

2018-2019

# THÈSE

pour le

## DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

### **Freins et déterminants de la prescription des psychotropes chez le sujet âgé en EHPAD : enquête qualitative auprès de médecins généralistes libéraux du Maine-et- Loire.**

**PROBST Geoffrey**

Né le 23-05-1985 à Nancy

Sous la direction de M.ATSOU Kouami Adjoyi

Membres du jury

Monsieur le Professeur ANNWEILER Cédric | Président

Monsieur le Docteur ATSOU Kouami Adjoyi | Directeur

Monsieur le Professeur CAILLIEZ Éric | Codirecteur

Monsieur le Professeur GARNIER François | Membre

Soutenue publiquement le :  
02 juillet 2019

# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné, PROBST Geoffrey,  
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le 03/06/2019

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

**Directeur de l'UFR** : Pr Nicolas Lerolle

**Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie** : Pr Frédéric Lagarce

**Directeur du département de médecine** : Pr Cédric Annweiler

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine

JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérard	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine



## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LEGEAY Samuel	Pharmacologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

## AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

### **PAST**

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Physiologie	Pharmacie

### **ATER**

FOUDI Nabil (M)	Physiologie et communication cellulaire	Pharmacie
HARDONNIERE Kévin	Pharmacologie - Toxicologie	Pharmacie
WAKIM Jamal (Mme)	Biochimie et biomoléculaire	Médecine

### **AHU**

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LEROUX Gaël	Toxico	Pharmacie
BRIOT Thomas	Pharmacie Galénique	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie

### **CONTRACTUEL**

VIAULT Guillaume	Chimie	Pharmacie
------------------	--------	-----------

# REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur **Cédric ANNWEILER**.

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur **Kouami Adjoyi ATSOU**.

Merci pour tous ces temps d'échange qui m'ont aidé à maturer ce projet. Sois assuré de ma reconnaissance et de mon amitié.

A Monsieur le Professeur **Éric CAILLIEZ**.

Je vous remercie pour votre implication et pour la rigueur que vous avez pu instiller dans ce travail. Veuillez recevoir ici toute mon estime.

A Monsieur le Professeur **François GARNIER**.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Recevez l'assurance de mon plus profond respect. Merci pour votre oreille attentive dans les moments qui l'ont nécessité.

# REMERCIEMENTS

Au docteur **Jean-Paul COTINAT**.

Ce travail de réflexion a été insufflé à l'origine par votre questionnaire sur les psychotropes dans le cadre de vos missions de coordination en EHPAD.

A tous les **médecins** qui ont participé à ma formation en cours d'internat et à tous ceux que j'ai pu remplacer en post-internat.

A **Papa** et **Maman**.

A toi Papa, pour ton exemplarité ; pour l'excellence que tu as représenté en tant que médecin et en tant que père ;

A toi Maman, qui a apporté cette touche d'originalité dans une vie qui pouvait être parfois trop rigide et normative.

A **Alexia** et **Anne-Laure**, mes deux sœurs.

Ce lien de fraternité qui nous unit n'a jamais été altéré depuis les origines, et vous savez l'une comme l'autre que vous pourrez toujours compter sur moi à l'avenir.

A mes **grands-parents paternels**.

A Papy René qui s'en est allé ce premier janvier. Je garderai toujours le souvenir d'une grande bonté d'âme et d'un éternel optimisme : « De bon cœur ! » .

A Mamy Michèle pour ta gentillesse et ta disponibilité. Tu as également participé à ce que je suis devenu aujourd'hui par ton éducation !

A mes **grands-parents maternels**.

A Papy Jean. Je suis fier de reprendre la médecine générale à une génération d'intervalle !

A Mamy Paulette. Merci pour tous ces souvenirs d'enfance passés ensemble aux Issambres.

A mes **oncles** et **tantes** ainsi que **cousins**. A Coco, Pascal et Nico pour leur présence en ce jour singulier. A Djouniyouk, Nathalie, Maxime et Victoria.

A mes **amis**.

My S, je suis honoré de te savoir parmi nous en ce jour, comme j'ai pu l'être lorsque tu es devenu docteur !

A Victor, John, Julien, Nitesh, Avinash, Golgi, le Pep et tous les autres...

A tous les **co-internes** croisés au cours de mes semestres d'internat et à tous les bons moments qu'on a pu passer ensemble.

A mes **futurs patients**.

« Qu'il y a une petite glande dans le cerveau en laquelle l'âme exerce ses fonctions plus particulièrement que dans les autres parties. »

René Descartes, *Les Passions de l'âme*.

# PLAN

<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>11</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>12</b>
<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>13</b>
<b>2. MÉTHODES.....</b>	<b>15</b>
<b>3. RÉSULTATS ET ANALYSE.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 DÉTERMINANTS : LIÉS AUX PATIENTS.....</b>	<b>19</b>
3.1.1. Le tableau clinique présenté par le patient .....	19
3.1.1.1. Les troubles du comportement.....	19
3.1.1.2. Les signes de souffrance psychique.....	22
3.1.2. L'habitué au traitement, la chronicité et la stabilité clinique.....	25
3.1.3. La demande du patient et/ou de l'entourage.....	27
3.1.4. Le changement d'environnement, la rechute, l'urgence et les soins palliatifs.....	28
<b>3.2 DÉTERMINANTS : LIÉS AUX MÉDECINS ET AUX PSYCHOTROPES.....</b>	<b>30</b>
3.2.1. La formation, l'expérience personnelle et le recours aux confrères.....	30
3.2.2. Le risque de syndrome de sevrage et les modalités d'administration.....	32
<b>3.3 DÉTERMINANTS : LIÉS À LA STRUCTURE ET À L'ÉQUIPE.....</b>	<b>33</b>
3.3.1. La demande du personnel paramédical.....	33
3.3.2. Les caractéristiques de la structure.....	35
3.3.3. La psychiatrie de liaison, les aides à la prescription et l'outil informatique.....	37
<b>3.4 FREINS : LIÉS AUX PATIENTS.....</b>	<b>40</b>
3.4.1. Les modalités de prescription.....	40
3.4.2. La cause organique.....	41
3.4.3. La perte d'autonomie et la fin de vie.....	41
3.4.4. La demande de la famille.....	42
<b>3.5 FREINS : LIÉS AUX MÉDECINS ET AUX PSYCHOTROPES.....</b>	<b>42</b>
3.5.1. Réticence, faible emploi, méconnaissance et évolution des pratiques.....	42
3.5.2. Les freins liés aux psychotropes eux-mêmes.....	44
3.5.2.1. Les effets-secondaires.....	44
3.5.2.2. La polymédication et les interactions médicamenteuses.....	45
3.5.2.3. L'absence d'efficacité.....	46
3.5.2.4. La galénique et la balance bénéfice-risque.....	46
3.5.3. Modalités de prescription et échéances de prescription.....	47
<b>3.6 FREINS : LIÉS À L'ÉQUIPE ET À LA STRUCTURE .....</b>	<b>48</b>
3.6.1. La cohésion de l'équipe, les confrères spécialistes, le comportement des soignants et les effectifs en personnel.....	48
3.6.2. Différents freins en lien avec la structure.....	50
<b>3.7 FREINS : LES ALTERNATIVES THÉRAPEUTIQUES.....</b>	<b>53</b>
<b>4. DISCUSSION .....</b>	<b>57</b>

<b>4.1 PRINCIPAUX RÉSULTATS.....</b>	<b>57</b>
4.1.1. Les troubles du comportement en lien avec la démence : des déterminants majeurs.....	57
4.1.2. La demande du personnel soignant : un autre déterminant majeur.....	60
4.1.3. Les effets-secondaires : des freins prépondérants.....	62
4.1.4. Les alternatives thérapeutiques : des freins d'importance.....	63
<b>4.2 Le patient : un déterminant par sa demande ou sa pathologie.....</b>	<b>67</b>
<b>4.3 Le médecin et les psychotropes, des déterminants à part entière.....</b>	<b>70</b>
<b>4.4 D'autres déterminants notables en lien avec la structure et l'équipe.....</b>	<b>71</b>
<b>4.5 Les freins notables en lien avec le patient.....</b>	<b>75</b>
<b>4.6 Les freins en rapport avec le médecin et les psychotropes.....</b>	<b>76</b>
<b>4.7 Les freins notables en lien avec l'équipe et l'établissement EHPAD.....</b>	<b>78</b>
<b>4.8 Forces et faiblesses.....</b>	<b>82</b>
<b>5. CONCLUSION.....</b>	<b>83</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>84</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>88</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>90</b>

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
SUDOC	Système Universitaire de DOcumentation
UCC	Unité Cognitivo-Comportementale
MMS	Mini Mental State
CMP	Centre Médico-Psychologique
HAS	Haute Autorité de Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
CANTOU	Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
RTMS	Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation
SPCD	Symptômes Psycho-Comportementaux de la Démence
SFGG	Société Française de Gériatrie et de Gérologie
BZD	BenZoDiazépine
MPI	Médicament Potentiellement Inapproprié
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
TNM	Technique Non Médicamenteuse
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
CMAI	Cohen-Mansfield Agitation Inventory
NPI	NeuroPsychiatric Inventory
IC	Intervalle de Confiance
ETP	Équivalent Temps Plein
ECG	ElectroCardioGramme
ADL	Activities of Daily Living
PMSA	Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Âgé
USA	Unité Spécifique Alzheimer
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur

## RÉSUMÉ

**Introduction:** Selon les études PLEIAD (2011) et PREMS (2013), la consommation de médicaments psychotropes en EHPAD restait élevée concernant plus de 75% des patients. Le rapport VERGER pointait une sous-estimation et méconnaissance des effets indésirables comme déterminants importants. Le questionnaire portait sur les raisons du médecin généraliste (MG) de prescrire ou non des psychotropes chez le résident en EHPAD.

**Matériels et Méthodes:** Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 13 médecins généralistes libéraux du Maine-et-Loire entre juin et octobre 2018.

**Résultats:** Les principaux déterminants de la prescription des psychotropes par le MG en EHPAD étaient les Symptômes Psycho-Comportementaux de la Démence (SPCD) : agitation, agressivité, déambulation ou désinhibition comportementale, ainsi que la demande du personnel soignant pour y faire face. L'insomnie, l'anxiété ou la dépression étaient d'autres motifs de prescription. Les principaux freins identifiés étaient les effets-secondaires, sédation excessive et risque de chute. Les MG identifiaient les précautions et contre-indications à prescrire. L'existence d'alternatives thérapeutiques disponibles ou souhaitées, étaient une autre raison de ne pas prescrire. Les MG n'ont pas parlé directement des difficultés de la déprescription mais ont évoqué de nombreux obstacles tels que de déséquilibrer un état stable ou de provoquer un syndrome de sevrage.

**Conclusion:** Le recours aux alternatives thérapeutiques ou Thérapies Non Médicamenteuses nécessiterait à la fois une meilleure formation du personnel soignant et un renforcement de son effectif. Les unités spécialisées présenteraient un intérêt certain dans la gestion des SPCD. La communication entre les différents intervenants en EHPAD reste primordiale ainsi que l'approche pluridisciplinaire du sujet âgé.



# 1. INTRODUCTION

L'étude PLEIAD de 2011 portant sur un échantillon de 300 EHPAD privés faisait état que la consommation de psychotropes chez les résidents (personnes âgées, 65 à 79 ans et grand âge, à partir de 80 ans) restait élevée, puisque qu'à l'époque près de 70 % avaient une prescription d'au moins un psychotrope, dont un neuroleptique pour 19,1 % d'entre eux (1).

Les psychotropes représentaient d'ailleurs la première classe médicamenteuse prescrite en EHPAD selon l'étude PREMS de 2013, portant sur un échantillon de 439 EHPAD. 76,3 % des sujets possédaient dans leur ordonnance au moins un médicament psychotrope, la deuxième classe médicamenteuse étant représentée par les antihypertenseurs (2).

Le rapport VERGER commandité notamment par le ministère de la santé et remis en 2013 (« La politique du médicament en EHPAD ») citait parmi les déterminants de la prescription (toute classe médicamenteuse confondue) en EHPAD, la « *méconnaissance potentielle* » des effets indésirables des médicaments prescrits par le médecin généraliste, de même que « *le poids de la demande exprimée par le patient (ou sa famille), l'acte de prescrire, la symbolique du médicament dans notre société* » (3).

L'enquête de Lasserre de 2008 du réseau Sentinelles intitulé « *Déterminants de la prescription des psychotropes chez les personnes âgées en médecine générale en France* » retrouvait parmi les obstacles à la prescription des psychotropes déclarés par les médecins le « *refus du patient et le non remboursement des psychothérapies, suivis de l'impossibilité de mettre en place une psychothérapie et l'absence d'autre alternative à proposer au patient* » (4).

Parmi les thèses ayant trait à la prescription de benzodiazépines et apparentés, chez le sujet âgé, le **refus du patient** dans la déprescription et la problématique du **syndrome de sevrage** étaient récurrents (5,6). Selon la thèse d'E.Olle, les principaux motifs incitant aux renouvellements en EHPAD étaient l'**aide** apportée par le médicament tant

que bien toléré, la préexistence d'un **échec de tentative de sevrage** ainsi qu'une **pression du personnel** paramédical (7).

Le questionnement portait sur les **déterminants** et **freins** de la prescription des psychotropes chez le sujet âgé en EHPAD par le médecin généraliste libéral. Par psychotrope, on entendait la classe médicamenteuse regroupant benzodiazépines et apparentés, antidépresseurs et neuroleptiques, essentiellement. Pour ce faire, et devant le peu de données de la littérature sur le sujet, il a été décidé de réaliser une enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, auprès de médecins généralistes libéraux du Maine-et-Loire.

## 2. MÉTHODES

### Choix de la méthode

La **méthode qualitative par entretiens semi-dirigés** était la plus adaptée pour cerner au mieux la démarche de prescription des psychotropes en EHPAD par le médecin généraliste libéral.

### Population de l'étude

Les critères d'inclusion dans l'échantillon étaient d'être **médecin généraliste libéral installé depuis au moins un an dans le département du Maine-et-Loire** et d'intervenir dans **au moins un EHPAD**. Le **critère d'exclusion** était l'**absence de lien** entre le chercheur et le médecin interrogé du fait du recrutement en boule de neige.

La liste de tous les médecins généralistes libéraux du Maine-et-Loire a été obtenue auprès du **CDOM** (Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins) du Maine-et-Loire au préalable.

Le recrutement des participants a été mixte, **aléatoire** et par **boule de neige**, avec une recherche de **variation maximale**. Les participants étaient contactés soit par téléphone, soit le chercheur s'est rendu sur place pour solliciter un entretien auprès du participant.

L'**échantillon** n'était pas défini à l'avance : à **saturation des données**, il était décidé de la **fin** des entretiens.

### Conception du guide d'entretien

7 questions ont été définies dans le guide d'entretien (*annexe*). La deuxième question avait trait à la **dernière prescription** de psychotrope(s) en EHPAD par le praticien interrogé. Les 4 questions suivantes cernaient pour les 2 premières l'**initiation** d'un psychotrope, pour la suivante l'**arrêt** et pour la dernière le **maintien**. Il a semblé que le

canevas servait au mieux le sujet, et effectivement, il n'y a pas eu besoin de le modifier après les **entretiens pilotes**.

## **Recueil des données**

L'investigateur s'est rendu au cabinet des médecins interrogés. Un **formulaire de consentement** de mise à disposition des données était signé avant chaque début d'entretien. Il était précisé que les données étaient **anonymisées**. Le recueil des données a été fait au moyen de l'enregistreur audio numérique PHILIPS DVT 6010 VOICE TRACER.

Avant chaque entretien, l'accent était mis sur le recueil de l'**expérience personnelle** des praticiens concernant la prescription des psychotropes en EHPAD. L'entretien était réalisé en face-à-face, avec annotation des **données non verbales**.

Les entretiens se sont déroulés du **06 juin 2018** au **18 octobre 2018**.

## **Analyse des données**

Les entretiens audio ont été intégralement retranscrits dans le logiciel de traitement de texte **OpenOffice 4**, le plus fidèlement possible, et donc en incluant les expressions non verbales.

L'analyse des données a été effectuée au moyen du logiciel d'analyse qualitative **NVivo 12**. La lecture des VERBATIMS a permis de dégager des **unités de sens**, qui ont fait l'objet de **codage**. Des **thèmes** se sont ensuite dégagés, et des liens hiérarchiques ont pu être établis entre certains thèmes lorsque cela était nécessaire.

## **Recherche bibliographique**

La recherche bibliographique s'est faite en deux temps : une première avant le début de l'étude en 2018 et une deuxième réactualisée en 2019. Les moteurs de recherche

utilisés ont été **Pubmed**, **Google Scholar France** et le **SUDOC** (Système Universitaire de DOcumentation).

Les mots-clés utilisés dans **Pubmed** étaient en 2018 :

- « psychotropic drugs elderly general practitioners »
- « psychotropic drugs elderly nursing home general practitioners »
- « psychotropic drugs elderly nursing home »

La réactualisation des résultats en 2019 dans **Pubmed** s'est faite au moyen des mots-clés :

- « psychotropic drugs nursing homes »
- « psychotropic drugs elderly general practitioners »

La réactualisation de 2019 a été faite avec le parti pris de limiter les résultats à partir de 2010.

De la même manière, **Google Scholar France** a été interrogé avec les mots-clés « psychotropes » et « EHPAD », en 2018 et en 2019.

Enfin, le **SUDOC** a été interrogé avec les mots-clés « psychotropes » et « EHPAD », ainsi que « déterminants » et « prescription », en 2018 et en 2019.

### **Confrontation des résultats de l'analyse et de la recherche bibliographique**

La discussion a été conduite en suivant la trame des résultats obtenus. Les freins et déterminants principaux ont été discutés en premier lieu, puis les résultats secondaires ont été discutés en essayant d'établir un parallèle entre le travail et la littérature.

### 3. RÉSULTATS ET ANALYSE

13 médecins généralistes libéraux ont été interrogés sur le sujet :

Médecin	Sexe	Age	Lieu d'exercice
<b>M1</b>	F	57	Rural
<b>M2</b>	F	61	Rural
<b>M3</b>	H	36	Urbain
<b>M4</b>	H	35	Urbain
<b>M5</b>	H	59	Urbain
<b>M6</b>	F	49	Urbain
<b>M7</b>	H	63	Rural
<b>M8</b>	F	47	Semi-Rural
<b>M9</b>	H	61	Rural
<b>M10</b>	F	36	Rural
<b>M11</b>	F	38	Rural
<b>M12</b>	F	57	Urbain
<b>M13</b>	H	49	Urbain

La durée cumulée d'enregistrement était de 5 heures 33 minutes et 47 secondes.

La durée moyenne d'entretien était de 25 minutes et 40 secondes.

L'entretien le plus court durait 16 min 56 secondes tandis que le plus long 40 minutes et 27 secondes.

L'**analyse** de la retranscription des VERBATIMS a fait ressortir **269 codes** en lien avec les **freins** de la prescription des psychotropes en EHPAD tandis que **344 codes** ont été assignés aux **déterminants**. Des codes pouvaient se trouver aussi bien dans un frein et un déterminant comme ils pouvaient se retrouver dans plusieurs thèmes.

Au final, **35 thèmes** ont été définis en lien avec les **freins** et **38** avec les **déterminants**.

### 3.1 DÉTERMINANTS : LIÉS AUX PATIENTS

#### 3.1.1 Le **tableau clinique**.

**3.1.1.1** Les déterminants de la prescription des psychotropes étaient liés aux **troubles du comportement** présentés par le patient.

Figuraient au premier rang des tableaux évoqués en EHPAD **les troubles du comportement** comme l'**agitation** :

Qu'il s'agisse d'une agitation, de comportements inadaptés, de désinhibition, cela déclenchait souvent le recours aux psychotropes.

Pour **M1**, le cas dans lequel on ne pourrait « *se passer d'un psychotrope, je dirai que c'est dans les cas... où il y a des troubles du comportement plus importants.* ».

