

## Du bon usage des antipsychotiques

### Bonnes Pratiques Cliniques

**La communication du Pr Pierre VANDEL** a porté sur le fait « qu'arrêter les antipsychotiques (AP) ce n'est pas automatique » chez les personnes âgées (PA) souffrant de troubles psychotiques au long cours. Il rappelle que la prévalence de la schizophrénie chez les sujets > 65 ans est de 0.1 à 0.5 % et que la schizophrénie à début tardif (> 60 ans) représente 5 % de l'ensemble de la population schizophrène. La morbi-mortalité, élevée dans cette population atteinte de schizophrénie tous âges confondus, est encore plus élevée dans la population âgée, notamment du fait de pathologies cardio-vasculaires, de suicides ou d'accidents. Toutefois, il rapporte une étude dans laquelle on observe une diminution de 40 % de la mortalité globale sous AP et quel que soit la posologie. Les recommandations actuelles mettent en avant en 1<sup>ère</sup> intention l'utilisation de la Risperidone et en seconde intention de 3 autres molécules (Quétiapine, Olanzapine et Aripripazole), bien que l'Amisulpride semble préférentiellement indiqué dans la schizophrénie à début très tardif. Parmi les principes de prescription, il rappelle : 1) la préférence pour l'utilisation des AP atypiques, 2) la monothérapie plutôt que des associations d'AP entre eux et avec d'autres psychotropes et 3) la nécessité de rechercher la dose minimale efficace. Il insiste sur l'intérêt du repérage des populations de patients âgés à risque notamment d'évènements cardio-vasculaires. Il passe en revue les principaux effets indésirables en indiquant les mesures thérapeutiques à prendre, et en indiquant que l'arrêt des AP d'emblée doit être évité en lui préférant une diminution de la posologie notamment dans cette population de malades schizophrènes âgés.

**La seconde intervention du Dr Jean ROCHE** s'est attachée à « noircir » le tableau des AP en focalisant son propos sur les risques iatrogènes en particulier chez les PA, allant jusqu'à dire que « les AP ne sont pas utiles au gériatre » de façon très provocatrice bien sûr. Il évoque la sensibilisation des neuroleptiques (NLP) chez les PA atteints de démence, notamment avec l'Olanzapine (AFSSAPS, 2004, 2008) : risque d'AVC x 3 et risque de mortalité x 2. Toutefois il n'a pas été montré de surrisque d'AVC avec les NLP atypiques vs NLP classiques. Parmi les règles de bon usage des AP atypiques : 1) respect des indications centrées sur les symptômes psychotiques sévères, l'agitation, 2) la réalisation d'une évaluation personnalisée, 3) une utilisation de courte durée, à posologie minimale efficace et 4) une surveillance clinique régulière. L'usage des NLP classiques, comme atypiques, est contraindiqué dans la maladie à corps de Lewy même si le risque d'aggravation de la pathologie paraît moindre avec les NLP atypiques. Parmi les effets secondaires possibles on retiendra : les chutes, la prise de poids, un déséquilibre de diabète voire son apparition, un syndrome extrapyramidal. Le rapport bénéfice / risque des NLP atypiques devra toujours être considéré avant leur prescription.

**La Pr Sylvie BONIN-GUILLAUME** a ensuite traité la question de la limitation des prescriptions des AP en EHPAD : « peut-on limiter les AP en EHPAD ? ». La consommation des psychotropes chez les PA résidents en EHPAD est importante et leur fréquence semble plus importante dans la population de PA atteinte de démence vs non dément (fréquence x 6). Une étude issue de la BNA (2012) a montré que 50 % des résidents d'EHPAD recevaient  $\geq 2$  psychotropes, versus 32 % pour les PA vivants à domicile. Parmi les moyens utilisés pour limiter la prescription des AP en EHPAD, l'une d'elles ne marche pas (ce sont les alertes nationales), alors que les 2 autres (retrait du produit du marché, sensibilisation personnalisée des prescripteurs) semblent très efficaces. L'étude APEHPAD (2018) montre qu'après 3 sensibilisations et > 6 mois de suivi, on observe une réduction de 30 % des prescriptions des AP à 6 mois avec maintien à 12 mois, sans observation d'une augmentation de fréquence des troubles psychocomportementaux (TPC). Un effet pédagogique important est observé avec une

meilleure concordance pour l'identification des TPC entre médecin généralistes et médecins coordinateurs. On retiendra que la sensibilisation à la révision d'une ordonnance est efficace.

**La dernière intervention de cette session, réalisée par Mme Anne-Julie VAILLANT-CISZEWICZ**, psychologue, a abordé le sujet des « alternatives non médicamenteuses (ANM) aux AP : qu'est-ce qui marche ? ». Après une large description des méthodes utilisées telles que l'aromathérapie, le snoezelen, la musicothérapie et les thérapies comportementales « ABC », force est de reconnaître qu'aucune de ses méthodes n'a, à ce jour, fait la preuve scientifique de son efficacité. Il semblerait admis qu'une association de ces méthodes soit plus efficace. Pour autant, il sera rappelé que bien en amont de l'utilisation de ces méthodes, il faudra s'assurer de l'absence de bouchon de cérumen et d'une qualité de vision correcte, le « B.A-BA » en quelque sorte. 2 messages sont identifiés comme importants dans la prise en charge des TPC chez les PA : 1) la formation des équipes, et 2) la mise en œuvre d'une prise en soin personnalisée.