



Jean-Jacques Servan-Schreiber, né en 1924



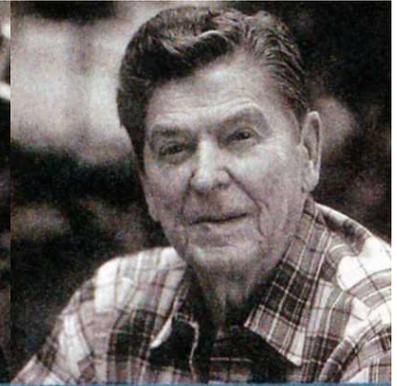
Jean-Pierre Aumont, 1911-2001



Rita Hayworth, 1918-1987



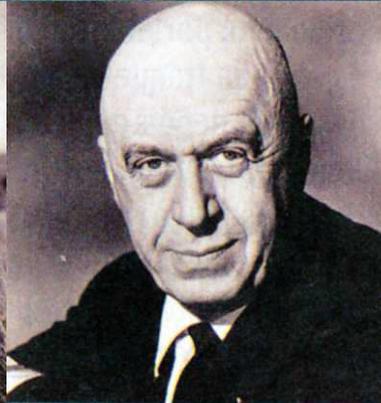
Charlton Heston, né en 1923



Ronald Reagan, 1911-2004



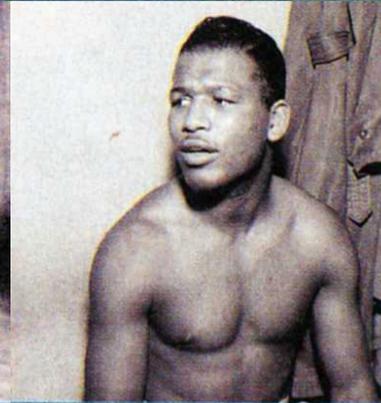
Habib Bourguiba, 1903-2000



Otto Preminger, 1906-1986



Norman Rockwell, 1894-1978



Sugar Ray Robinson, 1921-1989

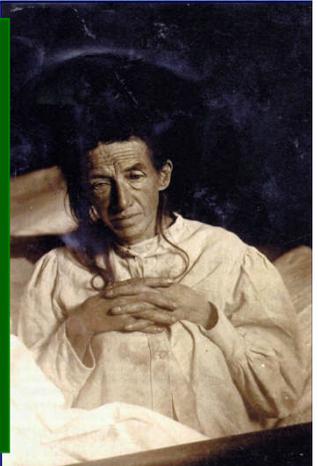


Juliana des Pays-Bas, 1909-2004



Annie Girardot en avril 2006. Valence. Agée de 75 ans, l'actrice a atteint d'Alzheimer. Sa fille et sa petite fille ont choisi de rendre publique le malade afin de « préserver le mythe »

Les psychotropes chez la personne âgée Jean-Pierre CLÉMENT (Limoges)





Du bon maniement des psychotropes chez les sujets âgés

- .Médicaments les plus utilisés après les médicaments cardiovasculaires**
- .Mais souvent mal utilisés...**
- .Trop peu d'études cliniques et d'essais thérapeutiques valides**
- .Des particularités**
- .Un vaste champ d'application**
- .Une place plus importante qu'aux autres âges de la vie**

Taux annuel (%) de consommateurs de psychotropes selon la classe thérapeutique, l'âge et le sexe en 2000, régime général d'assurance maladie *stricto sensu*, France métropolitaine (effectifs redressés).

