

ÉTAT DES PRATIQUES

Portrait de l'usage de médicaments
potentiellement inappropriés chez les
personnes atteintes d'un trouble
neurocognitif majeur vivant dans la
communauté au Québec entre 2014 et
2024

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé

Portrait de l'usage de médicaments
potentiellement inappropriés chez les
personnes atteintes d'un trouble neurocognitif
majeur vivant dans la communauté au
Québec entre 2014 et 2024

Rédaction

Jean-Marc Daigle
Marie-Pierre Rousseau

Collaboration

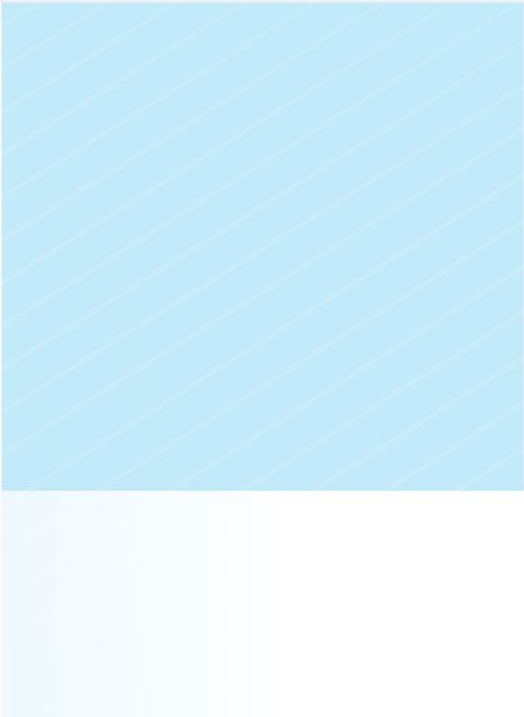
Stéphanie Hallée

Coordination scientifique

Caroline Turcotte

Direction

Catherine Truchon
Ann Lévesque



Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteure et auteur principaux

Jean-Marc Daigle, M. Sc.

Marie-Pierre Rousseau, B. Pharm, M. Sc.

Collaboratrice interne

Stéphanie Hallée, Ph. D.

Collaborateurs externes

Canadian Network for Observational Drug Effect Studies (CNODES)

Agence des médicaments du Canada (AMC)

Coordonnatrice scientifique

Caroline Turcotte, Ph. D.

Directrice adjointe

Ann Lévesque, Ph. D.

Directeur ou directrice

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Repérage de l'information scientifique

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Bureau des données clinico-administratives

Melissa Caron, Ph. D.

Mamadou Diop, Ph. D.

Rodolphe Jantzen, M. Sc.

Jean-Luc Kaboré, Ph. D.

Jonathan Michaud, M. Sc.

Houssem Missaoui, Ph. D.

Soutien administratif

Sonia Morisset

Laura Guiol

Équipe de l'édition

Jean Talbot

Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de

Gilles Bordage, révision linguistique

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

ISBN 978-2-555-04216-2 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2026

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2026). Portrait de l'usage de médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes atteintes d'un trouble neurocognitif majeur vivant dans la communauté au Québec entre 2014 et 2024. Québec, Qc : INESSS. 54 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité consultatif sont :

Isabelle Brousseau-Tremblay, gériatre, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

Katherine Desforges, pharmacienne, Centre universitaire de santé McGill

Marie-Pierre Dumas, médecin de famille, GMF-U Proactive Santé et clinicienne enseignante agrégée, Faculté de médecine, Université Laval

Line Guénette, professeure titulaire et chercheuse, Faculté de pharmacie, Université Laval

Karine Ménard, infirmière conseillère en soins, CIUSSS de la Capitale-Nationale et personne-ressource territoriale dans le cadre du plan ministériel sur les troubles neurocognitifs majeurs

Paolo Vitali, neurologue, CIUSSS de l'ouest de l'île de Montréal

Lectrice externe

Pour ce rapport, la lectrice externe est :

M^{me} Edeltraut Kröger, professeure associée, Faculté de pharmacie, Université Laval et chercheuse, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) et Centre de recherche du CHU de Québec

Autres contributions

L'Institut tient à aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

Canadian Network for Observational Drug Effect Studies (CNODES) : M. Robert Platt, M^{me} Karine Suissa, M. Michael Paterson, M^{me} Carolina Moriello, M. Christopher Filliter et M^{me} Audray St-Jean.

Agence des médicaments du Canada (AMC) : M. Louis de Léséleuc et M^{me} Emily Farrell.

Déclaration d'intérêts

Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce document. Les membres de l'équipe de projet déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Les parties prenantes qui ont déclaré des intérêts et des rôles susceptibles de les placer en situation de conflit sont mentionnés ci-dessous.

Katherine Desforges a reçu des honoraires comme conférencière au sujet de la déprescription.

Line Guénette a reçu des honoraires pour la gestion d'articles scientifiques par la revue Pharmactuel et reçoit du financement par des organismes publics en lien avec l'usage optimal des médicaments.

Paolo Vitali a été consultant avisé pour Eisai et NovoNordisk, consultant programme éducationnel pour Eli Lilly, membre du comité de surveillance de la sécurité des données (DSMB) IntelGenx Corp et a reçu des honoraires comme conférencier par Astra Zeneca.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	V
SIGLES ET ACRONYMES	VIII
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE SOMMAIRE	3
1.1 Questions d'évaluation	3
1.2 Approche employée.....	3
1.3 Données clinico-administratives.....	4
2 RÉSULTATS	6
2.1 Sommaire de la recherche documentaire.....	6
2.2 Recommandations sur les bonnes pratiques.....	6
2.3 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population à l'étude.....	8
2.3.1 Évolution du nombre de personnes avec un TNCM et vivant dans la communauté	8
2.3.2 Caractéristiques sociodémographiques	8
2.3.3 Réclamations d'un inhibiteur de l'acétylcholinestérase (IACHÉ) ou de la mémantine chez les personnes avec un TNCM vivant dans la communauté.....	10
2.4 Usage des médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez la population à l'étude	12
2.4.1 Polypharmacie et hyperpolypharmacie chez les personnes avec un TNCM vivant dans la communauté.....	12
2.4.2 Réclamations de MPI : tendance dans les 10 dernières années	15
2.4.3 Réclamations d'au moins deux MPI différents	20
2.4.4 Les 10 MPI les plus fréquemment reçus.....	21
2.5 Mesures de persistance de l'usage des MPI et de leur durée d'utilisation	25
2.5.1 Proportion de jours couverts par un MPI.....	25
2.5.2 Persistance aux antipsychotiques chez les nouveaux utilisateurs	27
2.5.3 Service de la prise en charge pour la déprescription d'un médicament	27
DISCUSSION.....	29
CONCLUSION	32
RÉFÉRENCES.....	33
ANNEXE I	42
Résumé des mesures repérées dans la littérature scientifique	42
ANNEXE II	51
Codes des 9 ^e et 10 ^e révisions de la classification internationale des maladies (CIM).....	51
ANNEXE III	52
Liste des médicaments potentiellement inappropriés (MPI) utilisée pour les analyses	52

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Caractéristiques des personnes avec un diagnostic de TNCM, vivant dans la communauté, année 2023-2024	9
Tableau I-1	Liste des mesures repérées et leurs sources	42
Tableau II-1	Liste des codes CIM-9 et CIM-10 utilisés pour les principaux troubles psychiatriques	51
Tableau II-2	Liste des codes diagnostiques utilisés pour la définition de TNCM	51

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Évolution du nombre de personnes avec un TNCM dans la communauté, chez les cas prévalents et incidents, 2014-2015 à 2023-2024	8
Figure 2	Distribution de l'âge au diagnostic chez les cas prévalents et les cas incidents, année 2023-2024	10
Figure 3	Proportion de personnes ayant reçu au moins un IACHÉ ou de la mémantine dans l'année suivant le diagnostic chez les cas incidents	11
Figure 4	Proportion de personnes répondant aux critères de polypharmacie et d'hyperpolypharmacie chez les cas prévalents, année 2023-2024	13
Figure 5	Proportion de personnes répondant aux critères de polypharmacie et d'hyperpolypharmacie calculée sur une période de 12 mois chez les cas prévalents, 2014-15 à 2023-2024	13
Figure 6	Proportion de personnes répondant aux critères de polypharmacie selon le nombre de conditions médicales, chez les cas prévalents, année 2023-2024	14
Figure 7	Proportion de personnes répondant aux critères de polypharmacie et d'hyperpolypharmacie chez les cas incidents, année 2023-2024.....	15
Figure 8	Proportion de personnes ayant reçu au moins un MPI au cours de l'année chez les cas prévalents et les cas incidents, 2014-2015 à 2023-2024.....	16
Figure 9	Proportion de personnes ayant reçu au moins un MPI au cours de l'année selon la catégorie de MPI, chez les cas prévalents, 2014-2015 à 2023-2024	16
Figure 10	Proportion de personnes ayant reçu au moins une benzodiazépine chez les cas prévalents, 2014-2015 à 2023-2024	17
Figure 11	Proportion de personnes ayant reçu au moins un MPI selon l'âge, chez les cas prévalents, en 2023-2024	18
Figure 12	Proportion de personnes ayant reçu au moins un MPI au cours de l'année selon la région sociosanitaire de résidence, chez les cas prévalents, 2023-2024	18
Figure 13	Proportion de personnes ayant reçu au moins un MPI selon la catégorie de MPI, chez les cas incidents, 2014-2015 à 2023-2024.....	19
Figure 14	Proportion de personnes ayant reçu au moins un MPI dans l'année précédant et dans l'année suivant le diagnostic selon la catégorie de MPI, chez les cas incidents, 2023-2024	20
Figure 15	Proportion de personnes ayant reçu au moins deux MPI différents au cours de l'année selon la catégorie de MPI, année 2023-2024	21
Figure 16	Les 10 MPI les plus fréquemment reçus par personne, chez les cas prévalents et les cas incidents, année 2023-2024	22

Figure 17	Les 10 antipsychotiques les plus fréquemment reçus par personne, chez les cas prévalents et les cas incidents avec et sans antécédent de troubles psychotiques ou bipolaires, année 2023-2024	22
Figure 18	Les 10 benzodiazépines les plus fréquemment reçues par personne, chez les cas prévalents et les cas incidents avec et sans antécédent de troubles anxieux, année 2023-2024	23
Figure 19	Proportion de personnes avec une PJC > 25 % au cours d'une période d'un an, chez les cas prévalents, 2014-2015 à 2023-2024.....	25
Figure 20	Proportion de personnes en fonction du pourcentage de jours de traitement couverts par un MPI au cours d'une période d'un an, année 2023-2024.....	26
Figure 21	Persistance aux antipsychotiques chez les cas prévalents parmi les nouveaux utilisateurs d'antipsychotique ayant amorcé un traitement au cours de l'année 2023-2024	27

RÉSUMÉ

Problématique

Les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM), autrefois appelés « démence », regroupent de nombreuses maladies neurocognitives, dont la maladie d'Alzheimer, la maladie vasculaire et la maladie à corps de Lewy. L'incidence des TNCM augmente considérablement avec l'âge. Le vieillissement de la population fait grimper le nombre absolu de personnes qui reçoivent un diagnostic de TNCM chaque année.

Outre les médicaments de la classe des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IACHÉ) et la mémantine qui sont indiqués pour le traitement symptomatique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, plusieurs médicaments sont utilisés pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). L'usage de médicaments antipsychotiques pour traiter certains SCPD comme l'errance ou l'agitation verbale n'est toutefois pas recommandé dans plusieurs guides de pratique clinique. D'après la liste des critères de Beers, l'usage chronique ou soutenu d'antipsychotiques devrait en effet être évité chez les personnes atteintes de démence ou de troubles cognitifs, tout comme l'usage de médicaments ayant de fortes propriétés anticholinergiques ou l'usage des benzodiazépines et des hypnotiques non-benzodiazépines agonistes des récepteurs des benzodiazépines (appelés « hypnotiques de type Z »).

Contexte du projet

Depuis 2007, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) mobilise les différentes parties prenantes afin de faire face à l'augmentation de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer et d'autres TNCM. Les premiers efforts ont été déployés dans les établissements de santé, notamment par l'introduction de projets comme OPUS-AP visant l'usage optimal des antipsychotiques dans les centres de soins de longue durée. Depuis, des indicateurs ont été produits par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) dans le cadre d'un portrait sur les transitions de soins des personnes de 65 ans et plus ayant un TNCM vivant dans la communauté.

Par ailleurs, l'Agence des médicaments du Canada (AMC) a mis en place un programme d'évaluation des médicaments suivant leur mise en marché (*Post-Market Drug Evaluation Program*) pour évaluer, entre autres, leur innocuité et la conformité de leurs indications en contexte réel de soins. Dans le cadre de ce programme, l'AMC a établi des ententes avec des instances de recherche ou d'évaluation à travers les différentes provinces et différents territoires afin de réaliser les projets d'évaluation de diverses molécules qui ont fait l'objet d'une priorisation par un comité de gouvernance. L'INESSS sert d'organisme évaluateur pour le Québec et bénéficie dans ce contexte d'un financement.

À cet égard, l'INESSS a reçu le mandat de broser un portrait provincial québécois de l'usage de médicaments potentiellement inappropriés chez la population âgée de 65 ans et plus ayant un TNCM et vivant dans la communauté. Le portrait pourrait servir de base à l'élaboration d'outils cliniques visant la déprescription de médicaments potentiellement inappropriés chez cette population.

Ces travaux ont été réalisés dans le cadre d'une entente de collaboration financée par le programme *Post Market Drug Evaluation* de l'Agence des médicaments du Canada. Les données québécoises résumées dans le présent état des pratiques sont également intégrées dans un [portrait pancanadien](#) coordonné par le Canadian Network for Observational Drug Effect Studies et incluant des données d'autres provinces canadiennes participantes.

Méthodologie

Cet état des pratiques s'appuie sur une revue de la littérature prenant en compte la littérature scientifique publiée jusqu'en juin 2024, qui a permis le repérage de médicaments potentiellement inappropriés dans le contexte de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM). De plus, la revue des guides de pratique clinique a permis de recenser les recommandations concernant la durée d'utilisation de ces médicaments, ainsi que les conditions particulières pour lesquelles il pourrait être approprié de les administrer. L'analyse des réclamations des médicaments de la classe des antipsychotiques, des benzodiazépines et des médicaments ayant de fortes propriétés anticholinergiques a été réalisée à partir des données clinico-administratives provenant de différentes banques de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les médicaments hypnotiques « de type Z » n'ont pas pu être intégrés à ces travaux étant donné qu'ils ne sont pas remboursés par le régime public d'assurance médicaments (RPAM). L'analyse a ciblé les personnes âgées de 65 ans et plus atteintes de TNCM et vivant dans la communauté, durant la période d'avril 2014 à mars 2024. Pour faciliter la lecture du document, les personnes identifiées avec un TNCM au cours de l'année étudiée ont été désignées comme étant des « cas incidents », alors que les personnes identifiées avec un TNCM au cours d'une année antérieure et pour toutes les années subséquentes à leur première identification ont été désignées comme étant des « cas prévalents ».

Résultats

Environ la moitié des personnes de 65 ans et plus ayant un TNCM et vivant dans la communauté ont reçu un IACHe, médicament pour la maladie d'Alzheimer, dans l'année suivant le diagnostic de TNCM.

La cohorte québécoise des personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans la communauté et ayant un diagnostic de TNCM est en augmentation depuis les 10 dernières années, suivant la croissance démographique de la province. La moyenne d'âge de la cohorte de 2023-2024 était de 82 ans. Environ la moitié de la cohorte avait 10 conditions de santé ou plus. Environ le quart des cas incidents de TNCM avaient reçu

un diagnostic de trouble anxieux dans les cinq années précédant leur diagnostic de TNCM, pouvant potentiellement justifier l'usage de certaines benzodiazépines. Dans l'année suivant leur diagnostic, environ la moitié des personnes avec un TNCM ont amorcé un traitement avec un IChE (donépézil, galantamine ou rivastigmine).

