Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

POINT DE VUE

La pharmacopée offre des moyens extrêmement limités pour traiter la démence. Le présent bulletin donne un aperçu inédit du recours aux médicaments procognitifs et aux psychotropes.

Les résultats du **secteur ambulatoire** sont globalement décevants. Les quantités de ginkgo biloba enregistrent certes une hausse de 32,6%, mais les inhibiteurs de la cholinestérase (–11,9%) et la mémantine (–10,1%) sont nettement moins utilisés qu'au début de la période d'observation. Ces substances sont pourtant connues pour stabiliser, passagèrement du moins, les capacités cognitives et les activités de la vie quotidienne, ainsi que pour améliorer les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Pour des raisons d'ordre méthodologique, les quantités d'antipsychotiques, d'antidépresseurs et de benzodiazépines/médicaments Z délivrées à des personnes de 70 ans ou plus ne permettent pas de tirer des conclusions fiables sur le traitement de la démence. La baisse des quantités de benzodiazépines/médicaments Z est toutefois réjouissante.

Les résultats des travaux sur la situation dans les **établissements médico-sociaux** (EMS) soulèvent des questions. Entre 42% et 50% des résidents atteints de démence reçoivent des antipsychotiques, bien qu'il n'existe guère d'études sur leur efficacité et que le risque d'effets secondaires soit élevé. De plus, les sociétés médicales recommandent en premier lieu des mesures non médicamenteuses pour traiter les SCPD. Les résultats indiquent que des améliorations sont encore nécessaires dans les EMS pour assurer la prise en charge de personnes atteintes de démence. Élaborées dans le cadre de la stratégie nationale en matière de démence, les recommandations destinées aux établissements médico-sociaux («DemCare: la prise en soins de personnes atteintes de démence») soulignent l'importance d'une pratique adéquate face à la démence et d'une prise en charge centrée sur la personne. Dans le cas des institutions de la ville de Zurich, ces recommandations ont permis de réduire sensiblement le recours aux antipsychotiques.

Gabriela Bieri-Brüning, *directrice médicale des centres de soins pour personnes âgées de la ville de Zurich*
Rafael Meyer, *président de l'association Swiss Memory Clinics (SMC)*

Les psychotropes dans le traitement de la démence

Le nombre de personnes atteintes de démence en Suisse (voir encadré 1) a été estimé à 153 000 en 2023 (Alzheimer Suisse, 2023). Il n'a cessé d'augmenter ces dernières années et, compte tenu de l'évolution démographique, il est appelé à poursuivre sur la même tendance. Dans le contexte du traitement médicamenteux de la démence, les médias ont à plusieurs reprises reproché une utilisation d'antipsychotiques pour «tranquilliser» les personnes atteintes de démence (p. ex. Hehli, 2022). Ceci alors même que la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée (SPPA) recommande de ne pas utiliser certains principes actifs pour traiter la démence, car ils peuvent entraîner des effets secondaires graves, ou que leur efficacité n'est pas suffisamment prouvée (Savaskan et al., 2024).

Des études à l'échelle de la Suisse sur le recours aux antipsychotiques et à d'autres psychotropes dans le traitement de la démence faisant jusqu'ici défaut, le présent bulletin considère différents groupes de médicaments psychotropes. La première partie met l'accent sur les médicaments procognitifs, principalement utilisés pour traiter les symptômes cognitifs. La deuxième partie se concentre sur les antipsychotiques, les antidépresseurs et les benzodiazépines ainsi que les médicaments Z (ces deux derniers formant ici un groupe en soi), qui jouent un rôle, parfois controversé, dans le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). La troisième partie est consacrée aux résidents d'établissements médico-sociaux (EMS) et vise à déterminer si les personnes atteintes de démence reçoivent davantage d'antipsychotiques, d'antidépresseurs et de benzodiazépines/médicaments Z que les personnes non atteintes.

Ce bulletin a été rédigé sur mandat de la Plateforme nationale démence (Office fédéral de la santé publique OFSP) ; sa réalisation a été suivie par un groupe d'experts (voir l'impressum).

Principaux résultats

- Médicaments procognitifs : le recours aux inhibiteurs de la cholinestérase et à la mémantine est à la baisse, tandis que l'utilisation de ginkgo biloba s'accroît sensiblement.
- Les antipsychotiques sont administrés plus souvent aujourd'hui qu'il y a six ans aux personnes de 70 ans ou plus (indépendamment d'un diagnostic de démence). Le recours aux benzodiazépines/médicaments Z affiche un recul.
- Dans les EMS, les personnes atteintes de démence reçoivent plus souvent des antipsychotiques et des antidépresseurs que les résidents non atteints.

Médicaments procognitifs

Les médicaments procognitifs sont utilisés pour stabiliser les **symptômes cognitifs** de la démence et les entraves dans les activités de la vie quotidienne, leur effet se déployant sur une période limitée (Savaskan, 2024). Ils sont par ailleurs efficaces pour traiter les **SCPD**, qui sont très fréquents et comprennent par exemple la dépression, l'agitation, l'agressivité, les troubles du sommeil, le délire, les hallucinations, l'anxiété, l'apathie, etc.

Lors des analyses effectuées pour ce bulletin, les médicaments procognitifs prescrits en Suisse ont été regroupés en fonction de la sévérité de la démence qu'ils permettent de traiter (selon Savaskan et al., 2024): 1) Le *ginkgo biloba* est utilisé pour traiter les troubles cognitifs légers (ou *mild cognitive impairment,* MCI), au début d'une démence, et parfois à titre prophylactique. 2) Les *inhibiteurs de la cholinestérase* donépézil, rivastigmine et galantamine sont employés pour la démence légère à modérée. 3) La *mémantine* sert à traiter la démence modérée à sévère. Rappelons que le ginkgo biloba est aussi prescrit en cas de troubles de la circulation sanguine, de vertiges et d'acouphènes (voir sous «Qui prescrit») et que les résultats recueillis ne se limitent donc pas aux seules applications visant à atténuer les troubles cognitifs.

