

# L'UTILISATION DES PSYCHOTROPES EN UCC

Dr Jean ROCHE CHU de Lille  
Groupe UCC de la SFGG



SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE GÉRIATRIE  
& GÉRONTOLOGIE



2018 © Congrès National des unités de soins d'évaluation et prise en charge Alzheimer - Tous droits réservés

Toute reproduction même partielle est strictement interdite

# Soins en UCC

CIRCULAIRE N°DHOS/O2/O1/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012

## Nature des soins

Un programme d'activités structuré et adapté peut conduire à une réduction de 20% de ces troubles. Ce programme a également pour intérêt majeur de diminuer l'utilisation des psychotropes sédatifs et de la contention ; il permet en outre de stabiliser voire de diminuer les troubles du comportement, de mettre en place des stratégies compensatoires du déficit cérébral ; d'assurer les soins préventifs d'une situation de crise en l'absence d'une indication d'hospitalisation en court-séjour en spécialité d'organe ou de réanimation et de maintenir voire d'améliorer l'adaptation aux actes de la vie quotidienne.

De même, la rééducation de l'orientation, les groupes de validation cognitive, de thérapie par évocation du passé, les démarches comportementales et d'une façon plus générale le traitement psychosocial permettent d'améliorer très nettement la qualité de vie et de réduire l'apparition des troubles du comportement.

Les pratiques suivantes doivent pouvoir être proposées à ces patients : psychomotricité, ergothérapie, orthophonie.

Les modalités de fin de prise en charge dans cette unité spécifique doivent être définies lors de l'élaboration de chaque projet thérapeutique.

# Traitements Médicamenteux et SPC

Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée HAS Mai 2018

Les psychotropes, dont la prescription devrait être déterminée par l'échec des traitements non médicamenteux (TNM), par l'inconfort de la personne malade, ou en cas de situation menaçante, sont largement utilisés en cas de SPC chroniques. Ainsi, une majorité des patients vivant avec un TNC, y compris dans les EHPAD où sont hébergés les personnes aux stades les plus évolués de la maladie, sont traités en continu par des benzodiazépines, antidépresseurs, voire des neuroleptiques/ antipsychotiques.

L'accès limité aux thérapies psychocomportementales de qualité et aux programmes d'information, de formation et de soutien destinés à l'entourage familial, le nombre limité d'experts, l'absence de formation des professionnels de santé placent **malheureusement** l'usage des psychotropes en traitement de 1<sup>re</sup> ligne de ces troubles. La formation et la disponibilité des soignants au domicile comme dans les établissements sont manifestement insuffisantes pour un accès à une prescription raisonnée et pertinente des psychotropes<sup>53</sup>.

# ENQUETE SUR L'UTILISATION DES PSYCHOTROPES EN UCC

- Les **UCC privilégient** une prise en **soins non médicamenteuse** des troubles comportementaux en lien avec une maladie d'Alzheimer ou apparentée.
- La **recherche d'une étiologie** somatique, ou iatrogène, sous-jacente est également systématique.
- Mais en pratique un traitement psychotrope va également devoir être utilisé face à certains troubles comportementaux lorsque la prise en charge non médicamenteuse n'est pas assez efficace.
- Le Groupe UCC de la SFGG a créé ce questionnaire pour mieux connaître les traitements psychotropes les plus fréquemment utilisés par les médecins en UCC en cas de troubles comportementaux invalidants.
- **Questionnaire globalement basé sur les symptômes positifs** de la NPI (anxiété, fluctuation de l'humeur, dépression, hallucinations, idées délirantes, agitation, déambulation, agressivité, cris, désinhibition, insomnie)
- Recherche également d'**infos sur un éventuel protocole d'urgence** pour l'Agressivité/Agitation

