Utilisation d'antipsychotiques chez les personnes âgées résidant dans les établissements de soins de longue durée, 2014

Rapport

Février 2016

Types de soins

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information

Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Table des matières

Remerciements 4
Principales constatations 5
Introduction 6
Sources des données 7
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) 7
Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD) 7
Méthodologie 8
Analyse 8
Quelle proportion de personnes âgées vivant dans un établissement de SLD utilise des antipsychotiques? 8
Quels antipsychotiques les personnes âgées utilisent-elles le plus souvent? 9
Quel est le lien entre les fonctions cognitives et le comportement d'un résident, et l'utilisation d'antipsychotiques? 11
Comment l'utilisation d'antipsychotiques en établissement de soins de longue durée a-t-elle évolué au fil du temps? 12
Quelle proportion des personnes âgées utilise un antipsychotique conjointement avec un autre psychotrope? 13
Résumé 15
Annexe A 17
Annexe B 18
Annexe C 19
Annexe D 20
Annexe E : Méthodologie 21
Références 24

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) remercie les groupes suivants pour leur contribution à la présente étude :

- Régime provincial d'assurance-médicaments, ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard
- Direction des services pharmaceutiques, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
- Unité de la coordination des services pharmaceutiques, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- Régimes provinciaux d'assurance-médicaments, ministère de la Santé, de la Vie saine et des Aînés du Manitoba
- Division des résultats de santé, de l'évaluation et de l'analyse économique, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

L'ICIS souhaite aussi remercier les experts suivants pour leurs judicieux conseils concernant l'*Utilisation d'antipsychotiques chez les personnes âgées résidant dans les établissements de soins de longue durée, 2014* :

- Naushaba Degani, Ph. D., gestionnaire, Performance du système de santé, Qualité des services de santé Ontario
- Maaike de Vries, méthodologiste principale, soins de longue durée et services à domicile, Qualité des services de santé Ontario
- Paula Rochon, M.D., M.H.P., FRCPC, scientifique principale, Women's College Research Institute; vice-présidente, Recherche, Women's College Hospital; professeure, Département de médecine, Université de Toronto
- Cara Tannenbaum, M.D., M. Sc., directrice scientifique, Institut de la santé des femmes et des hommes des IRSC; professeure, Faculté de médecine et Faculté de pharmacie, Université de Montréal

Notez que les analyses et les conclusions figurant dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes ou des organismes mentionnés ci-dessus.

Principales constatations

- En 2014, **39,0 % des personnes âgées résidant dans un établissement de soins de longue durée (SLD) ont présenté au moins une demande de remboursement pour un antipsychotique.** Près du quart des résidents (22,4 %) faisaient une utilisation chronique d'antipsychotiques. Il est à noter que les mesures incluent tous les cas d'utilisation d'antipsychotiques, sans égard aux motifs pour lesquels ils ont été prescrits, et que dans certains cas, leur utilisation par les résidents des établissements de SLD peut s'avérer appropriée.
- **Les résidents qui présentent une déficience cognitive grave ou des comportements très agressifs étaient plus susceptibles d'utiliser un antipsychotique.** Cependant, une forte proportion de personnes âgées présentant des comportements agressifs n'ont pas été traitées par des antipsychotiques, ce qui suggère que des approches non pharmacologiques ont été envisagées, même dans les cas les plus graves.
- **Parmi tous les antipsychotiques, la quétiapine était la plus utilisée (19,2 % des résidents), suivie de la rispéridone (14,1 %).** La rispéridone est le seul antipsychotique approuvé pour le traitement des symptômes de la démence au Canada. Toutefois, les directives sur le traitement de la démence incluent généralement des conseils sur l'utilisation d'autres antipsychotiques.
- **Parmi les personnes âgées faisant une utilisation chronique d'un antipsychotique, près des 2 tiers (64,3 %) étaient également des utilisateurs chroniques d'un antidépresseur et environ un sixième (15,0 %), de benzodiazépine**. L'utilisation concomitante de médicaments psychotropes augmente le risque d'effets secondaires, incluant les chutes.
- **Les tendances relatives au taux d'utilisation d'antipsychotiques varient selon les provinces.** Le changement le plus significatif est survenu au **Manitoba**, où **l'utilisation d'antipsychotiques a baissé, passant de 38,2 % en 2006 à 31,5 % en 2014**. Cette baisse s'explique en partie par les initiatives de l'Office régional de la santé de Winnipeg visant à réduire l'utilisation inappropriée d'antipsychotiques dans les établissements de SLD.

Introduction

Plus de la moitié des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démences analogues présentent des symptômes comportementaux et psychologiques, y compris le délire, l'agressivité et l'agitation[1, 2]. Ces symptômes sont généralement traités par des antipsychotiques[3, 4]. La prévalence de la démence est beaucoup plus élevée dans les établissements de SLD que dans la population de personnes âgées en général[5-7]. Bien que les résultats varient en fonction des sources de données et des méthodes de calcul employées, des études antérieures révèlent que l'utilisation d'antipsychotiques est systématiquement bien plus élevée dans les établissements de SLD[7, 8].

La rispéridone est le seul antipsychotique approuvé pour le traitement des symptômes de la démence au Canada. Toutefois, les directives sur le traitement de la démence incluent généralement des conseils sur l'utilisation d'autres antipsychotiques[2, 5, 9]. Les risques associés à l'utilisation d'antipsychotiques chez les personnes âgées, particulièrement celles qui souffrent de démence, sont bien documentés[5, 9-12]. En effet, l'utilisation d'antipsychotiques est associée à un risque accru d'effets secondaires, comme la sédation, la baisse soudaine de la tension artérielle, les chutes, les fractures, l'AVC et le décès[10-12].

Santé Canada a publié plusieurs mises en garde concernant les risques liés à l'utilisation d'antipsychotiques (dont la rispéridone) chez les personnes âgées atteintes de démence. Dans sa dernière mise en garde, publiée en février 2015, le ministère a restreint l'utilisation approuvée de la rispéridone à « la prise en charge à court terme des symptômes d'agressivité ou des symptômes psychotiques chez les patients atteints de démence grave de type Alzheimer qui ne répondent pas aux approches non pharmacologiques, en présence d'un risque d'automutilation ou de blessure à autrui »[13]. Cette décision était fondée sur le risque plus élevé d'effets secondaires cérébrovasculaires chez les patients souffrant d'un autre type de démence[13-17].

La présente étude, à partir des données sur les demandes de remboursement soumises au Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP), examine l'utilisation d'antipsychotiques chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans les établissements de SLD ainsi que l'utilisation concomitante d'autres médicaments psychotropes, qui augmente les risques d'effets secondaires. Les données d'évaluation des résidents en SLD tirées du Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD) sont conjuguées aux données provenant du SNIUMP afin de fournir des renseignements sur les caractéristiques des personnes traitées par des antipsychotiques, ce qui comprend les diagnostics, les comportements et d'autres mesures fonctionnelles.

