



JOURNAL D'ACTUS EN MATIÈRE DE DÉPRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE

NUMÉRO 7

Quand la charge anticholinergique pousse à envisager la déprescription

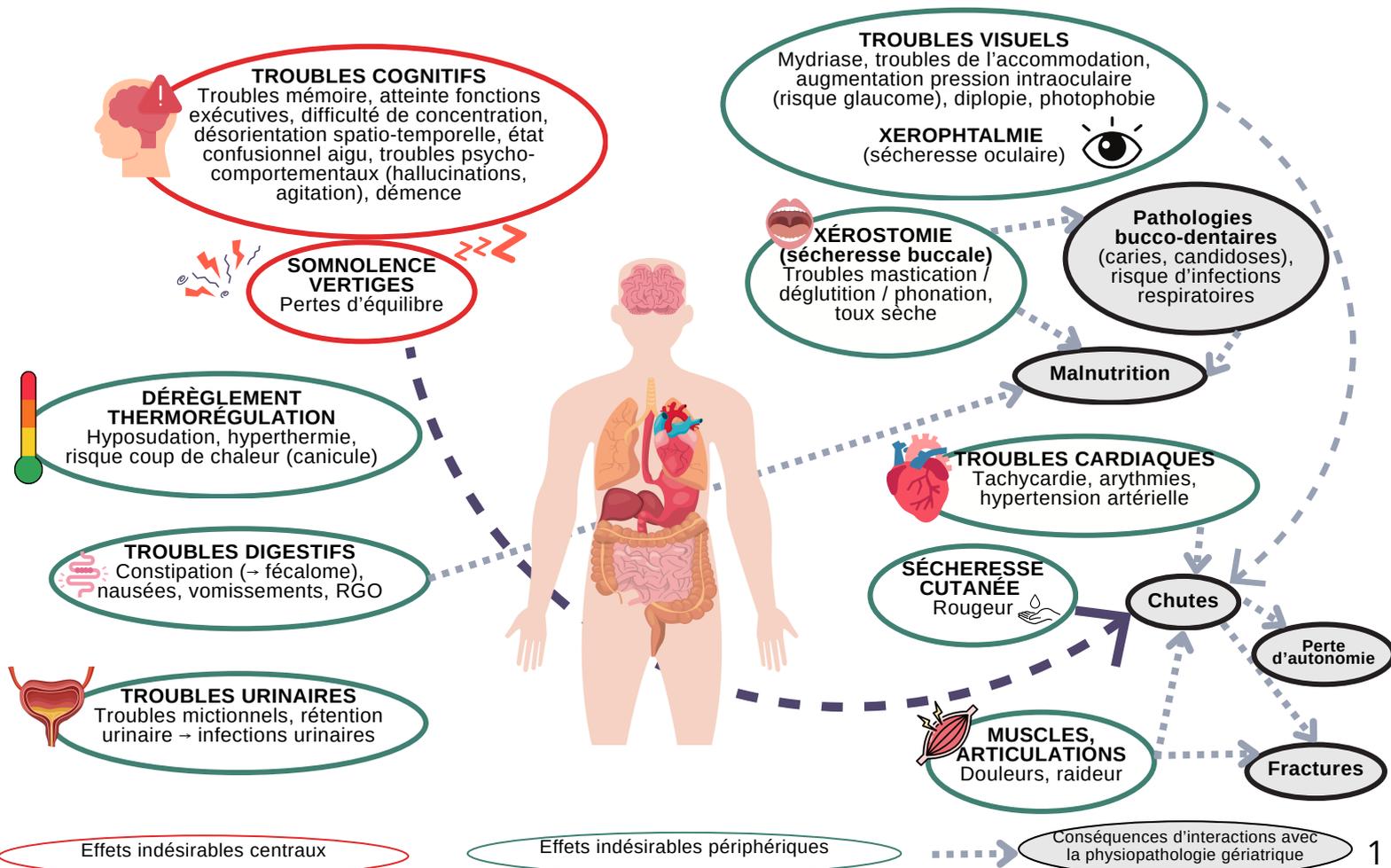
Contexte

Les médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (AC) sont couramment utilisés dans diverses indications, pour leurs effets AC désirés, comme l'incontinence urinaire, les maladies broncho-pulmonaires (encombrement bronchique, asthme, BPCO), les syndromes extrapyramidaux.