Age	Antidépresseurs		Anxiolytiques		Hypnotiques		Neuroleptiques		Sevrage alcool ^a		Lithium		Ensemble des psychotropes	
	H ^b	F ^b	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
	110 730	275 888	225 676	470 087	124 428	227 028	47 733	61 751	13 586	7 020	2 022	3 083	334 847	641 287
0-9	0,4	0,2	2,9	2,5	0,8	0,7	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	3,5
10-19	0,9	1,6	2,1	3,9	0,5	0,8	0,6	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	5,4
20-29	3,5	8,1	6,7	14,4	2,9	4,9	2,0	1,5	0,3	0,1	0,0	0,0	9,9	19,3
30-39	6,9	15,7	12,6	24,2	6,1	9,6	3,3	2,9	1,1	0,4	0,1	0,1	18,0	32,4
40-49	8,5	19,9	15,5	29,8	8,3	13,7	3,5	3,7	1,7	0,8	0,2	0,2	22,2	39,6
50-59	10,2	22,4	19,0	35,2	11,0	18,0	3,6	4,4	1,4	0,7	0,2	0,3	27,9	47,2
60-69	8,0	18,9	19,4	35,7	12,1	19,0	3,3	4,6	0,8	0,4	0,2	0,3	29,3	48,5
70-79	9,0	20,0	21,2	39,5	14,4	22,3	3,4	5,4	0,4	0,3	0,1	0,2	32,9	54,8
80 et +	10,4	20,5	20,3	35,2	15,6	22,6	5,0	8,3	0,3	0,3	0,0	0,1	34,5	53,7
Total	5,7	13,4	11,6	22,9	6,4	11,1	2,5	3,0	0,7	0,3	0,1	0,2	17,3	31,3

^a Médicaments utilisés dans le traitement de la dépendance alcoolique.

^b H : hommes ; F : femmes.

Constats HAS 2006

La prescription des psychotropes, un problème de santé majeur et complexe.

En France, la consommation des médicaments psychotropes est excessive et tend à se banaliser, particulièrement chez les personnes âgées.

On estime qu'au-delà de 70 ans, une personne sur deux consomme de façon prolongée des médicaments anxiolytiques ou hypnotiques (benzodiazépines).

Les femmes consommeraient deux fois plus de psychotropes que les hommes.

Constats HAS 2006

En France, il n'est pas fait bon usage des psychotropes tant en ce qui concerne la prescription que la consommation.

Chez la personne âgée, les problèmes portent essentiellement sur :

- une **surprescription** et une consommation prolongée des benzodiazépines dans les troubles du sommeil et l'anxiété, alors que les risques liés à ces médicaments sont supérieurs aux bénéfices ;
- une **surprescription** de neuroleptiques dans les troubles du comportement avec manifestations extérieures (« productifs ») ;
- à l'inverse, une **prescription insuffisante** d'antidépresseurs chez la personne âgée réellement dépressive.

Une concertation nationale pour améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé

Nombreux partenaires professionnels et institutionnels ont décidé de coopérer et de mutualiser expériences, compétences et actions, pour améliorer la prescription des psychotropes chez la personne âgée.

Méthode participative d'aide à la décision basée sur un état des lieux des connaissances, des initiatives déjà menées (retours d'expérience) et des pratiques réelles, dans le but de proposer des actions concertées prenant en compte les nombreuses actions en cours ou programmées. Ces ***propositions d'actions*** sont envisagées sur deux ans avec un suivi commun d'indicateurs à disposition des partenaires, et ciblé sur des actions significatives.

Une concertation nationale pour améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgée

Améliorer les quatre situations à l'origine de la majorité des prescriptions.

.Les plaintes relatives au sommeil

.La dépression

.Les (signes) symptômes anxieux

***.Les troubles du comportement dits
« productifs »***

Une concertation nationale pour améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgée

Améliorer les quatre situations à l'origine de la majorité des prescriptions, avec un suivi ciblé sur six actions phares.

Les propositions sont articulées autour :

- 1. des actions à mener en regard des principales situations de prescription ;***
- 2. de mesures générales ciblant les personnes âgées, les professionnels ou les psychotropes ;***
- 3. de projets de recherche à conduire pour combler les besoins en terme de connaissance. La mise à disposition de données de suivi par les différents partenaires dont l'assurance maladie permettra d'établir un tableau de bord général pour évaluer l'impact du programme d'action.***

Une concertation nationale pour améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgée

Au titre des actions phares sont proposées :

-1- trois programmes auprès des professionnels de santé :

.« optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (notamment des psychotropes) » en médecine générale en lien avec les pharmaciens

.« dépression du sujet âgé » en établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes et en ambulatoire

.« bientraitance » en établissement, intégrant les troubles du comportement de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés

Une concertation nationale pour améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgée

Au titre des actions phares sont proposées :

