



Optimisation de la Pharmacothérapie de la Personne Âgée

PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE

Antipsychotiques et personnes
âgées : les pathologies
psychiatriques vieillissantes

Webinaire 3
5 décembre 2025 (13h-14h)

Une collaboration



next >

Intervenants

- Dr Caroline QUEÏNNEC, psychiatre , Centre Hospitalier du Rouvray
- Dr Jean ROCHE, psychiatre-gériatre au CHU Lille
- Dr Céline VAESKEN, pharmacien , EPSM de Caen

Et l'ensemble des membres du groupe de travail

- Pr. Frédéric BLOCH, Chef de service Gériatrie, CHU Amiens
- Dr Lisa MONDET , pharmacien, CHU Amiens
- Dr Céline VAESKEN, pharmacien , EPSM de Caen
- Dr Cynthia CHOQUET et Dr Mathieu DE GRAAF, pharmaciens OMéDIT Hauts-de-France
- Dr Cyril MAGNAN, pharmacien OMéDIT Normandie
- Lucile DEWOST (Normandie) et Michael CODRON (Hauts-de-France), coordonnateurs du CR3PA

Les indications officielles des antipsychotiques chez le sujet âgé

Les indications officielles

Maladies psychotiques:	schizophrénie, troubles bipolaires, dépression psychotique, troubles délirants, etc.
Troubles d'impulsivité:	agression/agitation non spécifiée, troubles caractériels, groupe « B »
Troubles organiques:	troubles confusionnels aigu, démence, DI, TED
Dépression non psychotique	
Troubles d'anxiété graves	
Schizophrénie tardive :	dont les symptômes se développent après 40 ans et la psychose de type schizophrénique très tardive qui se manifeste après 60 ans

... et les indications “off-label” des antipsychotiques chez le sujet âgé

les indications “off-label”	
Traitements aiguës, de stabilisation et de maintien de la schizophrénie et du trouble schizoaffectif.	Adjuvant aux antidépresseurs en dépression unipolaire résistante
Psychoses diverses (toxique, sevrage...)	Monothérapie dans la dépression majeure avec ou sans composante anxiante (quetiapine)
Troubles psychotiques secondaires à la démence	Tics, syndrome de Gilles de la Tourette
Traitements du délirium, agitation aiguë	Troubles du sommeil (surtout quetiapine à petite dose)
Manie ou manie psychotique (monothérapie ou adjuvant)	Adjuvant dans le TOC, PTSD
Dépression bipolaire, psychotique ou non (adjuvant)	Troubles de la personnalité limite
Traitements d'entretien de la maladie affective bipolaire	Nausées réfractaires contexte oncologie (olanzapine)
Traitements aigus ou maintien lors de manie ou épisodes mixtes	

Un point
sur ...

Schizophrénie et Antipsychotiques



PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE
MÉDICAMENTEUSE

Antipsychotiques et personnes
âgées : les pathologies
psychiatriques vieillissantes

Webinaire 3
5 décembre 2025 (13h-14h)

Une collaboration



next >

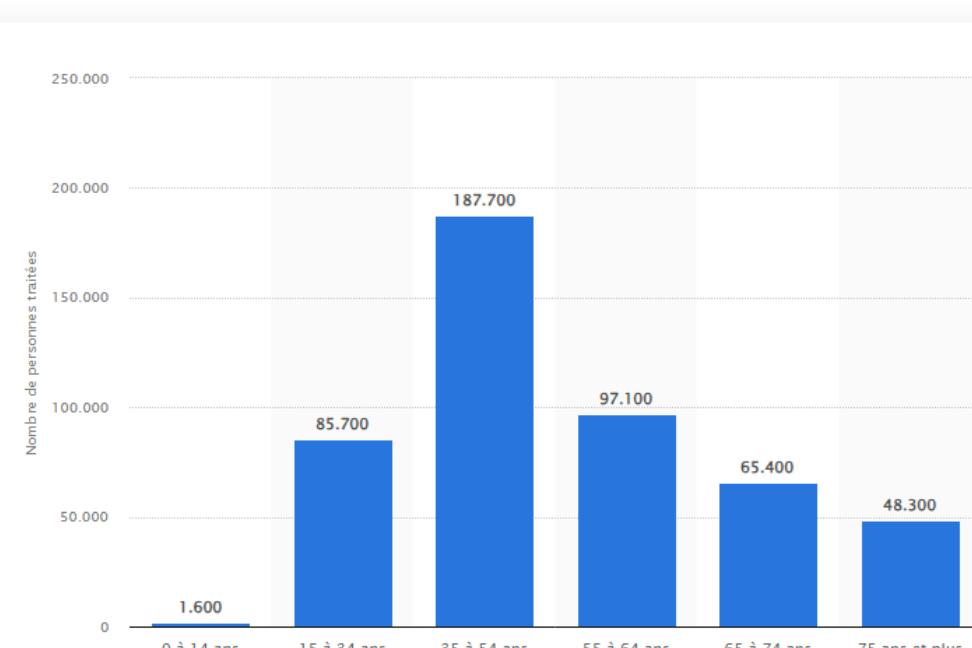
3

Epidémiologie des patients schizophrènes vieillissants

Quelques chiffres :

En France en 2022:

114 000 personnes traitées pour une schizophrénie, de 65 ans et plus



Nombre de personnes traitées pour un trouble psychotique
en France en 2022 par tranche d'âge

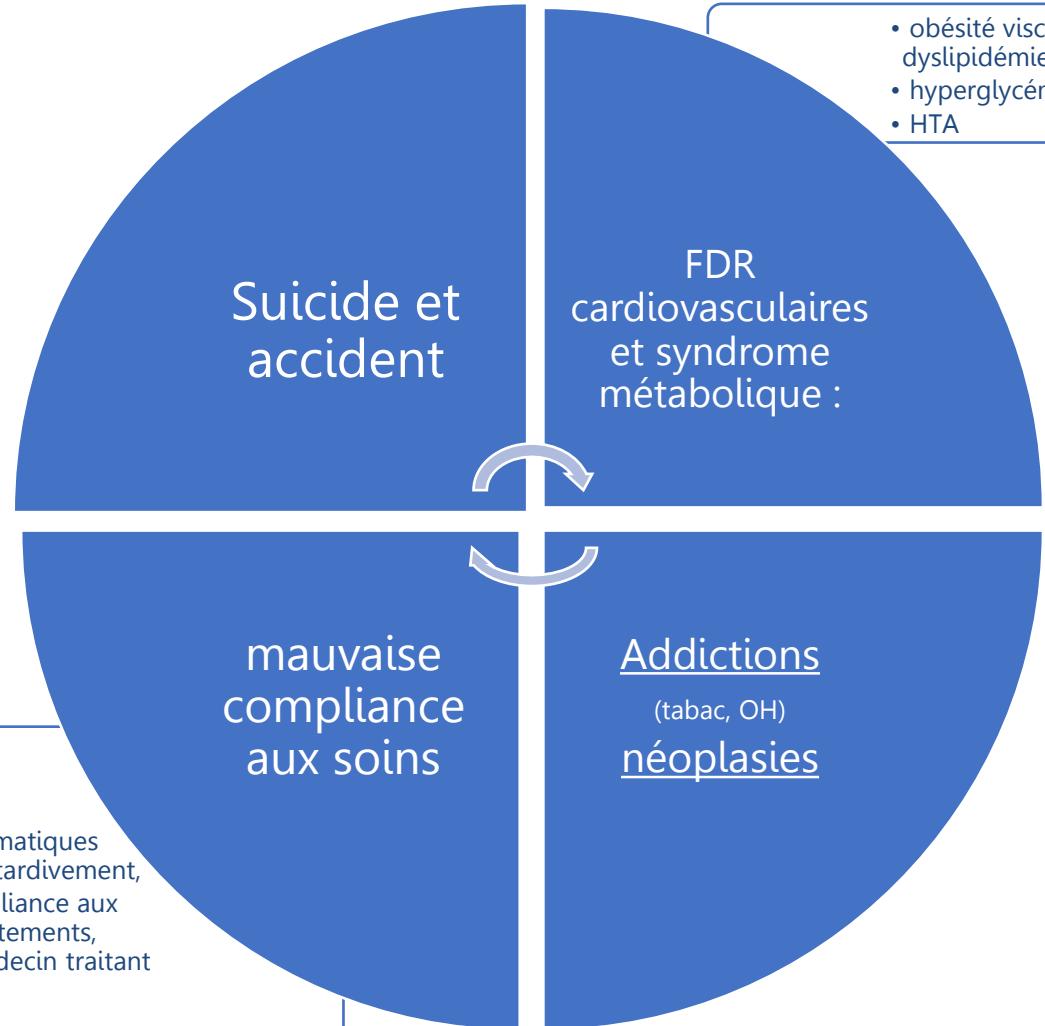
- Age moyen de décès: 69 ans
- Mortalité chez les schizophrènes : 3 x celle de la population générale
- Allongement de la durée de vie des patients schizophrènes , mais moins significatif qu'en population générale

Implications de l'allongement de la durée de vie:

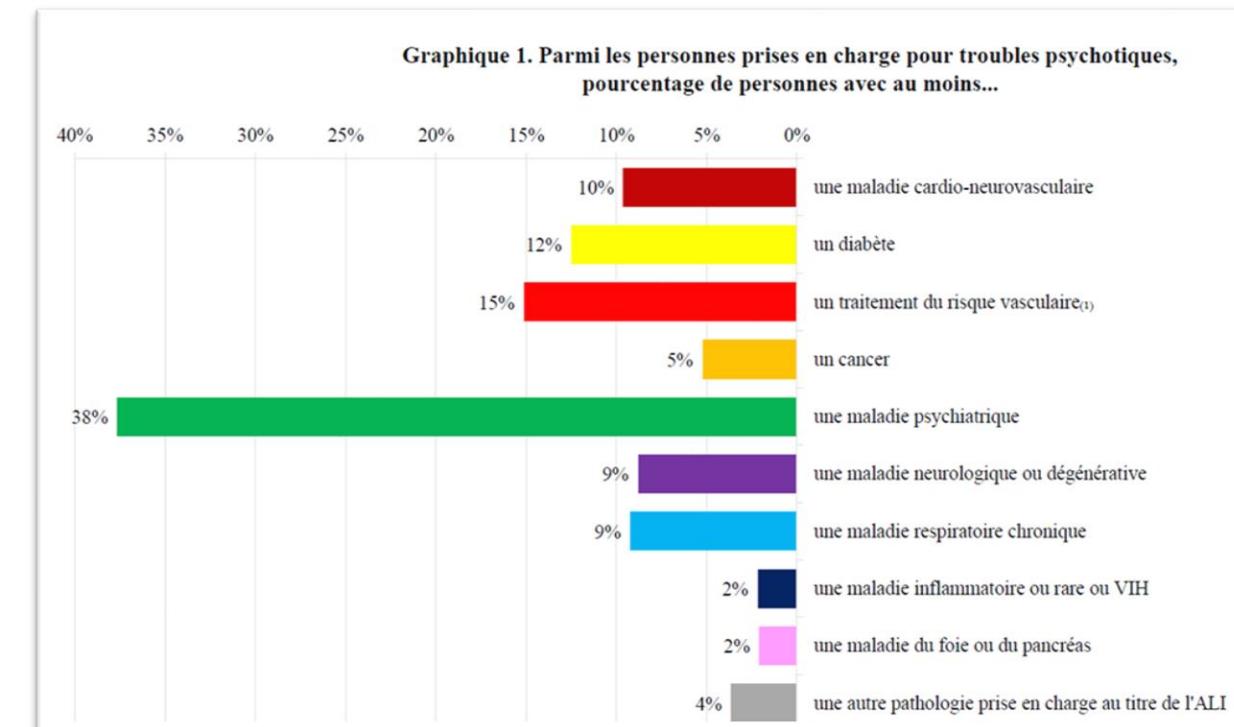
- Fréquence des pathologies somatiques liées à l'âge
- Majoration des altérations cognitives
- Perte d'autonomie, changement de lieu de vie

<11% de la littérature consacrée à la schizophrénie traite des schizophrénies âgées, dont 2% de la PEC médicamenteuse