Cependant, de nombreux médicaments présentent des effets AC non désirés (antidépresseurs, anti-histaminiques, neuroleptiques, benzodiazépines) et sont associés à de multiples **effets indésirables centraux et périphériques**. Ceux-ci peuvent s'additionner lorsque plusieurs médicaments à effets AC sont co-prescrits, à l'origine d'une iatrogénie potentielle élevée. De plus, dans un contexte de vieillissement de la population associée à une polymédication, et d'une augmentation de la fréquence des troubles chroniques (dépression, troubles du sommeil, BPCO, incontinence, douleur), de nombreux patients sont exposés à une charge AC élevée. En 2023, plus de 5 millions de personnes âgées de plus de 65 ans en France consommaient des médicaments anticholinergiques et/ou des sédatifs (1).

Or **les personnes âgées sont plus sensibles aux effets AC** du fait d'une diminution de la synthèse d'acétylcholine avec l'âge, d'une diminution de la neurotransmission cholinergique, d'une diminution de la fonction rénale et hépatique et d'une augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique. Les médicaments AC font ainsi partie des médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez la personne âgée. La réévaluation régulière des ordonnances est donc nécessaire et la déprescription de médicaments à effets AC peut parfois être pertinente pour diminuer les risques iatrogènes.

Principaux effets indésirables anticholinergiques (AC) (2-6)



Charge anticholinergique

- ↪ La capacité d'une molécule à exercer des effets AC est dépendante de son affinité pour les récepteurs muscariniques (antagonisme sur les récepteurs M1).
- ↪ L'effet cumulatif anticholinergique de l'ensemble du traitement d'un patient est estimé grâce à l'utilisation d'échelles qui attribuent un score à chaque médicament.
- ↪ Plusieurs échelles existent → attribution d'un score à chaque médicament.
Charge anticholinergique = somme des scores de tous les médicaments AC pris par un patient.

QUAND L'ÉVALUER ?

- Avant l'introduction d'un médicament anticholinergique 
- En cas d'association de plusieurs médicaments anticholinergiques 
- En cas d'apparition d'effets indésirables anticholinergiques (schéma page 1) 

POURQUOI L'ÉVALUER ?

- Repérer et quantifier la charge anticholinergique
- Réévaluation des ordonnances : sécurisation de la prise en charge médicamenteuse 
- Adaptation des prescriptions
- Déprescription pour réduire la charge AC 

COMMENT L'ÉVALUER ?

Echelle CIA (Briet et al.) à partir de l'**Echelle AIS (EIA en français)**

Echelle de coefficient d'imprégnation anticholinergique

→ Effets AC périphériques

Imprégnation AC élevée si score > 5

Echelle ACB (Boustani et al.)

Echelle du risque cognitif lié aux anticholinergiques

→ Effets AC centraux

Impact cognitif significatif si score ≥ 4

i EFFET AC D'UN MÉDICAMENT



Calculateur de charge anticholinergique d'une prescription, OMÉDIT Pays de la Loire, septembre 2025

LIMITES DES ÉCHELLES (6,7)

- Faible concordance entre les échelles, prédominance de listes anglosaxonnes
- **Prise en compte du passage de la barrière hémato-encéphalique (BHE)** : effets centraux relié à l'importance de ce passage → intégré dans la mise à jour de l'échelle AIS de Briet et al. en 2022
- **Absence de pondération du risque selon la posologie/dose**
- Modèle linéaire du calcul : **néglige les effets synergiques ou antagonistes** entre les médicaments et notion de fardeau AC (pas réellement de linéarité et d'additivité)
- Absence de prise en compte des **métabolites actifs**
- Absence de prise en compte des **caractéristiques individuelles du patient**
- Echelle CIA : ne tient pas compte du faible **passage systémique** de puissants anticholinergiques administrés par voie inhalée (ex : bromure d'ipratropium, uniquement inhalé, classé score 3, malgré un passage systémique minime)
- Echelle ACB : **omet certains médicaments** dont l'activité anticholinergique est le mécanisme d'action principal (ex : bipéridène, tropatépine) → sous-estime la charge globale chez certains patients

L'application seule des échelles ACB et AIS peut conduire à des aménagements thérapeutiques non nécessaires, qui pourraient déstabiliser la prise en charge des patients plutôt que de réduire une charge anticholinergique hypothétique ou incorrecte.

