



LORSQUE LA PSYCHOSE N'EST PAS LE DIAGNOSTIC

**Outil pour réduire l'utilisation inappropriée
d'antipsychotiques en soins de longue durée**

N'utilisez pas d'antipsychotiques comme premier choix pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

La Société canadienne de gériatrie
Recommandation Choisir avec soin n° 4

Ne prescrivez pas d'emblée des antipsychotiques pour traiter l'insomnie primaire, peu importe l'âge du patient.

N'utilisez pas d'antipsychotiques comme intervention de première intention pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

L'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
L'Académie canadienne de gérontopsychiatrie
L'Association des psychiatres du Canada
Recommandation Choisir avec soin n°s 5 et 12

Ne maintenez pas ou n'ajoutez pas de médicaments à long terme sauf s'ils sont clairement indiqués et qu'on en attend un bienfait raisonnable chez le patient.

N'ayez pas d'emblée recours aux antipsychotiques pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

L'Association canadienne des directeurs médicaux en soins de longue durée
Recommandation Choisir avec soin n°s 2 et 5

Ne commencez pas ou ne renouvelez pas un traitement pharmacologique, sauf si ce dernier est clairement indiqué et qu'on en attend un bienfait raisonnable chez un patient donné.

L'Association des pharmaciens du Canada
Recommandation Choisir avec soin n° 3

Remettez en question le recours aux antipsychotiques comme traitement de première intention de l'insomnie primaire, peu importe l'âge du patient.

L'Association des pharmaciens du Canada
Recommandation Choisir avec soin n° 5

Ne maintenez pas les médicaments qui ne sont plus indiqués ou dont les risques excèdent les bienfaits.

La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux
Recommandation Choisir avec soin n° 1

Ne pas recommander des médicaments antipsychotiques comme premier choix pour traiter les symptômes de la démence.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada
Recommandation Choisir avec soin n° 7

N'utilisez pas de contentions chez les personnes âgées avant d'avoir exploré toutes les autres solutions.

L'association des infirmières et infirmiers du Canada et Canadian Gerontological Nursing Association
Recommandation Choisir avec soin n° 5



Inspiration pour cette trousse d'outils

En 2013, 11 centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) albertains, adeptes de la première heure de la campagne Choisir avec soin, ont entrepris de réduire leur recours aux antipsychotiques. Grâce à leurs efforts, le projet AUA (*Appropriate Use of Antipsychotics*) a été mis en œuvre dans plus de 170 CHSLD de l'Alberta (14 500 lits) en 2014-2015.

L'Alberta a maintenu une réduction de 35 % de l'utilisation des antipsychotiques dans les CHSLD de la province. Au troisième trimestre de l'exercice 2018-2019, on dénombre 17,0 % des résidents de CHSLD (en l'absence de diagnostic de psychose) qui prennent des antipsychotiques, alors que la moyenne nationale est d'environ 21 %.

Les familles sont enchantées de voir leurs êtres chers plus heureux, alertes, autonomes et capables de communiquer. Les équipes des CHSLD mentionnent que les résidents sont plus sereins, plus actifs et plus faciles à soigner.

Plus de 170 résidences assistées ont adhéré au projet AUA en 2017-2018, entraînant une diminution provinciale de l'utilisation d'antipsychotiques de 20 % à 17 % (selon les données des ordonnances).

Les ressources de l'AUA ont depuis été mis en application dans 12 hôpitaux (Projet de soins adaptés aux personnes âgées – *Elder Friendly Care Project*), où les équipes signalent une réduction de la durée du séjour des personnes âgées fragiles.

Les coauteurs de cette trousse sont Verdeen Bueckert, Mollie Cole et Duncan Robertson, qui ont été parmi les principaux intervenants impliqués dans le projet AUA.



