



# Psychotrope en gériatrie Utile ou futile ?

**Dr Ch. Dumont**  
**Médecin Gériatre**



# Psychotropes ?

---

**Neuroleptiques**

**Benzodiazépines**

**Antidépresseurs**

**Anticholinestérasiques**

**Autres ...**

# Introduction

	A domicile	En institution
≥ 1 médicament	89 %	94,9 %
> 4 médicaments	40,4 %	56 %
Psychotropes	39,1 %	66,4 %
Benzodiazépines	31,9 %	42,9 %

Etude Paquid (Bordeau)

# Introduction



**Tableau 11.** Association entre médicaments et chutes chez les personnes âgées (adapté de Leipzig [99, 100]).

Médicaments psychotropes et analgésiques	OR	Médicaments cardio-vasculaires	OR
Psychotropes	1,73 (1,52-1,97)	Diurétiques	1,08 (1,02-1,16)
Antidépresseurs tricycliques	1,51 (1,14-2,00)	Bêta-bloquants	0,93 (0,77-1,11)
Tous antidépresseurs	1,66 (1,41-1,95)	Anti-HTA centraux	1,16 (0,87-1,55)
Neuroleptiques	1,50 (1,25-1,79)	IEC	1,20 (0,92-1,58)
Sédatifs ou hypnotiques	1,54 (1,40-1,70)	Inhibiteurs calciques	0,94 (0,77-1,14)
Benzodiazépines	1,48 (1,23-1,77)	Dérivés nitrés	1,13 (0,95-1,36)
Opiacés	0,97 (0,78-1,20)	Antiarythmiques type 1a	1,59 (1,02-2,48)
Analgésiques non opiacés	1,09 (0,88-1,34)	Digoxine	1,22 (1,05-1,42)
AINS	1,16 (0,97-1,38)		
Aspirine	1,12 (0,80-1,57)		

Leipzig et al. Drugs and falls in older people : a systematic review and meta analysis. Psychotic drugs JAGS 1999

Leipzig et al. Drugs and falls in older people : a systematic review and meta analysis. Cardiac and analgesic drug. JAGS 1999



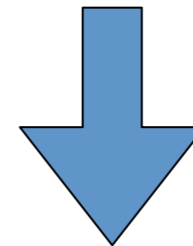
# NEUROLEPTIQUES

---

## En institution

>50% des résidents ont des déficits cognitifs

>75% des résidents = désordre mental à un moment donné



***troubles du comportement sont les plus fréquents***

***« sur-utilisation historique des antipsychotiques »***

# NEUROLEPTIQUES

QT

EPS - dyskinésie tardive

Hypotension orthostatique

Sédation

Epilepsie

## EFFETS INDÉSIRABLES

Prolactinémie


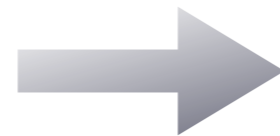
transaminites

Effets anticholinergiques

Gain de poids - diabète

# NEUROLEPTIQUES

- Exemple de l'allongement du **QT**
- 4% (Haloperidol - Olanzapine - Risperidone)
- 11% (Quetiapine)
- 21% (Ziprasidone (Geodon))
- 29% (Thioridazine)



Haut risque chez patients âgés  
(torsade de pointe)

Pfizer, Inc. Study report of ziprasidone clinical pharmacology protocol. Rockville, Md.: FDA Center for Drug Evaluation and Research Division of Cardioresnal Drug Products Consultation; June 14, 2000

# NEUROLEPTIQUES

Typiques	Atypiques
1. EPS ++	1. EPS -
2. Dyskinésies tardives	2. Dyskinésies tardives -
3. Altération cognitive	3. Moins d'interférences avec fct° cholinergique
4. difficultés pour <ul style="list-style-type: none"><li>- Maladie à corps de Lewy</li><li>- Maladie de Parkinson</li></ul>	4. Mieux toléré ...
5. Co-morbidités	5. Meilleur profil
6. Expérience +++	6. Moins d'expérience

# NEUROLEPTIQUES

	RISPERIDONE	OLANZAPINE	QUETIAPINE	HALOPERIDOL
→ Muscarinique	-	+++++	+++	-
→ Histaminique	++	++++	++++	-
→ Adrenergique	+++	+++	++++	++
→ Dopamine	++++	+++	++	+++++
→ Serotonine	+++++	++++	+	+

## Atypiques ...

- Plus grande affinité pour réc. dopamine D2
- Potentiel antagonisme sérotonine

→ EPS --

Clozapine ++  
Olanzapine ++  
Quetiapine +



Sedation  
Effet Anticholinergique  
Hypotension orthostatique

Risperidone



Agressivité - agitation  
Indication DTA (enreg.belge)

Berman, I, Merson, A, Rachov-Pavlov, J. Risperidone in elderly psychiatric patients: an open-labeled trial. Am J Geriatr Psychiatry 1996; 4:173

Kumar, V. Use of atypical antipsychotic agents in geriatric patients: a review. Int J Geriatr Psychopharmacol 1997; 1:15

# NEUROLEPTIQUES



	EBM	Doses	Cognition	PD/DCL	BPSD
Clozapine	++	<200 mg	+–	OK	+
Risperidone	++++	1–2 mg	OK	0.25 mg	+++
Olanzapine	+	5 mg	--	NON	+–
Quetiapine	Tariot	125 mg	?	OK	?
Amisulpride	-	200 mg	++	?	?