Sources des données

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP)

La base de données du SNIUMP contient des données sur les demandes de remboursement de médicaments provenant des régimes publics d'assurance-médicaments de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI). Les données du SNIUMP utilisées dans la présente analyse proviennent de l'Île-du-Prince-Édouard, du Nouveau-Brunswick, de l'Ontario, du Manitoba et de la Colombie-Britannique, soit les 5 provinces soumettant des données sur les demandes de remboursement liées à des établissements de SLD. Le SNIUMP contient des statistiques sur la population et des données pancanadiennes liées aux formulaires utilisés par les régimes publics d'assurance-médicaments, aux demandes de remboursement de médicaments et aux politiques des régimes. Il fournit des données qui permettent de mettre en œuvre des exigences relatives à la déclaration des données et à la réalisation d'analyses comparatives précises et pertinentes en vue de l'élaboration de politiques pharmaceutiques éclairées et de la gestion efficace des régimes publics d'assurance-médicaments du Canada. Le SNIUMP contient des données sur les demandes approuvées par les régimes publics d'assurance-médicaments, que ce soit pour un remboursement ou l'application d'une franchise[i, ii].

Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD)

Le SISLD contient des données normalisées et administratives sur les soins de longue durée au Canada. Tous les établissements de l'Ontario, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Yukon ainsi qu'une partie des établissements de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, du Manitoba et de la Saskatchewan fournissent des données au SISLD. Les données comprennent des renseignements détaillés sur les caractéristiques cliniques et fonctionnelles et sur les services qui indiquent les préférences, les besoins et les points forts des résidents et donnent un aperçu des services qu'ils utilisent. Sur le plan clinique, les données du SISLD orientent la planification des soins de première ligne et l'amélioration de leur qualité, tout en étayant l'analyse à long terme des risques et des résultats liés aux résidents. Sur le plan de la gestion et de l'élaboration de politiques, les données servent à soutenir la planification, l'amélioration de la qualité, le financement et la responsabilisation. Les équipes de soins évaluent leurs patients à l'aide de l'instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal 2.0© (RAI-MDS 2.0).

---

i. Au Manitoba et en Saskatchewan, cela comprend les demandes de remboursement qui ont été acceptées dans le cas des personnes âgées admissibles à un régime provincial d'assurance-médicaments qui n'avaient pas soumis une demande de couverture et qui, par conséquent, n'avaient pas de franchise applicable.

ii. Les données pour la Colombie-Britannique incluent toutes les demandes de remboursement reçues par l'intermédiaire du système d'information sur les médicaments de cette province, incluant les demandes dont le remboursement n'a pas été approuvé ou qui n'ont pas été soumises au régime public d'assurance-médicaments.

Méthodologie

Aux fins d'analyse au moyen des données du SNIUMP,

- pour l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, le Manitoba et la Colombie-Britannique, on a considéré comme des résidents d'établissements de SLD les personnes dont les demandes de remboursement ont été acceptées par les régimes conçus pour offrir une couverture aux résidents des établissements de SLD;
- pour l'Ontario, les résidents des établissements de SLD sont signalés comme tels dans la base de données du SNIUMP;
- un résident est considéré comme un utilisateur d'antipsychotique au cours d'une année donnée s'il a présenté au moins une demande de remboursement pour un antipsychotique au cours de l'année.

Aux fins d'analyse au moyen du SISLD,

- une personne âgée est considérée comme résidente d'un établissement de SLD pour une année donnée si elle a subi au moins une évaluation par un établissement de SLD au cours de l'année;
- un résident est considéré comme un utilisateur d'antipsychotique au cours d'une année donnée s'il a subi au cours de l'année au moins une évaluation indiquant qu'il avait utilisé un antipsychotique au cours des 7 derniers jours.

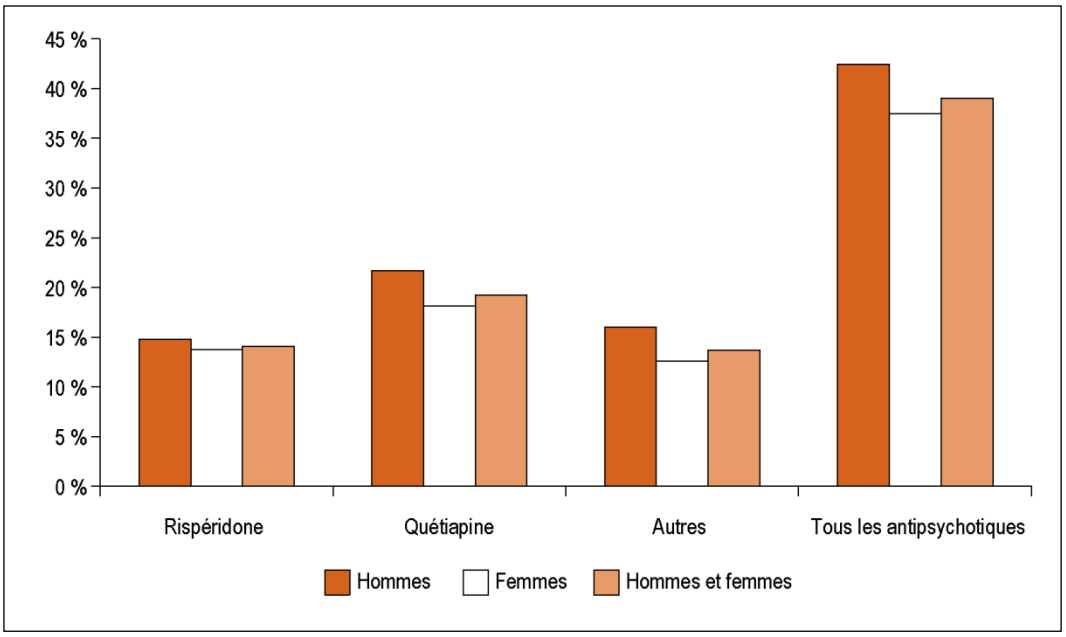
Pour plus de précisions concernant la méthodologie employée dans le cadre de la présente analyse, y compris les définitions et les limites, consulter l'annexe E.

Analyse

Quelle proportion de personnes âgées vivant dans un établissement de SLD utilise des antipsychotiques?

En 2014, 39,0 % des personnes âgées vivant dans un établissement de SLD ont présenté au moins une demande de remboursement pour un antipsychotique (figure 1), et près du quart (22,4 %) étaient des utilisateurs chroniques d'antipsychotiques (c.-à-d. qu'ils ont présenté au moins 2 demandes de remboursement et se sont vu délivrer un approvisionnement d'au moins 180 jours; voir l'annexe C). Il est à noter que les mesures incluent tous les cas d'utilisation d'antipsychotiques, sans égard aux motifs pour lesquels ils ont été prescrits, et que dans certains cas, leur utilisation par les résidents des établissements de SLD peut s'avérer appropriée[8]. Par exemple, les données du SISLD pour 2014 révèlent que 19,9 % des résidents d'établissements de SLD prenant des antipsychotiques présentaient une psychose (annexe B). L'ICIS a estimé que le taux d'utilisation potentiellement inappropriée d'antipsychotiques chez les Canadiens vivant dans un établissement de soins de longue durée (excluant les résidents présentant une psychose) était de 30,3 % en 2013-2014[6].

