

Sur les 69 résidents présentant des troubles du comportement, 66.6 % (n=46) étaient sous psychotropes. Pour 85.7 % (n=18) les patients présentant des troubles psychotiques avaient un traitement psychotrope, ainsi que 87.5 % (n=56) des patients avec états dépressifs et 90.9 % (n=10) des patients avec états anxieux. (Graphique ci-dessous)

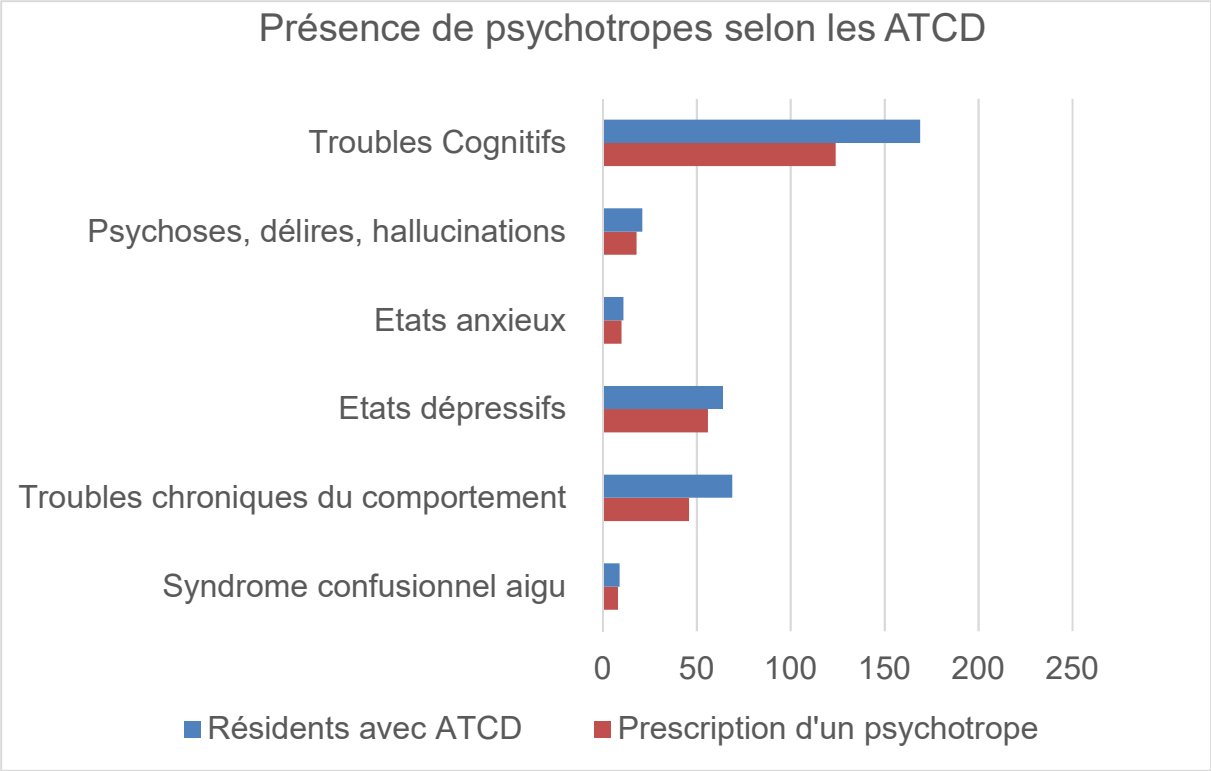


Figure 2 **: Présence d'une prescription de psychotrope selon les ATCD**

III. Comparaison des indications de psychotropes

La recherche s'est principalement portée sur les différentes justifications concernant la prescription d'un traitement psychotrope.

Les résultats ont montré que sur la totalité des résidents, 16.8 % (n=29) des dossiers mentionnaient un NPI supérieur 2.

Sur les 200 patients sous psychotropes, il a été mentionné un NPI supérieur à 2 comme justification dans 15.6 % (n=19) des dossiers.

En cas de NPI non tracé dans les dossiers, les critères de jugement retenus étaient la justification présente dans le dossier médical par le médecin généraliste, le médecin psychiatre ou la psychologue.

Concernant la population avec traitement psychotrope, la présence d'une justification du traitement par un médecin généraliste était présente dans 73.2 % (n=145) des dossiers. Et la justification par un psychiatre ou psychologue était présente dans 29.3 % (n=58) des dossiers.

Une justification quelle qu'elle soit (NPI supérieur à 2, justification MG, justification psychiatre ou psychologue) était présente de façon significative dans 91.5 % (n=183) des dossiers des patients sous psychotrope.

	Tout (n=294)	Pas de traitement psychotrope (n= 94)	Traitement psychotrope (n=200)	p-value	
NPI > 2 (%)	29 (16.8)	10 (19.6)	19 (15.6)	0,671	†
Justification MG	148 (62.7)	3 (7.9)	145 (73.2)	**<0.001**	†
Justification psychiatre	60 (25.4)	2 (5.3)	58 (29.3)	**0,004**	†
NPI > 2 ou justification médicale (MG ou psychiatre)	200 (68.0)	57 (60.6)	183 (91.5)	**< 0.001**	†

Tableau 3 **: Evaluation de la présence de la justification**

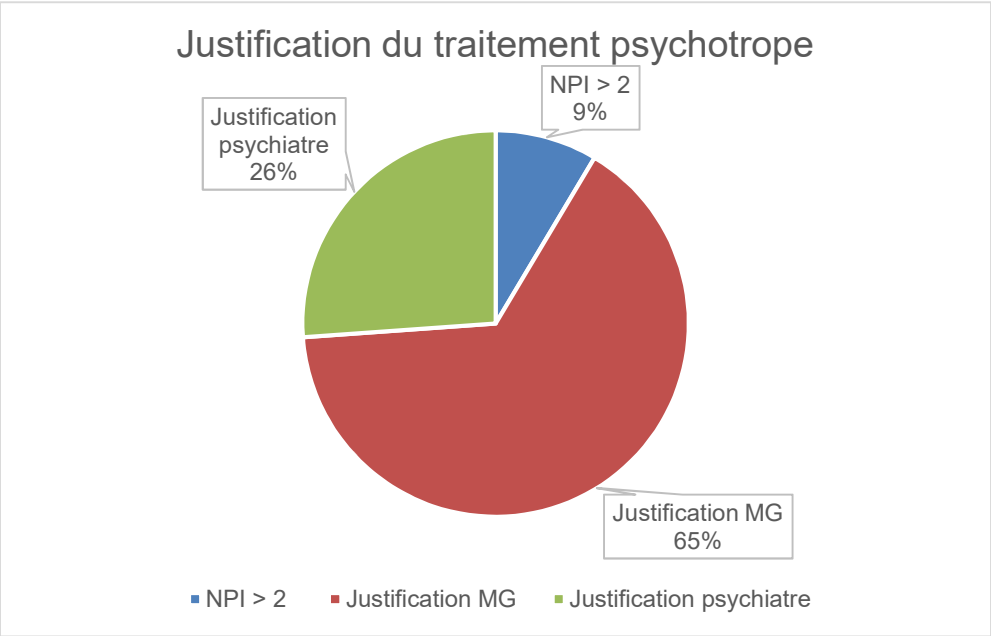


Figure 3 **: Type de justification du traitement psychotrope**

DISCUSSION

Il s'agissait d'une étude type audit de pratique réalisée en établissements de santé pour personnes âgées soignées par des médecins généralistes sur trois centres différents, incluant des structures EHPAD et USLD, dépendants du Centre Hospitalier de Roubaix.

L'étude présentait comme limite son caractère essentiellement descriptif, mais restait pertinente en raison de l'importance du sujet abordé et du peu de données actuelles spécifiques à la personne âgée dans la littérature. Les données étaient recueillies de façon rétrospective sur les dossiers informatisés parfois incomplets ou non à jour, certaines informations pouvaient donc être erronées et induire un biais de mesure. S'agissant d'un travail de groupe, les données pouvaient présenter une certaine variabilité selon les intervenants ; afin de limiter cette différence, un protocole commun pour le recueil des données a été réalisé et utilisé par les trois binômes.

