

« Limiter la prescription de neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer »

L'amélioration de la prescription médicamenteuse constitue un enjeu de santé prioritaire chez le sujet âgé fragile. Ainsi le Plan Alzheimer consacre une mesure spécifique à ce thème « Améliorer le bon usage du médicament dans la maladie d'Alzheimer ». La HAS pilote cette mesure 15 en raison des travaux développés sur l'amélioration de la Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA) dont la prévention et la maîtrise de la iatrogénèse médicamenteuse.

Les neuroleptiques trop prescrits chez le malade Alzheimer sont source d'une sédation excessive et d'une iatrogénèse sévère avec une augmentation des accidents vasculaires cérébraux et une surmortalité. En concertation avec l'ensemble des acteurs en santé, la prévention chez le malade Alzheimer de la iatrogénèse liée aux neuroleptiques a été retenue comme prioritaire et fait l'objet d'un programme spécifique de la Haute Autorité de Santé.

La place des neuroleptiques chez le malade d'Alzheimer

Deux situations cliniques sont à l'origine de la prescription de neuroleptiques chez le malade d'Alzheimer :

Les troubles du comportement perturbateurs survenant dans cette maladie (et pathologies apparentées) - cris, agitation, agressivité, déambulation, hallucinations, opposition, troubles du rythme veille-sommeil – constituent la situation clinique la plus fréquente de prescription inappropriée de neuroleptiques chez ces patients. En effet, 90% des malades d'Alzheimer présenteront au décours de leur maladie des troubles du comportement, de survenue inopinée et peu prévisible.

Par ailleurs, chez le malade d'Alzheimer comme chez le sujet âgé peut survenir **un épisode aigu de confusion** qui amène le plus souvent le patient aux urgences de l'hôpital et l'expose également à une prescription inappropriée de neuroleptiques.

L'effet des neuroleptiques dans ces situations est uniquement symptomatique. Leur utilisation chez ces patients est associée à la survenue d'effets indésirables graves, tandis qu'il existe des alternatives pour la gestion de ces situations.

Si l'on souhaite synthétiser **la balance bénéfice risque** de l'utilisation des neuroleptiques, les données montrent que si l'on traitait 1000 personnes ayant des troubles du comportement avec un antipsychotique atypique (neuroleptique) pendant 12 semaines, on observerait :

- ✓ une diminution des troubles du comportement chez 91 à 200 patients;
- ✓ 10 décès supplémentaires;
- ✓ 18 accidents vasculaires cérébraux dont la moitié seraient sévères;
- ✓ des troubles de la marche chez 58 à 94 patients.

Au total, les neuroleptiques constituent une mauvaise réponse à une vraie question dans ces deux situations cliniques. La place des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer est limitée.

Un programme spécifique pour prévenir la iatrogénie des neuroleptiques chez le malade Alzheimer

Une démarche innovante

Pour prévenir la iatrogénie des neuroleptiques chez le malade d'Alzheimer, la HAS a développé une démarche innovante fondée sur :

- 1- une **démarche participative** avec tous les acteurs en santé ;
- 2- l'**analyse partagée des situations cliniques** à l'origine de la prescription de neuroleptiques (déterminants de la prescription, outils manquants....) ;
- 3- la production d'**outils d'amélioration** (indicateurs) dont les recommandations de bonne pratique ;
- 4- la production d'**outils d'évaluation** à l'échelon professionnel comme à l'échelon national permettant de suivre l'impact des actions engagées pour résoudre ce problème de santé publique.