Figure 1 Taux d'utilisation d'antipsychotiques chez les personnes âgées vivant dans un établissement de SLD, selon le sexe, provinces sélectionnées,* 2014



Remarque

* En novembre 2015, 5 provinces soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement liées à des établissements de SLD : l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

L'utilisation d'antipsychotiques était plus élevée chez les hommes (42,5 %) que chez les femmes (37,5 %). Les hommes qui prennent des antipsychotiques sont plus susceptibles que les femmes de présenter un effet secondaire grave (c.-à-d. qui mène à une hospitalisation ou au décès)[18, 19].

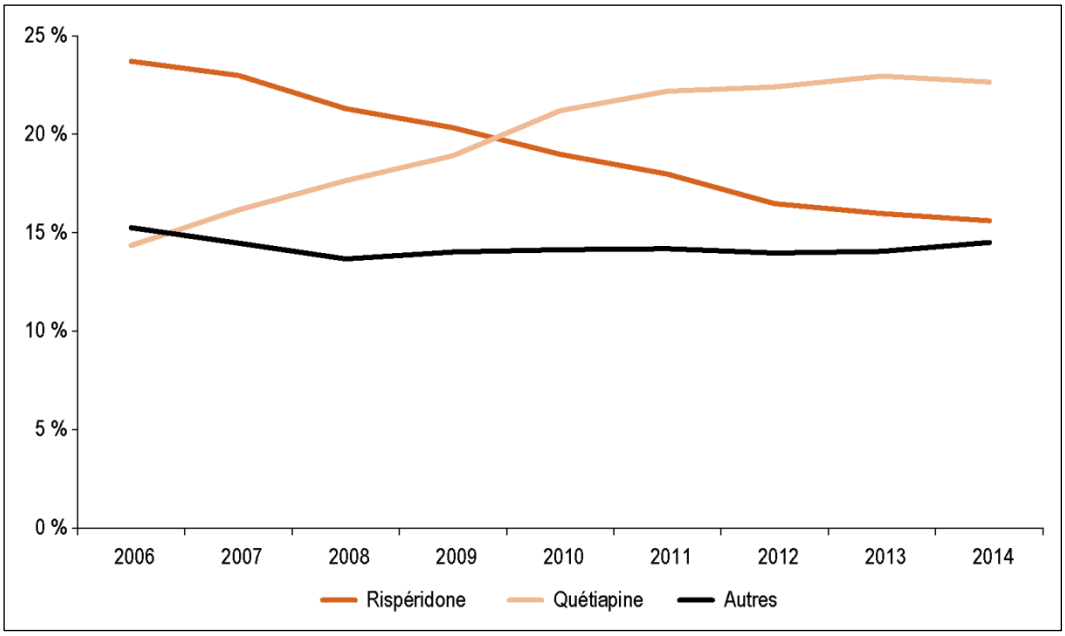
Le taux d'utilisation d'antipsychotiques diminuait avec l'âge. En effet, près de la moitié (48,4 %) des personnes de 65 à 74 ans ont présenté au moins une demande de remboursement pour un antipsychotique en 2014, comparativement au tiers (35,1 %) des personnes de 85 ans et plus.

Quels antipsychotiques les personnes âgées utilisent-elles le plus souvent?

En 2014, l'antipsychotique le plus fréquemment prescrit chez les personnes âgées vivant dans un établissement de SLD était la quétiapine (19,2 %), suivi de la rispéridone (14,1 %). Viennent ensuite l'olanzapine (5,4 %) et l'halopéridol (5,3 %) dans la catégorie Autres. Des études précédentes révèlent que la quétiapine est souvent utilisée pour traiter l'insomnie, bien que ce médicament ne soit ni approuvé ni recommandé pour cette indication[20-22]. L'analyse d'un sous-ensemble de données du Manitoba et de la Colombie-Britannique n'a montré aucune différence significative en ce qui a trait à la prévalence de l'insomnie chez les personnes âgées en établissement de SLD prenant de la quétiapine (20,5 %) et celles prenant de la rispéridone (20,1 %). Toutefois, il est possible que l'insomnie d'un résident, lorsqu'elle était maîtrisée par l'un ou l'autre de ces médicaments, n'ait pas été consignée dans son évaluation.

De 2006 à 2014, la proportion d'antipsychotiques utilisés dans les établissements de SLD a connu des changements significatifs. Selon les données provenant de 4 des 5 provinces soumettant des données (excluant l'Ontario), le taux d'utilisation de rispéridone a chuté, passant de 23,7 % en 2006 à 15,6 % en 2014, alors que le taux d'utilisation de quétiapine a augmenté, passant de 14,4 % à 23,0 % en 2013, pour redescendre à 22,7 % en 2014 (figure 2). Des tendances semblables ont été observées dans le taux d'utilisation de rispéridone et de quétiapine en Ontario au cours des 4 années pour lesquelles des données étaient disponibles.

Figure 2 Taux d'utilisation d'antipsychotiques chez les personnes âgées vivant dans un établissement de SLD, provinces sélectionnées*, 2006 à 2014



Remarque

* En novembre 2015, 4 provinces soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement liées à des établissements de SLD : l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, le Manitoba et la Colombie-Britannique. Les données de l'Ontario ne sont pas incluses, car elles n'ont pas été soumises à la base de données du SNIUMP avant 2010.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Santé Canada a publié plusieurs mises en garde concernant les risques liés à l'utilisation de la rispéridone et de la quétiapine chez les personnes âgées atteintes de démence. Si la quétiapine est principalement utilisée pour traiter l'insomnie : sans doute est-ce la raison pour laquelle ces mises en garde ont eu une incidence sur l'utilisation d'un seul de ces 2 médicaments. L'augmentation significative de l'utilisation de la quétiapine comparativement à d'autres antipsychotiques observée ces dernières années ne se limite pas aux établissements de SLD et touche tous les groupes d'âge[23].

Quel est le lien entre les fonctions cognitives et le comportement d'un résident, et l'utilisation d'antipsychotiques?

Les données du SISLD de l'ICIS pour 2014 montrent que l'utilisation d'antipsychotiques était plus élevée chez les résidents présentant une déficience cognitive grave (36,5 %) comparativement à ceux présentant un niveau de déficience faible ou modéré (28,7 %) ou ne présentant aucune déficience (15,6 %, tableau 1).

Tableau 1 Taux d'utilisation d'antipsychotiques chez les personnes âgées vivant dans un établissement de SLD, selon l'échelle de rendement cognitif, provinces et territoires sélectionnés*, 2014

	Rendement intact/ déclin limité (intervalle de confiance de 95 %)	Déficience légère ou modérée (intervalle de confiance de 95 %)	Déficience grave (intervalle de confiance de 95 %)
Taux d'utilisation d'antipsychotiques	15,6 % (de 15,1 % à 16,1 %)	28,7 % (de 28,4 % à 29,0 %)	36,5 % (de 36,0 % à 37,0 %)

Remarque

* En novembre 2015, 8 provinces et 1 territoire soumettaient des données au SISLD : Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon. Seule une partie des données (couverture partielle) est disponible pour Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Manitoba et la Saskatchewan.

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, Institut canadien d'information sur la santé.