Introduction

Le présent outil a pour but d'appuyer les interventions visant à réduire l'utilisation inappropriée d'antipsychotiques dans les établissements de soins de longue durée. Il s'inspire de l'outil préparé par les Services de santé de l'Alberta intitulé *Appropriate Use of Antipsychotics*. Les regroupements de médecins, et les services et organismes cliniques peuvent l'utiliser pour réduire le nombre de prescriptions d'antipsychotiques.



Assurez-vous que cet outil convient à votre situation

Cet outil convient à votre établissement si vous constatez bel et bien une surutilisation d'antipsychotiques attribuable à la non-réévaluation des ordonnances valides depuis longtemps. Il arrive souvent que des personnes admises dans un établissement de soins de longue durée aient reçu une ordonnance d'antipsychotiques qui ne se fonde sur aucun signe clinique, qui n'est plus nécessaire ou qui ne repose pas sur des données cliniques. Cette ordonnance pourrait avoir été faite pour régler des problèmes de sommeil, pour calmer des symptômes psychotiques lors de délires, comme moyen de contention chimique, ou encore pour réduire les comportements réactifs.



Éléments clés de cette intervention

Si la description ci-dessus décrit bien la situation actuelle dans votre établissement, le présent module pourrait vous aider à mettre en œuvre les mesures suivantes pour réduire l'utilisation d'antipsychotiques :

1. Mettre sur pied une équipe interdisciplinaire (EID) pour évaluer la pertinence des antipsychotiques utilisés.
2. Établir des critères de pertinence pour l'utilisation d'antipsychotiques.
3. Former le personnel soignant.
4. Renseigner les familles et les faire participer.
5. Mettre en place un processus de revue périodique des moyens de contention chimique.
6. Éliminer progressivement la consommation d'antipsychotiques potentiellement inappropriés chez les résidents.
7. Élaborer un plan de soins individualisé comprenant des stratégies auxiliaires non pharmacologiques.

1. Mettre sur pied une équipe interdisciplinaire

Il est suggéré de constituer une équipe de trois à cinq personnes comprenant une infirmière autorisée, une infirmière auxiliaire autorisée, un aide-soignant, un prescripteur (médecin ou infirmière praticienne) ou un professionnel paramédical.

Le personnel infirmier demande souvent que des antipsychotiques soient prescrits aux résidents manifestant des comportements réactifs, comme l'agitation et l'agressivité. Il est essentiel de faire participer l'équipe soignante à la prise de décisions afin de réduire ou d'éliminer graduellement l'utilisation de médicaments antipsychotiques, car les autres approches demandent d'évaluer les causes sous-jacentes potentielles et les besoins non comblés.

Les antipsychotiques sont une solution appropriée dans certaines situations. Il sera donc primordial que l'équipe soignante et la famille surveillent tout signe d'amélioration ou de détérioration du comportement du résident après un changement posologique.

2. Établir des critères de pertinence

Une étape importante de la déprescription d'antipsychotiques est de dégager un consensus sur les indications pour une utilisation appropriée. Les critères utilisés par les Services de santé de l'Alberta serviront de base de discussion :

Les antipsychotiques ne sont PAS appropriés pour traiter les troubles suivants. Certains peuvent aggraver la situation :

- Mouvements de va-et-vient, contrariété apparente, crainte, agitation, errance
- Perturbation du sommeil, agitation vespérale
- Cris, hurlements, imprécations, jurons
- Questions répétitives
- Désinhibition sociale ou sexuelle, par exemple cracher, se masturber
- Comportement agressif lors des soins personnels (pensez à la distraction, à l'adoption d'une approche répétée, à l'offre de choix)
- Protection de son territoire, accumulation compulsive

Les antipsychotiques PEUVENT être appropriés dans les situations suivantes^{4,5} :

- Diagnostics confirmés de troubles de santé mentale (par exemple, schizophrénie, trouble délirant, dépression majeure, implication du psychiatre recommandée pour un ajustement de la posologie, lésion cérébrale traumatique ou trouble envahissant du développement en cas d'agression chronique et de psychose associée).
- Hallucinations et idées délirantes éprouvantes (d'abord évaluer le délire, tenter des stratégies non pharmacologiques)
- Comportements risquant de blesser le résident ou d'autres personnes (une utilisation d'antipsychotiques à court terme peut être appropriée lorsque des approches centrées sur la personne sont explorées)

1. Symptômes psychotiques graves, comme des idées délirantes et des hallucinations, lors d'épisodes de délire ou de démence

(la gravité est évaluée selon le degré de détresse de la personne.)