Des recommandations de bonne pratique

La démarche participative conduite dès 2007 avec l'analyse partagée des situations cliniques* a identifié les besoins en matière d'outils d'amélioration pour les prescripteurs : Deux recommandations de bonnes pratiques professionnelles ont été publiées par la HAS en juillet 2009 avec l'objectif principal de limiter l'usage des psychotropes, en particulier des neuroleptiques, dans deux situations distinctes :

1. « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » (cf. annexe 1)

2. « Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation » (cf. annexe 2)

Les objectifs de ces recommandations sont :

- ✓ limiter la prescription médicamenteuse à ce qui est strictement indispensable ;
- ✓ assurer dans tous les cas une surveillance attentive de la personne âgée ;
- ✓ améliorer les pratiques diagnostiques, préventives et thérapeutiques de ces troubles ;
- ✓ promouvoir les techniques de soins non médicamenteuses ;
- ✓ éviter les prescriptions inappropriées, systématiques ou prolongées de psychotropes, en particulier de neuroleptiques et de sédatifs.

** Rapport HAS 2007 « Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé »*

Un indicateur d'alerte iatrogénique couplé à des programmes d'amélioration

Indicateur « Exposition chronique des malades Alzheimer aux neuroleptiques » *

Cette mesure est réalisée pour le suivi du Plan Alzheimer sur la population française Alzheimer repérée par les ALD et les traitements spécifiques (soit une mesure sur environ 380 000 personnes en 2007 et 400 000 en 2008).

Cette mesure de l'exposition chronique (plus de 3 prescriptions annuelles) constitue une référence de départ pour le plan Alzheimer avec les 1ères mesures réalisées en 2007. Cette mesure de la prescription est réalisée par les 3 principaux régimes de l'Assurance Maladie (CNAM-TS, MSA et RSI) sur leurs bases de remboursement, en coopération avec l'INVS. L'analyse des données est quant à elle réalisée par le groupe de coopération sur l'optimisation de la prescription des psychotropes chez le sujet âgé (cf. annexe 3), sous l'égide de la HAS.

L'exposition chronique des malades Alzheimer aux neuroleptiques est considérée comme un indicateur d'alerte iatrogénique. En effet, si la prescription des neuroleptiques peut s'avérer appropriée dans certains cas, il est important de déterminer le nombre de patients exposés au risque des neuroleptiques mais surtout de vérifier pour chacun des patients la pertinence de la prescription. Il s'agit donc de diminuer le risque iatrogénique en arrêtant les traitements indus.

** Résultats en page 4*

Programmes d'amélioration des prescriptions médicamenteuses

Lors des assises du Plan Alzheimer en région initiées depuis février 2007, les professionnels de santé ont été sensibilisés à la problématique de l'exposition des malades d'Alzheimer aux neuroleptiques et se mobilisent pour des programmes d'amélioration des pratiques incluant le suivi de cet indicateur.

Facilement mesurable par un établissement, une équipe ou un médecin, l'indicateur d'alerte iatrogénique permet :

- ✓ de repérer facilement les patients à risque iatrogénique ;
- ✓ diminuer la iatrogénèse des neuroleptiques ;
- ✓ d'initier les actions d'optimisation de la prescription médicamenteuse : souvent poly-pathologiques, les malades d'Alzheimer doivent bénéficier des prescriptions adéquates. Il s'agit de réviser régulièrement chez ces patients à risque l'ensemble des prescriptions (programme d'amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, PMSA(2)).

L'indicateur d'alerte iatrogénique « Exposition chronique aux neuroleptiques des malades Alzheimer » complète le **tableau de bord national de suivi des psychotropes chez le sujet âgé**. Deux autres indicateurs d'alerte iatrogénique sur les psychotropes seront également suivis chez le sujet âgé : la prescription chronique de benzodiazépines à demi-vie longue et la co-prescription régulière de trois psychotropes ou plus.

Des **indicateurs de pratique clinique sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé** viendront compléter les programmes d'amélioration, comprenant notamment des indicateurs sur les règles générales de prescription.