Les psychotropes regroupent quatre grandes classes que sont les anxiolytiques visant la réduction des états anxieux (1), les antidépresseurs traitant principalement les états dépressifs mais aussi les troubles anxieux généralisés (15), les antipsychotiques (ou neuroleptiques) ayant pour principale indication la schizophrénie et les troubles psychotiques (1), les hypnotiques visant l'induction et/ou le maintien du sommeil.

La population globale de ces trois institutions était majoritairement composée de femmes (72.8% - n=214), avec un âge moyen de 86 ans, l'âge moyen selon le sexe n'a pas été décrit. Selon l'étude PLEIAD et les dernières données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en 2015 (16,17), l'âge moyen en institution a augmenté ces dernières années, il était de 85.7 ans, et la population a été

décrite comme majoritairement féminine. La population étudiée était donc représentative des patients institutionnalisés en France. Cependant la population en institution représente seulement 6 % des patients de plus de 65 ans. La représentativité de ce travail ne peut être extrapolée qu'aux patients institutionnalisés et donc à une petite proportion des patients de plus de 65 ans.

Dans cette étude en milieu institutionnalisé, la prescription de psychotropes représentait plus de la moitié de l'effectif total (68% - n=200). Concernant la population gériatrique globale, le rapport sur le bon usage du médicament présenté à l'Assemblé nationale en 2006, a fait référence à une prévalence de prescription des psychotropes de 50 % chez les femmes de plus de 60 ans et de 30 % chez les hommes.(1) En France, plusieurs études et notamment les études PAQUID et EVA, ont décrit une prévalence moyenne des psychotropes au sein de la population gériatrique de 30 à 50 % (18–21). L'étude PLEIAD réalisée en milieu institutionnalisé, a montré une prévalence plus importante des psychotropes puisque 70 % des patients avaient eu un traitement psychotrope. Ce travail réalisé également en maisons de retraite, confirmait une prévalence plus importante des psychotropes au sein de cette population spécifique.

La population sous psychotrope de cette étude était en majorité féminine (74 % - n=148) avec un âge moyen de 86 ans. Comme décrit dans certaines études épidémiologiques en France (22,23)(24), et selon les données de l'assurance maladie et de l'HAS, cet audit confirmait que l'usage des psychotropes augmentait avec l'âge et qu'il était plus important chez les femmes que chez les hommes.

La consommation plus importante de psychotropes dans les institutions pourrait être liée à la présence de patients atteints de troubles cognitifs de plus en plus nombreux. Au sein de la population globale de l'étude, on observait que 57.5 % (n=169) des patients étaient atteints de troubles cognitifs. L'étude PAQUID a montré une présence de troubles cognitifs chez 71.6 % des patients en institution et l'INSEE a montré quant à elle une prévalence de 50 %. La proportion importante de patients atteints de troubles cognitifs dans cette étude était donc semblable aux données connues.

73.3 % (n=124) des patients atteints de troubles cognitifs avec au moins une prescription de psychotrope. La consommation importante de psychotrope dans le cadre des troubles cognitifs a déjà été décrite dans plusieurs études (2,19) ; une méta analyse réalisée chez les patients institutionnalisés avec troubles cognitifs avait même mis en évidence une prescription fréquente de plusieurs psychotropes de façon simultanée (25). La prescription fréquente de psychotrope retrouvée dans ce travail pourrait être en partie liée à la forte proportion de patients atteints de troubles cognitifs.

Sur la totalité des résidents, le diagnostic de dépression était présent dans 21.7 % (n=64) des dossiers. D'après le travail de la Société française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) sur la dépression, « la prévalence de la dépression a été estimée à 40 % en institution(26). Dans son travail sur les psychotropes, la HAS a même souligné une insuffisance de diagnostic des syndromes dépressifs chez la personne âgée. Au vu des résultats retrouvés, il semblerait donc que le diagnostic de syndrome dépressif soit également sous-estimé. Dans la présente étude 87.5 % (n=56) des patients dépressifs étaient sous psychotrope. La proportion d'anti dépresseur au sein de ces psychotropes n'étant pas détaillée, il semble difficile de conclure à une prévalence précise des antidépresseurs prescrits pour syndromes dépressifs.

Cette étude possédait une limite sur l'extrapolation des résultats, les analyses effectuées à ce jour ne nous permettaient pas de décrire en détail l'utilisation des différentes classes de psychotropes selon le type de molécule, leur proportion d'utilisation et leur justification. Or dans la plupart des études citées ou présentes dans la littérature, les données étaient décrites par classe de psychotropes.

En s'intéressant à certains effets indésirables des psychotropes, 66.8 % (n=135) des patients chuteurs étaient sous psychotropes, 91.6 % (n=11) des rétentions aigues d'urines observées survenaient chez les patients sous psychotropes, et 88.8 %(n=8) des confusions étaient présentes chez les patients sous psychotrope. Cependant tous ces résultats ne peuvent être interprétés de façon certaine étant donné les valeurs non significatives ($p>0.05$) des résultats. De nombreuses études ont pourtant démontré que leur mésusage entraînait un haut risque iatrogène dans cette population déjà vulnérable, ainsi qu'un risque d'inefficacité, voire d'aggravation des symptômes ou de récidive de ceux-ci (12,15,27,28). Cette analyse essentiellement descriptive de la population sous psychotrope et des prescriptions ne peut préjuger d'un lien de causalité entre les traitements et les symptômes observés.

La confirmation de la consommation élevée de psychotrope dans cette étude et de leur utilisation potentiellement inappropriée comme décrite dans plusieurs références citées soulève la question de la pertinence des prescriptions (5). La HAS a tenté de mettre en place depuis plusieurs années des actions pour améliorer celles-ci et appliquer les recommandations de bonnes pratiques. (3)(29)

Ce travail s'intéressait aux pratiques de prescription des psychotropes, particulièrement selon le NPI. La prescription de psychotrope était justifiée de façon significative ($p<0.0101$) à 91 % (n=183) dans les dossiers, ce qui est un des points positifs de l'étude.

Le score NPI est un outil qui a été mis au point aux États Unis dans les années 90 pour repérer les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) (30,31). Le NPI-es (spécifique aux équipes soignantes) a été recommandé par la HAS et utilisé dans la pratique courante pour évaluer la fréquence, la sévérité des symptômes et leur retentissement par les professionnels de santé chez les patients déments.(32) Il existe actuellement peu de données sur le lien entre le NPI et les prescriptions de psychotropes alors que l'utilisation du concept pourrait uniformiser les prescriptions.

Le NPI semble pertinent pour repérer les troubles du comportement des patients atteints de troubles cognitifs, nécessitant parfois l'introduction d'un traitement neuroleptique. Au sein des résidences du Centre hospitalier de Roubaix, le score NPI était pris comme référence par choix de l'établissement en rapport avec le logiciel informatique Easily utilisé.

Les justifications présentes dans les dossiers étaient principalement (73 % - n=145) celles par commentaire du médecin généraliste, pour 29 % (n=58) par commentaire du médecin psychiatre ou de la psychologue et seulement pour 15 % (n=19) par la présence d'un NPI supérieur à 2. La justification du traitement psychotrope par le NPI seul était insuffisante. Le risque de la justification humaine résidait dans le caractère mono personne de l'indication et de la prescription.

L’un des grands axes des travaux de la HAS a été de promouvoir les techniques non médicamenteuses (communication, psychothérapie, environnement…) dans la gestion des troubles du comportement, des angoisses, des syndromes dépressifs. La prescription de psychotrope adaptée venant en seconde ligne et après un diagnostic posé de façon claire.

La pertinence des psychotropes doit donc être évaluée non pas par un seul score, mais par un ensemble d’éléments diagnostic et d’évaluation pour chaque trouble et chaque molécule prescrite.