Quantités

Selon les données provenant des assurances (voir encadré 2), le ginkgo biloba représentait en 2022 près de 90% des médicaments procognitifs délivrés en Suisse (88,1% de la quantité en doses journalières définies [DDD], voir encadré 3; non représenté). La part des inhibiteurs de la cholinestérase se situait à 8,6% et celle de la mémantine à 3,3%. Cette répartition s'est accentuée au cours des années observées: depuis 2016, la part du ginkgo biloba a augmenté, tandis que les parts des inhibiteurs de la cholinestérase et de la mémantine ont suivi une baisse constante. Cette observation se retrouve dans l'évolution des quantités au cours des dernières années (G 1). Les quantités de ginkgo biloba ont augmenté de 48,6% entre 2016 et 2022, celles des inhibiteurs de la cholinestérase de 0,3% et celles de la mémantine de 3,5%.

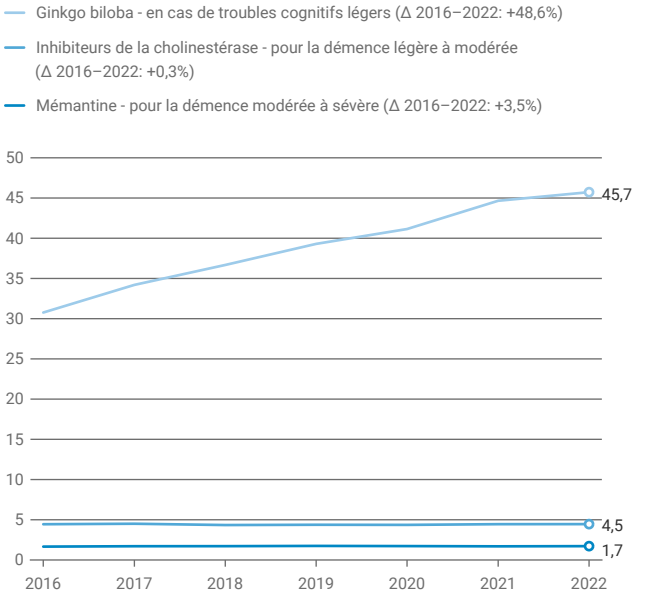
Encadré 1: Formes de démence

La démence est un terme générique qui désigne des maladies cérébrales dues à différentes causes. Les personnes atteintes perdent graduellement la mémoire, le sens de l'orientation, leurs compétences communicationnelles et leur autonomie au quotidien (OFSP, 2023a).

Dans environ 90% des cas, la démence présente une forme irréversible: la *maladie d'Alzheimer* est la forme de démence irréversible la plus fréquente (environ 60%). Elle est suivie par la démence vasculaire (environ 20%). Il existe aussi des formes mixtes de démence, telle l'existence simultanée de la maladie d'Alzheimer et de la démence vasculaire. Parmi les démences plutôt rares, mentionnons la *démence à corps de Lewy*, les *démences fronto-temporales* et la *maladie de Parkinson*.

Chez 10% environ des personnes atteintes, la démence résulte d'une autre maladie préexistante, telle une maladie métabolique. Le traitement de la maladie préexistante peut faire régresser les symptômes de la démence *réversible*.

Quantité des médicaments procognitifs (en mios de DDD) G 1



État des données: 10.08.2023
Source: SASIS SA – Tarifpool / analyse Obsan; OFSP – Liste des spécialités (LS) / analyse Obsan

gr-f-14.09.01
© Obsan 2024

Si l'on calcule des taux standardisés en fonction du sexe et de l'âge, de sorte que l'accroissement, par exemple, de la population âgée au cours des années observées n'influence pas les résultats, on constate une augmentation légèrement plus faible pour le ginkgo biloba (+32,6%) et une diminution pour les inhibiteurs de la cholinestérase (–11,9%) et la mémantine (–10,1%). Autrement dit, ces deux derniers médicaments ont été utilisés moins souvent dans les traitements ces dernières années. Les taux standardisés sont représentés sous forme d'indice dans le graphique G 2.

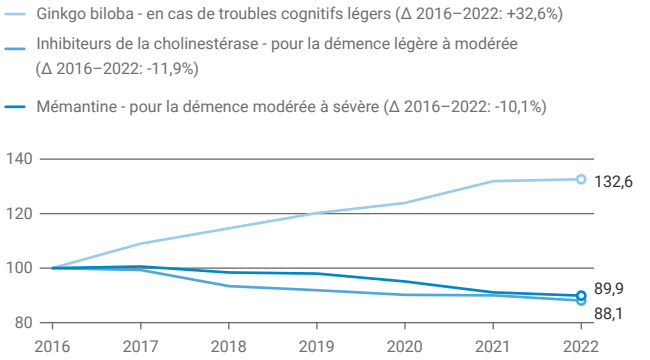
Qui reçoit des psychotropes?

Les quantités des différents groupes de médicaments procognitifs varient selon le groupe d'âge (G 3). Jusqu'au groupe d'âge des 66 à 70 ans, c'est surtout le ginkgo biloba qui est utilisé. Les proportions entre les groupes de médicaments sont assez équilibrés chez les 71 à 75 ans, mais à partir de 76 ans environ les inhibiteurs de la cholinestérase et la mémantine prédominent. Cette répartition reste assez stable (non représentée) sur les années observées (2016–2022).

Les femmes reçoivent davantage de ginkgo biloba et de mémantine que les hommes, l'écart n'est pas statistiquement significatif pour les inhibiteurs de la cholinestérase. Au fil des ans, les taux ont suivi une évolution similaire chez les deux sexes.