Recommandations de bonne pratique, et Programme PMSA disponibles sur www.has-sante.fr

HAUTE AUTORITE DE SANTE

Responsable du service presse

Florence Gaudin

Contacts presse

Claire Syndique & Gilles Djéyaramane

Tél. : 01 55 93 73 18/17

Fax : 01 55 93 74 16

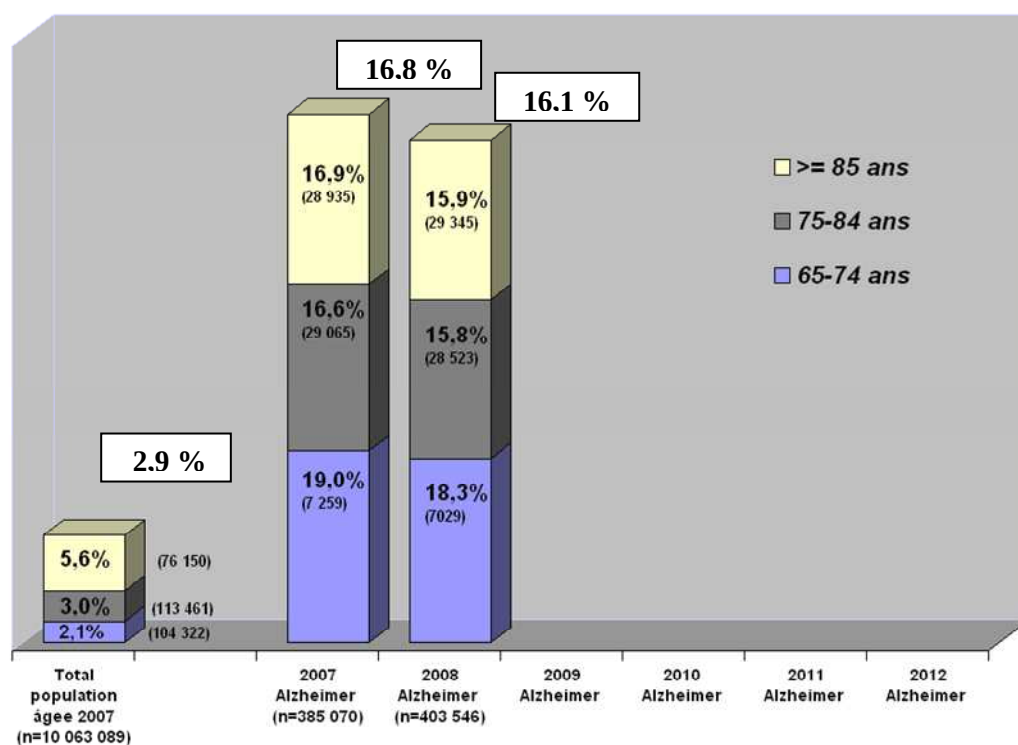
contact.presse@has-sante.fr

Les premiers résultats de l'indicateur d'alerte iatrogénique

En 2007, l'exposition chronique aux neuroleptiques des malades d'Alzheimer est de **16,8%**, soit 65 257 patients pour une mesure sur 385 070 malades d'Alzheimer. Ces chiffres confirment la surexposition des malades d'Alzheimer aux neuroleptiques, en regard de la population générale âgée pour laquelle le taux d'exposition global est de 2,9%.

En 2008, le pourcentage d'exposition chronique des malades d'Alzheimer aux neuroleptiques est de **16,1%**, soit 64 897 patients pour une mesure sur 403 546 malades d'Alzheimer. Le nombre de malades d'Alzheimer exposés aux neuroleptiques diminue tandis que le nombre de malades d'Alzheimer augmente.

« Exposition chronique des malades d'Alzheimer aux neuroleptiques 2007-2008 »



* échantillon des patients Alzheimer repérés dans les bases de remboursement de l'Assurance Maladie par la mise en ALD 15 et/ou la mise sous traitement spécifique de la Maladie d'Alzheimer

Références : HAS, CNAM-TS, RSI, MSA, InVS et le Groupe de coopération « Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé » – extrait du Rapport 2009 à paraître

Un an après le lancement du Plan Alzheimer, de nombreux outils sont en place pour réduire la iatrogénie des neuroleptiques chez les malades d'Alzheimer.

Les premières mesures de suivi des neuroleptiques confirment le risque encouru par les malades d'Alzheimer et la nécessité d'agir.