# Objectifs

- ▶ Objectifs analyser les habitudes de prescription de Psychotropes en UCC
- ▶ MAIS pas d'analyse de la fréquence de ces prescriptions
- ▶ A noter que les UCC sont des unités de recours d'où une concentration plus importante de patients complexes
- ▶ La plupart des médecins qui ont répondu à cette étude insistent sur le fait qu'ils ne les utilisent que:
  - ▶ Si échec des autres prises en charge
  - ▶ Après avoir recherché des épines irritatives
  - ▶ Intensité des troubles observés
- ▶ On peut donc conclure que ces traitements psychotropes ne sont donnés qu'en seconde ou troisième ligne de prise en charge



# Complexité/ Difficultés rencontrées lors de l'étude

- ▶ Pas de liste exhaustive disponible au niveau national des médecins responsables des UCC
- ▶ Pas de connaissance à un moment donné, de l'ouverture ou non de certaines de ces unités
- ▶ Déménagements d'unité pas toujours remontés au niveau du listing national
- ▶ Mailing comprend peu de mails de médecins
- ▶ Nombreux mails revenant en erreur (médecins, administratifs): Pb Turn over important?
- ▶ Plusieurs sollicitations au même moment notamment pour le développement de la BNA UCC
- ▶ Exhaustivité difficile à atteindre => Etude poursuivie

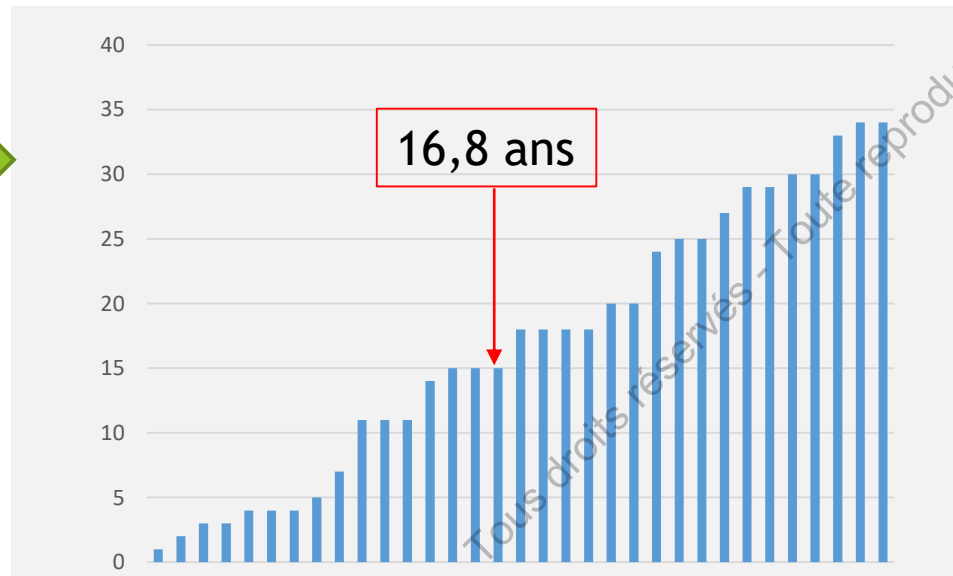
# Résultats partiels

- ▶ Réponses actuellement obtenues de 34 UCC
- ▶ 3 précisent qu'elles sont actuellement fermées (pas de temps médecin)
- ▶ 1 ouverte mais qui n'a plus de médecin référent
- ▶ 1 unité qui a déménagé (et nouveau médecin référent non joignable)
- ▶ 2 UCC qui préfèrent ne pas répondre (car que des cas individuels)
- ▶ 1 UCC dont les résultats sont parvenus trop tard pour être intégrés à cette analyse
- ▶ Les résultats partiels concernent 35 prescripteurs seniors répartis sur 26 UCC
- ▶ Le répondeur est souvent le médecin référent de l'unité, souvent le seul prescripteur en dehors de situations de remplacement (formation, congés, garde...)