# NEUROLEPTIQUES

- ④ Olanzapine - Risperidone  $\begin{matrix} \nearrow \times 3 \\ \searrow \times 2 \end{matrix}$  AVC/AIT  
Mortalité
- ④ EMEA = Olanzapine : pas d'indication démence
- ④ EMEA = Risperidone : ? "enregistrement belge"
- ④ Pas de preuve pour les autres : mais risque non exclu
- ④ Selection : patients à risque (âge - atcds)

# Que dire par rapport aux typiques ?

## Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study

Sudeep S Gill, Paula A Rochon, Nathan Herrmann, Philip E Lee, Kathy Sykora, Nadia Gunraj,  
Sharon-Lise T Normand, Jerry H Gurwitz, Connie Marras, Walter P Wodchis, Muhammad Mamdani

*BMJ* 2005;330;445-;

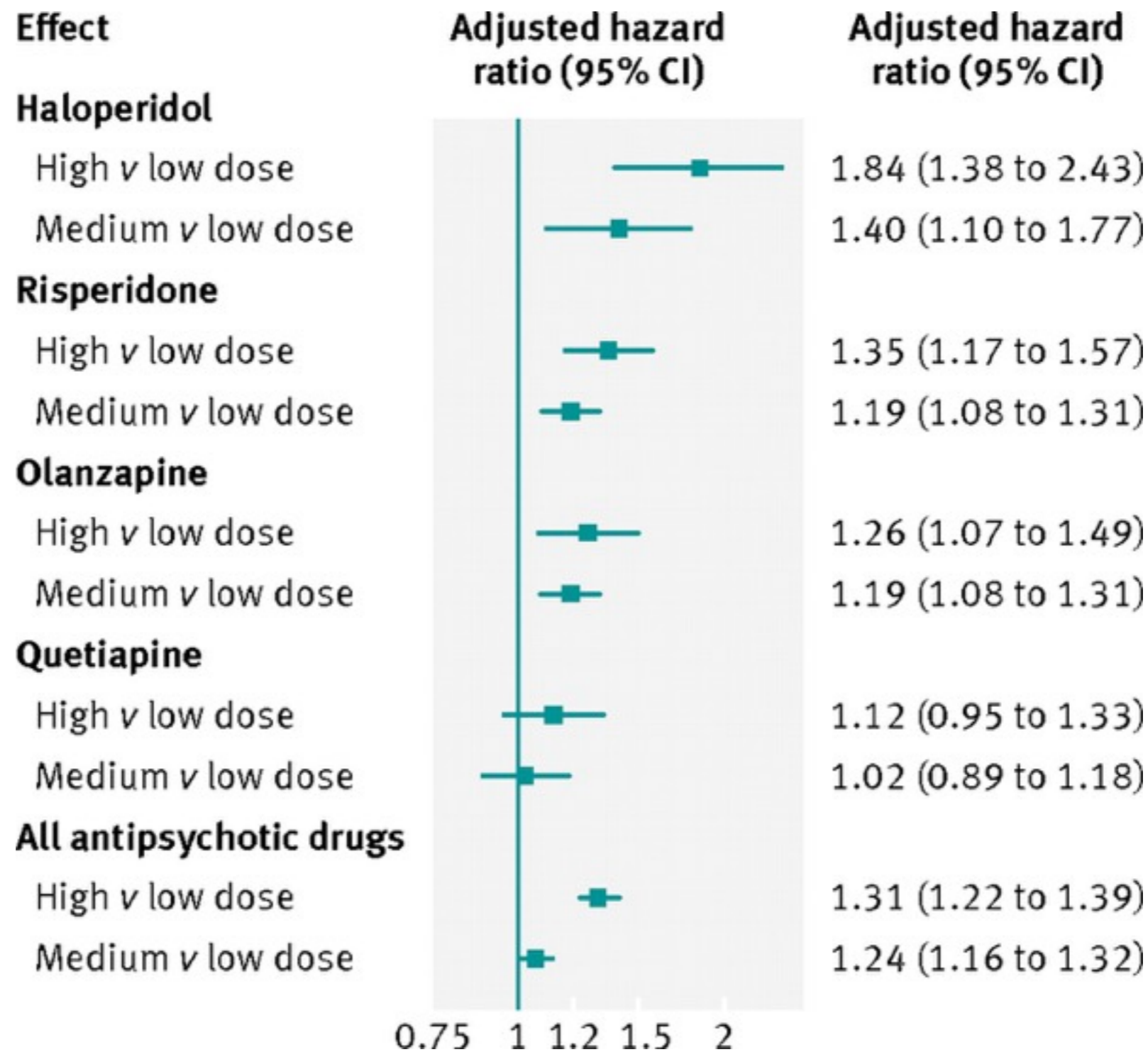
**Table 2** Event rates and hazard ratios for older adults with dementia receiving atypical or typical antipsychotics

Main analysis (full cohorts)	Atypical antipsychotic cohort (n=17 845)	Typical antipsychotic cohort (n=14 865)
No (%) of new admissions for ischaemic stroke	284 (1.6)	227 (1.5)
Mean (SD) duration of follow up (days)	227.2 (264.0)	250.1 (335.4)
Crude event rate (No of events per 1000 person years)*	25.5	22.3
Unadjusted hazard ratio (95% CI)	1.06 (0.89 to 1.27)	1.00
Adjusted hazard ratio (95% CI)†	1.01 (0.81 to 1.26)	1.00

\* (No of events/total No of days per 365 days)×1000.