Les mesures de l'indicateur d'alerte iatrogénique sont robustes et seront répétées chaque année, cet indicateur constituant un indicateur phare du Plan Alzheimer.

La tendance observée entre 2007 et 2008 est encourageante et cet indicateur constitue pour tous - institutions, soignants, malades, entourage - un chiffre repère pour l'amélioration de la prise en charge et de la qualité de vie des malades d'Alzheimer.

Annexe 3

Composition du groupe de coopération – Plate-forme d'échanges « Améliorer la prescription, dont celles des psychotropes, chez le sujet âgé »

Démarche participative

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, Agence nationale d'évaluation des établissements sociaux et médicosociaux, Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapie, Association de prévention routière, Caisse nationale solidarité autonomie, Cercle de qualité des Ardennes, Collège national des généralistes enseignants, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Collège national universitaire de psychiatrie, Collège professionnel des gériatres français, Direction générale de l'action sociale, Direction générale de la santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Fédération française de neurologie, Fédération française de psychiatrie, Fédération française des associations des médecins coordonnateurs en Ehpad, Haute Autorité de Santé, Institut de veille sanitaire, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, Mission Sommeil, Mission de pilotage du plan Alzheimer, Mutualité française, Mutualité sociale agricole, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, Ordre des médecins, Ordre des pharmaciens, Régime social des indépendants, Regroupement scientifique des sociétés savantes de médecine générale, Société française de pharmacologie et thérapeutique, Société française de gérontologie et de gériatrie, Société française de documentation et de recherche en médecine générale, Société française de médecine générale, Société française de recherche sur la médecine du sommeil, Société de formation thérapeutique du généraliste.