La prescription de psychotrope selon la justification médicale est indispensable. Elle doit venir du jugement clinique du médecin pour une indication précise, basée sur les recommandations de bonne pratique de la HAS et des sociétés savantes (33). La prescription doit respecter les contre-indications éventuelles, la posologie et la forme galénique adaptées ; la durée du traitement doit être précise, les interactions médicamenteuses avec les autres médicaments en cours doivent être systématiquement prises en compte. Pour cela la DRH du CH de Roubaix a validé le recrutement d’un pharmacien clinicien pour la relecture associée des lignes de prescription chez les personnes âgées. Chaque prescription de psychotrope pourra faire l'objet d'une réévaluation fréquente et régulière. Les outils tels que le NPI ou l’outil MOBIQUAL sont à intégrer dans l’évaluation diagnostic.

Depuis les années 1990, plusieurs groupes d’experts ont proposé des listes et outils pour tenter d’évaluer la pertinence des prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée. Les premières études datent de 1991 avec les critères de Beers utilisés essentiellement aux États Unis (34) ; un travail a ensuite été réalisé pour adapter ces critères en France avec la liste de Laroche en 2007 (5) actuellement en cours de révision, puis en 2008 un groupe irlandais a publié un nouvel outil de

dépistage des prescriptions inappropriées chez les personnes âgées de 65 ans et plus le STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) (8). Cet outil a d'ailleurs fait ses preuves en matière de dépistage et d'alerte en secteur intra hospitaliser, il pourrait l'être également dans des structures comme les EHPAD.

L'utilisation d'un outil comme STOPP and START semblerait pertinente à intégrer aux modalités de prescription. Il pourrait venir optimiser la démarche de prescription mais ne peut en aucun cas se substituer au jugement clinique du praticien et à l'évaluation inter professionnelle dans des situations souvent complexes où la balance bénéfice–risque peut être difficile à trouver. Son intégration pourrait par exemple faire l'objet d'étude dans l'avenir et il serait intéressant de réaliser une réunion pluri professionnelle avec les médecins, infirmiers et pharmaciens du centre hospitalier pour en discuter.

Les conditions de prescription des psychotropes demeurent encore incertaines et à améliorer chez la personne âgée, en raison de l'hétérogénéité des situations rencontrées et du manque d'études contrôlées réalisées dans cette population spécifique.

CONCLUSION

Dans cette étude, l'importante prévalence des prescriptions de psychotrope chez la personne âgée institutionnalisées a été confirmée. Ces prescriptions étaient toutefois justifiées dans la grande majorité des dossiers.

La part de prescription de psychotrope selon le NPI était insuffisante pour qu'elle soit à elle seule la justification pertinente de ces traitements. L'explication de prescription la plus présente dans cette étude était celle du commentaire du médecin généraliste. Le score NPI reste tout de même un outil pertinent pour la prescription de psychotropes chez les patients atteints de troubles cognitifs.

Les prescriptions de psychotropes doivent être améliorées. Le renforcement de pratiques basées sur l'utilisation du score NPI combinées au jugement clinique avec d'autres scores d'évaluation clinique et certains outils de prescription récents amélioreraient la décision et les lignes de traitement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Begaud B VH. Bon usage des médicaments psychotropes [Internet]. PARIS ; 2006 juin [cité 13 janv 2021]. Disponible sur : https://www.vie-publique.fr/rapport/28452-rapport-sur-le-bon-usage-des-medicaments-psychotropes

2. Giron MST, Forsell Y, Bernsten C, Thorslund M, Winblad B, Fastbom J. Psychotropic drug use in elderly people with and without dementia. Int J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2001 [cité 17 févr 2021] ;16(9) :900-6. Disponible sur : http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/gps.438

3. Haute Autorité de Santé. Améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées [Internet]. Saint Denis la plaine : HAS ; 2021 janv [cité 13 janv 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/

4. Beuscart J-B, Ficheur G, Miqueu M, Luyckx M, Perichon R, Puisieux F, et al. Co-prescriptions of psychotropic drugs to older patients in a general hospital. Eur Geriatr Med [Internet]. Févr 2017 [cité 10 janv 2021] ;8(1) :84-9. Disponible sur : https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1878764916301917

5. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. Rev Médecine Interne [Internet]. Juill 2009 [cité 13 janv 2021] ;30(7) :592-601. Disponible sur : https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0248866308007947

6. Beuscart J-B, Genin M, Dupont C, Verloop D, Duhamel A, Defebvre M-M, et al. Potentially inappropriate medication prescribing is associated with socioeconomic factors: a spatial analysis in the French Nord-Pas-de-Calais Region. Age Ageing. 46(4).

7. Suzuki Y, Sakakibara M, Shiraishi N, Hirose T, Akishita M, Kuzuya M. Prescription of potentially inappropriate medications to older adults. A nationwide survey at dispensing pharmacies in Japan. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. juill 2018 [cité 13 janv 2021]; 77:8-12. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167494317300468

8. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther. 46(2).

9. Article 1 - Arrêté du 7 janvier 2017 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de zolpidem administrés par voie orale - Légifrance [Internet]. 2021 janv [cité 10 janv 2021]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000033843030

10. Picton JD, Marino AB, Nealy KL. Benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly. Am J Health-Syst Pharm AJHP. 75(1).

11. Wagner AK, Zhang F, Soumerai SB, Walker AM, Gurwitz JH, Glynn RJ, et al. Benzodiazepine use and hip fractures in the elderly: who is at greatest risk? Arch Intern Med. 164(14).

12. Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. Anxiolytics, sedatives, antidepressants, neuroleptics and the risk of fracture. Osteoporos Int [Internet]. 1 juin 2006 [cité 13 janv 2021] ;17(6) :807-16. Disponible sur : https://doi.org/10.1007/s00198-005-0065-y

13. Woerner MG, Correll CU, Alvir JMJ, Greenwald B, Delman H, Kane JM. Incidence of Tardive Dyskinesia with Risperidone or Olanzapine in the Elderly: Results from a 2-Year, Prospective Study in Antipsychotic-Na¨ıve Patients. :9.

14. Ray WA, Chung CP, Murray KT, Hall K, Stein CM. Atypical Antipsychotic Drugs and the Risk of Sudden Cardiac Death. N Engl J Med [Internet]. 15 janv 2009 [cité 17 févr 2021] ;360(3) :225-35. Disponible sur : https://doi.org/10.1056/NEJMoa0806994

15. Mintzer J, Burns A. Anticholinergic side-effects of drugs in elderly people. J R Soc Med [Internet]. Sept 2000 [cité 7 mai 2021] ;93(9) :457-62. Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1298101/

16. Perrin-Hayne J, Chazal J. Les personnes âgées en institution. 2011 ;32.

17. ROLLAND (Yves), ROLLAND (Yves). Etude PLEIAD -Gérontopole Toulouse. Toulouse : Toulouse Gérontopôle ; 2010.

18. Desmidt T, Camus V. Psychotropes et sujet âgé. Wwwem-Premiumcomdatatraitesps37-81455 [Internet]. 11 févr 2020 [cité 7 mai 2021] ; Disponible sur : http://www.em.premium.com/article/1348988/resultatrecherche/3

19. Prudent M, Dramé M, Jolly D, Trenque T, Parjoie R, Mahmoudi R, et al. Potentially inappropriate use of psychotropic medications in hospitalized elderly patients in France: cross-sectional analysis of the prospective, multicenter SAFEs cohort. Drugs Aging. 2008;25(11):933-46.

