

Optimisons les prescriptions de psychotropes !

Pr Marie-Laure Laroche

Centre de Pharmacovigilance et d'information sur les médicaments
CHU Limoges

marie-laure.laroche@chu-limoges.fr

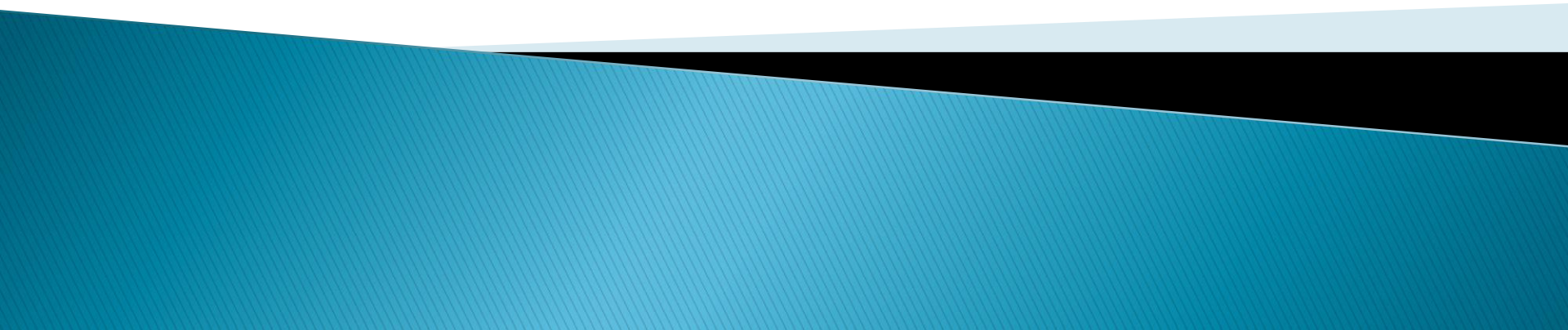
Cas clinique

- ▶ Mr A, 88 ans, vit seul à domicile
- ▶ Antécédents :
 - Dépression
 - HTA
 - Dyspepsie
 - Ostéoporose
- ▶ Hospitalisation il y a 3 semaines : infection respiratoire et delirium
 - Pendant cette hospitalisation : épisodes d'hallucinations et d'agressivité ; ce qui n'est pas sa nature → introduction d'un antipsychotique
 - TA couché 125/85, TA debout 105/65, FC 55 bpm

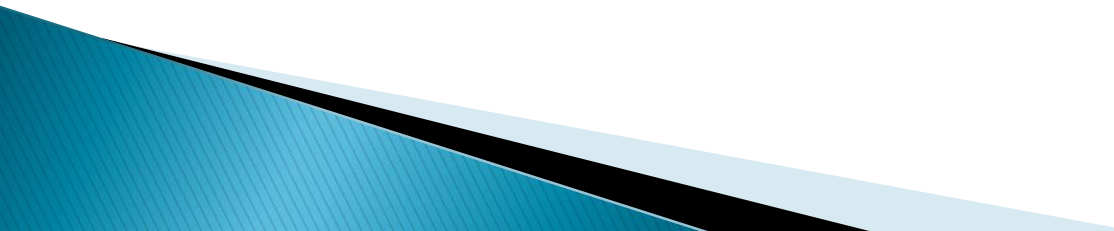
Médicaments prescrits	Date de début
Zopiclone 7,5 mg : 1 cp au coucher	Depuis 1 an
Mirtazapine 15 mg : 1 cp soir	Depuis 1 an
Cyamémazine 50 mg : 1 cp matin	Pendant l'hospitalisation
Tropatépine 10 mg : 2 matin, midi et soir	Pendant l'hospitalisation
Valsartan 160 mg : 1 cp matin	Depuis 10 ans
Esoméprazole 40 mg : 1 cp soir	Depuis 3 ans
Carbonate de calcium 1 g le midi	Depuis 12 ans
Colécalciférol 50 000 UI 1 fois par mois	Depuis 12 ans
Alendronate 70 mg 1 fois par semaine	Depuis 12 ans
Bisacodyl 5 mg à 21 heure	Pendant l'hospitalisation
Macrogol 4000 : 1 verre le matin et 1 verre le midi	Pendant l'hospitalisation

Petit-déjeuner	Déjeuner	Diner	Coucher	
• Cyamémazine • Tropatépine • Valsartan • Spironolactone • Macrogol • Colécalciférol • Alendronate	• Tropatépine • Calcium • Macrogol	• Mirtazapine • Tropaténine • Ésoméprazole	• Zopiclone • Bisacodyl	
5 à 7 prises per os 250 ml de laxatif	2 prises per os 250 ml de laxatif	3 prises per os	2 prises per os	Total max 11 médicaments 12 à 14 prises per os 500 ml de laxatif

**Question 1 : Quelles sont les indications
des médicaments prescrits ?**



Médicaments à la sortie d'hospitalisation	Indication	Date de début
Zopiclone 7,5 mg : 1 cp au coucher	insomnie	Depuis 1 an
Mirtazapine 15 mg : 1 cp soir	dépression	Depuis 1 an
Cyamémazine 50 mg : 1 cp matin	delirium	Pendant l'hospi
Tropatépine 10 mg : 2 matin, midi et soir	troubles extrapyramidaux	Pendant l'hospi
Valsartan 160 mg : 1 cp matin	HTA	Depuis 10 ans
Esoméprazole 40 mg : 1 cp soir	dyspepsie	Depuis 3 ans
Carbonate de calcium 1 g le midi	ostéoporose	Depuis 12 ans
Colécalciférol 50 000 UI 1 fois par mois	ostéoporose	Depuis 12 ans
Alendronate 70 mg 1 fois par semaine	ostéoporose	Depuis 12 ans
Bisacodyl 5 mg à 21 heure	constipation	Pendant l'hospi
Macrogol 4000 : 1 verre le matin et 1 verre le midi	constipation	Pendant l'hospi

- ▶ Cl créatinine pendant l'hospitalisation : 50 mL/min
 - ▶ Le reste du bilan biologique à la sortie normal
 - ▶ Score MMSE 8/30 pendant l'hospitalisation
 - ▶ Observant à son traitement
 - ▶ Somnolent quand se lève la nuit pour aller aux toilettes
 - ▶ A parfois des chutes dans la journée
 - ▶ Pas de signe de dyspepsie depuis plusieurs années
 - ▶ Mange des fruits et légumes tous les jours, pas de constipation avant son hospitalisation
- 

Question 2 : Quels sont les médicaments potentiellement inappropriés ? Pourquoi ?