- Les antipsychotiques ne constituent pas un traitement du délire; évaluer et traiter les causes sous-jacentes.
- Envisagez de réduire la prescription d'autres médicaments plutôt que d'ajouter un antipsychotique.
- Les doses sont beaucoup plus petites chez les personnes âgées fragiles souffrant de psychose délirante, par exemple 0,25-0,5 mg d'halopéridol. Pour plus d'informations, consultez le document [Provincial Clinical Knowledge Topic Delirium, Seniors – Inpatient](#).
- Cesser les antipsychotiques à mesure que les comportements se stabilisent.

Privilégier une monothérapie antipsychotique de la dose efficace la plus faible ainsi que la réduction progressive dès que possible.

2. Comportements risquant de blesser le résident ou d'autres personnes

- L'agressivité peut être liée à des facteurs comme les effets secondaires, la douleur, les changements dans l'état pathologique, le délire, la fatigue, la surstimulation ou l'approche adoptée par le personnel.
- Il faut continuer de chercher les raisons à l'origine du comportement et de préconiser des stratégies auxiliaires axées sur la personne. Cesser les antipsychotiques à mesure que les comportements se stabilisent.
- Nombre de personnes à traiter : entre 5 et 14 personnes doivent prendre un antipsychotique pendant trois mois.

3. Former le personnel soignant

Comme solution de rechange aux antipsychotiques, le personnel soignant peut appliquer des stratégies axées sur la personne qui visent à augmenter la confiance du résident, à réduire son stress et à remédier aux problèmes à l'origine de ses comportements réactifs.

Causes possibles des comportements réactifs

Besoins physiques de base

Inconfort (chaleur, froid, démangeaisons)
Élimination (constipation, incapacité à trouver ou à reconnaître la salle de bain)
Fatigue (sommeil interrompu, besoin de repos)
Faim, soif

Difficultés psychosociales

Niveau de stress élevé
Solitude
Dépression
Difficultés relationnelles

Raisons médicales ou biologiques

Effets secondaires de la médication
Déshydratation
Délires, dépression, progression de la démence
Douleur chronique ou aiguë (douleurs dentaires ou gastro-intestinales, maux de tête ou de dos)
Processus pathogéniques (diabète, glycémie trop contrôlée)

Causes environnementales

Surstimulation ou stimulation insuffisante, ennui
Surpeuplement, bruit
Manque de routine
Provocation par les autres

L'outil Appropriate Use of Antipsychotics contient un grand nombre de ressources utiles pour appuyer le passage à des soins plus axés sur la personne. Citons entre autres des vidéos, des hyperliens, des modules d'apprentissage interactifs et des stratégies ou ressources d'amélioration de la qualité. Les membres du personnel ayant reçu une formation sur la prise en charge de la démence sont mieux outillés pour évaluer ensemble les comportements, pour trouver des stratégies et pour créer des plans de soins axés sur chaque résident.

4. Renseigner les familles et les faire participer

Les familles et les mandataires doivent être inclus dans les discussions sur les risques, les effets thérapeutiques et les effets indésirables des antipsychotiques. Les familles pourraient avoir des idées ou des suggestions d'approches de stratégies auxiliaires, et elles sont aussi en mesure d'observer et de signaler tout changement du comportement suivant un changement posologique. Les ressources ci-dessous peuvent faciliter les discussions avec les familles.