On a aussi observé que le recours aux antipsychotiques augmente avec le niveau d'agressivité. Plus de la moitié (51,3 %) des personnes âgées présentant un comportement agressif élevé prenaient des antipsychotiques, comparativement à 34,6 % pour celles présentant un comportement agressif modéré et à 20,2 % pour celles ne présentant aucun signe d'agressivité (tableau 2). L'utilisation d'antipsychotiques chez les résidents ne présentant pas de symptômes comportementaux permet de supposer que les antipsychotiques sont parfois utilisés contrairement aux directives de traitement, bien que dans certains cas, l'absence de signes d'agressivité chez un résident peut justement s'expliquer par l'utilisation d'un antipsychotique. Toutefois, le taux d'utilisation chez les personnes âgées présentant un comportement très agressif suggère que des approches non pharmacologiques ont été envisagées, et ce, même dans les cas les plus graves, où les résidents et le personnel soignant étaient susceptibles de subir des blessures.

Tableau 2 Taux d'utilisation d'antipsychotiques chez les personnes âgées vivant dans un établissement de SLD, selon l'échelle des comportements agressifs, provinces et territoires sélectionnés*, 2014

	Aucun signe d'agressivité (intervalle de confiance de 95 %)	Agressivité légère ou modérée (intervalle de confiance de 95 %)	Agressivité importante (intervalle de confiance de 95 %)
Taux d'utilisation d'antipsychotiques	20,2 % (de 19,9 % à 20,5 %)	34,6 % (de 34,2 % à 35,1 %)	51,3 % (de 50,5 % à 52,1 %)

Remarque

* En novembre 2015, 8 provinces et 1 territoire soumettaient des données au SISLD : Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon. Seule une partie des données (couverture partielle) est disponible pour Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Manitoba et la Saskatchewan.

Source

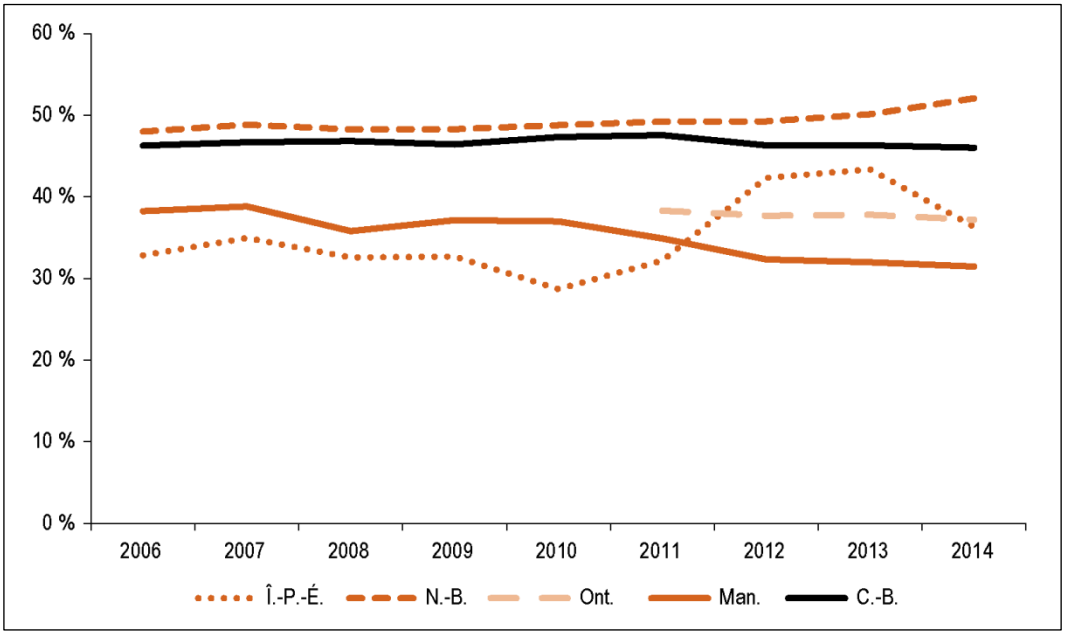
Système d'information sur les soins de longue durée, Institut canadien d'information sur la santé.

Il est à noter que les taux présentés ici ont été mesurés en fonction du nombre d'évaluations et non du nombre de résidents, comme dans les autres sections. Par conséquent, comme un résident est comptabilisé chaque fois qu'il fait l'objet d'une évaluation, il pourrait figurer dans plusieurs catégories au cours d'une même année si ses fonctions cognitives, son comportement ou son utilisation d'antipsychotiques a changé au cours de l'année.

Comment l'utilisation d'antipsychotiques en établissement de soins de longue durée a-t-elle évolué au fil du temps?

Les tendances relatives au taux d'utilisation d'antipsychotiques varient selon les provinces. En effet, on a observé une légère baisse en Colombie-Britannique et en Ontario et une hausse au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard. Les changements les plus significatifs sont survenus au Manitoba, où l'utilisation d'antipsychotiques a diminué, passant de 38,2 % en 2006 à 31,5 % en 2014, et à l'Île-du-Prince-Édouard, où le taux est passé de 32,8 % à 43,4 % en 2013 pour redescendre à 36,3 % en 2014 (figure 3).

Figure 3 Taux d'utilisation d'antipsychotiques chez les personnes âgées vivant dans un établissement de SLD, selon la province*, 2006 à 2014



Remarque

* En novembre 2015, 5 provinces soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement liées à des établissements de SLD : l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

La baisse du taux d'utilisation d'antipsychotiques au Manitoba s'explique, du moins en partie, par les initiatives de l'Office régional de la santé de Winnipeg visant à réduire l'utilisation inappropriée d'antipsychotiques dans les établissements de SLD. Une analyse des données d'évaluation des résidents ayant permis de constater des variations importantes dans l'ensemble des établissements de SLD, ces initiatives représentaient une occasion de cerner les meilleures pratiques et de partager les leçons tirées de l'expérience[21].

Les initiatives de l'Office régional de la santé de Winnipeg, mises à l'essai en 2009 puis adoptées dans l'ensemble de la région en 2011, encourageaient entre autres le personnel à organiser des rencontres hebdomadaires pour discuter des soins apportés aux résidents, et à adopter le programme P.I.E.C.E.S.[MC] (dimensions physiques, intellectuelles et émotionnelles, capacités, environnement et dimension sociale)[20-22]. Le programme encourage l'adoption de solutions créatives pour gérer le comportement des résidents atteints de démence et propose de n'utiliser la médication qu'en dernier recours. Dans l'un des établissements de soins, le nombre de patients prenant des antipsychotiques a diminué de 25 % dans les 30 jours suivant la mise en œuvre du programme P.I.E.C.E.S.[MC], sans qu'aucune augmentation des symptômes comportementaux ou de l'utilisation de moyens de contention ne soit observée[20-22].

À l'heure actuelle, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) appuie l'adoption d'initiatives semblables, par plusieurs organismes de santé canadiens, dans le cadre du projet collaboratif Réduire le recours aux antipsychotiques en soins de longue durée[24]. Bien que la réduction de l'utilisation d'antipsychotiques dans les établissements de SLD pose des défis, les données indiquent qu'il est possible de gérer les symptômes comportementaux de la démence sans avoir recours aux antipsychotiques. Dans bien des cas, l'arrêt du traitement par les antipsychotiques n'entraîne aucun effet négatif sur le comportement des résidents[20-22, 25, 26].

