



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 traitée depuis toute durée ou insomnie secondaire, lorsque les comorbidités sous-jacentes sont prises en charge.

- Schizophrénie
- Trouble schizo-affectif
- Trouble bipolaire
- Délirium aigu
- Syndrome de la Tourette
- Troubles des tics
- Autisme
- Psychose liée à la démence durant depuis moins de 3 mois
- Retard mental
- Retard du 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.

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 référence 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)

Autres médicaments :

- 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.



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 (Abilify®)	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
Rispéridone (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 indésirables cardiovasculaires, mort
- **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 rechute des SCPD, 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**
- D'amorcer une réduction plus lente, avec suivi fréquent, pour les patients présentant des SCPD de référence 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 :

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

Soins institutionnels :

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

Gestion des SCPD

- 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 visiter le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements.

Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L, Raman Wilms L, Rojas-Fernandez C, Sinha S, Thompson W, Welch V, Wiens A. (2015)
Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD) and insomnia: an evidence-based clinical practice guideline.



deprescribing.org

INSTITUT DE RECHERCHE

Bruyère
RESEARCH INSTITUTE

open
ONTARIO PHARMACY RESEARCH COLLABORATION