Facteurs de surmortalité prématuée d'un patient schizophrène



Limosin, 2009



Assurance maladie, 2024

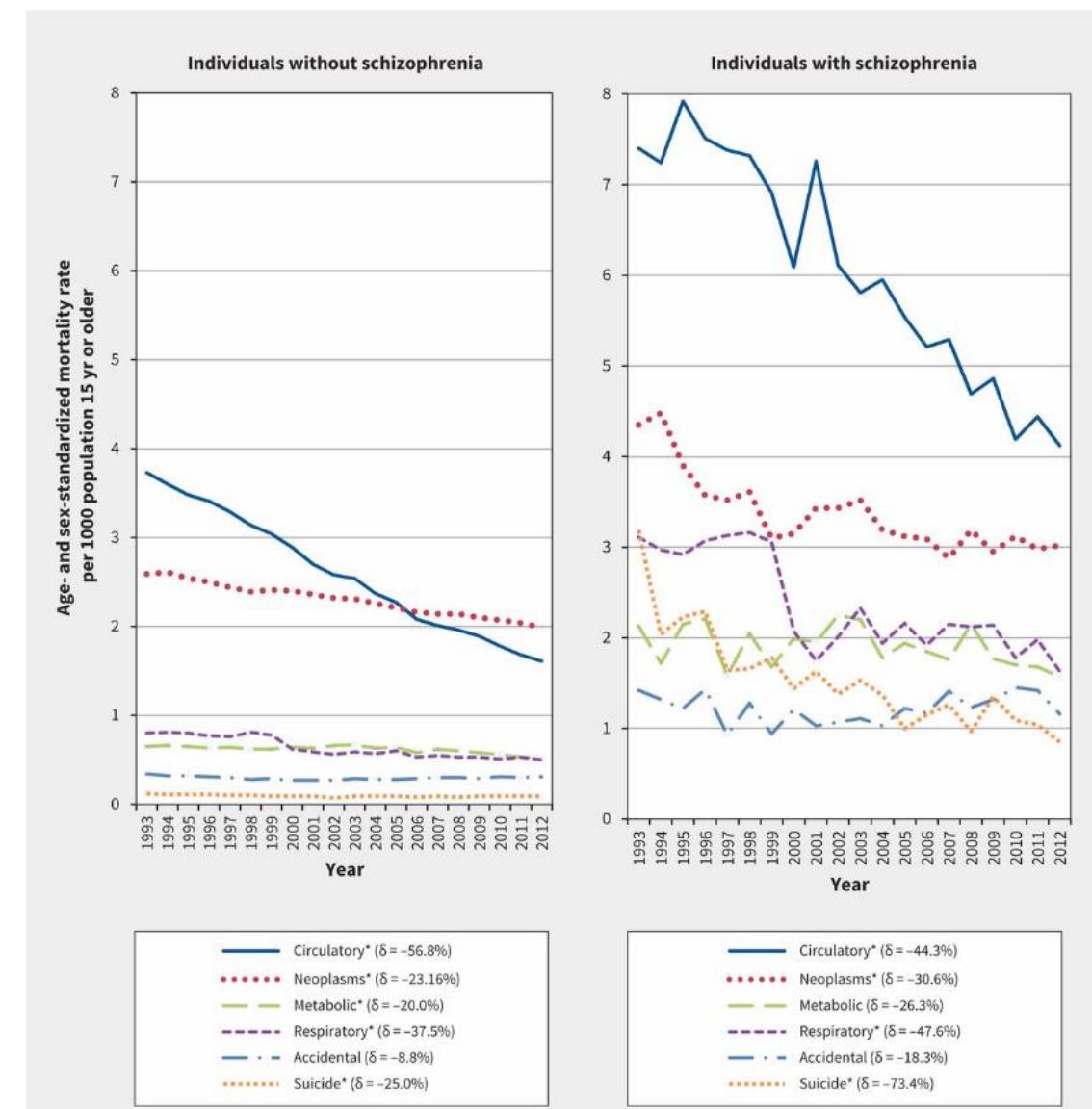
Evolution de la mortalité des patients schizophrènes

Entre 1993 et 2012:

- Diminution significative de la mortalité mais persistance de l'écart avec la population générale
- Age moyen de décès du patient schizophrène : 73 ans en 1993, 76 ans en 2012

En 20 ans:

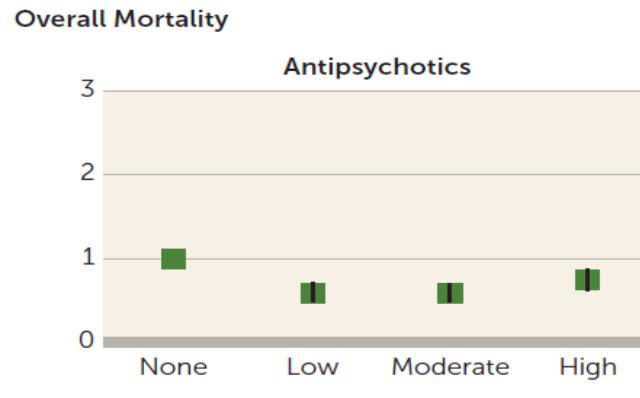
- Baisse de la mortalité cardiovasculaire, respiratoire, tumorale et par suicide
- stabilité de la mortalité accidentelle et par syndrome métabolique



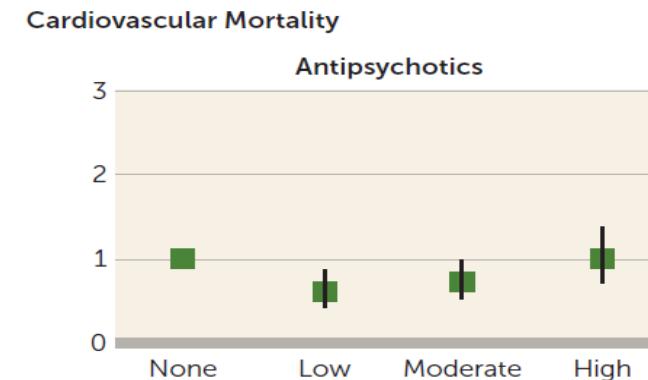
Mortalité et exposition cumulée aux antipsychotiques

21 492 patients schizophrènes
(15-65 ans, âge moyen 45 ans)

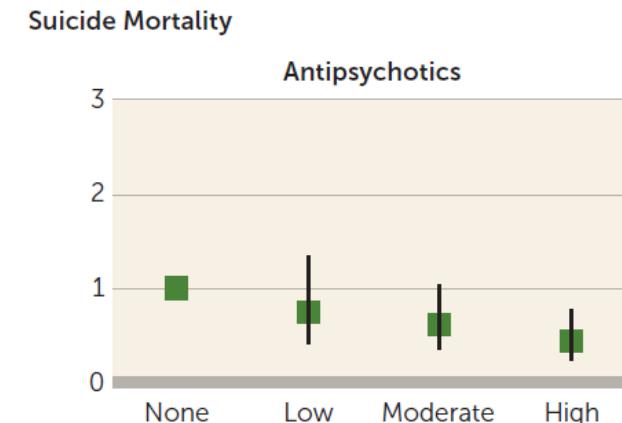
Diminution de la mortalité globale,
quelle que soit la dose
d'antipsychotique



Diminution significative de la mortalité
cardiovasculaire pour une dose
cumulée basse et modérée



Diminution significative de la
mortalité par suicide pour une
dose cumulée élevée



Pratiques actuelles

- 190 psychiatres
- Habitudes de prescription pour patients SCZ de ≥ 65 ans
- AP2G: 87%

Critères de choix:

- principal: expérience et symptomatologie
- secondaire: effets indésirables

- **Arguments pour prescription de NAP (54%): compliance**
- **Arguments pour non-prescription de NAP (46%): pas d'indication**

Tableau 2

Pratiques de prescription d'antipsychotiques par les psychiatres cibles ($n=57$) pour traiter les patients schizophrènes âgés.

	<i>n</i>	%
<i>Antipsychotique utilisé préférentiellement</i>		
Un antipsychotique de seconde génération ^a	50	87,7
Rispéridone	31	54,4
Olanzapine	11	19,3
Aripiprazole	2	3,5
Amisulpride	1	1,7
Non précisé	5	8,8
Un antipsychotique de première génération	7	12,3
Halopéridol	3	5,3
Non précisé	4	7,0

Fréquence de la réalisation des bilans somatiques initiaux, précoces et à long terme.

	Bilan préthérapeutique	Surveillance précoce post-prescription	Surveillance post-prescription au long cours
Très fréquent [75 %–100 %]	Recherche des antécédents médico-chirurgicaux (96,3 %) Bilan biologique standard (94,2 %) Pouls, tension artérielle (90,7 %) Glycémie à jeun (88,5 %) Bilan lipidique (82,7 %) Poids, IMC (81,5 %) Recherche d'antécédent de syndrome extrapyramidal (81,5 %) Recherche d'antécédent de dyskinésies tardives (75,9 %) Consultation cardiaque avec réalisation d'un ECG (64,9 %)	Pouls, tension artérielle (83,3 %) Glycémie à jeun (80,9 %) Bilan lipidique (78,7 %) Recherche d'un syndrome extrapyramidal (88,9 %)	Bilan biologique standard (78,3 %) Glycémie à jeun (82,6 %) Recherche d'un syndrome extrapyramidal (78,8 %) Recherche de dyskinésies tardives (76,9 %)
Fréquent [50 %–75 %]			
Peu fréquent [25 %–50 %]			
Très peu fréquent [0 %–25 %]	Recherche d'hyperprolactinémie (20,4 %) Périmètre abdominal (18,5 %) Consultation ophtalmologique (8,8 %)	Recherche d'hyperprolactinémie (14,8 %) Périmètre abdominal (14,8 %)	Périmètre abdominal (15,4 %) Consultation ophtalmologique (10,5 %)

Réduction de la dose chez le patient schizophrène âgé

Schizophrènes stables, >50 ans, sous olanzapine ou risperidone, réduction de dose jusqu'à 40% ou 7,5mg/1,5mg

Sujet jeune:

- réponse clinique si 65% des récepteurs D2D3 striataux occupés
- EPS si >80%

Sujet âgé:

- Occupation la plus faible associée à une stabilité clinique: 50%
- EPS si > 60%

Table 2. Clinical Characteristics of Participants Before and After Antipsychotic Dose Reduction

Characteristic	Mean (SD)			df	Statistical Test	P Value
	Baseline PET Visit	Follow-up PET Visit	Final Visit			
PANSS score						
Total	61.3 (14.4)	60.2 (15.0)	59.0 (14.7)	2	7.96	.02 ^a
Positive subscale	13.3 (3.9)	13.2 (4.0)	12.9 (3.9)	2	2.38	.30
Negative subscale	17.7 (5.0)	17.3 (5.4)	17.1 (5.4)	2	4.28	.12
General psychopathology subscale	30.2 (7.3)	29.7 (7.2)	29.1 (6.9)	2	4.49	.11
BPRS total score	42.1 (9.2)	41.6 (9.3)	40.8 (8.5)	2	7.24	.03 ^b
CGI-S total score	3.2 (0.8)	3.2 (0.8)	3.2 (0.8)	2	2.99	.22
TIP-Sz total score	74.5 (9.3)	74.7 (9.7)	76.2 (8.2)	2	6.17	.046 ^c
Adverse events						
AIMS total score	1.3 (2.3)	1.2 (2.2)	1.1 (2.1)	2	4.66	.10
BAS total score	0.8 (1.6)	0.3 (0.9)	0.3 (0.8)	2	7.34	.03 ^d
SAS total score	3.5 (2.7)	2.1 (1.8)	1.8 (1.7)	2	15.90	<.001 ^e
UKU total score	9.8 (4.2)	6.8 (3.6)	4.7 (3.2)	2	23.85	<.001 ^f
SWN total score	89.8 (15.9)	89.9 (16.9)	88.5 (21.8)	2	0.52	.77
<i>z</i> Test						

CH ROUVRAY : Cas clinique



Dr Caroline QUEÏNNEC -Psychiatre

Responsable du Service de Psychiatrie pour Personnes Agées
Médecin coordonnateur Normandie pour le Centre inter-régional
Ressources en Psychogériatrie et Psychiatrie de la Personne Agée



Cas clinique- Madame P – 68 ans

Demande d'avis psychiatrique

Patiante de 68 ans

Diagnostic de schizophrénie paranoïde résistante

> 40 hospitalisations en psychiatrie depuis 1976

Mode de vie

Célibataire sans enfant



- **Sous tutelle**
- **Parents décédés -Pas de contact avec la fratrie**
- **En famille d'accueil thérapeutique avant entrée en EHPAD**
- **Suivi CMP**

**Maintien impossible devant la symptomatologie délirante
et les troubles de comportement associés**

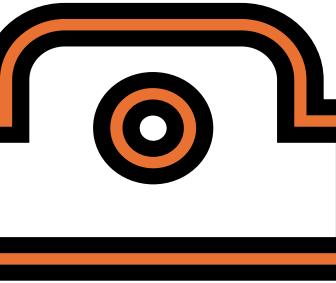
Cas clinique- Madame P – 68 ans

Demande d'avis psychiatrique

Patiante de 68 ans

Diagnostic de schizophrénie paranoïde résistante
> 40 hospitalisations en psychiatrie depuis 1976