C'était d'ailleurs en premier lieu, à la question posée de l'initiation d'un traitement psychotrope, la réponse de beaucoup de praticiens :

« *Ouais, ouais. Troubles du comportement, agitation, comportements inadaptés sur les démences ou sur les... les syndromes frontaux euh... avec euh... avec désinhibition... c'est essentiellement ça.* ». (**M4**)

On voit par ailleurs que le **terrain de démence** était fréquemment associé, peut-être simplement parce que la démence est naturellement plus pourvoyeuse de troubles du comportement et/ou agitation :

« *Et euuuuhhhh... Donc, oui, j'ai une expérience de... de la prescription, notamment... les troubles... les troubles du comportement chez les... les gens..... Alzheimer ou déments.* ». (**M6**)

La **désinhibition** a été retrouvée comme motivation à l'initiation d'une prescription de psychotropes à visée sédatrice :

« Et il a des troubles du comportement à type de caractère sexuel, où il se déshabille, euh... il demande des faveurs sexuelles aux femmes... Exact. Donc du coup , il a fallu mettre en route une sédation. » (M8).

Outre les troubles du comportement à caractère sexuel, étaient également souvent évoqués, l'**agressivité** et la **déambulation**.

L'agressivité pouvait être soit dirigée contre les soignants soit envers les autres résidents.

Demandant à **M2** quelle pouvait être une raison d'initier une prescription de psychotrope, elle précisait :

« Ben des troubles du comportement. Des gens qui deviennent agressifs, qui deviennent mauvais. ».

L'introduction d'un traitement psychotrope associant benzodiazépine de longue durée d'action, neuroleptique atypique et thymorégulateur avait dû se justifier chez un patient « extrêmement violent » : « il y a eu plusieurs coups portés aux soignants et il a fallu faire des déclarations euh... auprès de leur médecin... d'a... d'accidents et d'accidents du travail, quoi. ». (M8)

**L'existence d'hallucinations** auditives ou visuelles repérées par l'équipe pouvait justifier l'introduction d'un psychotrope.

L'agressivité pouvait se manifester lors des **soins** et les rendre compliqués justifiant alors un traitement psychotrope :



« .... on va me raconter que lors des soins, il est un petit peu agressif ou euh... et... il va s'agiter, donc euh... ben je vais pas... je... je demande... je demande au personnel : « Est-ce que c'est tolérable ? » à ce niveau-là ; et dans ce cas-là, ben je vais garder le... le même niveau de...traitement. ». (M9)

Cette agressivité pouvait survenir sur un mode **aigu** nécessitant d'introduire un neuroleptique :

« ... et qui vient d'intégrer M12L1A, ettttt... avant qu'elle trouve un autre médecin, elle était hyper aggressive, et j'ai prescrit euh... euh... j'ai prescrit du TIAPRIDAL euh... ». (M12)

La **déambulation** incitait fréquemment à l'usage de psychotrope en EHPAD, que ce soit les somnifères pour éviter levers et appels répétés la nuit, ou bien des neuroleptiques dans la journée :

« Oh, oui. J'en ai prescrit la semaine dernière à M2L4 chez un patient dément, et qui déambule toute la nuit. (Tousse) ». (M2)

**M7** pour sa part disait qu' « il y a bien sûr des... psychotropes prescrits le soir de façon un peu chronique » dans l'indication « Troubles du sommeil... avec appels la nuit répétés, enfin des choses comme ça quoi, ou, des levers répétés la nuit ou... ». Pour **M11**, les neuroleptiques pouvaient s'avérer efficaces en journée pour contenir la déambulation avec des adaptations posologiques difficiles :

« Ça repartait de plus belle avec une agressivité, une déambulation euh... Donc on essaye d'adapter la dose de neuroleptiques pour vraiment euh... le... ».

**M8** attestait de l'efficacité de la prescription de neuroleptiques sur la déambulation, lui ayant enfin permis d'effectuer convenablement son examen clinique :

« et euh... et du coup, après, ben la tension cette fois-ci, j'ai réussi à la prendre debout, parce que d'autres fois, c'était impossible, avec une déambulation euh... à perdre du poids tellement il marche... ».

Certains médecins voulaient laisser libre cours à la déambulation, et donc ne pas intervenir tant sur le plan médicamenteux que des alternatives thérapeutiques (**contention**).

« ... si... si les patients déambulent, et bien on les laisse déambuler... ». (M1)

M6 pouvait préférer l'abstention thérapeutique dans le cas de déambulation, rapportant le cas de cette patiente qui s'était fracturée le col fémoral post-chute, et récusée sur le plan chirurgical :

« Je préfère que la... Moi, je préférerais que cette dame, elle déambule, et qu'elle se recasse à la rigueur... ».

Il existerait une association étroite entre **démence** et **troubles du comportement/agitation**. Un médecin avait soulevé une réflexion intéressante à ce sujet :

« Ouais, oh, c'est... Ben, ils en ont tous un parce qu'ils ont... tous des troubles plus ou moins du comportement, et... puisqu'en fait la plupart sont Alzheimer, puisque maintenant, ils ont des âges très avancés. ». (M7)

Un déterminant majeur de la prescription de psychotropes en EHPAD était lié à une **forte prédominance** de **pathologies démentielles** favorisée par une population toujours plus âgée.

3.1.1.2 Les autres déterminants de la prescription des psychotropes chez le sujet âgé en EHPAD étaient des indications spécifiques de

souffrance psychique : **dépression, anxiété, troubles du sommeil et trouble bipolaire.**

Les causes de **dépression** étaient **multifactorielles**, que ce soit le **changement d'environnement**, la **prise de conscience** de son état par le patient ou des **événements de vie** personnels :

« Alors... Pour ce qui est de la dépression, oui. Euh...(silence) Je prescris également, bien sûr. Parce qu'il y a des gens qui sont déprimés... Ben, ne serait-ce que quand ils ont conscience de leur état (rire) ! ». (M7)

Ce pouvait être le mode d'entrée dans la **démence**. La distinction entre les deux n'était pas évidente au début, comme le soulignaient plusieurs praticiens :

« ... et euh... et où du coup, dépister les syndromes dépressifs de la personne âgée, ça peut même mimer des syndromes démentiels, et des fois, c'est assez compliqué... ». (M8)

L'antidépresseur était un psychotrope régulièrement utilisé, du fait de la forte prévalence de la dépression en institution, essentiellement liée à l'**âge** :

« Moi, je trouve que, vraiment, le symptôme, enfin, « principal », c'est quand même... le syndrome principal, c'est la dépression, hein. ». (M12)

« J'ai... J'en ai quand même qui sont beaucoup sous antidépresseurs, hein. ». (M13)

L'**anxiété** était aussi un symptôme fréquent motivant le recours aux anxiolytiques. Certains déclaraient privilégier l'utilisation des anxiolytiques et antidépresseurs, plutôt que celle des hypnotiques et/ou neuroleptiques :

« ... je manipule d'avantage les psychotropes genre anxiolytique euh... antidépresseur euuuuhhh... Oui, et troisièmement, euh... hypnotiques ; les neuroleptiques je... je n'utilise pas vraiment beaucoup (silence). ». (M1)

L'anxiété motivait plus volontiers un traitement. Pour certains il semblait exister un lien entre l'**anxiété**, l'**angoisse** et l'**agitation**, pouvant favoriser les troubles du comportement :

« Et, des fois, ils sont agités aussi, parce qu'ils sont anxieux. ». (M8)

D'autres jugeaient efficace d'utiliser des antidépresseurs dans certains tableaux cliniques d'anxiété :

« Ouais. On a beaucoup de patients anxieux généralisés aussi ; et ça répond quand même bien aux... aux antidépresseurs, hein... ». (M12)

Les **troubles du sommeil** étaient un déterminant fréquent de recours à l'utilisation des psychotropes, hypnotiques ou benzodiazépines, surtout à demi-vies courtes, avec un risque de chronicisation :

« Euh... quelquefois également sur... sur les euh... les troubles de l'endormissement, 'fin plutôt les insomnies mais qui sont les inversions du nyct... euh du... » ; « ... nycthémère en fait, hein, d'accord. ». (M4)

Un médecin avançait que le recours aux psychotropes dans le cadre de l'insomnie pouvait se trouver dans l'inadéquation entre le **rythme veille-sommeil des patients** et le **fonctionnement de l'EHPAD** :

« Le problème des maisons de retraite... ils couchent les gens à 7 heures... on les lève à 7 heures. A cet âge-là, ils ont pas besoin de dormir 12 heures ; donc, pour les faire dormir, eh ben ils sont tous sous somnifère presque... Donc c'est très demandeur d'hypnotiques (toussote). ». (M2)

Enfin, le **trouble bipolaire** était un tableau pouvant être présent en EHPAD, et motivant la prescription de psychotrope ; plus particulièrement d'un thymorégulateur. Le trouble était généralement préalable à l'entrée en établissement, mais pouvait être diagnostiqué à ce moment-là :

« ... ils sont pas devenus bipolaires en venant en EHPAD... ». (M13)

« Moi, pour moi, c'est important, à l'accueil du patient à la maison... quand il est à la maison de retraite, donc pour pouvoir essayer de dépister un petit peu, si effectivement, il y a une bipolarité sous-jacente... ». (M8)

**3.1.2** Le maintien de la prescription des psychotropes en EHPAD trouvait une origine dans l'**habitude** du patient à son **traitement**, dans la **chronicité** du traitement et dans la **stabilité clinique**.

Qu'ils aient ou non des troubles cognitifs, certains patients connaissaient leur traitement, comme le soulignait **M10** :

« ... il y a des gens qui ont des troubles cognitifs et qui savent très bien qu'ils prennent le petit bleu, le petit rouge, le petit jaune... ».

Certains patients se rendaient parfaitement compte quand il y avait omission d'un traitement « mais quand ils ont l'habitude de leur comprimé, si on leur donne pas, euh... ». (M11)

Plus que l'habitude, il y avait aussi cette notion de **chronicité** du traitement psychotrope dans les ordonnances des patients, pouvant s'expliquer par la **préexistence du trouble** avant l'entrée en institution :

« ...le problème, c'est que quand ils prennent que... depuis 15 ans du... du zozo, du ZOLPIDEM la nuit, c'est quand même compliqué euh... ». (M13) ; « Mais... les gens dépressifs/anxieux y étaient avant. ». (M2)

C'est pourquoi certains se limitaient à des **prescriptions ponctuelles** :

« J'évite justement de laisser en chronicité, mais... c'est pas toujours facile, quoi. ». (M7)

Sur les **terrains psychiatriques anciens**, la poursuite du traitement psychotrope tel quel pouvait se justifier, sans empêcher les réévaluations ultérieures. Parfois des traitements psychotropes restaient en place par **absence de réévaluation** :

« Combien de fois on met en place un traitement antidépresseur à l'arrivée dans l'EHPAD ou dans les deux mois qui suivent... Qui court. Qui continue ; on revient, on renouvelle, on renouvelle ; est-ce qu'il a toujours lieu d'être ? ». (M5)

Les prescriptions de psychotropes préexistantes à l'**entrée en institution**, instaurées par d'autres praticiens, pouvaient poser des difficultés au médecin traitant dans leur gestion :

« Et puis après, c'est pas toujours simple, parce que des prescriptions, c'est pas toujours moi qui les ai commencées si... et quand des fois, je vois... je récupère des patients de confrères, et je me dis : « Ouillouillouille, (souffle) il y a déjà tout ça ; euh... comment on pourrait en enlever ? ». ». (M10)

Le maintien de la prescription de psychotropes en EHPAD chez le sujet âgé se justifierait par la **stabilité** dans le temps de l'état **clinique** du patient, ce d'autant plus lorsqu'une **amélioration clinique** avait été parfois difficilement obtenue. Les médecins privilégiaient le maintien d'un équilibre plus que le risque de décompensation lors d'une modification :

« ... j'ai pas envie de déséquilibrer un... un équilibre euh... qui a peut-être été précaire à obtenir, euh... et si il y a pas d'effets indésirables... majeurs... ». (M3)

La **stabilité clinique** et la **bonne tolérance** étaient des moteurs au maintien d'un traitement psychotrope en place :

« Ben... Si bien toléré et que le patient va bien, je garde. ». (M13)

### 3.1.3 Un autre déterminant était lié à la **demande** du **patient** et/ou de son **entourage** de manière directe et/ou indirecte auprès du médecin.

Parfois il existait une **demande expresse** du **patient** pour qu'on lui prescrive un psychotrope, le plus souvent pour des **troubles du sommeil** :

« Il faut me donner quelque chose docteur. ... Je veux dormir. ». (M1)

Le patient pouvait être à l'origine de la prescription par son insistance.

D'autres fois, il existait une **décision concertée** entre le médecin et le patient, le plus souvent en l'absence de troubles cognitifs. En EHPAD comme en ville, les patients étaient demandeurs d'explications concernant leur traitement psychotrope. Cette décision partagée était importante avant toute modification du traitement :

« Ça, on discute avec eux, quand on... quand il y a pas les troubles cognitifs, c'est essayer au maximum de discuter sur la place de ces traitements et essayer au maximum de leur faire comprendre euh... le rôle et puis les ef... les risques de ces traitements et savoir si euh... ils rentrent dans le...le...le... la décision de... de... ben si, ils rentrent dans leur décision... ». (M4)

Il est apparu la notion de dépendance et d'**attachement** du patient à son traitement psychotrope, parfois sous tendue par une peur « *affreuse* » (M9) de ne pas dormir :

« Oui, leur attachement à la molécule, ouais, certainement, ouais. ». (M9)

L'**ancienneté** d'un traitement psychotrope rendait plus difficile sa modification :

« Ceux qui en ont pendant... depuis euuuhhhh... 30-40 ans, ceux-là, c'est beaucoup plus difficile... ». (M3)

La demande de la **famille** constatant des troubles avait pu motiver voire forcer à la prescription d'un psychotrope :

« Y'a parfois les familles, aussi. Donnez-lui quelque chose. Elle arrive en EHPAD...là, ça va pas du tout, elle pleure, elle est pas bien euh... euh... ben... ». (M5)

**3.1.4** La prescription de psychotropes a pu être déterminée en EHPAD dans certains **contextes spécifiques** : le **changement d'environnement**, le contexte de **rechute**, l'**urgence** et les **soins palliatifs**.

La perte d'autonomie a fait qu'à un moment ou à un autre, il n'y a pas eu d'autre solution que de **changer** de **milieu de vie** pour le patient, passant ainsi du **domicile** à l'**EHPAD**. Cette transition du domicile à l'EHPAD avait pu s'avérer difficile, générant un cortège d'éléments dépressifs pouvant indiquer la prescription de traitement **antidépresseur** :

« Parce que c'est compliqué de rentrer en EHPAD, c'est un deuil, rentrer en EHPAD... mais c'est fréquent qu'on est obligé de prescrire des antidépresseurs les 6 premiers mois, qu'on supprime hein ; au bout de 6 mois, ils en ont plus, hein. ». (M6)

Dans certaines circonstances, le retrait d'un médicament ayant permis la stabilité clinique avait entraîné la réapparition du trouble avec une **rechute**. Les médecins distinguaient la **rechute** avec réapparition des troubles initiaux, et le **syndrome de sevrage** à l'arrêt se traduisant par l'apparition d'effets indésirables, signant une dépendance physique à la substance psychoactive :



« la diminution et l'arrêt » du traitement « ... ensuite ont refait rejaillir des... des manifestations dépressives... c'est pour ça... que je l'ai pas arrêté c'est parce que le... le... avant j'ai dû essayer à... d'arrêter et du coup, ça avait rechuté. ». (M3)

Il existait chez plusieurs médecins cette volonté de diminuer le traitement devant une stabilisation, mais la **réapparition des troubles** incitait au maintien du traitement psychotrope :

« ... si la personne est stabilisée, je vais essayer de le... de le baisser. Et... Et alors, justement, en baissant, si j'ai réapparition de troubles, euh... anxieux euh... d'agitation, et tout ça ; là, je vais arrêter la... la décroissance, quoi. ». (M9)

« En fait, je pense au... au RISPERDAL ; ben, voilà, quand on le diminue et qu'on voit que les personnes se remettent à crier, par exemple... ». (M6)

La prescription de psychotrope dans le contexte de l'**urgence** a été très peu abordée. La prescription dans le cadre de l'urgence a été évoquée à propos du médecin coordonnateur (MCO) :

« Ben je pense que le médecin coordonnateur dans l'EHPAD doit le faire, si le... s'il a à le faire, il doit le faire que s'il est acculé, et qu'il n'a pas de médecin sous la main, et qu'il y a une urgence. ». (M5)

Enfin, un **contexte de soins palliatifs** pouvait expliquer l'usage de psychotropes en EHPAD. Le but recherché dans ces circonstances-là était essentiellement d'apporter un apaisement au moyen par exemple de benzodiazépines ou de neuroleptiques :

« Donc nous avons mis en place euh... tout un... une procédure collégiale... tout un... protocole ; et dans le protocole, j'ai prescrit euh... de l'ALPRAZOLAM pour dire que euh... en... en... lien avec de l'ORAMORPH pour justement essayer de... de m'adapter et de donner du confort à la patiente... ». (M1)

Le sujet âgé en EHPAD en situation de soins palliatifs pouvait donc présenter de l'**angoisse** mais aussi de l'**agitation** :

« ... comme c'était une prise en charge palliative d'un monsieur de 98 ans, on avait mis un anti-douleur et un psychotrope à visée euh... pas sédative, mais anxio... anxiolytique plutôt ; euh... mais un peu sédative aussi, parce qu'il arrêtait pas de sauter de son lit euh... et tomber du lit par terre, et... et d'hurler, 'fin il y avait une angoisse évidente et... et euh... et des douleurs, et une agitation. ». (M10)

### 3.2 DÉTERMINANTS : LIÉS AUX MÉDECINS ET AUX MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Un nombre moindre de déterminants liés aux médecins et aux psychotropes a pu être identifié, au regard de ceux en lien avec le patient et la structure et/ou l'équipe en EHPAD.

**3.2.1** Les déterminants de la prescription liés aux médecins étaient essentiellement liés à leur **formation**, leur **expérience personnelle** et les possibles recours à des **confrères**.

La **formation** des médecins semblait être un déterminant de la prescription des psychotropes en permettant d'améliorer leurs connaissances sur leur maniement chez le sujet âgé. La place de la **Formation Médicale Continue (FMC)** était primordiale qu'elle soit interactive et/ou pratique :

« D'abord, un... D'abord, je pense qu'une euh... euh... un e-learning ou une formation de FMC pour que... pour qu'on nous reparle des psychotropes en ETHAD... en EHPAD, ce serait très bien ; parce que euh... parce que les choses bougent, parce que les... les habitudes changent ; parce que les psychiatres eux-aussi se renouvellent et que, ils

*prescrivent plus du tout les mêmes médicaments... J'ai besoin d'entendre les gens. ».*  
(M1)

*« ... j'aime bien le système de formation qui s'appelle par exemple « Preuves et pratiques », euh... où je vais depuis des années, parce que euh... on nous expose un cas euh... très précis, très pratique par rapport à notre activité de tous les jours ; et tous les 1/4 d'heure, on change de sujet, donc, voilà... Et c'est tout de suite, c'est-à-dire, dès que je vais avoir eu la... la formation, dans l'heure qui suit, je vais pouvoir mettre en pratique ce que je viens d'apprendre. ».* (M6)

L'**expérience personnelle** était un déterminant de la prescription des psychotropes en EHPAD. Elle pouvait résulter du **parcours professionnel** comme de l'**habitude** personnelle à l'utilisation des mêmes molécules. Une expérience antérieure en **service de psychiatrie** pouvait se révéler facilitante dans l'usage des psychotropes :

*« Donc l'utilisation des psychotropes et tout ; les avoir utilisés déjà en psychiatrie pour avoir bossé un an en psy... » ; « ... ça, je sais faire, et du coup, voilà. J'ai ma béquille de secours au cas où. ».* (M8)

*« ... et puis, il y a des molécules qu'on manipule plus facilement que d'autres parce qu'on en a l'habitude. ».* (M5)

En cas de doute sur la prescription de psychotrope ou dans des situations d'impasse thérapeutique, il arrivait que les médecins fassent appel à des **confrères**. Il pouvait alors s'agir d'un conseil de la part du médecin coordinateur, d'avis ou d'une prescription faite par un gériatre, un psychiatre ou un autre confrère :

*« ... en ayant aussi eu un contact avec... un gériatre du CHU, ou un médecin... avec qui on va se coo... on va se... (inspire) se mettre d'accord sur quelle prescription donner éventuellement, et à que... à pe... bien sûr, toujours, à toute petite dose, avec une surveillance et une adaptation du traitement au fur et à mesure de l'évolution... ».* (M5)

L'expertise de certains **spécialistes** pouvait trouver son intérêt dans des cas particuliers :

*« Donc on a demandé au pneumologue (déglutit). La pneumologue m'a dit : « Euh... les benzodiazépines, ben... non ; mais par contre, mets un peu de neuroleptiques, t'auras moins d'action sur euh... sur la fonction respiratoire. ». Donc on a mis un peu de RISPERDAL... ». (M6)*

Le recours au service de psychiatrie, par l'intermédiaire de la **psychiatrie de liaison** ou directement avec le médecin **psychiatre**, pouvait s'avérer très utile pour optimiser les prescriptions :

*« A un moment, j'étais dans le flou, je savais pas trop quoi faire, et du coup j'ai demandé l'avis du psychiatre ; et le compte-rendu du psychiatre était euh... euh... : « Syndrome de glissement. Voir pour un éventuel changement de... de l'antidépresseur. ». ». (M11)*

Enfin, il arrivait que les molécules auxquelles voulaient avoir recours les médecins généralistes libéraux soient à **prescription initiale spécialisée** :

*« ... donc j'ai mis du LAMICTAL, euh... et ça marchait pas très bien ; et donc euuuuhhhh... je l'ai envoyée en psy, et elle est sous LEPONEX, maintenant, d'accord... ». (M13)*

### 3.2.2 Les déterminants de la prescription liés aux médicaments psychotropes étaient principalement représentés par le risque de **syndrome de sevrage** et les **modalités d'administration**.