† Adjusted for age; sex; low income status; residence in long term care; frequency of medical contact; year of entry to cohort; history of stroke in past five years; history of atrial fibrillation; hypertension; diabetes mellitus; acute myocardial infarction in past three months; congestive heart failure; number of distinct drugs; chronic use (≥2 consecutive prescriptions) of antipsychotics; and baseline use of warfarin, antiplatelet drugs, antihypertensive drugs, angiotensin converting enzyme inhibitors, lipid lowering drugs, antidiabetic drugs, and hormone replacement therapy.

**Fig 4 Hazard ratios (adjusted propensity score) for death from causes other than cancer by dose of various antipsychotic drugs with low dose group of each drug as reference.**



# NEUROLEPTIQUES

---

- ◆ Patients (diabète-dyslip-obésité) : CI clozapine-olanzapine-typiques
- ◆ Parkinson : 1er choix : quetiapine et clozapine
- ◆ QT long ou IC : CI clozapine-typique
- ◆ Déficit cognitif, constipé, sec : 1er choix =Risperidone et 2ème choix =quetiapine
- ◆ Combinaison à proscrire :
  - ◆ Clozapine et Carbamazepine
  - ◆ Tricyclique et neuroleptique
  - ◆ Fluoxetine et typique peu incisif

## En résumé

Indication habituelle	Parfois indiqués	non indiqués
Schizophrénie	Manie sans psychose	« Nausée - vomissement »
Manie avec psychoses	Confusion	Irritabilité - hostilité
Démence avec agitation et psychose	Démence avec agitation sans psychose	dépression non psychotique sans anxiété sévère
Dépression majeure psychotique	Dépression majeure non psychotique	douleur neuropathique
Délire-hallucination	Anxiété majeure	Anxiété majeure généralisée
		Hypochondria - insomnie

# PSYCHOSE

# NEUROLEPTIQUES

Désordres	Durée avant changement de dose si échec	Durée pour arrêt après réponse
Confusion	1 jour	1 semaine
Démence avec agitation et psychose	5 jours	3 mois
Démence avec agitation sans psychose	7 jours	3 mois
Schizophrénie	14 jours	indéfini
Délire - hallucination	14 jours	6 mois à ...
Dépression majeure non psychotique	7 jours	2 mois
Dépression majeure psychotique	7 jours	6 mois
Dépression et anxiété sévère	14 jours	2 mois
Mania avec psychose	5 jours	3 mois
Mania sans psychose	7 jours	2 mois

Nom :                      Prénom :                      Ch:                      Date :

Désordres	Durée avant changement de dose si échec	Durée pour arrêt après réponse
Confusion	1 jour	1 semaine
Démence avec agitation et psychose ou pas	5 jours	3 mois
Délire - hallucinaion	14 jours	6 mois à ...
Dépression maj. non psychotique	7 jours	2 mois
Dépression majeure psychotique	7 jours	6 mois
Dépression et anxiété sévère	14 jours	2 mois

«Echelle» :

- NPI
- GDS

NOM	Sédatif	Doses max	Cognit/endocrino	PD/DCL	BPSD	prix
Clozapine	++++	<200 mg	+-/ non	OK	+	€
Risperidone	+-	1-2 mg	OK / OK	0.25 mg	+++	€
Olanzapine	++	5 mg	-- / non	NON	+-	€
Quetiapine		125 mg	? / ?	OK	?	€
Amisulpride	-	200 mg	++ / non	?	?	€
HaLoperidol	-	5 mg	? / non	NON	+++	€

Choix :

.....

Doses :

.....

Durée :

.....