- Entrée en EHPAD en octobre 2018
- Son traitement d'entrée comprend:

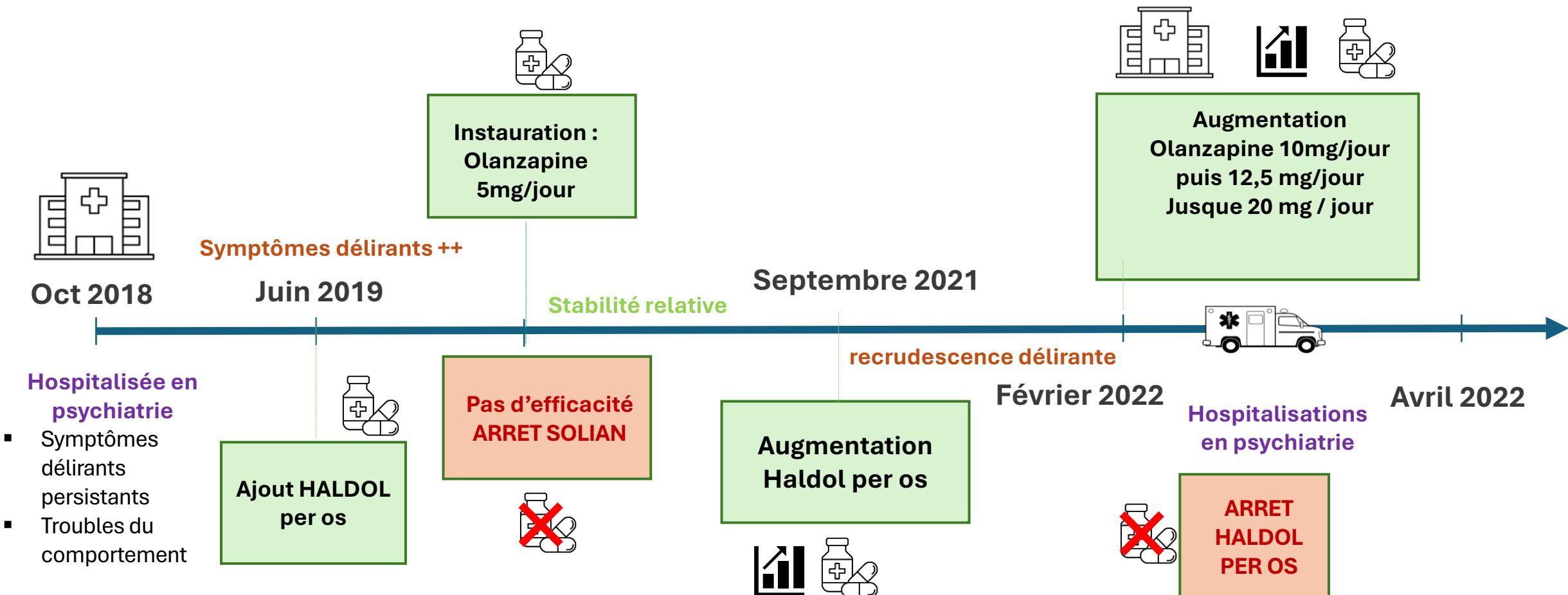


- ✓ SOLIAN 800 mg le soir
- ✓ LORMÉTAZÉPAM 2mg le soir
- ✓ MIANSERINE 60 mg le soir
- ✓ NOZINAN 25mg matin midi et soir
- ✓ PARKINANE LP 5mg le matin
- ✓ TEMESTA 5.5 mg par jour
- ✓ HALDOL DECANOAS 250mg (soit 5 ampoules) tous les 28 jours

Cas clinique- Madame P – 68 ans

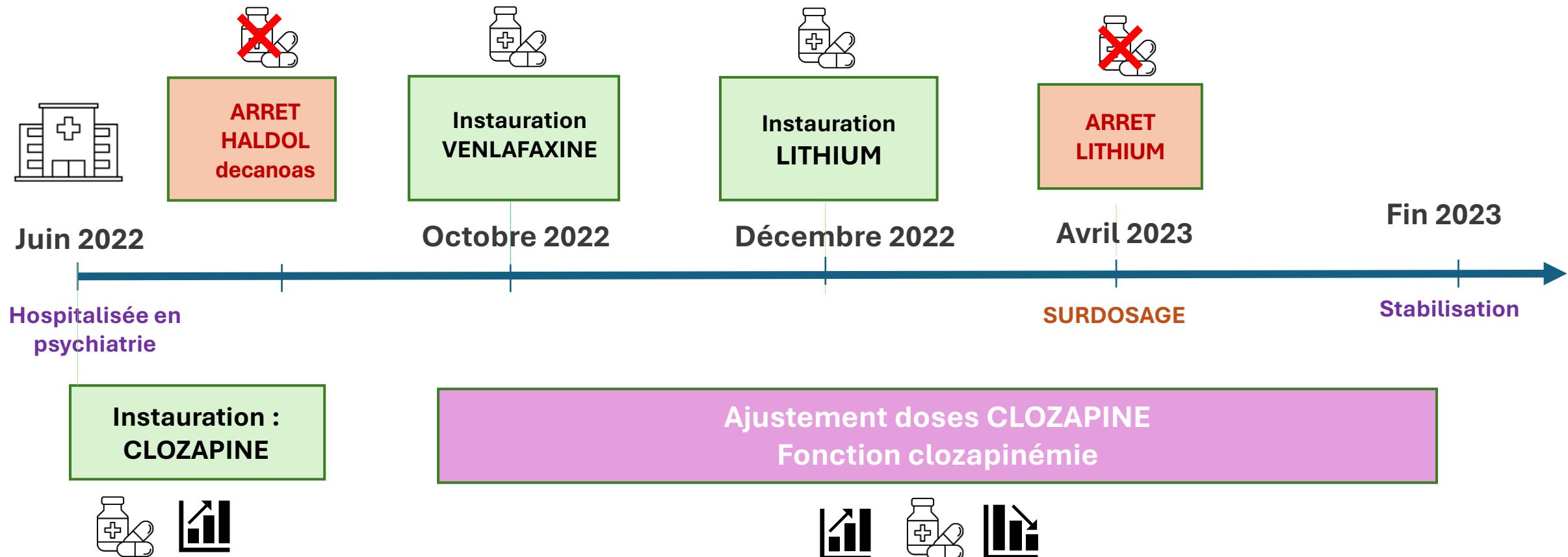
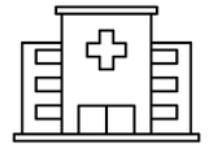
Evolution de la maladie et de la thérapeutique

15



Cas clinique- Madame P – 68 ans

Evolution de la maladie et de la thérapeutique



Cas clinique- Madame P – 68 ans

Depuis fin 2023 :

- patiente stable sur le plan clinique.
- Symptomatologie délirante modérée, à bas bruit, sans aucun trouble du comportement ni rechute thymique
- uniquement quelques ajustements de la posologie de la clozapine du fait des clozapinémies variables, et du nozinan car parfois plus anxieuse
- Présentation moins déficitaire, meilleure insertion sociale dans la structure.

Cas clinique- Madame P – 68 ans

Traitement d'entrée en Ehpad – Octobre 2018

PRESCRIPTION	POSOLOGIE
Amisulpride (SOLIAN)	800 mg le soir
lormétazépam (NOCTAMIDE) 2mg	2 mg le soir
lorazepam (TEMESTA) 5.5 mg par jour	Pas de détail de répartition
mianserine (ATHYMIL)	60 mg le soir
lévomépromazine (NOZINAN) 25mg	25-25-25
PARKINANE LP 5mg	5-5-5
HALDOL DECANOAS 250mg (soit 5 ampoules)	tous les 28 jours

Traitement actuel / stabilisé depuis fin 2023

PRESCRIPTION	POSOLOGIE
lormétazépam (NOCTAMIDE) 2mg	2 mg le soir
mirtazapine (NORSET) 15mg	45 mg le soir
lévomépromazine (NOZINAN) 25mg	100 mg / jour (soit 4 x 25mg)
venlafaxine (EFFEXOR) LP	225 mg le MATIN
Clozapine (LEPONEX)	300 mg le soir

Pourquoi réévaluer les antipsychotiques ?

les antipsychotiques sont responsables
d'effets indésirables importants ou graves

Antipsychotiques et effets indésirables plus marqués chez la personne âgée

- Effets Neurologiques: plus sensible aux EiEP (akathisie, parkinsonisme)

Problèmes de coordination, risque de chutes -
Attention si ajout d'agents anticholinergiques ou de BZD

- Hypotension orthostatique

Attention au risque de chute --> Titration lente et progressive de la dose importante

- Effets anticholinergiques:

- Augmentation de la sensibilité
- Effets indésirables **physiques** (constipation, tachycardie, troubles de la vision) et **psychologiques** (problèmes de concentration, mémoire, délirium...)

Vigilance avec clozapine et olanzapine

- Sédation

- Durée plus longue de l'effet sédatif avec impact sur l'état d'éveil le jour
- Peut induire confusion, désorientation, délirium, chute
- Dose-dépendant; attention avec les associations jouant sur le SNC

Eviter donc les **antipsychotiques à profil sédatif**: chlorpromazine, clozapine, olanzapine et quiétapine

- Effets cognitifs

Données contradictoires sur le fait que les antipsychotiques causeraient un déclin de la fonction cognitive et par ainsi accentueraient les troubles de comportement lors de démence

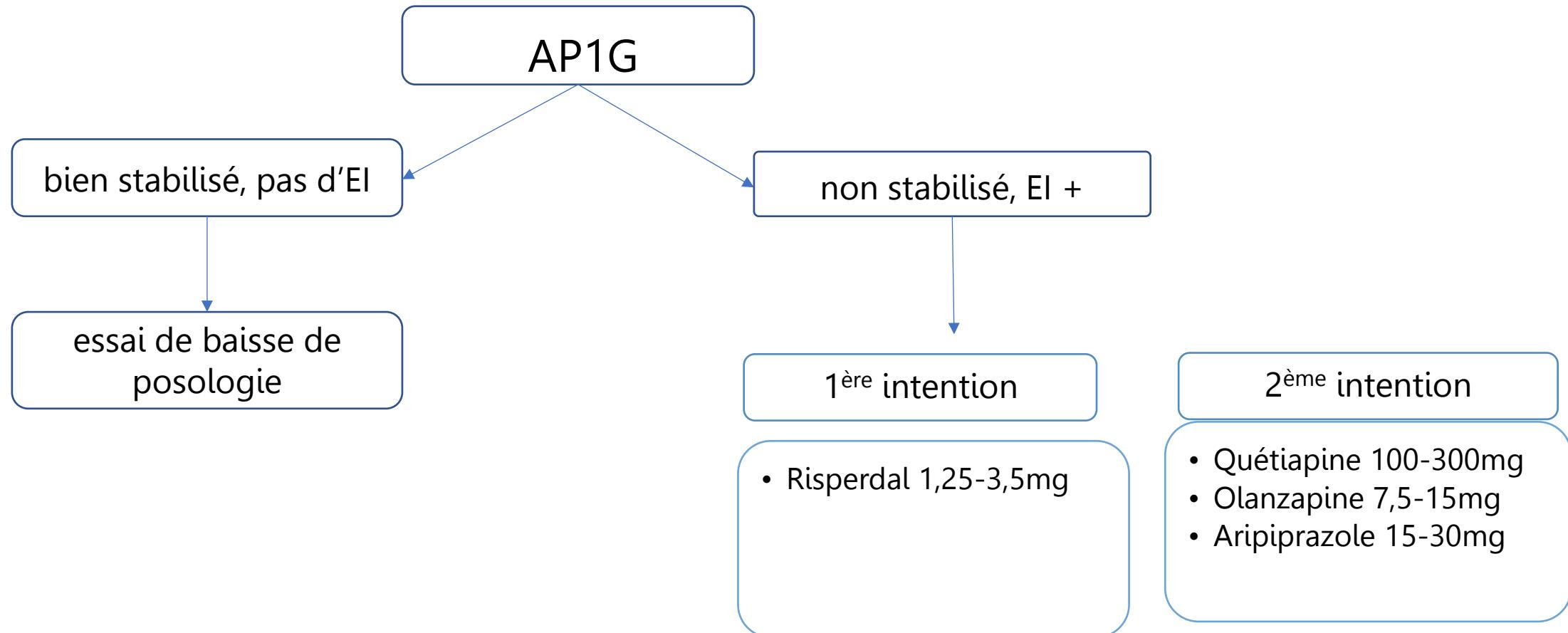


Quand doit-on ré évaluer le traitement? ?