- [Choisir avec soin : Le traitement des comportements perturbateurs chez les personnes atteintes de démence](#)
- [MyHealth.Alberta.ca : Antipsychotic Medicine](#)
- [MyHealth.Alberta.ca : Responsive Behaviours](#)

5. Mettre en place un processus de revue des moyens de contention chimique

La revue interdisciplinaire mensuelle des antipsychotiques est un élément clé de l'intervention. Pour que ce processus soit efficace, les équipes soignantes doivent s'y préparer, puis être en mesure d'évaluer la médication de 4 à 12 résidents pendant une rencontre de 60 à 90 minutes. Dans les établissements accueillant un grand nombre de résidents traités par antipsychotiques, il pourrait être nécessaire de tenir des séances de revue chaque semaine ou chaque quinzaine jusqu'à ce qu'il soit possible d'examiner le dossier de toutes les personnes visées en seule séance mensuelle.

Étapes de l'élaboration d'un processus de revue des antipsychotiques

1. Obtenir, auprès de la pharmacie, une liste des résidents en vue savoir lesquels prennent des antipsychotiques régulièrement ou au besoin.
2. Déterminer qui organisera les rencontres, classera les résidents en ordre de priorité pour la revue et complétera l'évaluation comportementale documentée.
3. Clarifier le rôle de chaque membre de l'équipe dans le processus d'évaluation faite par l'EID (p. ex., obtenir l'avis de la famille ou du mandataire, des aides-soignants et du personnel des programmes); obtenir le dossier d'administration des médicaments; revoir les échelles de résultats de l'ensemble minimal de données; consigner les changements à la médication et les communiquer au personnel, à la famille, etc.
4. Mesurer les progrès et les communiquer à la famille et au personnel (p. ex., la réduction de l'utilisation inadéquate d'antipsychotiques, la réponse du résident à la diminution de la posologie).

Voici des ressources supplémentaires pour créer ou mettre en œuvre un processus de revue des médicaments antipsychotiques.

- [Suggested Steps for Developing an Antipsychotic Medication Review Process](#)
- [Enhance the Medication Review Process](#)
- [Antipsychotic Medication Review Worksheet](#)

6. Éliminer progressivement la consommation d'antipsychotiques potentiellement inappropriés chez les résidents

Une réduction efficace de la consommation d'antipsychotiques assure les équipes soignantes qu'il s'agit d'une intervention sécuritaire et bénéfique. Commencez doucement, et surveillez les réactions. Au départ, n'essayez de réduire la consommation que d'un ou de deux résidents.

La stratégie suggérée consiste à diminuer la prise d'antipsychotiques chez les résidents les moins problématiques et, à la lumière de l'expérience acquise, à progresser graduellement vers des cas plus complexes.

Stratégies pour la réduction efficace de la consommation d' antipsychotiques

- Lorsqu'aucun antipsychotique régulier n'est prévu sur une base régulière, cessez d'avoir recours au besoin à des antipsychotiques.
- Éliminer progressivement la médication antipsychotique des résidents en état de sédation excessive.
- Éliminer progressivement la médication antipsychotique des résidents sans problèmes de comportement.
- Éliminer progressivement la médication antipsychotique prescrite pour des comportements peu susceptibles de répondre au traitement (p. ex., vocalisations répétées, agitation).
- Éliminer progressivement la médication antipsychotique prescrite pour des comportements d'agitation ou d'agressivité qui se sont stabilisés.
- Éliminer progressivement la médication antipsychotique des résidents nouvellement admis, immédiatement (en particulier si le médicament a été prescrit pour traiter une psychose en cas de délire résolu) ou dans les quatre à six semaines.
- Revoir les médicaments des résidents les plus problématiques en dernier, et donner de l'information sur la démence.