20. Couderc A-L, Bailly-Agaledes C, Camalet J, Capriz-Ribière F, Gary A, Robert P, et al. Adaptations of psychotropic drugs in patients aged 75 years and older in a department of geriatric internal medicine: report of 100 cases. Gériatrie Psychol Neuropsychiatrie Vieillissement [Internet]. Mai 2011 [cité 21 mai 2021] ;9(2) :163-70. Disponible sur : http://www.john-libbey-eurotext.fr/medline.md?doi=10.1684/pnv.2011.0282

21. Alpérovitch A, Amouyel P, Dartigues J-F, Ducimetière P, Mazoyer B, Ritchie K, et al. Les études épidémiologiques sur le vieillissement en France : de l'étude Paquid à l'étude des Trois Cités. C R Biol [Internet]. Juin 2002 [cité 21 mai 2021] ;325(6) :665-72. Disponible sur : https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1631069102014762

22. Lecadet J 1, Vidal P 2, Baris B 3, Vallier N 4, Fender P 5, Allemand H 6 et le groupe Médipath 7. Psychotropic Medications : Prescriptions and Use in Metropolitan France. I. National Data For 2000 [Internet]. PARIS ; 2000 [cité 18 mai 2021]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Psychotropes_conso_et_pratiques.pdf

23. Gasquet I, Nègre-Pagès L, Fourrier A, Nachbaur G, El-Hasnaoui A, Kovess V, et al. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD) en population générale. Wwwem-Premiumcomdatarevues00137006003100021 95 [Internet]. 17 févr 2008 [cité 7 mai 2021] ; Disponible sur : http://www.em.premium.com/article/83322

24. Améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées [Internet]. [Cité 13 janv 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/qr_ameliorer_prescip_psychotropes_personne_agee.pdf

25. Jester DJ, Molinari V, Zgibor JC, Volicer L. Prevalence of psychotropic polypharmacy in nursing home residents with dementia: a meta-analysis. Int Psychogeriatr. 7 janv 2021 ;1-16.

26. Société Française de Gériatrie et Gérontologie, Depression et Outil MOBIQUAL [Internet]. 2013. Disponible sur : http://www.mobiqual.org/depression/SOURCES/ETBS-PRESENTATION/PLAQUETTE_DEPRESSION_EHPAD.pdf

27. Thapa PB, Gideon P, Cost TW, Milam AB, Ray WA. Antidepressants and the Risk of Falls among Nursing Home Residents. N Engl J Med [Internet]. 24 sept 1998 [cité 13 janv 2021] ;339(13) :875-82. Disponible sur : https://doi.org/10.1056/NEJM199809243391303

28. Blanco-Reina E, García-Merino MR, Ocaña-Riola R, Aguilar-Cano L, Valdellós J, Bellido-Estévez I, et al. Assessing Potentially Inappropriate Prescribing in Community-Dwelling Older Patients Using the Updated Version of STOPP-START Criteria: A Comparison of Profiles and Prevalences with Respect to the Original Version. PLoS ONE [Internet]. 1 déc 2016 [cité 7 mai 2021] ;11(12). Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5132290/

29. Desplanques DAL, Micheneau C. PROJETS D'AMELIORATION DE LA PRESCRIPTION. :73.

30. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology. Déc 1994 ;44(12) :2308-14.

31. Benoit M. Pour une évaluation en pratique clinique des symptômes psychologiques et comportementaux dans la maladie d'Alzheimer. Rev Gériatrie. 1 janv 2008 ;33 :1-5.

32. SISCO (F.), SISCO (F.), TAUREL (M.), LAFONT (V.), BERTOGLIATI (C.), BAUDU (C.), et al. Les troubles du comportement chez le sujet dément en institution : évaluation à partir de l'inventaire neuropsychiatrique pour les équipes soignantes. Trouble Comport Chez Sujet Dément En Inst Éval À Partir Inventaire Neuropsychiatr Pour Équipes Soignantes. 2000 ;

33. SFGG. Prescriptions médicamenteuses adaptées aux personnes âgées. [Internet]. [Cité 21 mai 2021]. Disponible sur : https://www.momox-shop.fr/claude-jeandel-prescriptions-medicamenteuses-adaptees-aux-personnes-agees-le-guide-papa-taschenbuch-M02876715821.html

34. Beers MH, Ouslander JG, Rollingher I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit Criteria for Determining Inappropriate Medication Use in Nursing Home Residents. Arch Intern Med [Internet]. 1 sept 1991 [cité 21 mai 2021] ;151(9) :1825-32. Disponible sur : https://doi.org/10.1001/archinte.1991.00400090107019

ANNEXES

Annexe 1 : SCORE NPI

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Inventaire neuropsychiatrique - Réduit (NPI-R)

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

PRÉSENCE :

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

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

RÉCAPITULATIF

Nom du patient : **Âge :** **Date de l'évaluation :**

Type de relation avec le patient :
X très proche/prodigue des soins quotidiens
X proche/s'occupe souvent du patient
X pas très proche/donne seulement le traitement ou a peu d'interactions avec le patient

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

IDÉES DÉLIRANTES
« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ?
Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler.
A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Est-il/elle vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

HALLUCINATIONS
« Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Evaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

AGITATION/AGRESSIVITÉ
« Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

DÉPRESSION/DYSPHORIE
« Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ?
Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

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

Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? A-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Evaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

EXALTATION DE L'HUMEUR/EUPHORIE
« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ?
Il ne s'agit pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

APATHIE/INDIFFÉRENCE
« Le patient/la patiente semble-t-il/elle montrer moins d'intérêt pour ses activités ou pour son entourage ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

DÉSINHIBITION
« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ?
Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

IRRITABILITÉ/INSTABILITÉ DE L'HUMEUR
« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ?
Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT
« Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme par exemple ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

SOMMEIL
« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil ?
(ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)
Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

APPÉTIT/TROUBLES DE L'APPÉTIT
« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires ?
(Coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir)
Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »
NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, J.L. Cummings, 1994
NPI-R : Questionnaire version réduite/traduction française PHRobert- 2000.

Annexe 2 : Note consentement patient

Lettre d'information concernant une recherche pour les proches des patients

Pertinence des prescriptions médicamenteuses dans les EHPAD et USLD du CH de Roubaix

Promoteur : Centre Hospitalier de Roubaix

Investigateur coordonnateur : Dr Jean-Marc LEFEBVRE

Madame, Monsieur,

Cette note d'information a pour objectif de vous expliquer le but de cette étude ainsi que ses contraintes afin que vous puissiez décider si votre proche peut y participer ou non. La participation de votre proche à cette étude doit être entièrement volontaire. Prenez le temps de lire cette note d'information et n'hésitez pas à poser des questions à son médecin pour avoir des renseignements complémentaires.

Cette recherche est organisée par le Centre Hospitalier de Roubaix et concerne les médicaments qui lui sont prescrits par les médecins traitants du Centre Hospitalier de Roubaix.

Le projet a pour but d'évaluer les pratiques actuelles en matière de prescription médicamenteuse. Cela permettra de vérifier si ces prescriptions sont en adéquation avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et les sociétés savantes médicales et para médicales. Si elles ne le sont pas, ces prescriptions seront revues et adaptées selon les recommandations en vigueur.

En parallèle, nous souhaiterions vérifier que le recueil des directives anticipées est réalisé auprès des résidents.

Ce projet fera l'objet de six thèses en médecines avec des sous objectifs spécifiques :

- Thèse n°1 : Pertinence de prescription des médicaments psychotrope, dans le but de vérifier la pertinence médicament par médicament et leur posologie ; projet mené par Margaux SCOTTE
- Thèse n°2 : Pertinence de prescription des médicaments anticoagulants et antiagrégants, dans le but d'évaluer leur pertinence et leur surveillance ; projet mené par Louis LECOUFFE
- Thèse n°3 : Prescription des médicaments antalgiques selon leurs indications dans le but d'évaluer leur pertinence ; projet mené par Olivier DURIEZ
- Thèse n°4 : Les prescriptions de statines ; projet mené par Nicolas BEAUDET
- Thèse n°5 : Les prescriptions orales pour les personnes diabétiques de type 2 à l'exception de la Metformine ; projet mené par Caroline MARQUETTE

  Thèse n° 6 : Respect de la Loi Claeys Léonetti chez les personnes âgées hébergées : Le traçage des « personnes de confiance » et des « directives anticipées de fin de vie ». Dans l'objectif d'une description et proposition d'une méthode visant à renforcer le recueil et l'obtention de ces données pour un meilleur accompagnement. Projet mené par Quentin RABAS

Ces six étudiants en médecine générale procèderont au recueil des prescriptions reçues par les résidents entre juillet et août 2020. Les médecins traitants, salariés du Centre Hospitalier, sont les garants de la démarche.

Ce travail permettra à terme de mettre en débat les prescriptions réalisées au regard de l'organisation en EHPAD et USLD, et des données théoriques pour rendre la pratique et la théorie davantage en phase.

