



DÉPRESCRIRE LES PSYCHOTROPES

JOURNÉE DE LA SOCIÉTÉ BRETONNE DE GÉRIATRIE - 14 NOVEMBRE 2025



Dr Tristan MAHOUET - Psychiatre CHGR Rennes

CAS CLINIQUE MADAME B. 82 ANS

Antécédents :

- Maladie d'Alzheimer à un stade modéré diagnostiquée il y'a 4 ans.
- HTA équilibrée
- Arthrose diffuse
- Un épisode de confusion aigue il y'a 2 ans
- Un épisode dépressif suite à l'annonce de la maladie d'Alzheimer
- Notion de douleur diffuse évoluant depuis 6 ans

Traitement :

- Amlodipine 5 mg/j
- Paracetamol 1 g ×3/j
- Risperidone 0,5 mg matin et soir (introduite il y a 10 mois)
- Paroxetine 20mg : 1 cp matin (depuis 6 mois)
- Prégabaline 75mg 2/j
- Miansérine 10mg au coucher (depuis 1 an)
- Oxazepam 10mg : 0,5cp matin, midi et 1 soir

CAS CLINIQUE MADAME B. 82 ANS

- Il y a 1 an, Mme B se plaignait de difficulté d'endormissement, avec un temps d'endormissement supérieur à 1 heure, il lui avait alors été prescrit de la Miansérine à 10mg qui avait été efficace.
- Il y a 10 mois, Mme B. présentait des épisodes d'agitation vespérale et de cris nocturnes, très difficiles pour le conjoint. Après échec des mesures non pharmacologiques, son médecin a introduit la Risperidone 0,5 mg × 2/j, avec amélioration rapide des troubles du comportement.
- Depuis 9 mois, les troubles du comportement ont disparu.
- Depuis quelques semaines son conjoint signale une apathie croissante et une perte d'intérêt. Vous constatez que la patiente est désormais somnolente le matin, marche lentement, a chuté il y'a un mois.

CAS CLINIQUE MADAME B. 82 ANS

- Réévaluation clinique :
 - Bénéfice actuel : relative stabilité comportementale
 - Effets indésirable : Somnolence, apathie, perte d'intérêt, ralentissement, chute
 - Risques : **chutes**, AVC, confusion, mortalité accrue
- Élément de réflexion :
 - Accumulation de traitement depuis 1 an :
 - 2 antidépresseurs dont un à dose non efficace
 - Antipsychotique
 - Oxazepam depuis ? Prises multiples et systématiques
 - Prégabaline pour ?

CAS CLINIQUE MADAME B. 82 ANS

- Antipsychotique :
 - Choix : Risperidone AMM pour les SPCD, dosage < 2mg/j en 1 ou 2 prises
 - Durée de traitement > 3 mois sans récurrence
 - Effets indésirables : somnolence, ralentissement, chutes
 - Risques spécifiques : Augmentation du risque d'AVC et de la mortalité
- ATD :
 - Miansérine : Pas d'indication dans les troubles du sommeil (ANSM 2023), aucune mention dans les recommandations PPA (*Nouvelles recommandation SPCD 2024*) , si à visée ATD > 30mg/j
 - Paroxétine : Non recommandé chez PA, charge anticholinergique majeur, inhibiteur P450 2-D6
- Prégabaline :
 - Indication : Douleur neuropathique ? Trouble anxieux ? Épilepsie ?
 - Dosage : 150mg – 600mg
 - EI : somnolence, vertige, trouble de la vue, ...
- BZD :
 - Molécule appropriée chez PA, mais prises multiples, depuis quand ?
 - Alternatives envisagées ?

CAS CLINIQUE MADAME B. 82 ANS

- Déprescrire :
 - On commence par la molécule ayant le niveau de preuve le plus faible et le plus haut risque d'EI
 - Les molécules à doses non adaptées (trop ou pas assez)
 - Une molécule à la fois (quand on a le temps)
 - Réduction de 25% de la dose tous les 2 à 4 semaines
 - Limiter les prises 1 jour sur 2
 - Inclure patient.e et aidant.e
 - Somnolence : **Risperdal**, **Paroxetine**, Miansérine, Prégabaline, Oxazepam ?