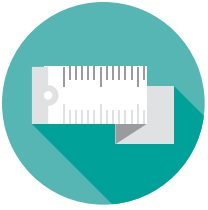
Des ressources pour la déprescription de certains antipsychotiques se trouvent ci-dessous et à l'adresse <http://medstopper.com>⁹.

Approche proposée pour la diminution des antipsychotiques (p. ex., rispéridone, olanzapine, quétiapine, aripiprazole, halopéridol)	Symptômes possibles au moment de l'arrêt ou de la diminution de la médication
<p>En cas d'utilisation quotidienne durant plus de trois ou quatre semaines : Réduire la dose de 25 % chaque semaine (c.-à-d. semaine 1 : 75 %, semaine 2 : 50 %, semaine 3 : 25 %). Le processus peut être prolongé ou ralenti au besoin (réduction de 10 % de la dose).</p> <p>Si les symptômes de sevrage sont intolérables (généralement un à trois jours après le changement), rétablir la dernière dose tolérée jusqu'à ce que les symptômes disparaissent, puis planifier une réduction plus graduelle. Plus la dose est faible (c.-à-d. à partir de 25 % de la dose originale), plus il pourrait être nécessaire de ralentir la diminution. En général, le rythme de diminution doit être ajusté en fonction de la réponse du patient.</p>	<p>Agitation, activation, insomnie, psychose de rebond, dyskinésies de sevrage, nausée, inconfort, transpiration, vomissements, insomnie.</p> <p>Ces symptômes peuvent varier selon l'antipsychotique consommé</p>

7. Élaborer un plan de soins individualisé comprenant des stratégies auxiliaires non pharmacologiques

Il est plus efficace de jumeler la déprescription des antipsychotiques avec des stratégies auxiliaires qui contribuent à réduire certains facteurs de stress chez les résidents. Vous trouverez dans le tableau ci-dessous quelques exemples de stratégies non pharmacologiques utilisées pour atténuer les problèmes de comportements réactifs, les troubles du sommeil et le délire chez les résidents, trois causes courantes de prescription d'antipsychotiques.

Problème	Stratégies non pharmacologiques	Ressources pour la mise en oeuvre
Comportements réactifs	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la constance des fournisseurs de soins pour tous les résidents afin de créer des liens avec eux, d'évaluer les déclencheurs de leurs comportements et de découvrir les approches efficaces pour eux. Offrir une période de déjeuner flexible afin que les résidents puissent se réveiller et manger à l'heure qui leur convient. Réduire la surstimulation liée aux alarmes, aux appels par haut-parleur et aux bruits dans la salle à manger. Personnaliser les routines de sommeil et de réveil. 	<ul style="list-style-type: none"> Outil Appropriate Use of Antipsychotics des Services de santé de l'Alberta (section sur la prévention des comportements réactifs et les environnements adaptés aux personnes atteintes de démence) Réseau brainXchange : Design and Dementia Pioneer Network : Trousse de démarrage Engaging staff in Individualizing Care <ul style="list-style-type: none"> Assurer la constance des fournisseurs de soins Personnaliser la période de réveil Offrir les repas à heures flexibles Encourager la mobilité, réduire les occasions de chutes et les alarmes Vidéo sur les réunions de transfert de quart de travail
Troubles du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> Le jour : Accroître la luminosité et le degré d'activité, réduire les périodes de repos, privilégier la proximité des fenêtres. Le soir : Réduire la luminosité, faire participer le résident à des activités calmes pour le garder éveillé un peu plus longtemps, le garder calme et confortable, lui servir une boisson chaude sans caféine. La nuit : Réduire le bruit, la luminosité et les interruptions, éviter de réveiller le résident pour des soins planifiés qui ne sont pas absolument nécessaires, faciliter un sommeil rafraîchissant. 	<p>Outil Appropriate Use of Antipsychotics des Services de santé de l'Alberta (section sur le projet d'amélioration de la qualité et l'aide au sommeil des personnes atteintes de démence)</p> <ul style="list-style-type: none"> PowerPoint et webinaire de l'outil Appropriate Use of Antipsychotics sur les comportements réactifs et le sommeil RxFiles (en anglaise) Insomnie chronique chez les personnes âgées Therapeutic Initiative: Université de la Colombie-Britannique Is use of quetiapine for sleep evidence-based?
Délire (prévention)	<ul style="list-style-type: none"> Réduire la prise d'anticholinergiques et le nombre de médicaments. Assurer une hydratation et une nutrition adéquates. Mettre en œuvre des stratégies favorisant le sommeil (ci-dessus). Assurer la gérance des antimicrobiens. Traiter la douleur. Réduire le stress lié au bruit et à la surstimulation. Veiller à ce que le patient utilise bien ses aides visuels et auditifs. Encourager les activités d'orientation et de détente. Maintenir et accroître la mobilisation et réduire au minimum l'utilisation de moyens de contention. 	<ul style="list-style-type: none"> Outil Appropriate Use of Antipsychotics des Services de santé de l'Alberta (section sur le projet d'amélioration de la qualité et la prévention du délire chez les personnes atteintes de démence) Provincial Clinical Knowledge Topic Delirium, Seniors – Inpatient Elder Friendly Care Delirium and Dementia Toolkit Hospitalized Elder Life Program (HELP) (vérifier la pertinence des ressources du programme HELP pour votre établissement.)