# Médecins en UCC

- ▶ 80% sont des Gériatres, 16% des Neurologues, 12% des Psychiatres
- ▶ 70% sont des Femmes
- ▶ Il y a en moyenne 2,3 prescripteurs par UCC en tenant compte des situations de remplacement
- ▶ Ancienneté de diplôme  
des médecins prescripteurs
- ▶ 12 lits par UCC en moyenne
- ▶ Réponses venant de tous  
les territoires



# Quel Traitement Psychotrope utilisez-vous en face d'une ANXIETE ?

## ▶ 1<sup>er</sup> Choix :

- ▶ **Oxazépam** (Séresta\*) : **88%** à la poso initiale moyenne de 10mg
- ▶ Alprazolam (Xanax\*) : 9% Poso initiale 0,25mg
- ▶ Miansérine/Mirtazapine : 6%

## ▶ 2<sup>nd</sup> Choix:

- ▶ **Alprazolam** : **39%**
- ▶ Oxazépam : 12% (pour ceux qui ne l'avaient pas choisi en 1<sup>er</sup> Choix)
- ▶ IRS : 2fois
- ▶ NL Sédatifs : 2 fois
- ▶ BZD ½ vie longue : 2 fois

## ► Les anxiolytiques

Leur prescription doit être limitée aux situations de crise ou doit être de courte durée après correction des causes : somatiques, relationnelles, psychologiques ou iatrogéniques.

Il est recommandé d'utiliser des molécules à demi-vie courte et sans métabolite actif (cf. encadré 1). Ces produits, et notamment les benzodiazépines, présentent des risques qui doivent être pris en compte : sédation, agitation paradoxale, accentuation des troubles mnésiques, chute, syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal. Leur arrêt, lorsqu'il est envisagé, doit être progressif.

### Encadré 1. Anxiolytiques à demi-vie courte (< 20 heures) et sans métabolite actif par ordre alphabétique de DCI

DCI	Spécialité/dosage	Demi-vie*	Spécificités chez les personnes âgées
Alprazolam	XANAX® Comprimés à 0,25 et 0,50 mg	10 à 20 heures	Le métabolisme hépatique diminue, ainsi que la clairance totale, avec augmentation des concentrations à l'équilibre et des demi-vies. Il importe de diminuer les doses.
Clotiazépan	VERATRAN® Comprimés à 5 et 10 mg	4 heures	Le métabolisme hépatique diminue et donc la clairance totale avec augmentation des concentrations à l'équilibre, de la fraction libre et des demi-vies. Il importe alors de diminuer les doses.
Lorazépan	TEMESTA® Comprimés à 1 et 2,5 mg	10 à 20 heures	Paramètres pharmacocinétiques non modifiés.
Oxazépan	SERESTA® Comprimés à 10 et 50 mg	8 heures	Paramètres pharmacocinétiques non modifiés.

\* demi-vie d'élimination plasmatique mesurée chez l'adulte

Si l'agitation ou l'anxiété sont mal tolérées malgré les thérapies psychocomportementales, un traitement ponctuel par antidépresseurs sérotoninergiques (à faibles doses et progressivement croissantes) peut être proposé. Le patient sera revu dès le premier mois de traitement. Efficacité et tolérance sont à contrôler car les effets sont variables selon les individus et les molécules. En cas d'échec de cette 2<sup>e</sup> ligne de traitement, prendre l'avis d'un psychiatre de la personne âgée peut permettre de proposer un autre traitement pharmacologique.

HAS Tr Comport 2009

Tr SPC chroniques  
Parcours HAS 2018

# Quel Traitement Psychotrope utilisez-vous en face d'une DEPRESSION ?

## ▶ 1<sup>er</sup> Choix:

- ▶ **IRS 70%** (dt majorité Citalopram/Escitalopram puis Sertraline)
- ▶ Mianserine/Mirtazapine 20%
- ▶ IRSNA 8%

## ▶ 2<sup>nd</sup> Choix:

- ▶ **Mianserine/Mirtazapine 70%** (Poso plus progressive pour Miansérine/Mirtazapine)
- ▶ IRS 14% (A noter que dans 2 cas switch d'un IRS pour un autre IRS)
- ▶ IRSNA 11%

## Signes dépressifs/dépression ou signes anxieux

Le traitement de ces symptômes ne diffère pas de celui des autres patients. Si la psychothérapie est insuffisante, un antidépresseur sérotoninergique en monothérapie au moins 1 mois est prescrit. S'il existe des signes anxieux graves, un antidépresseur associé à un anxiolytique à faible posologie en traitement de courte durée pourra être proposé dans un deuxième temps.