Prise en charge globale nécessaire, Associer l'utilisation des échelles à l'expertise du clinicien



1. À QUEL MOMENT PENSER À LA DÉPRESCRIPTION ? (2,5)

- **Patients âgés** : plus exposés à ces molécules (polypathologies) et plus réceptifs aux effets AC en raison des modifications de métabolisme hépatorénal, de l'augmentation de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique et d'une plus grande sensibilité globale aux effets centraux (cognitifs) et périphériques (sécheresse des muqueuses).
- Lorsque **plusieurs médicaments à effets AC sont associés** et si **charge AC élevée**.
- En présence d'effets indésirables atropiniques (se référer au schéma page 1).
- En présence de troubles cognitifs et/ou démence.
- Tout symptôme atypique chez une personne âgée polymédiquée doit faire évoquer une iatrogénie AC.



2. EN PRATIQUE, COMMENT RÉDUIRE CES PRESCRIPTIONS ?

Ne pas arrêter brutalement, risque de symptômes de sevrage :

- Effets cholinergiques typiques : nausées, vomissements, diarrhées, larmoiement, étourdissements, anxiété, sueurs, besoin urgent d'uriner, insomnie, tachycardie, hypotension orthostatique (9).
- Gravités variables.
- Peuvent survenir dans les jours suivant l'arrêt.
- Persistent durant 6 à 8 semaines.

La **désescalade thérapeutique** des médicaments anticholinergiques pourrait aider à ralentir efficacement le déclin cognitif chez les sujets âgés exposés, bien que les études sur l'association entre médicament à effet AC et apparition de troubles cognitifs soient contradictoires (8, 9).

Médicaments à effet AC de score 3

- Trouver si possible une alternative sans effet AC ou plus faible
- Prescrire à la plus faible dose efficace et à la plus courte durée si aucune alternative n'est disponible (2).  Propositions d'alternatives aux MPI chez les personnes âgées

Antispasmodiques urinaires

- Eviter les antispasmodiques qui ont un fort pouvoir anticholinergique central (ex : oxybutinine) (7).

Anticholinergiques inhalés

- Provoquent peu d'effets indésirables systémiques
- Les effets indésirables centraux typiques des anticholinergiques ne sont pas mentionnés pour ces produits (9).

Médicaments à effets sédatifs

- Eviter l'association de médicaments anticholinergiques à effets sédatifs et d'autres médicaments ayant ces mêmes effets (ex : benzodiazépines) ou à risque de chute.  Journal d'actus déprescription des benzodiazépines et sur les chutes

RÉÉVALUATION D'ORDONNANCE ET DÉPRESCRIPTION SUR AVIS MÉDICAL

Cascade médicamenteuse : « Séquence d'événements au cours de laquelle l'effet indésirable d'un médicament "index" est interprété à tort comme un nouveau problème de santé, conduisant à l'ajout d'un autre médicament "marqueur" potentiellement évitable » (11) ; concerne régulièrement des médicaments AC.

À chaque nouveau symptôme déclaré par un patient : (12)

- Ne pas immédiatement introduire un médicament pour corriger le symptôme.
- Rechercher un éventuel EI médicamenteux, en particulier après l'instauration d'un traitement, une modification de dose, une interaction possible, une altération de l'élimination des médicaments (ex : en cas d'insuffisance rénale) ou d'un épisode aigu (comme une infection...)
- Si suspicion de cascade médicamenteuse, envisager la déprescription.
- Si les bénéfices du médicament initial l'emportent sur les risques, il peut être décidé de poursuivre volontairement à la fois le médicament "index" et le médicament "marqueur".

En synthèse



Evaluation régulière de la pertinence des prescriptions, en tenant compte de l'état clinique du patient, de ses pathologies et de ses autres traitements.



