

DÉPRESCRIPTION – ANTIPSYCHOTIQUES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DÉMENTES

Indication d'arrêt de l'antipsychotique

- **Agression aiguë ou délirium aigu**
 - Dès que la situation s'est normalisée
- **SCPD** (troubles du comportement dans la démence)
 - En l'absence d'effet après 4 semaines de traitement
 - Traitement ≥ 3 mois (tentative d'arrêt tous les 3 mois)

Indication possible d'un emploi prolongé

- Psychose sévère/schizophrénie existante
- 2 tentatives d'arrêt non réussies (en association avec des interventions psycho-sociales maximales)
- Troubles du comportement sévères (concertation avec le spécialiste)

Information et interventions non médicamenteuses

- **Soutien et éducation des aidants proches/du personnel soignant**
- Associer la réduction progressive/l'arrêt avec un **soutien non médicamenteux**:
 - Stimuler les interactions sociales
 - Soins orientés sur la personne...

Prise en charge des troubles du comportement selon un **Plan par étapes** *:

- **Besoins de base?**
- **Evaluation physique**
 - **Cause médicale?** Douleur, rétention urinaire, impaction fécale, infections, délirium ...
 - **Cause médicamenteuse?** Anticholinergiques, antiparkinsoniens, benzodiazépines, stéroïdes, opioïdes,...
- **Besoins psycho-sociaux?**
- ...

Recommander l'arrêt

Peser les avantages et les inconvénients, si possible avec le patient
Concertation avec les aidants proches/le personnel soignant

Réduire la dose de moitié toutes les deux semaines

Envisager une réduction plus progressive en cas de fortes doses ou de SCPD sévères - En cas de faible dose, un arrêt abrupt est possible

Faible dose :

Halopéridol ≤ 2 mg
Risperidone ≤ 2 mg
Olanzapine ≤ 10 mg
Quétiapine ≤ 150 mg

Suivi pendant la réduction progressive et après l'arrêt

- Troubles du comportement (SCPD)
- Symptômes de sevrage:
 - psychose, agression, agitation, idées délirantes, hallucinations
- Conséquences positives : ↗ vigilance, marche améliorée, ↘ symptômes extrapyramidaux, ↘ chutes

Arrêt

Evaluer les symptômes (au moins tous les mois)

- Les 4 premières semaines sont les plus difficiles ->attention maximale aux :
 - causes élément déclencheur ('triggers')
 - interventions non médicamenteuses

Suivi ≥ 4 mois après l'arrêt

En cas de rechute

- Plan par étapes* / prise en charge non médicamenteuse
- Envisager la réinstauration de l'antipsychotique (en cas de symptômes sévères) à la dose la plus faible possible (≤ 3 mois, voir début) / concertation avec le spécialiste

DÉPRESCRIPTION – ANTIPSYCHOTIQUES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DÉMENTES

Pour plus de détails: <https://www.farmaka.be/fr/formulaire-p-a> → déprescription

Conditions préalables: non médicamenteux

- La prescription et la réduction progressive des antipsychotiques exige une **politique commune**, soutenue par le médecin, les infirmiers, les soignants et les dirigeants.
- Une **éducation** est indispensable au sujet des diverses interventions non médicamenteuses et des indications et effets indésirables des antipsychotiques. Elle doit en outre convaincre les professionnels de la santé des avantages d'une prise en charge non médicamenteuse.
- Il est préférable d'associer la réduction progressive ou l'arrêt des antipsychotiques à des **interventions non médicamenteuses**, faute de quoi on risque une recrudescence des symptômes neuropsychiatriques.
- L'existence d'un **protocole** et d'une **procédure**, qui envisage systématiquement la déprescription des antipsychotiques, est à recommander.

Le **Plan par étapes 'Troubles du comportement dans la démence'** du Formulaire de soins aux Personnes Agées est la base pour la prise en charge des SCPD et sera également un instrument utile dans des situations de réduction progressive et d'arrêt des antipsychotiques.

Concertation

- La décision de réduction progressive doit toujours être précédée d'une **concertation** avec le patient (si pertinent) et/ou son représentant. De même, il est souvent utile d'impliquer la famille ou d'autres personnes concernées.
- Les aspects suivants sont importants lors de cette concertation :
 - Préférences et inquiétudes
 - Objectifs initiaux
 - Améliorations observées et effets indésirables de l'antipsychotique
 - Information au sujet des risques potentiels de la poursuite de l'antipsychotique
 - Expériences précédentes avec l'utilisation et les tentatives d'arrêt de l'antipsychotique.

Arrêt des antipsychotiques

- En cas d'**agression aiguë** ou d'un **délirium aigu** : dès que la situation s'est normalisée.
- En cas de **SCPD** :
 - Si aucune amélioration cliniquement pertinente n'est obtenue avec une dose adéquate après 4 semaines de traitement.
 - Après 12 semaines sans symptômes. On tente de réduire progressivement ou d'arrêter tous les 3 mois (certains comportements diminuent avec la progression de la maladie).

Une **tentative d'arrêt** devrait être **systématiquement** entreprise pour pouvoir faire la distinction entre les patients qui n'ont aucun bénéfice avec les antipsychotiques et les patients chez qui les avantages de leur utilisation l'emportent sur les effets indésirables potentiels.

Un **traitement prolongé avec un antipsychotique** n'est acceptable que pour des patients avec :

- De longs antécédents ou une **psychose sévère/schizophrénie** existante.
- Au moins **deux tentatives** d'arrêt non réussies, où les interventions psychosociales étaient inefficaces et où une alternative n'était pas disponible, était inefficace ou susceptible de provoquer des effets indésirables sérieux.

Schéma de réduction

- Il y a trop peu d'études pour se prononcer quant à la **méthode de réduction** optimale. Chaque schéma de réduction servira donc de fil conducteur.
- Une réduction plus progressive et un suivi plus strict peuvent être envisagés chez les personnes avec des antécédents de SCPD sévères.

Suivi

- Lors de la réduction progressive des antipsychotiques, les symptômes sont **réévalués** au moins chaque mois et pendant au moins 4 mois après l'arrêt du médicament. Le but est d'identifier des signes de rechute et de réévaluer **les risques et avantages** (de la réinstauration éventuelle) de l'antipsychotique.