Les antidépresseurs les plus prescrits sont les antidépresseurs sérotoninergiques. Cette classe regroupe un ensemble de molécules hétérogènes. Certaines molécules sont à manier avec précaution, notamment en gériatrie (fluoxétine ou paroxétine). Néanmoins, d'autres classes d'antidépresseurs peuvent être prescrites, après avis d'un psychiatre de la personne âgée.

### Les antidépresseurs

En l'absence de différence d'efficacité démontrée entre les différents types d'antidépresseurs, le choix se fait selon l'efficacité, la tolérance et les préférences du patient. La HAS recommande :

⊕ en 1<sup>ère</sup> intention, en raison de leur meilleure tolérance :

- les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ;
- les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) ;
- trois « autres antidépresseurs » (de mécanisme pharmacologique différent) : miansérine, mirtazapine et vortioxétine ;

⊕ en 2<sup>ème</sup> intention, en raison de leur risque de toxicité cardiovasculaire, les antidépresseurs imipraminiques (tricycliques) ;

⊕ en 3<sup>ème</sup> intention, l'agomélatine en raison de sa toxicité hépatique et le tianeptine qui comporte un risque d'abus et de dépendance ;

⊕ en dernier recours, du fait de leurs nombreux effets indésirables et interactions médicamenteuses, les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), uniquement après échec des autres alternatives.

Parcours HAS 2018

Mauvais usage des AD  
HAS 8 Nov 2017

# Quel Traitement Psychotrope utilisez-vous en face d'HALLUCINATIONS?

## ▶ 1<sup>er</sup> Choix

- ▶ **Rispéridone 56%**
- ▶ Quetiapine 12%
- ▶ Olanzapine 9%
- ▶ Rarement : Clozapine, Tiapride, Halopéridol, Loxapine, IRS, Rivastigmine

## ▶ 2<sup>nd</sup> Choix

- ▶ **Olanzapine 30%**
- ▶ Halopéridol 17%
- ▶ Rispéridone 15%
- ▶ Autres: Clozapine, Loxapine, NL sédatif, Aripiprazole, Tiapride

# Hallucinations: Qu'utilisez vous s'il s'agit d'une maladie à Corps de Lewy ?

## ▶ 1<sup>er</sup> Choix:

- ▶ Clozapine 62%
- ▶ Rivastigmine 23%
- ▶ Autres: Risperidone, Quetiapine, Olanzapine

## ▶ 2<sup>nd</sup> Choix surtout

- ▶ Quetiapine (Switch svt depuis la Clozapine)
- ▶ Clozapine (dont tout ceux qui avaient choisi la Rivastigmine en 1<sup>er</sup>)

# Hallucinations et NL

- ▶ A limiter+++
- ▶ En cas de prescription d'un antipsychotique, un traitement d'une durée très limitée et à faible posologie de l'une des deux molécules les plus étudiées dans ce domaine peut être envisagé : rispéridone à une posologie de 0,25 mg à 1 mg par jour ou olanzapine à une posologie de 2,5 à 5 mg par jour (hors AMM). La clozapine a une indication spécifique pour le « traitement des troubles psychotiques survenant au cours de l'évolution de la maladie de Parkinson, en cas d'échec de la stratégie thérapeutique habituelle ». Sa prescription est limitée aux spécialistes (prescription initiale hospitalière annuelle réservée aux spécialistes en psychiatrie, en neurologie et en gériatrie, renouvellement possible par les spécialistes en psychiatrie, neurologie et gériatrie) et nécessite une surveillance hématologique stricte<sup>11</sup>. Le risque d'événements indésirables graves, notamment une neutropénie, est à prendre en compte et invite à limiter la prescription de clozapine.