3. QUELS SONT LES FACTEURS FACILITANT LA DÉMARCHE ?

- Une relation de **confiance** entre le médecin et le patient est essentielle.
- La mise en place d'un suivi régulier afin de vérifier l'**observance** du patient et réajuster au besoin.
- La réévaluation régulière des ordonnances, notamment en EHPAD, SSR, HDJ gériatrique et psychiatrie.
- L'approche **pluriprofessionnelle** : binôme médecin / pharmacien pour l'identification des médicaments à risque, l'optimisation des prescriptions et la déprescription, kinésithérapeute, ergothérapeute.
- La formation des soignants sur le syndrome anticholinergique et le repérage des signes d'alerte pour une prise en charge le plus tôt possible et une adaptation des prescriptions.



4. QUELS OUTILS ET RESSOURCES UTILISER ?

- Calculateur de charge anticholinergique d'une prescription, OMÉDIT Pays de la Loire, sept 2025
- Guide de propositions d'alternatives aux MPI chez le sujet âgé, OMÉDIT Grand Est, mars 2025
- Protocoles de déprescription des antidépresseurs, OMÉDIT Grand Est
- Ordonnances de déprescription, OMÉDIT Grand Est
- Critères de Beers (American Geriatrics Society) : identifier les MPI
- Critères STOPP/START



CHARGE ANTICHOLINERGIQUE EN PSYCHIATRIE (7,13,14)

Guide de propositions d'alternatives aux MPI

“Les personnes atteintes de troubles psychiatriques sont plus fréquemment sujettes aux comorbidités que la population générale, en raison non seulement de leur pathologie et de ses traitements mais aussi de leur mode de vie.” (6)

Antipsychotiques typiques (7) :

- Effets AC significatifs des phénothiazines : cyamémazine, chlorpromazine, propériciazine, lévomépromazine ; ainsi que pipotiazine, zuclopenthixol, flupentixol, loxapine dans une moindre mesure.
- Effets AC absents ou peu exprimés (halopéridol, pipampérone, sulpiride et tiapride).

Antipsychotiques atypiques : effets AC significatifs de la clozapine, olanzapine

Antidépresseurs : effets AC chez les tricycliques ++ (ex : amitriptyline et clomipramine) (7).



Syndrome extrapyramidal induit par les neuroleptiques (NL) et correcteurs anticholinergiques (15,16)

- Ne pas associer systématiquement un correcteur à la prescription d'un antipsychotique
- En cas de **syndrome extrapyramidal induit par les NL** :
 1. Si co-prescription d'un antidépresseur : envisager l'arrêt de l'antidépresseur
 2. Diminuer les doses de NL
 3. Switch en privilégiant un NL atypique (ex : quétiapine)
 4. Si syndrome extrapyramidal persistant : introduire un **correcteur anticholinergique (CA)** à posologie minimale (tropatépine, trihexyphénidyle, bipéridène)

Protocoles de déprescription de la fluoxétine, paroxétine, sertraline
Journal d'actus sur la déprescription des antidépresseurs

Correcteur anticholinergique (CA)

Réévaluation à J15

Augmentation de la dose du CA, poursuite 3 mois + Réévaluation prescription NL

Syndrome extrapyramidal toujours présent + EI anticholinergique associé

Résolution du syndrome extrapyramidal
↓
Arrêt progressif du CA

Réévaluation après 3 mois pour arrêt progressif du CA

Evaluation B/R pour maintien du CA
Eviter l'augmentation de dose du CA, réévaluation prescription NL