L'apparition d'un **syndrome de sevrage** était un déterminant important dans le sens où les tentatives de diminution et/ou d'arrêt pouvaient se solder par des échecs, contraignant à maintenir les psychotropes au long cours. Cela pouvait nécessiter des

décroissances de doses sur de la longue durée. La classe thérapeutique fréquemment concernée par le syndrome de sevrage restait celle des **benzodiazépines**.

Ainsi l'exemple de cette patiente, qui s'est vu tout arrêter lors d'une hospitalisation :

*« Ah, ça a été une catastrophe... Une catastrophe, dans... dans... dans le sens que ben... ben... (à voix feutrée) dans le sens que... elle est pas bien du tout... ».* (M5)

Les **modalités** pratiques **d'administration** étaient à la fois un frein et un déterminant à la prescription des psychotropes en EHPAD. Le mode d'administration pouvait être conditionné par la capacité de prise par le patient et par le tableau clinique. L'administration *per os* **en gouttes** était perçue d'une grande praticité pour un certain nombre de médecins, permettant d'ajuster au mieux la posologie :

*« ... pour certains psychotropes, on a la chance de les avoir en gouttes et après, de... de passer au... au mode « gouttes » pour aller de plus en plus doucement, oui. ».* (M1)

Le mode d'administration pouvait être déterminant dans le recours à certains psychotropes et devant des tableaux cliniques l'exigeant :

*« ... et puis en utilisant... parce que, au moment où il est arrivé, on pouvait encore utiliser du LOXAPAC en IM, si jamais il était... il était agité... ».* (M8)

### 3.3 DÉTERMINANTS : LIÉS À LA STRUCTURE ET À L'ÉQUIPE

**3.3.1 La demande du personnel paramédical**, voire la pression, en EHPAD, sur le médecin prescripteur était un déterminant important de la prescription de psychotropes.

Des médecins se rejoignaient sur l'idée que la prescription des psychotropes était très souvent motivée par la demande du personnel soignant de l'établissement, souvent à juste raison :

« *Il faut pas se leurrer, en EHPAD, c'est beaucoup à la demande des soignants aussi.* ». (M11)

Ces demandes étaient souvent dues à l'existence de **troubles du comportement** des patients, et principalement l'**agitation**. Ces demandes pouvaient être directes comme indirectes :

« *Alors, en EHPAD, très très très très souvent les infirmières nous... nous appellent euh... euh... il est agité, il... il se lève la nuit, il emmerde ses voisins euh... y compris euuuuhhh... en cantou, hein c'est... c'est-à-dire en milieu fermé, là...* ». (M9)

Parfois, c'était plus le **ressenti des équipes** et non une demande franche qui pouvait amener ou non à une prescription de psychotrope :

« *Alors... euh... de la part du personnel soignant, on ne le demande pas, on nous le dit. On dit pas : « Il faut lui donner quelque chose », on dit : « Oh ben tiens, on a l'impression qu'elle dort pas très bien, euh ... que elle se réveille souvent la nuit, que, est-ce que ce serait pas... est-ce qu'on doit lui donner quelque chose ou pas ? » ; mais c'est pas vraiment une demande, c'est... c'est vraiment nos... voilà, on nous renseigne sur l'état... sur les nuits des patients.* ». (M1)

La « *pression* » du personnel soignant ressentie par certains médecins pouvait être moins évidente (ou directe) et plus l'expression de leur sentiment :

« *C'est rarement une demande de l'équipe ou alors elle est... elle est euh... elle est... elle est exprimée autrement, quoi : « Elle est agitée, qu'est-ce qu'on peut faire ? ».* ». (M4)

Ces demandes de prescription de la part du personnel soignant pouvaient aussi traduire une **souffrance du personnel** face à la gestion de certains patients :

*« C'est l'équipe soignante qui est en souffrance et qui nous dit : « Docteur, il faut faire quelque chose, on en peut plus. ». ». (M6)*

A un certain moment, les équipes n'avaient pas d'autre choix que de solliciter le médecin traitant pour faire face à des troubles du comportement. Les médecins ne réagissaient pas forcément toujours de la même manière. Ils répondaient de façons différentes aux sollicitations, soit en y accédant, soit en trouvant des alternatives :

*« Quand on prescrit et qu'il faut pas prescrire, c'est qu'on prescrit pour avoir la paix parce que l'infirmière est derrière-nous. ». (M6)*

Les demandes pouvaient aussi émaner des **aides-soignantes**, en situation de plus grande proximité avec les patients, qui auraient une certaine incompréhension face au non recours systématique aux psychotropes dans les troubles du comportement :

*« ... et ne comprennent pas qu'on... qu'on puisse ne rien faire... Parce que ne rien faire pour les aides-soignantes, c'est compliqué. ». (M5)*

**3.3.2 Les caractéristiques de la structure – établissement EHPAD –**  
pouvaient influencer indirectement la prescription des psychotropes chez le sujet âgé.

Plusieurs praticiens s'accordaient à dire que les **profils des résidents** avaient évolué au cours de leur pratique. Les patients étaient toujours plus âgés en maison de retraite, avec une **prévalence de troubles cognitifs** toujours plus importante. Il y a quelques décennies, la moyenne d'âge des résidents était plus basse alors qu'elle a considérablement augmentée actuellement, avec de plus en plus de patients en déclin cognitif :

*« Bennnn... Alors... euuuhhhh... Ben parce qu'ils sont beaucoup plus âgés ; ils sont beaucoup plus dépendants ; ils sont beaucoup euh (inspire)... ils... niveau communication, ils ont beaucoup plus de troubles cognitifs, euh... ». (M9)*

**M2** avouait, après s'être entretenue avec un correspondant spécialiste **neurologue**, dont le service reçoit « ... les déments qu'on arrive pas à stabiliser... » :

«... : « Préparez-vous. Il faut que le personnel de maison de retraite se prépare. Dans quelques années, y'aura de plus en plus de déments, donc ils seront obligés d'être placés. Ce sera 100 % de déments dans les EHPAD, hein. ». ». (**M2**)

Certains avaient le sentiment de **moins prescrire** de psychotropes qu'auparavant :

« ...fin j'ai une impression qu'on en prescrit moins, quand même... Moi j'ai... enfin... Moi... Ou alors, moi personnellement, j'en prescris moins, je pense. Je... Je fais plus attention à ça. ». (**M9**)

Le **rythme de fonctionnement** de l'établissement EHPAD, notamment sur les levers ou couchers, pouvait conduire à la prescription de psychotropes, plus volontiers de benzodiazépines et d'hypnotiques. Des médecins rapportaient une possible inadéquation entre le rythme de fonctionnement de l'établissement et le rythme biologique veille-sommeil chez le sujet âgé.

Les psychotropes permettraient de gommer l'inadéquation entre les deux rythmes, pour adapter le rythme des patients à celui de l'établissement :

« Ah ça, c'est évident, puisque compte-tenu des contraintes horaires qu'a le personnel... ils sont bien obligés de les imposer aux résidents ; ce qui... alors, certains résidents qui ont leurs facultés cognitives ben... s'occupent, se... sont aussi tributaires de ce rythme-là, mais, mais ils s'occupent avec la télévision, la lecture ou autre ; alors que ceux qui ont des troubles cognitifs, ben... (prolongé puis rit) on est bien obligé de les calmer... et entre guillemets pour qu'ils puissent se soumettre au rythme de travail, quoi, de... de l'équipe. » (**M7**)



Enfin, les **effectifs en personnel**, les **moyens financiers** des établissements et le **secteur géographique** (rural/urbain) pouvaient indirectement influencer sur la prescription de psychotropes.

Les **effectifs en personnel**, notamment la nuit, pourraient expliquer les prescriptions chroniques de psychotropes. Les patients ne dormant pas feraient souvent appel au personnel, les psychotropes permettant alors de pallier au manque d'effectif :

*« ... on hésite à les supprimer, dans la mesure où les nuits se passent bien... mais euh... quand je vois qu'elles sont 2 la nuit sur un site où il faut... La distance entre les extrémités, c'est énorme. Euh... Quand ça se passe bien, on laisse... ce qui explique les prescriptions chroniques, je pense. ».* (M7)

Des **moyens financiers** permettant d'avoir un **réfèrent psychiatre** sur place pourraient avoir un impact sur la prescription des psychotropes :

*« ... et puis euh... sinon euh... ouais, une aide... une aide psy ou même quelqu'un qui serait vraiment réfèrent psy sur place ; ça, ça serait euh... ça serait top, mais euh... Ça manque un peu d'argent, je pense, pour euh... pour recruter... ».* (M4)

L'hypothèse que le **secteur géographique** pourrait influencer sur la prescription des psychotropes a été émise par un médecin, avec l'idée que la création d'unités d'accueil spécifiques telles que les **UCC (Unités Cognitivo-Comportementales)** pourraient influencer à la baisse la prescription de psychotropes en **milieu urbain** :

*« Alors peut-être que aussi c'est parce que c'est lié à une activité aussi... urbaine... Est-ce que... en campagne, c'est différent, est-ce que... je... ».* (M5)

**3.3.3** L'intervention de la **psychiatrie de liaison**, certaines **aides à la prescription** et l'**outil informatique** étaient décrits comme facilitateurs de la prescription de psychotropes en EHPAD.

Certains établissements EHPAD disposent d'avis spécialisés psychiatriques, par l'intermédiaire du **médecin psychiatre** en personne, d'**infirmières de psychiatrie de liaison** ou de **psychologues**. Il pouvait y avoir des passages programmés du médecin psychiatre :

*« ... on a dans nos maisons de retraite, on a aussi un psychiatre qui passe de façon mensuelle... C'est le même en général, parce que ce... ce... ce... ce sont des... des psychiatres qui rayonnent sur un même secteur... ».* (M1)

Parfois, l'avis était sollicité directement par le médecin généraliste libéral, mais plus souvent par le personnel habitué à travailler avec eux. Un médecin bien qu'y faisant peu appel en reconnaissait l'utilité :

*« Alors... Les appeler directement, ou le personnel soignant est bien habitué déjà à travailler avec eux, et à ce moment-là, ils... ils sollicitent le médecin psychiatre directement. ».* (M12)

Un EHPAD pouvait disposer d'une **psychologue** et de passages de l'**équipe mobile du CMP** de son secteur :

*« ... on a une psychologue qui peut voir les résidents euh... pour faire un petit point ; c'est aussi elle qui réalise les MMS etc. euh... et puis on a une équipe... c'était le CMP... qui venait une fois ou deux par mois et euh... qui passait voir les... les résidents qui en avaient le plus besoin ; donc on sait qu'il y a un passage de temps en temps, et les infirmières n'hésitent pas à nous dire : « Ben... Est-ce que vous pensez que ça peut être intéressant que on propose à telle personne d'être vue par l'équipe du CMP ? ». ».* (M10)

On comprend bien qu'un passage d'un psychiatre en EHPAD ou la remontée d'informations de la part de psychologues ou équipe mobile de psychiatrie pouvait entraîner de manière directe ou indirecte la prescription de psychotropes en EHPAD.

Concernant les **aides à la prescription**, celles qui ont pu être évoquées étaient l'**outil internet**, le **livret thérapeutique** ou encore la **prescription à distance**. Un livret thérapeutique listant les classes thérapeutiques susceptibles d'être prescrites chez le sujet âgé pouvait faciliter les prescriptions, tout en pouvant également les freiner :

*« Alors c'est vrai que quand je vais sur... quand je suis sur le logiciel de... (s'éclaircit la voix) de... de l'EHPAD, si je prescris un psychotrope puis, enfin... comme tous... tous les médicaments, d'ailleurs, et puis que je vois qu'il est pas dans le livret thérapeutique, je vais aller regarder ce qu'il y a dans le livret thérapeutique ; pour voir s'il y aurait pas quelque chose qui me conviendrait... Parce que... parce que il est très bien fait, puis il y a... puis je pense que dans le livret thérapeutique, il y a à peu près ce qu'il... ce qu'il faut, quoi. ».* (M9)

Certains praticiens avaient leurs **outils propres** :

*« ... moi, j'avoue que j'ai mes pt'ites... pas mes petites fiches informatiques qui me permettent de récupérer tous les... toutes les données rapidement, donc en terme de prescription, j'ai pas de soucis particuliers... »* (M4)

La **prescription à distance** pourrait constituer un gain de temps notable pour les praticiens libéraux :

*« Ça, c'est un outil informatique qu'il faudrait développer (inspire). Et donc, moi je suis obligé, soit de téléphoner, soit de me déplacer pour consulter les données là-bas. ».* (M7)

### 3.4 FREINS : LIÉS AUX PATIENTS

**3.4.1** Les freins à la prescription des psychotropes chez le sujet âgé en EHPAD étaient en grande partie liés aux **modalités de prescription** : **contre-indication, indication** et **prescription conditionnelle**.

Le patient âgé, fragilisé, pouvait présenter de nombreuses **insuffisances** d'organes. Certains praticiens avaient pu citer la présence de **contre-indication**, comme une **insuffisance respiratoire** pour les benzodiazépines :

*« Parce qu'en fait, c'est une dame en plus qui a une insuffisance respiratoire, donc les benzos, c'est pas très indiqué, euhhmm... » (M11).*

**M4** indiquait pour sa part y réfléchir à deux fois avant d'introduire une molécule chez un **insuffisant rénal** :

*« 'Fin, les insuffisants rénaux, par définition, eux, j'aime bien savoir ce que je mets avant de... de faire des mélanges explosifs... ».*

Pour d'autres praticiens, l'étiologie de la démence pouvait contre-indiquer la prescription de certains psychotropes :

*« ... un diagnostic euh... euh... de... d'une démence à corps de Lewy qui contre-indiquerait l'utilisation des neuroleptiques, par exemple. » (M8).*

Ce même praticien citait les **troubles du rythme cardiaque**, pouvant contre-indiquer la prescription de **neuroleptiques** ou de certains **antidépresseurs** :

*« et puis des QT longs ; enfin, quand je dis troubles du rythme, QT longs, enfin voilà. Donc, maintenant, moi, j'ai un ECG portatif donc ... » (M8).*

L'**indication** pouvait constituer un frein à la prescription d'un psychotrope déjà en place. Ainsi, l'**absence de réévaluation** et donc la **disparition de l'indication** d'un psychotrope en place pouvait constituer un frein à sa poursuite :

« Bennnn, euh.... Ils ont peut-être une justification, ils en ont peut-être pas ; ils l'ont eue à un moment donné, ils l'ont peut-être plus après... » (**M5**).

La **prescription conditionnelle** pouvait constituer un autre frein par le fait que la délivrance du médicament ne survenait uniquement que lors de la présence du trouble. Il s'agissait du « *si besoin* ». Rapportant les paroles des infirmières en EHPAD, **M10** déclarait :

« Elles me disent euh... : « Ben là, on lui a pas redonné, parce qu'il va mieux et c'est plus calme ; par contre, ça serait bien que vous puissiez nous laisser la prescription parce que, s'il y a une agitation un soir ou une nuit, qu'on puisse ajuster en fonction. ». ».

**3.4.2** Le **trouble du comportement** du sujet âgé en EHPAD pouvait être dû à une **cause organique**. Il s'agissait de faire la part entre une cause psychiatrique et/ou démentielle et une cause somatique.

**M8** le rappelait en particulier dans les cas d'agitation :

« Et puis, surtout quand ils sont agités, ben il faut aller chercher ailleurs ; donc ce que l'on appelle les fameuses épines irritatives : est-ce qu'il y a une infection urinaire ? Est-ce que... ».

**3.4.3** Pour certains praticiens, la **perte d'autonomie** et la **fin de vie** pouvaient justifier de l'abandon du recours aux psychotropes.

Parfois, sur des terrains avec grande perte d'autonomie, il avait pu arriver que la perte d'autonomie soit accrue par la prescription de psychotrope. **M4** témoignait :

« ... et puis du coup, des fois on débouche sur euh... 'fin moi, ça m'est arrivé une fois sur une perte d'autonomie plus rapide avec un... un... pour contenter plutôt les... le comportement... alors qu'il aurait fallu simplement changer pt'et de... de secteur... ».

A la question des motivations pouvant faire arrêter les psychotropes, **M2** répondait sans détour que la perte d'autonomie et la fin de vie étaient très liées :

« La fin de vie... Ouais, oui, oui, ou... ou... ou quand leur état se stabilise et qu'ils deviennent... parce que ils... ils se grabatissent un petit peu, ils deviennent moins déambulants moins... tout ça, donc on peut gérer ça autrement. ».

**3.4.4** La **demande de la famille** pouvait constituer un frein à part entière à la prescription des psychotropes.

Les médecins citaient régulièrement le cas de familles regrettant une **trop grande sédation** du patient, limitant les échanges avec lui :

« et...pis y'a les familles qui... veulent pas venir voir les gens et les trouver assis en train de dormir dans un fauteuil toute la journée. ». (**M2**)

### **3.5 FREINS : LIÉS AUX MÉDECINS ET AUX MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES**

**3.5.1** Les principaux freins à la prescription des psychotropes en lien avec le **médecin** étaient la **réticence à la prescription**, le **faible emploi** ou la **méconnaissance** des molécules et l'**évolution des pratiques**.

La **réticence à prescrire** se traduisait de différentes manières suivant les médecins. Pour **M12**, il y avait cette dualité entre la nécessité dans certains cas d'une prescription de psychotrope et la volonté d'y recourir le moins possible :

*« ... je pense qu'on y a très régulièrement recours et... et euh... et en même temps, on essaie de... on essaie d'en faire le moins d'usage possible ; alors c'est... c'est, ouais, c'est... c'est une réponse de breton ou de je sais pas quoi, mais... de normand, mais euh... ».*

Pour **M10**, le risque d'effets indésirables pouvait la rendre réticente à la prescription :

*« ... j'essaye de les diminuer au maximum du... du... parce que on y connaît toutes les... tous les effets indésirables, donc on essaye d'en... d'en mettre un minimum possible ».*

Pour **M4**, la crainte d'inscrire la prescription dans la durée pouvait constituer un frein :

*« ... j'ai une réserve, vraiment, sur les... les psychotropes dans le sens où... j'ai euh... j'ai pas l'impression que ce sont des prescriptions à mettre au long cours en général... ».*

La **réticence** prenait même la forme d'une **peur** chez **M9** :

*« Je suis un peu réticent. Euh... J'en ai peur, je pense, ouais. Ouais... Euh... J'ai peur des effets secondaires, j'ai peur du (tapote sur son bureau)... (inspire profondément) principalement peur des chutes, quoi, parce que... ».*

Le **faible emploi** de la classe des psychotropes pouvait constituer un frein à leur prescription par manque d'aisance à les manier :

*« D'abord c'est pas une... c'est pas une catégorie de... de médicaments que j'utilise beaucoup, surtout chez les personnes âgées... on ne prescrit bien que ce que l'on connaît bien... et je ne suis pas du tout à l'aise... ».* (**M1**)

**M9** avouait que ses **connaissances** sur le sujet étaient un peu **limitées** :

*« Ça serait bien que je fasse un petit rappel, ouais. ».*

Enfin, l'**évolution des pratiques** constituait un frein du fait de l'accent mis sur un usage potentiellement excessif de la prescription des psychotropes chez le sujet âgé en EHPAD :

*« Euh... Je trouve que y'a eu quand même une sensibilisation... quand même... assez importante... je pense des... de la... de l'HAS, de... de l'ARS, des médecins coordonnateurs des EHPAD... enfin, sur les prescriptions des psychotropes dans les EHPAD... ».* (M5)

Pour autant, **M12** pensait que bien qu'il y ait eu une prise de conscience, la place des psychotropes en EHPAD restait toujours aussi importante en terme quantitatif :

*« Je pense qu'on était moins vigilant il y a 20 ans en arrière... Même si on en prescrit beaucoup... Toujours beaucoup. ».*

### 3.5.2 Il existait de nombreux **freins** liés aux médicaments **psychotropes**.

#### 3.5.2.1 Les **effets secondaires**.

Beaucoup de praticiens s'accordaient à dire que l'un des freins majeur était la **iatrogénie** :

*« Ah ouais... Quels sont les freins ? Euh... ben clairement la iatrogénie, hein, les effets secondaires, parce que... »* (M4).