Outil REMEDI[e]S

REvision des prescriptions **MEDI**camenteuses potentiellement inappropri[é]s chez les **Seniors**

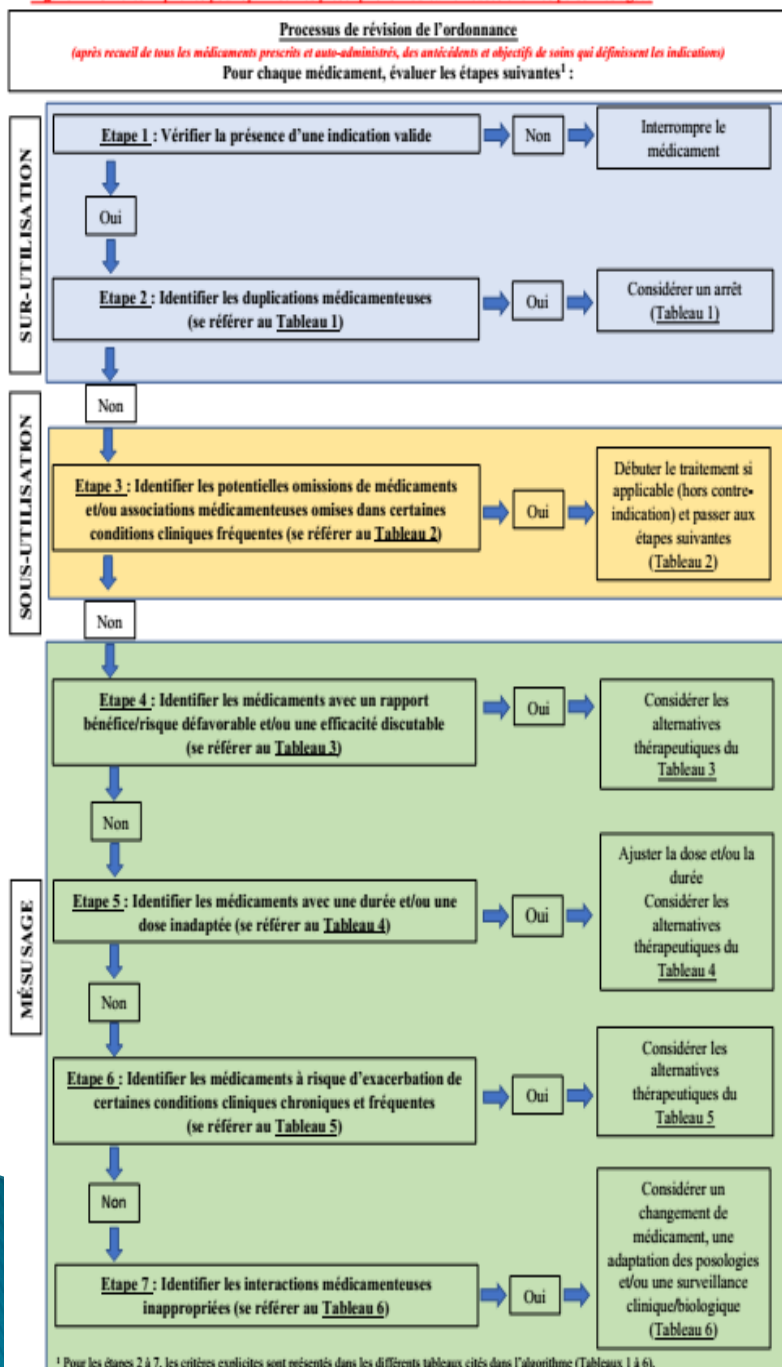
*REview of potentially inappropriate **MEDI**cation pr[e]scribing in **Seniors***

- ▶ Nouvel outil d'aide à la (dé)prescription médicamenteuse chez les personnes âgées en France
- ▶ Outil contenant des **critères implicites** et **explicites** pour identifier les prescription potentiellement inappropriées chez les personnes âgées ≥ 75 ans ou ≥ 65 ans et multimorbides, proposant des alternatives, et établi par consensus d'experts

Critères implicites de REMEDI[e]S

- ▶ Algorithme pour faciliter une revue rapide d'une ordonnance et un raisonnement logico-déductif dans le choix d'un médicament
- ▶ 7 étapes intégrant les 3 situations de PPI
 - Sur-prescription :
 - commencer par supprimer les médicaments sans indication (Etape 1) et dupliqués (Etape 2)
 - Sous-prescription :
 - identifier les conditions cliniques qui nécessiteraient un traitement (omission) (Etape 3)
 - Mésusage :
 - identifier les médicaments potentiellement inappropriés en termes de rapport bénéfice/risque défavorable et/ou efficacité discutable (Etape 4), de durée/dose inadaptées (Etape 5)
 - vérifier les interactions potentiellement inappropriées avec certaines conditions cliniques (Etape 6) et entre médicaments (Etape 7)
- Chacune des étapes renvoyant à 104 critères explicites

Figure 1 – Critères implicites pour optimiser les prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées



Algorithme en 7 étapes

Sur-prescription



Absence d'indication



7 critères : **duplication** de médicaments non nécessaires

Sous-prescription



16 critères : **omissions** de médicaments et/ou d'associations de médicaments

Mésusage



39 critères : médicaments avec un **B/R défavorable** et/ou une **efficacité discutable** (anticholinergiques / autres)



4 critères : médicaments avec une **dose inappropriée**
6 critères : médicaments avec une **durée inappropriée**