Si les hallucinations ou délires sont toujours mal tolérés, avec des conséquences délétères pour le patient, un traitement par antidépresseur peut être instauré en 2<sup>e</sup> intention en sus de la prise en charge psychocomportementale.

La prescription de rispéridone (à faibles doses) prend place en 3<sup>e</sup> ligne, après avoir exclu une MCL. S'il s'agit d'hallucinations ou de délires associés à une MCL, la rivastigmine ou la clozapine (mais précaution pour cette dernière, car risque d'agranulocytose) peuvent être prescrites après avis spécialisé. La prescription des antipsychotiques est associée à une surveillance clinique et biologique adaptée (efficacité et tolérance). Les traitements sont initiés à faibles doses, puis la posologie est progressivement augmentée. La balance bénéfice/risque doit être régulièrement évaluée. L'arrêt doit aussi être progressif. Toute prescription de neuroleptique/antipsychotique doit être précédée d'un contrôle cardiaque (ECG).

HAS Tr Comport 2009

Parcours HAS 2018



# Quel Traitement Psychotrope utilisez-vous en face d'IDEES DELIRANTES ?

- ▶ Résultats quasi superposables aux réponses sur les Hallucinations
- ▶ 1<sup>er</sup> Choix
  - ▶ **Rispéridone 67%**
  - ▶ Puis Olanzapine, Tiapride, Escitalopram, Sertraline, Halopéridol, Oxazepam
- ▶ 2<sup>nd</sup> Choix
  - ▶ Olanzapine, Risperidone, Amisulpride (Solian\*), Aripiprazole, Escitalopram

# Quel Traitement Psychotrope utilisez-vous en face d'une AGITATION ?

- ▶ 1<sup>er</sup> Choix:
  - ▶ Plutôt des BZD (Oxazepam 40% , Midazolam 15% , Alprazolam)
  - ▶ Sinon NL (Loxapine 20%, Olanzapine, Risperidone, Haloperidol)
- ▶ 2<sup>nd</sup> Choix très variable
  - ▶ Tiapride (1/5) et Risperidone (1/5)
  - ▶ ou Haloperidol, Amisulpiride, NL Sédatifs, Quetiapine,
  - ▶ Sinon Midazolam, Oxazepam, Mianserine, Valproate
  - ▶ Pas de consensus franc de prescription

Si l'agitation ou l'anxiété sont mal tolérées malgré les thérapies psychocomportementales, un traitement ponctuel par antidépresseurs sérotoninergiques (à faibles doses et progressivement croissantes) peut être proposé. Le patient sera revu dès le premier mois de traitement. Efficacité et tolérance sont à contrôler car les effets sont variables selon les individus et les molécules. En cas d'échec de cette 2<sup>e</sup> ligne de traitement, prendre l'avis d'un psychiatre de la personne âgée peut permettre de proposer un autre traitement pharmacologique.

# Quel Traitement Psychotrope utilisez-vous en face d'une DEAMBULATION ?

- ▶ 1<sup>er</sup> Choix
  - ▶ Aucun traitement 70%
  - ▶ Oxazepam 11%
  - ▶ Autres Lozapine, Normothymique, Alprazolam, Sertraline, Gabapentine
- ▶ 2<sup>nd</sup> Choix
  - ▶ Tjs rien 47%
  - ▶ Normothymiques 11%
  - ▶ BZD 9% (Alprazolam, Oxazepam)
  - ▶ IRS 9% (Sertraline, Paroxétine)
  - ▶ Hypnotique si déamb nocturne
  - ▶ Lozapine (1)

Il n'est pas recommandé de prescrire en première intention et sans évaluation préalable un traitement par psychotrope en cas d'opposition, de cris, de déambulations.