Comme on pouvait s'y attendre, la quantité de procognitifs prescrits augmente avec l'âge. Ce constat vaut pour tous les groupes de médicaments procognitifs (G 4). La progression du ginkgo biloba se manifeste dans tous les groupes d'âge, mais elle est particulièrement marquée chez les 51 à 60 ans (+42,1%). Relevons à ce sujet que les quantités utilisées dans ce groupe d'âge sont faibles par rapport à celles mesurées chez les personnes de 70 ans ou plus et que même une faible augmentation des quantités se traduit par une hausse importante en termes de pourcentage. D'autres augmentations marquées ont été

Quantité des médicaments procognitifs, indice standardisé[1] G 2

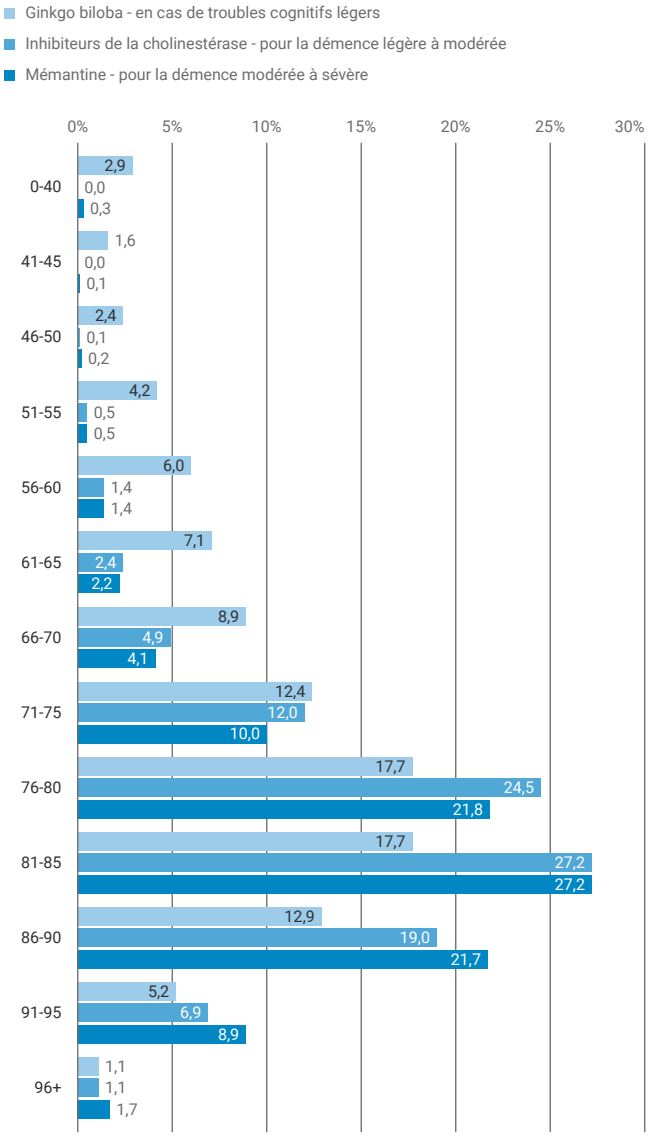


[1] Standardisation directe selon l'âge et le sexe, **standardisation – explications et calcul**

État des données: 10.08.2023
Source: SASIS SA – Tarifpool / analyse Obsan; OFSP – Liste des spécialités (LS) / analyse Obsan

gr-f-14.09.02
© Obsan 2024

Quantité des médicaments procognitifs (DDD en %) pour 1 000 habitants, selon l'âge, en 2022 G 3



État des données: 10.08.2023
Source: SASIS SA – Tarifpool / analyse Obsan; OFSP – Liste des spécialités (LS) / analyse Obsan

gr-f-14.09.03
© Obsan 2024

observées chez les personnes âgées de 80 ans ou plus (+37,1%) et chez celles de 61 à 70 ans (+34,4%). Le recul des inhibiteurs de la cholinestérase et de la mémantine est plus marqué chez les personnes âgées de 80 ans ou plus (respectivement –15,2% et –12,0%) et un peu moins chez celles âgées de 71 à 80 ans (–7,0% et –6,4% respectivement).

Qui prescrit les psychotropes?

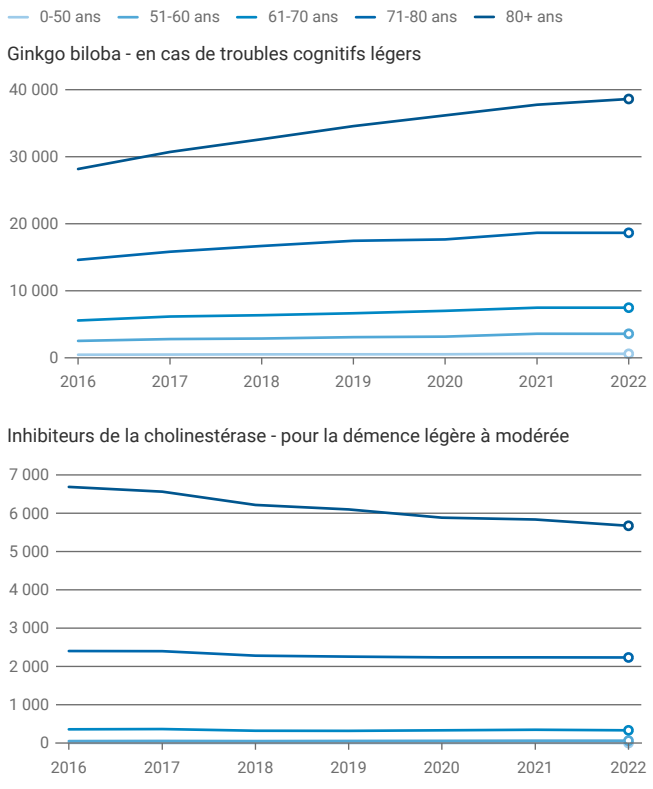
Dans le secteur ambulatoire, les médicaments procognitifs sont pour l'essentiel prescrits par des médecins en cabinet privé (61%) et, dans une moindre mesure, par les services ambulatoires des hôpitaux (4%). Dans les données disponibles, pas moins de 35% des prescriptions portent le code «inconnu», de sorte qu'il est hélas impossible de déterminer l'entité prescriptrice. Si l'on considère la répartition par groupes de médecins, plus de la moitié des prescriptions (54%) proviennent des spécialistes en médecine interne générale[1], 13% d'un cabinet de groupe, la composition du personnel médical de ces cabinets n'étant pas connue. Les médecins praticiens[1] ont prescrit 10% des médicaments procognitifs et les spécialistes en psychiatrie et en psychothérapie, neurologues compris, 6%. Enfin, les médecins spécialisés en oto-rhino-laryngologie (ORL) en ont prescrit 4%, tout comme les spécialistes en ophtalmologie. Ces deux derniers groupes de spécialistes jouent uniquement un certain rôle dans la prescription de ginkgo biloba, probablement parce que cette substance est utilisée pour traiter d'autres pathologies que la démence. Ces proportions sont restées stables au cours des années observées, à l'exception de la part de la médecine interne générale qui a diminué au profit des cabinets de groupe. On peut en conclure que les médecins prescripteurs, dans ces cabinets, sont probablement en majorité des praticiens de médecine interne générale.