# BENZODIAZEPINES

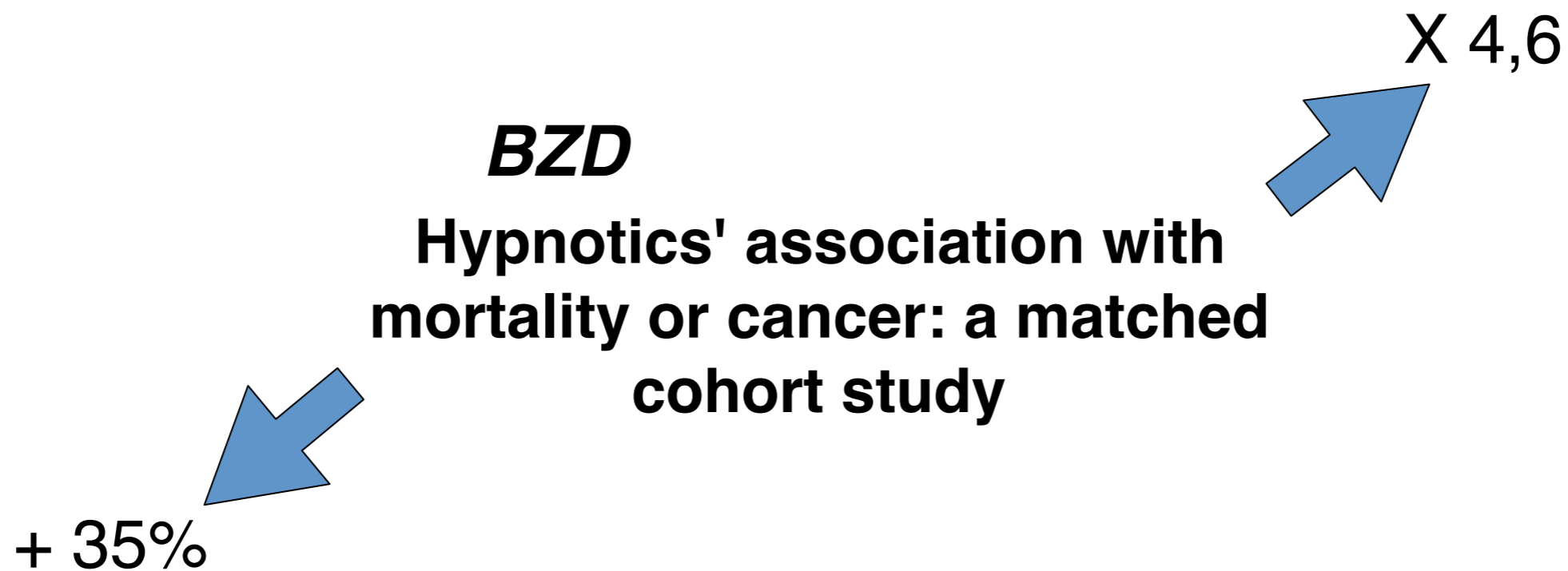
---

*L'usage des **BZD** en institution plus souvent chez :*

- ◆ souvent si antécédents de pathologies mentales ou de dépression
- ◆ sexe féminin
- ◆ état de santé moins bon
- ◆ association avec alcool (domicile)

# BENZODIAZEPINES

famille des benzodiazépines, comme le témazepam, les non-benzodiazépines, comme le zolpidem, les barbituriques et les sédatifs antihistaminiques



10.529 adultes, âgés de 54 ans en moyenne et ayant eu des ordonnances d'"hypnotiques" (médicaments pour dormir) entre janvier 2002 et janvier 2007. - Dr Daniel Kripke

# BENZODIAZEPINES

---

La règle lorsque l'utilisation est nécessaire

- ① - courte durée d'action : ex. lorazepam®
- ② - sont contraindiqués : longue durée d'action

- confusion
- déficit cognitif
- chute

# BENZODIAZEPINES

T <sub>1/2</sub> vie	anxiété	insomnie
----------------------	---------	----------

dosage gériatrique

COURT

Alprazolam® xanax	moyen	12 à 15	0,75	0,25
Lorazepam® Temesta	moyen	10 à 20	2	1
Oxazepam®	lent	3 à 21	30	15

LONG

Tranxène Clorazepate®	rapide	30 à 200	15	15
Valium Diazepam®	très rapide	30 à 100	2	1
Clonazepam® Rivotril	moyen	18 à 50	1,5	1,5
Prazepam® Lysanxia	lent	30 à 200	15	15

# AUTRES que benzodiazépine

---

## ZOLPIDEM

bonne alternative ?

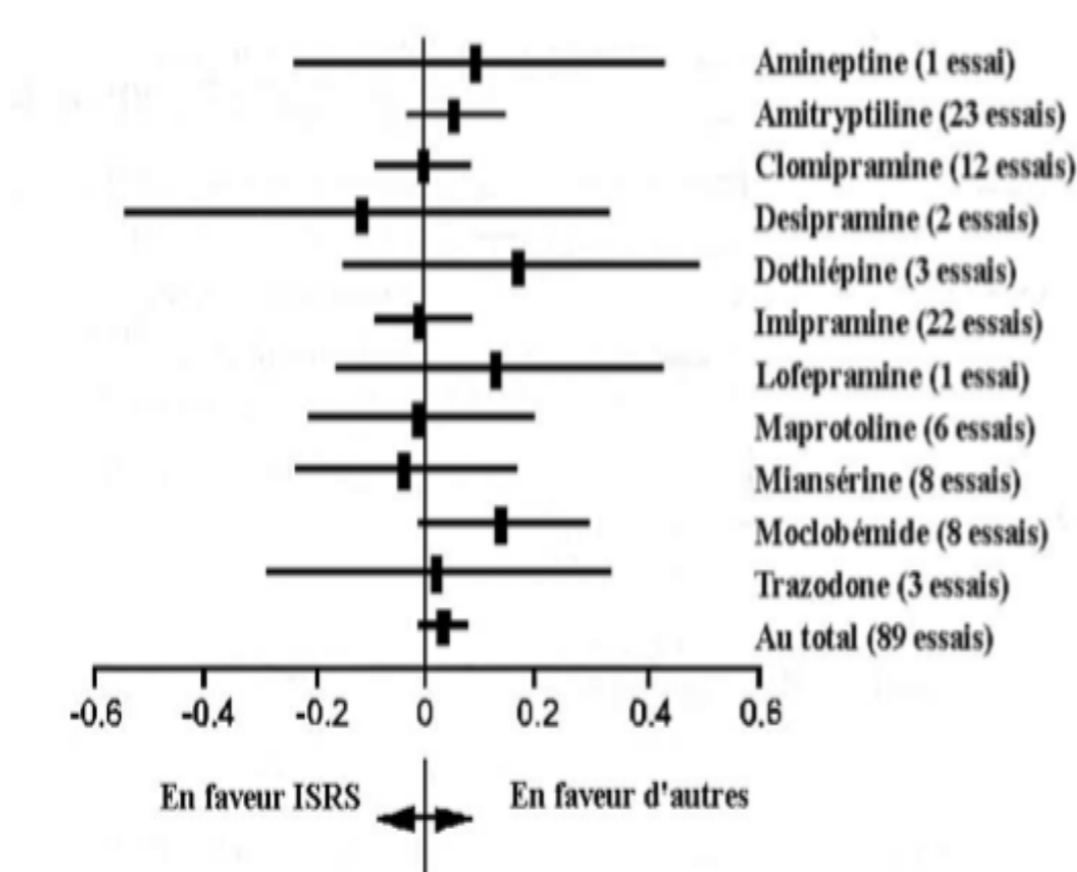
- excellent profil en gériatrie
- inducteur et maintenance de sommeil
- bien toléré (hallucination - vertige)
- PAS anxiolytique - PAS myorelaxant -  
PAS anticonvulsivant
- STUDY :>65 ans - fracture de hanche X 2