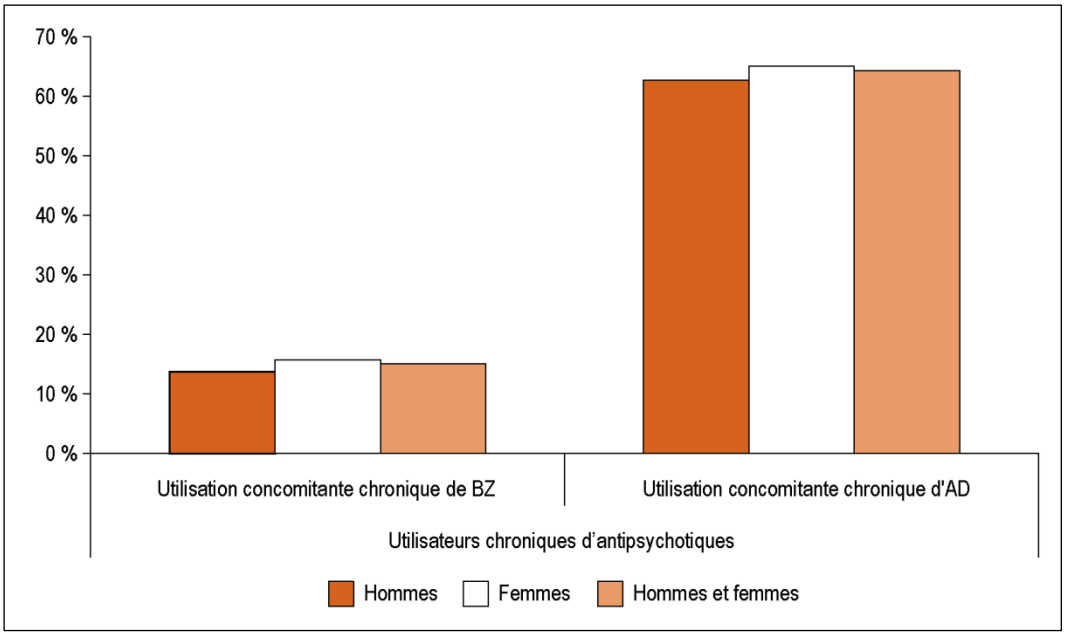
Comme l'initiative de la FCASS a été lancée en septembre 2014, la présente analyse ne fait pas état de ses résultats. En effet, le taux d'utilisation d'antipsychotiques a été mesuré selon la proportion de résidents ayant présenté au moins une demande de remboursement au cours de l'année. Par conséquent, un résident ayant cessé d'utiliser un antipsychotique en cours d'année sera tout de même considéré comme ayant utilisé des antipsychotiques; une telle baisse d'utilisation ne sera comptabilisée que l'année suivante.

Quelle proportion des personnes âgées utilise un antipsychotique conjointement avec un autre psychotrope?

Chacune des catégories de médicaments psychotropes les plus courants (antipsychotiques, antidépresseurs et benzodiazépines et médicaments apparentés) contiennent des agents chimiques dont l'utilisation par les personnes âgées peut être jugée inappropriée[27]. Les psychotropes sont associés à un risque élevé d'effets secondaires, y compris les chutes[10]. L'utilisation concomitante d'autres médicaments psychotropes augmente le risque d'effets secondaires[28-30]. Les benzodiazépines sont couramment utilisées pour traiter de nombreuses affections, dont l'anxiété, l'agitation et l'insomnie.

Parmi les personnes âgées faisant une utilisation chronique d'un antipsychotique en 2014, près des 2 tiers (64,3 %, figure 4) étaient aussi des utilisateurs chroniques d'un antidépresseur et près d'un sixième (15,0 %), de benzodiazépine. L'utilisation concomitante (c.-à-d. que la personne est considérée comme faisant une utilisation chronique de 2 catégories de médicaments au cours d'une même année) d'antipsychotiques avec benzodiazépines et antidépresseurs était plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Figure 4 Utilisation concomitante chronique d'antipsychotiques avec des benzodiazépines et des antidépresseurs chez les personnes âgées résidant dans les établissements de SLD, selon le sexe, provinces sélectionnées*, 2014



Remarque

* En novembre 2015, 5 provinces soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement liées à des établissements de SLD : l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique.

BZ : benzodiazépines et médicaments analogues.

AD : antidépresseurs.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Aucune différence n'a été relevée en ce qui a trait à l'utilisation concomitante de benzodiazépines et autres médicaments apparentés chez les personnes âgées prenant de la rispéridone et celles prenant de la quétiapine. Supposant qu'une proportion significative de résidents se sont vu prescrire la quétiapine pour traiter l'insomnie, l'utilisation de benzodiazépines serait donc plus faible, puisque ces médicaments sont eux aussi couramment prescrits pour le traitement de l'insomnie.

Résumé

Les risques associés à l'utilisation d'antipsychotiques chez les personnes âgées, particulièrement celles qui souffrent de démence, sont bien documentés[5, 9-12]. En effet, ces médicaments sont associés à un risque accru d'effets secondaires, comme la sédation, la baisse soudaine de la tension artérielle, les chutes, les fractures, l'AVC et le décès[10-12].

La présente étude, à partir des données sur les demandes de remboursement soumises au SNIUMP, examine l'utilisation d'antipsychotiques chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans les établissements de SLD. Les données d'évaluation des résidents en SLD tirées du SISLD sont utilisées pour fournir des renseignements sur les caractéristiques des personnes traitées par des antipsychotiques, y compris les diagnostics, les comportements et d'autres mesures fonctionnelles.

En 2014, 39,0 % des personnes âgées résidant dans un établissement de SLD ont présenté au moins une demande de remboursement pour un antipsychotique. Près du quart des résidents (22,4 %) faisaient une utilisation chronique d'antipsychotiques. Il est à noter que ces mesures incluent tous les cas d'utilisation d'antipsychotiques, sans égard aux motifs pour lesquels ils ont été prescrits, et que dans certains cas, leur utilisation par les résidents des établissements de SLD peut s'avérer appropriée[8].

L'utilisation d'antipsychotiques était beaucoup plus fréquente chez les résidents qui présentent une déficience cognitive grave ou des comportements très agressifs. L'utilisation d'antipsychotiques chez les résidents ne présentant pas de symptômes comportementaux (20,2 %) permet de supposer que les antipsychotiques sont parfois utilisés contrairement aux directives de traitement, bien que dans certains cas, l'absence de signes d'agressivité chez un résident peut justement s'expliquer par l'utilisation d'un antipsychotique. Toutefois, le taux d'utilisation chez les personnes âgées présentant un comportement très agressif (51,3 %) suggère que des approches non pharmacologiques ont été envisagées, et ce, même dans les cas les plus graves, où les résidents et le personnel soignant étaient susceptibles de subir des blessures.

L'utilisation d'antipsychotiques était plus élevée chez les hommes (42,5 %) que chez les femmes (37,5 %). Les hommes prenant des antipsychotiques sont plus susceptibles que les femmes de présenter un effet secondaire grave (c.-à-d. qui mène à une hospitalisation ou au décès[18, 19]).