Coûts

En 2022, les coûts AOS des médicaments procognitifs s'élèvent à environ 46 millions de francs. Ces coûts se répartissent à 69,1% pour le ginkgo biloba, à 22,3% pour les inhibiteurs de la cholinestérase et à 8,6% pour la mémantine. Par rapport aux quantités (respectivement 88,1%, 8,6% et 3,3%), les inhibiteurs de la cholinestérase et de la mémantine occupent une plus grande place dans les coûts. Au fil du temps, les coûts ont enregistré une hausse nettement moins forte que les quantités ou ont même considérablement baissé. De 2016 à 2022, ils ont augmenté de 27% pour le ginkgo biloba et diminué de 32% pour les inhibiteurs de la cholinestérase et de 36% pour la mémantine. Cette évolution est plausible, car des contrôles effectués par l'OFSP durant cette période ont conduit à des baisses de prix de certains médicaments procognitifs (OFSP, 2023b). L'utilisation croissante de génériques pourrait aussi avoir joué un rôle dans la baisse des coûts.

[1] Ces deux spécialités principales sont généralement regroupées sous l'appellation «médecins de famille».

Quantité des médicaments procognitifs (DDD) pour 1 000 habitants, standardisé[1], selon l'âge G 4



[1] Standardisation directe selon l'âge et le sexe, standardisation – explications et calcul

État des données: 10.08.2023
Source: SASIS SA – Tarifpool / analyse Obsan; OFSP – Liste des spécialités (LS) / analyse Obsan

gr-f-14.09.04
© Obsan 2024

Antipsychotiques, antidépresseurs et benzodiazépines/médicaments Z

Les SCPD – presque toujours plusieurs symptômes associés – sont en grande partie responsables de l'accélération du déclin cognitif, de la détérioration de la qualité de vie et de l'augmentation des contraintes qui pèsent sur les personnes atteintes de démence ainsi que sur leurs proches (Savaskan et al., 2024). Selon les recommandations thérapeutiques, les approches non médicamenteuses constituent le traitement de premier choix en présence de SCPD. Ces approches comprennent par exemple la thérapie d'activation comportementale, la musicothérapie, la kinésithérapie, des interventions psychosociales et des soins. Ce n'est que si ces traitements ne s'avèrent pas assez efficaces qu'il convient de recourir à des médicaments (Savaskan et al., 2024). Par ailleurs, divers facteurs rendent le recours à des substances actives plus difficile. Il n'existe guère d'études contrôlées sur les personnes âgées ou les personnes atteintes de démence, et nombre de médicaments sont utilisés hors étiquette. Diverses substances actives sont associées à des effets secondaires parfois graves. Fréquente chez les personnes âgées, la polypharmacie accroît encore le risque d'effets secondaires potentiellement dangereux en raison des interactions entre substances actives. Les analyses ci-après se concentrent sur les antipsychotiques, les antidépresseurs et les benzodiazépines/médicaments Z, car ils sont très souvent prescrits aux personnes présentant des SCPD, et/ou leur utilisation est particulièrement délicate (c'est surtout le cas des antipsychotiques et des benzodiazépines/médicaments Z).

Les antipsychotiques figurent parmi les médicaments le plus souvent prescrits pour traiter les SCPD, mais ils sont associés à un risque d'effets secondaires potentiellement graves et à un taux de mortalité plus élevé chez les personnes atteintes de démence (Savaskan et al., 2024). Les effets secondaires comprennent par exemple des troubles de la motricité, une sédation non contrôlée, des symptômes cardiaques et un risque de chutes. Selon les recommandations émises, un traitement par antipsychotiques doit être administré à la dose la plus faible possible, sous contrôle étroit, sur une durée limitée et dans le respect des directives générales concernant le recours aux psychotropes chez les personnes âgées (Savaskan et al., 2024). Il convient en outre de distinguer ici entre antipsychotiques typiques et atypiques (pour une répartition dans la population générale et des informations complémentaires sur la distinction, voir Schuler et al., 2022).

Encadré 2 : Sources de données I

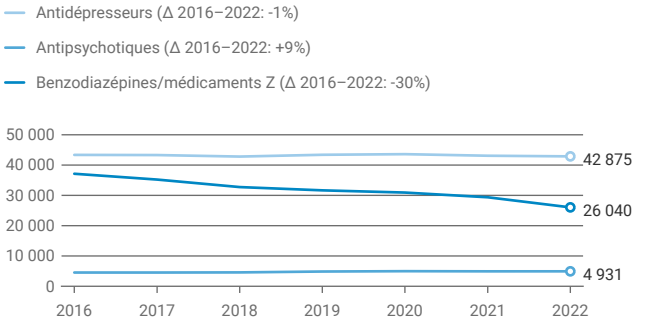
Le **Medicube** de SASIS SA regroupe toutes les factures saisies par les assureurs participant à la statistique et prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Il contient les factures envoyées par les assurés à l'assurance-maladie ou facturées directement à l'assureur par le fournisseur de prestations (franchises et participation aux coûts comprises). Il n'englobe pas les médicaments dont le remboursement n'est pas demandé à la caisse-maladie en raison, par exemple, d'une franchise élevée ou par crainte de stigmatisation. En outre, les médicaments administrés dans le cadre d'un séjour hospitalier ne sont pas répertoriés. Les deux premières parties du bulletin se limitent donc au secteur ambulatoire. Les données sont agrégées; il ne s'agit pas de données individuelles sur les assurés et les fournisseurs. De ce fait, il n'est pas possible d'évaluer la durée du traitement ni son intensité ni encore le diagnostic.