L'enjeu de cette étude est une possible amélioration de votre prise en soins avec des traitements adaptés à vos besoins. Ce n'est toutefois pas une certitude, cela dépendra des audits et des débats pluridisciplinaires. Une restitution générale est prévue en septembre 2020. Nous vous en communiquerons une synthèse si vous le souhaitez. Si des éléments venaient à changer pour vous, vous en serez individuellement informé.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser que votre proche participe à cette recherche. Vous pouvez décider d'interrompre sa participation à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni préjudice de ce fait. Cette décision n'affectera pas la qualité de sa prise en charge ni vos et ses relations avec le médecin. Si vous refusez, cela ne modifiera en rien la prise en charge de votre proche au sein du service. Il vous suffira d'en informer le médecin de la résidence. Vous avez également la possibilité d'accepter de participer à certains des projets de thèse et d'en refuser d'autre.

Afin de réaliser cette étude nous collectons les données inscrites dans le dossier médical. Cette étude étant une étude strictement observationnelle et rétrospective, elle ne modifie pas la prise en charge dont votre proche fait l'objet. Nous ne vous solliciterons pas pour le recueil des données. La période de recueil des données se fera sur une période allant du 1er janvier au 31 décembre 2019.

Dans le cadre de cette recherche à laquelle le Centre Hospitalier de Roubaix propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté. À cette fin, les données médicales vous concernant seront transmises au promoteur de la recherche ou aux personnes agissant pour son compte. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères, à d'autres entités du Centre Hospitalier de Roubaix.

Conformément aux dispositions de loi relatives à l'informatique aux fichiers et aux libertés, ainsi qu'au disposition du nouveau Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation ou d'opposition au traitement des données de votre proche ainsi qu'un droit à la portabilité de ses données personnelles. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de ces données. Ces droits s'exercent auprès du Délégué à la Protection des Données de l'hôpital, joignable à l'adresse mail suivante : dpo@ch-roubaix.fr . Vous pouvez également effectuer votre demande auprès du médecin de la résidence.
Vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Toutes les données concernant la pathologie de votre proche seront rendues confidentielles sans mention des noms et prénoms. Seuls les professionnels vous prenant en charge disposent des informations nominatives qui sont consignées uniquement dans le dossier médical. Les données seront enregistrées de manière anonyme dans une base de données dont le destinataire est le CH de Roubaix.

La base de données ainsi constituée sera conservée dans les systèmes informatiques du Centre Hospitalier de Roubaix pendant la durée de réalisation de l'étude et jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de l'étude. Puis, la base de données sera archivée pendant 15 ans au sein de l'établissement. Passé ce délai, la base de données ainsi que tous les documents relatifs à la recherche seront définitivement détruits.

Vous avez également la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique des Libertés (CNIL), autorité de contrôle et de protection des données, sur son site internet : www.cnil.fr

Le secret médical sera respecté. Cette étude est conforme à la méthodologie de référence (MR-004) telle que définie par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) qui a déclaré le Centre Hospitalier de Roubaix conforme.

Dr Jean-Marc LEFEBVRE
Coordonnateur de l'étude

Formulaire à retourner en cas d'opposition à la participation de l'étude observationnelle

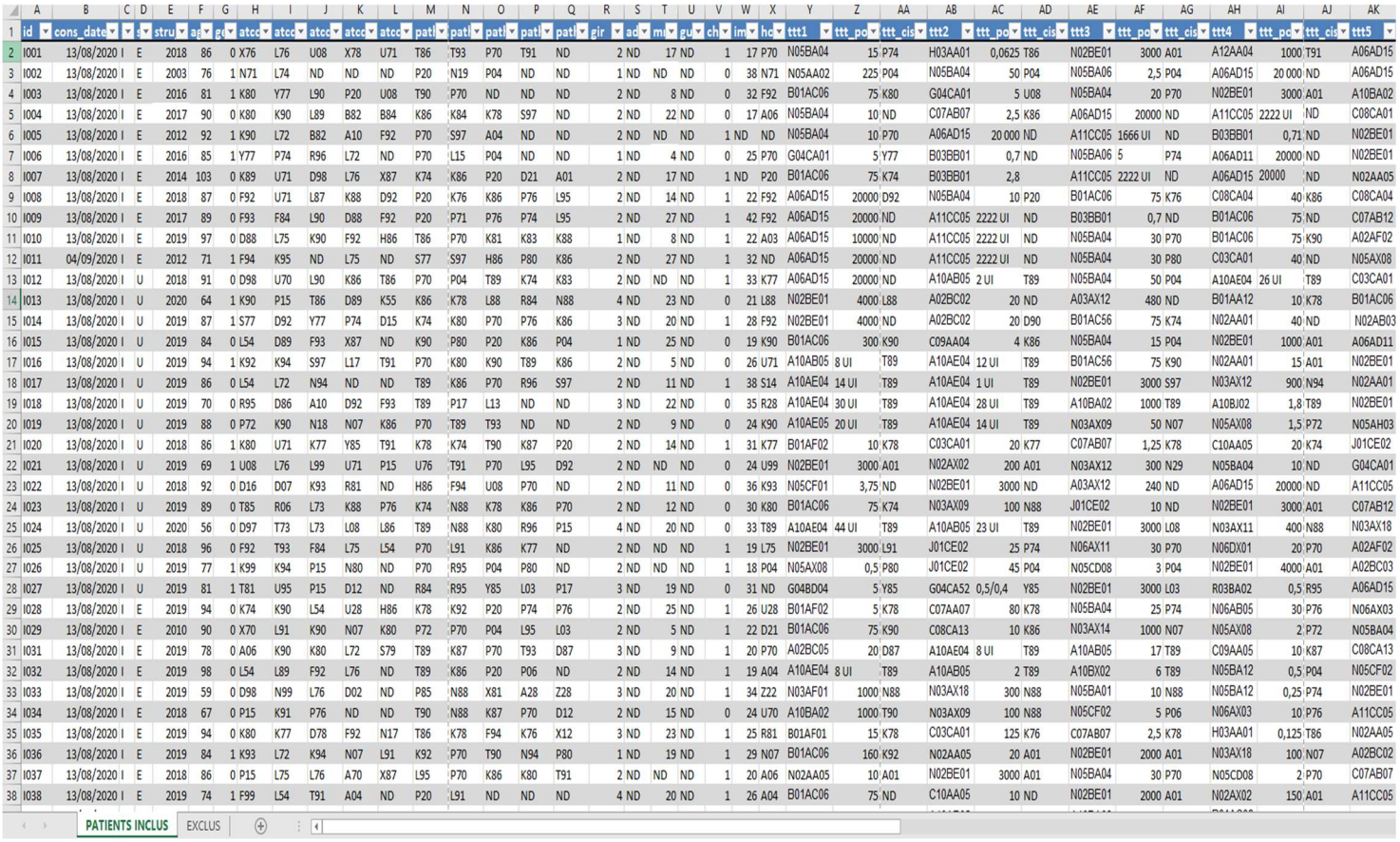
Je, sous signé(e), Madame, Monsieur ..... né(e) le ..... / ..... / ....., tuteur / curateur de Madame, Monsieur ..... né(e) le ..... / ..... / ....., ne **souhaite pas** que ses données médicales, une fois anonymisées, soient employées dans le cadre de l'étude « audit prescription ».

Fait à .....

Le ..... / ..... / .....

Signature : .....