- 2- une campagne grand public à propos de l'insomnie et des somnifères, de l'anxiété et des anxiolytiques ;***
- 3- un travail d'homologation des classes pharmacothérapeutiques pour améliorer les logiciels d'aide à la prescription ;***
- 4- le suivi d'un programme de recherche sur les psychotropes et le sujet âgé.***

Particularités des sujets âgés

- **Conséquences pharmacologiques du vieillissement des organes :**
 - **Modification de la distribution des médicaments**
 - **Modification des cibles des médicaments**
- **Comorbidités médicales fréquentes :**
 - **polymédication**
 - **interactions médicamenteuses**
- **Observance du traitement**



Observance du traitement chez le sujet âgé

Conditionnée par :

- .la tolérance**
- .le nombre de médicaments prescrits**
- .le mode de prescription**
- .le niveau de performances cognitives**
- .le niveau de communication**
- .des événements existentiels**
- .un changement de posologie**
- .une nouvelle ordonnance**

Plus d'une personne âgée sur 2 ne respecte pas son ordonnance.

**INFORMATION
PATIENT et ENTOURAGE**

Effets secondaires les plus fréquents

- **Sédation**
- **Confusion, troubles cognitifs**
- **Symptômes extrapyramidaux**
- **Fausses routes et dysphagie**
- **Hypotension orthostatique, troubles du rythme**
- **Chutes**
- **Anorexie, perte de poids**
- **Hyponatrémie**

Utiliser les psychotropes chez le sujet âgé (d'après C. Salzman, 1996)

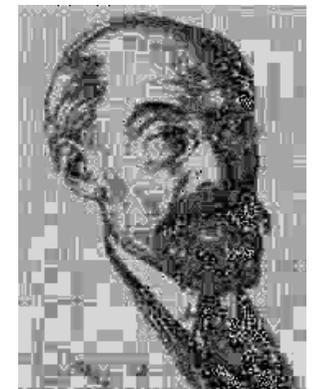


J-E D Esquirol

1. Inventorier tous les médicaments, même les non psychotropes
2. Éliminer les prescriptions non strictement nécessaires ou faisant doublon
3. Sélectionner en priorité les produits les plus adaptés au sujet âgé, n'interférant pas avec les comorbidités, ni avec les autres prescriptions
4. Définir avec exactitude l'indication et l'objectif thérapeutique
5. Informer et éduquer le patient sur l'utilisation du produit et ses risques potentiels
6. Documenter régulièrement l'efficacité (ou la non efficacité), ajuster les posologies en conséquence
7. Monitorer les effets indésirables (pharmacovigilance)
8. Évaluer la compliance
9. Réévaluer régulièrement la thérapeutique avec l'avis du malade, de la famille et de l'équipe soignante
10. Évoquer systématiquement l'alternative non médicamenteuse



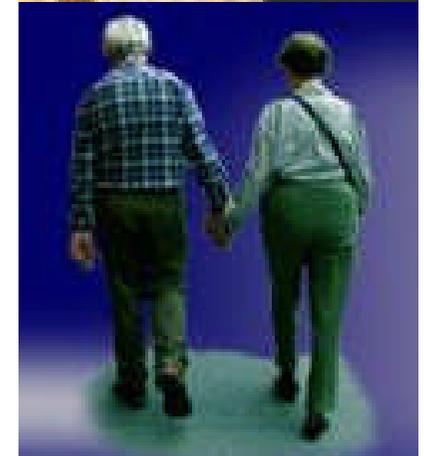
Ph Pinel



P Janet

Les anxiolytiques

- **Benzodiazépines:**
 - $\frac{1}{2}$ vie courte, $\frac{1}{2}$ dose
 - Indications
 - Effets secondaires fréquents :
 - réaction paradoxale
 - sédation, inversion du rythme nyctéméral
 - chute (hypotonie musculaire)
 - confusion
 - troubles cognitifs



Benzodiazépines – demi-vies

Oxazépam (Séresta[®])	8 h
Lorazépam (Témesta[®])	10 à 20 h
Alprazolam (Xanax[®])	10 à 20 h
Bromazépam (Lexomil[®])	20 h
Clobazam (Urbanyl[®])	20 h
Diazépam (Valium[®])	32 à 47 h
Clonazépam (Rivotril[®])	20 à 60 h *
Clorazépate (Tranxène[®])	65 h
Prazépam (Lysanxia[®])	65 h
Nordazépam (Nordaz[®])	65 h
Loflazépate d'éthyle (Victan[®])	77 h