Parmi tous les antipsychotiques, la quétiapine était le plus fréquemment utilisé par les personnes âgées vivant dans un établissement de SLD, suivie de la rispéridone. La rispéridone est le seul antipsychotique approuvé pour le traitement des symptômes de la démence au Canada. Toutefois, les directives sur le traitement de la démence incluent généralement des conseils sur l'utilisation d'autres antipsychotiques. Des études précédentes indiquent que la hausse de l'utilisation de la quétiapine résulte d'une hausse de son utilisation pour traiter l'insomnie, bien que ce médicament ne soit ni approuvé ni recommandé pour cette indication[20-22]. Toutefois, aucune différence significative n'a été observée en ce qui a trait à la prévalence de l'insomnie chez les résidents prenant de la quétiapine et ceux prenant de la rispéridone.

Les tendances relatives au taux d'utilisation d'antipsychotiques varient selon les provinces. Le changement le plus significatif est survenu au Manitoba, où l'utilisation d'antipsychotiques a baissé, passant de 38,2 % en 2006 à 31,5 % en 2014. Cette baisse s'explique en partie par les initiatives mises à l'essai en 2009 par l'Office régional de la santé de Winnipeg dans le but de réduire l'utilisation inappropriée de ces médicaments dans les établissements de SLD. À l'heure actuelle, la FCASS encourage l'adoption de mesures semblables par les organismes de santé canadiens dans le cadre du projet collaboratif Réduire le recours aux antipsychotiques en soins de longue durée[24].

Annexe A

Tableau A1 Proportion des évaluations relatives aux utilisateurs d'antipsychotiques et aux personnes âgées résidant dans des établissements de SLD, par catégorie des échelles CPS et ABS, provinces et territoires sélectionnés*, 2014

Échelle	Catégorie	Utilisateurs d'antipsychotiques	Tous les établissements de SLD
Échelle de rendement cognitif (CPS)	Rendement intact/déclin limité	10,6 %	19,3 %
	Déficience légère ou modérée	51,5 %	51,1 %
	Déficience grave	37,9 %	29,5 %
	Toutes les catégories de l'échelle CPS	**100,0 %**	**100,0 %**
Échelle des comportements agressifs (ABS)	Aucun signe d'agressivité	40,8 %	57,4 %
	Agressivité légère ou modérée	36,7 %	30,2 %
	Agressivité importante	22,5 %	12,5 %
	Toutes les catégories de l'échelle ABS	**100,0 %**	**100,0 %**

Remarque

* En novembre 2015, 8 provinces et 1 territoire soumettaient des données au SISLD : Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon. Seule une partie des données (couverture partielle) est disponible pour Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Manitoba et la Saskatchewan.

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, Institut canadien d'information sur la santé.

Annexe B

Tableau B1 Proportion des utilisateurs d'antipsychotiques et de personnes âgées résidant dans des établissements SLD, diagnostics et symptômes sélectionnés, provinces et territoires sélectionnés*, 2014

	Utilisateurs d'antipsychotiques	Tous les établissements de SLD
Démence (excluant la maladie d'Alzheimer)	66,3 %	56,7 %
Maladie d'Alzheimer	22,0 %	16,8 %
Démence (incluant la maladie d'Alzheimer)	79,4 %	66,5 %
Schizophrénie	6,5 %	2,6 %
Chorée de Huntington	0,3 %	0,1 %
Délires ou hallucinations	14,6 %	8,9 %
Psychose (schizophrénie, chorée de Huntington, délires ou hallucinations)	19,9 %	11,1 %
Trouble bipolaire	4,5 %	2,1 %
Dépression	37,1 %	32,8 %
Anxiété	13,4 %	10,0 %
Insomnie	30,4 %	25,2 %

Remarque

* En novembre 2015, 8 provinces et 1 territoire soumettaient des données au SISLD : Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon. Seule une partie des données (couverture partielle) est disponible pour Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Manitoba et la Saskatchewan.

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, Institut canadien d'information sur la santé.

Annexe C

Tableau C1 Taux d'utilisation d'antipsychotiques chez les personnes âgées résidant dans un établissement de SLD, selon le sexe et le groupe d'âge, provinces sélectionnées*, 2014

Sexe	Groupe d'âge	Rispéridone		Quétiapine		Autres antipsychotiques		Tous les antipsychotiques	
		Toute utilisation	Utilisation chronique	Toute utilisation	Utilisation chronique	Toute utilisation	Utilisation chronique	Toute utilisation	Utilisation chronique
Hommes	65-74 ans	17,1 %	10,9 %	22,6 %	13,7 %	24,5 %	12,6 %	50,1 %	32,9 %
	75-84 ans	16,0 %	8,5 %	24,3 %	13,6 %	16,9 %	5,9 %	46,0 %	26,2 %
	85 ans et plus	13,1 %	6,3 %	19,4 %	9,7 %	12,5 %	2,8 %	37,3 %	18,0 %
	65 ans et plus	**14,8 %**	**7,9 %**	**21,7 %**	**11,7 %**	**16,0 %**	**5,5 %**	**42,5 %**	**23,4 %**
Femmes	65-74 ans	16,4 %	10,3 %	21,7 %	13,9 %	21,8 %	12,6 %	46,8 %	32,1 %
	75-84 ans	15,6 %	9,0 %	20,8 %	12,7 %	15,2 %	6,7 %	42,6 %	26,6 %
	85 ans et plus	12,7 %	6,8 %	16,7 %	9,6 %	10,5 %	3,3 %	34,3 %	19,0 %
	65 ans et plus	**13,7 %**	**7,6 %**	**18,2 %**	**10,7 %**	**12,6 %**	**4,9 %**	**37,5 %**	**22,0 %**
Hommes et femmes	**65 ans et plus**	**14,1 %**	**7,7 %**	**19,2 %**	**11,1 %**	**13,7 %**	**5,1 %**	**39,0 %**	**22,4 %**

Remarque

* En novembre 2015, 5 provinces soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement liées à des établissements de SLD : l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Annexe D

Tableau D1 Utilisation concomitante chronique d'antipsychotiques avec des benzodiazépines et des antidépresseurs chez les personnes âgées résidant dans les établissements de SLD, selon le sexe et le groupe d'âge, provinces sélectionnées*, 2014

Sexe	Groupe d'âge	Rispéridone		Quétiapine		Autres antipsychotiques		Tous les antipsychotiques	
		BZ	AD	BZ	AD	BZ	AD	BZ	AD
Hommes	65-74 ans	16,4 %	65,6 %	18,5 %	67,1 %	22,1 %	60,4 %	18,3 %	64,1 %
	75-84 ans	11,4 %	65,5 %	13,8 %	64,3 %	14,7 %	64,0 %	13,1 %	64,2 %
	85 ans et plus	12,0 %	59,9 %	10,7 %	60,4 %	12,1 %	61,5 %	11,2 %	60,4 %
	65 ans et plus	**12,7 %**	**63,4 %**	**13,5 %**	**63,3 %**	**16,8 %**	**62,0 %**	**13,6 %**	**62,8 %**
Femmes	65-74 ans	20,3 %	66,7 %	21,1 %	70,1 %	24,4 %	64,9 %	21,4 %	68,0 %
	75-84 ans	16,2 %	65,8 %	16,3 %	69,3 %	18,2 %	66,9 %	16,3 %	67,5 %
	85 ans et plus	13,1 %	60,9 %	14,9 %	63,5 %	14,7 %	67,4 %	14,1 %	63,2 %
	65 ans et plus	**14,8 %**	**63,0 %**	**16,0 %**	**65,9 %**	**17,9 %**	**66,7 %**	**15,6 %**	**65,1 %**
Hommes et femmes	**65 ans et plus**	**14,2 %**	**63,1 %**	**15,1 %**	**65,1 %**	**17,6 %**	**65,1 %**	**15,0 %**	**64,3 %**

Remarque

* En novembre 2015, 5 provinces soumettaient au SNIUMP des données sur les demandes de remboursement liées à des établissements de SLD : l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique.