Comment mesurer l'efficacité de votre intervention

Choisir un ensemble de mesures

Indicateurs de résultats : Il s'agit des principaux aspects que l'intervention de déprescription vise à améliorer (p. ex., la proportion de résidents qui prennent des antipsychotiques en l'absence de psychose ou de troubles connexes). Entre autres indicateurs cliniques, citons notamment :

- l'engagement social accru;
- la satisfaction du personnel et de la famille;
- la réduction de la gravité et des incidents d'agitation et d'agressivité;
- la réduction des admissions ambulatoires.

Indicateurs de processus : Ces indicateurs servent à s'assurer que chaque aspect de l'intervention est mis en œuvre comme prévu, et sont notamment :

- la proportion de résidents prenant des antipsychotiques dont la médication a été revue et dont le comportement a été évalué dans un mois donné;
- le nombre d'employés qui ont été formés sur les antipsychotiques et sur les soins axés sur la personne;
- le nombre de familles ou de mandataires qui ont été renseignés sur les antipsychotiques et sur les soins axés sur la personne.
- Indicateurs d'équilibre : Toute intervention peut entraîner de nouvelles conséquences imprévues qui doivent être mesurées. En voici quelques exemples :
- le taux d'utilisation d'autres psychotropes comme les benzodiazépines ou les antidépresseurs;
- le taux d'utilisation des moyens de contention;
- les nouvelles manifestations de comportements réactifs ou l'aggravation des comportements.

Il est crucial de surveiller le comportement des résidents à la suite de la déprescription. Il faut également continuer de le faire pendant au moins un mois après chaque changement de posologie, y compris après l'arrêt de la médication. Il ne faut pas recommencer la médication si aucun changement aux comportements réactifs du résident n'est observé après l'arrêt du médicament.

Quelle personne est la mieux placée pour recueillir les données et en faire le suivi? Il peut s'agir :

- le taux d'utilisation d'autres psychotropes comme les benzodiazépines ou les antidépresseurs;
- le taux d'utilisation des moyens (mécaniques) de contention;
- le nombre de blessures (du personnel ou d'autres résidents);
- les nouvelles manifestations de comportements réactifs ou l'aggravation des comportements;
- Le nombre de chutes;
- Le sommeil perturbé.



Maintenir le succès initial de l'intervention

Une fois que vous aurez mis en œuvre et peaufiné votre intervention de déprescription, il est temps d'envisager des stratégies pour en faire durer les effets positifs.