13 critères : médicaments **exacerbant des conditions cliniques** préexistantes

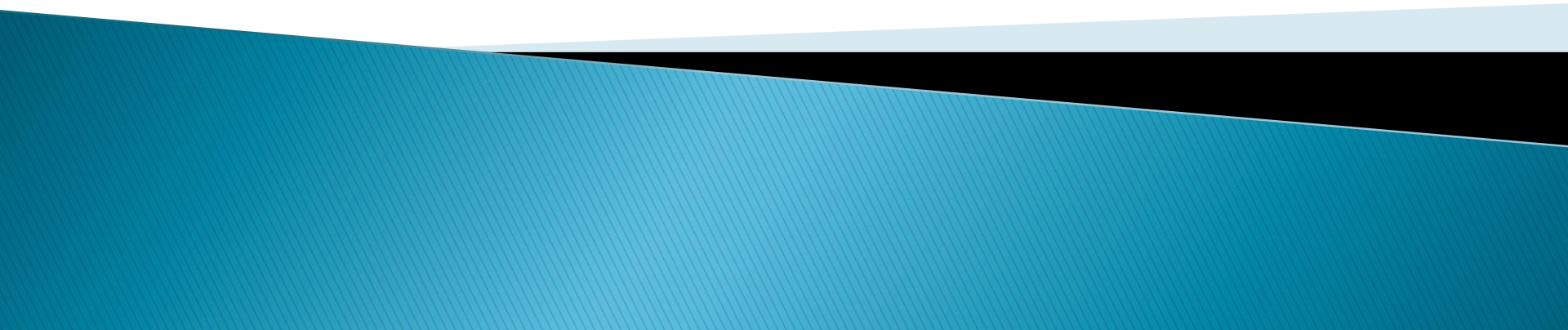


19 critères : **interactions médicamenteuses inappropriées**

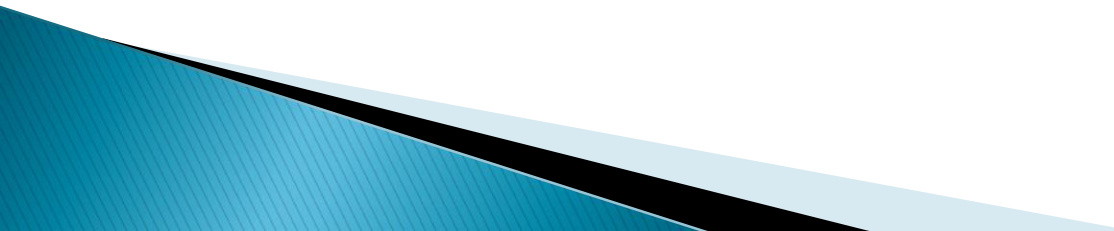
Dans ce cas clinique

Médicaments à la sortie d'hospitalisation	MPI
Zopiclone 7,5 mg : 1 cp au coucher	BZD ½ vie courte mais dose>3.75 mg, durée >4 semaines, et associé à des TNCM
Mirtazapine 15 mg : 1 cp soir	Attention si autres médicaments hyponatrémiant (ex laxatif) ou avec des propriétés sérotoninergiques
Cyamémazine 50 mg : 1 cp matin	Effet anticholinergique, et associé à des TNCM
Tropatépine 10 mg : 2 matin, midi et soir	Effet anticholinergique, et associé à des TNCM
Valsartan 160 mg : 1 cp matin	/
Esoméprazole 40 mg : 1 cp soir	IPP > 8 semaines
Carbonate de calcium 1 g le midi	/
Colécalciférol 50 000 UI 1 fois par mois	/
Alendronate 70 mg 1 fois par semaine	/
Bisacodyl 5 mg à 21 heure	Laxatif stimulant
Macrogol 4000 : 1 verre le matin et 1 verre le midi	/

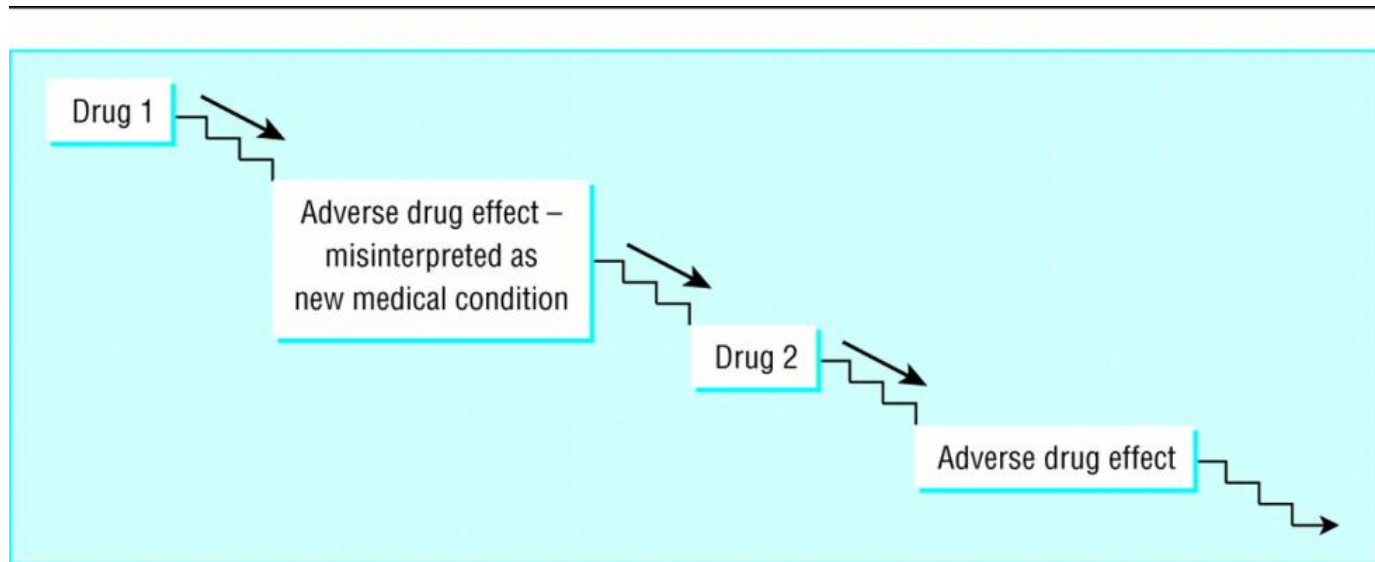
Question 3 : Quels sont les syndromes gériatriques présents ?