- Patient sous AP1G
- Mauvaise tolérance neurologique : patient « sédaté », « ralenti », syndrome extra-pyramidal
- Mauvaise tolérance métabolique: prise de poids, dyslipidémie, diabète
- Mauvaise tolérance hématologique
- Comorbidité cardio vasculaire
- Troubles cognitifs associés
- Mauvaise efficacité du traitement
- Présence de correcteur

Comment ré-évaluer le traitement? ?

Patient schizophrène âgé sous AP1G: stratégie



Comment ré-évaluer le traitement? ?

Choix d'AP2G en fonction des comorbidités/effets indésirables

Troubles
cognitifs
associés

risperidone

QT long

risperidone
olanzapine

Syndrome extra
pyramidal

quetiapine

clozapine

Trouble
métabolique

aripiprazole

AP & EI CARDIAQUES

Tous les antipsychotiques de première comme de seconde génération exposent au risque de trouble du rythme cardiaque grave !

- > Allongement de l'intervalle QT
 - > augmentation du risque de Torsade de Pointe
 - > risque de fibrillation ventriculaire

Antipsychotiques torsadogènes

- Amisulpride (SOLIAN)
- Chlorpromazine (LARGACTIL)
- Cyamémazine (TERCIAN)
- Flupentixol (FLUENXOL)
- Levomépromazine (NOZINAN)
- Pimozide (ORAP)
- Pipampérone (DIPIPERON)
- Pipothiazine (PIPORTIL)
- Sulpiride (DOGMATIL)
- Zuclopentixol (CLOPIXOL)



On évitera tout médicament associé pouvant aussi prolonger l'intervalle QT
Vigilance avec **citalopram, escitalopram et dompéridone, hydroxyzine**

Dépister le risque individuel

- Allongement du QT pré-existant
- Antécédents cliniques connus

→ Suivi clinique et ECG réguliers

Repérer les médicaments TORSADOGÈNES

LISTE NON EXHAUSTIVE

ANTI-ARYTHMIQUES	ANTI-PARASITAIRES	NEUROLEPTIQUES
• amiodarone	• chloroquine	• amisulpride
• dompéridone	• chlorhydrate de quinidin	• chlorpromazine
• hydroxyzine	• hydroquinidine	• clorpromazine
• pipamprine	• haloféthrine	• dompéridone
• millepertuis	• lumenéférine	• flupentixol, levoépoxipramine

Exceptions à cette règle

- antiparasitaires
- arénalines
- hydroxychloroquine, crizotinib
- méthadone
- neuroleptiques
- cimétidine

ANTINFECTIEUX

- dyclonine IV
- moxifloxacine
- spiramycine
- clofazimine

Méthadone

Inhibiteurs/Inducteurs enzymatiques → concentration des médicaments torsadogènes

Dépister et corriger une HYPOKALÉMIE

Favorise l'apparition de troubles du rythme

Cause possible

- Diurétiques de l'anse et thiazides
- Corticoïdes
- Amphotéricine B en IV
- Laxatifs stimulants
- Antagonistes P2 agonistes à dose : (salbutamol...)

Autres causes

- Consommation d'alcool
- Phytométhyle : sénè, huberde, ricin, réglisse
- Diarrhée importante

Dépister et corriger une BRADYCARDIE

Antarythmiques

- Classe Ia : hydroquinidine, quinidine
- Classe III : amiodarone, digoxine, ivabradine, bêta-bloquants, inhibiteurs calciques (diltiazem, vérapamil)

Anticholinergiques

- donépezil, galantamine, rivastigmine
- clonidine, fipronil, lithium, méloquine, opioïdes (méthadone, fentanyl, oxycodone), pilocarpine, ticagrelor

En cas de doute, se rapprocher du centre régional de pharmacovigilance

Liens utiles

- Thesaurus des associations médicamenteuses ANSM
- Fiche médicamenteuse du Réseau PIC
- Flash santé HAS

Mise à jour Mai 2023

OMEDIT

AP & EI SYNDROME METABOLIQUE

Antipsychotiques : rappel des mesures de suivi cardio-métabolique - Point d'Information 29/10/2018

- Prise de poids et troubles métaboliques tels que diabète et/ou dyslipidémie
- Appétence vers les produits sucrés (chips, bonbons..)
- Mise en évidence d'un respect insuffisant de la surveillance biologique des patients traités par antipsychotiques
- Rappel de l'ANSM sur les recommandations de suivi cardio-métabolique émises en 2010.



Tous les antipsychotiques entraînent un risque de prise de poids et d'anomalies métaboliques
Risque accru avec certains AP2G, en particulier l'olanzapine et la clozapine,
risque modéré pour la quetiapine



Agence française de sécurité sanitaire
des produits de santé

mars 2010

Mise au point

Pharmacovigilance

Suivi cardio-métabolique¹ des patients traités par antipsychotiques

Un traitement par des médicaments antipsychotiques qu'ils soient de 1^{ère} (antipsychotiques classiques) ou de 2^{ème} génération (antipsychotiques atypiques) peut s'accompagner d'une prise de poids et de troubles des métabolismes glucidique et lipidique (1-10). Les données suggèrent cependant que les patients recevant certains antipsychotiques de 2^{ème} génération, en particulier l'olanzapine et la clozapine, sont exposés à un risque plus important de diabète que les patients traités par antipsychotiques de 1^{ère} génération (5,11-13).

Les personnes atteintes de maladie mentale sévère ont par ailleurs une espérance de vie réduite de 20% comparée à celle de la population générale et sont davantage exposées aux facteurs de risque cardiovasculaires suivants : surpoids, sédentarité, tabac, hyperglycémie/diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie (14-16). Ainsi, les données épidémiologiques suggèrent une augmentation de la prévalence du diabète de type II et de l'obésité chez les patients atteints de maladie psychiatrique (de 1,5 à 2 fois chez les patients schizophrènes) comparativement à la population générale (17).

Ces facteurs de risque sont en partie liés à une alimentation déséquilibrée, à un mode de vie sédentaire et à un accès aux soins souvent plus limité que pour la population générale. D'autres facteurs interviennent également, tels que l'âge, le sexe, les antécédents familiaux et personnels et les médicaments concomitants (8, 18).

Toutefois, il est difficile de distinguer dans ces données la part de la maladie elle-même de celle des traitements administrés chez ces patients.

L'ensemble des désordres pondéraux, tensionnels, glycémique et lipidiques constatés est souvent regroupé dans de nombreuses publications sous le terme de « syndrome métabolique » (19-22).

La mise en place et l'adaptation d'un traitement antipsychotique exigent une collaboration étroite entre le psychiatre et le médecin traitant afin d'assurer une prise en charge optimale des patients.

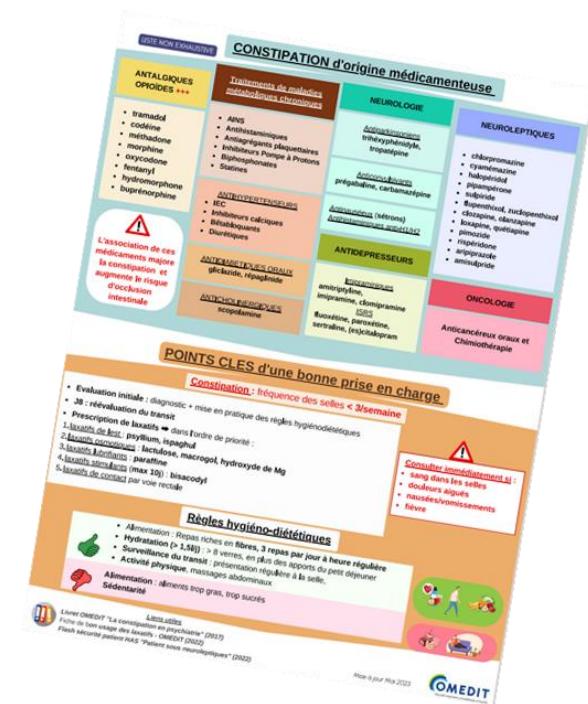
AP & EI SYNDROME METABOLIQUE

Antipsychotiques : rappel des mesures de suivi cardio-métabolique –
Recommandations ANSM du 29/10/2018 (màj Janvier 2021)

Paramètre	Fréquence recommandée	Seuils d'alerte	Actions recommandées
Poids / IMC	Avant traitement, 1, 3, 6 mois, puis annuel	Prise de poids > 7 % en 3 mois ou IMC \geq 30 kg/m ²	Conseils hygiéno-diététiques, réévaluation thérapeutique, suivi renforcé
Tour de taille	Avant traitement, 6 mois, puis annuel	Périmètre abdominal : ♂ \geq 94cm ♀ \geq 80cm	Information sur risque cardiovasculaire, adaptation des conseils hygiéno-diététiques
Tension artérielle	Avant traitement, 1, 3, 6 mois, puis annuel	HTA $>$ 130/85 mmHg	Contrôle régulier, traitement antihypertenseur si nécessaire
Glycémie à jeun / HbA1c	Avant traitement, 1, 3, 6 mois, puis annuel	Glycémie à jeun $>$ 1,26 g/L (7 mmol/L) ou HbA1c $>$ 6,5 %	Rechercher diabète, éducation thérapeutique, prise en charge adaptée
Bilan lipidique: Cholestérol (total, HDL, LDL) et Triglycérides	Avant traitement, 3, 6 mois, puis annuel	Cholestérol total $>$ 2 g/L, LDL $>$ 1,6 g/L, Triglycérides $>$ 1,5 g/L	Adaptation hygiène de vie, éventuelle prise en charge spécifique
ECG (QTc)	Avant traitement pour mesure du QT	QTc $>$ 450 ms (hommes) / $>$ 470 ms (femmes)	Ajustement thérapeutique, consultation cardiaque si nécessaire

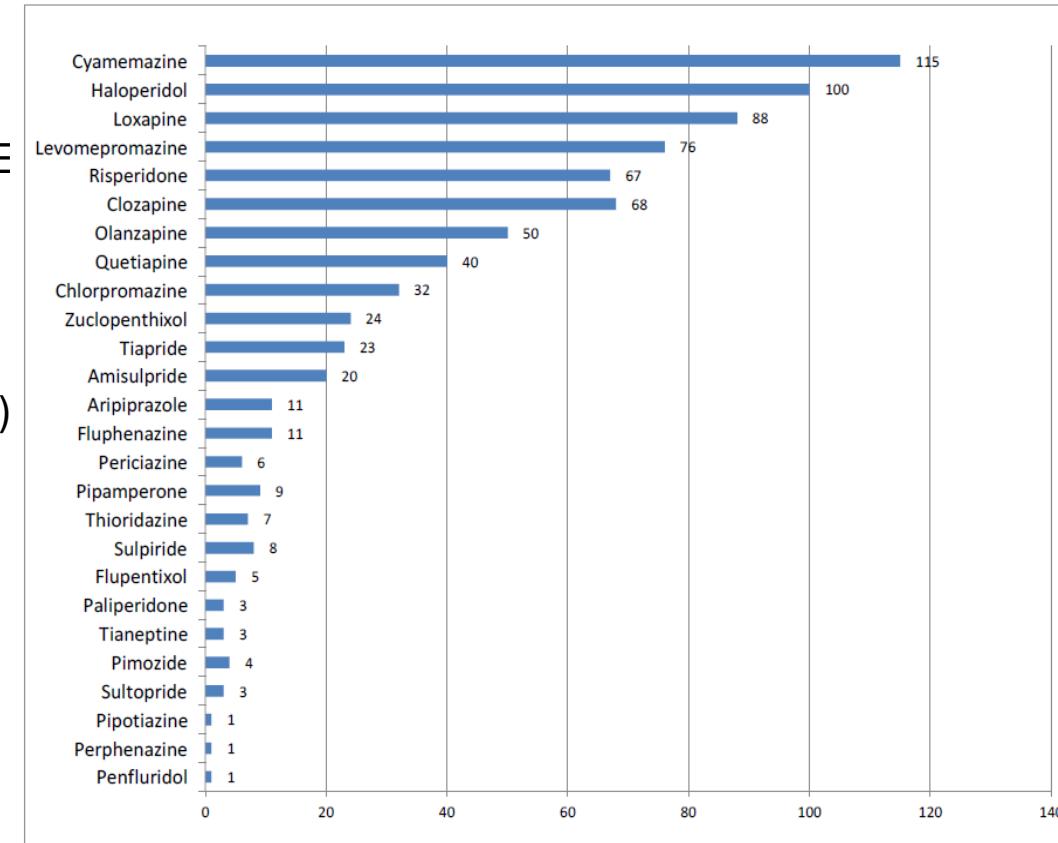
AP & EI TROUBLES DIGESTIFS GRAVES (TDG)