- Intégrer aux pratiques des systèmes de responsabilisation, p. ex., revoir toutes les nouvelles ordonnances d'antipsychotique dans les 24 heures (en particulier celles obtenues le soir et la fin de semaine).
- Prescrire une dose unique ou au besoin au lieu de doses régulières, ou encore, indiquer clairement une date de revue des antipsychotiques.
- Prévoir une revue des antipsychotiques des résidents nouvellement admis dans les 30 jours.
- Revoir périodiquement (p. ex., à l'admission et chaque trimestre) tous les médicaments dans une optique de déprescription afin de réduire au minimum les effets indésirables, le nombre de médicaments, les interactions médicamenteuses et le fardeau physique et cognitif de la médication.
- Éliminer progressivement la prise de sédatifs, puisqu'ils causent en fait de la somnolence, des chutes et de la confusion pendant la journée et que rien ne prouve qu'ils favorisent le sommeil nocturne à long terme¹⁰.
- Offrir aux nouveaux employés une formation sur la démence et l'utilisation appropriée des antipsychotiques (Outil Appropriate Use of Antipsychotics, ressources sur la démence).
- Donner des formations mensuelles au personnel sur différents sujets comme la communication relative à la démence, les bains et la résistance à l'égard des soins (Outil Appropriate Use of Antipsychotics, ressources sur la démence).
- Créer un tableau d'affichage sur l'amélioration de la qualité et y afficher de nouveaux renseignements chaque mois (p. ex., graphique sur les progrès réalisés quant aux revues des médicaments et à la réduction des antipsychotiques, articles sur l'utilisation appropriée des antipsychotiques, documents d'une page sur différents sujets pour favoriser les soins axés sur la personne atteinte de démence).



Ressources supplémentaires

Ressources sur les antipsychotiques :

Outil Appropriate Use of Antipsychotics: <http://www.albertahealthservices.ca/scns/auatoolkit.aspx>

- [Clinical Indications for Prescribing Antipsychotic Medication](#)
- [Prescriber and Pharmacist Frequently Asked Questions](#)
- [Physician Update on Appropriate Use of Antipsychotic Project](#)
- [Alberta Guideline on the Appropriate Use of Antipsychotic \(AUA\) Medications \(2013\)](#)
- [Graphique du comportement \(Alberta Health Services Behaviour Mapping Chart\)](#)

Articles:

- College of Physicians & Surgeons of Alberta
 - [Optimized Prescribing with Seniors](#)
 - [Polypharmacy: Appropriate and Problematic](#)

Deprescribing.org/fr

- [Algorithme pour la déprescription des Antipsychotiques](#)
- [Liens utiles](#)

Avis de Santé Canada

- [2015 : Risperidone – Restriction de l'indication relative à la démence](#)
- [2005 : Risperidone, quétiapine, olanzapine](#)
- [2004 : Olanzapine](#)
- [2002 : Risperidone](#)

Medstopper: <http://medstopper.com>

RxFiles: <http://www.rxfiles.ca>

- [Portrait de la démence](#)
- [Gestion du comportement des patients atteints de démence : quel est le rôle des anti-psychotiques?](#)
- [Insomnie chronique chez les personnes âgées](#)

Ressources sur l'AQ

- 1) Qualité des services de santé Ontario outils et ressources sur l'amélioration de la qualité
<https://quorum.hqontario.ca/fr/Home/Outils-et-ressources-sur-IAQ/Document-essentials>
- 2) Institute for Healthcare Improvement :
<http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx>