# ANTIDEPRESSEURS

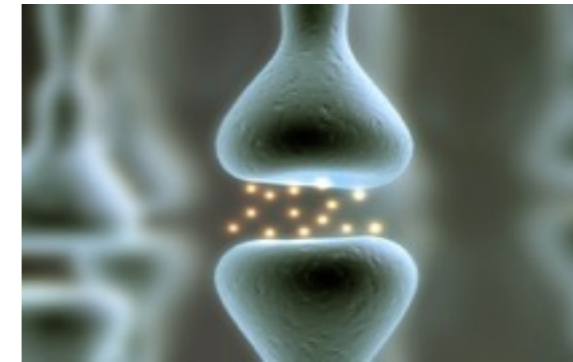
Comment prescrire ?

SSRI ?

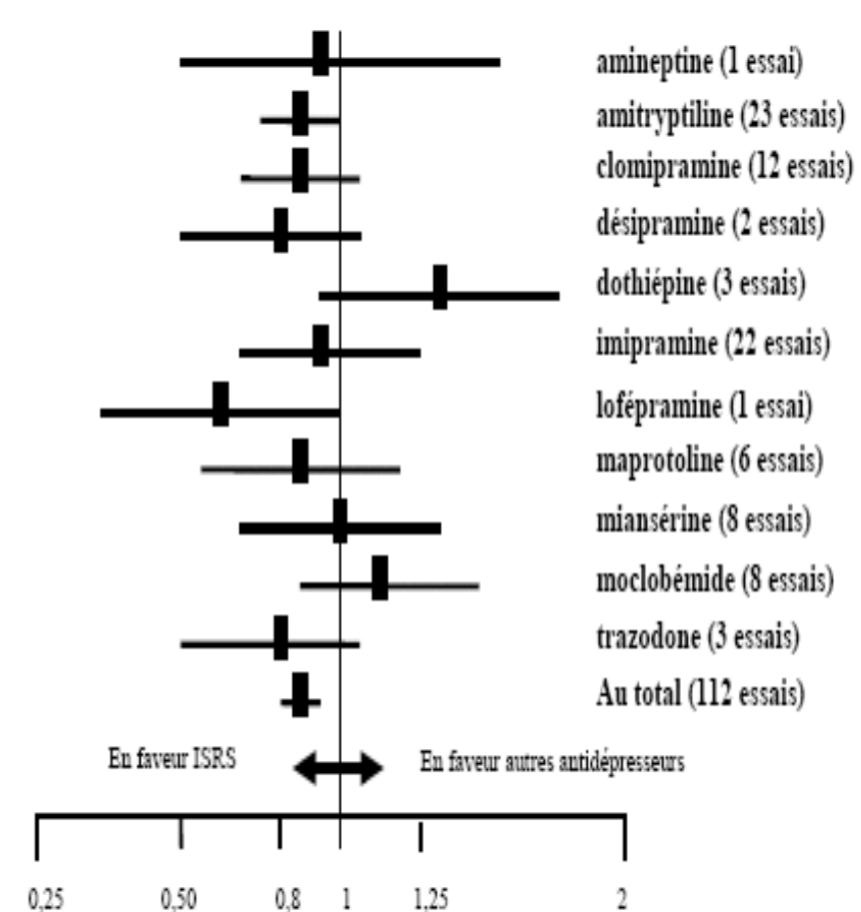
Efficacité ?



Centre for Health Services Research. The choice of antidepressants for depression in primary care. Evidence-based clinical practice



Tolérance ?