* Le Rivotril est classé comme anticonvulsivant et non comme anxiolytique

Équivalences entre BZD

10 mg Valium® ↔ 30 mg Séresta®

↔ 2 mg Téresta®

↔ 1 mg Xanax®

↔ 15 mg Tranxène®

↔ 2 mg Rivotril®

↔ 20 mg Lysanxia®

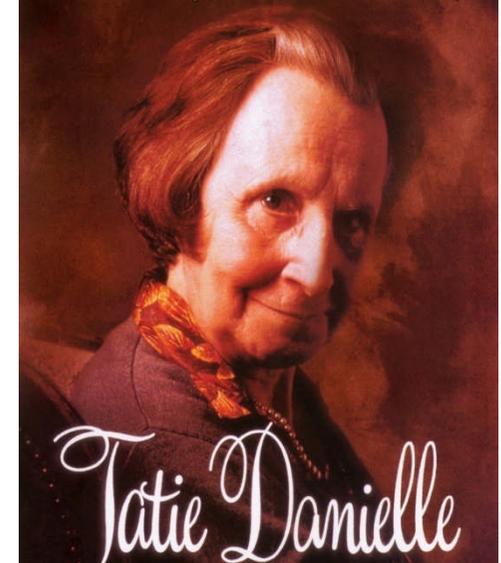


Les anxiolytiques

- ... et les autres:
 - Buspar[®] (buspirone)
 - Δ délai d'action long
 - Equanil[®] (méprobamate)
 - Δ index thérapeutique étroit
 - Atarax[®] (hydroxyzine)
 - Δ propriétés anticholinergiques



Vous ne la connaissez pas encore mais elle vous déteste déjà.



Tatie Danielle



Les hypnotiques : BZD et apparentés

Normison[®] (témazépam)	10-20 mg	<u>5-8 h</u>
Havlane[®] (loprazolam)	1 mg	<u>8h</u>
Noctamide[®] (lormétazépam)	1-2 mg	<u>10 h</u>
Mépronizine[®]	10 mg	6-16 h
Nuctalon[®] (estazolam)	2 mg	17 h
Mogadon[®] (nitrazépam)	5 mg	16-48 h

Stilnox[®] (zolpidem)	10 mg	<u>2,5 h</u>
Imovane[®] (zopiclone)	7,5 mg	<u>5 h</u>

Traiter la dépression chez le sujet âgé

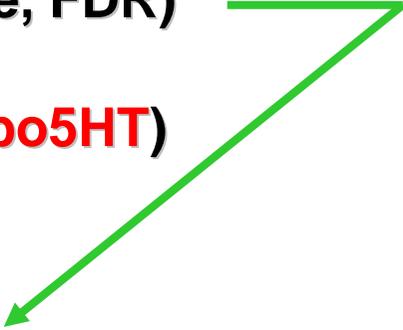
- **Insuffisamment diagnostiquée (40 % des cas)**
- **Mal et insuffisamment traitée
(décision thérapeutique après diagnostic :
moins de 20 % des cas)**
- **Démarche diagnostique catégorielle :**
 - DSM IV-TR
 - CIM 10
- **Démarche diagnostique dimensionnelle :**
 - Symptômes positifs / négatifs
 - 5HT / NA et DA
- **Autres dimensions ?**

Une bonne partie des sujets âgés ne répondent pas aux critères diagnostiques !

<i>1088 sujets 65+ dans la communauté</i>	Prévalence troubles dépressifs	Répartition des troubles dépressifs
Pas de dépression	89 %	-
Dépression	11 %	100 %
Dépression infraclinique	6,43 %	58,5 %
Dépression mineure	1,31 %	11,9 %
Dysthymie	1,95 %	17,7 %
EDM	1,31 %	11,9 %