Malgré une tendance à la baisse, l'usage de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) demeure élevé, soit chez près de la moitié de la cohorte avec un TNCM en 2023. L'usage d'antipsychotiques demeure stable.

En 2023, environ 85 % des personnes ayant un TNCM avaient reçu 5 médicaments et plus au cours d'un trimestre et 41 % avaient reçu 10 médicaments et plus. Bien que la polypharmacie augmente le risque d'être exposé à un MPI, la proportion de personnes ayant reçu au moins un MPI est en décroissance depuis les 10 dernières années, soit un peu moins de la moitié des cas prévalents de la cohorte de 2023. Une diminution statistiquement significative de la proportion de personnes ayant reçu au moins une benzodiazépine ou un médicament anticholinergique a été observée au cours des 10 dernières années. Toutefois, pour les antipsychotiques, cette proportion demeure relativement stable.

En 2023, parmi les cas incidents de TNCM, la proportion de personnes qui avaient reçu un antipsychotique est passée de 15,8 % avant le diagnostic de TNCM à 26,2 % après celui-ci. L'usage des antipsychotiques est plus élevé chez les cas prévalents de TNCM (environ une personne sur trois) comparativement aux cas incidents. Une partie de l'usage des MPI pourrait être justifiée par la présence d'un diagnostic de troubles psychotiques et affectifs ou de troubles anxieux. Quant aux benzodiazépines, la proportion de personnes qui en ont reçu est similaire entre les années précédant et suivant le diagnostic de TNCM.

Bien que le dosage des médicaments et les efforts de réduction de dose n'aient pas été examinés, une majorité des personnes de la cohorte ont été exposées aux MPI pendant plus de trois mois au cours d'une année et la persistance au traitement potentiellement inapproprié est élevée.

Parmi les personnes ayant reçu au moins un MPI, 83 % des cas prévalents avaient à leur disposition au moins un MPI pendant plus de trois mois. Plus de la moitié des cas prévalents de TNCM ont disposé d'au moins un MPI tout au long de l'année, avec une proportion de jours couverts (PJC) de plus de 95 %. Environ une personne sur trois qui a amorcé un traitement avec un médicament antipsychotique au cours de l'année a poursuivi ce traitement pendant au moins un an.

Conclusions

Au Québec, une majorité des personnes avec un diagnostic de TNCM et vivant dans la communauté est exposée à des MPI et, par conséquent, à des effets indésirables et à des interactions médicamenteuses potentiels. Bien que certaines améliorations aient pu être observées au cours de la dernière décennie, avec notamment une diminution de la proportion de personnes qui ont reçu une benzodiazépine, une importante proportion de la population visée réclame des antipsychotiques et en dispose pendant de longues périodes. L'usage optimal des benzodiazépines fera d'ailleurs l'objet d'un nouveau guide d'usage optimal de l'INESSS, en cours d'élaboration au moment de la publication du présent rapport.

SUMMARY

Overview of the use of potentially inappropriate medications among community-dwelling individuals living with major neurocognitive disorders in Québec between 2014 and 2024

Background

Major neurocognitive disorders (MNCDs), formerly referred to as dementia, encompass a range of neurocognitive diseases, including Alzheimer's disease, vascular dementia and Lewy body dementia. The incidence of MNCDs increases markedly with age. Population aging is therefore leading to a growing number of individuals receiving an MNCD diagnosis each year.

In addition to acetylcholinesterase inhibitors (AChEI) and memantine, which are indicated for the symptomatic treatment of people with Alzheimer's disease, several drugs are used to manage the behavioural and psychological symptoms of dementia. However, the use of antipsychotics to treat certain symptoms such as wandering or verbal agitation is not recommended according to several clinical practice guidelines. According to the Beers Criteria, chronic or long-term use of antipsychotics should be avoided in people with dementia or cognitive disorders, as should the use of drugs with strong anticholinergic properties, as well as benzodiazepines and non-benzodiazepine benzodiazepine receptor agonist hypnotics (commonly referred to as Z-drugs).

Project Context

Since 2007, the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) has mobilized various stakeholders to address the growing population living with Alzheimer's disease and other MNCDs. Initial efforts were deployed in healthcare settings, notably through initiatives such as OPUS-AP, aimed at optimizing the use of antipsychotics in long-term care facilities. Since then, the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) has produced indicators as part of a profile on care transitions for community-dwelling individuals aged 65 years and older with MNCDs.

In parallel, Canada's Drug Agency (CDA) implemented a Post-Market Drug Evaluation Program to assess, among other things, drug safety and appropriate use in real-world care settings. Within this program, CDA has established agreements with research and evaluation bodies across provinces and territories to carry out evaluations of selected drugs prioritized by a governance committee. INESSS acts as the evaluation body for Québec and receives funding within this framework.

In this context, INESSS was mandated to develop a provincial portrait of the use of potentially inappropriate medications (PIMs) among community-dwelling individuals aged 65 years and older living with MNCDs in Québec. This portrait may serve as a foundation for the development of clinical tools aimed at the deprescribing of potentially inappropriate medications in this population.

This work was conducted under a collaborative agreement funded by CDA's Post-Market Drug Evaluation Program. The Québec data summarized in this report are also integrated into a [pan-Canadian portrait](#) coordinated by the Canadian Network for Observational Drug Effect Studies, which includes data from other participating Canadian provinces.

Methodology

This work is based on a literature review covering publications up to June 2024, which identified potentially inappropriate medications in the context of major neurocognitive disorders. In addition, a review of clinical practice guidelines made it possible to identify recommendations regarding the duration of use of these medications, as well as the specific conditions under which their use may be considered appropriate.

Analyses of claims for antipsychotics, benzodiazepines and medications with strong anticholinergic properties were conducted using clinico-administrative data from various databases of the Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) and the MSSS. Z-drugs could not be included in these analyses, as they are not covered by the Québec Public Prescription Drug Insurance Plan.

The analysis targeted community-dwelling individuals aged 65 years and older with MNCDs over the period from April 2014 to March 2023. Individuals identified with MNCD during the study year were designated as incident cases, whereas individuals identified with MNCD in a previous year and in all subsequent years following their first identification were designated as prevalent cases.

Results

Approximately half of community-dwelling individuals aged 65 years and older with MNCDs received an AChEI, an Alzheimer's disease medication, during the year following their MNCD diagnosis.

The Québec cohort of community-dwelling individuals aged 65 years and older with a diagnosis of MNCD has grown over the past decade, in line with provincial demographic growth. The mean age of the 2023–2024 cohort was 82 years, and approximately half of individuals had ten or more medical conditions. Nearly one quarter of incident MNCD cases had received a diagnosis of an anxiety disorder in the five years prior to their MNCD diagnosis, which could potentially justify the use of certain benzodiazepines. In the year following diagnosis, about half of individuals with MNCD initiated treatment with an AChEI (donepezil, galantamine or rivastigmine).

Despite a downward trend, the use of PIMs remains high, affecting nearly half of the cohort with MNCDs in 2023. Antipsychotic use remained stable over time.

In 2023, approximately 85% of individuals with MNCDs received five or more medications per quarter, and 41% received ten or more medications. Although polypharmacy increases the risk of exposure to PIMs, the proportion of individuals who received at least one PIM has decreased over the past decade and stood at just under half of prevalent cases in the 2023 cohort. A statistically significant decrease was observed over the last ten years in the proportion of individuals who received at least one benzodiazepine or

anticholinergic medication. However, the proportion of individuals using antipsychotics remained relatively stable.

In 2023, among incident MNCD cases, the proportion of individuals who received an antipsychotic increased from 15.8% prior to MNCD diagnosis to 26.2% following diagnosis. Antipsychotic use was higher among prevalent MNCD cases (approximately one in three individuals) compared with incident cases. Part of the use of PIMs may be justified by the presence of psychotic, affective or anxiety disorders. For benzodiazepines, the proportion of individuals who received these medications was similar before and after MNCD diagnosis.

Although medication dosages and dose-reduction efforts were not examined, a majority of individuals in the cohort were exposed to PIMs for more than three months within a given year, and treatment persistence with potentially inappropriate medications was high.

Among individuals who received at least one PIM, 83% of prevalent cases had access to at least one PIM for more than three months. More than half of prevalent MNCD cases had access to at least one PIM throughout the year, with a proportion of days covered (PDC) greater than 95%. Approximately one in three individuals who initiated an antipsychotic during the year continued treatment for at least one year.

Conclusions

In Québec, a majority of community-dwelling individuals diagnosed with MNCDs are exposed to potentially inappropriate medications, and consequently to potential adverse drug events and drug interactions. Although some improvements have been observed over the past decade—particularly a reduction in the proportion of individuals receiving benzodiazepines—a substantial proportion of the target population continues to receive and have access to antipsychotics over long periods.

Moreover, the optimal use of benzodiazepines will be addressed in a forthcoming INESSS Optimal Use Guide, which was under development at the time of publication of this report.

SIGLES ET ACRONYMES

AGREE II	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (2010)
BDCA	Banque de données clinico-administratives
AMC	Agence des médicaments du Canada
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
EBM reviews	Evidence-based Medicine Reviews
GMF	Groupe de médecine de famille
GPC	Guide de pratique clinique
IACHÉ	Inhibiteur de l'acétylcholinestérase
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MPI	Médicament potentiellement inapproprié
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
PJC	Proportion de jours couverts
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RPAM	Régime public d'assurance médicaments
RSS	Région sociosanitaire
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
TNCM	Trouble neurocognitif majeur

INTRODUCTION

Problématique

Le trouble neurocognitif majeur (TNCM) est le terme employé pour regrouper de nombreuses maladies neurocognitives, antérieurement nommées « démence » dans la 4^e édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 2013). Les sous-types de troubles neurocognitifs (TNC), majeurs ou légers, comprennent entre autres la maladie d'Alzheimer, la maladie vasculaire et la maladie à corps de Lewy (APA, 2013). La prévalence de TNCM est très faible chez les moins de 65 ans, mais augmente considérablement avec l'âge (INSPQ, 2023). La croissance de la population âgée a fait tripler le nombre absolu de personnes ayant reçu un diagnostic de TNCM entre 2000 et 2019 selon l'INSPQ.

Les symptômes associés aux TNC comprennent une perturbation de l'attention, des pertes de mémoire, des changements dans les capacités de communication, de la désorientation et un trouble de perception visuelle (APA, 2013). Ces symptômes peuvent nuire aux activités de la vie quotidienne. Le donépézil, la rivastigmine et la galantamine, de la classe des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IAChE), sont indiqués pour le traitement symptomatique des personnes atteintes de démence de type Alzheimer de stades léger ou modéré. Pour sa part, la mémantine est indiquée pour les stades modéré ou grave de la maladie d'Alzheimer. Les IAChE et la mémantine sont utilisés pour améliorer ou maintenir les fonctions cognitives et la capacité d'exécution des activités de la vie quotidienne. Ces médicaments sont actuellement inscrits sur les listes du régime d'assurance publique comme médicaments d'exception.

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) apparaissent chez la majorité des personnes atteintes de TNCM (Cerejeira *et al.*, 2012). Ils se manifestent par une perturbation de la perception, de l'humeur et du comportement, y compris les hallucinations, les idées délirantes, l'errance et l'agitation verbale ou motrice (INESSS, 2017). Les médicaments antipsychotiques et les anxiolytiques (comme les benzodiazépines) sont utilisés pour traiter certains SCPD (INESSS, 2015c, 2017). Toutefois, l'usage des antipsychotiques pour traiter les SCPD n'est pas recommandé par Santé Canada et plusieurs sociétés savantes, dont la Société américaine de gériatrie qui publie les critères de Beers (AGS, 2023). Des preuves scientifiques montrent que l'usage des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNCM est associé à une augmentation de la mortalité (INESSS, 2017). De plus, l'usage des benzodiazépines est associé à un risque accru de déficience cognitive (AGS, 2023).

Contexte de la demande

Depuis 2007, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) mobilise les différentes parties prenantes afin de faire face à l'augmentation de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer et d'autres TNCM. Les premiers efforts ont été déployés dans les établissements de santé, notamment par l'introduction de projets comme OPUS-AP visant l'usage optimal des antipsychotiques dans les centres de soins de longue durée.

Depuis, des indicateurs ont été produits par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) dans le cadre d'un portrait sur les transitions de soins des personnes de 65 ans et plus ayant un TNCM et vivant dans la communauté.

Par ailleurs, l'Agence des médicaments du Canada (AMC) a mis en place un programme d'évaluation des médicaments suivant leur mise en marché (*Post-Market Drug Evaluation Program*) pour évaluer entre autres leur innocuité et la conformité de leurs indications en contexte réel de soins. Dans le cadre de ce programme, l'AMC a établi des ententes avec des instances de recherche ou d'évaluation à travers les différentes provinces et différents territoires afin de réaliser les projets d'évaluation de diverses molécules qui ont fait l'objet d'une priorisation par un comité de gouvernance. L'INESSS sert d'organisme évaluateur pour le Québec et bénéficie dans ce contexte d'un financement.

À cet égard, l'INESSS a reçu le mandat de broser un portrait provincial québécois de l'usage de médicaments potentiellement inappropriés chez la population âgée de 65 ans et plus ayant un TNCM et vivant en communauté. Le portrait pourrait servir de base à l'élaboration d'outils cliniques visant la déprescription de médicaments potentiellement inappropriés chez cette population.

Ces travaux ont été réalisés dans le cadre d'une entente de collaboration financée par le programme *Post Market Drug Evaluation* de l'Agence des médicaments du Canada. Les données québécoises résumées dans le présent état des pratiques sont également intégrées dans un [portrait pancanadien](#) coordonné par le Canadian Network for Observational Drug Effect Studies et incluant des données d'autres provinces canadiennes participantes.

1 MÉTHODOLOGIE SOMMAIRE

La méthodologie détaillée pour mener à terme ces travaux est décrite à l'annexe A du document *Annexes complémentaires*.

1.1 Questions d'évaluation

Dans le but de faire un portrait provincial de l'usage des médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes de 65 ans et plus ayant un TNCM, les questions d'évaluation ont été formulées de la manière suivante :

- 1) Quels sont les indicateurs les plus pertinents pour évaluer la qualité de la prise en charge pharmacologique des personnes atteintes de TNCM vivant dans la communauté?
 - a. Parmi ces indicateurs, lesquels peuvent être calculés à partir des bases de données clinico-administratives québécoises?
 - b. Plus particulièrement, quelles sont les mesures en lien avec l'utilisation de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez les personnes atteintes de TNCM?
- 2) Quels sont les résultats de ces indicateurs pour la cohorte de personnes atteintes de TNCM au Québec et vivant dans la communauté?

1.2 Approche employée

La méthodologie proposée respecte les normes de qualité de l'INESSS. Les questions d'évaluation ont été déterminées selon les aspects à documenter. Pour répondre à ces questions, trois sources d'information ont été utilisées : 1) une recherche documentaire a été réalisée 2) une analyse des données clinico-administratives associées à certains déterminants de l'usage des médicaments potentiellement inappropriés ciblés a été effectuée pour la période allant de 2014 à 2023 et 3) la perspective de médecins, infirmières, pharmaciens et chercheurs a été recueillie par la formation d'un comité consultatif qui a accompagné l'INESSS dans la réalisation des travaux.

L'analyse des informations a été faite dans une perspective de contextualisation de la pratique au Québec, en se basant notamment sur des éléments de contexte législatif, réglementaire et organisationnel propres au Québec, puis du savoir expérientiel des différentes parties prenantes consultées.

1.3 Données clinico-administratives

Dans la période 2014-2015 à 2023-2024, pour chaque année financière, la population à l'étude était composée des personnes âgées de 65 ans ou plus au 1^{er} avril de l'année, vivant dans la communauté et atteintes d'un TNCM ou prenant un des médicaments pour traiter la maladie d'Alzheimer. Ces personnes devaient être assurées par le régime d'assurance maladie du Québec au moins une journée durant l'année et être couvertes en continu par le régime public d'assurance médicaments (RPAM) du Québec. Les personnes ayant passé une journée ou plus en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) ont été exclues de l'analyse. L'identification des résidents en CHSLD était définie par l'usage d'un code de plan 97 (personnes hébergées non admissibles à l'assurance médicaments) ou d'un code 50 (plan d'achat de lit pour des soins prolongés en établissement privé), ou encore par la présence d'au moins un acte en CHSLD durant l'année. L'exclusion de ces personnes s'applique uniquement pour les années où ces critères sont respectés.