Concernant la **liste des spécialités (LS)** de l'OFSP, nous avons exploité les informations concernant le dosage, l'unité de dosage et la taille de l'emballage, afin de compléter les informations manquantes du Medicube pour certains médicaments. Nous avons utilisé la liste édictée en déc. 2020.

Encadré 3 : Dose journalière définie (DDD)

Dans ce bulletin, les médicaments sont décrits d'une part sous l'angle de la quantité et, d'autre part, sous celui des coûts. La quantité de substance active pouvant varier d'un emballage à l'autre, les emballages ne peuvent pas servir à mesurer la quantité. La dose journalière définie ou moyenne journalière (DDD de defined daily dose) représente la dose quotidienne usuelle d'un principe actif ou d'un médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte (GBE, 2021). Elle n'est pas influencée par une modification de la taille de l'emballage, du dosage ou de la forme galénique d'un médicament. Elle constitue par conséquent une unité de mesure appropriée pour des comparaisons dans le temps ou entre pays (WHOCC, 2018). La DDD est cependant une unité de mesure technique. Elle ne correspond pas nécessairement à la dose journalière recommandée ou effectivement prescrite (WHOCC, 2018), de sorte qu'il n'est pas possible d'en tirer des conclusions quant au nombre de personnes traitées.

Quantité des psychotropes (DDD) pour 1 000 habitants, standardisée[1], personnes de 70 ans ou plus — G 5



[1] Standardisation directe selon l'âge et le sexe, standardisation – explications et calcul

État des données: 10.08.2023 — gr-f-14.09.05

Source: SASIS SA – Tarifpool / analyse Obsan; OFSP – Liste des spécialités (LS) / analyse Obsan — © Obsan 2024

De nombreux **antidépresseurs** sont mieux tolérés que les anti-psychotiques. Selon leur principe actif, ils peuvent néanmoins engendrer des effets secondaires potentiellement dangereux.

Les benzodiazépines/médicaments Z ne sont pas recommandés pour traiter les SCPD. Ils entraînent une détérioration des capacités cognitives, augmentent le risque de chutes et entraînent une dépendance en cas de prise prolongée (Savaskan et al., 2024; Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2020). Ils ne devraient donc être pris qu'en cas d'urgence et sur une courte durée.

Relevons que les données disponibles ne permettent pas d'identifier les personnes atteintes de démence ni d'ailleurs les associations médicamenteuses. C'est une limite importante de ces analyses. En raison de cette limite, seul l'âge des patients permet de déterminer, par approximation, le groupe de personnes atteintes de démence. Les taux estimés de prévalence de la démence se situent au-dessous de 1% chez les moins de 70 ans, à 5,4% chez les 70 à 79 ans et à un niveau nettement supérieur chez les personnes plus âgées (Bureau Bass, 2021). Compte tenu de ces estimations de prévalence, les analyses de la prise de médicaments se concentrent sur la population générale âgée de 70 ans ou plus. Elles incluent donc également les personnes âgées de 70 ans ou plus qui prennent les médicaments étudiés pour d'autres raisons que pour traiter une démence.

Sous réserve de cette limite, on constate que la quantité d'antipsychotiques utilisés chez les 70 ans ou plus a augmenté depuis 2016, la hausse se chiffrant à 9% jusqu'en 2022 (G 5). Les antidépresseurs affichent quant à eux une certaine stabilité, leurs quantités en 2022 étant légèrement inférieures à celles de 2016 (–1%). Ce sont les benzodiazépines/médicaments Z qui enregistrent l'évolution la plus marquée : durant la période considérée, leurs quantités ont constamment baissé (–30%).

Une comparaison entre les 70 ans ou plus et les moins de 70 ans révèle que la quantité d'antipsychotiques a également augmenté dans le groupe plus jeune, mais deux fois moins vite (G 6). Contrairement à leur évolution chez les personnes âgées de 70 ans ou plus, les antidépresseurs ont légèrement augmenté chez les personnes plus jeunes. Pour les benzodiazépines/médicaments Z, la baisse est plus marquée chez les 70 ans ou plus que chez les plus jeunes.

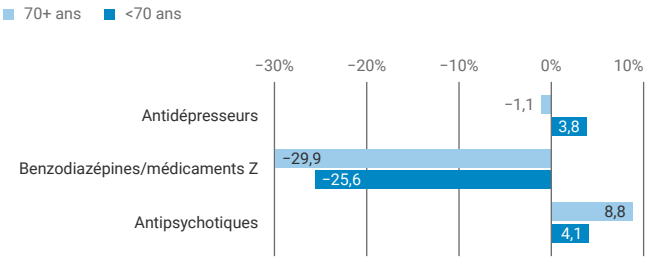
Situation dans les EMS

Cette section s'intéresse aux personnes résidant en EMS. Les trois quarts des données analysées proviennent d'EMS qui évaluent les soins requis à l'aide de l'instrument RAI/RUG et un quart d'EMS qui utilisent PLAISIR (voir encadré 4). Pour la plupart des questions, les résultats obtenus selon les deux systèmes coïncident assez bien (sauf pour les proportions de personnes avec un diagnostic de démence). Afin de garantir la transparence et une bonne lisibilité, les résultats issus de RAI/RUG sont toujours mentionnés en premier ; ils sont suivis des données correspondantes de PLAISIR (indiquées entre parenthèses). Les analyses portent sur les années 2021 et 2022. Les résultats sont très similaires et les mêmes conclusions s'appliquent aux deux années. Par conséquent, seuls les résultats de l'année 2022 sont repris ci-après.