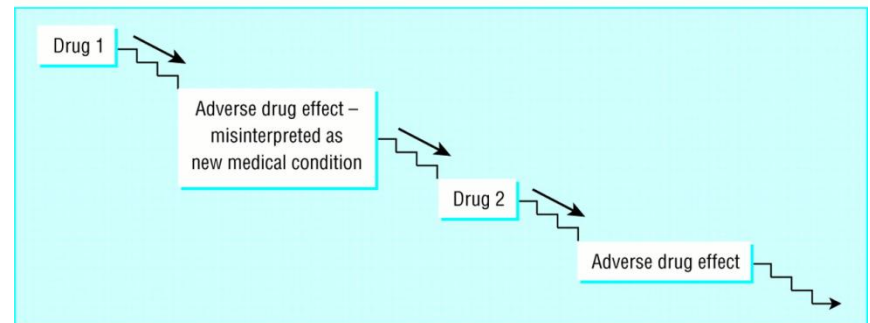
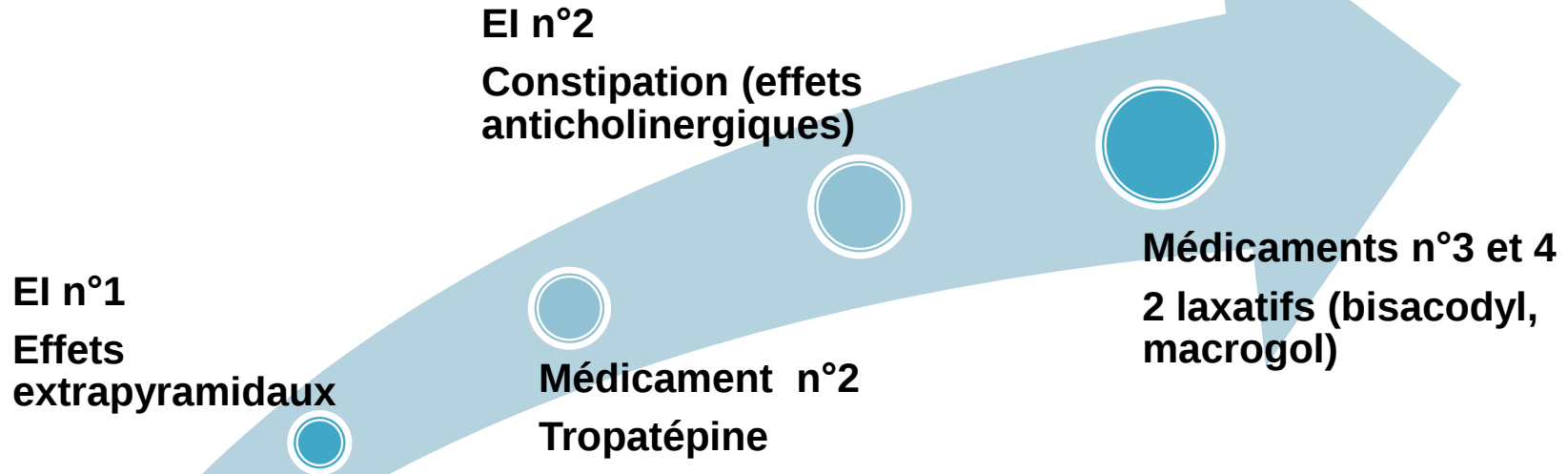
Syndromes gériatriques

- ▶ Delirium : secondaire à l'infection respiratoire, hospitalisation
 - ▶ Chutes : somnolence, 1 antihypertenseur, psychotrope
 - ▶ Constipation : alitement, anticholinergique
- 

Question 4 : Identifiez des cascades médicamenteuses chez Mr A ?



Cascade médicamenteuse





ThinkCascades: A Tool for Identifying Clinically Important Prescribing Cascades Affecting Older People

Lisa M. McCarthy^{1,2,3}  · Rachel Savage^{4,5}  · Kieran Dalton⁶  · Robin Mason^{4,7}  · Joyce Li⁴ · Andrea Lawson⁴ · Wei Wu⁴  · Shelley A. Sternberg⁸  · Stephen Byrne⁶ · Mirko Petrovic⁹  · Graziano Onder¹⁰  · Antonio Cherubini¹¹  · Denis O'Mahony¹²  · Jerry H. Gurwitz¹³  · Francesco Pegreffi¹⁴  · Paula A. Rochon^{4,5,15,16} 

ThinkCascades tool includes 9 clinically important cascades that are examples of potentially inappropriate prescribing affecting older people

Drug A		Side effect		Drug B
Cardiovascular System (n=2)				
Calcium Channel Blocker	→	Peripheral edema	→	Diuretic
Diuretic	→	Urinary incontinence	→	Overactive bladder medication
Central Nervous System (n=4)				
Antipsychotic	→	Extrapyramidal symptoms	→	Antiparkinsonian agent
Benzodiazepine	→	Cognitive impairment	→	Cholinesterase Inhibitor or memantine
Benzodiazepine	→	Paradoxical agitation or agitation secondary to withdrawal	→	Antipsychotic
Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) / Serotonin-norepinephrine Reuptake Inhibitor (SNRI)	→	Insomnia	→	Sleep agent (e.g., Benzodiazepines, Benzodiazepine Receptor Agonists, Sedating antidepressant, Melatonin)
Musculoskeletal System (n=1)				
NSAID	→	Hypertension	→	Antihypertensive
Urogenital System (n=2)				
Urinary Anticholinergics	→	Cognitive impairment	→	Cholinesterase inhibitor or memantine
Alpha-1 Receptor Blocker	→	Orthostatic hypotension, dizziness	→	Vestibular sedative (e.g., betahistine, Antihistamines, Benzodiazepines)

Les « anticholinergiques »



pharmaceutics



Article

A Universal Pharmacological-Based List of Drugs with Anticholinergic Activity

Marta Lavrador ^{1,2}, Ana C. Cabral ^{1,2}, Manuel T. Veríssimo ^{2,3} , Fernando Fernandez-Llimos ^{4,5} ,
Isabel V. Figueiredo ^{1,2}  and M. Margarida Castel-Branco ^{1,2,*} 

Pharmaceutics **2023**, *15*, 230. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics15010230>

- 23 échelles anticholinergiques publiées ➔ 304 médicaments
- Vérification dans différentes bases de l'affinité aux récepteurs M₁₋₅ et passage de la barrière hémato-encéphalique ➔ **133 médicaments**

Table 5. Universal list of drugs with documented anticholinergic activity, based on objective pharmacological data, according to ATC classification, and considering the five muscarinic receptor subtypes.

ATC CLASSIFICATION	Drug	M1	M2	M3	M4	M5	Mu	BBB
A03A. DRUGS FOR FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS								
A03AA. Synthetic anticholinergics, esters with tertiary amino group								
A03AA04	Mebeverine	✓	✓	✓	✓	✓		?
A03AA05	Trimebutine	✓	✓	✓	✓	✓		+
A03AA07	Dicyclomine	+++	++	+++	+++	0		+
A03AA09	Difemerine	✓	✓	✓	✓	✓		?
A03AB. Synthetic anticholinergics, quaternary ammonium compounds								
A03AB05	Propantheline	+++	+++	+++	+++	0		-
A03AB06	Octylonium bromide	+++	++	++	++	0		-
A03AB17	Tiemonium	✓	✓	✓	✓	✓		?
A03AB19	Timepidium	+++	+++	+++	+++	+++		-
A03AX. Other drugs for functional gastrointestinal disorders								
A03AX14	Valethamate bromide	✓	✓	✓	✓	✓		?
A03B. BELLADONNA AND DERIVATIVES, PLAIN								
A03BA. Belladonna alkaloids, tertiary amines								
A03BA01	Atropine	+++	+++	+++	+++	+++		+
A03BA03	Hyoscyamine	+++	+++	+++	+++	+++		+
A03BA04	Belladonna	✓	✓	✓	✓	✓		+

Les « anticholinergiques »



pharmaceutics



Article

A Universal Pharmacological-Based List of Drugs with Anticholinergic Activity

Marta Lavrador ^{1,2}, Ana C. Cabral ^{1,2}, Manuel T. Veríssimo ^{2,3} , Fernando Fernandez-Llimos ^{4,5} ,
Isabel V. Figueiredo ^{1,2}  and M. Margarida Castel-Branco ^{1,2,*} 