Pour identifier les personnes ayant un diagnostic de TNCM, la définition de cas développée par Jaakkimainen et ses collaborateurs a été utilisée (2016). Cette étude de validation ontarienne pour évaluer l'exactitude des données clinico-administratives a rapporté une sensibilité de 79,3 %, une spécificité de 99,1 % et une valeur prédictive positive de 80,4 % dans l'identification des personnes de 65 ans ou plus atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Cette définition a été élaborée dans le cadre d'un consensus canadien et elle est employée par d'autres instances dont le Système canadien de surveillance des maladies chroniques, auquel participent l'ensemble des provinces canadiennes depuis plusieurs années.

Selon cette définition, une personne était considérée comme étant atteinte d'un TNCM si elle répondait à l'un ou l'autre des trois critères suivants :

- a. avoir un diagnostic (principal ou secondaire) au cours d'une hospitalisation (Med-Écho);
- b. avoir trois diagnostics reçus au cours d'une visite chez le médecin (fichier des services médicaux rémunérés à l'acte) séparés d'au moins 30 jours à l'intérieur d'une période de deux ans;
- c. avoir une ordonnance servie pour un médicament utilisé pour le traitement de la maladie d'Alzheimer (donépézil, rivastigmine, galantamine, mémantine) au fichier des services pharmaceutiques (détails dans le document *Annexes complémentaires*).

La date d'identification d'un cas correspondait à la date où l'un des critères de la définition était satisfait pour la première fois. Une personne était considérée comme un cas prévalent¹ pour toutes les années subséquentes à sa première identification (prévalence à vie). Les personnes retenues pour une année donnée étaient donc

¹ Dans le présent rapport, ont été désignés « cas prévalents » les cas préexistants avant le début d'une année financière donnée et qui étaient toujours en vie au premier jour de cette année.

l'ensemble des cas prévalents et en vie à la fin de l'année précédente et des cas incidents, définis par les nouvelles personnes identifiées avec un TNCM au cours de l'année. Le diagnostic de TNCM était recherché à partir du 1^{er} avril 1996 chez les personnes de tout âge. Les codes des 9^e et 10^e révisions de la Classification internationale des maladies (CIM) ont été utilisés pour identifier les diagnostics ([Annexe II](#)).

Il est à noter que les résultats présentés ne sont pas ajustés pour l'âge puisque la cohorte est composée uniquement de personnes de 65 ans et plus et que la répartition d'âge et l'âge moyen sont très similaires entre les régions sociosanitaires (RSS). Les résultats des RSS 10 – Nord-du-Québec, 17 – Nunavik et 18 – Terres-cries-de-la-Baie-James ne sont pas présentés individuellement dans ce portrait. La faible population de ces régions isolées biaise l'interprétation. Bien que les données de ces trois régions ne soient pas présentées individuellement, elles apparaissent de manière regroupée.

2 RÉSULTATS

2.1 Sommaire de la recherche documentaire

Afin de simplifier le présent rapport, les années financières sont désignées par la première année civile qui les constitue (p. ex. 2023 représente l'année financière 2023-2024). De plus, pour alléger le texte, le terme « personnes » est parfois employé pour désigner les personnes qui font partie de la cohorte à l'étude, c'est-à-dire les personnes âgées de 65 ans et plus, assurées par le RPAM et atteintes d'un trouble neurocognitif majeur (TNCM).

2.2 Recommandations sur les bonnes pratiques

La revue de littérature a permis de repérer 51 études primaires, 4 revues systématiques, 11 guides de pratique clinique (GPC) et 4 documents issus de la littérature grise. Environ 80 mesures, variables ou indicateurs concernant l'usage des médicaments potentiellement inappropriés (MPI) dans le contexte de TNCM ont été extraits de ces documents et répertoriés à l'[annexe I](#). En plus de mesurer les proportions d'utilisateurs des médicaments à l'étude, plusieurs auteurs ont étudié les facteurs associés à l'usage des MPI, tels que la qualité de vie, l'indice de masse corporelle (IMC) ou l'indice de comorbidité de Charlson (Bonfiglio *et al.*, 2019; Delgado *et al.*, 2020; Kachru *et al.*, 2015; Rangfast *et al.*, 2022; Sonnerstam *et al.*, 2022; Sonnerstam *et al.*, 2023; Wucherer *et al.*, 2017; Zhao *et al.*, 2022; Zhao *et al.*, 2023).

La Société américaine de gériatrie (AGS) propose une liste de médicaments à éviter en cas de démence ou de troubles cognitifs qui comprend :

- les médicaments ayant de fortes propriétés anticholinergiques, qui incluent plusieurs antidépresseurs, antiémétiques, antihistaminiques de première génération, antimuscariniques, antiparkinsoniens, antipsychotiques, antispasmodiques et relaxants musculaires;
- l'usage chronique ou soutenu d'antipsychotiques;
- les benzodiazépines;
- les hypnotiques non-benzodiazépines agonistes des récepteurs des benzodiazépines (appelés « hypnotiques de type Z ») (AGS, 2023).

De manière générale, dans un contexte de démence ou de déficit cognitif, les guides de pratique clinique retenus recommandent d'éviter les médicaments ayant des propriétés anticholinergiques en raison de leurs effets indésirables sur le système nerveux central, des risques d'aggravation des troubles cognitifs et/ou d'apparition de confusion, ainsi que du risque de chute (AGS, 2023; Burns *et al.*, 2023; Ismail *et al.*, 2020; NICE, 2018; Roux *et al.*, 2021). La liste des critères de Beers de 2023 a été retenue dans le cadre des présents travaux en raison de sa pertinence dans le contexte québécois et de la qualité méthodologique de la revue de la littérature qui a mené à l'élaboration de cette liste.

Plusieurs GPC recommandent d'éviter l'usage des antipsychotiques pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), à moins que les mesures non pharmacologiques aient échoué, que la personne souffre d'agitation ou d'hallucinations qui lui causent une détresse importante ou qu'elle menace de se faire du mal ou d'en faire à autrui (AGS, 2023; Burns *et al.*, 2023; CCSMPA, 2024; Frederiksen *et al.*, 2020; NCEC, 2019; NICE, 2018; Roux *et al.*, 2021; SCG, 2022). Plusieurs guides recommandent également d'envisager des tentatives de déprescription périodiques pour réévaluer le besoin continu et/ou la dose efficace la plus faible d'antipsychotiques (AGS, 2023; CCSMPA, 2024; Frederiksen *et al.*, 2020; NCEC, 2019; NICE, 2018; Roux *et al.*, 2021). L'intervalle suggéré pour réévaluer l'usage des antipsychotiques varie entre 6 semaines (NICE, 2018) et 12 semaines de traitement (Bjerre *et al.*, 2018; Burns *et al.*, 2023). Que les symptômes soient stabilisés ou qu'aucune réponse à un essai adéquat n'ait été observée, le document canadien sur la déprescription des antipsychotiques recommande de cesser progressivement l'usage de cette classe de médicament chez les adultes ayant des SCPD traités pendant au moins trois mois. Toutefois, deux guides mentionnent que les antipsychotiques peuvent être appropriés pour le traitement de certains troubles de santé mentale, comme les troubles psychotiques ou le trouble du spectre de l'autisme, ainsi que pour le traitement des délires et des hallucinations chez les patients atteints de démence (AGS, 2023; Bjerre *et al.*, 2018).

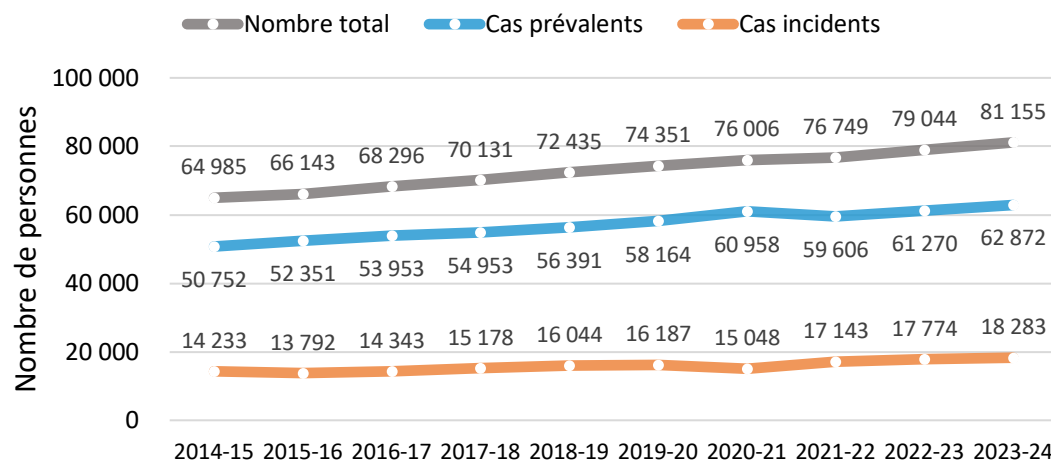
Plusieurs guides ne recommandent pas l'usage des benzodiazépines, des hypnotiques de type Z ou d'autres sédatifs-hypnotiques pour traiter les SCPD, l'insomnie, l'agitation ou le délirium en raison des risques d'abus, de mésusage et de dépendance. Ils recommandent plutôt de favoriser autant que possible l'adoption de mesures non pharmacologiques (AGS, 2023; Burns *et al.*, 2023; NCEC, 2019; Roux *et al.*, 2021; SCG, 2022). Toutefois, l'usage des benzodiazépines pourrait être approprié pour traiter certaines conditions, notamment l'épilepsie, le sevrage de benzodiazépines et le sevrage alcoolique selon la Société américaine de gériatrie (AGS, 2023). Quelques guides recommandent également l'usage des benzodiazépines pour gérer des épisodes d'anxiété sévère durant une courte période (AGS, 2023; Burns *et al.*, 2023; NCEC, 2019). Par ailleurs, un guide canadien recommande l'usage des benzodiazépines à courte durée d'action, sous forme orale et intramusculaire, pour le traitement d'urgence de l'agitation sévère associée à un risque imminent de préjudice physique envers soi-même ou autrui (CCSMPA, 2024). Lorsqu'un traitement pharmacologique s'avère nécessaire, plusieurs guides recommandent de limiter autant que possible la dose et la durée de la prescription des benzodiazépines (Roux *et al.*, 2021). Un autre guide recommande l'usage des hypnotiques à courte durée d'action sans métabolites actifs, comme l'oxazépam, plutôt que les hypnotiques à longue durée d'action (Burns *et al.*, 2023).

2.3 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population à l'étude

2.3.1 Évolution du nombre de personnes avec un TNCM et vivant dans la communauté

Le nombre de personnes de 65 ans et plus ayant un TNCM et vivant dans la communauté est en croissance au Québec depuis les 10 dernières années ([Figure 1](#)). Toutefois, le taux d'incidence, qui correspond au nombre de nouveaux cas en fonction de la taille de la population, demeure stable selon les données de la littérature et de l'Agence de la santé publique du Canada (Godard-Sebillotte *et al.*, 2024; Public Health Agency of Canada, 2024). Le résultat observé s'explique donc par la croissance de la population.

Figure 1 Évolution du nombre de personnes avec un TNCM dans la communauté, chez les cas prévalents et incidents, 2014-2015 à 2023-2024



2.3.2 Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques des Québécois de 65 ans et plus ayant un TNCM et vivant dans la communauté en 2023 sont présentées dans le [tableau 1](#). Environ 17 % des personnes étaient âgées de 65 à 74 ans, 45 % avaient entre 75 et 84 ans et 39 % avaient 85 ans ou plus. L'âge médian des personnes de la cohorte de 2023 était de 82 ans. Davantage de femmes ont reçu un diagnostic de TNCM, comparativement aux hommes. Environ la moitié de la cohorte avait 10 conditions de santé ou plus selon la méthodologie POP-Grouper de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)², un indicateur indirect de la comorbidité chez cette population (ICIS, 2023). Un diagnostic de

² Les détails de la méthodologie de l'ICIS peuvent être consultés [ici](#).

trouble anxieux a été repéré dans les cinq ans précédant le diagnostic de TNCM pour environ le quart des cas incidents.

Tableau 1 Caractéristiques des personnes avec un diagnostic de TNCM, vivant dans la communauté, année 2023-2024

Caractéristiques	Cas prévalents N = 62 872	Cas incidents N = 18 283	Total N = 81 155
Âge (ans) au 1^{er} avril			
Moyenne $\pm$ ET	82,3 $\pm$ 7,5	81,2 $\pm$ 7,3	82,0 $\pm$ 7,5
Médiane (Q1-Q3)	82 (77-88)	81 (76-87)	82 (77-87)
65-74	10 129 (16,1)	3 482 (19,0)	13 611 (16,8)
75-84	27 521 (43,8)	8 582 (46,9)	36 103 (44,5)
85 ou plus	25 222 (40,1)	6 219 (34,0)	31 441 (38,7)
Sexe			
Femmes	39 060 (62,1)	10 889 (59,6)	49 949 (61,5)
Hommes	23 812 (37,9)	7 394 (40,4)	31 206 (38,5)
Région sociosanitaire de résidence¹			
01- Bas-Saint-Laurent	2 257 (3,6)	698 (3,8)	2 955 (3,6)
02- Saguenay–Lac-Saint-Jean	2 554 (4,1)	814 (4,5)	3 368 (4,2)
03- Capitale-Nationale	5 875 (9,3)	1 897 (10,4)	7 772 (9,6)
04- Mauricie et Centre-du-Québec	5 706 (9,1)	1 556 (8,5)	7 262 (8,9)
05- Estrie	4 486 (7,1)	1 180 (6,5)	5 666 (7,0)
06- Montréal	12 839 (20,4)	3 783 (20,7)	16 622 (20,5)
07- Outaouais	1 783 (2,8)	515 (2,8)	2 298 (2,8)
08- Abitibi-Témiscamingue	925 (1,5)	313 (1,7)	1 238 (1,5)
09- Côte-Nord	588 (0,9)	199 (1,1)	787 (1,0)
11- Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	820 (1,3)	290 (1,6)	1 110 (1,4)
12- Chaudière-Appalaches	3 650 (5,8)	966 (5,3)	4 616 (5,7)
13- Laval	3 113 (5,0)	1 008 (5,5)	4 121 (5,1)
14- Lanaudière	3 330 (5,3)	927 (5,1)	4 257 (5,2)
15- Laurentides	3 679 (5,9)	1 175 (6,4)	4 854 (6,0)
16- Montérégie	9 982 (15,9)	2 730 (14,9)	12 712 (15,7)
10-N.-Qc, 17-Nunavik, 18-TCBJ	108 (0,2)	49 (0,3)	157 (0,2)
Nombre de conditions de santé selon Grouper^{1,2}			
< 5	20 245 (32,2)	4 385 (24,0)	24 630 (30,3)
5-9	11 441 (18,2)	3 252 (17,8)	14 693 (18,1)
10-14	8 805 (14,0)	2 651 (14,5)	11 456 (14,1)
15-19	7 605 (12,1)	2 449 (13,4)	10 054 (12,4)
20 ou plus	14 773 (23,5)	5 546 (30,3)	20 319 (25,0)
Antécédents médicaux précédant le diagnostic (cas incidents)³			
Troubles psychotiques ou bipolaires	n. a.	2 506 (13,7)	n. a.
Troubles anxieux	n. a.	4 723 (25,8)	n. a.
Troubles dépressifs / d'adaptation	n. a.	2 971 (16,3)	n. a.