Les principaux **effets secondaires** listés par les praticiens étaient en premier lieu le **risque de sédation excessive** et le **risque de chute**. A la question des motivations à l'arrêt d'un traitement psychotrope, **M8** répondait tout de go :

*« Ahhhh, et ben, euh... D'abord, la sédation trop forte (rires)! ».*



Concernant le **risque de chute**, benzodiazépines et neuroleptiques étaient souvent incriminés, bien que pour **M1**, les hypnotiques pouvaient en être pourvoyeurs :

*« Alors il est certain que je prescris pas trop d'hypnotiques parce que j'ai toujours peur euh... de... de... d'entraîner donc chez les personnes qui sont encore valides euh... des chutes... des chutes si elles se lèvent la nuit et donc d'éventuelles complications genre fracture du col du fémur euh... ».*

D'autres praticiens craignaient d'autres effets secondaires comme celui de ce patient sous **neuroleptique** avec un **syndrome extrapyramidal** marqué :

*« ... Euh... où la sédation était tellement importante que le... le patient marchait plié par terre, c'est-à-dire la tête touchait presque ses pieds, sans chute, d'ailleurs, pour lui... ».*  
**(M8)**

**3.5.2.2 La polymédication et les interactions médicamenteuses** chez le patient âgé constituaient un autre frein à la prescription de psychotropes.

Les praticiens pouvaient en venir au point où ils ne savaient plus attribuer l'imputabilité de l'effet recherché d'un psychotrope par rapport à un autre :

*« ... parce que je considère, qu'au bout d'effectivement 5-6 lignes, on maîtrise pas grand-chose (inspire) ; et que, quand t'as 3 ou 4 psychotropes en même temps, on sait même pas lequel est actif... » .**(M4)***

**3.5.2.3 L'absence d'efficacité** revenait régulièrement dans les motifs pouvant justifier de l'arrêt d'une thérapeutique.

Des terrains de **démence profonde** pouvaient expliquer l'absence d'effet recherché, par exemple concernant les antidépresseurs :

« ... voilà, il y a vraiment une démence profonde ; et en fait, on se rend compte qu'on arrête ou qu'on continue les antidépresseurs... ça change rien à leur comportement, donc... ». (M11)

L'équipe soignante pouvait remonter l'information au praticien , vivant quasiment au quotidien avec le patient, de l'absence d'efficacité de la molécule, motivant donc l'arrêt :

« L'infirmière a dit : « Franchement, ça n'a rien changé. », où au bout de 7 jours, on a arrêté, pour euh... je parle pour les anxiolytiques classiques; on a préféré l'enlever, voyant qu'il n'y avait pas d'effet, euh... plutôt que de le laisser... ». (M10)

**3.5.2.4** La **galénique** et la **balance bénéfice-risque** pouvaient constituer d'autres freins en lien avec le médicament psychotrope.

La **galénique**, autrement dit le **mode d'administration**, pouvait poser problème notamment dans le cas de **troubles de la déglutition**, comme l'ont souligné plusieurs praticiens :

« Alors on... on... on... se retrouve avec des fois des médicaments qui sont écrasés, comprimés, machin... et on ne sait pas. Et on... on... on s'aperçoit que, ben, c'est pas du tout efficace, 'fin... a posteriori ; alors, on nous rappelle, on dit : « Ben, ça va pas du tout. », euh... machin... donc on se dit : « Ben tiens, c'est bizarre. ». ». (M5)

L'écrasement des comprimés participait à une modification de la pharmacocinétique et à l'extrême à une absence d'efficacité.

Dans un contexte de troubles de la déglutition et de fin de vie, **M10** se refusait à recourir à de l'injectable pour apaiser un patient, et était donc dans une impasse :

*« Ouais, mais c'est... plutôt comme ça ; je me dis : « Bon, il peut rien avaler ; j'ai pas envie de le piquer parce que je trouve que c'est quand même invasif... » ; donc entre deux, on a pas... c'est pas exceptionnel, 'fin, notamment dans les fins de vie. ».*

Parfois, le contexte de l'agitation-agressivité ne permettait pas de faire usage de la galénique la plus communément utilisée, le traitement **per os**, et imposait la forme **injectable** :

*« ... on a du modifier les traitements pour tout passer en injectable, parce que chez cette patiente, c'était ingérable, quoi. Elle était violente, agressive, elle mordait, elle tapait, elle criait en permanence, quoi. ».* (M8)

Après instauration d'un traitement, la **balance bénéfice-risque** était régulièrement réévaluée par les médecins. Lorsque le risque devenait supérieur au bénéfice, la prescription pouvait être revue à la baisse ou arrêtée, et inversement. M4 le disait bien de manière explicite :

*« ... si les effets secondaires supplantent les bénéfices en terme de... de... de vie, de... d'action, j'ai tendance à arrêter le traitement... ».*

**3.5.3** Certaines **modalités de prescription** et des **échéances de prescription** pouvaient représenter un frein à la prescription des psychotropes.

La **prescription sécurisée** pouvait poser problème pour certains praticiens :

*« (rires) Non, mais c'est tout... pour nous emmerder, quand même. La prescription sécurisée de... du ZOLPIDEM euh... ça fait chier. ».* (M13)

Les **échéances de prescription** pouvaient selon le contexte entraîner un arrêt du psychotrope. Le praticien avait dans l'idée qu'une fois instauré, il anticipait déjà l'après et se mettait un rappel à l'échéance pour un arrêt, à expiration de l'ordonnance :

« Et puis, après, quand on prescrit quelque chose, en gériatrie, il faut toujours se dire :  
« Pour combien de temps je le prescris ? ». Donc, avec les ordinateurs, c'est facile (déglutit). Moi, j'ai... j'ai des petits post-it, où je mets hop, prescription de l'antidépresseur, top, 2 ans par exemple, ou top, 6 mois. ». (M6)

### 3.6 FREINS : LIÉS À L'ÉQUIPE ET À LA STRUCTURE

**3.6.1** Les freins à la prescription des psychotropes en EHPAD, liés à l'**équipe**, reposaient sur la **cohésion de l'équipe** médicale et paramédicale, sur les **confrères spécialistes**, sur le **comportement des soignants** vis-à-vis des résidents et accessoirement sur les **effectifs en personnel**.

La **cohésion dans l'équipe** en EHPAD pouvait pêcher par un **défaut de communication**, comme il a pu l'être souligné à plus d'une reprise, notamment entre médecin coordonnateur et médecin généraliste intervenant en EHPAD. **M2** le traduisait en ces termes :

« Quelquefois on soulève des... des problèmes au médecin coordonnateur qui dit :  
« Écoute, c'est ton patient, c'est toi qui vois. ». Alors qu'il y aurait pt'être quelquefois quelque chose de global... » ;

le cas cité précédemment pouvant s'appliquer par extension à d'autres situations que l'usage des psychotropes ; mais de manière plus spécifique, il est arrivé que **M5** se rende compte qu'une prescription de psychotrope avait été faite par le médecin coordonnateur sans une concertation préalable, ce qui n'avait pas été pour lui plaire, chez cette patiente démente :

« Je dis : « Est-ce qu'elle a vu la psychologue ? », « Non, non, non. » ; Ben, je dis :  
« Ce serait bien qu'elle voit la psychologue » ; bon... ( claque pouce-index) Je reviens ;  
il y avait une prescription de MIRTAZIPINE... Ça me paraît pas justifié, ce genre de

*choses. C'est pas... et en plus, ça... ça... ça...ça... ça risque de... d'entretenir une mauvaise relation entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant. ».*

A contrario, la **bonne communication** de l'équipe et de fréquentes réunions de concertation pluridisciplinaires pouvaient permettre de solutionner un problème autrement que par voie médicamenteuse. Le non-recours à un psychotrope s'était justifié par **M6** de la manière suivante :

*« Parce que, justement, on a pris le temps. On s'est mis autour de la table, et on a discuté : « Comment on peut faire ? » ; et pis, y'a, par exemple, à M6L7, où j'interviens beaucoup ; au cantou, c'est des équipes qui sont très formées sur les troubles du comportement et qu'ont compris que la solution était pas le comprimé, avec une directrice et une IDEC qui est à f... qui est... qui est bien formée sur l'humanité. ».*

Les **confrères** du médecin généraliste, qu'ils soient **médecin coordonnateur (MCO)** ou **spécialistes**, pouvaient participer à une moindre prescription de psychotropes, soit en influençant ses décisions, soit en agissant directement sur les prescriptions :

*« Ben on a des é... On a des... des médecins coordinateurs, hein, en EHPAD, hein, qui nous incitent un petit peu à... à réduire au maximum, hein, les psychotropes... ».*  
**(M12)**

De son côté, **M2** reconnaissait :

*« Alors on a déjà les neurologues qui sont anti-psychotropes, donc qui dans tout... tout... quand ils voient les gens, qu'ils suivent des démences et tout ; ils sont assez favorables pour qu'on arrête pas mal de médicaments. Seulement, eux ils les gèrent pas dans les maisons de retraite. Ils voient pas ce qui se passe. Donc on essaie des arrêts. Quelquefois (tousse), on est obligé de ré-introduire. C'est pas bien mais... ».*

Le **comportement des soignants** pouvait impacter la prescription des psychotropes. Suivant leur approche, ils pouvaient permettre d'apaiser le patient, et ainsi se passer de l'usage d'un sédatif, par exemple dans les situations d'agitation et/ou d'agressivité. **M6** en témoignait :

*« Donc c'est important de... le... le comportement qu'on peut avoir dès qu'on franchit le seuil de la chambre et dès qu'on est avec eux. Et ça (déglutit), quand les équipes soignantes ont compris ça et sont formées à ça, mais, euh... je prescris pas de neuroleptiques au cantou de... de M6L7. ».*

Enfin, il semblerait que les **effectifs en personnel** puissent impacter la prescription des psychotropes, à savoir qu'une carence en effectif pourrait entraîner une hausse de la prescription des psychotropes, et vice-versa. C'est ce que semblait constater **M5**, qui dans son parcours avait été médecin coordinateur en EHPAD :

*« Mais... mais moi, je suis persuadé que si on avait plus de personnel dans les EHPAD et si on avait plus de psychologues dans les EHPAD, on prescrirait moins de médicaments. ».*

**3.6.2** Les freins à la prescription des psychotropes en EHPAD, liés à l'**établissement** lui-même, dépendaient de l'existence d'**unités spécialisées**, de l'**absence de supports** d'aide à la prescription, et d'**alertes informatiques** dans les logiciels de prescription. On comptait également comme freins la **dotation de l'établissement**, l'existence ou non d'une **pharmacie** propre à l'établissement et certaines **modalités de prescription**.

Les **unités spécialisées** permettaient la réduction de prescription de psychotropes pour certains médecins. Ces unités pouvaient par leur cadre mieux prévenir certains troubles psycho-comportementaux, comme le soulignait **M10** à propos du **PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés)**. La réduction de l'anxiété conduisait à une réduction de l'usage des psychotropes :

*« ... les patients déments peuvent y aller ; et c'est plus pour les stimuler ; faire des activités ; et effectivement, à partir du moment où ils sont un peu occupés ou un peu ensemble avec d'autres personnes qui sont autour, je pense que ça permet aussi de réduire l'anxiété du... de la journée. ».*

L'existence d'unités extérieures à l'EHPAD, telles que les **UCC (Unités Cognitivo-Comportementales)** susceptibles de prendre en charge les troubles du comportement les plus sévères, pouvait apporter une explication à la diminution de l'utilisation des psychotropes en EHPAD :

*« ... enfin, sur les prescriptions des psychotropes dans les EHPAD, et je trouve que ils sont quand même en...en... en nette... en nette diminution. Alors, est-ce que c'est ça ou est-ce que c'est parce qu'il y a eu la création d'unités, d'UCC, ou choses comme ça, qui font que... on concentre les patients à cet endroit là... ».* (M5)

L'**absence de supports** d'aide à la prescription pouvait constituer un problème à la prescription des psychotropes pour quelques praticiens.

Pour **M4**, les aides à la prescription absentes en EHPAD auraient pu prendre la forme de fiches, ce qui lui aurait apporté un gain de temps notable lors de ses passages en EHPAD :

*« ... moi ce que, dans l'idéal, ce qui me manquerait aujourd'hui dans ma pratique, c'est qu'ils aient euh... qu'ils aient des fiches de... de... voilà, dans... dans chaque bureau infirmier où ils ont les molécules en disposition ; éventuellement les posologies, parce que quand je m'adapte au produit, des fois, il faut que... ».*

Les **alertes informatiques** pouvaient représenter un frein à la prescription d'un traitement psychotrope ou à sa poursuite. Elles pouvaient être instaurées de manière intentionnelle par le médecin ou générées par le logiciel de prescription. Dans le premier cas, **M6** nous faisait part de « Post-it » sur l'informatique et d'alertes :

« Ils me disent, attention, top, attention, il y a un truc qui bippe en rouge, dans un coin de l'ordinateur... ah, oui, donc, je l'ai commencé le... je sais pas, moi, je vais dire le 10 septembre 2016, est-ce qu'il est judicieux et tout. Et là, on en discute avec l'équipe : « Vous le trouvez comment ? » et tout. « Bon, eh ben, ok, je déci... je décide de diminuer de moitié, on refait le point le mois prochain. ». ».

D'autres alertes pouvaient être générées par le logiciel lorsqu'il détectait des interactions médicamenteuses, au moment de l'édition de l'ordonnance :

« Sinon, il y a, quand vous... on vous demande d'imprimer l'ordonnance, avant, il y a, à l'EHPAD... il y a une alerte vous disant : « Ça, c'est incompatible avec tout ça. », quoi. ». (M9)

La **dotation de l'établissement** était parfois jugée comme restreinte, comme tenait à le souligner **M4** :

« Moi, c'est vraiment un problème que j'ai rencontré euh... Donc on fait ça avec euh... avec ce qu'il y a sur place. On peut toujours le faire venir, mais c'est pas si évident que ça... ».

Certains établissements EHPAD étaient dotés d'une **pharmacie** propre, d'autres non. La présence d'une pharmacie et d'un pharmacien permettait d'augmenter la pharmacovigilance. **M9** faisait part de son expérience à ce sujet :

« Quelquefois le pharmacien ... quelquefois, il nous passe un petit coup de fil en disant ben : « T'es... T'es sûr que tu veux vraiment mettre ça, que la dose... », tout ça ; donc, on discute ensemble, donc c'est... Ça peut être intéressant. ».

La **multiplicité** des **logiciels informatiques** présents en EHPAD, le grand nombre d'identifiants et mots de passe pouvaient poser problème :



*« Vous allez dans 10 maisons de retraite différentes, et 10... c'est 10... le... 10 logiciels différents, c'est 10 codes différents ; c'est chiant, aussi. ».* (M13)

### 3.7 FREINS : L'EXISTENCE D'ALTERNATIVES THÉRAPEUTIQUES POUVAIT S'OPPOSER À LA PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES EN EHPAD

Pratiquement tous les praticiens avaient émis des avis quant aux **alternatives thérapeutiques** aux psychotropes en EHPAD. Le **dialogue** avec le patient, avec différents intervenants, pouvait selon **M5** apporter une efficacité aussi probante que les psychotropes sur la gestion de troubles. Il identifiait les intervenants qui pouvaient se positionner en alternative :

*« Ah, ben, les recours, c'est... psychologue, c'est euh... c'est euh... C'est les psychologues, c'est la famille, c'est la personne elle-même, c'est euh... C'est l'environnement de l'EHPAD, c'est plein de choses. ».*

Le dialogue pouvait aussi prendre la forme de **psychothérapie de soutien** par un psychiatre, après évaluation par la psychiatrie de liaison détachée du CMP, et n'était pas forcément assortie d'une prescription :

*« Je n'ai pas souhaité modifier son traitement ni majorer par d'autres médicaments euh... et du coup, euh... j'ai fait intervenir le... le CMP qui se déplaçait en structure ; et euh... avec après des consultations en externe avec un psychiatre sans prescription médicamenteuse, et ça a permis euh de ... la sortir de... de cet état de prostration. ».* (M3)

Des **approches comportementales** du patient dément en EHPAD pouvaient constituer une bonne alternative à la prescription des psychotropes, notamment benzodiazépines et neuroleptiques. **M6** précisait lorsqu'elle fut médecin coordonnateur avoir formé ses équipes à l'**humanité**, qui ne faisait pas partie de leurs référentiels. Ceci avait généré une moindre prescription de psychotropes, significative :

*« Et du coup, j'en ai parlé dans les maisons de retraite où j'allais, et, et... là, M6L7, ils ont vraiment intégré ça, et alors, quand je vais chez eux, ils me demandent jamais de prescrire des... des psychotropes, jamais. ».*

**M8** faisait part d'une autre approche pouvant constituer une alternative aux psychotropes, la **validation**, méthode mise au point par Naomi Feil, psychosociologue américaine :

*« On fait de la validation aussi ; on sait pas des fois ce qu'ils nous disent, mais c'est pas grave, on va dans leur sens, même si on sait que nous, on est pas schizophrène (rires)... Et ben, en fait, on va discuter avec le patient, même si on sait pas trop ce qui se passe, mais on va... on va é... on va aller dans son sens... ».*

Les **activités en établissement**, les **animations**, permettaient selon **M3** de se positionner en alternative aux psychotropes :

*« ... c'est essayer de le mettre dans des animations, de le faire intervenir dans les euh... euh dans les... toutes les animations prévues dans les structures, pour, voilà, essayer de sortir de cette... de... de cette agitation, l'occupation psychique est importante pour éviter de... voilà de... de s'enfermer dans une... dans une... dans sa pathologie quoi. ».*

Les **unités de vie protégées** spécifiques Alzheimer ou **CANTOU** dédiées à la gestion des démences et des troubles du comportement inhérents, autorisaient une moindre utilisation des psychotropes pour **M9** :

*« Alors, bon, ben j'disais là, dans les... dans les cantous, dans le cantou, je pense que (inspire) c'est... c'est un endroit où ils doivent déambuler, donc là je vais essayer de moins... de moins prescrire un psychotrope. ».*

Parfois, la **contention physique** s'imposait en plus ou à la place des psychotropes :

« Ah ben oui on en prescrit...de temps en temps... y'a des.. des familles qui préfèrent la contention aux psychotropes...Ça les marque moins que voir la personne à moitié endormie ou un peu dans le coaltar, quoi. ». (M2)

D'autres techniques différentes de la contention existaient et pouvaient être un bon substitut aux psychotropes, les **enveloppements**, provoquant un effet d'apaisement chez le patient comme en faisait part **M8** :

« ... de faire des enveloppements en mettant les patients dans un... au lit et les en... et les faire comme une momie dans les draps parce qu'il y a... à ce moment-là où ils sont apaisés. ».