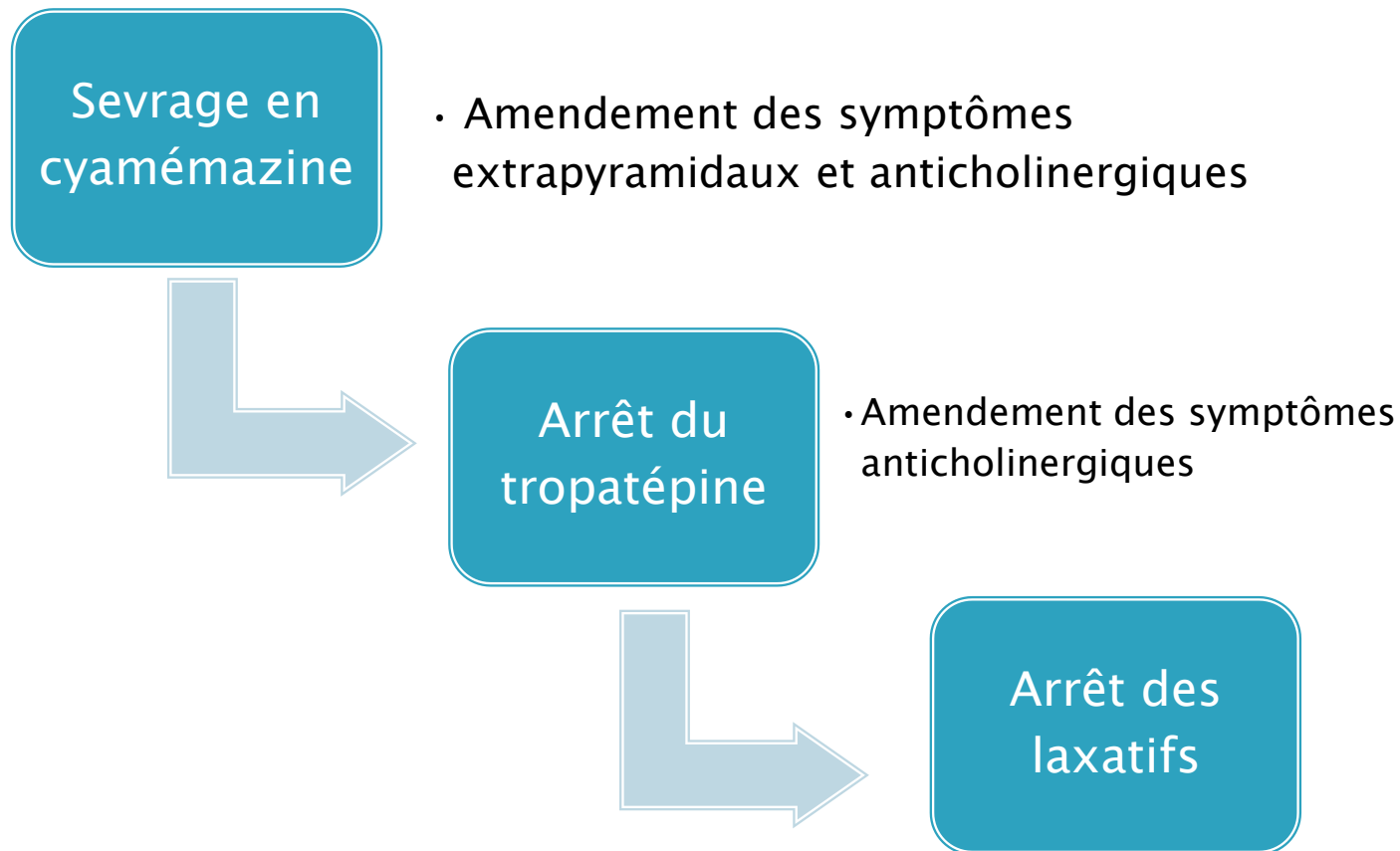
Pharmaceutics **2023**, *15*, 230. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics15010230>

- 23 échelles anticholinergiques publiées → 304 médicaments
- Vérification dans différentes bases de l'affinité aux récepteurs M1–5 et passage de la barrière hémato–encéphalique → **133 médicaments**
- **Faiblesse des échelles actuelles qui incluent des médicaments à tort ou n'incluent pas tous les médicaments anticholinergiques**
- **Pas de calcul d'une charge anticholinergique dans cette liste universelle**

Question 5 : Proposez un plan de déprescription :

- Intervention prioritaires, ordre de retrait des médicaments ?
- à quel rythme ?

Priorité 1 : défaire la cascade médicamenteuse (1^{ère} semaine)

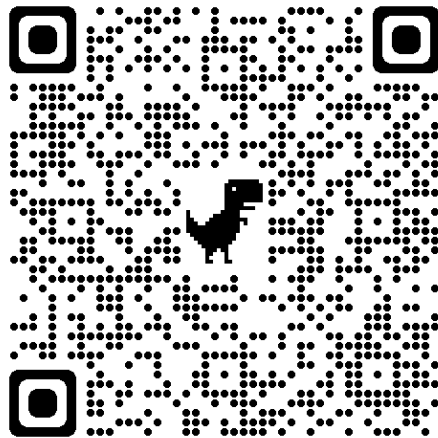




deprescribing.org

Reducing medications safely
to meet life's changes

Moins de médicaments, sécuritairement –
pour mieux répondre aux défis de la vie



**Antipsychotiques
Algorithme**



Utilisation de l'algorithme de déprescription des antipsychotiques

Quand et comment arrêter les antipsychotiques?

Dr. Lise Bjerre
Médecin de Famille, Chercheur



uOttawa
Département de médecine familiale
Department of Family Medicine



@De



Utilisation de l'algorithme de déprescription des antipsychotiques

**Antipsychotiques
Vidéo (youtube)**



Pourquoi le patient prend-il un antipsychotique?

• Psychose, agressivité, agitation (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence – SCPD) traités ≥ 3 mois (symptômes maîtrisés ou aucune réponse au traitement).

• Insomnie primaire, quelle que soit la durée de son traitement, ou insomnie secondaire, lorsque les comorbidités sous-jacentes sont prises en charge.

• Schizophrénie
• Trouble schizo-affectif
• Trouble bipolaire
• Délirium aigu
• Syndrome de la Tourette
• Tics
• Autisme
• Psychose liée à la démence durant depuis moins de 3 mois

• Déficience intellectuelle
• Retard de développement
• Trouble obsessionnel-compulsif
• Alcoolisme
• Cocainomanie
• Psychose associée à la maladie de Parkinson
• Ajout au traitement d'un trouble dépressif majeur

Recommander la déprescription

Forte recommandation (selon la revue systématique et la méthode GRADE)
Réduire et cesser l'utilisation de l'AP (graduellement, en collaboration avec le patient ou son soignant; p. ex. réduction de 25 % à 50 % de la dose toutes les une à deux semaines).