Annexe 3 : Tableur Excel de saisie de données



id	cons_date	s	stru	ag	g	atcd	atcd	atcd	atcd	atcd	patl	patl	patl	patl	gir	ad	mi	gu	ch	im	hc	ttt1	ttt_po	ttt_cis	ttt2	ttt_po	ttt_cis	ttt3	ttt_po	ttt_cis	ttt4	ttt_po	ttt_cis	ttt5
I001	13/08/2020	I	E	2018	86	0	X76	L76	U08	X78	U71	T86	T93	P70	T91	ND	2	ND	17	ND	1	17	P70	N05BA04	15	P74	H03AA01	0,0625	T86	N02BE01	3000	A01	A12AA04	1000	T91	A06AD15
I002	13/08/2020	I	E	2003	76	1	N71	L74	ND	ND	ND	P20	N19	P04	ND	ND	1	ND	ND	ND	0	38	N71	N05AA02	225	P04	N05BA04	50	P04	N05BA06	2,5	P04	A06AD15	20 000	ND	A06AD15
I003	13/08/2020	I	E	2016	81	1	K80	Y77	L90	P20	U08	T90	P70	ND	ND	ND	2	ND	8	ND	0	32	F92	B01AC06	75	K80	G04CA01	5	U08	N05BA04	20	P70	N02BE01	3000	A01	A10BA02
I004	13/08/2020	I	E	2017	90	0	K80	K90	L89	B82	B84	K86	K84	K78	S97	ND	2	ND	22	ND	0	17	A06	N05BA04	10	ND	C07AB07	2,5	K86	A06AD15	20000	ND	A11CC05	2222 UI	ND	C08CA01
I005	13/08/2020	I	E	2012	92	1	K90	L72	B82	A10	F92	P70	S97	A04	ND	ND	2	ND	ND	ND	1	ND	ND	N05BA04	10	P70	A06AD15	20 000	ND	A11CC05	1666 UI	ND	B03BB01	0,71	ND	N02BE01
I006	13/08/2020	I	E	2016	85	1	Y77	P74	R96	L72	ND	P70	L15	P04	ND	ND	1	ND	4	ND	0	25	P70	G04CA01	5	Y77	B03BB01	0,7	ND	N05BA06	5	P74	A06AD11	20000	ND	N02BE01
I007	13/08/2020	I	E	2014	103	0	K89	U71	D98	L76	X87	K74	K86	P20	D21	A01	2	ND	17	ND	1	ND	P20	B01AC06	75	K74	B03BB01	2,8		A11CC05	2222 UI	ND	A06AD15	20000	ND	N02AA05
I008	13/08/2020	I	E	2018	87	0	F92	U71	L87	K88	D92	P20	K76	K86	P76	L95	2	ND	14	ND	1	22	F92	A06AD15	20000	D92	N05BA04	10	P20	B01AC06	75	K76	C08CA04	40	K86	C08CA04
I009	13/08/2020	I	E	2017	89	0	F93	F84	L90	D88	F92	P20	P71	P76	P74	L95	2	ND	27	ND	1	42	F92	A06AD15	20000	ND	A11CC05	2222 UI	ND	B03BB01	0,7	ND	B01AC06	75	ND	C07AB12
I010	13/08/2020	I	E	2019	97	0	D88	L75	K90	F92	H86	T86	P70	K81	K83	K88	1	ND	8	ND	1	22	A03	A06AD15	10000	ND	A11CC05	2222 UI	ND	N05BA04	30	P70	B01AC06	75	K90	A02AF02
I011	04/09/2020	I	E	2012	71	1	F94	K95	ND	L75	ND	S77	S97	H86	P80	K86	2	ND	27	ND	1	32	ND	A06AD15	20000	ND	A11CC05	2222 UI	ND	N05BA04	30	P80	C03CA01	40	ND	N05AX08
I012	13/08/2020	I	U	2018	91	0	D98	U70	L90	K86	T86	P70	P04	T89	K74	K83	2	ND	ND	ND	1	33	K77	A06AD15	20000	ND	A10AB05	2 UI	T89	N05BA04	50	P04	A10AE04	26 UI	T89	C03CA01
I013	13/08/2020	I	U	2020	64	1	K90	P15	T86	D89	K55	K86	K78	L88	R84	N88	4	ND	23	ND	0	21	L88	N02BE01	4000	L88	A02BC02	20	ND	A03AX12	480	ND	B01AA12	10	K78	B01AC06
I014	13/08/2020	I	U	2019	87	1	S77	D92	Y77	P74	D15	K74	K80	P70	P76	K86	3	ND	20	ND	1	28	F92	N02BE01	4000	ND	A02BC02	20	D90	B01AC56	75	K74	N02AA01	40	ND	N02AB03
I015	13/08/2020	I	U	2019	84	0	L54	D89	F93	X87	ND	K90	P80	P20	K86	P04	1	ND	25	ND	0	19	K90	B01AC06	300	K90	C09AA04	4	K86	N05BA04	15	P04	N02BE01	1000	A01	A06AD11
I016	13/08/2020	I	U	2019	94	1	K92	K94	S97	L17	T91	P70	K80	K90	T89	K86	2	ND	5	ND	0	26	U71	A10AB05	8 UI	T89	A10AE04	12 UI	T89	B01AC56	75	K90	N02AA01	15	A01	N02BE01
I017	13/08/2020	I	U	2019	86	0	L54	L72	N94	ND	ND	T89	K86	P70	R96	S97	2	ND	11	ND	1	38	S14	A10AE04	14 UI	T89	A10AE04	1 UI	T89	N02BE01	3000	S97	N03AX12	900	N94	N02AA01
I018	13/08/2020	I	U	2019	70	0	R95	D86	A10	D92	F93	T89	P17	L13	ND	ND	3	ND	22	ND	0	35	R28	A10AE04	30 UI	T89	A10AE04	28 UI	T89	A10BA02	1000	T89	A10BJ02	1,8	T89	N02BE01
I019	13/08/2020	I	U	2019	88	0	P72	K90	N18	N07	K86	P70	T89	T93	ND	ND	2	ND	9	ND	0	24	K90	A10AE05	20 UI	T89	A10AE04	14 UI	T89	N03AX09	50	N07	N05AX08	1,5	P72	N05AH03
I020	13/08/2020	I	U	2018	86	1	K80	U71	K77	Y85	T91	K78	K74	T90	K87	P20	2	ND	14	ND	1	31	K77	B01AF02	10	K78	C03CA01	20	K77	C07AB07	1,25	K78	C10AA05	20	K74	J01CE02
I021	13/08/2020	I	U	2019	69	1	U08	L76	L99	U71	P15	U76	T91	P70	L95	D92	2	ND	ND	ND	0	24	U99	N02BE01	3000	A01	N02AX02	200	A01	N03AX12	300	N29	N05BA04	10	ND	G04CA01
I022	13/08/2020	I	U	2018	92	0	D16	D07	K93	R81	ND	H86	F94	U08	P70	ND	2	ND	11	ND	0	36	K93	N05CF01	3,75	ND	N02BE01	3000	ND	A03AX12	240	ND	A06AD15	20000	ND	A11CC05
I023	13/08/2020	I	U	2019	89	0	T85	R06	L73	K88	P76	K74	N88	K78	K86	P70	2	ND	12	ND	0	30	K80	B01AC06	75	K74	N03AX09	100	N88	J01CE02	10	ND	N02BE01	3000	A01	C07AB12
I024	13/08/2020	I	U	2020	56	0	D97	T73	L73	L08	L86	T89	N88	K80	R96	P15	4	ND	20	ND	0	33	T89	A10AE04	44 UI	T89	A10AB05	23 UI	T89	N02BE01	3000	L08	N03AX11	400	N88	N03AX18
I025	13/08/2020	I	U	2018	96	0	F92	T93	F84	L75	L54	P70	L91	K86	K77	ND	2	ND	ND	ND	1	19	L75	N02BE01	3000	L91	J01CE02	25	P74	N06AX11	30	P70	N06DX01	20	P70	A02AF02
I026	13/08/2020	I	U	2019	77	1	K99	K94	P15	N80	ND	P70	R95	P04	P80	ND	2	ND	ND	ND	1	18	P04	N05AX08	0,5	P80	J01CE02	45	P04	N05CD08	3	P04	N02BE01	4000	A01	A02BC03
I027	13/08/2020	I	U	2019	81	1	T81	U95	P15	D12	ND	R84	R95	Y85	L03	P17	3	ND	19	ND	0	31	ND	G04BD04	5	Y85	G04CA52	0,5/0,4	Y85	N02BE01	3000	L03	R03BA02	0,5	R95	A06AD15
I028	13/08/2020	I	E	2019	94	0	K74	K90	L54	U28	H86	K78	K92	P20	P74	P76	2	ND	25	ND	1	26	U28	B01AF02	5	K78	C07AA07	80	K78	N05BA04	25	P74	N06AB05	30	P76	N06AX03
I029	13/08/2020	I	E	2010	90	0	X70	L91	K90	N07	K80	P72	P70	P04	L95	L03	2	ND	5	ND	1	22	D21	B01AC06	75	K90	C08CA13	10	K86	N03AX14	1000	N07	N05AX08	2	P72	N05BA04
I031	13/08/2020	I	E	2019	78	0	A06	K90	K80	L72	S79	T89	K87	P70	T93	D87	3	ND	9	ND	1	20	P70	A02BC05	20	D87	A10AE04	8 UI	T89	A10AB05	17	T89	C09AA05	10	K87	C08CA13
I032	13/08/2020	I	E	2019	98	0	L54	L89	F92	L76	ND	T89	K86	P20	P06	ND	2	ND	14	ND	1	19	A04	A10AE04	8 UI	T89	A10AB05	2	T89	A10BX02	6	T89	N05BA12	0,5	P04	N05CF02
I033	13/08/2020	I	E	2019	59	0	D98	N99	L76	D02	ND	P85	N88	X81	A28	Z28	3	ND	20	ND	1	34	Z22	N03AF01	1000	N88	N03AX18	300	N88	N05BA01	10	N88	N05BA12	0,25	P74	N02BE01
I034	13/08/2020	I	E	2018	67	0	P15	K91	P76	ND	ND	T90	N88	K87	P70	D12	2	ND	15	ND	0	24	U70	A10BA02	1000	T90	N03AX09	100	N88	N05CF02	5	P06	N06AX03	10	P76	A11CC05
I035	13/08/2020	I	E	2019	94	0	K80	K77	D78	F92	N17	T86	K78	F94	K76	X12	3	ND	23	ND	1	25	R81	B01AF01	15	K78	C03CA01	125	K76	C07AB07	2,5	K78	H03AA01	0,125	T86	N02AA05
I036	13/08/2020	I	E	2019	84	1	K93	L72	K94	N07	L91	K92	P70	T90	N94	P80	1	ND	19	ND	1	29	N07	B01AC06	160	K92	N02AA05	20	A01	N02BE01	2000	A01	N03AX18	100	N07	A02BC02
I037	13/08/2020	I	E	2018	86	0	P15	L75	L76	A70	X87	L95	P70	K86	K80	T91	2	ND	ND	ND	1	20	A06	N02AA05	10	A01	N02BE01	3000	A01	N05BA04	30	P70	N05CD08	2	P70	C07AB07
I038	13/08/2020	I	E	2019	74	1	F99	L54	T91	A04	ND	P20	L91	ND	ND	ND	4	ND	20	ND	1	26	A04	B01AC06	75	ND	C10AA05	10	ND	N02BE01	2000	A01	N02AX02	150	A01	A11CC05