1. Assessing the prevalence of anticholinergic and sedative medications to avoid in older adults from the French Health Data System., Novais, Teddy et al., Journal of the American Geriatrics Society vol. 73,5, 2025
2. Détecter et évaluer l'impact des médicaments anticholinergiques, Csajka et al., Rev Med Suisse, 2017 https://www.revmed.ch/view/432428/3722318/RMS_582_1931.pdf
3. Médicaments anticholinergiques chez le sujet âgé : les bons réflexes de prescription, OmédIT Pays de la Loire, mars 2025 https://www.omedit-paysdelaloire.fr/wp-content/uploads/2021/09/20250306_Fiche-medicaments-anticholinergiques_V2.pdf
4. Effets indésirables anticholinergiques, CBIP <https://www.cbip.be/fr/chapters/11?frag=9990177>
5. Les anticholinergiques, Pharmacie des hôpitaux de l'Est Lémanique, 04/2024 <https://www.phel.ch/upload/docs/application/pdf/2017-12/anticholinergiques.pdf>
6. Problèmes courants de santé physique en psychiatrie, Hallouche et al., La revue du praticien, avril 2024
7. Les échelles anticholinergiques : usage en psychiatrie et mise à jour de l'échelle d'imprégnation anticholinergique, Javelot et al., 2022
8. Etude critique des outils d'évaluation des échelles anticholinergiques, Sofiane Rahmou, 2025
9. Impact of cumulative exposure to anticholinergic and sedative drugs on cognition in older adults: a memory clinic cohort study. Reallon et al., 2024
10. Quality of anticholinergic burden scales and their impact on clinical outcomes: a systematic review. Lisibach A, Benelli V, Ceppi MG, Waldner-Knogler K, Csajka C, Lutters M., Eur J Clin Pharmacol., février 2021
11. Cascade médicamenteuse chez la personne âgée, Sternberg et al., CMAJ, 2021
12. Journée de la pharmacothérapie 2025, CBIP, <https://www.cbip.be/wp-content/uploads/2025/10/Journee-de-la-Pharmacotherapie-2025-FR.pdf>
13. Coefficient d'Imprégnation Anticholinergique : Mise au point d'un nouveau score et application en population psychiatrique, J. Briet, 2015
14. Anticholinergiques et population âgée : de l'identification à l'optimisation des ordonnances par le pharmacien, Solène Martin, 2022
15. Charge anticholinergique en psychiatrie, OMÉDIT Centre Val de Loire, 04/2024 https://www.omedit-centre.fr/medias/Charge-anticholinergique_Psychiatrie.pdf
16. Outil d'aide à la déprescription et à la validation pharmaceutique des correcteurs anticholinergiques, Centre Hospitalier Edouard Toulouse, oct 2022

- [Ordonnances de déprescription \(Omédit Grand Est\)](#)
- [Carte de suivi dédiée à la déprescription \(Omédit Grand Est\)](#)
- [Ameli. Boite à outils médicaments psychotropes](#)
- [Omédit Grand Est : Médicaments Potentiellement Inappropriés chez la personne âgée : indications et alternatives thérapeutiques](#)
- [Affiche "Utile un jour, utile toujours?" à diffuser en pharmacie, en cabinet ,etc. \(Omédit Grand Est\)](#)
- [Comment communiquer avec le patient au sujet de la déprescription ? \(Omédit Grand Est\)](#)
- [Journal d'actus en matière de déprescription médicamenteuse N°2, 3, 4, 5 et 6 benzodiazépines ; antidépresseurs ; tramadol ; déshydratation / canicule ; chutes \(Omédit Grand Est\)](#)

« Une prescription médicamenteuse sans anticholinergique n'est pas toujours possible, mais une prescription consciente de leur charge l'est toujours. »

Abréviations

AC : Anticholinergique

ACB : Anticholinergic Cognitive Burden

ACh : Acétylcholine

AIS : Anticholinergic Impregnation Scale

BHE : Barrière Hémato-Encéphalique

CA : Correcteur Anticholinergique

CIA : Coefficient d'Imprégnation Anticholinergique

HPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EI : Effets Indésirables

HDJ : Hôpital De Jour

MPI : Médicaments Potentiellement Inappropriés

NL : Neuroleptique

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Remerciements aux contributeurs et relecteurs de cette édition du journal : Dr Bruno Michel (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg), Dr Hervé Javelot (EPSAN Brumath) et plus largement le CREPP Grand Est (Centre de Ressources et d'Expertise en PsychoPharmacologie), et notre partenaire perpétuel sur ces journaux d'actus en matière de déprescription médicamenteuse, l'URPS Médecins Libéraux, grâce au Dr Pascal Meyvaert.