La **musicothérapie** et la **zoothérapie** étaient citées comme potentielles alternatives pour procurer un apaisement chez les patients le nécessitant :

« La musique, on a une euh... une dame qui vient sur son temps libre jouer de la guitare aux dames démentes euh... qui n'ont aucun contact avec l'extérieur ; et euh... et ben je pense que indirectement, je sais pas ce qu'elles en entendent ; mais j'imagine que ça doit pas faire de mal... à M10L4, ils ont euh... l'animateur a un chien ; et je pense que... ce type de... de chose, avoir un animal... si remarquez, à M10L1, il y a un chat, aussi. Mais euh... avoir un... Les animaux domestiques, ça peut aussi... ». (M10)

Parmi les **autres thérapeutiques alternatives**, étaient citées la **phytothérapie**, les **placebos**, les **huiles essentielles** et la **RTMS**.

**M9** répondait qu'en termes d'alternatives thérapeutiques, il pouvait lui arriver de mettre des **antihistaminiques sédatifs** comme de la **phytothérapie** avec l'EUPHYTOSE :

« Alors moi je... je suis pas du tout euh... 'fin je prescris pas d'homéopathie, je prescris... (inspire) Alors euh... Ça m'arrive quelquefois le... l'EUPHYTOSE, DONORMYL, des choses comme ça, quoi, mais... ».

Les **placebos** étaient plus volontiers envisagés par **M6** :

*« En EHPAD, c'est plus facile parce que euh... il y a des pharmaciens qui nous font des placebos de couleur... Placebo-comprimé blanc, placebo-comprimé rose, et... voilà, on arrive et tout. ».*

Les **huiles essentielles** étaient évoquées par **M1**, **M8** et **M11**. Le terme employé par **M11** était **aromathérapie**. Revenant à son usage des psychotropes, **M1** confiait qu'en première intention, elle se servait plus facilement des huiles essentielles chez la personne âgée en EHPAD :

*« Deuxièmement, donc, j'utilise davantage maintenant les... les euh... les... les huiles essentielles qui... qui... qui ont prouvé un petit peu leur efficacité ; euh... ensuite, euh... vraiment, c'est au... au coup... au coup par coup, quoi donc... je... vraiment je... j'utilise le moins possible ces médicaments, mais s'il le faut, je le ferai. ».*

La **RTMS (Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation)** avait été évoquée par **M13**, mais dans une situation spécifique, chez une patiente ayant une **dépression résistante** à tout traitement médicamenteux :

*« C'est une dame qui est dépressive tout le temps ; et qui se plaint tout le temps, surtout ; toute la journée, elle est jamais contente, alors... voilà, elle a tout ce qu'il faut en LAMICTAL, antidépresseur, anxiolytique, hypnotique euh... Avec ça, ça ne marche pas ; donc on lui a proposé la RTMS (inspire)... ».*

## 4. DISCUSSION

### 4.1 PRINCIPAUX RÉSULTATS

Les principaux **déterminants** de la prescription des psychotropes chez le sujet âgé en EHPAD ressortant de ce travail étaient **les troubles du comportement et/ou l'agitation** ainsi que la **demande du personnel** soignant au médecin ; ceci concernait principalement l'initiation, mais aussi parfois l'arrêt d'un psychotrope.

Les **troubles du comportement** étaient à rapprocher de l'existence d'une grande part de **sujets déments** en EHPAD. Ces troubles pouvaient prendre le masque d'une **agitation**, d'une **agressivité**, d'une **déambulation** comme d'une **désinhibition comportementale**. Le **personnel soignant** pouvait être demandeur de prescription de psychotropes pour gérer d'autres symptômes tels que l'**insomnie**, l'**anxiété** ou la **dépression** ; mais la demande de **gestion de troubles du comportement**, dont l'agressivité, était au **premier plan**.

Les principaux **freins** liés à la prescription des psychotropes étaient leurs **effets secondaires** et la possible existence d'**alternatives thérapeutiques**. Le **risque de sédation excessive** et le **risque de chute, principaux effets secondaires** étaient des **freins majeurs** à la prescription. De multiples **alternatives thérapeutiques**, pouvant compléter ou éviter le recours aux psychotropes, ont été listées. La **psychothérapie**, les **approches comportementales**, les **activités occupationnelles**, l'existence d'**unités dédiées** aux démences étaient, parmi d'autres, les principales recensées. Leurs principales limites relevaient de leur mise à disposition. Les difficultés liées à la déprescription n'ont pas été abordées directement.

**4.1.1** En ce qui concerne les **troubles du comportement**, souvent en lien avec la **démence**, ils étaient souvent rapportés comme **une raison de prescription** de psychotrope dans la littérature comme dans ce travail.

Les troubles du comportement plus communément identifiés sous le vocable « Symptômes Psycho-comportementaux de la Démence » (**SPCD**) ont été détaillés dans un article de 2007 de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (**SFGG**) se référant à l'*International Psychiatric Association* (IPA). Les principaux signes étaient :

délires et troubles de l'identification, hallucinations, agitation, instabilité psychomotrice, compulsions, désinhibition, apathie, hyperémotivité et réactions catastrophes, des conduites alimentaires, sexuelles... pour l'essentiel (8).

Un article australien de 2015, déroulé sous forme d'analyse d'un cas clinique en maison de retraite, soulignait que les **SPCD** les plus fréquemment rencontrés restaient l'**agressivité (physique et verbale)**, l'**opposition aux soins** et l'**agitation**, concordant avec les items trouvés dans le travail (9).

La **déambulation persistante** (Odds Ratio 2.53, 95 pour cent IC 1.59, 4.01) était le second motif le plus fortement associé à l'usage des psychotropes dans une étude néo-zélandaise de 2015 (10).

Dans une étude belge de 2013, ¼ des résidents de maisons de retraite étaient sous antipsychotiques (11). Dans la majorité des cas, les antipsychotiques étaient initiés en maison de retraite (38,1%). Les **troubles du comportement** étaient à l'origine de 82,3 % de l'initiation des antipsychotiques, avec **perturbation de l'activité** (47,1 %), **agitation/agressivité** (39,4%) et **hallucinations** (27,9%) comme indications principales.

Une étude de cohorte française de 2016 a montré que les patients âgés **déments** étaient surexposés de manière chronique à l'utilisation des psychotropes (12). Elle portait sur une population incluant des résidents en maison de retraite et des sujets âgés hors institution. Un point important était que le **diagnostic de démence** était associé approximativement à un risque 3 fois supérieur de se voir prescrire **au moins un psychotrope**. Il existait toujours cette association entre **démence** et **forte consommation de psychotropes**, alors que le consensus voulait que les patients

déments soient traités avec la plus grande précaution.

Selon une autre étude française de 2015 publiée dans le JAMDA, les résidents âgés de **plus de 85 ans** et ceux atteints d'une **démence** étaient plus enclins à avoir une **prescription potentiellement inappropriée**. Il existait un fort lien entre être atteint d'une **démence** et avoir une **prescription inappropriée de neuroleptique** (13).

Une étude norvégienne récente de 2017 explorant les **facteurs associés** à la **persistance** de la prescription des **psychotropes** en maison de retraite montrait comme l'étude que les **antipsychotiques** étaient souvent utilisés pour traiter les **symptômes neuropsychiatriques** tels que **l'agressivité**, **l'agitation** et les **symptômes psychotiques** chez les résidents déments (14). Des **symptômes neuropsychiatriques** plus **sévères** étaient associés à l'usage persistant des antipsychotiques, des antidépresseurs, des anxiolytiques et des sédatifs.

Une étude néerlandaise de 2012, cherchant à identifier les raisons de prescrire un antipsychotique dans les **SPCD**, constatait que les motifs d'initiation de ce type de traitement étaient **l'agitation** et **l'agressivité**, sensiblement comme dans ce travail (15).

Dans une étude néerlandaise de 2017, **l'initiation** des traitements **psychotropes** était occasionnée par une fugue, une **agression verbale** ou **physique**, ou la perte d'un être cher (16).

Une étude longitudinale rétrospective canadienne de 2015 partait du constat que les antipsychotiques étaient prescrits dans de nombreuses situations de **symptômes psycho-comportementaux de la démence (SPCD)** (17). Les **troubles cognitifs sévères** et la **démence** étaient les plus fortement associés à un nouvel usage d'antipsychotique. Les **problèmes comportementaux** et les **conflits** des résidents avec à la fois le personnel, les amis et la famille, étaient fortement associés à un **nouvel usage** d'antipsychotique.

Dans l'étude de *Cohen-Mansfield et al.2013*, il était également mis en évidence que 92,5 % des médecins généralistes prescrivaient des antipsychotiques dans l'**agitation** liée à la démence (18).

L'initiation d'un antipsychotique dans la gestion d'un **SPCD** était faite majoritairement dans une situation d'**agressivité** (63% des répondants) selon une étude australienne de 2017, comme dans ce travail où l'agressivité entraînait une prescription (19).

Dans une revue de la littérature suisse de 2016, un point clé était que les **SPCD** étaient un des troubles mentaux les plus significatifs en maison de retraite (20).

Dans une étude transversale slovène de 2011, la **démence** était l'une des trois causes principales de prescription de psychotropes en maison de retraite. L'**agitation** était le deuxième facteur prédictif le plus important retrouvé (21).

On voit donc bien que les symptômes majeurs à l'origine de l'initiation et de la poursuite en maison de retraite d'un traitement psychotrope, plus particulièrement les **antipsychotiques** (ou neuroleptiques), restent les **SPCD**, comme on a pu l'identifier dans la littérature et en concordance avec ce travail.

**4.1.2** Comme dans ce travail, la **demande du personnel soignant** semblait être fréquemment une cause de prescription.

En EHPAD, la demande de l'équipe soignante au médecin généraliste libéral pour prescrire des psychotropes pouvait être de nature diverse, comme dans le cadre d'une **insomnie**, mais le plus souvent pour des **troubles du comportement**.

Une étude australienne de 2016 suggérait que les médecins généralistes et les psychiatres ressentaient souvent une **pression** pour prescrire des antipsychotiques dans le traitement des **troubles du comportement** et des **troubles du sommeil** (22). Certaines infirmières auxiliaires rapportaient être submergées et sous qualifiées pour gérer les **SPCD**. Le personnel en visite, notamment les médecins, percevait que les



psychotropes étaient souvent demandés par le personnel sur place comme une solution à leur **détresse** face aux troubles du comportement. L'étude précisait que l'usage des psychotropes pourrait être un mécanisme d'adaptation des équipes en réponse au stress.

Cette idée de demande du personnel en lien avec les **SPCD** se retrouvait dans l'étude néerlandaise de 2012, portant spécifiquement sur les **SPCD** en maison de retraite. La pression des infirmières était ressentie par 17 % des médecins pour inciter à prescrire, donc non majoritairement ressentie, paradoxalement (15). L'étude précisait quand-même que dans **2/3 des cas**, l'initiative de la prescription des antipsychotiques revenait aux infirmières, contrairement à ce que croyaient les médecins, qui pensaient être à l'origine de la décision. Cela rejoignait l'idée prégnante de ce travail que dans une grande partie des cas, l'**initiation** d'un traitement **psychotrope** trouvait son origine dans la **demande du personnel**.

Les résultats de l'étude australienne de 2017 suggéraient que le **personnel infirmier** avait l'**influence la plus large** sur la prescription des **psychotropes** dans le cadre des **SPCD** (19).

Des travaux antérieurs avaient trouvé une corrélation entre un fort niveau d'utilisation d'antipsychotiques et le **stress élevé du personnel** ainsi qu'un **ratio personnel-patient bas** (23).

Dans une thèse de médecine de 2015 portant sur l'attitude des médecins généralistes face aux prescriptions chroniques de benzodiazépines, les auteurs mentionnaient la **demande du personnel** soignant en EHPAD comme moteur dans la reconduction des benzodiazépines en EHPAD (24). Le **sentiment d'impuissance** face à l'absence de choix pouvait conduire à laisser au long cours les benzodiazépines.

Dans la thèse de médecine d'E.OLLE sur les benzodiazépines et molécules assimilées en EHPAD, 26,35 % des médecins éprouvaient des difficultés à limiter l'initiation d'un traitement par benzodiazépines (**BZD**), principalement en raison de la **demande de**

**l'équipe paramédicale**, soit l'un des deux déterminants principaux retrouvés dans cette étude. L'un des trois principaux motifs incitant aux renouvellements en EHPAD des benzodiazépines était la **pression du personnel** paramédical (7).

Une thèse qualitative de médecine de 2018 étudiant le ressenti du personnel soignant face aux troubles du comportement en EHPAD, trouvait un **sentiment de stress** et d'**épuisement professionnel** de la part d'infirmières interrogées, liés à la gestion des troubles du comportement (25). La raison invoquée était l'aspect chronophage nécessité par la gestion de ces troubles :

*« On a aussi nos choses à faire alors des fois, on en a un peu marre et des fois on ne prend pas assez le temps. »* (INF4).

#### 4.1.3 Les **effets secondaires** ou la **iatrogénie** dus aux psychotropes semblaient être les freins prépondérants.

Les **effets secondaires** tels que **chutes**, **sédation excessive** et **mortalité accrue** pouvaient être des **freins** au maintien des traitements psychotropes en maison de retraite, comme l'avait montré l'article australien de 2015 (9). Cela confortait l'un des deux principaux freins identifiés dans ce travail, en lien avec la iatrogénie, à savoir le risque de **sédation excessive** et le **risque de chute**. L'article soulignait que les effets secondaires tels que le syndrome pseudo-parkinsonien, un risque accru de chutes, d'événements cérébrovasculaires et de mortalité accrue devaient être pris en considération (9).

Dans l'étude néerlandaise de 2012, les effets indésirables les plus souvent attendus parmi les médecins et les infirmières étaient le **risque de chute** et la **sédation excessive**, ainsi que les syndromes pseudo-parkinsoniens ; ces derniers syndromes étant identifiés dans les entretiens, notamment par **M8** avec le syndrome extrapyramidal marqué du aux neuroleptiques (15).

A l'inverse, les effets secondaires des psychotropes étaient estimés minimes dans l'étude néerlandaise de 2017, contrastant avec l'opinion des médecins interrogés dans

ce travail, qui les redoutaient (16).

La revue de la littérature suisse de 2016 avait identifié 790 articles adaptés à la thématique des effets secondaires dus aux psychotropes en maison de retraite et chez le sujet dément (20). 23 articles avaient été retenus pour analyse. Il en ressortait que les **effets secondaires** les plus fréquemment répertoriés étaient la **mortalité** (toutes causes cardiovasculaires confondues), les **chutes** et/ou les **fractures**, les **événements cardiovasculaires** ou **cérébrovasculaires**.

L'étude australienne de 2016 soulignait quant à elle que les principaux **effets secondaires** des psychotropes chez les résidents en maison de retraite étaient la **sédation**, la **confusion** et les **chutes** (22).

Enfin, une étude française de 2018 portant sur la polymédication et les Médicaments Potentiellement Inappropriés (**MPI**) de 451 maisons de retraite françaises déclarait que les **benzodiazépines** et les médicaments **anticholinergiques** (*hydroxizine*, *cyamemazine*, *alimemazine*) comptaient pour une large part de **MPI** (donc à risque d'entraîner des effets secondaires). Les 3 anticholinergiques cités correspondaient à un antihistaminique sédatif et à deux **neuroleptiques** ; soit, en incluant les **benzodiazépines** de l'étude, 2 classes thérapeutiques chefs de file des psychotropes (26).

**4.1.4** Un autre frein important était l'existence d'**alternatives thérapeutiques**, pouvant éviter ou être associées aux psychotropes chez le sujet âgé en maison de retraite.

Les **interventions non pharmacologiques** étaient apparues comme étant rapidement prometteuses, d'après la revue de la littérature suisse de 2016 (20).

La revue de la littérature croate publiée en 2016 concluait sur l'idée qu'il était nécessaire d'implémenter des traitements non pharmacologiques prouvés tels que la **psychothérapie** et les Thérapies Cognitivo-Comportementales (**TCC**), aussi bien chez

le sujet âgé en institution que chez les sujets hors institution, pour essayer de réduire l'usage des psychotropes et dans l'idéal de les arrêter (27).

Les médecins de l'étude néerlandaise de 2012 pensaient qu'une **meilleure formation du personnel** permettrait de rendre les interventions non pharmacologiques plus efficaces. Parmi les interventions non pharmacologiques, le **recours à un psychologue** était utilisé avant d'utiliser les thérapeutiques médicamenteuses (15).

Dans les Thérapeutiques Non Médicamenteuses (**TNM**) mises en exergue par l'article australien de 2015, il semblait que les mesures de niveau de preuve le plus élevé dans la gestion des **SPCD** étaient la **formation de l'équipe** et les **activités individuelles** récréatives (9). Cela rejoignait l'avis de certains praticiens de ce travail pour lesquels les **animations** en établissement ou **activités occupationnelles** pouvaient se positionner en alternative aux psychotropes.

Selon l'étude australienne de 2016, la formation minimum des infirmières auxiliaires rendait difficile la mise en pratique des approches non pharmacologiques (22).

Il n'y avait pas une assez grande connaissance de la part des infirmières et des médecins des **TNM** selon l'étude néerlandaise de 2017 (16).

A contrario, une méta-analyse américaine de 2016 évaluant les **interventions non-pharmacologiques** dans la gestion de l'**agitation** et l'**agressivité** en maison de retraite concluait à une **insuffisance de preuves** quant à l'**efficacité** des mesures non pharmacologiques (28). Cette revue systématique évaluait les preuves de l'efficacité des interventions non pharmacologiques (*formation du personnel dans le soin, différents modèles de délivrance des soins, changements de l'environnement*) pour réduire l'agitation et l'agressivité dans les maisons de retraite et les complexes pour patients déments. Elle montrait que leur efficacité était toute relative pour certains symptômes. Toutefois, si cette efficacité était toute relative, ces méthodes n'avaient **pas** rapporté d'**effets secondaires**.

Un des **freins** à la recommandation par les médecins généralistes de la gestion non pharmacologique des **SCPD** était le **manque d'efficacité** des techniques non pharmacologiques, placées en quatrième position, dans l'étude australienne de 2017 (19).

Dans sa thèse, E. OLLE s'appuyant sur l'étude australienne RedUSE de 2009 déclarait que la **formation** et l'accompagnement des équipes soignantes étaient des conditions indispensables pour améliorer la prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement. E.OLLE suggérait de développer des alternatives thérapeutiques comme les **TCC** et la création de **PASA** (7).

Selon la thèse de G.BLANC, l'un des moyens de mieux gérer des troubles du comportement en EHPAD serait de renforcer la **formation initiale** des **IDE** (Infirmières Diplômées d'État) et des aides-soignantes. Des **formations complémentaires** pourraient aider à mieux appréhender les troubles du comportement. Étaient citées l'**Humanitude**, la méthode de **Validation** de Naomi Feil, l'approche **Carpe Diem** de Nicole Poirier et l'approche **Montessori** (25).

L'humanisme et la validation étaient d'ailleurs deux **approches comportementales** préconisées par deux des praticiens de ce travail. Parmi plusieurs pistes d'amélioration, il semblait que les **PASA** et les **UHR** (Unités d'Hébergement Renforcées) pouvaient apporter un soulagement aux équipes.

Selon une thèse de médecine de 2014 recherchant les facteurs associés à l'utilisation des antipsychotiques en EHPAD dans 8 pays européens, les chances d'utiliser des antipsychotiques diminuaient si l'EHPAD possédait une **unité spécifique de démence** (29). Ce résultat concordait avec l'opinion émise par un des praticiens de ce travail comme quoi les unités spécifiques Alzheimer autoriseraient une utilisation moindre de psychotropes.

Quelques données suggéraient que la **contention physique** était potentiellement plus à risque que l'usage de psychotropes, d'après la revue de la littérature suisse de 2016 (20).

Certaines études ne reconnaissaient qu'une efficacité faible des **TNM**, ce qui expliquait que bien que les psychotropes puissent faire l'objet d'une grande volonté de déprescription, ils restaient à usage majoritaire en EHPAD. Par ailleurs, la **formation** du personnel soignant était souvent associée aux **TNM**, et l'**insuffisance** de **formation** pouvait être responsable d'un moindre recours à ces **TNM**.