Cesser l'AP

Recommandé selon les bonnes pratiques.

Continuer l'AP

ou consulter un psychiatre si la déprescription est envisagée.

Suivi toutes les une à deux semaines pendant la réduction graduelle

Bienfaits attendus :

- Peut améliorer la vivacité et la démarche ainsi que diminuer les chutes ou les symptômes extrapyramidaux

Événements indésirables liés au sevrage (surveillance étroite dans le cas des patients présentant des symptômes de SCPD initiaux graves):

- Psychose, agressivité, agitation, délires, hallucinations

En cas de récurrence des SCPD :

À envisager :

- Approches non médicamenteuses (p. ex. thérapie par la musique, stratégies de gestion du comportement)

Reprise de traitement :

- En cas de réapparition des SCPD, reprendre l'AP à la plus faible dose possible et retenter la déprescription après trois mois. Au moins deux tentatives de cessation devraient être faites.

Autres médicaments :

- Envisager de remplacer par la rispéridone, l'olanzapine ou l'aripiprazole

En cas de récurrence de l'insomnie :

À envisager :

- Diminuer autant que possible la consommation de substances qui aggravent l'insomnie (p. ex. caféine, alcool).
- Approches comportementales sans médicaments (voir l'endos).

Médicaments substitués

- D'autres médicaments sont utilisés pour traiter l'insomnie. L'évaluation de leur innocuité et de leur efficacité dépasse la portée du présent algorithme de déprescription. Consultez les directives de déprescription des AP pour plus de détails.

Utilisation libre, avec citation des auteurs. Usage non commercial. Ne pas modifier ou traduire sans permission.



Document sous licence internationale Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 4.0.
Contact deprescribing@bruyere.org ou visiter le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements.

Bjere LM, Fandi B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L, et al. Déprescription des antipsychotiques pour les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et l'insomnie. Guide de pratique clinique fondé sur des données probantes. Can Fam Physician 2018;64:17-27 (ang), 91-112 (fr)



deprescribing.org



Bruyère
RESEARCH INSTITUTE



open
NETWORK



Antipsychotiques couramment prescrits

Antipsychotique	Forme	Dose
Chlorpromazine	C IM, IV	25, 50, 100 mg 125 mg/mL
Halopéridol (Haldol®)	C L IM, IV LI IM AP	0,5, 1, 2, 5, 10, 20 mg 2 mg/mL 5 mg/mL 50, 100 mg/mL
Loxapine (Xylac®, Loxapac®)	C L IM	2,5, 5, 10, 25, 50 mg 25 mg/L 25, 50 mg/mL
Aripiprazole (Ablify®)	C IM	2, 5, 10, 15, 20, 30 mg 300, 400 mg
Clozapine (Clozaril®)	C	25, 100 mg
Olanzapine (Zyprexa®)	C D IM	2,5, 5, 7,5, 10, 15, 20 mg 5, 10, 15, 20 mg 10 mg par ampoule
Palipéridone (Invega®)	LPR IM LPR	3, 6, 9 mg 50 mg/0,5 mL, 75 mg/0,75 mL, 100 mg/1 mL, 150 mg/1,5 mL
Quétiapine (Seroquel®)	C LI LPR	25, 100, 200, 300 mg 50, 150, 200, 300, 400 mg
Risperidone (Risperdal®)	C S D IM LPR	0,25, 0,5, 1, 2, 3, 4 mg 1 mg/mL 0,5, 1, 2, 3, 4 mg 12,5, 25, 37,5, 50 mg

IM = intramusculaire, IV = intraveineuse, L = liquide, S = suppositoire, SL = sublinguale, C = comprimé, D = comprimé à dissolution, LI = libération immédiate, AP = action prolongée, LPR = libération prolongée

Effets secondaires des antipsychotiques

- Les AP sont associés à un risque accru de :
 - Perturbations métaboliques, gain de poids, sécheresse buccale, étourdissements
 - Somnolence, endormissement, chute ou blessure, fractures de la hanche, symptômes extrapyramidaux, démarche anormale, infections urinaires, événements cardiovasculaires indésirables, décès
- Facteurs de risque : dose élevée, âge avancé, maladie de Parkinson, démence à corps de Lewy

Participation des patients et des soignants

Les patients et les soignants devraient comprendre :

- le motif de la déprescription (risque d'effets indésirables avec la prise continue d'AP);
- que des symptômes de sevrage, y compris une réapparition des SCDP, peuvent se manifester;
- qu'ils participent au plan de réduction graduelle et peuvent décider de la vitesse et de la durée de cette réduction.

Réduction graduelle de la dose

- Rien n'a démontré qu'une approche de réduction était meilleure qu'une autre.
- Envisager :
 - de passer à 75 %, à 50 % et à 25 % de la dose d'origine chaque semaine ou toutes les deux semaines, puis d'arrêter; ou
- Amorcer une réduction plus lente, avec suivi fréquent, pour les patients présentant des SCDP initiaux graves.
- La réduction graduelle ne sera peut-être pas nécessaire en cas de prise d'une dose faible pour l'insomnie seulement.

Prise en charge du sommeil

Soins primaires :

- N'allez au lit que quand vous avez sommeil.
- N'utilisez le lit et la chambre à coucher que pour dormir (ou pour les moments d'intimité).
- Si vous ne dormez toujours pas 20 ou 30 minutes après être allé au lit, sortez de la chambre à coucher.
- Si vous ne vous endormez pas en 20 à 30 minutes après être retourné au lit, ressortez de la chambre à coucher.
- Utilisez un réveil-matin pour vous réveiller à la même heure chaque matin.
- Ne faites pas de sieste.
- Évitez la caféine l'après-midi.
- Évitez l'exercice, la nicotine, l'alcool et les repas copieux deux heures avant de vous coucher.

Soins institutionnels :

- Ouvrez les rideaux durant la journée pour favoriser l'exposition à la lumière.
- Maintenez le bruit des alarmes au minimum.
- Augmentez le degré d'activité et découragez le sommeil durant la journée.
- Réduisez le nombre de siestes (pas plus de 30 minutes et aucune sieste après 14 h).
- Offrez des boissons décaféinées chaudes ou du lait chaud le soir.
- Limitez la nourriture, la caféine et le tabac avant le coucher.
- Incitez le résident à aller aux toilettes avant de se coucher.
- Encouragez le coucher et le lever à des heures régulières.
- Évitez de réveiller le résident la nuit pour lui donner des soins.
- Offrez un massage du dos ou autre massage doux.