PATIENTS INCLUS | EXCLUS

ttt_po	ttt_cis	ttt6	ttt_po	ttt_cis	ttt7	ttt_po	ttt_cis	ttt8	ttt_p	ttt	ttt	ttt	ttt9	ttt_p	ttt_cj	ttt_g	ttt_m	ttt10	ttt_p	ttt	ttt	ttt	ttt_co	ttt_co	t	t	c	i	h	p	n	p	p	a	a	a	a	a	a	h
20000	ND	B03BB01	2,8	T91	A11CC05	2222 UI		T91	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	N05BA04	ND	8	10	62	ND	ND	1	1	1	0	0	0	0	0	0	ND	ND
20 000	ND	C01CA17	2,5	ND	N04AA12	10	P04	N02BE01	4000	A03	ND	ND	B03BB01	1,4	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	N02BE01	ND	16	13	39	ND	ND	1	1	0	0	0	0	0	0	0	ND	ND
1000	T90	A06AD15	20000	D12	A11CC05	2222 UI		ND	B03BB01	0,71	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	9	10	79	1	ND	1	ND	0	0	0	0	1	1	1	ND	ND
5	K86	N02AA05	30	S97	N02AB03	0,037	S97	B01AF02	5	K78	ND	ND	N02BE01	1500	A01	ND	ND	B03BB01	5	ND	ND	ND	N02AA05	ND	14	9	89	1,3	ND	1	ND	0	0	0	1	1	0	0	0	7	0
1500	S97	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	22	22	68	ND	ND	1	ND	0	0	0	0	0	0	0	ND	ND
3000	A01	N05AX08	0,5	P70	NO5AL03	100	P70	A11CC05	2222 UI	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	N02BE01	ND	15	5	82	ND	ND	1	1	1	0	0	0	0	0	0	ND	ND
10	A01	N02BE01	1500	A01	N06AX03	10	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	N02BE01	ND	18	9	73	ND	ND	1	ND	1	0	0	0	0	1	1	ND	ND
50	K86	C09CA03	160	K86	N02BE01	3000	L87	N06AX03	30	P76	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	N05BA04	C08CA04	19	14	90	ND	ND	1	1	1	0	0	0	0	1	1	ND	ND
1,25	ND	N02AX02	100	A01	N02BE01	3000	A01	N03AX16	100	ND	ND	ND	N05AX08	0,5	P71	ND	ND	N06AX17	100	P76	ND	ND	N02AX02	ND	14	9	77	ND	ND	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	ND	ND
1 S	ND	A02BC03	15	ND	C09AA05	5	ND	N02BE01	3000	L90	ND	ND	N05AX08	1	P70	ND	ND	N05CF02	3,75	P06	ND	ND	N05CF02	N02BE01	11	11	79	ND	ND	1	1	1	0	0	0	0	1	1	ND	ND
1	P80	N02AA05	20	S97	N02BE01	3000	S97	N02AX02	300	S97	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	N02AA05	N05BA04	17	17	97	ND	ND	1	ND	1	1	0	0	0	0	0	ND	ND
40	K74	C07AB12	2,5	K74	N03AX12	600	N94	N02BE01	4000	L90	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	N02BE01	N05BA04	25	43	29	ND	7,5	1	1	1	0	0	0	0	0	0	ND	ND
75	K55	C01BD01	200	K78	C07AB07	1,25	K78	C09AA05	1,25	K86	ND	ND	C10AA03	40	K90	ND	ND	N03AA02	150	N88	ND	ND	A03AX12	ND	17	19	97	3,5	ND	1	ND	1	1	1	0	0	1	1	1	3	3
0,04	ND	N05BA04	10	P74	N06AX03	20	P76	N06AX14	37,5	P76	ND	ND	C07AB07	5	K80	ND	ND	C03CA01	20	K74	ND	ND	N02AA05	ND	26	11	32	ND	ND	1	ND	1	0	0	0	0	1	1	1	4	4
2000	ND	S01ED51	1 goutte	F93	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	A06AG07	ND	15	13	53	ND	ND	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	6	3
3000	ND	N03AX16	50	N94	N05BA04	5	P74	N06AX11	15	P03	ND	ND	G04CA01	7,5	U08	ND	ND	A06AD15	20000	ND	ND	ND	N05BA04	ND	15	10	73	ND	7,7	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	5	3
20	S97	N02AB03	0,08	S97	J01CE02	20	P74	A10BA02	1000	T89	ND	ND	A10BH01	100	T89	ND	ND	B01AC06	75	T89	ND	ND	N05BA04	N02AA01	10	10	58	ND	10	1	ND	1	0	0	0	0	1	1	0	4	2
3000	A01	C03CA01	40	ND	A12BA01	1200	ND	R03AK07	0,64	R95	ND	ND	R03BB04	0,018	R95	ND	ND	A11CC05	1666 UI	ND	ND	ND	ND	ND	34	19	98	ND	ND	0	ND	0	0	0	0	0	0	0	3	2
5	P72	B01AC06	75	K90	N02BE01	4000	A03	A06AD15	20000	ND	ND	ND	A11CC05	2222 UI	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	N02BE01	ND	20	17	80	ND	8,4	1	ND	0	1	0	0	0	1	1	1	7	3
15	P74	N05CF02	10	ND	N02BE01	3000	ND	A12BA01	600	K74	ND	ND	A11CC06	2222 UI	ND	ND	ND	A06AD15	20000	ND	ND	ND	N02BE01	ND	15	9	80	ND	8,4	1	ND	0	0	0	0	1	1	0	0	6	4
10	U08	A03AX12	480	A01	A02BC02	20	ND	A11CC05	3333 UI	T91	ND	ND	A06AD15	20000	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	N05BA04	N02AX02	17	20	94	ND	ND	1	ND	0	0	0	0	0	0	0	2	1
2222 UI	ND	B03BB01	0,7	ND	A11GA01	1000	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	16	12	54	ND	ND	1	ND	0	0	0	0	0	0	0	3	1
2,25	K78	C08CA13	10	K86	A02BC02	20	ND	A06AD15	20000	ND	ND	ND	A11CC06	3835 UI	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	18	9	86	ND	ND	1	ND	0	0	0	0	1	1	1	5	3
400	N88	A11CC05	4444 UI	ND	A12AA04	500	L95	A06AD11	10000	D97	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	25	18	98	ND	7	1	ND	1	0	0	0	0	0	0	3	3
2 S	ND	A02BC03	15	ND	A11CC05	1666 UI	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	20	17	31	ND	ND	1	ND	1	0	0	0	0	0	0	5	1
30	ND	A06AD15	20000	ND	A11CC05	3333 UI	ND	B03BB01	1,4	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	J01CE02	N02BE01	20	13	84	ND	ND	1	ND	1	0	0	0	0	0	0	2	1
20000	D12	A11CC05	2222 UI	ND	R03AC03	5	R95	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	19	24	91	ND	5,9	0	ND	0	0	0	0	0	0	0	2	1
30	P76	N02BE01	6000	A01	A02BC02	40	ND	A06AD15	20000	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	N05BA04	ND	53	25	57	1,2	ND	1	ND	1	0	0	1	1	0	0	6	4
30	P04	N02BE01	1500	A01	A02BC02	20	ND	A06AD15	20000	ND	ND	ND	A11CC05	2222 UI	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	N02BE01	ND	20	12	90	ND	ND	1	1	1	1	0	0	0	1	1	5	3
20	K87	C03BA11	1,5	K87	A02AF02	3 S	D87	N02BE01	3000	A01	ND	ND	A12BA01	1200	K87	ND	ND	B03BB01	0,7	ND	ND	ND	A02AF02	ND	10	11	89	ND	ND	0	ND	0	0	0	0	0	0	0	7	5
5	P06	N02BE01	3000	A01	A06AD15	20000	ND	A11CC05	2222 UI	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	N05BA12	ND	17	20	56	ND	8,6	1	0	1	0	0	0	0	0	0	5	2
3000	A01	A03AX12	240	A01	A02BC02	20	D02	A02AF02	3 S	D02	ND	ND	A11CC05	1111 UI	ND	ND	ND	A06AD15	20000	ND	ND	ND	N02BE01	N05BA12	15	9	87	1	ND	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
2222 UI	ND	A06AD15	20000	D12		ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	A06AD15	ND	8	9	75	ND	ND	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6	3
20	ND	N02AA05	30	ND	N02BE01	3000	ND	N05CF02	5	ND	ND	ND	A12BA01	2400	K86	ND	ND	B03BB01	0,7	ND	ND	ND	ND	ND	13	9	44	1,3	ND	1	0	0	0	0	1	1	0	0	7	4
20	ND	A12BA01	1200	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	15	13	84	1,1	ND	1	1	1	0	0	0	0	1	1	5	3
1,25	K80	C08CA13	20	K86	M05BA04	70/0,14	L95	A12AA04	1000	L95	ND	ND	A11CC05	2222 UI	L95	ND	ND	B03BB01	0,7	T91	ND	ND	N02AA05	N05BA04	8	9	77	ND	ND	1	1	1	0	0	0	0	0	0	4	2
2222 UI	T91	A06AD15	20000	ND	B03BB01	1,4	T91	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	N02AX02	ND	19	15	95	1,1	ND	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2