# Quel Traitement Psychotrope utilisez-vous en face d'une DESINHIBITION SEXUELLE?

## ► 1<sup>er</sup> Choix

- IRS 50%
- Hormonothérapie 14% (cas sévères)
- Normothymiques 8%

## 2<sup>nd</sup> Choix

- Pas de 2<sup>nd</sup> lignes de TTM 40%
- NL variés 23%
- Horm 23%
- Trazodone 11%

### **Désinhibition/comportement langagier, sexuel ou alimentaire inapproprié**

Ces manifestations, plus fréquentes dans les troubles neurocognitifs frontotemporaux ou en cas de syndrome frontal marqué, sont très douloureusement ressenties par l'entourage et les intervenants professionnels. Il ne faut pas négliger le fait que le patient peut être conscient de ses troubles et en souffrir.

La prise en charge est graduée, en lien avec les spécialistes des TNC et les psychiatres de la personne âgée. Après avoir écarté un effet iatrogène (DOPA, IAChE, etc.), les thérapies psychocomportementales à destination du patient et de l'entourage restent la 1<sup>re</sup> ligne de traitement. Si ces dernières sont insuffisantes, elles sont associées à un antidépresseur de la classe des inhibiteurs sélectifs de la sérotonine (effet dépresseur sur la libido) ou à un médicament régulateur de l'humeur. Cette démarche implique une surveillance clinique et biologique adaptée et une première évaluation clinique à 1 mois. L'efficacité des molécules est variable selon les individus.

Parcours HAS 2018

# Quel Traitement Psychotrope utilisez-vous en face d'une INSOMNIE ?

## ▶ 1<sup>er</sup> Choix

- ▶ Zopiclone 32%
- ▶ Mélatonine 29%
- ▶ Oxazepam 15%, Mianserine, Zolpidem (1)

## ▶ 2<sup>nd</sup> Choix:

- ▶ Mianserine 20%
- ▶ Zopiclone 20%
- ▶ Mélatonine 17%
- ▶ Autres: Antihistaminique, Agomelatine (Valdoxan\*), Alimemazine (Théralène\*), Lormetazepam (Noctamine\*)

**En cas d'échec, la lumniothérapie après avis de l'ophtalmologiste, ou bien la mélatonine, ou un composé Z, ou encore une benzodiazépine à demi-vie courte à faibles doses peuvent être utilisés. Le traitement par benzodiazépine ou composé Z est court, pas plus de 3 semaines, en respectant les précautions d'emploi et de surveillance, notamment chez la personne âgée.**

Parcours HAS 2018

# Existe-t'il un protocole d'urgence prédéfini « Agitation/Agressivité »?

## ▶ OUI 41%

- ▶ Midazolam cité le plus sv: en injectable avec poso variable d'1 mg à 2,5mg par prise
- ▶ Risperidone 0,25 à 0,5mg par prise
- ▶ Loxapine 5 gtttes par prise

## ▶ NON 59%

## ▶ Protocole:

- ▶ Intérêt d'y réfléchir pour éviter prescription de garde qqf inappropriées?
- ▶ Garder individualisation des prescriptions?

# Conclusions actuelles

- ▶ En dehors des gros centres, les UCC peuvent reposer sur un seul médecin référent
- ▶ Grande homogénéité des choix thérapeutiques pour certains items
- ▶ Pour d'autres, les réponses plus hétérogènes (cris, agressivité, fluctuation de l'humeur)
- ▶ Poso d'un même psychotrope svt identique qqsoit l'indication pour un médecin
- ▶ Nombre de molécules citées par un prescripteur assez concentrée
- ▶ Intérêt de réfléchir sur des recommandations de bonnes pratiques UCC-UHR-UVA
- ▶ Intérêt de réfléchir sur un protocole d'Urgence en UCC?
- ▶ Intérêt développement listing médecins UCC à jour facilitant de meilleurs échanges et permettant une évaluation des pratiques
- ▶ Nouvelle relance prévue des UCC n'ayant pas encore eu le temps de répondre

*We need you*



Merci de votre attention

jean.roche@chru-lille.fr

2018 © Congrès National des unités de soins d'évaluation et prise en charge Alzheimer - Tous droits réservés

Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est strictement interdite