CAS CLINIQUE MADAME B. 82 ANS

- Suivi a 6 semaines :
 - De nouveau anxiété et agitation vespérale, trouble du sommeil, inversion progressive du rythme nycthéméral
- Changement de stratégie

ECHEC ?

- On parle d'échec lorsque :
 - Les symptômes initiaux réapparaissent
 - Ou
 - Des symptômes de sevrage sévères apparaissent (nausées, tremblements, agitation, confusion)
- Et que la reprise du médicament est nécessaire pour restaurer la stabilité.

ANALYSE DE L'ÉCHEC

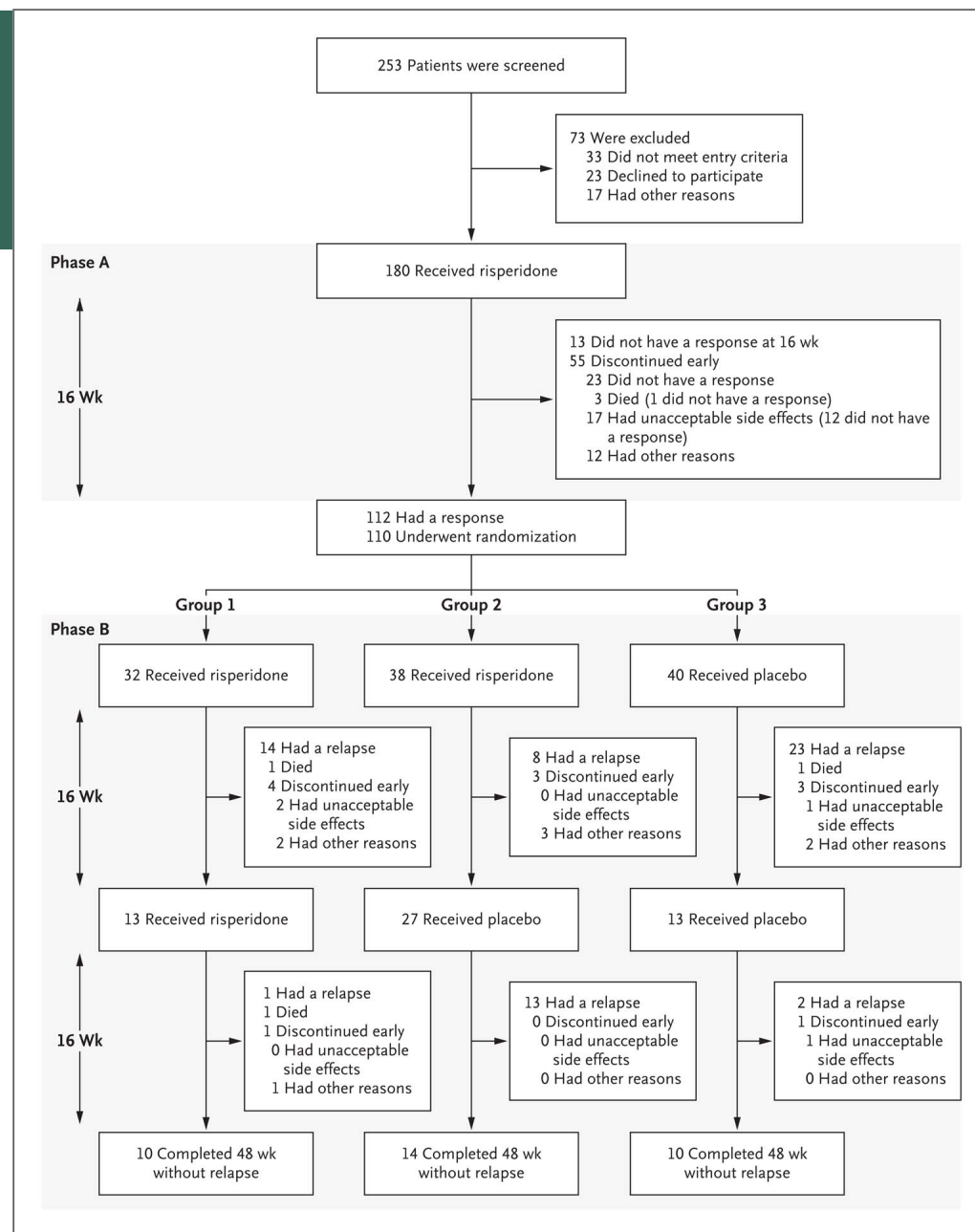
Cause possible	Exemples	Conduite à tenir
Arrêt trop rapide	Réduction brutale du dosage	Reprendre la dose précédente puis réduire plus lentement (10–25 %/2 à 4 sem.)
Durée de traitement trop longue	>6 mois (antipsy) ou >1 an (antidépresseur)	Prévoir un sevrage plus étalé, avec soutien renforcé
Trouble initial actif	Symptômes persistants	Stabiliser avant de reprendre la déprescription
Absence de mesures non pharmacologiques	Pas d'interventions comportementales ou environnementales	Mettre en place des approches non médicamenteuses
Facteurs contextuels	Changement de lieu, infection, stress	Reporter à une période plus stable