Les analyses se concentrent sur les résidents âgés de 70 ans ou plus. Les données provenant des EMS permettent de déterminer l'existence d'une démence au moyen de deux indicateurs différents. D'une part, des informations font état d'un diagnostic de démence et, d'autre part, une évaluation basée sur la cognitive performance scale (CPS), une échelle de la performance cognitive (CPS ≥ 3) permet de suspecter l'existence d'une démence. Au final, une démence a été diagnostiquée chez environ 46% (21%) des résidents d'EMS âgés de 70 ans ou plus et une démence est suspectée chez 58% (63%) d'entre eux (selon la CPS). Il existe bien entendu des recoupements.

Environ 5% de tous les résidents d'EMS âgés de 70 ans ou plus se sont vu prescrire un médicament procognitif (information disponible uniquement dans les données PLAISIR). Dans 46% des cas, il s'agit d'inhibiteurs de la cholinestérase, dans 32% de ginkgo biloba et dans 26% de mémantine. D'autres psychotropes sont par ailleurs administrés nettement plus souvent : 38% (36%) des

Variation de 2016 à 2022 de la quantité de psychotropes (en %), standardisée[1], personnes de 70 ans ou plus par rapport aux personnes de moins de 70 ans G6



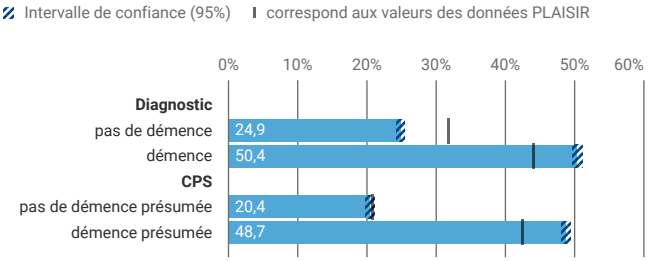
Exemple de lecture: chez les personnes âgées de 70 ans ou plus, la quantité d'antidépresseurs a diminué de -1,1% entre 2016 et 2022, tandis que chez les moins de 70 ans, il y a eu une augmentation de 3,8%.

[1] Standardisation directe selon l'âge et le sexe, **standardisation – explications et calcul**

État des données: 10.08.2023
Source: SASIS SA – Tarifpool / analyse Obsan; OFSP – Liste des spécialités (LS) / analyse Obsan

gr-f-14.09.06
© Obsan 2024

Proportion de personnes de 70 ans ou plus résidant en EMS ayant des prescriptions d'antipsychotiques (sans compter les personnes atteintes de schizophrénie), en 2022 G7

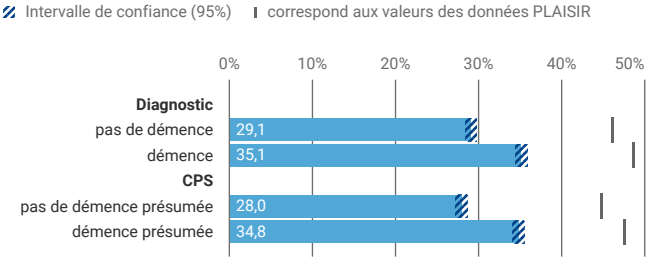


Exemple de lecture: 24,9% des résidents sans diagnostic de démence reçoivent des antipsychotiques; 50,4% des résidents avec un diagnostic de démence reçoivent des antipsychotiques.
Notes: CPS = Cognitive Performance Scale, présomption de démence: CPS ≥ 3

État des données: 10.08.2023
Source: BESAQSys AG – données RAI / analyse Obsan ; Commission technique PLAISIR – données PLAISIR / analyse Obsan

gr-f-14.09.07
© Obsan 2024

Proportion de personnes de 70 ans ou plus résidant en EMS ayant des prescriptions d'antidépresseurs (sans compter les personnes atteintes de troubles affectifs), en 2022 G8



Exemple de lecture: 29,1% des résidents sans diagnostic de démence reçoivent des antidépresseurs; 35,1% des résidents avec un diagnostic de démence reçoivent des antidépresseurs.
Notes: CPS = Cognitive Performance Scale, présomption de démence: CPS ≥ 3

État des données: 10.08.2023
Source: BESAQSys AG – données RAI / analyse Obsan; Commission technique PLAISIR – données PLAISIR / analyse Obsan

gr-f-14.09.08
© Obsan 2024

personnes considérées ont reçu des antipsychotiques et 42% (50%) des antidépresseurs. Environ 2% ont reçu des benzodiazépines/médicaments Z (information disponible uniquement dans PLAISIR). Si l'on exclut les personnes souffrant de schizophrénie, 37% (34%) des résidents reçoivent des antipsychotiques et, si l'on exclut les personnes souffrant de troubles affectifs, 32% (47%) des résidents reçoivent des antidépresseurs.

Les résidents d'EMS chez qui une démence a été diagnostiquée ou est suspectée reçoivent plus souvent des antipsychotiques que les personnes sans diagnostic ou suspicion de démence: 50% (44%) des résidents chez qui une démence a été diagnostiquée reçoivent des antipsychotiques, contre 25% (32%) parmi ceux sans diagnostic de démence. Les résidents chez qui une schizophrénie a été diagnostiquée sont exclus de ces chiffres (G7). Parmi les personnes chez qui une démence est suspectée, 49% (42%) reçoivent des antipsychotiques, contre 20% (21%) des personnes sans suspicion de démence.