La musicothérapie avait été évoquée par un médecin de ce travail ; l'article australien de 2015 listait en sus de la **musique** (niveau de preuve modéré à élevé), les **sons** diffusés (exemples cités l'air de la montagne et le ressac, niveau de preuve intermédiaire à élevé), la **présence stimulée** de la **famille** et **audiocassettes personnalisées** (niveau de preuve modéré), la **stimulation cognitive** (niveau de preuve modéré), la **thérapie par réminiscence** (niveau de preuve faible) et enfin la **luminothérapie** (niveau de preuve faible). L'**aromathérapie** présentait un niveau de preuve modéré à élevé (9).

Un essai contrôlé randomisé norvégien de 2013 portant sur 14 maisons de retraite, 4 danoises et 10 norvégiennes, s'était employé à montrer l'effet de la **musicothérapie** sur l'agitation dans la démence. Le bras contrôle dispensait des soins standards tandis que le bras témoin prodiguait de la musicothérapie. Le but était d'observer à 0, 7 et 14 semaines l'impact de la **musicothérapie** sur l'**agitation** et sur la prescription de psychotropes. L'étude avait objectivé une diminution de l'agitation et une possibilité de **réduire** les médicaments **psychotropes**, tout autant que de prévenir le burn-out des soignants (30).

Une étude turque de 2016 avait examiné les effets de l'**aromathérapie** sur l'agitation de patients déments en milieu hospitalier et leur relatif fardeau sur les soignants. Le bras intervention recevait de l'aromathérapie par massages et inhalations sur une durée de 4 semaines. Le groupe contrôle ne recevait aucune intervention. Les symptômes neuropsychiatriques dans le groupe intervention avaient été significativement plus réduits que dans le groupe contrôle au bout de deux semaines. A la fois les symptômes neuropsychiatriques et l'agitation avaient été significativement abaissés après quatre

semaines de thérapie ( $p < 0,05$ ). L'étude concluait que chez les patients ayant des démences modérées à sévère, les scores **CMAI** (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) et **NPI** (NeuroPsychiatric Inventory) avaient été **réduits** comme résultat d'une aromathérapie délivrée à travers des massages manuels et des inhalations utilisant des humidificateurs d'air (31).

Dans la thèse de C. GUERIN de 2014 portant sur les déterminants de la prescription de benzodiazépines et molécules apparentées en médecine générale, les alternatives non pharmacologiques citées étaient la **phytothérapie** et l'**homéopathie**, ainsi que les **psychologues** avec les **TCC** (Thérapies Cognitivo-Comportementales). Les **psychiatres** étaient évoqués, mais d'**accès plus difficile** devant leur rareté (32). Ces alternatives peuvent être transposables en EHPAD.

**4.2** Le **patient** pouvait conditionner la prescription soit par sa demande, soit par sa pathologie.

Selon la revue de la littérature croate de 2016, il était rapporté que 50 % des résidents en maison de retraite utilisaient les benzodiazépines, principalement pour l'**insomnie**, l'**anxiété** et l'agitation (Bourgeois et al. 2012). Près de 50 % des sujets âgés en maison de retraite recevaient un antidépresseur (Karkare et al. 2012) (27, 33, 34).

L'article australien de 2015 soulignait d'autre part que les symptômes de la **dépression** et de l'**anxiété** étaient les plus communs dans les stades **précoces** des **troubles cognitifs** (9). Ceci rejoignait l'opinion de certains praticiens dans les entretiens qui déclaraient que la distinction entre la dépression et l'entrée dans la démence n'était pas des plus évidente.

Avoir un diagnostic d'**anxiété** ou de **dépression** (Odds Ratio 3.18, 95 pour cent IC 1.71, 5.91) était le plus fortement associé à l'usage des psychotropes dans l'étude néo-zélandaise de 2015 (10).

Dans l'étude de cohorte norvégienne de 2016 portant sur 129 maisons de retraite, les symptômes neuropsychiatriques étaient fréquents en institution, aussi bien chez les patients déments que non déments. L'étude consistait à explorer l'association entre les symptômes neuropsychiatriques et l'utilisation des psychotropes à différents stades de la démence (35). En accord avec les hypothèses de l'étude, les patients ayant les symptômes neuropsychiatriques les plus sévères, en particulier l'**anxiété** et la **dépression**, utilisaient le plus de psychotropes.

L'étude norvégienne de 2017 montrait, en accord avec d'autres études, que les **antidépresseurs** étaient les psychotropes les plus utilisés en maison de retraite, et que cela ne différait pas entre patients déments ou non (14).

D'après la revue de la littérature suisse de 2016, la **dépression** était rapportée comme étant au premier plan des problèmes de santé mentale en institution, avec les **SPCD** (20).

Les **troubles du sommeil** étaient présents chez 50 % des résidents malades chroniques d'après la revue de la littérature slovène de 2011 (21). Le but de prescrire dans l'**insomnie** était principalement d'améliorer la qualité de vie du résident. En maison de retraite, les troubles du sommeil étaient plus susceptibles d'être traités à la demande du résident, des voisins de chambre ou des infirmières.

Dans l'étude belge de 2013, il était précisé que les résidents pour lesquels il y avait une volonté faible d'interrompre les traitements étaient ceux pour lesquels une **tentative antérieure** s'était soldée par un **échec**, et présentant le risque de se blesser ou de blesser les autres. Un point intéressant était que l'une des préoccupations majeures de la part des médecins généralistes et des infirmières était le **risque de réapparition des problèmes comportementaux** qui pouvaient suivre l'**arrêt** des antipsychotiques (11).

Dans l'étude qualitative néerlandaise de 2017, la **rechute**, à savoir la **réapparition du trouble**, était aussi retrouvée comme un frein à l'arrêt du traitement psychotrope (16).



La **stabilité clinique** était un **déterminant** de la prescription des psychotropes. Tant que la molécule était bien tolérée et qu'il n'y avait pas d'effet secondaire, elle était conservée. Le **changement d'environnement** avec l'inclusion du patient en maison de retraite pouvait être aussi une raison à l'initiation d'un psychotrope, toujours selon l'étude.

D'après l'étude rétrospective canadienne de 2015, le **changement de milieu de vie** avec l'entrée en l'institution était un facteur de risque à l'origine de l'apparition de troubles psycho-comportementaux et donc le déclenchement de la prescription d'antipsychotiques (17).

L'étude australienne de 2016 stipulait qu'une fois le traitement psychotrope initié, sa réévaluation à la baisse était malvenue puisque cela pouvait entraîner une ré-escalade dans les comportements perturbateurs et de nouveau accroître la charge de travail (22). Cela pouvait donc être un déterminant du maintien de la molécule, à savoir la **stabilité clinique** pour éviter le **risque de rechute** comme dans notre travail.

À tout âge, la **ritualisation** était une des conditions de l'efficacité du traitement psychotrope des patients psychotiques âgés. Cette notion abordée dans l'article français de 2013 de P.M. CHARAZAC était à rapprocher de la notion d'**habitation** du patient en EHPAD à sa molécule (36). La **rechute** était également abordée, déterminant la poursuite d'un psychotrope. P.M. CHARAZAC précisait que « *lorsque les symptômes réapparaissent, le rétablissement du statu quo ante exige couramment des mois d'effort* ».

Dans la thèse de E.OLLE, selon les médecins, le troisième effet indésirable le plus fréquent en EHPAD après les chutes et la somnolence diurne était la **dépendance** aux benzodiazépines (7).

Selon l'étude australienne de 2017, une grande majorité de praticiens désiraient réduire les psychotropes chez les **patients stabilisés**. Quand il leur était demandé ce qu'ils feraient chez un patient sous antipsychotiques depuis 6 mois sans difficultés

particulières, 76 % indiquaient qu'ils souhaiteraient réduire la posologie en vue d'un possible arrêt ; de même, s'agissant des benzodiazépines, 90 % indiquaient qu'ils seraient plus enclins à les réduire ou les cesser. Ceci est à relativiser avec le déterminant de la prescription de psychotropes qu'était la **stabilité clinique** dans notre thèse, entrant en contradiction avec cette étude (19).

Selon la thèse de médecine de D'AUDIGIER et de FILZ de 2015 sur les prescriptions chroniques de benzodiazépines, un déterminant de la prescription au long cours était l'initiation par un confrère généraliste ou spécialiste et lorsque le motif de prescription n'était pas connu (24). La **demande du patient** et la **dépendance** à la molécule expliquaient aussi le maintien au long cours des BZD. Lorsqu'une **situation d'équilibre** était atteinte, les médecins avaient la volonté de ne pas la bousculer.

Dans la thèse de médecine de 2016 de C. BOUFFLET, contrairement à ce qui a été retrouvé dans d'autres études et y compris dans ce travail, l'**arrivée d'un nouveau patient**, auparavant suivi par un autre médecin pouvait être une situation propice à la déprescription, et non pas constituer un frein (5). L'environnement n'étant pas le même, le point de comparaison s'arrêtait là. Le **refus du patient** était décrit dans cette thèse comme un frein majeur à la déprescription (donc un déterminant à la prescription), en concordance avec certains travaux pour lesquels le refus du patient entrerait pour 41 à 43 % des causes de la difficulté à déprescrire (37, 6). Ceci est secondaire dans ce travail, probablement parce que la population d'étude n'est pas la même ; le patient étant dans une certaine mesure moins en capacité de demande du fait de troubles cognitifs.

Les données de la littérature concernant la **demande expresse** du patient d'un psychotrope, de son **attachement** au psychotrope, du contexte de l'**urgence** et de **soins palliatifs** ont été peu nombreuses, voire absentes pour certaines.

**4.3 Le médecin et les psychotropes** étaient également des **déterminants** notables de la prescription des psychotropes en EHPAD.

L'**expérience** et la **formation** des médecins dans la littérature apparaissaient moins déterminantes. Le recours à des **spécialistes** était d'intérêt avec la **psychiatrie de liaison**.

Le phénomène de dépendance et le risque de **syndrome de sevrage** étaient des déterminants dans la prescription de benzodiazépines au long cours, dans la thèse de D'AUDIGIER et de FILZ. Les **sujets âgés** semblaient concentrer les obstacles à la mise en place d'un sevrage (24).

Les freins liés au médicament concernant la déprescription étaient au nombre de deux, dans la thèse sur la déprescription en médecine générale chez le sujet âgé de C. BOUFFLET (5). Avec l'**effet rebond**, le **syndrome de sevrage** était un déterminant de premier plan, plus particulièrement en lien avec les médicaments psychotropes. Cela rejoignait la thèse de E. BOISDIN sur la déprescription en médecine générale où le risque de **syndrome de sevrage** était le frein principal (6). Le **syndrome de sevrage** à l'arrêt était un déterminant dans le maintien de la prescription des benzodiazépines en médecine générale, selon C. GUERIN (32) ; l'existence d'un échec de tentative de **sevrage** antérieure des benzodiazépines était l'un des principaux motifs incitant aux renouvellements en EHPAD selon E. OLLE (7). On peut donc supposer que les benzodiazépines sont une classe thérapeutique concentrant les difficultés pour déprescrire, aussi bien en population générale, chez le sujet jeune ou âgé, hors EHPAD ou en EHPAD.

Peu de données d'intérêt étaient disponibles dans la littérature concernant les **modalités d'administration** des psychotropes en maison de retraite.

#### 4.4 D'autres **déterminants** notables à la prescription des psychotropes en EHPAD étaient en lien avec la **structure et l'équipe**.

La **demande du personnel** paraissait être le déterminant principal de la prescription des psychotropes en EHPAD en lien avec l'équipe. La **structure** de l'établissement,

pouvait être un facteur d'influence de la prescription des psychotropes, comme en témoigne la littérature trouvée à ce sujet.

Dans l'étude néo-zélandaise de 2015, l'intérêt principal était d'identifier l'influence de la **culture organisationnelle** d'un établissement sur la prescription de *psychotropes* en maison de retraite. Les deux principaux types de culture étaient celui axé sur les tâches, d'une part, et de l'autre, centré sur le résident. Une plus grande impression de culture hiérarchique, donc de culture axée sur les tâches, concernant les soins de santé était liée à une probabilité accrue d'utilisation de psychotropes (10).

L'étude française de 2015 montrait que les établissements ayant une intervention de **plus de 30 médecins généralistes** ou de **plus de 100 lits** avaient une tendance à avoir un taux de prescriptions potentiellement inappropriées plus important (13).

L'étude norvégienne de 2017 déclarait que la taille des maisons de retraite pouvait être associée à l'utilisation persistante d'anxiolytiques. Elle spéculait que le **nombre d'heures de soins** par résident et d'autres **facteurs organisationnels** pouvaient être liés à cette utilisation persistante (14).

L'étude néerlandaise de 2012 relatait qu'un temps de présence infirmier moindre en établissement se traduisait par une **hausse** des traitements **psychotropes**. Un **ratio infirmière-patient faible** faisait partie d'un des freins à l'utilisation d'interventions non pharmacologiques (15).

L'étude canadienne de 2015 avait trouvé qu'une utilisation plus importante d'antipsychotiques était liée, en plus du stress du personnel, à un **ratio personnel-patient bas**. Le **turn-over rapide** du personnel et les **contraintes organisationnelles** des maisons de retraite sapaient l'effort de la mise en place d'interventions non pharmacologiques (17).

Les approches non pharmacologiques étaient plus compliquées à mettre en place en maison de retraite car nécessitant **plus de personnel**, et étaient **plus coûteuses** que les médicaments psychoactifs, selon la revue de la littérature suisse de 2016 (20).

Les maisons de retraite **privées** à but lucratif avaient un taux de **MPI** (Médicaments Potentiellement Inappropriés) **inférieur** aux maisons de retraite **publiques** d'après l'étude française de 2018 (26). Est-ce à dire que les maisons de retraite ayant plus de moyens financiers avaient moins de iatrogénie, d'effets secondaires, dus aux médicaments, dont les psychotropes ?

L'étude australienne de 2016 avait mis en évidence le fait qu'une insuffisance d'**effectifs en personnel** pouvait influencer les demandes du personnel sur l'initiation de médicaments psychotropes du fait d'une charge de travail excessive (22). Les approches non pharmacologiques s'avéraient peu pratiques en raison d'un **manque de personnel**. La majeure partie des médecins généralistes participant à l'étude voyaient les psychotropes comme un « *mal nécessaire* » pour faire face à la lourde charge de travail du personnel des établissements, due aux faibles **effectifs en personnel**, principalement pendant la nuit. Cela rejoignait ce qu'avancait **M7** dans ce travail, avec les effectifs nocturnes réduits. Les directeurs des maisons de retraite interrogés évoquaient que les **contraintes budgétaires** limitaient l'effectif idéal du personnel en service. Dans les établissements à but lucratif, il y aurait une volonté de limiter les effectifs en personnel pour accroître la rentabilité. Différentes études montraient l'association entre les **effectifs en personnel** et l'usage élevé de psychotropes.

La conclusion principale de l'étude australienne de 2017 était que le **manque de personnel infirmier** et de **ressources** était le frein principal aux techniques non pharmacologiques pour la prise en charge des **SPCD** (19).

D'après l'étude qualitative australienne de 2018 sur la culture organisationnelle des maisons de retraite, les maisons de retraite de beaucoup de pays, comme l'Australie, la Grande-Bretagne et les États-Unis d'Amérique, étaient connues pour fonctionner avec

des **ressources insuffisantes**. Cela conduisait à une charge de travail accrue et une pression par manque de temps pour le personnel sur place (38).

On peut comprendre la mécanique qui ferait qu'un manque de **moyens financiers** en EHPAD pourrait expliquer des **effectifs en personnel** moindres, et donc une plus grande difficulté d'implémentation des **TNM** par les soignants. G. BLANC évaluait dans sa thèse et dans l'idéal la nécessité de doubler les **ETP** (Équivalents Temps Plein) en personnel pour satisfaire les besoins (25).

Aucune donnée significative n'a pu être relevée concernant l'influence du **secteur géographique** de l'EHPAD sur la prescription de psychotropes, en dehors de la thèse de N. CHAUSSEE sur les benzodiazépines chez le sujet âgé en général. Dans cette dernière, la contrainte géographique à l'accès d'une consultation psychologique augmentait par 2,79 le taux de prescription de psychotropes (39).

Dans la thèse de 2012 de M. GUEVEL sur les attentes des médecins coordonnateurs vis-à-vis d'une équipe mobile de psychiatrie ou **psychiatrie de liaison**, la première attente était celle de l'aide pour la thérapeutique, suivie du diagnostic. On constate donc l'influence potentielle de l'équipe mobile sur les prescriptions de psychotropes, pouvant aussi bien être un déterminant dans la prescription qu'un frein à la baisse ou d'arrêt. Les prises en charge des résidents pour troubles psychiatriques étaient effectuées aux deux tiers par le **MCO** et les médecins traitants, quand les **psychiatres libéraux** et les **CMP** (Centre Médico-Psychologiques) en représentaient respectivement 9% et 7%. Les **psychologues** se trouvaient souvent en première ligne (40).

Concernant les **aides à la prescription**, une étude française de 2015 avait évalué l'impact d'un **livret thérapeutique** sur la qualité des prescriptions médicamenteuses en EHPAD. Il en ressortait que les taux de prescription hors livret étaient significativement plus élevés après sa diffusion au sein des EHPAD (41). L'hypothèse qui en était donnée était que les médecins traitants avaient des difficultés à adhérer aux recommandations du livret, contrairement à un des praticiens interrogé dans les entretiens qui reconnaissait qu'il y avait « ... à peu près ce qu'il faut. ».

#### 4.5 Les **freins** notables de la prescription des psychotropes en EHPAD en lien avec le **patient**.

L'étude française sur la polymédication de 2018 rapportait de possibles modifications pharmacocinétiques des médicaments liées la sarcopénie, ainsi que des fonctions hépatique et rénale altérées du fait du vieillissement. Ceci pouvait modifier le profil de sécurité des médicaments (26). L'altération de la fonction d'organe ou **insuffisance d'organe** avait été relevée par les praticiens interrogés dans les entretiens. Étaient citées notamment l'**insuffisance respiratoire** et l'**insuffisance rénale**.

La revue de la littérature suisse de 2016 évoquait quant à elle le risque de décès pouvant être augmenté avec certains **antipsychotiques** et **antidépresseurs**, interférant avec la repolarisation cardiaque selon une relation dose-dépendante (20). Il s'agissait de QT prolongé. **M8** l'avait parfaitement décrit, déclarant s'être même dotée d'un ECG portatif.

Toujours selon l'étude française de 2018, l'**absence d'indication** claire d'un médicament pouvait le faire appartenir à la liste des **MPI** (Médicaments Potentiellement Inappropriés), et donc par-là constituer un frein à son maintien en place (26). Dans sa thèse sur la déprescription en médecine générale, E. BOISDIN avançait que les deux arguments les plus cités comme moteurs de la déprescription étaient l'« absence actuelle ou disparition d'indication » (16,2 %) (6). De manière commune, on voit que pour toute thérapeutique médicamenteuse, la **disparition de l'indication** représentait un **frein** notable.

A propos des **troubles du comportement** des résidents en EHPAD, la thèse de G. BLANC soulignait que les soignants se posaient régulièrement la question de l'origine des troubles (25). Il ne fallait pas passer à côté d'une **cause organique** potentiellement responsable, et donc frein à l'initiation de psychotrope. Certains praticiens interrogés dans les entretiens recherchaient avant tout les « *épines irritatives* », devant toute **agitation**.

L'étude de cohorte française de 2016 soulignait que l'exposition chronique aux psychotropes tendait à diminuer chez les plus âgés (de plus de 85 ans) et déments, rejoignant l'idée que la **perte d'autonomie** et la **fin de vie** pouvait justifier l'abandon de psychotropes par certains praticiens interrogés dans ce travail (12).

L'étude transversale française de 2018 observait que le taux de **MPI** (Médicaments Potentiellement Inappropriés) décroissait avec l'âge avancé en accord avec de nombreuses autres études (26). Ce phénomène pouvait être expliqué par la réduction de la médication chez les sujets ayant une **espérance de vie limitée**, tout particulièrement les gens déments susceptibles de moins recevoir de **MPI**.

Paradoxalement, l'étude norvégienne de 2016 retrouvait qu'un score plus élevé dans l'**ADL** (Activities of Daily Living) chez les patients de maisons de retraite, donc une autonomie accrue, impliquait un usage accentué de prescriptions multiples de psychotropes (35).