ADAPTER LA STRATÉGIE

- Si les symptômes de sevrage sont en cause :
 - Reprendre la dose minimale efficace ayant permis la stabilité
 - Maintenir 2 à 4 semaines
 - Reprendre un sevrage plus lent (sur plusieurs mois si nécessaire)
- Si les symptômes initiaux réapparaissent :
 - Réévaluer la nature de la rechute :
 - Reprise du traitement avec réévaluation entre 1 et 3 mois

RISQUE DE RECHUTE- ANTIPSYCHOTIQUE

- 26% rechute sous placebo vs 15% sous poursuite à 4 mois
 - Ballard et al., NEJM 2004
- 42% de rechute a 16 semaines
 - Devanand et al., NEJM 2012
- Risque moyen 20–40%, souvent modéré et réversible
 - Tjia et al., JAGS 2015 , Cochrane 2021
- **Donc au moins 60% d'absence de rechute**



FACTEUR DE RISQUE DE RECHUTE - ANTIPSYCHOTIQUE

- Démence sévère
- Troubles initiaux sévères (hallucinations)
- *Durée de traitement > 6 mois*
- Arrêt brutal
- Stress environnemental (institution, changement soignant)

FACTEUR DE RISQUE D'ECHEC - ANTIDÉPRESSEUR

- Cliniques :
 - nombre d'épisodes (> 70% après 2 ans si > 3 épisodes)
 - arrêt précoce (< 6 - **12** mois)
 - Symptômes persistants
 - Troubles cognitifs sévères
- Thérapeutiques :
 - Durée de traitement
 - Décroissance rapide
 - Antécédent de sevrage
- Réticence, symptômes initiaux sévères

SIGNES DE RECHUTE - ANTIDÉPRESSEUR

- Réapparition progressive des symptômes dépressifs initiaux
- Intensité suffisante pour altérer le fonctionnement
- Persistance > 2 semaines
- Aucun facteur contextuel direct (infection, douleur, perte récente) expliquant seul le tableau.
- Différent d'un sevrage dans sa cinétique et sa symptomatologie :

CAS CLINIQUE : M. L 79 ANS

- Démence mixte (Alzheimer + vasculaire) à un stade modéré.
- **Antécédents :**
 - Diabète de type 2 équilibré
 - Hypertension artérielle
 - Chute avec fracture du col fémoral il y a 1 an
- **Traitements actuels :**
 - Metformine 850 mg × 2/j
 - Ramipril 5 mg/j
 - Bisoprolol 2,5mg
 - **Mirtazapine 30mg** (introduite il y a 18 mois)
 - Vitamine D mensuelle
 - **Lamotrigine 100mg matin et soir**
 - **Lorazepam 2,5mg** (depuis > 20ans)
 - **Olanzapine 5mg**

CAS CLINIQUE : M. L 79 ANS

- L'antidépresseur a été prescrit il y a **18 mois** pour un épisode dépressif réactionnel à l'annonce du diagnostic de démence : pleurs fréquents, perte d'appétit, désintérêt marqué. De la Mirtazapine 15 mg/j a été initiée, puis augmentée à 30 mg/j après un mois. L'humeur s'est améliorée à 3 mois, et le traitement a été poursuivi.
- Depuis quelques semaines : somnolence diurne, marche altérée, ralentissement moteur, hallucinations visuelles et auditive – introduction Olanzapine 5mg.