- L'hypomotilité **intestinale iatrogène** est en grande partie due à **l'activité anticholinergique** des antipsychotiques
- **Hypomotilité** prolongée et **constipation** peuvent induire des complications graves telles que:
 - Fécalome
 - Colopathie fonctionnelle
 - Occlusion intestinale
 - Iléus
 - Colite ischémique
 - Mégacolon toxique
- Survenue des troubles **MULTIFACTORIELLE**
 - sédentarité des patients âgés notamment institutionnalisés
 - déshydratation
 - alimentation pauvre en fibres
 - traitement médicamenteux, polymédication de psychotropes et addition des effets



Objectif: caractériser les TDG induits par les antipsychotiques

- 448 cas de TDG correspondant à 637 EI répertoriés soit 2,3% des cas d'E associés aux AP en France
- Dans 69,2% des cas, un AP de 1ere génération était impliqué.
- Les molécules les plus associés aux TDG étaient:
 - AP1G : cyamemazine (14,8%), halopéridol (12,9%) et loxapine (11,3%)
 - AP2G : clozapine (8,8%), rispéridone (8,6%) et l'olanzapine (6,44%)
- Dans 50,9% des cas, les patients étaient exposés à **au moins deux AP** avec une moyenne par patients de 2,4 AP/ patient
- 68% des patients avaient une **association médicamenteuse avec potentialisation du risque d'hypomotilité digestive** (cumul de composante anticholinergique)



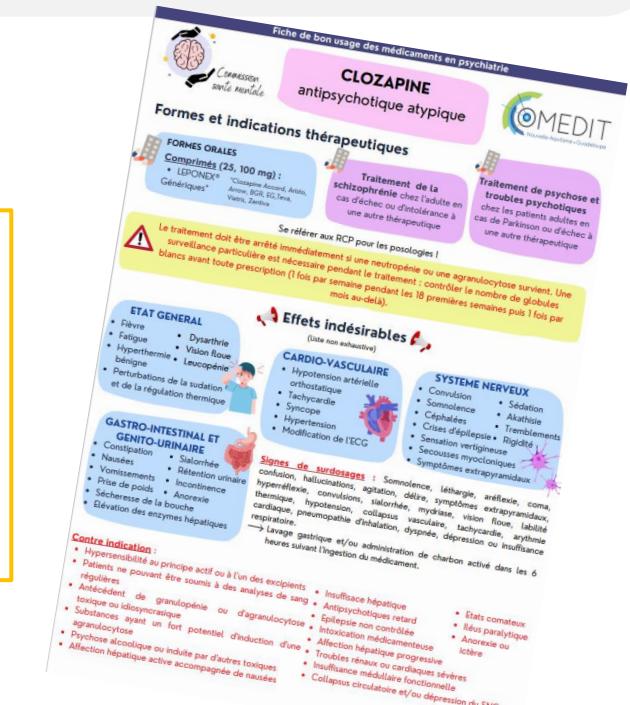
Antipsychotiques : focus CLOZAPINE

La clozapine est **réservée aux cas de schizophrénie résistante**, après échec d'au moins deux antipsychotiques, y compris chez les personnes âgées.

Elle peut aussi être envisagée dans certains cas de **troubles du comportement sévères** en lien avec des maladies neurocognitives, mais **hors AMM**, avec prudence.

Effets Indésirables

- Effets **ANTICHOLOLINERGIQUES** marqués aux posologies élevées
- Surveillance des **EFFETS MÉTABOLIQUES, CARDIOVASCULAIRES et NEUROLOGIQUES** renforcée chez les sujets âgés ,
- Surveillance **HÉMATOLOGIQUE STRICTE** (risque d'agranulocytose)



Fiches de bon usage des antipsychotiques – OMEDIT NAGG



CLOZAPINE antipsychotique atypique



Formes et indications thérapeutiques

FORMES ORALES
Comprimés (25, 100 mg) :

- LEPONEX®
- "Clozapine Accord, Aristo, Arrow, BGR, EG, Teva, Génériques"
- Viatris, Zentiva

Traitement de la schizophrénie chez l'adulte en cas d'échec ou d'intolérance à une autre thérapeutique

Traitement de psychose et troubles psychotiques chez les patients adultes en cas de Parkinson ou d'échec à une autre thérapeutique

Se référer aux RCP pour les posologies !

Attention : Le traitement doit être arrêté immédiatement si une neutropénie ou une agranulocytose survient. Une surveillance particulière est nécessaire pendant le traitement : contrôler le nombre de globules blancs avant toute prescription (1 fois par semaine pendant les 18 premières semaines puis 1 fois par mois au-delà).

Effets indésirables

(Liste non exhaustive)

ETAT GENERAL

- Fièvre
- Fatigue
- Hyperthermie
- Perturbations de la sudation et de la régulation thermique

CARDIO-VASCULAIRE

- Hypotension artérielle orthostatique
- Tachycardie
- Syncope
- Hypertension
- Modification de l'ECG

SYSTEME NERVEUX

- Convulsion
- Somnolence
- Céphalées
- Syncope
- Hypertonie
- Sensation vertigineuse
- Secousses myocloniques
- Symptômes extrapyramidaux

GASTRO-INTESTINAL ET GENITO-URINAIRE

- Constipation
- Nausées
- Vomissements
- Prise de poids
- Sécheresse de la bouche
- Elévation des enzymes hépatiques

Signes de surdosages : Somnolence, léthargie, aréflexie, confusion, hallucinations, agitation, délire, symptômes extrapyramidaux, hyperreflexie, convulsions, sialorrhée, mydriase, vision floue, labilité thermique, hypotension, collapsus vasculaire, tachycardie, arythmie cardiaque, pneumopathie d'inhalation, dyspnée, dépression ou insuffisance respiratoire.

→ Lavage gastrique et/ou administration de charbon activé dans les 6 heures suivant l'ingestion du médicament.

Contre-indication :

- Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients
- Patients ne pouvant être soumis à des analyses de sang régulières
- Antécédent de granulopénie ou d'agranulocytose toxique ou idiosyncrasique
- Substances ayant un fort potentiel d'induction d'une agranulocytose
- Psychose alcoolique ou induite par d'autres toxiques
- Affection hépatique active accompagnée de nausées

Insuffisance hépatique

- Etats comateux
- Antipsychotiques retard
- Epilepsie non contrôlée
- Intoxication médicamenteuse
- Affection hépatique progressive
- Troubles rénaux ou cardiaques sévères
- Insuffisance médullaire fonctionnelle
- Collapsus circulatoire et/ou dépression du SNC

Etats comateux

- Iléus paralytique
- Anorexie ou ictere

Suivi cardio-métabolique et surveillance

	J0	M1	M3	Trimestriel	Annuel	Tous les 5 ans
Poids et IMC	X	X	X	X		
Glycémie à jeun	X	X			X	
Bilan lipidique (cholT, HDL, LDL, TG)	X	X				X
Pression artérielle	X	X			X	

Précautions d'emploi

granulocytose

Il y a du nombre de GB et de PN dans une fois par semaine pendant les 18 premières semaines, puis au moins toutes les 4 semaines. cette surveillance doit être poursuivie tout au long du traitement et pendant les 4 semaines qui suivent l'arrêt complet de la clozapine.

Numération - formule leucocytaire

GB/mm ³ (/l)	PNN/mm ³ (/l)
Entre ≥ 3000 et < 3500 ($\geq 3 \times 10^9$ et $< 3.5 \times 10^9$)	Entre ≥ 1500 et < 2000 ($\geq 1.5 \times 10^9$ et $< 2 \times 10^9$)
< 3000 ($< 3 \times 10^9$)	< 1500 ($< 1.5 \times 10^9$)

Conduite à tenir

Continuer le traitement et contrôler la NFS 2x / semaine jusqu'à ce que les numérotations se stabilisent ou augmentent

Arrêter immédiatement le traitement et contrôler la NFS tous les jours jusqu'à normalisation hématologique et surveiller les signes d'infection. Ne pas réexposer le patient à la clozapine.

Prudence chez les patients ayant :

- une intolérance au galactose, déficit en actase, malabsorption du glucose-galactose, éosinophilie, thrombopénie, hypotension orthostatique, troubles cardiovasculaires, facteurs de risque d'AVC, thromboembolie, antécédents d'épilepsie, hypertrophie de la prostate, glaucome à angle fermé, constipation, fièvre, chute

La clozapine n'est pas indiquée dans le traitement des troubles comportementaux liés à la démentie.

Myocardite ou cardiomyopathie suspectée

→ Traitement interrompu immédiatement et patient adressé d'urgence à un cardiologue

Insuffisance hépatique

Si l'élévation des valeurs du bilan biologique hépatique atteint un seuil cliniquement significatif ou si un ictere apparaît

→ Le traitement doit être arrêté

L'administration est possible que si nécessaire, en fonction de la balance bénéfice/risque. L'allaitement est contre indiqué pendant le traitement.

Association déconseillée :

- Médicaments anticholinergiques, médicaments antihypertenseurs, IMAOs, dépresseurs du SNC, substances à forte liaison protéique (warfarine, digoxine...), phénytoïne, lithium

Précaution d'emploi :

- Caféine, pérazine, inhibiteurs de la recapture de sérotonine, contraceptifs hormonaux, oméprazole, benzodiazépine

→ Peuvent entraîner une modification de la posologie

Contre-indication :

- Médicaments dépresseurs de la moelle osseuse
- Alcool

substrat du CYP1A2

Fiche de bon usage en psychiatrie

Documents de référence
Ameli – L'Assurance Maladie / Journal Officiel / Avis de la CT / CRAT - Centre de Référence sur les Agents tératogènes / RCP / Base de données publique des médicaments: <http://www.medicaments.gouv.fr/> / Thérapie.org / Vidal / Information sécurité patients ANSM / Mise au point pharmacovigilance AFSSAPS, mars 2010

Clozapine Posologie et ajustements (dans le cadre de la schizophrénie résistante)

Phase	Posologie	Remarques
Initiation (J1-J2)	J1 : 12,5 mg le soir J2 : 25 mg le soir	Commencer très progressivement pour éviter hypotension, collapsus, etc.
Titration (2- 3 semaines)	Augmentation de 25 à 50 mg/j tous les 1-2 jours en 1 à 2 prises /jour	Adapter selon tolérance. Viser 300 mg/j en 2-3 semaines.
Entretien	200 à 450 mg/j, en 1 à 2 prises	Ajuster selon réponse clinique et effets secondaires. Prendre la dose la plus forte au coucher
Posologie élevée (si échec)	450 à 900 mg/j en 2 à 3 prises	Paliers supplémentaires de 100 mg selon tolérance et surveillance rapprochée
Dose maximale autorisée	Jusqu'à 900 mg/j (exceptionnel, surveillance étroite)	En pratique courante, maximum recommandé : 600 mg/j en France.
Reprise après arrêt >48h	Recommencer à 12,5 mg	Re-titrer comme en initiation pour éviter effets indésirables graves.

Clozapine (Leponex et génériques) : évolution des conditions de prescription et de délivrance



Agence nationale de sécurité du médicament
et des produits de santé

ACTUALITÉ

Clozapine

Prescription initiale
possible en ville
à partir du
1er avril 2025



ansm



A+ A-



Clozapine : une prescription initiale désormais possible en ville



À compter du 1^{er} avril 2025, la prescription de la clozapine (Leponex et génériques), un antipsychotique, pourra être initiée par les spécialistes en psychiatrie, neurologie ou gériatrie exerçant en ville comme à l'hôpital.

Nous modifions les conditions de prescription et délivrance de ce médicament et supprimons l'obligation de la prescription initiale annuelle hospitalière, dans le but d'améliorer l'accès des patients à ce traitement.

La clozapine est un antipsychotique utilisé dans le traitement de la schizophrénie résistante et des troubles psychotiques liés à la maladie de Parkinson, lorsque les autres traitements se sont révélés inefficaces.

La prescription initiale de la clozapine était jusqu'à présent réservée aux psychiatres, neurologues et gériatres exerçant à l'hôpital. Les spécialistes hospitaliers devaient renouveler cette prescription annuellement, et dans cet intervalle, les renouvellements pouvaient être prescrits par ces mêmes spécialistes exerçant en ville.

À compter du 1^{er} avril, l'initiation et le suivi du traitement par clozapine pourront être réalisés par un psychiatre, neurologue ou gériatre, qu'il exerce en ville ou à l'hôpital.