Dans des situations de **très grand âge** et de **fin de vie**, certains praticiens interrogés par C. BOUFFLET faisaient part de leur peur de déclencher un **sentiment d'abandon** s'ils supprimaient certaines molécules. Cela pouvait constituer un frein à la déprescription (5).

Une étude australienne de 2015 s'était penchée sur le rôle potentiel de la **famille** dans la déprescription des psychotropes en maison de retraite (42). A l'arrivée en maison de retraite, les médecins généralistes étaient réticents à déprescrire devant l'absence de connaissance des raisons d'avoir initié certains psychotropes. La **famille** avait été jugée initialement d'utilité pour apporter des informations sur les psychotropes et aider en ce sens la déprescription. Sa participation dans le processus complexe de choix décisionnels pour déprescrire avait été jugée de peu de valeur, au final.

#### **4.6 Les freins notables de la prescription des psychotropes en EHPAD en lien avec le médecin et le médicament.**



Certains praticiens des entretiens faisaient part d'une réticence à prescrire des psychotropes en EHPAD en raison d'un **faible emploi** de la classe thérapeutique ainsi que d'une **méconnaissance** de celle-ci. Des médecins interrogés dans la thèse de C. BOUFFLET manifestaient un besoin de **formation** sur le patient gériatrique et les adaptations thérapeutiques (5). Les **expériences antérieures** des médecins pouvaient à la fois constituer un frein et un déterminant de la prescription des psychotropes selon C. GUERIN (32). Dans sa thèse, un praticien interrogé se remémorait un syndrome de sevrage malheureux et un autre, l'introduction d'un antidépresseur sans couverture par benzodiazépine aux conséquences fâcheuses. Des **expériences** passées mal vécues pouvaient donc représenter un frein ultérieur à la prescription de psychotropes. Ceci reste transposable chez le médecin généraliste libéral en EHPAD. D'après E. BOISDIN, 38 % des médecins ne connaissaient pas le programme **PMSA** (Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Âgé) de la **HAS** (Haute Autorité de Santé) (6). On peut supposer qu'une **méconnaissance** de recommandations peut représenter un frein à une prescription optimale des psychotropes.

Concernant les freins liés aux psychotropes, les études comparant les traitements entre personnes institutionnalisées et personnes vivant en communauté avaient montré que la **polymédication** et les **MPI** étaient plus importants chez les personnes institutionnalisées (26).

La **polymédication** et les **interactions médicamenteuses** encourageaient l'arrêt des **BZD** dans la thèse de D'AUDIGIER et FILZ (24). Un point rejoignant une opinion émise par **M4** dans un entretien était que la part imputable d'effets indésirables dus aux benzodiazépines observée chez le sujet âgé devenait difficile à déterminer dans un contexte de **polymédication**.

Dans la thèse d'E. BOISDIN, l'**excès de médicament** (15,7 %) soit la **polymédication** était le deuxième argument cité comme moteur à la déprescription en médecine générale (6).

L'étude de cohorte française de 2016 avançait l'idée que les antidépresseurs pouvaient s'avérer **inefficaces** chez le sujet âgé dément, rejoignant l'idée d'un des praticiens dans ce travail, selon (12). L'**efficacité** des benzodiazépines en médecine générale sur le long terme était discutable selon de D'AUDIGIER et FILZ (24). L'idée que les antipsychotiques amélioraient la qualité de vie des résidents de maisons de retraite était assez en conflit avec les preuves limitées de leur efficacité, d'après l'étude belge de 2013 (11).

Très peu d'informations étaient disponibles concernant la **galénique** des psychotropes dans les sources. Un risque iatrogène potentiel de l'**écrasement des comprimés**, dû à l'inexactitude des doses réellement administrées, était soulevé par l'étude régionale de santé publique de 2014 (43). **M5** avait fait état de la persistance de crises d'épilepsie chez une patiente dont on écrasait l'antiépileptique. La logique pouvait être la même avec les autres psychotropes.

La revue de la littérature suisse de 2016 déclarait que la **balance bénéfice-risque** individuelle de prescrire ou non un médicament devait être évaluée au regard du contexte institutionnel (20). Quel que fut le choix du médicament, le patient devait être étroitement surveillé les premiers jours de traitement. Cette surveillance et réévaluation régulière se retrouvait chez les praticiens interrogés dans ce travail. Le « **risque iatrogène élevé par rapport au bénéfice attendu** » (13,2 %) était en 4e position dans les arguments cités comme motivation à la déprescription d'après E. BOISDIN (6).

#### **4.7** Des freins d'importance à la prescription des psychotropes en EHPAD existaient en lien avec l'**équipe** et la **structure**.

Un défaut de **communication** entre médecin généraliste libéral et médecin coordonnateur a été mis en évidence dans ce travail. Il semblait que la **bonne communication** entre les membres de l'équipe pouvait faciliter la déprescription des médicaments psychotropes.

La **confiance** et la **communication ouverte** entre le personnel sur place et celui en visite facilitait l'arrêt des médicaments psychotropes d'après l'étude australienne de 2016 (22).

L'explication la plus probable dans l'étude française de 2015 d'un grand nombre de prescriptions inappropriées de neuroleptiques associé à un nombre élevé d'intervenants médecins généralistes était un défaut de communication lié à des **difficultés organisationnelles** (13).

L'étude française de 2018 avait aussi mis en évidence que des facteurs organisationnels en maison de retraite pouvaient être responsables de **MPI**. Ceux évoqués étaient le **système de communication**, la **coordination des équipes** et le management du personnel (26). L'étude rajoutait que l'accent devait être mis sur la communication entre le personnel et les médecins qui venaient rendre visite à leurs patients, ainsi que sur la mise en œuvre globale de l'évaluation gériatrique et l'examen **multidisciplinaire** des médicaments.

Cette nécessité d'**approche multidisciplinaire** dans la réduction des psychotropes était retrouvée dans d'autres études (44,11). Les **spécialistes** y avaient une grande place, pouvant être sollicités aussi bien par l'hospitalisation d'un résident en service de psychiatrie ou de gériatrie. L'hospitalisation représentait d'ailleurs 17 % des prises en charge gérontopsychiatriques sur l'année 2010 dans la thèse de M. GUEVEL (40).

Le **comportement des soignants** pouvait changer du fait de **formations** spécifiques favorisant les **alternatives thérapeutiques** aux psychotropes. Un des médecins interrogé dans les entretiens avait noté l'impact très bénéfique sur ses prescriptions de neuroleptiques de l'attitude du personnel. G. BLANC attestait que les soignants étaient habitués à des techniques de soins et de communication dans la gestion des **SPCD** (25).

Concernant les **unités spécialisées**, on retrouvait dans les entretiens de manière récurrente les termes **PASA** (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés), **CANTOU** (Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles), **UHR** (Unité d'Hébergement

Renforcée) et **UCC** (Unité Cognitivo-Comportementale). Les trois premières unités sont situées au sein de l'EHPAD, quand la dernière est en dehors.

Le **PASA** est un accueil de jour organisé au sein même de l'EHPAD pour améliorer le comportement des résidents déments, selon T.GRENAILLE, dans sa thèse sur l'impact d'un **PASA** (45). Les **CANTOU** sont l'équivalent des Unités Spécifiques Alzheimer (**USA**), créées sur le constat de la difficulté potentielle à faire cohabiter des personnes ayant des troubles cognitifs avec les autres résidents (46).

Les **UHR** proposent un hébergement, des soins et des activités adaptées pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères (46). Les **UCC** sont des unités d'hospitalisation au sein de services de soins de suite et de réadaptation (**SSR**), de 10 à 12 lits, bénéficiant de locaux adaptés et de professionnels spécifiquement formés (47).

D'après T.GRENAILLE, l'augmentation des psychotropes dans le groupe TEMOINS était plus importante que dans le groupe **PASA**. La prise en charge en **PASA** semblait freiner l'escalade des prescriptions médicamenteuses (45). D'après A. FAVRE, l'impact des **USA** sur la prescription des psychotropes était variable, les études semblant contradictoires. Sa thèse concluait que malgré des améliorations notables dans les 6 mois suivant l'admission, les EHPAD avaient des taux de prescription de neuroleptiques chez les sujets inclus supérieurs à ce qui avait pu être constaté dans d'autres unités dédiées aux patients atteints de maladie d'Alzheimer et apparentées (**UHR**, **UCC**) (46). L'article de P. SAIDLITZ sur les **UCC** reconnaissait que les données de la littérature, malgré les difficultés à mettre en place des études de bonne qualité, étaient en faveur d'une efficacité de celles-ci (47). La littérature internationale avait tendance à dire qu'être dans une unité pour patients déments était plus fortement associé à l'utilisation des psychotropes (27,10).

Les médecins interrogés dans ce travail tendaient à dire que ces structures avaient un impact positif sur la diminution des psychotropes, à part peut-être **M8** en parlant de l'**UHR**, où les « *cas extrêmes* » faisaient qu'elle n'avait pas d'autre choix que d'y recourir.

Certains des praticiens interrogés dans les entretiens avaient fait part d'un **manque de supports** pour les guider dans leurs prescriptions médicamenteuses, notamment de psychotropes. **M4** avait signifié son besoin de « *...fiches de synthèse où vraiment ils ont les molécules les plus disponibles...* ». L'étude régionale de santé publique de 2014 sur la prise en charge médicamenteuse en EHPAD en Île-de-France signalait que 44 % des établissements ne disposaient pas de **liste préférentielle** de médicaments adaptés à la personne âgée (43). Elle précisait que 77 % des établissements avaient mis en place des **protocoles** de la prise en charge médicamenteuse mais que seuls 28 % l'avaient fait pour les psychotropes.

Peu de données étaient disponibles dans les sources à propos des **systèmes informatiques** en EHPAD ainsi que des **dotations** des établissements en médicaments.

Certains médecins interrogés dans ce travail faisaient part de l'existence de **pharmacies** dédiées pouvant améliorer la pharmacovigilance, et ainsi constituer un frein à un mésusage de psychotropes. L'étude régionale de santé publique de 2014 statuait que seuls 15% des EHPAD avaient une **pharmacie à usage intérieur (PUI)**. Il s'agissait principalement d'établissements publics hospitaliers (43). Peut-être y aurait-il un intérêt à ce qu'un plus grand nombre d'EHPAD se dotent d'une **PUI** pour augmenter la pharmacovigilance ?

Enfin, la **multiplicité des logiciels informatiques** en EHPAD avait pu poser problème à un des praticiens. L'étude régionale de santé publique de 2014 convenait qu'elle compliquait l'utilisation de l'informatique par les médecins libéraux, rejoignant la thèse de 2010 de I. VEUILLOTTE qui notait déjà la nécessité d'une uniformisation des logiciels informatiques (43, 48).

#### 4.8 Forces et faiblesses.

La principale **force** de cette étude est son **originalité**. A notre connaissance, aucune thèse ne s'est penchée précisément sur les raisons qui poussent les médecins à prescrire les médicaments psychotropes dans le milieu spécifique qu'est l' EHPAD, ainsi que celles de s'en abstenir. Très peu d'études à l'international ont été conduites sur le sujet précisément, par entretiens semi-dirigés.

L'échantillon de 13 praticiens interrogés a été suffisant pour obtenir la **saturation des données**. La **variation maximale** a été respectée, avec des médecins d'âges et genres différents , ainsi que de lieux d'exercice.

Les faiblesses sont représentées par l'**inexpérience** du chercheur dans le champ de la recherche qualitative et ses possibles **biais d'intervention**. La **triangulation** des données n'a été faite que sur les premiers entretiens avec toutefois une grande correspondance des codes entre directeur de thèse et thésard. Le chercheur a codé seul les entretiens suivants.

## 5. CONCLUSION

La prescription des psychotropes chez le sujet âgé en EHPAD par le médecin généraliste libéral est complexe, et obéit à l'interaction entre les ensembles constitués par les 3 parties : le **patient**, au centre de la démarche de prescription ; l'acteur qu'est le **médecin** généraliste libéral et l'environnement dans lequel évolue le patient, à savoir **l'EHPAD**.

Ce travail ainsi que les différentes études ont pu mettre en évidence que les raisons principales à la prescription des psychotropes en EHPAD étaient les **SPCD**, la **dépression**, l'**anxiété** et l'**insomnie**, avec les deux premiers troubles étant majoritairement représentés. La **demande du personnel** soignant au médecin généraliste libéral représentait le deuxième déterminant majeur de la prescription des psychotropes.

Devant le risque d'**effets secondaires** , accentué par le contexte de **polymédication**, des **alternatives thérapeutiques** pouvaient s'avérer être utiles. Même si les études apportaient des résultats mitigés concernant leur efficacité, leur recours doit rester une priorité avant la thérapeutique médicamenteuse.

Le principal obstacle à l'application de ces alternatives thérapeutiques ou **TNM** paraissait être la **formation** du personnel et les **effectifs en personnel** de l'établissement. Par ailleurs , les **unités spécialisées** semblaient apporter un intérêt par la création d'un écosystème adapté au sujet âgé dément.

Il ressortait enfin de ce travail la nécessité d'une **communication** entre les différents intervenants en EHPAD et l'**approche pluridisciplinaire** du sujet âgé, qu'il soit dément ou non.

Un travail futur d'intérêt pourrait être d'évaluer l'**efficacité combinée de TNM** dans un groupe intervention versus un groupe contrôle avec l'évaluation des conséquences sur les prescriptions de psychotropes dans chacun des groupes en EHPAD.

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) APMnews.com. La consommation de psychotropes élevée en Ehpad, en particulier chez les malades d'Alzheimer. [En ligne] <https://www.apmnews.com/freestory/10/218723/la-consommation-de-psychotropes-elevee-en-ehpad--en-particulier-chez-les-malades-d-alzheimer> .
- (2) Medissimo. Système sécurisé de Suivi du Médicament. Pilulier mono-médicament de 28 jours et consommation médicamenteuse chez 39 892 sujets âgés en EHPAD (étude PREMS® à paraître). [En ligne] <https://www.medissimo.fr/blog/2013/09/12/etude-prems-pilulier-mono-medicament-de-28-jours-et-consommation-de-medicaments-de-39-892-patients-en-ehpad-3emes-etats-generaux-de-la-sante-en-regions-12-septembre-2013/>.
- (3) Ministère des Solidarités et de la Santé. La politique du médicament en EHPAD. Rapport remis par Philippe VERGER – décembre 2013. [En ligne] [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Politiquedu\\_medicament\\_en\\_EHPAD\\_final.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Politiquedu_medicament_en_EHPAD_final.pdf) .
- (4) Lasserre A. Déterminants de la prescription des psychotropes chez les personnes âgées en médecine générale en France. Rapport d'étude épidémiologique IU2007-05. INVS, Institut National de Veille sanitaire. [ En ligne ] <https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiamMS1oMPaAhXCCywkHUIUAUgQFggUAAA&url=https%3A%2F%2Fwebsenti.u707.jussieu.fr%2Fwebsentiweb%2Fdocument.php%3Fdoc%3D955&usg=AOvVaw0OansnmBgvuKxAOxWgvXS> .
- (5) Boufflet C. La déprescription en médecine générale chez le sujet âgé polymédiqué. [Thèse médecine]. Amiens : Université de Picardie Jules Vernes. UFR de médecine: 2016. [En ligne] <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/th%C3%A8se%20C.%20Boufflet.pdf> .
- (6) Boisdin E. Etude prospective sur les déterminants de la Déprescription des médicaments en Médecine Générale. [Thèse médecine]. SFTG, Société de Formation Thérapeutique du Généraliste 2011. [En ligne] <http://www.sftg.net/documents%20PDF/These%20Deprescription%2030-6-11.pdf> .
- (7) Ollé E. La prescription des benzodiazépines et molécules assimilées chez le sujet âgé en EHPAD. Enquête de pratique en EHPAD de Haute-Normandie. [Thèse médecine]. DUMAS, Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance 2016. [En ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01220976> .
- (8) Dauriac MC. Signification des troubles psycho-comportementaux de la démence. Soins Gérontologie. Mai 2007, Vol. 12, N°65. [En ligne] <https://sfgg.org/media/2009/11/signification-des-troubles-psycho-comportementaux-de-la-demence.pdf>.
- (9) Loi SM, Westphal A, Ames D, Lautenschlager NT. Minimising psychotropic use for behavioural disturbance in residential aged care. Aust Fam Physician. 2015 Apr;44(4):180-4.
- (10) Peri K, Kerse N, Moyes S, Scahill S, Chen C, Hong JB, Hughes CM. Is psychotropic medication use related to organisational and treatment culture in residential care. J Health Organ Manag. 2015;29(7):1065-79. doi: 10.1108/JHOM-10-2013-0236.
- (11) Azermai M, Vander Stichele RR, Van Bortel LM, Elseviers MM. Barriers to antipsychotic discontinuation in nursing homes: an exploratory study. Aging Ment Health. 2014;18(3):346-53. doi: 10.1080/13607863.2013.832732. Epub 2013 Sep 9.
- (12) Breining A, Bonnet-Zamponi D, Zerah L, Micheneau C, Riolacci-Dhoyen N, Chan-Chee C, Deligne J, Harlin JM, Boddaert J, Verny M, Leperre-Desplanques A. Exposure to psychotropics in the French older population living with dementia: a nationwide population-based study. Int J Geriatr Psychiatry. 2017 Jul;32(7):750-760. doi: 10.1002/gps.4517. Epub 2016 May 29.



- (13) Laffon de Mazières C, Lapeyre-Mestre M, Vellas B, de Souto Barreto P, Rolland Y. Organizational Factors Associated With Inappropriate Neuroleptic Drug Prescribing in Nursing Homes: A Multilevel Approach. *J Am Med Dir Assoc*. 2015 Jul 1;16(7):590-7. doi: 10.1016/j.jamda.2015.01.092. Epub 2015 Mar 10.
- (14) Helvik AS, Šaltytė Benth J, Wu B, Engedal K, Selbæk G. Persistent use of psychotropic drugs in nursing home residents in Norway. *BMC Geriatr*. 2017 Feb 13;17(1):52. doi: 10.1186/s12877-017-0440-5.
- (15) Cornegé-Blokland E, Kleijer BC, Hertogh CM, van Marum RJ. Reasons to prescribe antipsychotics for the behavioral symptoms of dementia: a survey in Dutch nursing homes among physicians, nurses, and family caregivers. *J Am Med Dir Assoc*. 2012 Jan;13(1):80.e1-6. doi: 10.1016/j.jamda.2010.10.004. Epub 2010 Dec 15.
- (16) Leten L, Azermi M, Wauters M, De Lepeleire J. A qualitative exploration of the chronic use of psychotropic drugs in nursing homes. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2017 Sep;48(4):177-186. doi: 10.1007/s12439-017-0223-7.
- (17) Foebel A, Balloková A, Wellens NI, Fialova D, Milisen K, Liperoti R, Hirdes JP. A retrospective, longitudinal study of factors associated with new antipsychotic medication use among recently admitted long-term care residents. *BMC Geriatr*. 2015 Oct 19;15:128. doi: 10.1186/s12877-015-0127-8.
- (18) Cohen-Mansfield J, Juravel-Jaffe A, Cohen A, Rasooly I, Golander H. Physicians' practice and familiarity with treatment for agitation associated with dementia in Israeli nursing homes. *Int Psychogeriatr* 2013; 25:236-44.
- (19) Cousins JM, Bereznicki LR, Cooling NB, Peterson GM. Prescribing of psychotropic medication for nursing home residents with dementia: a general practitioner survey. *Clin Interv Aging*. 2017 Oct 3;12:1573-1578. doi: 10.2147/CIA.S146613. ECollection 2017.
- (20) Lapeyre-Mestre M. A Review of Adverse Outcomes Associated with Psychoactive Drug Use in Nursing Home Residents with Dementia. *Drugs Aging*. 2016 Dec;33(12):865-888.
- (21) Petek Šter M, Cedilnik Gorup E. Psychotropic medication use among elderly nursing home residents in Slovenia: cross-sectional study. *Croat Med J*. 2011 Feb;52(1):16-24.
- (22) Sawan M, Jeon YH, Fois RA, Chen TF. Exploring the link between organizational climate and the use of psychotropic medicines in nursing homes: A qualitative study. *Res Social Adm Pharm*. 2017 May - Jun;13(3):513-523. doi: 10.1016/j.sapharm.2016.06.012. Epub 2016 Jul 5.
- (23) Zuidema SU, De Jonghe JFM, Verhey FRJ, Koopmans RT. Psychotropic drug prescription in nursing home patients with dementia: Influence of environmental correlates and staff distress on physicians' prescription behaviour. *Int Psychogeriatr*. 2011;23(10):1632-9.
- (24) D'Audigier S, Filz E. Attitudes des médecins généralistes face aux prescriptions chroniques de benzodiazépines. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 13 médecins généralistes. [Thèse de médecine]. Grenoble : Université Joseph Fourier. Faculté de médecine : 2015. [En ligne] <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01163898>.
- (25) Blanc G. Ressenti du personnel soignant face aux troubles du comportement en EHPAD. [Thèse de médecine]. Montpellier : Faculté de médecine : 2018. [ En ligne] <http://www.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2018MONT1255>.
- (26) Herr M, Grondin H, Sanchez S, Armaingaud D, Blochet C, Vial A, Denormandie P, Ankri J. Polypharmacy and potentially inappropriate medications: a cross-sectional analysis among 451

nursing homes in France. *Eur J Clin Pharmacol*. 2017 May;73(5):601-608. doi: 10.1007/s00228-016-2193-z. Epub 2017 Jan 16.