BZ : benzodiazépines et médicaments analogues.

AD : antidépresseurs.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Annexe E : Méthodologie

Définitions

1. **Utilisation chronique de médicaments :** Situation d'une personne ayant présenté au moins 2 demandes de remboursement et reçu un approvisionnement d'au moins 180 jours pour une catégorie de médicaments donnée au cours d'une année donnée.
2. **Demandeur :** Personne âgée dont au moins une demande de remboursement a été acceptée par un régime public d'assurance-médicaments, que ce soit pour un remboursement ou pour l'application d'une franchise.
3. **Catégorie de médicaments :** Sous-groupe d'agents chimiques regroupés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) au quatrième niveau du Système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC), version 2013. À ce niveau, les sous-groupes sont théoriquement considérés comme des groupes d'agents chimiques distincts qui agissent de façon similaire dans le traitement de troubles médicaux semblables.
4. **Résident :** Personne vivant dans un établissement de SLD (pour de plus amples renseignements, consulter la section Résidents en soins de longue durée ci-dessous).

Médicaments visés

Les antipsychotiques ont été recensés au moyen des numéros d'identification du médicament attribués par Santé Canada ainsi que par le code du système de classification ATC de l'OMS N05A — Antipsychotiques. Toutes les formes posologiques et les teneurs de ces produits chimiques offertes au Canada pendant la période d'étude ont été incluses, à l'exception du lithium et de la prochlorpérazine (codes ATC N05AN et N05AB04, respectivement). Le lithium et la prochlorpérazine ont été exclus de l'analyse, car ils ne sont pas utilisés pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes âgées. Le lithium est utilisé pour traiter les épisodes maniaques de la psychose maniaco-dépressive et la prochlorpérazine est utilisée pour traiter les nausées et les vomissements graves.

Les benzodiazépines ont été recensées au moyen des codes ATC N05BA — Benzodiazépines (sous la catégorie plus vaste des anxiolytiques), N05CD — Benzodiazépines (sous la catégorie plus vaste des sédatifs et des hypnotiques) et N05CF — Médicaments apparentés aux benzodiazépines, et les antidépresseurs ont été recensées au moyen du code ATC N06A — Antidépresseurs. Toutes les formes posologiques et les teneurs de ces produits chimiques offertes au Canada pendant la période d'étude ont été incluses, à l'exception du clobazam (code ATC N05BA09). Le clobazam a été exclu, car contrairement aux autres benzodiazépines, il est principalement utilisé pour le traitement des crises épileptiques.

Utilisation d'antipsychotiques

Le SNIUMP contient des renseignements sur la substance chimique, le dosage et la forme spécifiques de l'antipsychotique utilisé, et le SISLD recueille des renseignements à l'échelle de la catégorie de médicament (c.-à-d. qu'un résident est classé comme utilisateur ou non-utilisateur d'antipsychotique).

La base de données du SNIUMP contient des données sur toutes les demandes de remboursement payées par les régimes publics d'assurance-médicaments. Quant au SISLD, il recueille des renseignements provenant d'évaluations trimestrielles, lesquelles contiennent des données sur la prise de médicaments dans les 7 jours précédant la date de l'évaluation. Dans le cadre des analyses effectuées à partir de la base de données du SNIUMP, un résident est considéré comme un utilisateur d'antipsychotique au cours d'une année donnée s'il a présenté au moins une demande de remboursement pour un antipsychotique au cours de cette année.

Dans le cadre des analyses effectuées à partir du SISLD, un résident est considéré comme un utilisateur d'antipsychotique au cours d'une année donnée s'il a subi au moins une évaluation au cours de l'année indiquant qu'il avait utilisé un antipsychotique au cours des 7 derniers jours.

En raison de cette différence entre les périodes d'observation, le taux annuel d'utilisation d'antipsychotique chez les personnes vivant dans un établissement de SLD est moins élevé dans le SISLD (34,6 %) que dans le SNIUMP (39,0 %). Par exemple, si un résident d'établissement de SLD a utilisé un antipsychotique 30 jours avant l'évaluation du SISLD, il sera alors classé comme un utilisateur d'antipsychotique dans le SNIUMP, mais non dans le SISLD.

Résidents en soins de longue durée

Aux fins d'analyse au moyen des données du SNIUMP,

- pour l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick, le Manitoba et la Colombie-Britannique, on a considéré comme des résidents d'établissements de SLD les personnes dont les demandes de remboursement ont été acceptées par les régimes conçus pour offrir une couverture aux résidents des établissements de SLD;
- pour l'Ontario, les résidents des établissements de SLD sont signalés comme tels dans la base de données du SNIUMP.

Aux fins d'analyse au moyen du SISLD, une personne âgée est considérée comme résidant dans un établissement de SLD pour une année donnée si elle a subi au moins une évaluation par un établissement de SLD au cours de l'année.

Échelle des comportements agressifs

L'échelle des comportements agressifs (ABS) est tirée des éléments d'évaluation du RAI-MDS 2.0 ayant trait aux symptômes comportementaux d'un résident. La note d'un résident est établie en fonction de la fréquence :

- de la violence verbale ou physique;
- des comportements perturbateurs ou socialement inacceptables;
- de la résistance aux soins.

Aux fins d'analyse, les notes sont comptabilisées et classées en 3 catégories : aucun signe d'agressivité, agressivité légère ou modérée, et agressivité importante (annexe A).

Échelle de rendement cognitif

L'échelle de rendement cognitif (CPS) est tirée des éléments d'évaluation du RAI-MDS 2.0 ayant trait aux fonctions cognitives d'un résident. La note est établie en fonction du niveau de conscience, de la mémoire, de la prise de décision, et de la capacité à communiquer et à se nourrir.

Aux fins d'analyse, les notes sont comptabilisées et classées en 3 catégories : rendement intact/déclin limité, déficience légère ou modérée, et déficience grave (annexe A).

Limites

Il faut noter qu'à l'Île-du-Prince-Édouard, seules les personnes âgées dont les soins de longue durée sont subventionnés par le gouvernement sont classées comme des résidents d'établissements de SLD. Cette situation pourrait bien augmenter le taux d'utilisation chez les personnes âgées vivant dans la communauté dans cette province, bien qu'il soit difficile de déterminer son effet sur le taux d'utilisation chez les résidents d'établissements de SLD. La population de l'Île-du-Prince-Édouard étant relativement petite, l'effet sur les taux d'utilisation globaux dans les 5 provinces devrait être minime. Au Manitoba, les résidents d'établissements de SLD qui se procurent leurs médicaments dans des pharmacies d'hôpital ne sont pas inclus dans la présente analyse, car ces renseignements ne sont pas disponibles dans la base de données du SNIUMP.