Cette décision a été prise après concertations avec les représentants des professionnels de santé et des associations de patients. Elle a pour objectif d'améliorer l'accès des patients à ce traitement. Elle prend en compte le recul d'utilisation et le profil de sécurité de ce médicament. Ainsi, nous rappelons que l'utilisation de la clozapine nécessite un suivi médical strict, notamment en raison du risque d'agranulocytose (diminution sévère des globules blancs).

Les modalités de surveillance du risque d'agranulocytose restent inchangées. Une prise de sang doit être réalisée chaque semaine les 18 premières semaines du traitement puis tous les mois. Pour chaque prescription de clozapine, le médecin doit indiquer sur l'ordonnance la date de la dernière numération formule leucocytaire (NFL) et confirmer que les résultats sont dans les limites des valeurs usuelles. Il tient également à jour un carnet de suivi du patient.

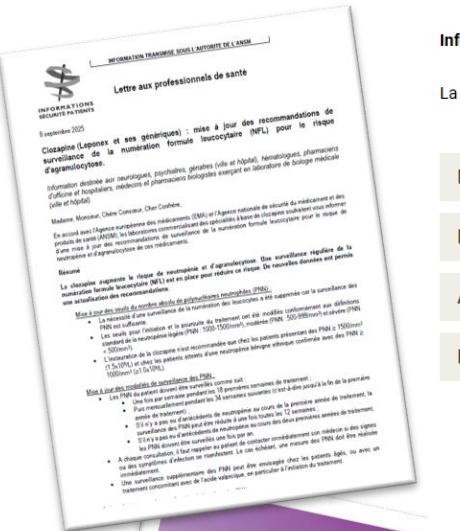
+ Téléchargez le carnet de suivi Clozapine

[Retour](#)

INFORMATIONS DE SÉCURITÉ > CLOZAPINE (LEPONEX ET SES GÉNÉRIQUES) : MISE À JOUR...

Clozapine (Leponex et ses génériques) : mise à jour des recommandations de surveillance de la numération formule leucocytaire (NFL) pour le risque d'agranulocytose

RISQUES MEDICAMENTEUX - MÉDICAMENTS - PUBLIÉ LE 08/09/2025



Information destinée aux neurologues, psychiatres, gériatres (ville et hôpital), hématologues, pharmaciens d'officine et hospitaliers, médecins et pharmaciens biologistes exerçant en laboratoire de biologie médicale (ville et hôpital)

La clozapine augmente le risque de neutropénie et d'agranulocytose. Une surveillance régulière de la numération formule leucocytaire (NFL) est en place pour réduire ce risque. De nouvelles données ont permis une actualisation des recommandations.

Mise à jour des seuils du nombre absolu de polynucléaires neutrophiles (PNN)

+

Mise à jour des modalités de surveillance des PNN

+

Actions à mettre en place en fonction de la valeur des PNN

+

Recommandations pour la surveillance des PNN lors de la reprise de la clozapine après une interruption de traitement pour des raisons non hématologiques

+

[Téléchargez le courrier destiné aux professionnels de santé \(08/09/2025\)](#)[Téléchargez le carnet de suivi à remettre au patient lors de l'initiation du traitement \(10/09/2025\)](#)

Carnet de suivi CLOZAPINE : risque d'AGRANULOCYTOSE

Carnet de suivi

Clozapine

Quels sont les médicaments concernés ?

LEPONEX 25 mg ou LEPONEX 100 mg ou un médicament générique. Le nom du médicament délivré par votre pharmacien ou prescrit par votre médecin est alors celui de la substance active (clozapine) suivie du nom du laboratoire et du dosage.

Pour plus d'informations consultez la base de données publique des médicaments : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

Ce carnet a fait l'objet d'actualisations majeures concernant les modalités de suivi du patient. Les versions antérieures ne doivent plus être utilisées. Nous invitons les prescripteurs à utiliser exclusivement cette nouvelle version, y compris pour les patients déjà sous traitement.

Le patient

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Ce carnet contient des informations personnelles importantes pour le suivi médical du patient. Si vous trouvez ce carnet, merci de bien vouloir contacter le patient ou un des médecins indiqués ci-contre.

Numération des neutrophiles initiale (avant mise sous traitement)

Neutropénie bénigne ethnique confirmée : Oui Non

Nombre absolu de neutrophiles (PNN) : _____

Date : _____

Le médecin

Médecin spécialiste initiateur de la prescription annuelle :

Nom : _____

Établissement (si applicable) : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Fax : _____

Renouvellement de la prescription : Médecin spécialiste :

Nom : _____

Établissement (si applicable) : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Fax : _____

Ce carnet doit être remis au patient lors de l'initiation du traitement.

Carnet de suivi CLOZAPINE : risque d'AGRANULOCYTOSE

Modalités de surveillance

Une **surveillance des PNN par semaine** durant les 18 premières semaines de traitement par clozapine,

PUIS, après les 18 semaines de traitement,

Une **surveillance des PNN au moins une fois par mois** pendant les 34 semaines suivantes (soit jusqu'à la fin de la première année),

PUIS, après les 12 mois de traitement et si le patient n'a pas présenté de neutropénie,

Une **surveillance des PNN une fois toutes les 12 semaines** pendant 1 an (soit jusqu'à la fin de la deuxième année de traitement),

PUIS après les 24 mois de traitement et si le patient n'a pas présenté de neutropénie,

Une **surveillance des PNN une fois par an** pendant toute la durée du traitement par clozapine.

Patients sans neutropénie bénigne ethnique confirmée

- Délivrance de clozapine
- Surveillance des PNN

Neutrophiles (nombre/mm³):
--- 1 500 ---

- PNN 2 fois par semaine jusqu'à stabilisation ou résolution des PNN
- Surveillance mensuelle tout au long du traitement

--- 1 000 ---

- Arrêt immédiat du traitement
- PNN tous les jours et surveillance médicale
- Ne pas réexposer le patient à la clozapine

--- 500 ---

- Hospitalisation

Patients avec neutropénie bénigne ethnique confirmée

- Délivrance de clozapine
- Surveillance des PNN

- Délivrance de clozapine
- Surveillance des PNN

- PNN 2 fois par semaine jusqu'à stabilisation ou résolution des PNN
- Surveillance mensuelle tout au long du traitement

- Arrêt immédiat du traitement
- PNN tous les jours et surveillance médicale
- Ne pas réexposer le patient à la clozapine

Un point
sur ...

Outils disponibles



PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE
MÉDICAMENTEUSE

Antipsychotiques et personnes
âgées : les pathologies
psychiatriques vieillissantes

Webinaire 3
5 décembre 2025 (13h-14h)

Une collaboration



next >

Fiches PTMI – OMEDIT CVDL- HDF



Protocole Thérapeutique Médicamenteux Infirmier (PTMI)

Outil d'aide à l'administration à destination des IDE à la suite d'une prescription médicale

Validation Comité Stratégique : Décembre 2020 - Mise à jour : janvier 2024

INDICATIONS – PRÉCAUTIONS

Antipsychotique à action prolongée (AAP).

Indication : Traitement d'entretien de la schizophrénie et du trouble schizo-affectif chez les patients adultes actuellement stabilisés par l'halopéridol oral.

Précaution d'emploi :

- Solution légèrement ambrée, légèrement visqueuse, exempte de particule visible
- Conservation à l'abri de la lumière, administration directement après la préparation
- Administration par **voie intramusculaire uniquement** (dans le muscle fessier)
- Administration **toutes les 4 semaines**
- **Ne pas confondre avec HALDOL® 5mg/ml**, forme immédiate, solution injectable IM transparente, administrée tous les jours

PRÉPARATION – MODALITÉS D'ADMINISTRATION – STABILITÉ

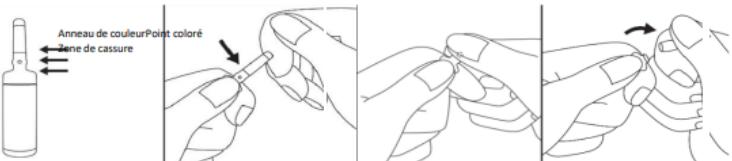
Posologie :

- Les posologies peuvent varier de 25mg à 300mg (**soit 6 ampoules**) toutes les 4 semaines
- Les posologies sont réduites chez le sujet âgé : il est recommandé de ne pas dépasser 75mg toutes les 4 semaines
- Les doses et la fréquence d'administration peuvent varier en fonction de la réponse et de la tolérance du patient

Présentation : Ampoule de 1 ml à 50mg/ml, solution injectable IM

Modalités de préparation selon prescription :

- Avant d'utiliser l'ampoule, la faire rouler brièvement entre les **paumes des mains** afin de réchauffer le produit.
Ne pas réchauffer le produit au bain-marie, ou par un moyen autre qu'entre ses mains.
- Casser le haut de l'ampoule d'un mouvement sec, comme le montre le schéma suivant :



- Prélever la quantité correspondant à la posologie prescrite par le médecin, directement dans l'ampoule à l'aide d'une seringue. Pour rappel **1 ml = 50 mg** d'Haldol Décanoas®.

Administration :

- En **IM profonde uniquement** dans le **muscle fessier (glutéal)**. Privilégier la zone ventro-glutéale (au niveau de la hanche) à la zone dorso-glutéale car elle est plus simple à localiser, moins douloureuse et plus sûre (absence de structure nerveuse et vasculaire). **Ne pas administrer dans le deltoïde. Ne pas administrer par voie intraveineuse.**
- Il est recommandé d'alterner les sites d'injections dans l'un et l'autre des deux muscles fessiers
- L'administration de volume supérieur à 3 ml n'est pas recommandée (inconfortable pour le patient). Dans le cas de doses > à 150mg (soit > 3ml), administrer la dose totale répartie sur **deux sites d'injection (fesse gauche et droite)**.

SURVEILLANCE – SURDOSAGE	
Si le patient présente un des signes cliniques suivants, contacter rapidement un médecin, il pourrait s'agir d'un surdosage au médicament :	
	<ul style="list-style-type: none"> - Apparition brutale de fièvre - Forte transpiration - Pâleur - rigidité musculaire - accélération des battements du cœur
Si le patient ressent les symptômes suivants, que doit-il faire ?	
Symptômes	Que faire ?
Douleur, rougeur, induration, gonflement au site d'injection	→ Consulter un médecin rapidement
Tremblements, rigidité, contractures musculaires (crampes)	→ En parler au médecin. Il pourra adapter le traitement ou corriger les effets
Somnolence, baisse de vigilance	→ Eviter de conduire ou d'utiliser des machines qui pourraient s'avérer dangereuses. En parler au médecin. Il pourra réévaluer le traitement
Insomnie, céphalée	→ En parler au médecin
Constipation	→ Modifier son alimentation : manger davantage de fibres (fruits crus, légumes verts), des pruneaux et des figues, boire suffisamment d'eau. Avoir une activité physique adaptée (marche...). Se présenter à la selle à heure régulière. En cas de douleurs abdominales et/ou de persistance de la constipation en parler au médecin ou pharmacien. Le médecin pourra envisager une prescription de laxatifs, type Lactulose (Duphalac®).
Prise de poids	→ Une augmentation de l'appétit peut apparaître surtout au début du traitement. Ceci nécessite une surveillance en cas de prise de poids supérieur à 5kg en 3 mois.
Troubles hormonaux : perturbation des règles, petits saignements, gonflement mammaire, écoulement de lait...	→ En parler au médecin
Troubles sexuels : diminution du désir, troubles de l'érection ou de l'éjaculation	→ En parler au médecin
Hypotension orthostatique, vertiges ou sensation de malaise en se levant (surtout en début de traitement)	→ Se lever lentement. Si position allongée, passer par la position assise avant de se lever. Si les symptômes persistent, vérifier sa tension artérielle
Troubles de la vision : vision floue, difficultés à lire	→ Eviter de conduire. Ces symptômes diminuent avec le temps, s'ils persistent, en parler au médecin ou pharmacien.
Bouche sèche	→ Boire souvent un peu d'eau. Mâcher une gomme sans sucre afin de stimuler la salivation. Utiliser un spray de salive artificielle. Avoir une bonne hygiène dentaire. En parler au médecin, qui pourra envisager une prescription de correcteurs d'insuffisance salivaire, type Anetholtrithione (Sulfarlem®).
Rétention urinaire	→ En parler au médecin, rapidement
Eruptions cutanées, démangeaisons	→ En parler au médecin, rapidement