# ANTIDEPRESSEURS

## chez la personne âgée

- ✓ Peu d'essais disponibles
- ✓ Rappel: La démarche diagnostique est plus difficile (dépression masquée, masque psychosomatique, dépression iatrogène...).
- ✓ Le risque suicidaire est majeur
- ✓ Les imipraminiques doivent être évités en raison du risque atropinique
- ✓ (+- nortrilen)
- ✓ Les SSRI sont indiqués en première intention (mais effet extrapyramidal - digestif - hyponatrémie - AVK)
- ✓ La miansérine a fait l'objet d'études assez importantes chez le sujet âgé. Effet sédatif: administration le soir, augmentation progressive des doses

# S'y retrouver ?

IMAO-A  
Moclobémide  
(Aurorix)

Millepertuis HT

**Tri- et tétracycliques  
et apparentés (ATC)** HT  
NA  
X-pramine (pex clomipramine, Anafranil) Ach  
Y-ptyline (pex amitriptyline, Redomex) H<sub>1</sub>  
Z-épine (pex doxepine, Sinequan) α

**ISRS** HT  
Fluoxétine (Prozac)  
Fluvoxamine (Floxyfral)  
Sertraline (Serlain)  
Paroxetine (Seroxat)  
(es)Citalopram (Cipramil)

**IRSN** HT  
NA  
Venlafaxine (Efexor®) Ach  
Duloxetine (Cymbalta)

**Antag. α2** NA  
Mirtazapine (Remergon®) Ach  
H<sub>1</sub>

**SARI** HT  
H<sub>1</sub>  
Trazodone (Trazolan®)

**IRN** NA  
Réboxetine (Edronax®)

**Li+**

# ANTIDEPRESSEURS

FAMILLE	DCI	Voies d'administration	Biodisponibilité	Pic plasmatique	Fixation protéines plasmatiques	Premier passage hépatique	Métabolites actifs	Elimination rénale	1/2 vie élimination (h)	Nombre de prises/j	Précaution Foie	Précaution Rein
Imipraminiques	Clomipramine	PO IM, IVL	35-65% x 2	2 à 8 h	98%	oui	oui	70%	21	1	oui	oui
	Amoxapine	PO		2 à 8 h	90%	oui	oui	70%	8-30	3	oui	oui
	Amitriptyline	PO IM, IVL	25-50% x 2	2 à 8 h	90%	oui	oui	80%	22-40	1	oui	oui
	Maprotiline	PO	45-95%	2 à 8 h	90%	oui	oui	70%	45	1	oui	oui
	Dosulépine	PO		2 à 8 h	90%	oui	oui	oui	30	1	oui	oui
	Doxépine	PO IM, IVL		2 à 8 h	90%	oui	non	60%	10	2	oui	oui
	Trimipramine	PO	30-50%	2 à 8 h	95%	oui	oui	oui	24	1	oui	oui
	Imipramine	PO	25-50%	2 à 8 h	85%	oui	oui	80%	9-20	1	oui	oui
ISRS	Citalopram	PO IVL	80% 100%	2 à 4 h	< 80%	non	oui	15%	33	1	oui	oui
	Escitalopram	PO	80%	4 h	80%	non	oui	majoritaire	30	1	oui	oui
	Fluoxétine	PO		6 à 8h	95%	oui	oui	60%	4 à 6 j	1	oui	oui
	Fluvoxamine	PO	53%	3 à 8 h	80%	oui	non	90%	17-22	1 à 3	oui	oui
	Paroxétine	PO		2 à 8 h	95%	oui	non	70%	24	1	oui	oui
	Sertraline	PO		5 à 8 h	98%	oui	non	50%	26	1	oui	non
IRSN	Milnacipran	PO	85%	2 h	13%	non	non	90%	8	2	non	oui
	Venlafaxine	PO		2,4 h	30%	oui	oui	95%	5	2 à 3	oui	oui
	Venlafaxine LP	PO		6 h	30%	oui	oui	95%	15	1	oui	oui
	Duloxétine	PO	32-80%	6 à 10 h	96%	oui	non	oui	8-17	1	oui	oui
IMAO	Moclobémide	PO	80%	1 h	50%	oui	oui	95%	2-4	2-3	oui	non
« Autres antidépresseurs »	Miansérine	PO	30%	2-3 h	90%	non	non	70%	17	1-3	non	non
	Mirtazapine	PO	50%	2 h	85%	non	oui	oui	20 à 40	1-2	oui	oui
	Tianeptine	PO	95%	1 h	94%	oui	non	95%	2 h 30	3	non	oui

## Bonnes pratiques en MRS

- ✓ Les **SSRI** (citalopram, paroxetine, sertraline) sont souvent utilisés en première intention, mais ne sont **pas totalement dénués d'interactions médicamenteuses** qu'il faut connaître ( AVK, anti-arythmiques...mieux citalopram).
- ✓ Les **tricycliques imipramiques groupe 1** sont plutôt à éviter chez le sujet âgé dépressif (sauf résistance) car trop d 'effets secondaires (anticholinergiques).
- ✓ Un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la **noradrénaline** peut s'avérer très utile; aussi puissant qu'un tricyclique avec moins d 'effets secondaires.

## Bonnes pratiques en MRS

- ✓ Certains symptômes peuvent guider : anxiété (paroxetine) - apathie (bupropion) - insomnie (trazodone-mirtazapine) ...
- ✓ Choisir  $T_{1/2}$  courte = moins d'importance ...
- ✓ petite dose - lentement - savoir changer - attention sevrage - DUREE 6 à 12 mois...
- ✓ Souvent sous évalué (prév : 30 à 45% en MRS) ... donc sous-traité ! utiliser la bonne méthode diagnostic ...