Les données sur les demandes de remboursement indiquent qu'un médicament a été fourni, mais pas s'il a été pris; elles ne reflètent donc pas toujours l'utilisation. Un patient peut prendre la totalité, une partie seulement ou aucun des médicaments délivrés. Les antipsychotiques et les benzodiazépines sont parfois prescrits au besoin, ce qui suscite de l'incertitude quant à la quantité exacte de médicaments prise par le patient. Dans les cas où les médicaments ont été fournis, mais n'ont pas été utilisés, il est possible que les taux d'utilisation soient surestimés.

La base de données du SNIUMP ne comprend pas de renseignements sur les demandes qui n'ont pas été acceptées par le régime public d'assurance-médicaments (c.-à-d. celles payées par les assureurs privés ou par les patients). Les taux d'utilisation pourraient donc être sous-estimés. Cependant, en ce qui concerne les personnes âgées, cette sous-estimation touche surtout les médicaments non couverts par les régimes publics d'assurance-médicaments et les régimes à couverture restreinte, de sorte qu'elle ne devrait pas avoir une incidence significative dans la présente analyse.

La base de données du SNIUMP ne contient pas d'information sur les diagnostics ou les affections pour lesquelles les médicaments sont prescrits.

Le SISLD permet de consigner l'utilisation de médicament au cours de 4 périodes de 7 jours pendant l'année. Par conséquent, il ne rend pas nécessairement compte de tous les antipsychotiques utilisés. L'analyse des données transversales du SISLD ne tient pas compte de la relation causale entre les divers éléments de données faisant l'objet de l'examen. Si on examine l'utilisation d'antipsychotiques en fonction du niveau d'agressivité basée sur une seule évaluation, il est impossible de déterminer si le comportement d'un résident est attribuable à l'utilisation d'un antipsychotique ou vice-versa. Par exemple, il est impossible de déterminer si un résident qui prend un antipsychotique et ne présente aucun symptôme s'est vu prescrire le médicament malgré l'absence de symptômes, ou s'il ne présente aucun symptôme en raison de la prise de l'antipsychotique.

Références

1. Herrmann N, Gauthier S. Diagnosis and treatment of dementia: 6. Management of severe Alzheimer disease. *Canadian Medical Association Journal*. 2008.
2. Ballard C, Waite J. The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006.
3. Rapoport M, Mamdani M, Shulman KI, Herrmann N, Rochon PA. Antipsychotic use in the elderly: shifting trends and increasing costs. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005.
4. Schneder LS, Tariot PN, Dagerman KS, et al. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *The New England Journal Medicine*. 2006.
5. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Best Practice Guideline for Accommodating and Managing Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Residential Care: A Person-Centered Interdisciplinary Approach (PDF, 782.74 Ko). 2012.
6. Institut canadien d'information sur la santé. Votre système de santé : En détail [outil Web].
7. Ontario Drug Policy Research Network. Antipsychotics in the Elderly: Final Report, Pharmacoepidemiology Unit (PDF, 1.77 Mo). 2015.
8. Qualité des services de santé Ontario. Looking for Balance: Antipsychotic Medication Use in Ontario Long-Term Care Homes (PDF, 2.43 Mo). 2015.
9. Agency for Healthcare Research and Quality. Off-label use of atypical antipsychotics: an update. *Comparative Effectiveness Review*. 2011.
10. Champoux N, Monette J, Galbaud du Fort G, Wolfson C, Le Cruquel JP. Use of neuroleptics: study of institutionalized elderly people in Montreal, Que. *Canadian Family Physician*. 2005.
11. Hagen B, Esther CA, Ikuta R, Williams RJ, Le Navenec CL, Aho M. Antipsychotic drug use in Canadian long-term care facilities: prevalence, and patterns following resident relocation (PDF, 159.97 Ko). *International Psychogeriatrics*. 2005.
12. Vida S, Monette J, Wilchesky M, et al. A long-term care center interdisciplinary education program for antipsychotic use in dementia: program update five years later. *International Psychogeriatrics*. 2012.
13. Santé Canada. Risperidone — restriction of the dementia indication. 18 février 2015.
14. Janssen Inc. Product monograph — Risperdal. Consulté le 31 mars 2015.

15. Janssen Inc. Part III: Consumer Information — Risperdal (PDF, 56.26 Ko) [monographie de produit]. 2014.

16. Santé Canada. Atypical antipsychotic drugs and dementia — advisories, warnings and recalls for health professionals. 22 juin 2005.

17. Santé Canada. Important drug safety information: Risperdal (risperidone) and cerebrovascular adverse events in placebo-controlled dementia trials — Janssen-Ortho Inc. 11 octobre 2002.

18. Rochon PA, Normand S-L, Gomes T, et al. Antipsychotic therapy and short-term serious events in older adults with dementia. *Archive of Internal Medicine*. 2008.

19. Rochon PA, Grunier A, Gill SS, et al. Older men with dementia are at greater risk than women of serious events after initiating antipsychotic therapy. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2013.

20. O'Rouke D. Manitoba: enhanced orientation for nurses new to long-term care. *Nursing Leadership*. 2012.

21. Winnipeg Health Region. Formula for success. *Wave*. Janvier et février 2012.

22. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Improving the Lives of Patients at Personal Care Homes in Winnipeg and Beyond: Innovation Approach Finds Major Savings. 2014.

23. Pringsheim T, Gardner DM. Dispensed prescriptions for quetiapine and other second-generation antipsychotics in Canada from 2005 to 2012: a descriptive study. *CMAJ Open*. 2014.

24. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. CFHI supports projects to improve care for dementia patients: teams across Canada will tackle inappropriate antipsychotic medication use. 4 juin 2014.

25. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *BMJ*. 2015.

26. Declercq T, Petrovic M, Azermai M, et al., dir. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013.

27. Campanelli CM. American Geriatrics Society updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults (PDF, 110,77 Ko).*The American Geriatrics Society*. 2012.

28. Monette J, Alessa W, McCusker J, et al. Association of resident and room characteristics with antipsychotic use in long-term care facilities (LTCF). *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012.

29. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. A Review of the Use of Antipsychotic Drugs in British Columbia Residential Care Facilities (PDF, 621,78 Ko). 2011.

30. David K, Conn MB. Use of psychotropics in long-term care facilities for the elderly. *The Canadian Review of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 2007.

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-429-0 (PDF)

© 2016 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :
Institut canadien d'information sur la santé. *Utilisation d'antipsychotiques chez les personnes âgées résidant dans les établissements de soins de longue durée, 2014*. Ottawa, ON : ICIS; 2016.

© interRAI Corporation, Washington (D.C.), 1995, 1997, 1999. Modifié avec permission pour utilisation au Canada en vertu d'une licence accordée à l'Institut canadien d'information sur la santé.

This publication is also available in English under the title *Use of Antipsychotics Among Seniors Living in Long-Term Care Facilities, 2014*.
ISBN 978-1-77109-428-3 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa
495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto
4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria
880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal
1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's
140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006

12084-0115

www.icis.ca
Au cœur des données

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information