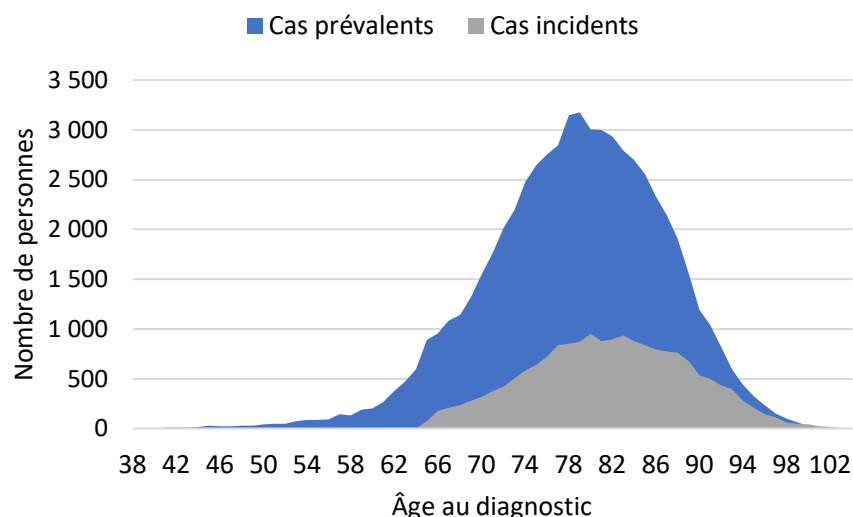
Données présentées sous forme de nombre (pourcentage), sauf si précisé autrement.

1. Les sommes des régions et des profils Grouper peuvent différer du total en raison de données manquantes.
2. Nombre de conditions avant priorisation clinique selon la méthodologie de regroupement de population de l'ICIS.
3. Antécédents identifiés lors d'une hospitalisation ou lors d'une consultation médicale dans les cinq ans précédant le diagnostic de TNCM chez les cas incidents.

ET : écart-type, N.-Qc : Nord-du-Québec, TCBJ : Terres-cries-de-la-Baie-James, n. a. : non applicable.

Même si l'âge au diagnostic variait entre 38 et 104 ans, seulement 4 % des personnes de cette cohorte ont reçu un diagnostic de TNCM avant l'âge de 65 ans (âge médian : 80 ans, Q1-Q3 : 74-85 ans; [figure 2](#)). Le temps depuis le diagnostic était de 4 ans en moyenne chez les cas prévalents.

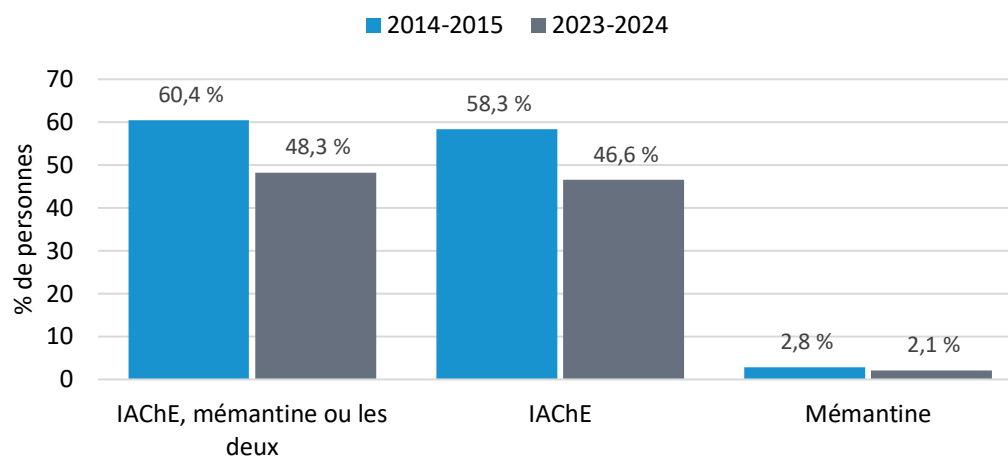
Figure 2 Distribution de l'âge au diagnostic chez les cas prévalents et les cas incidents, année 2023-2024



2.3.3 Réclamations d'un inhibiteur de l'acétylcholinestérase (IACHé) ou de la mémantine chez les personnes avec un TNCM vivant dans la communauté

Dans l'année suivant leur diagnostic, environ la moitié des personnes avec un TNCM ont amorcé un traitement pharmacologique indiqué pour cette condition. L'usage d'un tel traitement était plus faible en 2023 qu'en 2014 ([Figure 3](#)). Plus précisément, la proportion de personnes ayant reçu un IACHé est passée de 58,3 % en 2014 à 46,6 % en 2023. Ces résultats sont attendus, selon les membres du comité consultatif, qui ont mentionné que plusieurs publications de l'INESSS ont pu contribuer à ce phénomène. D'abord, un rapport de 2015 mentionne que les IACHé et la mémantine pour traiter la maladie d'Alzheimer possèdent une efficacité de faible à modeste en ce qui concerne l'amélioration de la fonction cognitive, les activités de la vie quotidienne et l'impression globale clinique de changement (INESSS, 2015b). Ensuite, le guide d'usage optimal (GUO) de l'INESSS sur le traitement pharmacologique de la maladie d'Alzheimer recommande d'amorcer un traitement sur la base d'une décision partagée qui prend en considération les risques et les bénéfices ainsi que les préférences de la personne (2015a). Par ailleurs, dans l'année suivant leur diagnostic, la quasi-totalité des personnes qui amorçaient un traitement pour un TNCM prenaient un IACHé, ce qui est également attendu étant donné que les critères de remboursement du régime public d'assurance médicaments (RPAM) pour la mémantine visent les stades plus avancés de la maladie.

Figure 3 Proportion de personnes ayant reçu au moins un IChE ou de la mémantine dans l'année suivant le diagnostic chez les cas incidents



Note : La catégorie « IChE, mémantine ou les deux » signifie qu'au moins une réclamation d'un IChE ou au moins une réclamation de mémantine a été effectuée dans l'année suivant le diagnostic.

Faits saillants

- Suivant la croissance de la population, le nombre de personnes de 65 ans et plus ayant un TNCM et vivant dans la communauté est en augmentation au Québec depuis les 10 dernières années.
- La proportion de personnes ayant reçu un IChE ou de la mémantine était plus faible en 2023 qu'en 2014.

Portrait de la cohorte de 2023

- L'âge médian des personnes était de 82 ans.
- Environ la moitié de la cohorte avait 10 conditions de santé ou plus.
- Environ le quart des cas incidents de TNCM avaient un diagnostic de trouble anxieux dans les cinq années précédant leur diagnostic de TNCM.
- Dans l'année suivant leur diagnostic de TNCM, environ la moitié des personnes ont amorcé un traitement avec un IChE (donépézil, galantamine ou rivastigmine).

2.4 Usage des médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez la population à l'étude

2.4.1 Polypharmacie et hyperpolypharmacie chez les personnes avec un TNCM vivant dans la communauté

La polypharmacie, soit l'usage concomitant de plusieurs médicaments, se calcule de plusieurs façons dans la littérature scientifique. Dans les présents travaux, la polypharmacie a été définie comme étant la réclamation d'au moins 5 médicaments de sous-sous-classes de l'American Hospital Formulary Service (AHFS) différentes au cours d'un trimestre, alors que l'hyperpolypharmacie a été définie comme étant l'usage d'au moins 10 médicaments de sous-sous-classes AHFS différentes au cours de la même période. Une période d'observation de trois mois est utilisée par certains auteurs pour mesurer la polypharmacie (Kristensen *et al.*, 2018). Elle permet d'augmenter la probabilité d'observer un usage concomitant des médicaments plutôt qu'un usage cumulatif ou successif dans le temps. La classification pharmacothérapeutique élaborée par l'AHFS est utilisée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et comporte des codes correspondant à chacune des classes thérapeutiques de médicaments, chaque classe pouvant être subdivisée en sous-classes et sous-sous-classes thérapeutiques. Cette méthodologie permet de distinguer le nombre de médicaments différents, tout en ne prenant pas en considération le changement d'un médicament pour un autre de la même classe thérapeutique.

2.4.1.1 Cas prévalents

En 2023, environ 85 % des personnes répondaient aux critères de polypharmacie et 41 %, aux critères d'hyperpolypharmacie ([Figure 4](#)). Les proportions étaient stables entre 2014 et 2023 (Annexe C du document *Annexes complémentaires*). De plus, les résultats observés affichent des proportions très similaires entre les trimestres analysés. Lorsque le nombre de médicaments différents est calculé pour toute l'année plutôt que par trimestre, les résultats pour la polypharmacie sont nettement supérieurs. La proportion de personnes avec une polypharmacie calculée sur toute l'année est majorée d'environ 5 points de pourcentage comparativement aux données trimestrielles et d'environ 15 points de pourcentage pour l'hyperpolypharmacie ([Figure 5](#)). Les données trimestrielles pourraient être influencées par l'usage de certains médicaments pendant les mois d'hiver, comme les anti-infectieux. Toutefois, l'analyse de sensibilité évaluant le retrait de la classe des anti-infectieux n'a pas montré d'effet significatif sur les résultats.

La proportion de personnes de 65 ans et plus avec un TNCM vivant en communauté et qui répondent aux critères de polypharmacie augmente avec le nombre de conditions médicales déterminées par la méthodologie POP-Grouper. Parmi le sous-groupe de personnes ayant moins de 5 conditions, environ 75 % répondent aux critères de polypharmacie, alors que cette proportion grimpe à plus de 90 % en présence de 10 conditions ou plus ([Figure 6](#)). La même corrélation est observée pour

l'hyperpolypharmacie, qui est constatée chez environ 60 % des personnes ayant 10 conditions ou plus (Annexe C du document *Annexes complémentaires*).

Figure 4 Proportion de personnes répondant aux critères de polypharmacie et d'hyperpolypharmacie chez les cas prévalents, année 2023-2024

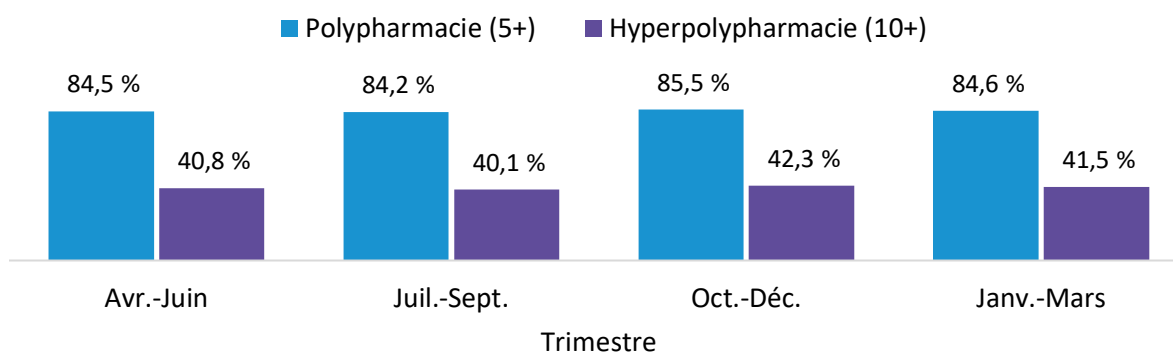
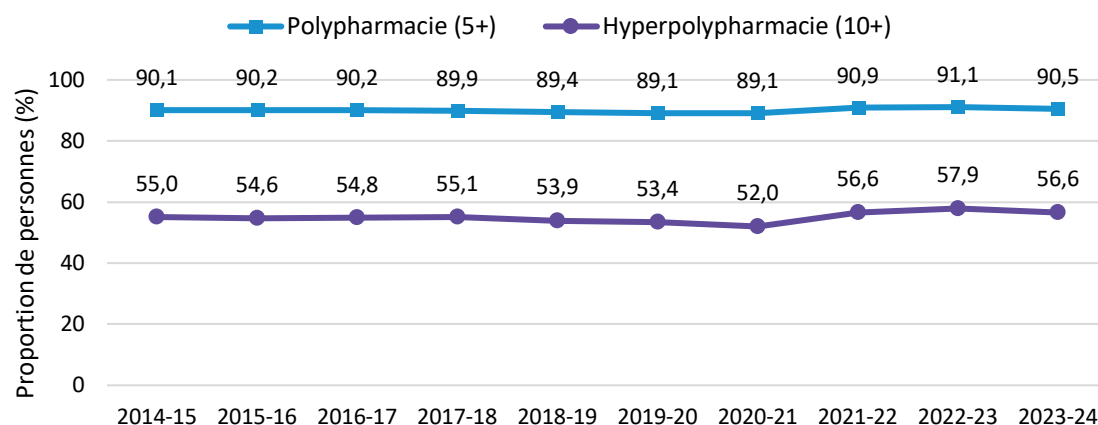
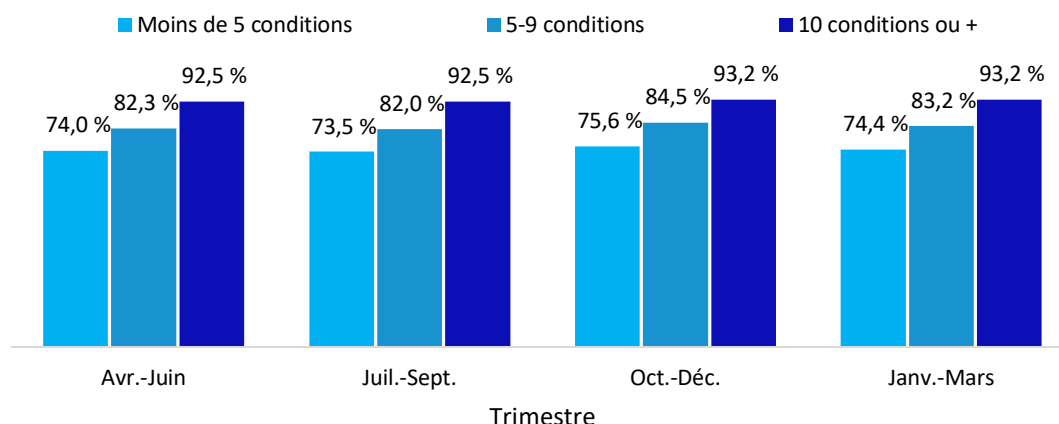


Figure 5 Proportion de personnes répondant aux critères de polypharmacie et d'hyperpolypharmacie calculée sur une période de 12 mois chez les cas prévalents, 2014-15 à 2023-2024



Calculée sur une base annuelle (12 mois) plutôt que trimestrielle.

Figure 6 Proportion de personnes répondant aux critères de polypharmacie selon le nombre de conditions médicales, chez les cas prévalents, année 2023-2024

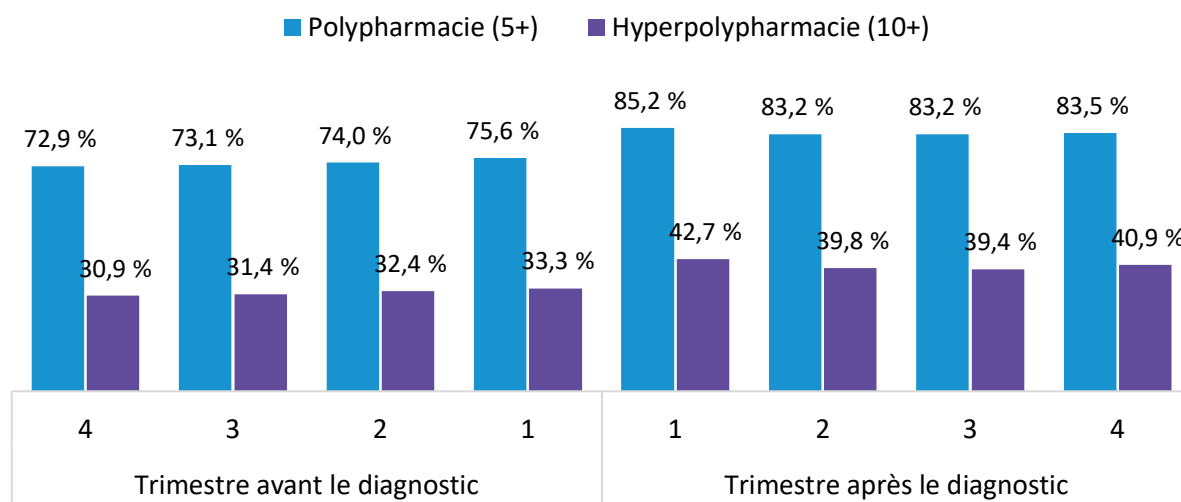


2.4.1.2 Cas incidents

On constate une légère hausse de la polypharmacie et de l'hyperpolypharmacie dans les trimestres précédant le diagnostic de TNCM ([Figure 7](#)). L'augmentation est toutefois plus marquée à partir du moment du diagnostic. En 2023, environ 83 % des personnes ayant un TNCM répondaient aux critères de polypharmacie dans l'année suivant le nouveau diagnostic comparativement à environ 75 % dans l'année précédente ([Figure 7](#)). Environ 40 % répondaient aux critères d'hyperpolypharmacie dans l'année suivant le diagnostic de TNCM comparativement à environ 33 % dans l'année précédente ([Figure 7](#)). L'ajout d'un IACHÉ ou de la mémantine pour traiter le TNCM n'explique qu'une partie de la hausse observée (Annexe C du document *Annexes complémentaires*). Les proportions de polypharmacie et d'hyperpolypharmacie sont demeurées stables au cours des quatre trimestres de l'année suivant le diagnostic ([Figure 7](#)).