- (27) Ćurković M, Dodig-Ćurković K, Erić AP, Kralik K, Pivac N. Psychotropic medications in older adults: a review. *Psychiatr Danub*. 2016 Mar;28(1):13-24.
- (28) Jutkowitz E, Brasure M, Fuchs E, Shippee T, Kane RA, Fink HA, Butler M, Sylvanus T, Kane RL. Care-Delivery Interventions to Manage Agitation and Aggression in Dementia Nursing Home and Assisted Living Residents: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2016 Mar;64(3):477-88. doi: 10.1111/jgs.13936.
- (29) De Mauléon de Bruyères A. Facteurs associés à l'utilisation des antipsychotiques en EHPAD dans huit pays européens : résultats de l'étude RightTimePlaceCare. [Thèse médecine]. Toulouse : Université Paul Sabatier. Faculté des sciences médicales Rangueil : 2014. [En ligne] <http://thesesante.ups-tlse.fr/512/>.
- (30) Ridder HM, Stige B, Qvale LG, Gold C. Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging Ment Health*. 2013;17(6):667-78. doi: 10.1080/13607863.2013.790926. Epub 2013 Apr 27.
- (31) Turten Kaymaz T, Ozdemir L. Effects of aromatherapy on agitation and related caregiver burden in patients with moderate to severe dementia: A pilot study. *Geriatr Nurs*. 2017 May - Jun;38(3):231-237. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.11.001. Epub 2016 Nov 29.
- (32) Guerin C. Quels sont les déterminants de la prescription de benzodiazépines et molécules apparentées en médecine générale ?. [Thèse médecine]. Tours : Université de Tours. UFR de médecine :2014. [En ligne] [http://memoires.scd.univ-tours.fr/index.php?fichier=Medecine/Theses/2014\\_Medecine\\_GuerinCharlotte.pdf](http://memoires.scd.univ-tours.fr/index.php?fichier=Medecine/Theses/2014_Medecine_GuerinCharlotte.pdf).
- (33) Bourgeois J, Elseviers MM, Azermay M, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele RR. Benzodiazepine use in Belgian nursing homes: a closer look into indications and dosages. *Eur J Clin Pharmacol* 2012; 68:833-44.
- (34) Karkare SU, Bhattacharjee S, Kamble P, Aparasu R. Prevalence and predictors of antidepressant prescribing in nursing home residents in the United States. *Am J Geriatr Pharmacother* 2011; 9:109-19.
- (35) Gulla C, Selbaek G, Flo E, Kjome R, Kirkevold Ø, Husebo BS. Multi-psychotropic drug prescription and the association to neuropsychiatric symptoms in three Norwegian nursing home cohorts between 2004 and 2011. *BMC Geriatr*. 2016 Jun 1;16:115. doi: 10.1186/s12877-016-0287-1.
- (36) Charazac PM. Les indications et la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. August 2013, Volume 13, Issue 76, Pages 221-224. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2012.12.005>.
- (37) Gadat E. Déprescription: ALTI, un essai réussi en Haute-Loire. [Thèse médecine]. Clermont-Ferrand: Université Clermont Auvergne. UFR de médecine: 2012.
- (38) Sawan M, Jeon YH, Chen TF. Shaping the use of psychotropic medicines in nursing homes: A qualitative study on organisational culture. *Soc Sci Med*. 2018 Apr;202:70-78. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.02.010. Epub 2018 Feb 15.

- (39)** Chaussée N. Quelles sont les motivations de prescription de benzodiazépines devant la plainte anxieuse d'une personne âgée ?. Toulouse : Université Paul Sabatier. Faculté des sciences médicales Rangueil : 2013. [En ligne] <http://thesesante.ups-tlse.fr/52/>.
- (40)** Guével M. Les attentes des médecins coordonnateurs d'EHPAD vis-à-vis d'une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée : le cas de l'Isère. [Thèse médecine]. Grenoble : Université Joseph Fourier. Faculté de médecine :2012. [En ligne] [http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/66/93/76/PDF/2012GRE15009\\_guevel\\_morgane\\_1\\_D\\_.pdf](http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/66/93/76/PDF/2012GRE15009_guevel_morgane_1_D_.pdf).
- (41)** Francis Fauvelle, Fariba Kabirian, Alison Domingues, Florence Tubach, Nathalie Gault, Rachid Abbas. Impact d'un livret thérapeutique sur la qualité des prescriptions médicamenteuses des résidents d'EHPAD. *Thérapies*. November–December 2015 , Volume 70, Issue 6, Pages 515-521 . <https://doi.org/10.2515/therapie/2015037>.
- (42)** Plakiotis C, Bell JS, Jeon YH, Pond D, O'Connor DW. Deprescribing psychotropic medications in aged care facilities: the potential role of family members. *Adv Exp Med Biol*. 2015;821:29-43. doi: 10.1007/978-3-319-08939-3\_8.
- (43)** De Saunière A, Bonneau L, Donio V, Godinot V, Flouzat JP, Bensasson G, Code C, Galay G, Pige D. Prise en charge médicamenteuse en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en Île-de-France en 2014 : état des lieux et axes d'amélioration. *Santé Publique*. 2016, Volume 28, Issue 5, Pages 623-632. <https://doi.org/10.3917/spub.165.0623>.
- (44)** Azermat M, Wauters M, De Meester D, Renson L, Pauwels D, Peeters L, Warie H, Petrovic M. A quality improvement initiative on the use of psychotropic drugs in nursing homes in Flanders. *Acta Clin Belg*. 2017 Jun;72(3):163-171. doi: 10.1080/17843286.2017.1287230. Epub 2017 Feb 16.
- (45)** Grenaille T. Impact de la prise en charge PASA sur les troubles du comportement des déments : une étude prospective cas-témoins menée dans six EHPAD en Limousin. [ Thèse médecine]. Limoges :Faculté de médecine :2016. [En ligne] <http://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/1a406526-e846-417b-b099-b4020c7471cb/blobholder:0/M20163118.pdf>
- (46)** Favre A. Évolution de la prescription de neuroleptiques après admission en Unité Spécifique Alzheimer : état des lieux dans des EHPAD de Gironde et des Landes. [Thèse médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux. UFR des Sciences médicales:2018. [En ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01828858> .
- (47)** Saidlitz P, Voisin T. Les Unités Cognitivo-comportementales. *Année Gériatrique* 2016. [En ligne] <http://annee-gerontologique.com/wp-content/uploads/2016/12/Suite-du-document.pdf>.
- (48)** Veuillotte-Simmonot I. Implication des médecins libéraux en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. [Thèse médecine]. Dijon :Université de Bourgogne. UFR Sciences de santé :2010. [En ligne] <http://www.sudoc.fr/149404441>.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>11</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>12</b>
<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>13</b>
<b>2. MÉTHODES.....</b>	<b>15</b>
<b>3. RÉSULTATS ET ANALYSE.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 DÉTERMINANTS : LIÉS AUX PATIENTS.....</b>	<b>19</b>
3.1.1. Le tableau clinique présenté par le patient .....	19
3.1.1.1. Les troubles du comportement.....	19
3.1.1.2. Les signes de souffrance psychique.....	22
3.1.2. L'habituatation au traitement, la chronicité et la stabilité clinique.....	25
3.1.3. La demande du patient et/ou de l'entourage.....	27
3.1.4. Le changement d'environnement, la rechute, l'urgence et les soins palliatifs.....	28
<b>3.2 DÉTERMINANTS : LIÉS AUX MÉDECINS ET AUX PSYCHOTROPES.....</b>	<b>30</b>
3.2.1. La formation, l'expérience personnelle et le recours aux confrères.....	30
3.2.2. Le risque de syndrome de sevrage et les modalités d'administration.....	32
<b>3.3 DÉTERMINANTS : LIÉS À LA STRUCTURE ET À L'ÉQUIPE.....</b>	<b>33</b>
3.3.1. La demande du personnel paramédical.....	33
3.3.2. Les caractéristiques de la structure.....	35
3.3.3. La psychiatrie de liaison, les aides à la prescription et l'outil informatique.....	37
<b>3.4 FREINS : LIÉS AUX PATIENTS.....</b>	<b>40</b>
3.4.1. Les modalités de prescription.....	40
3.4.2. La cause organique.....	41
3.4.3. La perte d'autonomie et la fin de vie.....	41
3.4.4. La demande de la famille.....	42
<b>3.5 FREINS : LIÉS AUX MÉDECINS ET AUX PSYCHOTROPES.....</b>	<b>42</b>
3.5.1. Réticence, faible emploi, méconnaissance et évolution des pratiques.....	42
3.5.2. Les freins liés aux psychotropes eux-mêmes.....	44
3.5.2.1. Les effets-secondaires.....	44
3.5.2.2. La polymédication et les interactions médicamenteuses.....	45
3.5.2.3. L'absence d'efficacité.....	46
3.5.2.4. La galénique et la balance bénéfice-risque.....	46
3.5.3. Modalités de prescription et échéances de prescription.....	47
<b>3.6 FREINS : LIÉS À L'ÉQUIPE ET À LA STRUCTURE .....</b>	<b>48</b>
3.6.1. La cohésion de l'équipe, les confrères spécialistes, le comportement des soignants et les effectifs en personnel.....	48
3.6.2. Différents freins en lien avec la structure.....	50
<b>3.7 FREINS : LES ALTERNATIVES THÉRAPEUTIQUES.....</b>	<b>53</b>
<b>4. DISCUSSION .....</b>	<b>57</b>

<b>4.1 PRINCIPAUX RÉSULTATS.....</b>	<b>57</b>
4.1.1. Les troubles du comportement en lien avec la démence : des déterminants majeurs.....	57
4.1.2. La demande du personnel soignant : un autre déterminant majeur.....	60
4.1.3. Les effets-secondaires : des freins prépondérants.....	62
4.1.4. Les alternatives thérapeutiques : des freins d'importance.....	63
<b>4.2 Le patient : un déterminant par sa demande ou sa pathologie.....</b>	<b>67</b>
<b>4.3 Le médecin et les psychotropes, des déterminants à part entière.....</b>	<b>70</b>
<b>4.4 D'autres déterminants notables en lien avec la structure et l'équipe.....</b>	<b>71</b>
<b>4.5 Les freins notables en lien avec le patient.....</b>	<b>75</b>
<b>4.6 Les freins en rapport avec le médecin et les psychotropes.....</b>	<b>76</b>
<b>4.7 Les freins notables en lien avec l'équipe et l'établissement EHPAD.....</b>	<b>78</b>
<b>4.8 Forces et faiblesses.....</b>	<b>82</b>
<b>5. CONCLUSION.....</b>	<b>83</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>84</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>88</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>90</b>

## **ANNEXES**

■ UFR SANTÉ

Département de Médecine Générale  
UFR Santé d'Angers  
28, rue Roger Amsler  
49045 Angers CEDEX 01

Angers, le 14/05/2018

Madame, monsieur, cher confrère,

je suis en post-internat de médecine générale . Dans le cadre de mon travail de thèse, je mène une étude qui s'intéresse aux psychotropes chez le sujet âgé en EHPAD .

Pour cela, il nous semble intéressant de recueillir votre expérience sur votre pratique en EHPAD concernant les psychotropes : benzodiazépines et apparentés, antidépresseurs, hypnotiques et neuroleptiques.

Je souhaiterais échanger avec vous sur cette question pendant environ ½ heure (durée modulable selon vos impératifs), au sein de votre cabinet libéral. Vous aurez la possibilité d'interrompre totalement l'entretien à tout moment ; aucune justification ne vous sera demandée.

Cet entretien sera enregistré, puis retranscrit . Rien de ce qui aura été dit ne sera modifié. Toutes les informations permettant de vous identifier (votre nom, le nom des personnes cités...) seront ensuite rendu anonymes.

Nous vous en adresserons une retranscription par courrier si vous le souhaitez.

Nous vous inviterons à signer un consentement permettant l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation de sa retranscription anonymisée. (voir le document joint)

**La participation à ce travail ne change en rien votre prise en charge médicale  
Elle n'entraîne aucune contrepartie financière de votre part.**

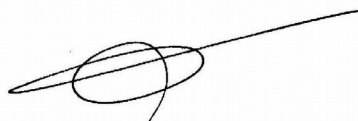
Si vous acceptez de participer à ce projet, je reviendrai vers vous ou je vous laisse me contacter :

- Par téléphone au 06.XX.XX.XX.XX
- Par email : geoffrey.probst@laposte.net
- Ou par courrier directement au département de médecine générale de la Faculté de médecine d'Angers. (Adresse dans l'entête)

Les résultats de cette étude pourront vous être adressés, si vous le souhaitez.

En vous remerciant par avance pour votre aide,

Geoffrey PROBST, médecin généraliste remplaçant





UFR SANTÉ  
Département de Médecine Générale  
UFR Santé d'Angers  
28, rue Roger Amsler  
49045 Angers CEDEX 01

*Titre du travail : Freins et déterminants de la prescription des psychotropes chez le sujet âgé en EHPAD : enquête qualitative auprès de médecins généralistes du Maine-et-Loire*

*Nom du thésard : PROBST Geoffrey*

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT AUDIO  
A DES FINS DE RECHERCHE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
Né(e) le \_\_\_\_\_

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :

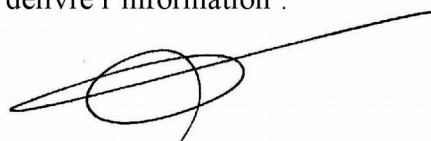
- l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio par dictaphone,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués
- j'aurai la possibilité de lire la retranscription (écriture intégrale de l'entretien sur ordinateur)
- les données seront conservées après anonymisation jusqu'à la soutenance publique de la thèse puis qu'une copie de ces données sera proposée pour conservation à l'Université d'Angers
- à ma demande, l'enregistrement et sa retranscription pourront être effacés\*

Je consens à ce que cet enregistrement soit utilisé pour la recherche au sein de l'UFR Santé de l'Université d'Angers.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'interviewée :

Signature de l'investigateur ou de la personne  
ayant délivré l'information :



\*Déclaration de révocation :

M., Mme, Melle \_\_\_\_\_

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature:



## **Freins et déterminants de la prescription des psychotropes chez le sujet âgé en EHPAD : enquête qualitative auprès de médecins généralistes du Maine-et-Loire**

Je suis actuellement médecin remplaçant en post-internat de médecine générale. Mon travail de thèse porte sur la prescription des psychotropes chez le sujet âgé en EHPAD.

Pour pouvoir répondre à ma question, je vais donc recueillir votre expérience de médecin généraliste libéral intervenant en EHPAD. Notre entretien est enregistré mais vous pouvez l'arrêter à tout moment si vous le souhaitez. Je vous rappelle que tous les noms et lieux que vous citerez seront anonymisés lors de la retranscription. Avant de commencer, je me permets de vous faire signer le formulaire de consentement. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment.

### *Script d'entretien semi-dirigé*

1. Pouvez-vous vous présenter ?
2. Racontez-moi votre dernière prescription de psychotropes en EHPAD
3. Dans quels cas allez-vous initier une prescription de psychotropes ?
4. Quelles ont été les raisons qui ont fait que vous n'avez pas débuté un traitement psychotrope ?
5. Quelles pourraient être les motivations à l'arrêt d'un traitement psychotrope ?
6. Quelle(s) raison(s) vous pousserai(en)t à maintenir un traitement psychotrope en place ?
7. Qu'est-ce qui pourrait faciliter votre utilisation des psychotropes en EHPAD ?

**Freins et déterminants de la prescription des psychotropes chez le sujet âgé en EHPAD : enquête qualitative auprès de médecins généralistes libéraux du Maine-et-Loire.**

## RÉSUMÉ

**Introduction:** Selon les études PLEIAD (2011) et PREMS (2013), la consommation de médicaments psychotropes en EHPAD restait élevée concernant plus de 75% des patients. Le rapport VERGER pointait une sous-estimation et méconnaissance des effets indésirables comme déterminants importants. Le questionnaire portait sur les raisons du médecin généraliste (MG) de prescrire ou non des psychotropes chez le résident en EHPAD.

**Matériels et Méthodes:** Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 13 médecins généralistes libéraux du Maine-et-Loire entre juin et octobre 2018.

**Résultats:** Les principaux déterminants de la prescription des psychotropes par le MG en EHPAD étaient les Symptômes Psycho-Comportementaux de la Démence (SPCD) : agitation, agressivité, déambulation ou désinhibition comportementale, ainsi que la demande du personnel soignant pour y faire face. L'insomnie, l'anxiété ou la dépression étaient d'autres motifs de prescription. Les principaux freins identifiés étaient les effets-secondaires, sédation excessive et risque de chute. Les MG identifiaient les précautions et contre-indications à prescrire. L'existence d'alternatives thérapeutiques disponibles ou souhaitées, étaient une autre raison de ne pas prescrire. Les MG n'ont pas parlé directement des difficultés de la déprescription mais ont évoqué de nombreux obstacles tels que de déséquilibrer un état stable ou de provoquer un syndrome de sevrage.

**Conclusion:** Le recours aux alternatives thérapeutiques ou Thérapies Non Médicamenteuses nécessiterait à la fois une meilleure formation du personnel soignant et un renforcement de son effectif. Les unités spécialisées présenteraient un intérêt certain dans la gestion des SPCD. La communication entre les différents intervenants en EHPAD reste primordiale ainsi que l'approche pluridisciplinaire du sujet âgé.

**Mots-clés :** EHPAD, sujet âgé, psychotropes, déterminants, médecin généraliste

**Barriers and determinants of psychotropic drugs prescription in the elderly in nursing home: qualitative survey of liberal general practitioners in Maine-et-Loire.**

## ABSTRACT

**Introduction:** According to the PLEIAD (2011) and PREMS (2013) studies, the consumption of psychotropic drugs in nursing homes remained high in more than 75% of patients. The VERGER report pointed to an underestimation and ignorance of adverse reactions as important determinants. The questioning was about the reasons of the general practitioner (GP) to prescribe psychotropic drugs or not in the nursing home resident.

**Materials and Methods:** Qualitative study by semi-structured interviews with 13 general practitioners from Maine-et-Loire between June and October 2018.

**Results:** The main determinants of the prescription of psychotropic drugs by the GP in nursing homes were the Behavioral and Psychological Symptoms of dementia (BPSD): agitation, aggressiveness, wandering or behavioural disinhibition, as well as the demand of caregivers to cope with them. Insomnia, anxiety or depression were other reasons for prescription. The main barriers identified were side effects, excessive sedation and risk of falling. The GPs identified the precautions and contraindications to be prescribed. The existence of available or desired therapeutic alternatives was another reason not to prescribe. GPs did not speak directly about the difficulties of deprescribing but mentioned many obstacles such as unbalancing a stable state or causing a withdrawal syndrome.

**Conclusion:** The use of therapeutic alternatives or non-pharmacological therapies would require both better training of health workers and a reinforcement in staffing level. Specialized units would be of particular interest in the management of BPSDs. Communication between the different stakeholders in nursing home remains essential as well as the multidisciplinary approach of the elderly subject.

**Keywords :** Nursing home, elderly, psychotropic drugs, determinants, general practitioner