D'après Judd et Akiskal, 2002

Dimensions de la dépression chez le sujet âgé

- Dimension somatique (douleurs)
 - Dimension cognitive (pseudo-démence)
 - Dimension conative (démotivation, négligences, **hypoDA**)
 - Dimension dysexécutive (hypofrontalité, **hypoDA**, **hypo5HT**)
 - Dimension vasculaire (ralentissement, imagerie, FDR)
 - Dimension hostile (agressivité, impulsivité, **hypo5HT**)
 - Dimension délirante (**hyperDA**)
 - Dimension temporelle (récurrente versus tardive)
 - Dimension traumatique (perte d'objet / contrainte) **psychothérapie**
- 

Dimensions et choix de molécules

- Dimension somatique : IRSN (venlafaxine, minalcipran, imipraminiques) **duloxétine**
- Dimension cognitive : RIMA (moclobémide)
- Dimension conative : RIMA (éveiller) 
- Dimension dysexécutive : insensibilité ISRS, **agents DA**
- Dimension vasculaire : résistance, ECT ?, nimodipine (*Jans et al, 2006*)
- Dimension hostile : ISRS
- Dimension délirante : ISRS (+ antipsychotique à doses « filées »)
- Dimension temporelle : génétique, vasculaire, démence ?, **maintenance du traitement**
- Dimension traumatique : psychothérapie / AD (dans quel ordre ?)

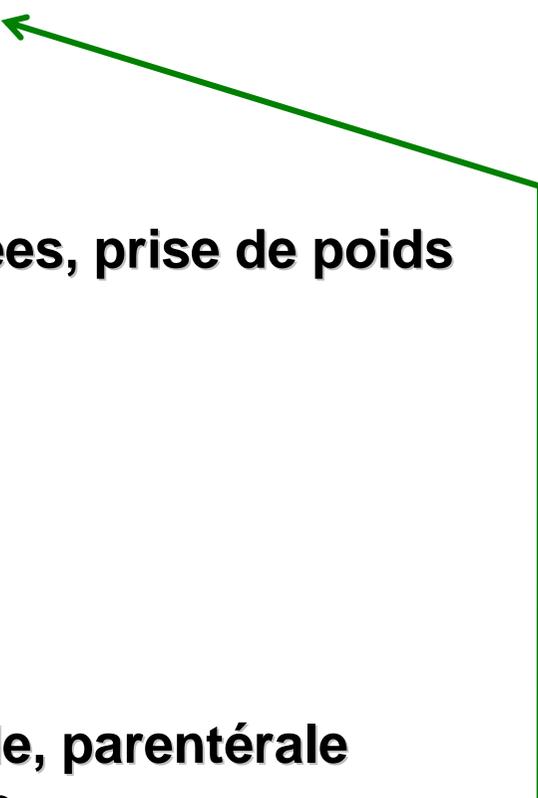
Choix de l'antidépresseur : approche dimensionnelle

Dimension comportementale	TC	IRSS	IMAO	Autres
Ralentissement psychomoteur		+	++	+
Emoussement affectif, désintérêt		+	++	+
Irritabilité, impatience		++	+	
Troubles alimentaires addiction		++	+	
Conduites suicidaires		++	+	
Dépression atypique		++	+	+
Agitation, anxiété	++	+		++
Troubles cognitifs		++	++	++
Episode mélancolique	++	+		++
Dépression masquée (douleur)	++	+		

Règles pour traiter les troubles dépressifs chez le sujet âgé

- Éviter les imipraminiques en première intention
- ISRS, IRSN, NaSSA, RIMA (efficacité : 60 %)
- *Début avec posologie plus faible / adulte*
- D'emblée optimale
- Réponse plus lente (10 jours à 6 semaines)
- Efficacité thérapeutique (3 à 12 semaines)
- Maintenance (rechute) / attaque + consolidation (récurrence)
- 1 an pour un 1^{er} épisode, 2 ans pour le 2^{ème}, au long cours (à vie ?) pour le 3^{ème} (*Old Age Depression Interest Group, 1993 ; Blazer, 2003*)
- Surveillance TA
- Équilibre : avant et pendant (<http://www.paris-nord-sftg.com/outils.tinetti.0304.php3>)
- Interactions médicamenteuses (INR, ionogramme...)