Les antidépresseurs présentent le même tableau: les personnes chez qui une démence a été diagnostiquée ou est soupçonnée reçoivent plus souvent des antidépresseurs que les personnes sans diagnostic ou suspicion de démence. Les écarts sont toutefois un peu moins marqués: 35% (49%) des résidents chez qui une démence a été diagnostiquée reçoivent des antidépresseurs, contre 29% (46%) parmi les personnes sans diagnostic de démence (G8); et 35% (48%) des résidents chez qui l'on soupçonne une démence reçoivent des antidépresseurs, contre 28% (45%) de ceux sans suspicion de démence.

Des informations quant à la prescription de benzodiazépines/médicaments Z ne sont disponibles que dans les données PLAISIR. Il apparaît aussi que ces types de médicaments sont prescrits plus souvent lorsqu'une démence a été diagnostiquée ou est suspectée (3% dans les deux cas) qu'en l'absence de diagnostic (2%) ou de suspicion de démence (1%). Il convient toutefois de relever qu'au total seuls 2% environ des résidents d'EMS reçoivent des benzodiazépines/médicaments Z.

Conclusion

En raison de l'évolution démographique, le nombre absolu de personnes atteintes de démence ne cesse d'augmenter. Il est donc d'autant plus surprenant de constater que les prises de médicaments procognitifs que sont les inhibiteurs de la cholinestérase et la mémantine ont diminué ces dernières années (resp. de 10% et de 12%). La baisse la plus forte a été enregistrée chez les personnes les plus âgées (80 ans ou plus). Parmi les résidents d'EMS chez qui une démence a été diagnostiquée ou est suspectée, environ 95% ne reçoivent aucun médicament procognitif. Les raisons à même d'expliquer la baisse du recours aux **inhibiteurs de la cholinestérase et à la mémantine** ne sont pas claires. Ces médicaments sont en effet utiles pour traiter le déclin cognitif et permettent de stabiliser

Encadré 4 : Sources de données II

Les **données provenant des EMS** reposent pour l'essentiel sur l'évaluation des soins requis, entreprise régulièrement auprès des résidents. C'est à partir de cette évaluation que l'on détermine le volume des soins par personne et, en fin de compte, la contribution de l'assurance-maladie aux coûts des soins. Pour évaluer les soins requis, les EMS suisses utilisent trois instruments différents : RAI/RUG, BESA et PLAISIR. Les cantons alémaniques ainsi que ceux de Fribourg et du Tessin emploient BESA et/ou RAI/RUG, tandis que la plupart des cantons romands font appel à PLAISIR. Ces instruments conduisent tous les trois à une estimation des soins requis, mais en partant d'indicateurs différents. Autrement dit, les données qui proviennent des EMS diffèrent à la fois en termes de contenu et de structure en fonction du système d'évaluation appliqué. Dans le cadre du présent projet, les informations pertinentes concernant les maladies des résidents et les médicaments prescrits ne peuvent être évaluées que pour les EMS qui utilisent RAI/RUG ou PLAISIR. Les **données RAI/RUG** proviennent de la société BESA QSys, les **données PLAISIR** de la Commission technique PLAISIR. Ces données couvrent au total environ deux tiers des établissements médico-sociaux de Suisse. Il s'agit d'une première utilisation commune de ces deux jeux de données sur ce sujet, de sorte que les analyses ont un caractère exploratoire.

la situation, surtout durant les premières années d'une démence. Il est possible que le recul plus marqué de leur utilisation chez les personnes âgées de 80 ans ou plus reflète un arrêt progressif de leur administration au fur et à mesure que la maladie évolue. Compte tenu de cette hypothèse, il ne paraît guère surprenant que seule une très petite partie des résidents d'EMS reçoivent des médicaments procognitifs, leur démence étant souvent déjà avancée. Cette faible proportion révèle par ailleurs que les EMS utilisent sans doute rarement les inhibiteurs de la cholinestérase et la mémantine pour traiter les SCPD. Force est enfin de se demander si – compte tenu de l'augmentation de la démence et de la diminution des deux groupes de médicaments procognitifs – l'on recourt trop peu aux inhibiteurs de la cholinestérase et à la mémantine pour traiter la démence.

Le ginkgo biloba a suivi une tout autre évolution : son utilisation s'est accrue de 33% et la hausse s'observe dans tous les groupes d'âge. Le **ginkgo biloba** correspond au total à près de 90% des médicaments procognitifs utilisés et il représente près d'un tiers des médicaments procognitifs prescrits dans les EMS. L'**augmentation du ginkgo biloba** pourrait s'expliquer par son usage prophylactique et son utilisation pour traiter les troubles subjectifs. La population étant plus consciente des pathologies démentielles et les connaissant mieux, il est possible que la demande de ginkgo biloba ait augmenté auprès des médecins, d'autant que ces produits font l'objet d'une grande publicité. Rappelons une fois encore que les résultats de cette étude ne concernent que l'obtention de médicaments via l'AOS. L'analyse ne tient pas compte des médicaments achetés sans ordonnance (over the counter, OTC). Le ginkgo biloba répond de plus à la demande de médicaments à base de plantes, par opposition aux produits de synthèse.

Le **recours aux antipsychotiques pour traiter les SCPD** n'est recommandé que de manière très restrictive dans les directives thérapeutiques. La présente étude ne permet pas de savoir si les SCPD sont traités trop souvent à l'aide d'antipsychotiques dans le secteur ambulatoire. Les données ne permettent en effet pas d'identifier les personnes atteintes de démence ou présentant des SCPD. Ces six dernières années, le recours aux antipsychotiques a cependant augmenté plus fortement chez les personnes âgées de 70 ans ou plus (+9%) que chez les moins de 70 ans (+4%). On peut donc supposer que les antipsychotiques ne sont pas moins utilisés aujourd'hui qu'en 2016 chez les personnes avec des SCPD. Il se pourrait notamment que les benzodiazépines/médicaments Z soient progressivement remplacés par les antipsychotiques sédatifs.