Contributeurs

Francis ABRAMOVICI (généraliste), Véronique ALLARIA-LAPIERRE, médecin conseil, Hubert ALLEMAND (CNAMTS), Guy AMELINEAU (généraliste), Jean-Pierre AQUINO (gériatre), Christophe ARBUS (psychiatre), Pascale ARNOULD (généraliste), Annie ARPIN-BARBIEUX (CNAMTS), Charles AUTREAU (généraliste), Bruno BALLY (HAS), Anne-Marie BAQUE-GENSAC (généraliste), Bernard BASSET (Inpes), Emmanuelle BAUCHET (DGS), Jérôme BEAUJARD (généraliste), Mireille BECCHIO (généraliste), Jean BAZELAIRE (généraliste), Hervé BERCHE, (généraliste), Alexandre BIOSSE-DUPLAN (HAS), Philippe BONNARDOT (généraliste), Joël BELMIN (gériatre), Fabienne BLANCHET (ordre des pharmaciens), Olivier BLIN (pharmacologue), Claudine BLUM-BOISGARD (RSI), Juliette BLOCH (InVS), Emmanuelle BLONDET (HAS), Sylvie BONIN-GUILLAUME (gériatre), Régis BORDET (neurologue), Serge BOUHANA (généraliste), Catherine BOULNOIS (généraliste), Jean BRAMI (HAS), Maryvonne BRIOT (OPEPS), Sandrine BUSCAIL (HAS), Jean CARLET (HAS), Christine CHAN CHEE (InVS), Dr Béatrice CLUNIAU (généraliste), Christian COMTE (généraliste), Emmanuelle CORRUBLE (psychiatre), Dominique CHOLLEY (CNAMTS), Jean COSTENTIN (pharmacologue), Anne-Marie COURNE (Afssaps), Pierre CZERNICHOW (épidémiologiste), Anne D'ANDON (HAS), Sylvain DAILLY (interniste), Caroline DE-CACQUERAY (DGS), Jean-Pierre DAVANT (Mutualité Française), Dominique DE PENANSTER (DGS), Laurent DEGOS (HAS), Catherine DEGUINES (Afssaps), Jean DELIGNE (RSI), Michel DEPINOY (Inpes), Armelle DESPLANQUES-LEPERRE (HAS), Gérard DOHEIN (généraliste), Patrice DOSQUET (HAS), Jean DOUCET (gériatre), Olivier DRUNAT (gériatre), François DUMEL (généraliste), Alain DUMONT (généraliste), Olivier DUPONT (DGS), Sylvie DUPUIS (MSA), Marie ERBAULT (HAS), Jean-Pierre FAGOT (Afssaps), Benoît FLEURY (addictologue), Jean Philippe FLOUZAT (DGAS), Alain FRANCO (gériatre), Patrick FREMONT (psychiatre), Thierry GALLARDA (psychiatre), Florence GAUDIN (HAS), Michel GENTILE (DHOS), Yves GERVAIS (généraliste), Jean-Pierre GIORDANELLA (mission sommeil), Alain GAUBERT (pharmacien), Richard GUEDON (Groupama), Marie-Laure GUILLOU (cadre de santé), Joëlle GUILLOT (CNAMTS), Michel HAMON (neurobiologiste), Françoise HARAMBURU (pharmacologue), Jean-Marc HARLIN (MSA), Marie-Christine HARDY-BAYLE (psychiatre), Patrick HILLON (pharmacologue), Jean Pierre HILLY (généraliste), Valérie IZARD (HAS), Patrice JAILLON (pharmacologue), Isabelle JALENQUES (psychiatre), Claude JEANDEL (gériatre), Marine JEANTET (Inpes), Anne JOLIVET (DGS), William JUNOD (généraliste), Anne KIEFFER (CNSA), Brice KITIO (HAS), Marc KREUTER (généraliste), Odile KUSNICK (CNAMTS), Jean LAMARCHE (pharmacien), Jean Luc LAMBERT (généraliste), Virginie LANLO (HAS), Maryse LAPEYRE-MESTRE (pharmaco-épidémiologiste), Benoît LAVALLART (mission de pilotage plan Alzheimer), Véronique LAVERGNE (AFSSAPS), Florence LEBERT (neurologue), Valérie LE CORRE (MSA), Jean-Pierre LEGROS (généraliste), Jérôme LEMARIE (HAS), Sylvie LEGRAIN (gériatre), Patrick LEVY (généraliste), Florence LUSTMAN (mission de pilotage plan Alzheimer), Michel MALLARET (pharmacologue), Nathalie MAUBOURGUET-AKE (médecin généraliste gériatre), Patrick MARTIN (pharmacologue), Alexandre MEARY (pharmacologue), Charles MERCIER-GUYON (médecin généraliste, prévention routière), Louis MERLE (pharmaco-épidémiologiste), Joëlle MICALLEFF-ROLL (pharmacologue), Marcel-Jean MILLOT (DGS), Fati NOURASHEMI (Gériatre), Hakki ONEN (gériatre), François PAILLE (addictologue), Claudine PAREYRE (Anesm), Jean PARROT (ordre des pharmaciens), Jean Charles PASCALE (psychiatre), Florence PASQUIER (neurologue), Pierre PHILIP (médecine du sommeil), Jean Luc PRAT (MSA), Stéphanie PIN (Inpes), Muriel RAINFRAY (gériatre), Joël REMOLEUR (généraliste), Nadine RICHARD (DGS), Philippe RICORDEAU (CNAMTS), Nathalie RIOLACCI-DHOYEN (HAS), Philippe ROBERT (psychiatre), Lise ROCHAIX (HAS), Pascale ROCHER (mission de pilotage plan Alzheimer), Jacques ROLAND (ordre des médecins), Sylvie ROYANT-PAROLA (médecine du sommeil), Geneviève RUAAULT (gériatre), Philippe SAINT GERMES (généraliste), Claude SICHE (généraliste), Michael SPEDDING (pharmacologue), Jean-Pierre TAROT (Mutualité Française), Omar TARSISSI (MSA), Anne THOMASSET (CNAMTS), Jean-Jacques TREGOAT (DGAS), Philippe VALLAS (généraliste), Eric VAUCHELET (généraliste), Marie Françoise VECCHIERINI (neuro-psychiatre), Jérôme VERNONIS (DHOS), Pierre VIDAILHET (psychiatre).