AD chez le sujet âgé

- **Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine**
 - Molécules : Fluoxétine, Paroxétine, **Citalopram**, Escitalopram, Sertraline, Fluvoxamine
 - En 1ère intention**
 - Tolérance** :
 - .Troubles digestifs, bouche sèche, nausées, prise de poids
 - .Nervosité
 - .Hyponatrémie
 - .Syndrome extrapyramidal
 - .Hémorragie
 - .Troubles sexuels
 - .Bradycardie
 - Maniabilité, forme galénique : soluté buvable, parentérale
 - Diminution de l'activité du cytochrome P450 (Fluoxétine, Paroxétine, Fluvoxamine)
- 

Les autres AD chez le sujet âgé

- **IRSNa** - *Venlafaxine (Effexor®), Milnacipran (Ixel®)*
 - Anxiolytique
 - Effets secondaires : idem IRS
- **RIMA** - *Moclobémide (Moclamine®)*
 - Efficace sur le ralentissement psychomoteur, l'émoussement affectif et l'anhédonie
 - Effets secondaires: céphalées, bouche sèche, insomnie, nervosité, nausées, constipation, tremblements
- *Miansérine (Athymil®), NaSSA - Mirtazapine (Norset®)*
 - Efficace sur les troubles du sommeil
 - Effets secondaires : **augmentation de l'appétit**, bouche sèche, constipation
- *Tianeptine (Stablon®)*
 - Efficace sur les plaintes somatiques
 - Bonne tolérance

Autres indications de prescription des AD chez le sujet âgé

- **Trouble Panique (avec ou sans agoraphobie)**
 - clomipramine, citalopram, escitalopram, paroxétine
- **Trouble anxieux généralisé**
 - Paroxétine, venlafaxine, escitalopram
- **Phobie sociale**
 - paroxétine, escitalopram, venlafaxine
- **Trouble obsessionnel-compulsif**
 - clomipramine, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline
- **État de stress post-traumatique**
 - paroxétine

Autres indications de prescription des AD chez le sujet âgé

- **Douleurs chroniques (neuropathie...)**
(*Sullivan & Robinson, 2006*)
 - exemple : amitriptyline, nortriptyline (*Berger et al, 2006*)
- **Migraine** (*Sarchielli et al, 2006*)
- **Insomnie chronique**
 - exemple : mirtazapine (*Bain, 2006*)
- **Troubles du comportement alimentaire** (*Walsh et al, 2006*)
- **Hypocondrie (délirante)** (*Kjernisted et al, 2002*)
- **Décompensation de troubles de la personnalité ± associée à la dépression** (*De Leo et al, 1999*)

AD chez le sujet âgé dément

- **Dépression dans 40 à 60 % des cas**
- **Initiale :**
 - doute dépression/démence
 - dépression « pseudo-démentielle »
- **Cours évolutif (dépression surajoutée)**
- **Molécules « stabilisatrices émotionnelles »**
(Nyth & Gottfries, 1990)
- **Effets neuroprotecteurs (Reid & Stewart, 2001) :**
 - intérêt dans la dépression récurrente
 - intérêt dans certaines démences (MA ?)
[REAL.FR, 2008, Arbus et al ?]



AD chez le sujet âgé dément et comportements

- **Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine**

- Arguments et indications :

- action antidépressive, anxiolytique
 - action anti -impulsivité, -irritabilité, -hostilité
 - intérêt / agressivité et agitation “durables”
 - intérêt / désinhibition (sexuelle) et/ou alimentaire
 - stéréotypies (**fluvoxamine**, *Trappler & Vinuela, 1997*)
et DFT (**sertraline**, *Mendez et al, 2005*)
 - obsessions (**fluoxétine**, *Marksteiner et al, 2000*)
 - symptômes psychotiques (**fluvoxamine**, *Levkovitz et al, 2000* ;
citalopram, *Pollock et al, 2002*)
 - agitation verbale (cris...) (**citalopram**, *Kim et al, 2000*)

AD chez le sujet âgé dément et comportements

- **Trazodone (Pragmarel®), en A.T.U.)**

(Martinon-Torres et al, 2004 ; Lebert F et al, 2004)

- Arguments :

agoniste et antagoniste sérotoninergique 5HT₂, sédatif

troubles des conduites alimentaires, irritabilité

- Indications :

agitation ++

troubles du comportement (déficit sérotonine

- **Tianeptine (Stablon®) *(Sobow TM et al, 2001)***

- Arguments :

antidépresseur tricyclique atypique

favorisateur du recaptage de la sérotonine

bonne tolérance

travaux de McEwen (New York) : régénération neuronale

- Indications :

dépression, anxiété, indications des ISRS ?