Gestion des SCDP

- Songer à des interventions comme la relaxation, le contact social, les thérapies sensorielles (musique ou aromathérapie), les activités structurées et la thérapie comportementale.
- Prendre en charge les facteurs physiques et médicaux, p. ex. douleur, infection, constipation, dépression.
- Tenir compte de l'environnement, p. ex. lumière, bruit.
- Examiner les médicaments qui pourraient aggraver les symptômes.

Utilisation libre, avec citation des auteurs. Usage non commercial. Ne pas modifier ou traduire sans permission.

Document sous licence internationale Creative Commons Attribution-Non Commerciale-ShareAlike 4.0. Contact deprescribing@bruyere.org ou visitez le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements.

Bjerrø LM, Fanelib, Hugel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L, et al. Déprescription des antipsychotiques pour les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et l'insomnie. Guide de pratique clinique fondé sur des données probantes. Can Fam Physician 2018;64:17-27 (Ang), 41-412 (F)



deprescribing.org

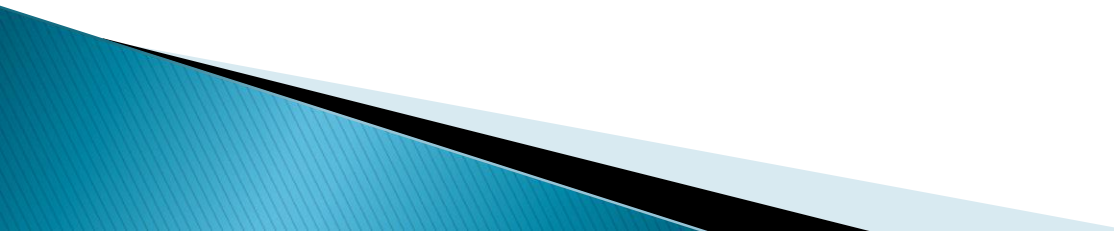


Bruyère
RESEARCH INSTITUTE



open
SUSTAINABLE PHARMACY
EVIDENCE NETWORK

Priorité 2 : réévaluer la dépression (1 mois après)

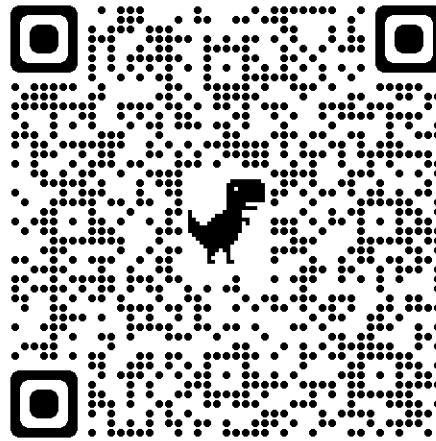
- ▶ Réévaluation de la dépression
 - ▶ Sevrage de la mirtazapine si absence de signes dépressifs, substituer par un IRSS si signes de dépression
 - ▶ Sevrage en hypnotique à envisager, du moins commencer par réduire la dose
- 



deprescribing.org

Reducing medications safely
to meet life's changes

Moins de médicaments, sécuritairement –
pour mieux répondre aux défis de la vie



Benzodiazépines

Priorité 4 : Revoir les médicaments en prévention et sans indication (3–6 mois)

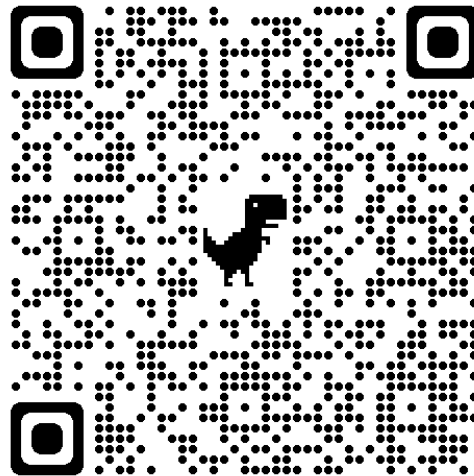
- ▶ Sevrer l'oméprazole (plus de 8 semaines)
- ▶ Arrêt de l'alendronate (plus de 5 ans)



deprescribing.org

Reducing medications safely
to meet life's changes

Moins de médicaments, sécuritairement –
pour mieux répondre aux défis de la vie



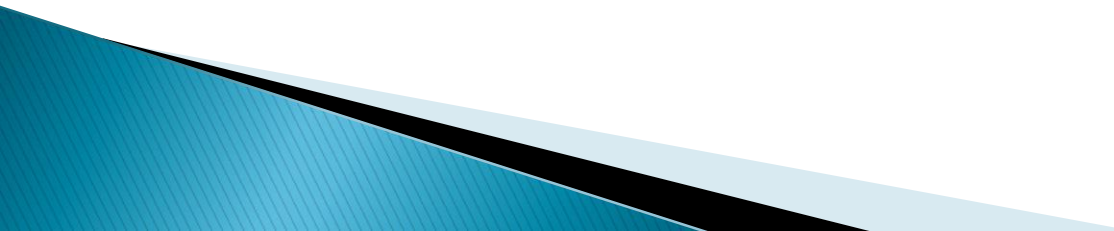
Inhibiteurs de la pompe à protons

Question 6 : Que deviendra le profil pharmacologique de Mr A ?

Médicaments à la sortie d'hospitalisation	Indication
Zopiclone 7,5 mg : 1/2 cp au coucher	insomnie
Valsartan 80 mg : 1 cp matin	HTA
Carbonate de calcium 1 g le midi	ostéoporose
Colécalciférol 50 000 UI 1 fois par mois	ostéoporose

Petit-déjeuner	Déjeuner	Diner	Coucher	A la demande
• Valsartan • Colécalciférol	• Calcium		• Zopiclone en cours de sevrage	
1 à 2 prises per os	1 prises per os		1 prise per os	Total max 4 médicaments 3 à 4 prises per os

En résumé

- ▶ Déprescription = décision partagée
 - ▶ Circonstances permettant l'arrêt des psychotropes
 - Choix du patient
 - Manque d'efficacité
 - Problèmes d'EI ou d'interactions
 - Stable depuis un long moment
 - Réduire le risque de dépendance et/ou tolérance
 - Améliorer la qualité de vie
 - Réduire le poids des médicaments
- 

Evaluer le patient
Recueillir tous les
médicaments

Définir le contexte
et les objectifs des
soins

Identifier les médicaments
inappropriés

Estimer leur bénéfice et
leurs risques dans le
contexte et objectifs de
soins



Surveiller et
adapter
régulièrement

Communiquer sur
les actions à toutes les
parties prenantes

Recueillir le consentement sur
l'arrêt, la réduction de dose, la
poursuite d'un médicament