Fiches des "Never events" spécifiques à la santé mentale – OMEDIT NAGG

Dépister le risque individuel

- Allongement du QT pré-existant
- Antécédents cliniques connus

Suivi clinique et ECG réguliers

Repérer les médicaments TORSADOGÈNES

LISTE NON EXHAUSTIVE

Contre-Indication de l'association de deux médicaments torsadogènes <ul style="list-style-type: none"> • (es)citalopram • dompéridone • hydroxyzine • pipéraquine • millepertuis 	ANTI-ARYTHMIQUES <ul style="list-style-type: none"> • amiodarone • disopyramide • dronedarone • hydroquinidine, sotalol 	ANTIPARASITAIRES <ul style="list-style-type: none"> • chloroquine • halofantrine • luméfantrine • pentamidine • pipéraquine • quinidine 	NEUROLEPTIQUES <ul style="list-style-type: none"> • amisulpride • chlorpromazine, cyamémazine • dropéridol, halopéridol, flupentixol • fluphenazine, lévomépromazine • oxybate de sodium • pimozide, pipaméprone, pipotiazine • sulpiride, tiapride, zuclopentixol
ANTINFECTIEUX <ul style="list-style-type: none"> • érythromycine IV • moxifloxacine • spiramycine • cotrimoxazole 	 Méthadone	SUBSTANCES NON MEDICAMENTEUSES <ul style="list-style-type: none"> • Cocaïne • CBD 	



Inhibiteurs/Inducteurs enzymatiques → ↑ concentration des médicaments torsadogènes

Dépister et corriger une HYPOKALIEMIE

Favorise l'apparition de troubles du rythme

Causes possibles

Causes médicamenteuses <ul style="list-style-type: none"> • Diurétiques de l'anse et thiazidiques • Corticoïdes • Amphotéricine B en IV • Laxatifs stimulants • Antiasthmatiques β2 agonistes à dose : (salbutamol ...) 	Autres causes <ul style="list-style-type: none"> • Consommation d'alcool • Phytothérapie : séné, rhubarbe, ricin, réglisse • Diarrhée importante
--	--

Dépister et corriger une BRADYCARDIE

Causes possibles

Antiarythmiques <ul style="list-style-type: none"> • Classe Ia : hydroquinidine, quinidine • Classe III : <ul style="list-style-type: none"> - amiodarone, digoxine, ivabradine - bêtabloquants - inhibiteurs calciques (diltiazem, vérapamil) 	Anticholinestérasiques <ul style="list-style-type: none"> • donépézil, galantamine, rivastigmine <p>Autres</p> <ul style="list-style-type: none"> • clonidine, fingolimod, lithium, méfloquine • opioïdes (méthadone, fentanyl, oxycodone) • pilocarpine, ticagrélor
--	--

En cas de doute, se rapprocher du centre régional de pharmacovigilance

- Thesaurus des interactions médicamenteuses ANSM
- Fiche médicament du Réseau PIC
- Flash santé HAS

Mise à jour Mai 2023

LISTE NON EXHAUSTIVE

CONSTIPATION d'origine médicamenteuse

ANTALGIQUES OPIOÏDES +++ <ul style="list-style-type: none"> • tramadol • codéine • méthadone • morphine • oxycodone • fentanyl • hydromorphone • buprénorphine 	Traitements de maladies métaboliques chroniques <ul style="list-style-type: none"> • AINS • Antihistaminiques • Antiagrégants plaquettaires • Inhibiteurs Pompe à Protons • Biphosphonates • Statines 	NEUROLOGIE <ul style="list-style-type: none"> • Antiparkinsoniens trihéxyphénidyle, tropépine 	NEUROLEPTIQUES <ul style="list-style-type: none"> • chlorpromazine • cyamémazine • halopéridol • pipaméprone • sulpiride • flupenthixol, zuclopentixol • clozapine, olanzapine • loxapine, quetiapine • pimozide • rispéridone • aripiprazole • amisulpride
ANTIHYPERTENSEURS <ul style="list-style-type: none"> • IEC • Inhibiteurs calciques • Bêtabloquants • Diurétiques 	Anticonvulsivants <ul style="list-style-type: none"> • prégabaline, carbamazépine 	Antinauséaux (sétrons) <ul style="list-style-type: none"> • Antibiotiques anti-H1/H2 	
ANTIDEPRESSEURS <ul style="list-style-type: none"> • imipraminiques • amitriptyline, imipramine, clomipramine 	ANTIDIABÉTIQUES ORAUX <ul style="list-style-type: none"> • gliclazide, répaglinide 	ISRS <ul style="list-style-type: none"> • fluoxétine, paroxétine, sertraline, (es)citalopram 	ONCOLOGIE <ul style="list-style-type: none"> • Anticancéreux oraux et Chimiothérapie
ANTICHOLOINÉGRIQUES <ul style="list-style-type: none"> • scopolamine 			

! L'association de ces médicaments majore la constipation et augmente le risque d'occlusion intestinale

POINTS CLES d'une bonne prise en charge

Constipation : fréquence des selles < 3/semaine

- Evaluation initiale : diagnostic + mise en pratique des règles hygiénodétiques
- J8 : réévaluation du transit
- Prescription de laxatifs → dans l'ordre de priorité :
 1. **laxatifs de test** : psyllium, ispaghul
 2. **laxatifs osmotiques** : lactulose, macrogol, hydroxyde de Mg
 3. **laxatifs lubrifiants** : paraffine
 4. **laxatifs stimulants** (max 10) : bisacodyl
 5. **laxatifs de contact** par voie rectale

Regles hygiéno-diététiques

- Alimentation : Repas riches en fibres, 3 repas par jour à heure régulière
- Hydratation (> 1,5l/j) : > 8 verres, en plus des apports du petit déjeuner
- Surveillance du transit : présentation régulière à la selle,
- Activité physique, massages abdominaux

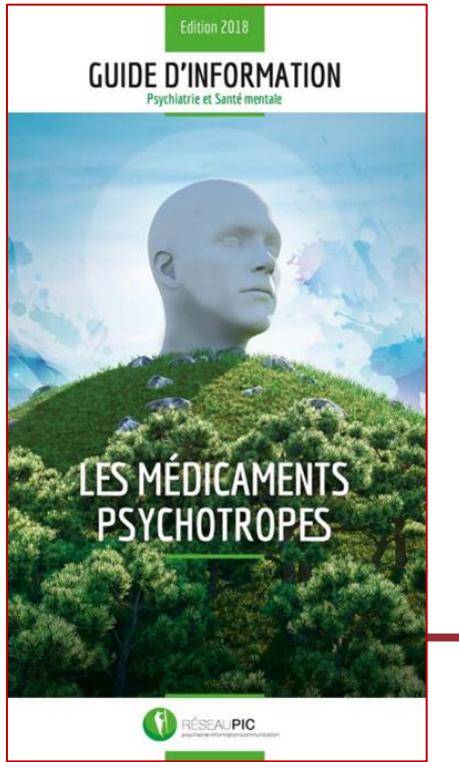
Alimentation : aliments trop gras, trop sucrés
Sédentarité

!

Consulter immédiatement si :

- sang dans les selles
- douleurs aiguës
- nausées/vomissements
- fièvre

Réseau PIC : Fiches psychotropes



Le Réseau PIC propose :

- des fiches d'information rédigées par les pharmaciens du réseau
- des fiches familles de psychotropes
- une application à télécharger sur Googleplay
- un guide des psychotropes
- Plus d'informations sur <http://www.reseau-pic.info/>

Fiches médicaments									
193 fiches rédigées par le réseau PIC									
Les Antidépresseurs		Les Antipsychotiques		Les Anxiolytiques		Les Hypnotiques		Les régulateurs de l'humeur	
Antidépresseurs	ABILIFY®	Antipsychotiques	ABILIFY® chez l'enfant	Anxiolytiques	ACAMPROSATE®	Hypnotiques	penfluridol	Les régulateurs de l'humeur	ABILITY MAINTENA®
ABILIFY®	Aripiprazole	ABILIFY®	Aripiprazole	ANAFRANIL®	ANAFRANIL®	ACEMAP®	AKINETON®	Normothymiques	Aripiprazole
ALPRAZOLAM	Alprazolam	AMISULPRIDE®	Amisulpride	ARTANE®	ARTANE®	ACEPAT®	BIPERIDENE	Alcool & psychotropes	Disponible sur App Store
ALPRAZOLAM	Alprazolam	AMISULPRIDE®	Amisulpride	ATARAX®	ATARAX®	AKINETON®	BIPERIDENE	Alcool & psychotropes	Disponible sur Google play
ARIPIPRAZOLE	Aripiprazole	ARIPIPRAZOLE chez l'enfant	Aripiprazole	BUSPIRONE®	BUSPIRONE®	ANAFRANIL® chez l'enfant	ANAFRANIL® chez l'enfant	ANXIOLYTIQUES chez l'enfant	ABILITY MAINTENA®
ARIPIPRAZOLE	Aripiprazole	ARIPIPRAZOLE chez l'enfant	Aripiprazole	BUSPIRONE®	BUSPIRONE®	Clomipramine	Clomipramine	Clomipramine	ABILITY MAINTENA®
BROMAZEPAM® chez l'enfant	Bromazepam	BUPRENORPHINE®	Buprénorphine	CITALOPRAM®	CITALOPRAM®	Clomipramine	Clomipramine	Clomipramine	ABILITY MAINTENA®
BROMAZEPAM® chez l'enfant	Bromazepam	BUPRENORPHINE®	Buprénorphine	CLOMIPRAMINE®	CLOMIPRAMINE®	Clomipramine	Clomipramine	Clomipramine	ABILITY MAINTENA®
CITALOPRAM®	Citalopram	CLOMIPRAMINE®	Clomipramine	CLOPIXOL®	CLOPIXOL®	Zuclopentixol	Zuclopentixol	Zuclopentixol à action prolongée	ABILITY MAINTENA®
CITALOPRAM®	Citalopram	CLOMIPRAMINE®	Clomipramine	CLOPIXOL® AP	CLOPIXOL® AP	Zuclopentixol	Zuclopentixol	Zuclopentixol à action prolongée	ABILITY MAINTENA®
CLOPIXOL® ASP	Clopixol® ASP	CLOPIXOL® ASP	Clopixol® ASP	CLOPIXOL® ASP	CLOPIXOL® ASP	Zuclopentixol à action prolongée	Zuclopentixol à action prolongée	Zuclopentixol à action prolongée	ABILITY MAINTENA®



Réseau PIC : Fiches psychotropes



CLOZAPINE (LEPONEX®) ANTIPSYCHOTIQUE

Comprimé sécable à 25 mg et 100 mg ivoire ou blanc

QUEL BÉNÉFICE ATTENDRE DE CE MÉDICAMENT ?

Les antipsychotiques sont prescrits pour soulager la souffrance psychique. Ils ne modifient pas la personnalité mais au contraire vont vous permettre de la retrouver. Ils vous aident à vous rassembler à l'intérieur de vous et à gérer votre vie quotidienne. Ils calment la tension intérieure, l'angoisse et l'agressivité. Ils réduisent ou suppriment les désordres de la pensée (délires, hallucinations). Ils vous aident à garder le contact et à communiquer avec les autres

Ce médicament occupe une place importante dans votre projet de soins en vous aidant à diminuer progressivement les symptômes liés à la maladie. Mais le médicament n'est pas suffisant pour assurer à lui seul votre rétablissement. Il est aussi nécessaire de bénéficier d'un accompagnement adapté reposant sur le lien avec les soignants, vos proches et les professionnels du social.

COMMENT PRENDRE VOTRE MÉDICAMENT ?

Il doit être pris chaque jour, à heure régulière, en respectant les posologies prescrites sur votre ordonnance. Ce médicament se prend en général en deux prises, le matin et le soir, avec un verre d'eau, avant, pendant, ou après le repas, en position assise ou debout.
En cas d'oubli d'une prise : si le retard est de moins de deux heures prendre immédiatement le médicament. Au-delà de deux heures, sauter la prise et prendre la quantité prescrite la fois suivante. Ne doublez jamais les doses pour compenser l'oubli d'une prise.

QUELS EFFETS INDESIRABLES PEUVENT APPARAITRE ?

Ces effets indésirables peuvent ne jamais apparaître et sont différents d'une personne à l'autre. La grande majorité des effets indésirables ne sont pas graves. Certains régressent, dès les premières semaines du traitement. Il faut les connaître pour pouvoir les identifier ou les éviter et, dans tous les cas, en parler à votre médecin qui recherchera une solution pour les atténuer, voire les faire disparaître.