AD chez le sujet âgé dément et comportements

- **Moclobémide (Moclamine®) (RIMA)**

(Roth et al, 1996 ; Delumeau et al, 1994 ; Adler et al, 2003)

- Arguments :

- triaminergique, sélectif, réversible
- stimulant, effet « éveillant »
- effet promnésiant

- Indications :

- symptômes dépressifs, apathie

- **Miansérine (Athymil®) (Karlsson I et al, 2000)**

- Arguments :

- tétracyclique
- régulation du sommeil, sédation, anxiolyse
- alpha 1 bloqueur pré-synaptique
et alpha 2 bloqueur post-synaptique

- Indications :

- affect dépressif, troubles du rythme veille-sommeil

AD chez le sujet âgé dément et comportements

- **Mirtazapine (NaSSA)**

(Raji & Brady, 2001 ; Garder et al ; 2004 ; Nelson et al, 2006)

- Arguments :

- antagoniste des récepteurs $\alpha 2$ adrénergiques présynaptiques autologues (\Rightarrow NA) et hétérologues (\Rightarrow 5HT) et des récepteurs 5HT1, 5HT2, 5HT3

- Indications :

- dépression, perte d'appétit, de poids, insomnie, anxiété



Le Lithium (Téralithe® 250 ou 400 LP)

- **Maniement délicat à un âge avancé...**
 - Interactions médicamenteuses
 - Déshydratation et insuffisance rénale
 - Variation des taux plasmatiques, surdosage de facto plus fréquents
 - ½ vie d'élimination passe de **18-20h chez l'adulte jeune**
à **34h chez le sujet âgé**
- **mais c'est le traitement le plus fiable**
 - Efficacité ↗ si agitation psychomotrice modérée et manie « pure » ;
↘ si manies secondaires et cycles rapides
 - Effet « anti-suicide »
 - Effet « protecteur » (?) de la démence via :
 - blocage des dépôts bêta-amyloïdes
 - aide à la production de BDNF
 - Neurogenèse hippocampique

(mais d'autres études montrent des effets cognitifs délétères, liés aux taux plasmatiques plus qu'aux posologies)

Les « valpro »...

Acide valproïque (Dépakine®), Valproate de sodium (Dépamide®),
Divalproate de sodium (Dépakote®)

- **Efficacité en traitement curatif** (états maniaques francs, états mixtes, cycles rapides et états dysphoriques, **SSPCD**) **et en prophylaxie**
- **Bonne tolérance, peu ou pas d'effet délétère cognitif**
- **Surveillance hépatique, NFS**
- **Potentialise les effets des NL**
(inhibiteur enzymatique)
- **Ne pas associer avec le Tégrétol®**
- **Dépakine/Dépamide : 600→1800mg/j (~ 800 mg/j)**
Dépakote : 500mg→2g (Δ galénique...)

La carbamazépine (Tégréto[®])

- **Profil d'efficacité similaire au valproate**
(accès francs, cycles rapides, manies secondaires et prophylaxie)
- **Mais moins bonne tolérance, car induction enzymatique problématique chez les patients polymédiqués**
- **Contre-indications : BAV, glaucome par fermeture de l'angle, adénome prostatique, insuffisance hépatique**
- **Peu ou pas d'effet délétère cognitif**
- **Efficacité 400 à 800 mg/jour**
- **Agitation, hostilité (SSPCD)**

Oxcarbazépine (Trilepta[®]) : meilleure tolérance mais pas d'AMM

Les autres anticonvulsivants

- **Données émergentes dans les populations psychogériatriques**
- **Lamotrigine *Lamictal*®**
 - 150-200 mg/j
- **Gabapentine *Neurontin*®**
 - 900-1800 mg/j
- **Topiramate *Epitomax*®**
 - 600 mg/j

Prescrire un neuroleptique ?