## En bref ?

- ◆ SSRI : citalopram < paroxetine - **sertraline**
- ◆ Tricyclique : à éviter SSI «nortriptyline»
- ◆ NSRI : venlafaxine - bupropion (apathie)
- ◆ Mirtazapine : (poids) + sédatif : Trazodone
- ◆ Millepertuis : bof - interactions+++ - dépression légère
- ◆ Agomélatine : pas de preuve en gériatrie...

# LES NORMOTHYMIQUES

3% résidents en dehors de toute notion d'épilepsie

<b>BPSD chez déments</b>	<b>%</b>	<b>dose moy</b>
Dérivé valproate	84	639
Lithium	9	435
Carbamazépine	7	600

Une étude sur 51 patients : efficacité de carbamazépine sur BPSD (EI+++)

à propos de 2200 prescriptions en MRS (France) de N. Monnier et G. Ardiet

# Prise en charge problèmes comportementaux

Exclure causes médicales,  
environnementales  
et stress psychosocial



Echec solutions médicales,  
environnementales  
**NECESSITE DROGUES**

## DIAGNOSTIC

Etat psychotique  
ou  
tr. humeur avec psychose



R/ antipsychotique  
sans restriction

Démence



- cibler le trouble
- permanent ?
- psychose ?
- danger pour patient  
ou autrui ?

Insomnie



R/ hypnotique  
- 1/2 vie courte  
- limitée dans le tps

Agitation  
danger pour patient ou autrui  
ou  
anxiété / panique



R/ anxiolytique  
- 1/2 vie courte  
- limitée dans le tps



Echec thérapeutique

Ne pas prescrire de neuroleptique si :

- nervosité	- auto-négligence
- non coopération	- jambe sans repos
- perte mémoire	- déambulation
- dépression	- insomnie
- agitation non dangereuse	- anxiété
	- asociable

**SI PRESCRIPTION NEUROLEPTIQUE**

- titrer dosage (faible jusque objectif R/
- vérifier effets indésirables
- durée qqn jours à qqn mois selon dic

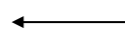
**Démence**



**confirmation  
troubles du comportement**

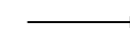


I AchE



Léger à modérée

modérée à sévère



I AchE + Mémantine

**Approche non pharmacologique**



*Préciser la symptomatologie*



*Dépression - anxiété*



*Etat maniaque*



*Etat psychotique*



*Agitation  
Agressivité*



**Initier un traitement  
« consentement »**



antidépresseur  
« SSRI »