Les membres du comité consultatif sont d'avis que le diagnostic de TNCM est posé au moment où les manifestations comportementales ou d'autres problématiques associées deviennent suffisamment importantes pour inciter les proches aidants ou la personne à consulter et que ces problématiques entraînent également la prescription d'autres médicaments. Toutefois, il est mentionné que l'usage de plusieurs médicaments devrait être réévalué au moment du diagnostic et que cette pratique mériterait d'être mise en œuvre assidûment.

Figure 7 Proportion de personnes répondant aux critères de polypharmacie et d'hyperpolypharmacie chez les cas incidents, année 2023-2024

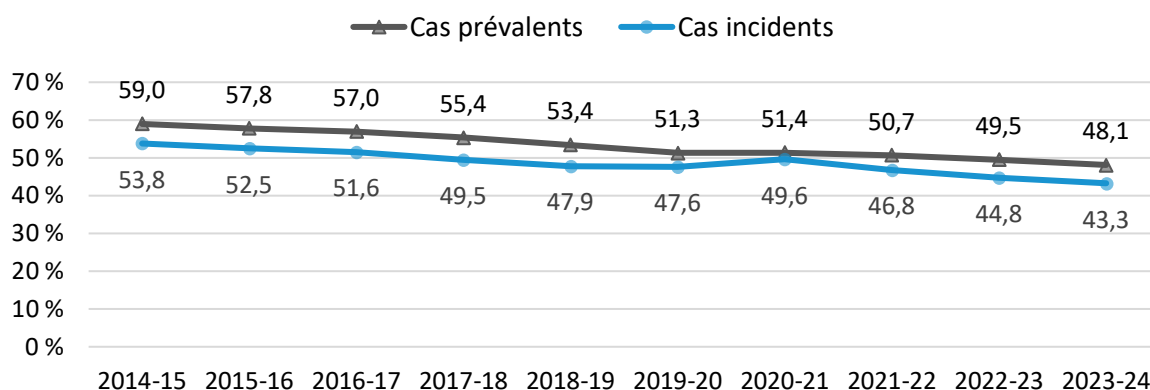


2.4.2 Réclamations de MPI : tendance dans les 10 dernières années

Les résultats concernant les MPI comprennent l'ensemble de trois catégories de médicaments à éviter en cas de TNCM, soit les médicaments ayant de fortes propriétés anticholinergiques – y compris plusieurs antidépresseurs, antiémétiques, antihistaminiques, antimuscariniques, antiparkinsoniens, antispasmodiques et relaxants musculaires –, les antipsychotiques ainsi que les benzodiazépines ([Annexe III](#)). Les médicaments hypnotiques « de type Z » n'ont pas pu être intégrés à ces résultats étant donné qu'ils ne sont pas remboursés par le régime public d'assurance médicaments (RPAM).

La proportion de personnes ayant reçu au moins un MPI est en décroissance depuis les 10 dernières années ([Figure 8](#)). Malgré la tendance à la baisse, l'usage de MPI demeure élevé, soit près de la moitié de cette population en 2023 ([Figure 8](#)).

Figure 8 Proportion de personnes ayant reçu au moins un MPI au cours de l'année chez les cas prévalents et les cas incidents, 2014-2015 à 2023-2024

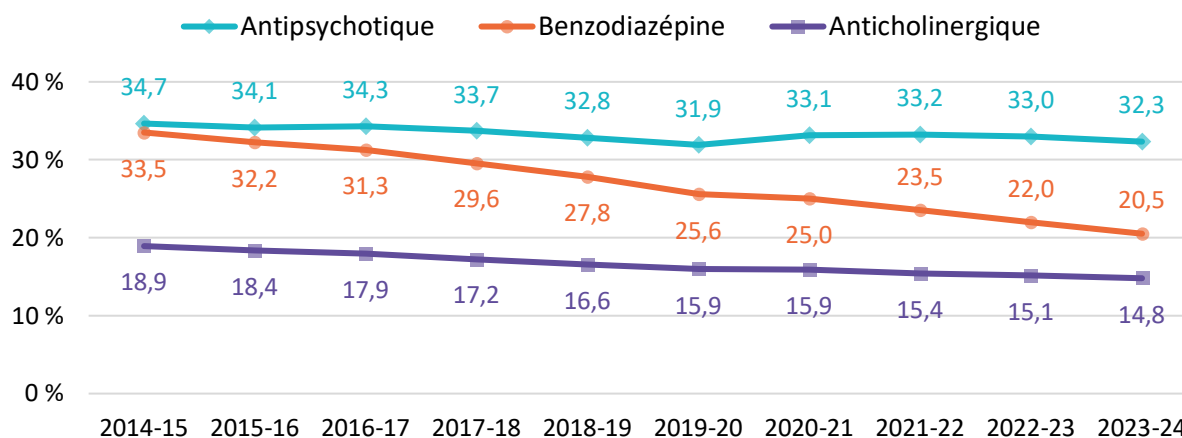


Réclamations au cours de l'année financière chez les cas prévalents et dans l'année suivant le diagnostic chez les cas incidents.

2.4.2.1 Variation selon les catégories de MPI : cas prévalents

Parmi les cas prévalents de TNCM vivant dans la communauté, une diminution statistiquement significative de 5,3 % par an de la proportion de personnes ayant reçu au moins une benzodiazépine et de 2,8 % par an de la proportion de personnes ayant reçu au moins un médicament anticholinergique a été observée au cours des 10 années étudiées ([Figure 9](#)). Toutefois, pour les antipsychotiques, cette proportion demeure relativement stable entre 2014 et 2023, avec une légère augmentation en 2020.

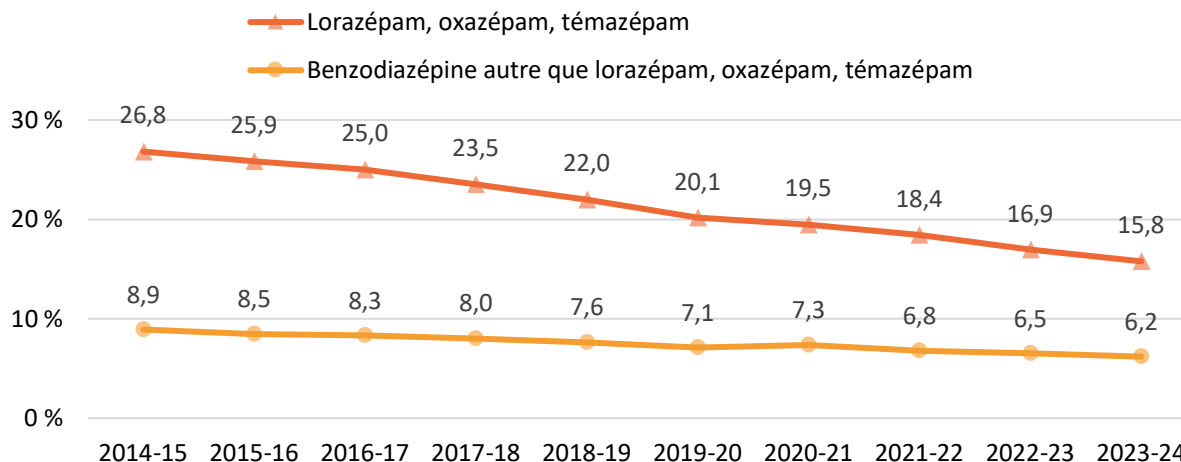
Figure 9 Proportion de personnes ayant reçu au moins un MPI au cours de l'année selon la catégorie de MPI, chez les cas prévalents, 2014-2015 à 2023-2024



Réclamations au cours de l'année financière.

Étant donné que certaines recommandations visent à réduire plus spécifiquement l'usage des benzodiazépines à longue durée d'action chez la personne âgée, les benzodiazépines ont été divisées en deux catégories. La diminution de l'usage de l'ensemble des benzodiazépines s'explique notamment par la baisse marquée de l'usage des benzodiazépines ayant une plus courte demi-vie, soit le lorazépam, l'oxazépam et le témazépam, passant de 26,8 % en 2014 à 15,8 % en 2023 ([Figure 10](#)). L'usage des autres benzodiazépines³ diminue progressivement, passant de 8,9 % en 2014 à 6,2 % en 2023, et demeure inférieur à celui des benzodiazépines à courte demi-vie ([Figure 10](#)). Les membres du comité consultatif considèrent que la baisse des réclamations de benzodiazépines est reliée à la volonté de déprescription et aux outils destinés aux patients qui ont été créés pour les engager dans cette voie, alors qu'il existe moins de ressources similaires pour encourager la déprescription des antipsychotiques.

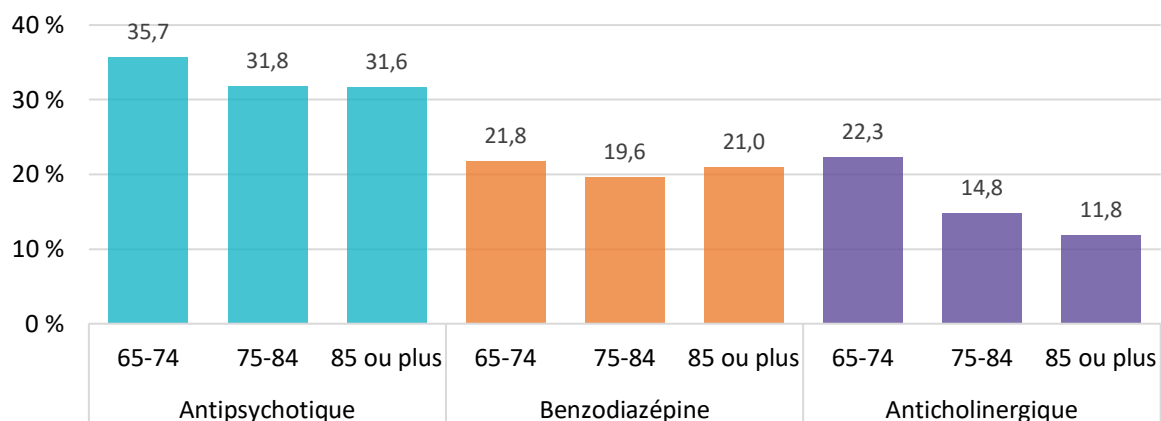
Figure 10 Proportion de personnes ayant reçu au moins une benzodiazépine chez les cas prévalents, 2014-2015 à 2023-2024



Au cours de 2023, la proportion des personnes ayant reçu au moins un MPI a diminué avec l'âge, passant de 52,1 % chez les 65 à 74 ans à 47,0 % chez les personnes de 85 ans et plus (Annexe C du document *Annexes complémentaires*). Pendant cette période, l'usage d'antipsychotiques était de 35,7 % chez les 65 à 74 ans et passait à 31,6 % chez les plus de 85 ans ([Figure 11](#)). L'usage de benzodiazépines demeurerait stable, autour de 20 %, peu importe l'âge ([Figure 11](#)). L'usage d'anticholinergiques passait de 22,3 % chez les 65 à 74 ans à 11,8 % chez les plus de 85 ans. La somme des proportions des trois catégories de médicaments n'équivaut pas à la proportion de personnes ayant reçu au moins un MPI, étant donné que plusieurs anticholinergiques sont des antipsychotiques et qu'une personne peut avoir reçu un ou plusieurs des trois MPI.

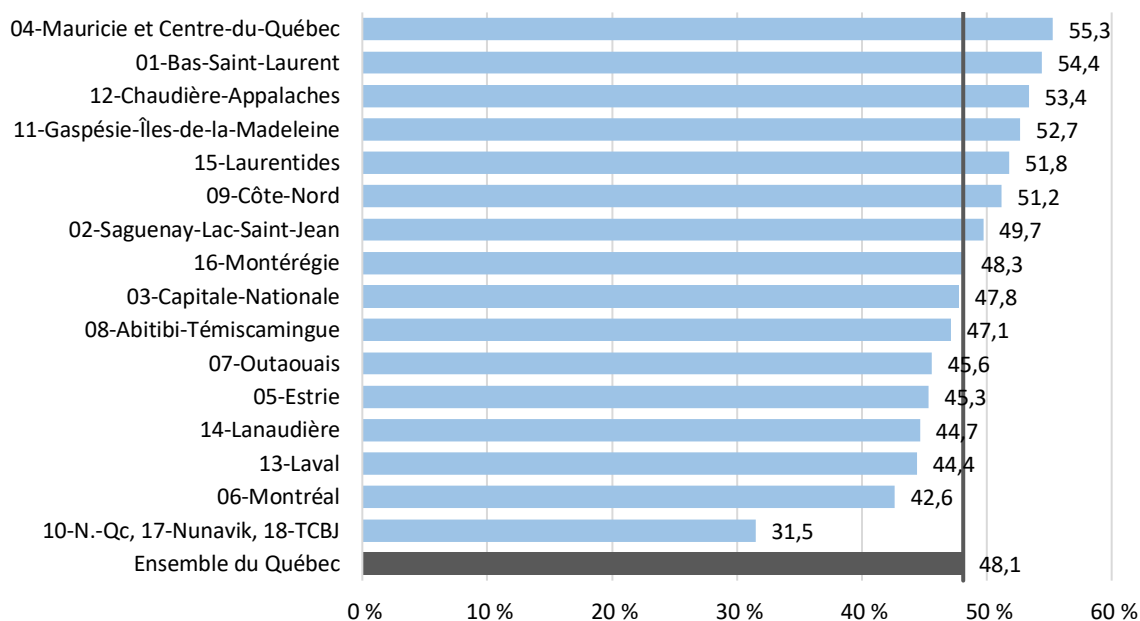
³ Alprazolam, bromazépam, chlordiazépoxide, clobazam, clonazépam, clorazépate, diazépam, flurazépam, midazolam, nitrazépam et triazolam.

Figure 11 Proportion de personnes ayant reçu au moins un MPI selon l'âge, chez les cas prévalents, en 2023-2024



Davantage de femmes (50,5 %) ont reçu un MPI comparativement aux hommes (44,1 %). Une variation de la proportion des utilisateurs de MPI est observée selon la région sociosanitaire de résidence de la personne. La proportion des personnes avec un TNCM vivant en communauté et ayant reçu au moins un MPI au cours de l'année 2023 est plus faible que la moyenne provinciale, notamment dans les régions de Montréal, de Laval et de Lanaudière, alors que cette proportion est nettement plus élevée en Mauricie et Centre-du-Québec, au Bas-Saint-Laurent et dans Chaudière-Appalaches ([Figure 12](#)).