Effets	Que dois-je faire ?
Impatiences, akathisie (besoin de bouger constamment), sensation de tension interne	Parlez-en à votre médecin pour adapter le traitement, voire corriger ces effets.
Tremblements, rigidité, contractures musculaires (crampes)	Parlez-en à votre médecin pour adapter le traitement, voire corriger ces effets.
Maux de tête, céphalées	Reposez-vous. Evitez les substances pouvant favoriser vos maux de tête (excitants, café, chocolat...) Ces symptômes diminuent avec le temps, s'ils persistent, demandez l'avis de votre médecin ou pharmacien.
Somnolence, baisse de vigilance, fatigue,	Evitez de conduire ou d'utiliser des machines qui pourraient s'avérer dangereuses. Parlez-en au médecin qui pourra éventuellement réévaluer les doses et leur répartition dans la journée
Constipation	Favorisez les aliments contenant des fibres (fruits crus, légumes verts), mangez des pruneaux et des figues et buvez suffisamment d'eau, en particulier le matin à jeun. Pratiquez une activité physique adaptée (marche). Présentez-vous à la selle à heure régulière. En cas de douleurs abdominales et/ou de persistance de la constipation contactez votre médecin ou votre pharmacien
Prise de poids	Une augmentation de l'appétit peut apparaître surtout au début du traitement. Ceci nécessite une surveillance (voir ci-après).
Troubles hormonaux : Perturbation des règles, petits saignements, écoulement de lait...	Parlez-en aux soignants et/ou à votre médecin
Troubles sexuels : Diminution du désir, troubles de l'érection, de l'ejaculation...	Parlez-en aux soignants et/ou à votre médecin



Effets

Hypotension orthostatique, vertiges ou sensation de malaise en se levant (surtout en début de traitement)

Accélération des battements du cœur

Hypersalivation

Troubles de la vision : vision floue, difficultés à lire

Incontinence urinaire

Rétention urinaire

Que dois-je faire ?

Levez-vous lentement. Si vous êtes couché, asseyez-vous un moment avant de vous lever doucement. Si les symptômes persistent, faites vérifier votre tension artérielle.

Peut apparaître surtout en début de traitement. Parlez-en à votre médecin.

Parlez-en à votre médecin qui pourra vous prescrire un médicament atténuant les symptômes.

Evitez de conduire. Ces symptômes diminuent avec le temps, s'ils persistent, demandez l'avis de votre médecin ou pharmacien.

Parlez-en aux soignants et/ou à votre médecin.

Contactez rapidement votre médecin.

Cette fiche fait mention d'effets indésirables parmi les plus fréquemment rencontrés et souvent décrits en consultations par les patients ; d'autres effets peuvent apparaître (voir notices complètes) ; parlez-en avec votre médecin ou votre pharmacien.

QUE SURVEILLER PENDANT LE TRAITEMENT ?

Prélèvement de sang : Il est important, avec ce médicament, de contrôler le nombre de globules blancs. Pour cela une analyse de sang devra être faite chaque semaine pendant les dix-huit premières semaines de votre traitement, puis une fois par mois. Les résultats seront notés par votre médecin sur votre carnet de suivi. Il est recommandé de présenter ce carnet au pharmacien d'officine.

Le poids : Certains neuroleptiques peuvent entraîner une prise de poids. Certains patients grossissent, d'autres pas. Pour éviter une surcharge pondérale, il convient dès le début du traitement, de surveiller régulièrement son poids (une fois par semaine le premier mois, puis mensuellement), d'éviter les sucreries, les boissons sucrées, les grignotages entre les repas, de pratiquer une ou des activités physiques. Une prise de poids supérieure à 5 kg après trois mois de traitement nécessite une consultation diététique.

Le cœur : Certains antipsychotiques impliquent une surveillance cardiaque, la réalisation d'un ECG s'avère alors nécessaire, demandez l'avis de votre médecin.

Les dents : Faites-les surveiller régulièrement (une fois par an) car ce médicament favorise l'apparition de caries. Brossez-les, si possible, après chaque repas, et sinon au moins une fois par jour, avant de vous coucher.

La peau : Evitez de vous exposer au soleil. Utilisez une crème écran total indice 50 et portez un tee shirt, un chapeau et des lunettes de soleil avant toute exposition.

Les signes d'alerte : Prévenir immédiatement votre médecin en cas d'apparition brutale de fièvre, forte transpiration, pâleur, rigidité musculaire ou accélération des battements du cœur ; ou encore de mal de gorge important comme dans une angine.

QUELLES PRÉCAUTIONS A OBSERVER ?

Hygiène de vie : Evitez les situations répétées de manque de sommeil et la consommation d'excitants : café, thé, cola, drogues.

L'alcool : La prise d'alcool est contre indiquée, surtout en début de traitement, car elle peut entraîner une somnolence excessive, augmenter les effets indésirables, le mal-être et l'angoisse. Par la suite, une consommation très modérée est possible. Parlez-en avec votre médecin.

Les drogues : La consommation de ces produits peut favoriser une réapparition des hallucinations liées à votre maladie, de plus elle s'oppose à la réussite de votre traitement.

Les médicaments : Ne prenez pas de médicaments non prescrits par votre médecin. Demandez l'avis de votre médecin ou pharmacien car les interactions entre les médicaments peuvent être dangereuses.

La conduite de véhicules et l'utilisation de machines : Soyez très prudent : demandez l'avis d'un professionnel de santé.

Projet de grossesse : Parlez-en à votre médecin. Lui seul sera à même d'évaluer la poursuite du traitement.

LA REGULARITÉ DU TRAITEMENT

La prise régulière du traitement conditionne son efficacité. Vous pouvez préparer un semainier pour ne pas oublier de prendre votre traitement. La poursuite du traitement est indispensable pour obtenir une stabilité psychique. Par contre, une interruption brutale du traitement vous expose à un mal-être (rebond d'angoisse, d'insomnie, contractures) dans les jours qui suivent et/ou à plus long terme, à une rechute.

L'arrêt du traitement doit toujours être décidé en accord avec votre médecin prescripteur. Il doit être progressif sur plusieurs semaines.

Cette fiche d'information a été réalisée par les professionnels de santé du Réseau P.I.C. (Psychiatrie- Information - Communication). Toutefois, cette fiche est un support d'information non exhaustif qui doit vous permettre d'en parler plus largement avec votre médecin ou pharmacien. Vous pouvez également consulter la fiche plus détaillée sur le site reseau-pic.info



RÉSEAUPIC
psychiatrie-information-communication

Un point
sur ...

Le TDM ou STP suivi thérapeutique pharmacologique pour les PSYCHOTROPES



Optimisation de la
Pharmacothérapie
de la Personne Âgée

PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE
MÉDICAMENTEUSE

Antipsychotiques et personnes
âgées : les pathologies
psychiatriques vieillissantes

Webinaire 3
5 décembre 2025 (13h-14h)

Une collaboration



STP/ TDM des antipsychotiques

Le suivi thérapeutique pharmacologique STP traduit du TDM pour « Therapeutic Drug Monitoring » à savoir le dosage des taux plasmatiques ou sériques des médicaments psychotropes sert à révéler les caractéristiques pharmacocinétiques chez le patient individuel .

➤ Il représente donc un **outil pour l'optimisation de la thérapie.**

Les recommandations publiées ces dernières décennies à propos du dosage sanguin de médicaments psychotropes à des fins thérapeutiques proviennent essentiellement du groupe TDM de l'Association de neuropsychopharmacologie et pharmacopsychiatrie (Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie, AGNP)

Le groupe AGNP-TDM a publié en 2017 une version de leurs recommandations basées sur un consensus, considérablement augmentée, mise à jour et librement accessible sur internet*
(site : www.agnp.de; <https://agnp.de/die-agnp/arbeitsgruppen/therapeutisches-drug-monitoring/>)

Le TDM est fortement recommandé en cas de:

- non-réponse au traitement
- présence d'effets secondaires ou d'interactions médicamenteuses

Pour aller plus loin: [Monitoring thérapeutique des psychotropes](https://agnp.de/die-agnp/arbeitsgruppen/therapeutisches-drug-monitoring/)

Niveaux de recommandation

2019

Le TDM peut être, selon les psychotropes, **obligatoire** :p.ex lithium

En clinique, il y a **unanimité sur la nécessité des dosages sanguins pour le lithium**, car il présente une marge thérapeutique étroite. Des taux trop bas ont comme conséquence une inefficacité du médicament tandis que des taux trop élevés présentent un risque de toxicité

Le groupe AGNPTDM a ainsi défini 4 niveaux de recommandation:

- Niveau 1: «fortement recommandé» (p.ex. **clozapine, olanzapine**)
- Niveau 2: «recommandé» (p.ex. la rispéridon)
- Niveau 3: «utile» (p.ex. la fluoxétine)
- Niveau 4: «potentiellement utile» (p.ex. l'agomélatine)

➤ Le niveau 1 (fortement recommandé) s'applique à 19 des 154

Tab. 1	Indications pour le dosage sanguin de médicaments (Therapeutic Drug Monitoring, TDM) psychotropes*
TDM obligatoire (pour des médicaments pour lesquels il existe un niveau de recommandation élevé pour le TDM)	<ul style="list-style-type: none">– Optimisation de la dose après le début du traitement ou après la modification de la dose de médicaments à haut niveau de recommandation pour le TDM– Raisons basées sur des considérations de sécurité de la médication (p.ex. lithium ou carbamazépine)
Sélection d'indications spécifiques pour le TDM (pour des médicaments, indépendamment du niveau de recommandation pour le TDM)	<ul style="list-style-type: none">– Suspicion de prise irrégulière du médicament, adhérence insuffisante au traitement– Aucune réponse ou réponse insuffisante au traitement à des doses recommandées– Effet indésirable, mais amélioration clinique lors d'un traitement à des doses recommandées– Réapparition de la symptomatologie sous doses adéquates– Analyse de la concentration sanguine du médicament afin de déterminer la concentration sanguine individuelle optimale, lorsque le patient a atteint le résultat thérapeutique visé– Traitement combiné avec des médicaments connus pour leur potentiel d'interaction ou lorsqu'une interaction est suspectée– Présence d'une particularité génétique dans le métabolisme du médicament (mutant défectueux, multiplication de gènes)– Patients enceintes ou allaitantes– Enfants, adolescents– Patients âgés (≥ 65 ans)– Patients qui présentent un déficit intellectuel– Patient psychiatrique forensique– Patient présentant une comorbidité qui peut influencer le métabolisme de médicaments (déficit fonctionnel hépatique ou rénal, maladie cardiovasculaire)

* Les aspects théoriques et pratiques en relation avec les différentes indications sont traités en détail dans les Recommandations basées sur un consensus.

En pratique, recours au STP/ TDM

- Doute sur l'observance malgré l'interrogatoire du patient et de son entourage
- Suspicion de surdosage médicamenteux
- Survenue d'effets indésirables à des posologies faibles et donc doute sur un profil de métaboliseur lent
- Résistance thérapeutique et doute sur un profil de métaboliseur rapide ou ultra-rapide
- Certaines molécules à surveillance biologique obligatoire (sels de lithium)
- Introduction ou retrait d'un autre médicament inducteur ou inhibiteur enzymatique dans l'ordonnance du patient
- Patient ayant subi une résection gastro-intestinale ou une chirurgie bariatrique médicaments examinés.



- « Rassurer » le clinicien si appréhension à augmenter la posologie du traitement à une dose inhabituelle à sa pratique.
- Limiter le risque de pseudo-résistance thérapeutique par insuffisance posologique.



PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE
MÉDICAMENTEUSE

Antipsychotiques et personnes
âgées : les pathologies
psychiatriques vieillissantes

Webinaire 3

5 décembre 2025 (13h-14h)

Optimisation de la
Pharmacothérapie
de la Personne Âgée

Une collaboration



Vos questions

Fin du webinaire replay et supports disponibles



Optimisation de la Pharmacothérapie de la Personne Âgée

PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE

Antipsychotiques et personnes âgées : TNC et syndrome confusionnel

Webinaire 1 :
3 avril 2025 (13h-14h)

PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE

Antipsychotiques et personnes âgées : TNC et syndrome confusionnel

Webinaire 2
24 avril 2025 (13h-14h)



Optimisation de la Pharmacothérapie de la Personne Âgée

PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE

Antipsychotiques et personnes âgées : les pathologies psychiatriques vieillissantes

Webinaire 3
5 décembre 2025 (13h-14h)



next >

Page dédiée OMéDIT HDF:

<https://omedit-hdf.arshdf.fr/antipsychotiques-et-personnes-agees-tnc-et-syndrome-confusionnel-webinaires-inter-regionaux/>

Page dédiée OMéDIT Nor

<https://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/personne-agee-optimisation-medicamenteuse/webinaires/webinaires,5393,12460.html>

CR3PA :

<https://www.cr3pa.fr/seminaires-et-webinaires>



Optimisation de la
Pharmacothérapie
de la Personne Âgée

PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE
MÉDICAMENTEUSE

Antipsychotiques et personnes
âgées : les pathologies
psychiatriques vieillissantes

Webinaire 3
5 décembre 2025 (13h-14h)

Une collaboration



next >

MERCI A TOUS