... *Primum non nocere*

- **Indications : symptômes « psychotiques » et « psychoses vieilles »**
- **Posologie la plus basse (1/3 à 1/10 de celle de l'adulte)**
- **Monothérapie**
- **Préférer les « antipsychotiques » (N atypiques)**
- **Durée de prescription la plus courte possible**
- **Tolérance, dyskinésies, DCL...**
- **Expliquer la prescription au patient et à l'entourage**

Les « DICO » : 10 arguments contre l'utilisation des NL dans la démence

Lebert F et al. Rev Neurol 2000 ; 156 (8-9) : 767-72

Cholinergie	<i>L'action anticholinergique est contraire à une maladie ayant un déficit cholinergique expliquant en partie les troubles mnésiques</i>
Anticholinestérasique	<i>Associer des neuroleptiques aux thérapeutiques de la maladie d'Alzheimer c'est prescrire dote et antidote</i>
Corps de Lewy	<i>Souvent associés à certaines lésions Alzheimer, ils contre-indiquent formellement les neuroleptiques</i>
Cognitif	<i>Les neuroleptiques sont responsables d'une accélération du déclin cognitif lors de la maladie d'Alzheimer</i>
Confusion	<i>Les neuroleptiques sont connus pour leur effet confusogène</i>
Sous-cortical	<i>Les effets extra-pyramidaux des neuroleptiques sont particulièrement marqués lors des démences</i>
Convulsions	<i>Les neuroleptiques peuvent favoriser la survenue de crises convulsives</i>
Cœur et syndrome dysautonomique	<i>Les malades déments présentent souvent un syndrome dysautonomique pouvant contribuer aux chutes qui pourra être aggravé par les neuroleptiques</i>
Constipation	<i>Inutile de l'accentuer !</i>
Comorbidité	<i>L'âge des patients rend fréquente la pluripathologie et les autres raisons de ne pas utiliser des traitements aux nombreux effets secondaires</i>

Les antipsychotiques (1)

Olanzapine (Zyprexa®) 2,5 à 5 mg/j	Efficace sur les symptômes positifs et négatifs 60% d'amélioration chez des SA présentant des symptômes psychotiques résistants à d'autres traitements (Solomons, 2000) Effet anticholinergique modéré Prise de poids, syndrome métabolique Respect des fonctions cognitives
Risperidone (Risperdal®) 0,25 à 2 mg	Efficacité dans les symptômes positifs Respect des fonctions cognitives Pas d'effet anticholinergique Effets extrapyramidaux dose dépendant
Aripiprazole (Abilify®) 2,5 à 5 mg/j	Pas encore d'études chez le sujet âgé A priori, respect des fonctions cognitives, pas d'effet extra pyramidal, ni anticholinergique Non sédatif

Les antipsychotiques (2)

Clozapine (Léponex®) 100 à 300 mg/j	Utilisable dans la DCL et la maladie de Parkinson car aucun effet extrapyramidal Carnet de surveillance (agranulocytose) Respect des fonctions cognitives Risque de syndrome métabolique
Tiapride (Tiapridal®) 50 à 300 mg/j	Existe en injectable Anxiolytique, peu sédatif Respect des fonctions cognitives Pas d'effet anticholinergique Efficace dans les douleurs et les mouvements anormaux
Amisulpiride (Solian®) 50 à 200 mg/j	Efficace sur les symptômes négatifs peu d'études chez le sujet âgé

Avant et après mars 2004...

- **Information de pharmacovigilance de l'EMA et AFSSAPS**
- **Utilisation déconseillée chez les sujets déments présentant des troubles du comportement et symptômes psychotiques**
- **Augmentation du taux d'accidents vasculaires cérébraux et ischémiques transitoires**

Recours aux psychotropes chez le sujet âgé

- **CONCLUSIONS :**
 - **Recours de plus en plus fréquent des AD**
 - **Recours de plus en plus « justifié »**
 - **Mieux envisager les autres indications ++**
 - **Molécules à rebaptiser ?**
 - **Besoin d'études (en particulier chez les « old old »)**
 - **HAS en cours pour le sujet âgé :**
 - **reconsidérer le bon usage des BZP (à la baisse)**
 - **reconsidérer le bon usage des AD (à la hausse)**
 - **FFP - SFP - SPLF**

Gériatrie

Psychogériatrie

Neurologie

Les maladies démentielles

Psychiatrie

Les promnésiants ...