Figure 12 Proportion de personnes ayant reçu au moins un MPI au cours de l'année selon la région sociosanitaire de résidence, chez les cas prévalents, 2023-2024

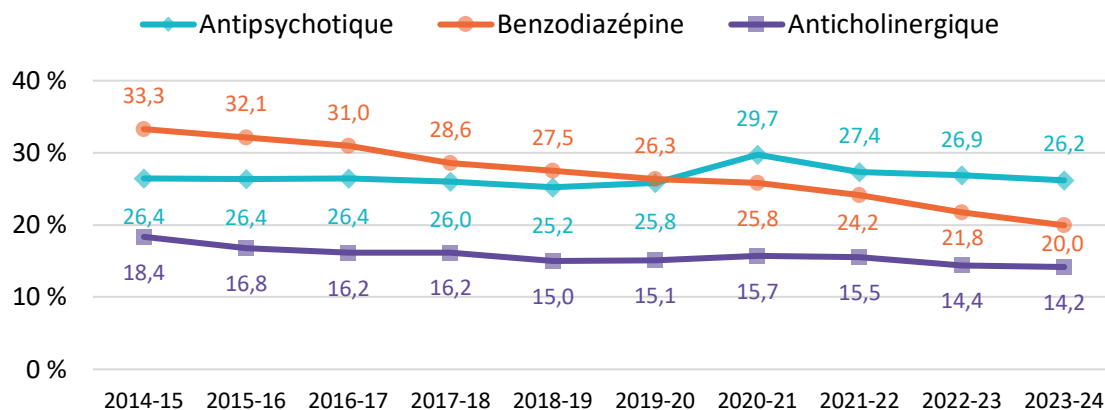


Réclamations au cours de l'année financière.

2.4.2.2 Variation selon les catégories de MPI : cas incidents

Parmi les cas incidents de TNCM, les tendances observées pour l'usage des différentes catégories de MPI sont également à la baisse entre 2014 et 2023, à l'exception des antipsychotiques qui demeurent stables ([Figure 13](#)). En effet, parmi les cas incidents, la proportion de personnes ayant reçu au moins une benzodiazépine diminue approximativement de 5,2 % par an et de 2,3 % par an pour celle des médicaments anticholinergiques. Elle demeure globalement stable pour les antipsychotiques depuis les 10 dernières années, malgré le pic observé en 2020.

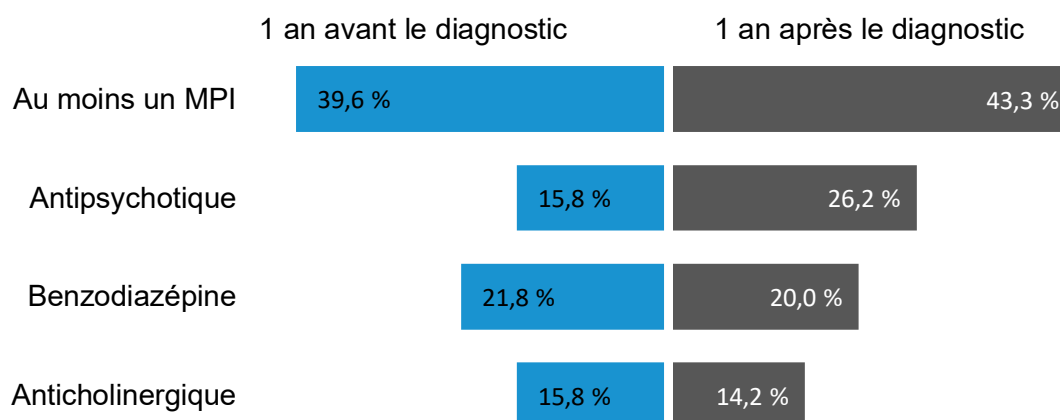
Figure 13 Proportion de personnes ayant reçu au moins un MPI selon la catégorie de MPI, chez les cas incidents, 2014-2015 à 2023-2024



Réclamations au cours d'une période de 1 an suivant le diagnostic.

L'usage d'antipsychotiques connaît une forte augmentation après le diagnostic de TNCM. En 2023, la proportion de personnes qui avaient reçu un MPI est passée de 39,6 % avant le diagnostic à 43,3 % après celui-ci ([Figure 14](#)). La classe des antipsychotiques serait à l'origine de la hausse observée de MPI après le diagnostic ([Figure 14](#)). Cette observation est expliquée par le comité consultatif par une potentielle présence de manifestations comportementales qui mènent à la consultation médicale et au diagnostic de TNCM par la même occasion, comme mentionné précédemment. L'absence d'un code diagnostique spécifique pour identifier les SCPD empêche de confirmer ces hypothèses à l'aide des données clinico-administratives. Par ailleurs, il est souligné par les membres du comité consultatif que les pourcentages incluent les personnes qui ont reçu un antipsychotique pour au moins une journée, sans prendre en considération la durée de traitement, ainsi que pour toutes les indications, comme un délirium.

Figure 14 Proportion de personnes ayant reçu au moins un MPI dans l'année précédant et dans l'année suivant le diagnostic selon la catégorie de MPI, chez les cas incidents, 2023-2024



Pour tenter de distinguer les personnes pour lesquelles une indication thérapeutique pourrait justifier l'usage d'un antipsychotique, les antécédents de troubles psychotiques ou bipolaires ont été analysés. En 2023, 1 050 personnes parmi les 4 199 utilisateurs d'antipsychotiques (25,0 %) avaient un diagnostic de trouble psychotique ou bipolaire dans les cinq ans précédant leur diagnostic de TNCM. Dans le cas des benzodiazépines, les diagnostics de troubles anxieux ont été retenus comme justification possible de l'usage de ces médicaments. Ainsi, en 2023, ce sont 1 307 personnes parmi les 3 197 utilisateurs de benzodiazépines (40,9 %) qui avaient un diagnostic de trouble anxieux dans les cinq années précédant leur diagnostic de TNCM. Une partie de l'usage des MPI pourrait donc être justifié par la présence d'une condition de santé mentale sous-jacente.

Comme il a été observé pour les cas prévalents, les données montrent une diminution de l'usage des benzodiazépines parmi les cas incidents au cours des 10 dernières années, dans l'année précédant et celle suivant le diagnostic (Annexe C du document *Annexes complémentaires*). De plus, la diminution est plus marquée pour les benzodiazépines à courte durée d'action (lorazépam, oxazépam et témazépam) comparativement aux autres benzodiazépines (Annexe C du document *Annexes complémentaires*).

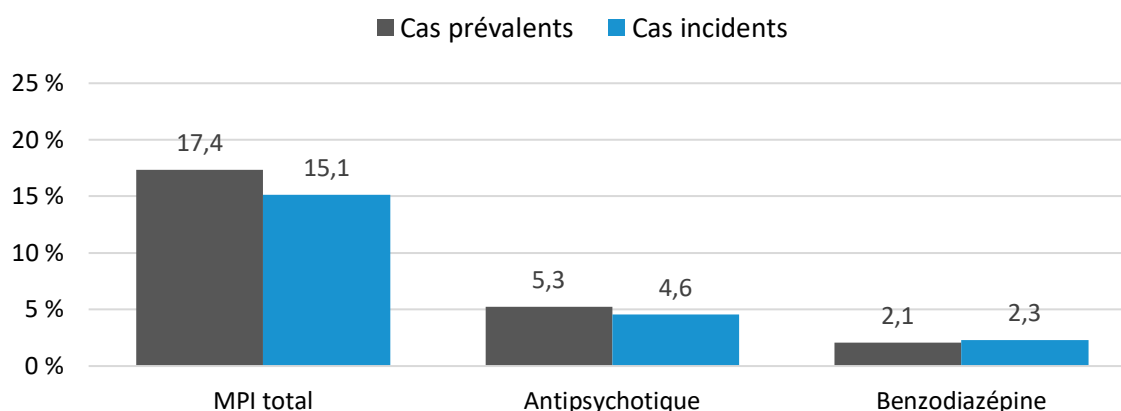
2.4.3 Réclamations d'au moins deux MPI différents

En 2023, 17,4 % des cas prévalents et 15,1 % des cas incidents ont reçu au moins deux MPI de dénomination commune différente, de la même classe pharmacologique ou non ([Figure 15](#)). Parmi les cas prévalents et les cas incidents, environ 1 personne sur 20 a reçu au moins deux antipsychotiques différents. Une hausse de l'usage de deux MPI est observée après le diagnostic (Annexe C du document *Annexes complémentaires*). La proportion de personnes ayant reçu au moins deux antipsychotiques différents passe de 2,5 % dans l'année précédant le diagnostic à 4,6 % dans l'année suivant le diagnostic

(Annexe C du document *Annexes complémentaires*). Les membres du comité consultatif expliquent la duplication thérapeutique observée par deux hypothèses principales :

- 1) le remplacement d'un agent pharmacologique par un autre de la même classe, avec une période de chevauchement;
- 2) l'ajout d'un médicament pendant une hospitalisation, pour un délirium par exemple, et la poursuite de cet agent à la sortie de l'hôpital.

Figure 15 Proportion de personnes ayant reçu au moins deux MPI différents au cours de l'année selon la catégorie de MPI, année 2023-2024

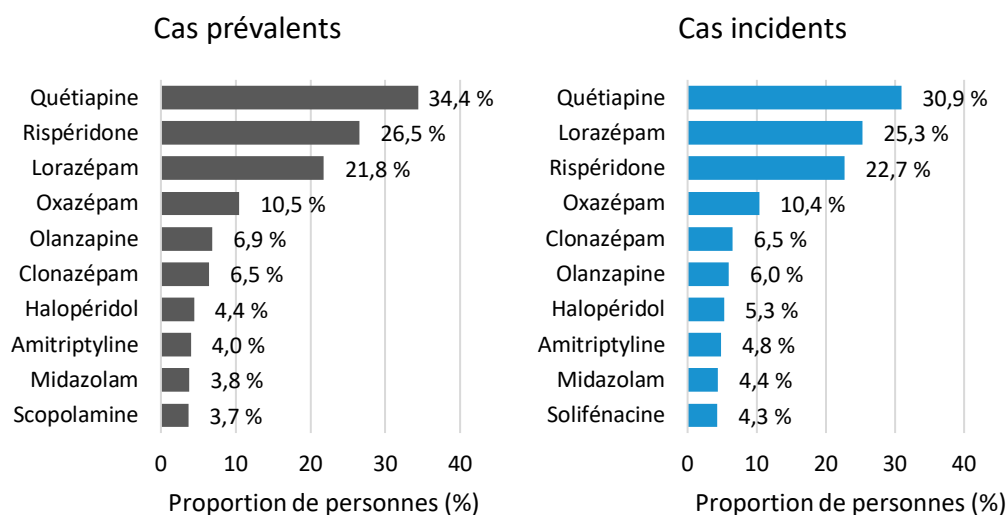


Réclamations au cours de l'année financière chez les cas prévalents et dans l'année suivant le diagnostic chez les cas incidents.

2.4.4 Les 10 MPI les plus fréquemment reçus

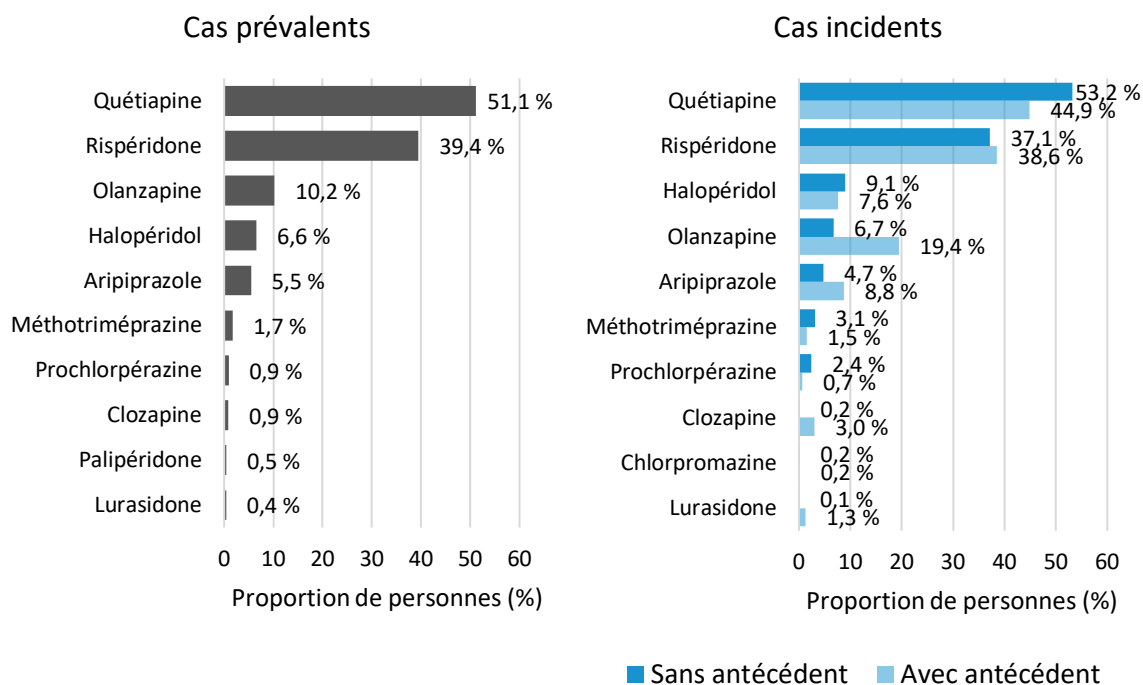
Les antipsychotiques et les benzodiazépines figurent en tête de liste des MPI reçus le plus fréquemment, tant parmi les cas prévalents que parmi les cas incidents. Environ le tiers des personnes qui ont reçu un MPI et la moitié de celles qui ont reçu un antipsychotique ont reçu de la quétiapine (Figures 16 et 17). Les membres du comité consultatif sont d'avis que certains antipsychotiques, comme la palipéridone ou le lurasidone, sont prescrits pour des indications précises en lien avec des conditions psychiatriques. Cette hypothèse est appuyée par les données de la [figure 17](#), qui montre qu'en 2023, parmi les cas incidents qui n'avaient aucun antécédent de troubles psychotiques ou bipolaires, seulement 0,1 % des utilisateurs d'antipsychotiques ont reçu de la lurasidone. On observe également que, chez les personnes qui avaient un antécédent de troubles psychotiques ou bipolaires parmi les cas incidents en 2023, environ 45 % des utilisateurs d'antipsychotiques ont reçu de la quétiapine, 39 % de la rispéridone et 19 % de l'olanzapine ([Figure 17](#)).

Figure 16 Les 10 MPI les plus fréquemment reçus par personne, chez les cas prévalents et les cas incidents, année 2023-2024



Proportion calculée parmi les utilisateurs de MPI.