Références

- 1) Université de Calgary. Health Technology Assessment Unit. Best practices in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia in residents of long-term care facilities in Alberta. (1er avril 2014). Accessible ici: <http://www.health.alberta.ca/documents/AHTDP-Antipsychotics-LTC-UofC.pdf>
- 2) Alberta Medical Association et College of Physicians & Surgeons of Alberta. Optimized Prescribing with Seniors. Accessible ici: <http://www.cpsa.ca/messenger/optimized-prescribing-seniors/>.
- 3) Services de santé de l'Alberta. Clinical Indications for Prescribing Antipsychotic Medication. (mars 2016). Accessible ici: <http://www.albertahealthservices.ca/assets/about/scn/ahs-scn-srs-uaa-prescribing-antipsychotic.pdf>.
- 4) Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. Lignes directrices nationales de la CCSMA sur la santé mentale chez les aînés. Accessible ici: <http://ccsmh.ca/lignes-directrices-nationales-de-la-ccsmpa-sur-la-sante-mentale-chez-les-aines/?lang=fr>.
- 5) Services de santé de l'Alberta. Appropriate Use of Antipsychotic Medications. (2016). <https://extranet.ahsnet.ca/teams/policydocuments/1/clp-ahs-appropriate-use-antipsychotic-med-ltc-guideline-ps-26-01.pdf>.
- 6) Hubbard, Ruth E., O'Mahony, M. Sinead, Woodhouse, Kenneth W. Medication prescribing in frail older people. *European Journal of Clinical Pharmacology*. (mars 2013). Vol. 69, no 3 : p. 319-326.
- 7) Wimmer, Barbara C., Dent, Elsa, Bell, J. Simon, et coll. Medication Regimen Complexity and Unplanned Hospital Readmissions in Older People. *Annals of Pharmacotherapy*. (septembre 2014). Vol. 48, no 9 : p. 1120-1128.
- 8) Schneider, L. S., Dagerman, K., Insel, P. S. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: Meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. (mars 2006). Vol. 14, no 3 : p. 191-210.
- 9) Medstopper. Accessible ici: <http://medstopper.com/>.
- 10) Choisir avec soin. Insomnie et anxiété chez les personnes âgées : Les somnifères sont rarement la meilleure solution. (2014). Accessible ici: <http://www.choisiravecsoin.org/wp-content/uploads/2014/10/Sleeping-pills-FR.pdf>.

Annexe A

Classes de médicaments ayant des propriétés anticholinergiques

Antipsychotiques

Antidépresseurs

Antihistaminiques / Antiprurigineux

Antibiotiques

Antinauséux/Antivertigineux

Anticonvulsivants

Antispasmodiques

Antiparkinsoniens

Médicaments contre la goutte

Benzodiazépines

Médicaments contre les troubles cardiovasculaires

Médicaments contre les troubles gastro-intestinaux

Immunosuppresseurs

Myorelaxants par inhalation contre la BPCO et les troubles respiratoires

Opiacés

Warfarine

Pour en savoir plus, consultez le document Portrait de la démence à l'adresse www.rxfiles.ca.

Cet outil a été préparé par :

Verdeen Bueckert, maîtrise en leadership clinique, B.Sc.Inf., inf. aut.
Chef des services professionnels, Seniors Health Strategic Clinical Network, Alberta
Health Services

Mollie Cole, maîtrise en soins infirmiers, inf. aut., GSIG (C)
Gestionnaire, Seniors Health Strategic Clinical Network, Alberta Health Services

Dr Duncan Robertson, M.B., B.Sc., FRCP, FRCP (Edin), FRCPC, FACP
Spécialiste en médecine interne et gériatrique
Directeur médical principal, Seniors Health Strategic Clinical Network, Alberta Health
Services

Il a été révisé par :

Dre Barbara Liu
Directrice générale, Programme gériatrique régional de Toronto
Professeure agrégée, Département de médecine, Université de Toronto

Deborah Brown-Farrell, inf. aut., M.Sc.S., IPSPL
Infirmière praticienne, équipe des amis des aînés, Centre Sunnybrook des sciences
de la santé



 www.choisiravecsoin.org/

 info@choisiravecsoin.org



Cet outil de Choisir avec soin Canada est autorisé en vertu de la licence Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International. Pour consulter cette licence, visitez le <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.