PATIENTS INCLUS | EXCLUS

Annexe 4 : Classification ATC des psychotropes

DCI	Code ATC		DCI	Code ATC
Alprazolam	N05BA12		lormetazepam	N05CD06
Amitryptiline	N06AA09		mianserine	N06AX03
anafranil clomipramine	N06AA04		mirtazapine	N06AX11
aripiprazole abilify	N05AX12		nordazepam	N05BA16
artane trihexyphenidyl	N04AA01		olanzapine	N05AH03
bromazepam lexomil	N05BA08		oxazepam	N05BA04
buspirone	N05BE01		paroxetine	N06AB05
clozapine leponex	N05AH02		prazepam	N05BA11
cyamemazine tercian	N05AA06		quetiapine xeroquel	N05AH04
diazepam	N05BA01		Risperidone	N05AX08
donepezil aricept	N06DA02		sertraline	N06AB06
duloxetine cymbalta	N06AX21		tiapride tiapridal	N05AL03
escitalopram	N06AB10		tropatepine / lepticur	N04AA12
etifoxine stresam	N05BX03		urbanyl clobazam	N05BA09
fluoxetine	N06AB03		valproate de sodium	N03AG01
haloperidol	N05AD01		valpromide	N03AG02
hydroxyzine	N05BB01		venlafaxine	N06AX16
imovane zolpiclone	N05CF01		Zolpidem	N05CF02
loprazolam	N05CD11		Zopiclone	N05CF01
Lorazepam	N05BA06		zuclopenthixol clopixol	N05AF02

AUTEUR : Nom : SCOTTE Prénom : Margaux

Date de soutenance : 24 juin 2021

Titre de la thèse : Pertinence de prescription des médicaments psychotropes dans les EHPAD et USLD du centre hospitalier Victor Provo de Roubaix selon le score Neuropsychiatric Inventory

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Gériatrie

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Personnes âgées, Psychotropes, Prescription, NPI, EHPAD

Résumé

Contexte : En France, la prescription des psychotropes est importante chez la personne âgée et particulièrement en institution où plus d'un patient sur deux les consomme. Ils sont cependant à l'origine d'une iatrogénie importante. Afin d'améliorer leur prescription, une évaluation des pratiques professionnelles a été réalisée dans trois résidences pour personnes âgées d'un Centre hospitalier du Nord de la France. L'objectif du travail était d'évaluer la pertinence de prescription selon le score NPI.

Méthode : Une étude observationnelle, rétrospective, multicentrique a été menée dans les trois résidences (EHPAD et USLD) du Centre Hospitalier de Roubaix. Les données démographiques, thérapeutiques et biologiques ont été recueillies à partir des dossiers informatisés. L'analyse des prescriptions s'est basée sur la présence d'un NPI>2, la présence d'une justification en commentaire sur le dossier du médecin généraliste, du médecin psychiatre ou d'une psychologue.

Résultats : Au total 294 résidents ont été inclus, la majorité de la population était féminine et l'âge moyen était de 86 ans. Le pourcentage de de résidents bénéficiant d'une prescription de psychotrope était de 68 % (n=200). La prévalence des troubles cognitifs chez les patients sous psychotropes était de 62% (n=124), et celle d'un syndrome dépressif était de 28 % (n=56). Sur la totalité des prescriptions de psychotrope, la justification était présente dans 91.5 % (n=183) des dossiers, avec 73.2 % (n=145) de commentaire du médecin généraliste, 29.3 % (n=58) de commentaire du psychiatre ou psychologue et 15.6 % (n=19) par NPI tracé et supérieur à 2.

Conclusion : Il existe une prévalence importante de prescription des psychotropes en milieu institutionnalisé. La validation de ces prescriptions par le score NPI seul n'était pas suffisante. Bien que justifiées par des commentaires cliniques pertinents dans la plupart des cas, ces prescriptions gagneraient en fiabilité si elles étaient validées, entre autres, par une échelle standardisée comme l'est le NPI.

<u>Composition du Jury</u> :

Président : Monsieur le Professeur Éric BOULANGER
Assesseurs : Monsieur le Professeur Jean Baptiste BEUSCART, Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE, Madame le Docteur Annie STANDAERT
Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean Marc LEFEBVRE