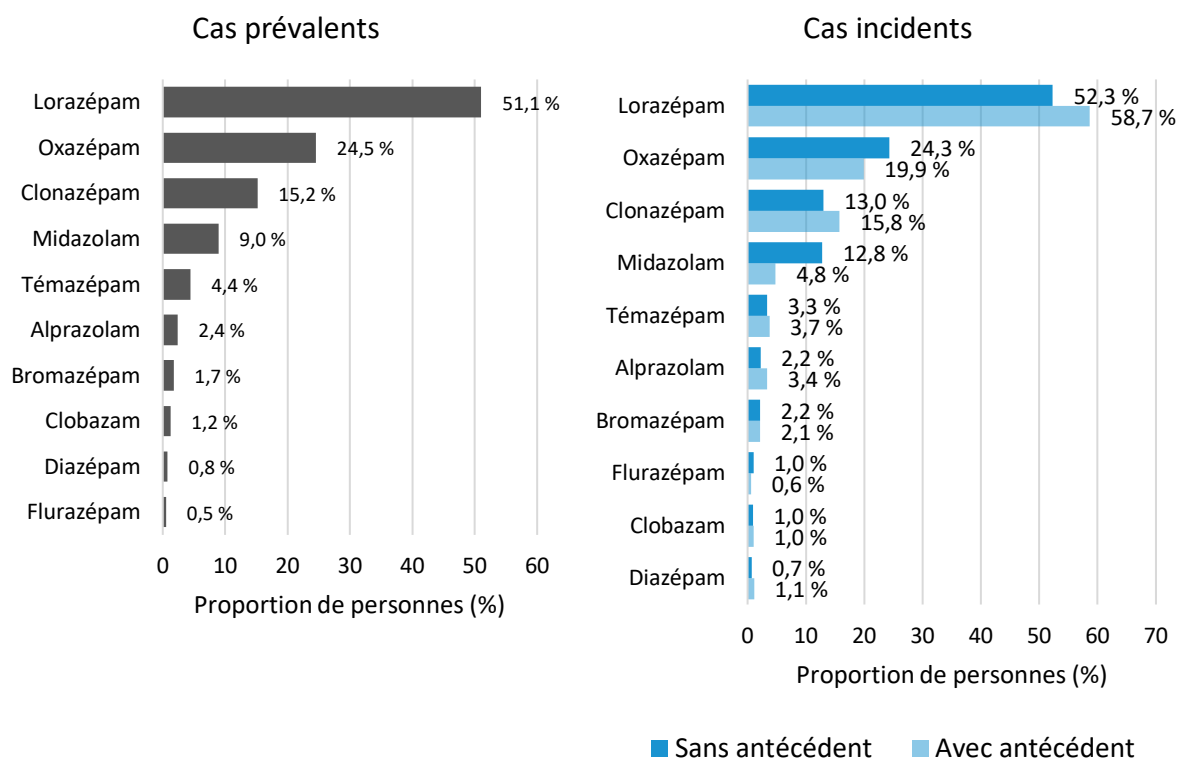
Figure 17 Les 10 antipsychotiques les plus fréquemment reçus par personne, chez les cas prévalents et les cas incidents avec et sans antécédent de troubles psychotiques ou bipolaires, année 2023-2024



Proportion calculée parmi les utilisateurs d'antipsychotiques. Les antécédents de troubles psychotiques ou bipolaires sont recherchés dans les cinq ans précédant le diagnostic de TNCM. La liste des codes CIM considérés se trouve à l'[annexe II](#).

La moitié des personnes qui ont reçu une benzodiazépine ont reçu du lorazépam (Figure 18). Les membres du comité consultatif ont soulevé leur inquiétude face à l'utilisation du clonazépam chez les personnes de 65 ans et plus avec un diagnostic de TNCM (Figure 18). Il est mentionné que certains médicaments introduits avant le diagnostic peuvent se poursuivre pendant plusieurs années avant qu'une réévaluation du profil pharmacologique soit réalisée et qu'elle mène à la cessation de médicaments inappropriés. Cette hypothèse est en partie soutenue par les données précédentes qui montraient que l'utilisation des benzodiazépines autres que le lorazépam, l'oxazépam et le témazépam est similaire dans l'année précédant et celle suivant le diagnostic. L'usage des benzodiazépines a été analysé en présence ou non d'antécédents de troubles anxieux dans les cinq années précédant le diagnostic de TNCM (Figure 18). Toutefois, d'autres conditions médicales pourraient justifier l'usage de ces médicaments, notamment le clobazam pour traiter l'épilepsie. Le midazolam est disponible uniquement en formulation injectable et l'usage de cette benzodiazépine pourrait être associé à des soins de fin de vie.

Figure 18 Les 10 benzodiazépines les plus fréquemment reçues par personne, chez les cas prévalents et les cas incidents avec et sans antécédent de troubles anxieux, année 2023-2024



Proportion calculée parmi les utilisateurs de benzodiazépines. Les antécédents de troubles anxieux sont recherchés dans les cinq ans précédant le diagnostic de TNCM. La liste des codes CIM considérés se trouve à l'[annexe II](#).

Faits saillants

Évolution depuis 2014

- La proportion de personnes ayant reçu au moins un MPI dans l'année est en décroissance depuis les 10 dernières années.
- Malgré la tendance à la baisse, l'usage de MPI demeure élevé, soit près de la moitié de la cohorte avec un TNCM en 2023.
- Une diminution statistiquement significative de la proportion de personnes ayant reçu au moins une benzodiazépine ou un médicament anticholinergique dans l'année a été observée au cours des 10 dernières années.
- Toutefois, pour les antipsychotiques, cette proportion demeure relativement stable.

Portrait de la cohorte en 2023

- Selon les données trimestrielles, 85 % des personnes répondaient aux critères de polypharmacie (5 médicaments et plus) et 41 %, aux critères d'hyperpolypharmacie (10 médicaments et plus).
- Chez les cas prévalents, un peu moins de la moitié de la cohorte avait reçu au moins un MPI pendant l'année.
- La proportion des personnes ayant reçu au moins un MPI diminuait avec l'âge, particulièrement pour les médicaments anticholinergiques.
- Chez les cas incidents, la proportion de personnes qui avaient reçu un MPI est passée de 39,6 % avant le diagnostic à 43,3 % après celui-ci.
- La principale différence entre les cas prévalents et les cas incidents s'observe dans l'usage des antipsychotiques qui est plus fréquent chez les cas prévalents (une personne sur trois) comparativement aux cas incidents (une personne sur quatre).
- La quétiapine est le MPI et l'antipsychotique reçu le plus fréquemment.
- Une partie de l'usage des MPI pourrait être justifiée par la présence d'un diagnostic de troubles psychotiques ou affectifs ou de troubles anxieux.
- La proportion d'utilisateurs de benzodiazépines demeure la même avant et après le diagnostic de TNCM.

2.5 Mesures de persistance de l'usage des MPI et de leur durée d'utilisation

2.5.1 Proportion de jours couverts par un MPI

La proportion de jours couverts (PJC) est utilisée pour évaluer l'adhésion des personnes à leur traitement médicamenteux. Elle représente le pourcentage de jours durant lesquels un patient dispose d'un médicament (ou encore d'une classe pharmacologique ou de l'ensemble des MPI) prescrit sur une période donnée.

Bien qu'une légère tendance à la baisse ait été observée dans les 10 dernières années, la proportion de personnes avec une PJC de plus de 25 % est demeurée élevée pour chaque classe de MPI au cours de la période 2014-2015 à 2023-2024 ([Figure 19](#)). La classe des antipsychotiques contribue fortement à ce résultat. En 2023, parmi les personnes ayant reçu au moins un MPI, 83 % des cas prévalents et 76 % des cas incidents avaient une PJC de plus de 25 %, ce qui correspond à plus de trois mois d'exposition possible à au moins un MPI pendant l'année ([Figure 20](#)). Une majorité de personnes, soit 56,8 % des cas prévalents, a disposé d'un MPI tout au long de l'année, avec une PJC de plus de 95 %, alors que seulement 42,8 % des cas incidents avaient une PJC de plus de 95 % ([Figure 20](#)).

Figure 19 Proportion de personnes avec une PJC > 25 % au cours d'une période d'un an, chez les cas prévalents, 2014-2015 à 2023-2024

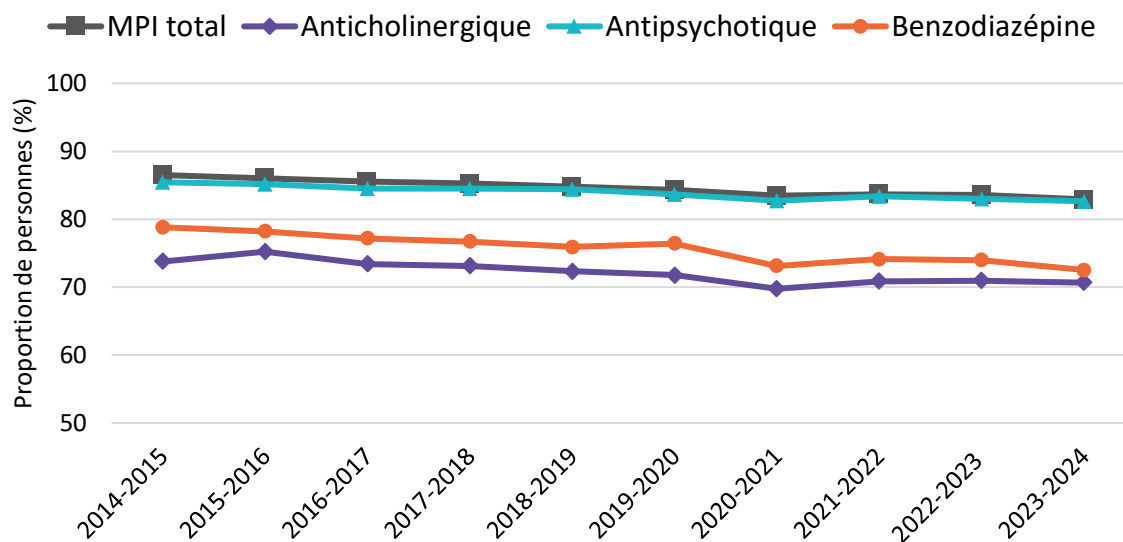
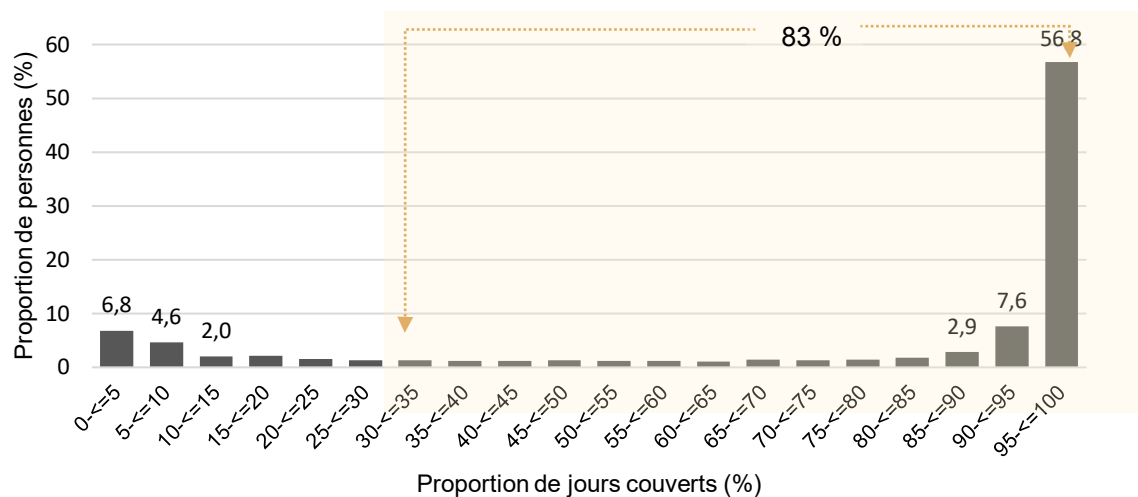
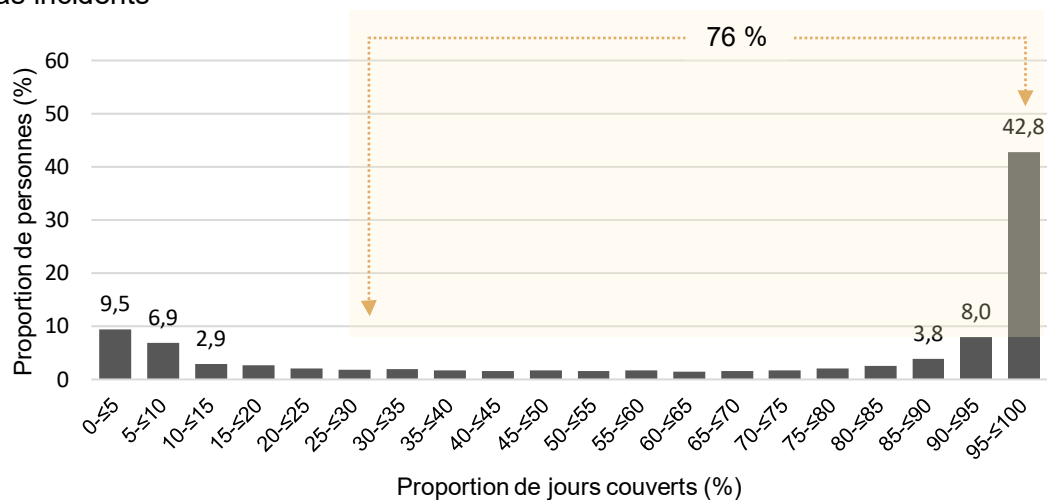


Figure 20 Proportion de personnes en fonction du pourcentage de jours de traitement couverts par un MPI au cours d'une période d'un an, année 2023-2024

Cas prévalents



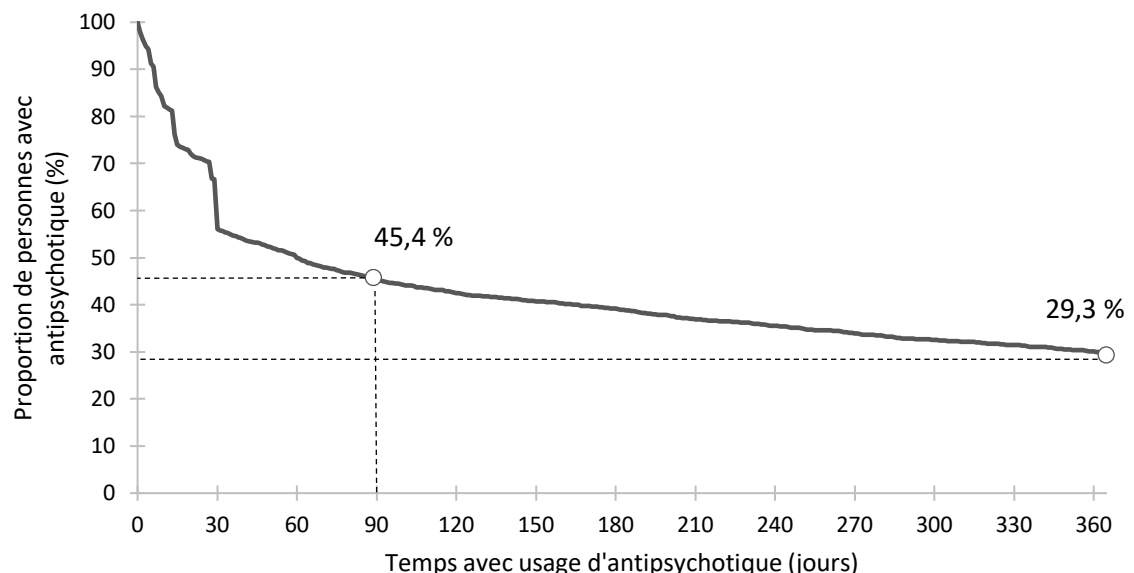
Cas incidents



2.5.2 Persistance aux antipsychotiques chez les nouveaux utilisateurs

Comme mentionné précédemment, plusieurs guides de pratique clinique recommandent le sevrage des antipsychotiques chez les adultes ayant des SCPD traités pendant au moins trois mois (Bjerre *et al.*, 2018; Burns *et al.*, 2023). En 2023, 45,4 % des personnes de la cohorte qui ont amorcé un traitement antipsychotique étaient persistantes à leur traitement après 90 jours et 29,3 % l'étaient encore après 365 jours. Cette méthode ne permet pas de confirmer s'il y a eu une tentative de sevrage du médicament pendant cette période, toutefois elle permet d'observer une poursuite du traitement au-delà de la période recommandée. Ces proportions sont inférieures à celles observées en 2014, qui étaient alors de 56,5 % et de 36,9 % (Annexe C du document *Annexes complémentaires*).

Figure 21 Persistance aux antipsychotiques chez les cas prévalents parmi les nouveaux utilisateurs d'antipsychotique ayant amorcé un traitement au cours de l'année 2023-2024



Nouveaux utilisateurs sans réclamation d'antipsychotiques au cours de l'année précédente.