CAS CLINIQUE : M. L 79 ANS

- Analyse :
 - Mirtazapine : EDC ? Trouble de l'adaptation ? Durée de prescription > 12 mois
 - La durée de prescription minimale ne veut pas dire le maintien de la posologie du stade aigu
 - Lamotrigine, épilepsie ? Trouble bipolaire ? Souvent bien tolérée mais EI : irritabilité, HAV, céphalées, trouble de la vue
 - Lorazepam : fort pouvoir addictogène, accoutumance
 - Olanzapine : Nombreux EI, mauvais « anti-délirant » ; ici hallucinations critiquées ? Impact fonctionnel ?
 - Si critique et non impactant pas de traitement à priori.

CAS CLINIQUE : M. L 79 ANS – ANTIPSYCHOTIQUE ?

- Les plus étudiés : Halopéridol, Risperidone, Aripiprazole, Olanzapine, Quetiapine
- Ponctuellement (Sd EP, Anticholinergique) : loxapine, cyamémazine, haloperidol, tiapride
- **Risperidone** : Sd EP, sur-risque AVC (avec Olanzapine) ; **AMM**
- Olanzapine : B/R défavorable, dernière intention
- Quetiapine : Bénéfice faible, tolérance bonne (sédation)
- **Aripiprazole** : B/R favorable, demi vie loooooongue (75h)

CAS CLINIQUE : M. L 79 ANS – ANTIPSYCHOTIQUE ?

Tableau 1 : Profil métabolique des antipsychotiques de deuxième génération selon l'association américaine de diabète (adapté d'après le consensus APA et ADA en 2004)

Médication	Prise de poids	Risque de diabète	Risque de dyslipidémie
Clozapine	+++	+	+
Olanzapine	+++	+	+
Risperidone	++	?	?
Quétiapine	±	?	?
Ziprasidone	±	NP	NP
Aripiprazole	±	NP	NP
Amisulpride	±	NP	NP

Légende :

- + Effet/Risque accru
- ? Données variables (suspicion mais incertain)
- ans effet
- NP pas de données publiées/disponibles

CAS CLINIQUE : M. L 79 ANS – ANTIPSYCHOTIQUE ?

■ Place de la Clozapine :

- Bon profil de tolérance
- EI à surveiller : agranulocytose, sédation, anticholinergique, hypotension
- Donc possible si Sd EP initial ou résistance
- Débuter à 6,25mg-12,5mg/j ; dose max 50mg
- Changement des recommandations de la surveillance NFS (2025)
 - Hebdomadaire 18 semaines
 - Mensuelles 34 semaines
 - Trimestrielle pendant 1 an
 - Annuelle
- En l'absence de neutropénie (< 1500 G/L)

CAS CLINIQUE : MADAME V. 79 ANS

■ Antécédents :

- Trouble bipolaire I sans suivi
- HTA
- Trouble cognitifs (MMS = 22)
- Syndrome EP
- Obésité
- Arthrose
- Migraine sans aura
- TVP il y'a 8 mois

■ Traitement :

- Teralithe LP 400mg : 1,5cp
- Ramipril 5mg
- Amlodipine 5mg
- Oxazepam 10mg matin et soir
- Simvastatine 2àmg
- Xarelto 10mg
- Ibuprofène 400mg si besoin

CAS CLINIQUE : MADAME V. 79 ANS

- Dégradation depuis 1 an de son autonomie et oublis importants
- Chute il y'a 2 mois : TDMc sans anomalie, BS dans les normes, lithémie = 1 meq/L ; HTA ayant conduit à l'instauration du Ramipril.
- Depuis 1 mois : repli, anxiété, pleurs, tremblements, perte d'envie, anhédonie, maux de tête et clinophilie.
- Un antidépresseur docteur ?