neuroleptique atypique  
thymorégulateur



neuroleptique atypique



antidépresseur « SSRI »  
thymorégulateur  
trazodone

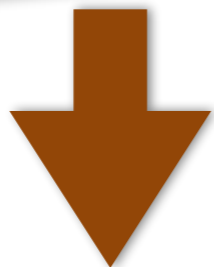


**combinaison  
« si échec monoR/ »**



Optimiser l'approche non pharmacologique

# AGITATION - AGRESSIVITE

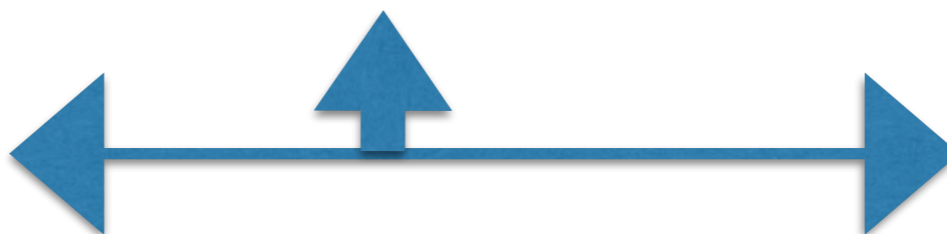


*exclure pathologie réversible*

## EVALUATION - NPI

**LEGER à MODERE**

**SEVERE**



**Approche non  
pharmacologique**



**Approche  
pharmacologique**

**Haloperidol i.m.  
ou  
NL atypique ± Bzd**

**NL atypique**

**antidépresseur  
trazodone  
thymorégulateur  
autres ...**

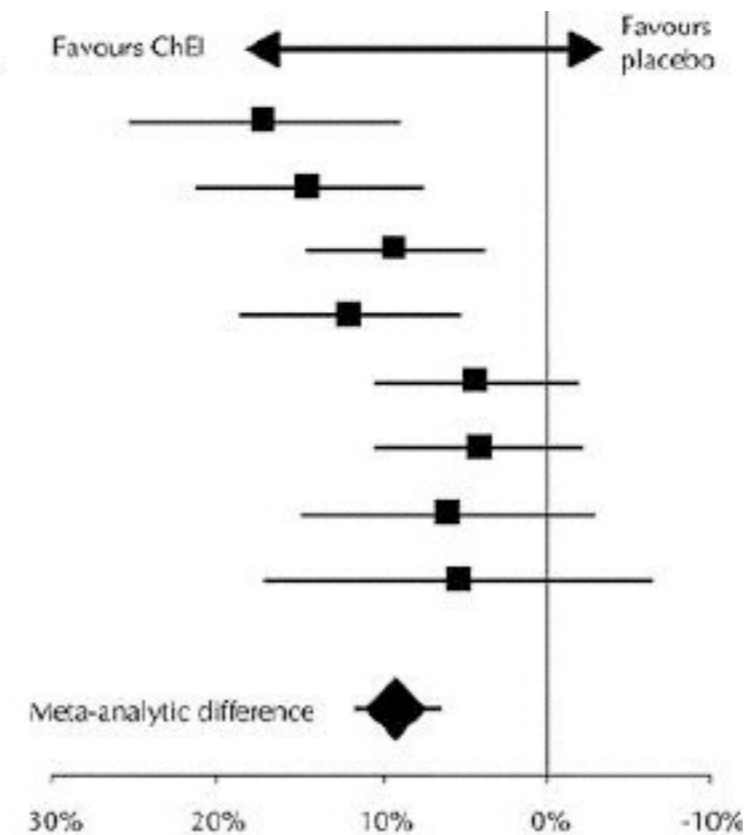
Currier J Clin Psy  
2001,62:153-7

Grossberg and al. Journal of gerontology 2003,58,331-53

# ANTICHOLINESTÉRASIQUES

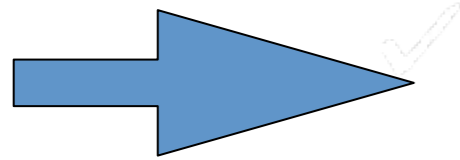
✓ basé par exemple sur le nombre de patient à traiter - number needed to treat (NNT)

Study	Cholinesterase inhibitor	ChEI responders	Placebo responders	Total subjects
Rogers, <sup>11</sup> 1998a	Donepezil	107/305	27/150	455
Rogers, <sup>10</sup> 1998b	Donepezil	76/298	17/152	450
Burns, <sup>12</sup> 1999	Donepezil	125/544	38/274	818
Rösler, <sup>18</sup> 1999	Rivastigmine	149/467	44/220	687
Raskind, <sup>20</sup> 2000	Galantamine	64/357	27/196	553
Wilcock, <sup>21</sup> 2000	Galantamine	84/414	33/203	617
Rockwood, <sup>24</sup> 2001	Galantamine	61/240	24/123	363
Wilkinson, <sup>23</sup> 2001	Galantamine	59/179	23/83	262



5159 sous IChE  
16 études

# ANTICHOLINESTÉRASIQUES



basé par exemple sur le nombre de patient à traiter - «number needed to treat» (NNT)

	NNT
✓ répondeurs globaux	12
✓ répondeurs cognitifs	10
stabilisation	7
amélioration légère	12
amélioration forte	42
✓ effets secondaires	12

NNT à 1 - ex. AB  
NNT entre 2-5 = effectif

ex. Thrombolyse avant 3h contre la dépendance NNT = 7

Etude 4S - NNT = 25 - Simvastatine  
prévention secondaire (angor) et tertiaire (IDM)  
Risque relatif : 0,70 soit réduction relative  
risque de 30%

# Quid du médecin en MRS

---

- Formulaire thérapeutique simplifié ? établir liste de médicaments «sécure» et bien connue ... formulaire MRS 2015 - ...
- Etablir des tableaux facilement accessibles (ex. durée neuroleptique) ?
- Formation du personnel ? diagnostic dépression/psychose - utilisation échelle - ... pour aider le médecin dans le choix thérapeutique et la durée ...
- Epidémiologie de l'utilisation des traitements psychotropes
- Formation à l'approche non pharmacologique puis pharmacologique (cfr expérience de Nice)

Finalemment

## Take home message ...

---

- ① Psychotropes = beaucoup d'effets indésirables
- ① Utiliser ceux que l'on connaît et qui ont le moins d'effets indésirables ...
- ① Respecter les indications et les durées
- ① A priori, s'en passer ... mais ...

# RMG

LA REVUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

MG & GÉRIATRIE

## Les troubles psychologiques et comportementaux dans la démence

par M<sup>me</sup> Aurélie MICELI\* et les D<sup>rs</sup> Anne PEETERS\*\* et Christophe DUMONT\*\*\*

\* Neuropsychologue

\*\* Médecin psychogériatre

\*\*\* Médecin gériatre

Grand Hôpital de Charleroi  
6061 Montignies-sur-Sambre  
christophe.dumont@ghdc.be

### ABSTRACT

Psychological and behavioural disorders in dementia are common and can have serious consequences for the patient himself and for his caregivers and family. After exclusion of a possible somatic or medical cause, the management of these disorders should preferably be non-pharmacological, with medical treatment being restricted to failures of this approach. This article summarizes the approach and management of these disorders for use by the ge-

«Docteur, elle me crache dessus!» «Il ne veut plus rien faire, je n'en peux plus!» «Elle voit des enfants la nuit, que puis-je faire?»... Les troubles du comportement posent question et perturbent le patient dément et son entourage. Comment aider les malades et leurs proches? Cet article tente d'apporter des réponses et des solutions concrètes face à ces situations fréquentes mais difficiles.

### Prétest

- |   | Vrai                     | Faux                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Les interventions non pharmacologiques peuvent être durablement efficaces sur les troubles psycho-comportementaux. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Toutes les formes de démence peuvent faire l'objet de la même approche pharmacologique.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Les anti-cholinestérasés peuvent engendrer ou aggraver une perte de poids.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Réponses page 27.