Les benzodiazépines/médicaments Z ne sont pas recommandés pour traiter la démence et les SCPD, car ils augmentent le risque de chutes, détériorent les capacités cognitives et peuvent entraîner une dépendance. Une étude récente sur les médicaments à éviter chez les personnes âgées (médicaments potentiellement inappropriés, MIP) montre qu'une grande partie des MIP sont des benzodiazépines/médicaments Z (Vallon et al., 2023). La baisse plus marquée de ces substances observée chez les personnes âgées de 70 ans ou plus que chez les moins de 70 ans pourrait suggérer que l'on recourt désormais avec plus de retenue aux benzodiazépines/médicaments Z pour traiter les SCPD.

Les analyses des données provenant des **établissements médico-sociaux** (EMS) montrent que de nombreuses personnes âgées de 70 ans ou plus chez qui une démence a été diagnostiquée ou est suspectée reçoivent des antipsychotiques (42 à 50%) et/ou des antidépresseurs (35 à 49%), tandis que les benzodiazépines/médicaments Z sont utilisés de manière plus restrictive (3%). Il apparaît tout aussi clairement que les personnes chez qui une démence a été diagnostiquée ou est suspectée reçoivent **plus souvent des antipsychotiques** dans les EMS **que les personnes sans diagnostic ou suspicion de démence**. Des résultats similaires ont été établis pour les années 2019 et 2020 (Giger et al., 2022). Ces observations donnent à penser que les recommandations actuelles (en particulier les recommandations thérapeutiques concernant les SCPD, mais aussi les recommandations DemCare sur l'accompagnement, l'encadrement, les soins et le traitement des personnes atteintes de démence dans les EMS) ne sont pas suffisamment prises en compte et que les antipsychotiques sont en particulier administrés pour leur effet sédatif. Pour approfondir l'analyse et évaluer correctement la situation, il serait nécessaire de disposer d'informations sur la durée des traitements par antipsychotiques et sur la posologie.

Si l'on souhaite tirer des conclusions pour la pratique à partir des résultats présentés ici, il est souhaitable de poursuivre le débat entre les spécialistes.

Informations complémentaires

- **Plateforme nationale démence, OFSP**
- Recommandations pour le diagnostic et le traitement des symptômes comportementaux et psychiques de la démence (SCPD) **Publications spécialisées | SGAP SPPA (sgap-sppa.ch)** ou **Maintien à domicile (admin.ch)**
- Recommandation thérapeutiques relatives à la démence. Les recommandations de Swiss Memory Clinics pour le traitement des syndromes démentiels **Publications – Swiss Memory Clinics** ou **Maintien à domicile (admin.ch)**
- DemCare: Recommandations pour établissements médico-sociaux. La prise en soins de personnes atteintes de démence **Soins stationnaires de longue durée (admin.ch)**

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Obsan analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch.

Impressum

Éditeur
Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs
Daniela Schuler, Obsan; Sacha Roth, Obsan; Sonia Pellegrini, Obsan

Direction du projet (Obsan)
Daniela Schuler

Direction du projet (OFSP)
Margit Jochum Christin, responsable du domaine démence, co-responsable de l'organe de coordination de la Plateforme nationale démence

Référence bibliographique
Schuler, D., Roth, S., & Pellegrini, S. (2024). Les psychotropes dans le traitement de la démence (Obsan Bulletin 01/2024). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Références
www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2024-bulletin-01-referenzen

Remerciements
Il a été possible, pour la première fois, d'obtenir des données issues des instruments d'évaluation des soins requis dans les EMS. Nous remercions la Commission technique PLAISIR et la société BESA QSys pour les données mises à notre disposition ainsi que Blaise C. Martin et Manuel Fischer pour la préparation des données.

Experts consultés (par ordre alphabétique)

- **Gabriela Bieri-Brüning**, médecin-cheffe des services gériatriques de la ville de Zurich; directrice médicale des centres de soins de la ville de Zurich; Société professionnelle suisse de gériatrie (SPSG); comité directeur de la Plateforme nationale démence
- **Gregor Hasler**, professeur ordinaire de psychiatrie et de psychothérapie; médecin-chef du Réseau fribourgeois de santé mentale; Président de la SGAMSP
- **Dan Georgescu**, directeur de clinique et médecin-chef de la Klinik für Konsiliar-, Alters- und Neuropsychiatrie der Psychiatrischen Dienste Aargau AG; co-président de la SPPA; co-éditeur et co-auteur des Recommandations concernant la prise en charge des SCPD
- **Rafael Meyer**, directeur adjoint et médecin-chef de la Klinik für Konsiliar-, Alters- und Neuropsychiatrie der Psychiatrischen Dienste Aargau AG; responsable du Zentrum für Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und Psychosomatik; président de Swiss Memory Clinics (SMC) ; comité directeur de la Plateforme nationale sur la démence
- **Julius Popp**, directeur du Zentrum für Gedächtnisstörungen und Alzheimer, Klinik für Neurologie Hirslanden, Zurich; comité de Swiss Memory Clinics (SMC)
- **Angelika Rüttimann**, Université de Bâle, science des soins infirmiers; experte en soins infirmiers (Master in Nursing Science); comité directeur de la Plateforme nationale démence
- **Egemen Savaskan**, directeur de la Alterspsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik de Zurich; co-président SPPA; co-éditeur et co-auteur des Recommandations concernant la prise en charge des SCPD

Renseignements / informations
Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tél. +41 58 463 60 45,
obsan@bfs.admin.ch, www.obsan.ch

Langue du texte original
Allemand; cette publication est également disponible en allemand (Numéro OFS: 1033-2401).

Traduction
Services linguistiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS)

Mise en page/graphiques
Office fédéral de la statistique (OFS), Publishing et diffusion PUB
Tous les graphiques sont interactifs – un simple clic suffit.

Cartes
Office fédéral de la statistique (OFS), Publishing et diffusion PUB

En ligne
www.obsan.ch → Publications

Imprimés
www.obsan.ch → Publications
Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, tél. +41 58 463 60 60
Impression réalisée en Suisse

Numéro OFS
1034-2401

© Obsan 2024

C GDK S
Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.