Bibliographie

- ▶ Deprescribing.org <https://deprescribing.org/fr/>
- ▶ Roux B et al. REview of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors (REMEDI[e]S): French implicit and explicit criteria. Eur J Clin Pharmacol. 2021 Nov;77(11):1713–1724.
- ▶ Outil REMEDI[e]S sur demande pharmacovigilance@chu-limoges.fr
- ▶ McCarthy LM et al. ThinkCascades: A Tool for Identifying Clinically Important Prescribing Cascades Affecting Older People. Drugs Aging. 2022 Oct;39(10):829–840.
- ▶ Lavrador M et al. A Universal Pharmacological–Based List of Drugs with Anticholinergic Activity. Pharmaceutics. 2023 Jan 10;15(1):230

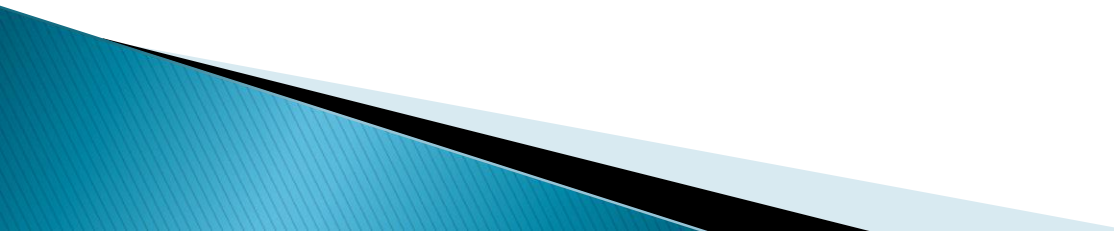
**Peut-on déprescrire les
antipsychotiques dans les
maladies psychiatriques
chroniques ?**



Un bon candidat à la déprescription serait :

- A. un homme de 50 ans souffrant de schizophrénie (symptômes positifs disparus depuis sept ans), d'hypertension et d'insuffisance cardiaque congestive, prenant 4 mg de rispéridone par jour. Il a entendu parler du risque de gynécomastie à la télévision et souhaite arrêter.
- B. une mère célibataire de 33 ans, mère d'un enfant de deux mois, travaillant à plein temps et prenant 7,5 mg d'halopéridol par jour pour un trouble schizoaffectif. Elle a du mal à se rendre à ses rendez-vous et demande si, en arrêtant son traitement, elle pourrait venir moins souvent.
- C. une jeune fille de 18 ans qui a fait une tentative de suicide il y a trois mois, consomme régulièrement de la cocaïne et du cannabis et prend 300 mg de quétiapine parce qu'elle entend des voix. Son sommeil s'étant amélioré, elle se demande si elle a encore besoin de ce médicament.
- D. un homme de 50 ans, qui vient de reprendre le travail après un épisode de psychose (son sixième) à l'âge de 49 ans ; il prend 5 mg d'olanzapine et n'a pas d'effets secondaires

Bénéfice de la déprescription des antipsychotiques

- ▶ Réduire la polypharmacie
 - ▶ Amélioration des schémas thérapeutiques
 - ▶ Amélioration de l'adhésion au traitement (empowerment)
 - ▶ Réduction de la iatrogénie (dyskinésie tardive, syndrome métabolique,...)
 - ▶ Réduction des coûts
- 

Risques de la déprescription des antipsychotiques

- ▶ Rechute de la psychose
- ▶ Psychose de sevrage
- ▶ Réadmission hospitalière
- ▶ Rupture de l'insertion sociale

Quand déprescrire les psychotropes ?

- ▶ Choix du meilleur moment
 - Un patient stable depuis un temps certain sans symptômes
 - Une situation sociale stabilisée
 - Pas de situation de stress
 - Un accord du patient + + +
 - Un environnement approprié (entourage, para-médical et médical, social)

Pas de déprescription sans décision partagée

► Décision partagée

- Processus de déprescription ne doit pas générer de l'anxiété : temps du dialogue et des explications
 - Pourquoi le proposer maintenant ?
 - Quel bénéfice ?
 - Quels risques ?
 - Quels risques sont inacceptable et acceptables pour le patient ?
ex hallucinations versus hospitalisation
 - Incertitude sur les effets
 - Tenir compte des expériences précédentes d'arrêt des médicaments
- Compréhension : méthode "teach-back", qui consiste à demander aux patients d'indiquer avec leurs propres mots ce qu'ils doivent savoir ou faire pour leur santé
- Être flexible dans le temps et en fonction du patient pour adapter la démarche

Pas de déprescription sans condition favorable

- ▶ Implications des supports cliniques et sociaux
 - Entourage : souvent plus réticents, ne doit pas ajouter un stress au patient par leur doute, participation à la surveillance des effets = adhésion indispensable
 - Soins : psychiatre, médecins de famille, IDE, pharmaciens, et autres pour thérapies/supports psychosociaux

Plan de déprescription des antipsychotiques

- ▶ Ne jamais arrêter brutalement (rechute plus rapide)
- ▶ Réduire progressivement les doses ou espacer les prises
- ▶ Surveiller les signes de symptômes sevrage psychotique $\neq$ rechute
 - rebond cholinergiques (céphalées, agitation, nausées, vomissements, diarrhée, anorexie, rhinorrhée, diaphorèse, myalgie, paresthésie, anxiété, insomnie de rebond)
 - dyskinésie/akathisie de sevrage ou aggravation de dyskinésie tardive
- ▶ Point final : plus petite dose efficace ou arrêt
- ▶ Poursuivre surveillance régulière du patient (signes de rechute)

Un bon candidat à la déprescription serait :

- A. un homme de 50 ans souffrant de schizophrénie (symptômes positifs disparus depuis sept ans), d'hypertension et d'insuffisance cardiaque congestive, prenant 4 mg de rispéridone par jour. Il a entendu parler du risque de gynécomastie à la télévision et souhaite arrêter.
- B. une mère célibataire de 33 ans, mère d'un enfant de deux mois, travaillant à plein temps et prenant 7,5 mg d'halopéridol par jour pour un trouble schizoaffectif. Elle a du mal à se rendre à ses rendez-vous et demande si, en arrêtant son traitement, elle pourrait venir moins souvent.
- C. une jeune fille de 18 ans qui a fait une tentative de suicide il y a trois mois, consomme régulièrement de la cocaïne et du cannabis et prend 300 mg de quétiapine parce qu'elle entend des voix. Son sommeil s'étant amélioré, elle se demande si elle a encore besoin de ce médicament.
- D. un homme de 50 ans, qui vient de reprendre le travail après un épisode de psychose (son sixième) à l'âge de 49 ans ; il prend 5 mg d'olanzapine et n'a pas d'effets secondaires