CAS CLINIQUE : MADAME V. 79 ANS

- Dégradation depuis 1 an de son autonomie et oublis importants
- Chute il y'a 2 mois : TDMc sans anomalie, BS dans les normes, **lithémie = 1 meq/L** ; HTA ayant conduit à l'instauration du Ramipril.
- Depuis 1 mois : **repli**, anxiété, pleurs, **tremblements**, **perte d'envie**, anhédonie, **maux de tête** et **clinophilie**.
- Un antidépresseur docteur ?

CAS CLINIQUE : MADAME V. 79 ANS

■ Traitement :

- **Teralithe LP 400mg : 1,5cp**
- **Ramipril 5mg**
- Amlodipine 5mg
- Oxazepam 10mg matin et soir
- Simvastatine 2àmg
- Xarelto 10mg
- **Ibuprofène 400mg si besoin**

■ Précaution d'utilisation Teralithe:

- AINS
- Antagoniste R. angiotensine II
- IEC
- Diurétique de l'anse et Thiazidique
- Association ISRS : risque de syndrome sérotoninergique

CAS CLINIQUE : MADAME V. 79 ANS

- Surdosage lithium ?
 - Tremblements des extrémités, apathie, somnolence, dysarthrie, ataxie, nystagmus, mouvements choréiformes, hyperréflexie, myoclonies, état confusionnel, convulsions, coma.
- Effet dépressiogène du lithium ?
- EDC bipolaire ?
 - Antidépresseurs :
 - Peu efficace, risque de complications
 - Pas en monothérapie
 - Parfois nécessaire : courte période (2M)

Ici vigilance sur association ACO et ISRS

ANTIDÉPRESSEUR – BIEN DÉPRESCRIRE = BIEN PRESCRIRE

- Principe de base :
 - demi dose initiale « **start low, go slow, reach high** »
 - majoration à 10-15 jours
 - Délai d'efficacité 4-6 semaines
 - Surveillance iono (J0, J7, après modification)
 - ECG pour Escitalopram/Citalopram (!!! AP ; CIA Tercian)
 - Vigilance : diminution agrégation plaquettaire par les ISRS

ANTIDÉPRESSEUR - BIEN DÉPRESCRIRE = BIEN PRESCRIRE

- Posologie :
 - **Sertraline** : 25-200mg
 - **Mirtazapine** : 15-45mg
 - Citalopram : 10-**20**mg (à éviter dans DP et MCL)
 - Escitalopram : 5-**10**mg
 - Venlafaxine : 37,5mg-225mg
- ISRS/IRSNa : En une prise le matin

OUTILS



Nouvelles recommandations pour la prise en soins des Symptômes Psychologiques et Comportementaux (SPC) dans les maladies neurocognitives

21 SEPTEMBRE 2024



deprescribing.org | Algorithme de déprescription des antipsychotiques (AP)

Août 2018

Pourquoi le patient prend-il un antipsychotique?

• Psychose, agressivité, agitation (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence – SPCD) 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
• Cocaïnomanie
• 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.

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 SPCD initiaux graves):
• Psychose, agressivité, agitation, délires, hallucinations

En cas de récurrence des SPCD :

À envisager :

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

Reprise de traitement :

• En cas de réapparition des SPCD, 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

Continuer l'AP

ou consulter un psychiatre si la déprescription est envisagée.

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 substituts

• 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.

Bjerre LM, Farrell 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), e1-e12 (fr)



deprescribing.org

INSTITUT DE RECHERCHE
Bruyère
RESEARCH INSTITUTE

open
CENTRE PHARMACI
EVIDENCE NETWORK

CONCLUSION

- Prioriser
- Informer les patients et leurs proches
- Donner des objectifs
- Informer des effets possibles de la déprescription, recherchés ou non
- Avoir le temps, laisser le temps