2.5.3 Service de la prise en charge pour la déprescription d'un médicament

Depuis quelques années, l'existence d'un code de facturation pour les actes de déprescription par les pharmaciens communautaires permet de traduire les efforts de ces cliniciens à l'aide de données clinico-administratives. Depuis le 15 février 2023, et ce, rétrospectivement au 21 décembre 2022, le code de service W1 identifie un acte professionnel donné par un pharmacien communautaire pour la déprescription (RAMQ, 2023). Sur environ 1,7 million d'ordonnances de MPI dans un contexte de TNCM servies entre le 21 décembre 2022 et le 31 mars 2025, seulement 508 réclamations correspondent à un acte de déprescription (code W1). La grande majorité des médicaments visés sont l'oxazépam (n = 139), le lorazépam (n = 138) et le clonazépam

(n = 72). Ces données n'incluent pas les efforts de déprescription des cliniciens en GMF ou en établissement de santé, mais peuvent servir de point initial pour évaluer l'effet des interventions futures. Une publication récente rapporte que le nombre d'interventions de déprescription facturées à la RAMQ par les pharmaciens communautaires est en constante augmentation depuis janvier 2023 (Calfat *et al.*, 2025). Selon cette publication, les benzodiazépines se situent en troisième position des classes médicamenteuses les plus touchées par les interventions de déprescription des pharmaciens communautaires au Québec (Calfat *et al.*, 2025). Les autres anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques se situent en cinquième position et les antipsychotiques, en septième position (Calfat *et al.*, 2025).

Faits saillants

Portrait de la cohorte de 2023

- Parmi les personnes ayant reçu au moins un MPI, 83 % des cas prévalents avaient une proportion de jours couverts (PJC) de plus de 25 %, ce qui équivaut à plus de trois mois d'exposition possible à au moins un MPI pendant l'année.
- Plus de la moitié des cas prévalents de TNCM ont disposé d'au moins un MPI tout au long de l'année, avec une PJC de plus de 95 %.
- Environ une personne sur trois qui a amorcé un médicament antipsychotique au cours de l'année a poursuivi ce traitement pendant au moins un an.

DISCUSSION

La polypharmacie : un enjeu très présent chez les personnes atteintes de TNCM

Parmi la population générale âgée de 65 ans et plus, la proportion de personnes ayant reçu cinq médicaments ou plus au cours d'une année était d'environ 70 % en 2022 (INESSS, 2024; INSPQ, 2025). Cette proportion demeure relativement stable depuis 2011 (INSPQ, 2025). En 2023, près de 85 % de la population québécoise de 65 ans et plus ayant un TNCM et vivant dans la communauté avait reçu 5 médicaments ou plus au cours d'un trimestre, et environ 40 % avait reçu 10 médicaments ou plus. Les données montrent que la proportion de personnes avec de la polypharmacie augmente dans les mois précédant le diagnostic de TNCM et continue de progresser dans l'année suivant le diagnostic. La volonté de maintenir les personnes à domicile avec de la médication pour gérer les troubles comportementaux associés au TNCM pourrait expliquer la plus forte proportion de polypharmacie chez ces personnes. La polypharmacie représente un enjeu important chez les personnes avec un diagnostic de TNCM parce qu'elle augmente le risque d'interaction médicamenteuse, d'effets indésirables et la possibilité de consommer des médicaments potentiellement inappropriés. La hausse du nombre de comorbidités présentes chez cette population augmente également fortement les réclamations de médicaments et la polypharmacie. Les femmes sont également plus touchées par ce phénomène que les hommes. Par ailleurs, les données présentées excluent la population en CHSLD chez qui la polypharmacie pourrait être encore plus prévalente, selon la littérature scientifique (Cojutti *et al.*, 2016; Delara *et al.*, 2022). Une étude canadienne rapporte que, parmi les personnes atteintes de démence et vivant en centre de soins de longue durée, la proportion de celles ayant reçu au moins deux classes de médicaments psychotropes était d'environ 50 % en 2013 (Vasudev *et al.*, 2015).

Médicaments potentiellement inappropriés dans un contexte de TNCM

Environ un québécois sur deux de 65 ans et plus avec un diagnostic de TNCM et vivant en communauté disposait d'au moins un médicament potentiellement inapproprié en 2023. Environ une personne sur six parmi cette cohorte avait reçu au moins deux MPI. L'usage d'antipsychotiques, plus particulièrement de quétiapine, contribue principalement à ce phénomène. On retrouve un antécédent de troubles psychotiques ou bipolaires, des indications qui pourraient justifier l'usage d'antipsychotiques, chez un faible pourcentage des personnes avec un TNCM ayant reçu un médicament de cette classe. Près de la moitié des personnes avec un diagnostic de TNCM dispose d'un MPI plus de la moitié de l'année, peu importe la classe de MPI analysée. Lors de l'introduction d'un antipsychotique chez les personnes avec un TNCM, son usage perdure au-delà de trois mois chez plus de 45 % d'entre elles, voire plus d'une année chez 29 % d'entre elles. Ces résultats pourraient inciter à relancer les initiatives de déprescription, particulièrement en ce qui concerne les antipsychotiques. Les benzodiazépines représentent également une classe de médicaments considérés comme potentiellement inappropriés dans la plupart des situations chez les aînés selon les critères de Beers. Toutefois, la baisse des réclamations observée est encourageante.

Portrait pancanadien

Le [portrait pancanadien](#) dans lequel s'insèrent les données présentées fait ressortir des différences entre les résultats du Québec et ceux des autres provinces participantes. L'usage des benzodiazépines et la polypharmacie, notamment, semblent plus élevés au Québec. Certaines différences entre les provinces en matière de profils d'utilisation des médicaments ou de remboursement des traitements pourraient possiblement expliquer, du moins en partie, les différences observées.

Limites méthodologiques

Les données utilisées pour cet état des pratiques proviennent des demandes de paiement à la RAMQ pour les médicaments nécessitant une ordonnance. Les ordonnances des personnes non assurées par le régime public ne figurent pas dans la banque de données de la RAMQ. Moins de 10 % des personnes de 65 ans et plus ne sont pas assurées par le régime public d'assurance médicaments (RPAM). De plus, les médicaments non remboursés par le RPAM, comme les hypnotiques en Z qui sont prescrits pour traiter des troubles du sommeil au même titre que les benzodiazépines, ne figurent pas dans la banque de données de la RAMQ. Il n'est donc pas possible, à partir de la base de données sur les médicaments, d'évaluer leur usage.

Par ailleurs, la qualité des données disponibles dans les banques de données clinico-administratives peut être variable. Par exemple, l'absence de code diagnostique dans les banques de données ne signifie pas l'absence d'une condition médicale. Les codes diagnostiques pour repérer les antécédents médicaux de troubles psychotiques ou affectifs ou de troubles anxieux n'ont pas été validés dans les dossiers médicaux. Une étude de validation réalisée au Canada a révélé que les données clinico-administratives possèdent une capacité limitée à identifier correctement les personnes atteintes de troubles mentaux (Agence de la santé publique du Canada, 2015).

Les définitions de la polypharmacie varient grandement dans la littérature, toutefois elles renferment toutes le principe de prise concomitante de plus d'un médicament. Le calcul de la polypharmacie à l'aide des données clinico-administratives est complexe. Pour augmenter la probabilité d'observer une prise concomitante ou superposée, plusieurs auteurs regardent le nombre de réclamations de médicaments différents sur une période de trois mois plutôt que sur une année complète. La définition d'un médicament peut également varier dans la littérature. Alors que plusieurs auteurs utilisent la classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les bases de données clinico-administratives de la RAMQ répertorient les médicaments selon la classification américaine AHFS. Plusieurs des résultats présentés utilisent également le code de dénomination commune. La méthode de calcul de la polypharmacie ne prend pas en considération une durée minimale d'utilisation, la prise occasionnelle ou l'utilisation de la dose définie journalière. Il est important de noter que les résultats ne tiennent compte que des médicaments remboursés et excluent les médicaments en vente libre et les produits de santé naturels. Ceux-ci pourraient augmenter encore davantage le nombre de médicaments consommés par la population ayant un TNCM. De plus, les résultats ne traduisent pas la consommation réelle des

médicaments, mais les réclamations à l'assurance médicaments publique. Bien que de nombreuses publications décrivent les médicaments à éviter chez les personnes âgées, le caractère approprié ou non d'un médicament dépend de la condition clinique de chaque patient. Les données recueillies ne permettent pas de juger du caractère inapproprié des médicaments pour une personne en particulier.

CONCLUSION

Au Québec, le vieillissement de la population fait augmenter chaque année le nombre de personnes avec un diagnostic de TNCM et vivant dans la communauté. Une majorité de cette population est exposée à des médicaments potentiellement inappropriés pour leur condition médicale et, par conséquent, à des effets indésirables potentiels et à des interactions médicamenteuses. Bien que certains progrès aient pu être observés au cours de la dernière décennie, avec notamment une diminution de la proportion de personnes avec des remboursements de benzodiazépines, une importante proportion de la population québécoise âgée de 65 ans et plus avec un diagnostic de TNCM et vivant dans la communauté reçoit des antipsychotiques et en dispose pendant de longues périodes.

Cet état des pratiques met en lumière la nécessité de poursuivre les efforts afin de sensibiliser les professionnels de la santé et la population à l'importance de réviser régulièrement la médication et de l'optimiser en fonction de l'historique et du contexte clinique. Plusieurs outils existent pour faciliter la déprescription, et des initiatives d'amélioration continue de la qualité sont également déployées afin de soutenir la pratique réflexive au sein des GMF. De plus, ces données seront intégrées dans un portrait canadien sur l'usage des médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes atteintes de TNCM.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales au Canada, 2015*. S. Canada.
- American Geriatrics Society. (2023). American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria R for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(7), 2052-2081. <https://doi.org/10.1111/jgs.18372>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (vol. 5). American psychiatric association Washington, DC.
- Anderson, T. S., Ayanian, J. Z., Curto, V. E., Politzer, E., Souza, J., Zaslavsky, A. M. et Landon, B. E. (2023). Changes in the Use of Long-Term Medications Following Incident Dementia Diagnosis. *JAMA Internal Medicine*, 183(10), 1098-1108. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.3575>
- Arsenault-Lapierre, G., Godard-Sebillotte, C., Bui, T., Sourial, N., Rochette, L., Massamba, V., Sirois, C., Kosteniuk, J., Morgan, D., Quesnel-Vallee, A. et Vedel, I. (2024). Rural-Urban Differences in Healthcare Use in Persons With Dementia Between 2000 and 2019: A Quebec Population-Based Study [Différences entre régions rurales et urbaines dans l'utilisation des soins de santé chez les personnes atteintes de démence entre 2000 et 2019: une étude québécoise axée sur la population.]. *Healthcare Policy*, 19(3), 78-95. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2024.27281>
- Bae-Shaaw, Y. H., Shier, V., Sood, N., Seabury, S. A. et Joyce, G. (2023). Potentially Inappropriate Medication Use in Community-Dwelling Older Adults Living with Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 93(2), 471-481. <https://doi.org/10.3233/JAD-221168>
- Bargagli, A. M., Cascini, S., Agabiti, N., Kirchmayer, U., Marino, C. et Davoli, M. (2019). Determinants Of Antipsychotic Drugs Prescription Among Community-Living Older Adults With Dementia: A Population-Based Study Using Health Information Systems In The Lazio Region, Italy. *Clinical Interventions In Aging*, 14, 2071-2083. <https://doi.org/10.2147/CIA.S218641>
- Bjerre, L. M., Farrell, B., Hogel, M., Graham, L., Lemay, G., McCarthy, L., Raman-Wilms, L., Rojas-Fernandez, C., Sinha, S., Thompson, W., Welch, V. et Wiens, A. (2018). Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Family Physician*, 64(1), 17-27. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5962971/pdf/0640017.pdf>
- Bohlken, J., Schulz, M., Rapp, M. A. et Batzing-Feigenbaum, J. (2015). Pharmacotherapy of dementia in Germany: Results from a nationwide claims database. *European Neuropsychopharmacology*, 25(12), 2333-2338. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.09.014>
- Bonfiglio, V., Umegaki, H. et Kuzuya, M. (2019). Potentially Inappropriate Medications and Polypharmacy: A Study of Older People with Mild Cognitive Impairment and Mild

- Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 71(3), 889-897. <https://doi.org/10.3233/JAD-190284>
- Borsje, P., Lucassen, P. L. B. J., Wetzels, R. B., Pot, A. M. et Koopmans, R. T. C. M. (2018). Neuropsychiatric symptoms and psychotropic drug use in patients with dementia in general practices. *Family Practice*, 35(1), 22-28. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz061>
- Boucherie, Q., Gentile, G., Chalancon, C., Sciortino, V., Blin, O., Micallef, J. et Bonin-Guillaume, S. (2017). Long-term use of antipsychotics in community-dwelling dementia patients: prevalence and profile accounting for unobservable time bias because of hospitalization. *International Clinical Psychopharmacology*, 32(1), 13-19. <https://doi.org/10.1097/YIC.000000000000150>
- Burns, K., Casey, A.-N. et Brodaty, H. (2023). *A Clinician's BPSD Guide 2023: Understanding and helping people experiencing changed behaviours and psychological symptoms associated with dementia*. <https://www.cheba.unsw.edu.au/clinicians-bpsd-guide-2023>
- Calfat, A. C., Gosselin, M. et Sirois, C. (2025). Billing Deprescribing Interventions: Portrait of an Initiative in Québec, Canada. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 136(6), e70050. <https://doi.org/10.1111/bcpt.70050>
- Calvo-Perxas, L., Turro-Garriga, O., Aguirregomez, M., Bisbe, J., Hernandez, E., Lopez-Pousa, S., Manzano, A., Palacios, M., Pericot-Nierga, I., Perkal, H., Ramio, L., Vilalta-Franch, J. et Garre-Olmo, J. (2014). Psychotropic drugs in patients with alzheimer's disease: A longitudinal study by the registry of dementias of Girona (ReDeGi) in Catalonia, Spain. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(7), 497-503. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.02.003>
- Cerejeira, J., Lagarto, L. et Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, 3, 73. <https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00073>
- Chang, A., Vannabouathong, C. et Perras, C. (2022). Utilization of Cholinesterase Inhibitors for Alzheimer Disease in Canada. *Canadian Journal of Health Technologies*, 2(6). <https://doi.org/10.51731/cjht.2022.36>
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2024). *Lignes directrices de pratique clinique canadiennes sur l'évaluation et la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)*.
- Cojutti, P., Arnoldo, L., Cattani, G., Brusaferrò, S. et Pea, F. (2016). Polytherapy and the risk of potentially inappropriate prescriptions (PIPs) among elderly and very elderly patients in three different settings (hospital, community, long - term care facilities) of the Friuli Venezia Giulia region, Italy: are the very elderly at higher risk of PIPs? *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 25(9), 1070-1078. <https://doi.org/10.1002/pds.4026>
- Couret, A., Gallini, A., Poncet, M., Renoux, A., Lapeyre-Mestre, M. et Gardette, V. (2020). Benzodiazepine Dispensing to Persons With Dementia in France, 2011-2016: A Nationwide Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(6), 830-836. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.02.019>

- Deardorff, W. J., Jing, B., Growdon, M. E., Yaffe, K., Boscardin, W. J., Boockvar, K. S. et Steinman, M. A. (2023). Medication misuse and overuse in community-dwelling persons with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(10), 3086-3098. <https://doi.org/10.1111/jgs.18463>
- Delara, M., Murray, L., Jafari, B., Bahji, A., Goodarzi, Z., Kirkham, J., Chowdhury, M. et Seitz, D. P. (2022). Prevalence and factors associated with polypharmacy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 22(1), 601. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03279-x>
- Delgado, J., Bowman, K. et Clare, L. (2020). Potentially inappropriate prescribing in dementia: a state-of-the-art review since 2007. *BMJ Open*, 10(1), e029172. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029172>
- Delgado, J., Jones, L., Bradley, M. C., Allan, L. M., Ballard, C., Clare, L., Fortinsky, R. H., Hughes, C. M. et Melzer, D. (2021). Potentially inappropriate prescribing in dementia, multi-morbidity and incidence of adverse health outcomes. *Age & Ageing*, 50(2), 457-464. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa147>
- Dequanter, S., Buyl, R. et Fobelets, M. (2020). Quality indicators for community dementia care: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 30(5), 879-885. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa096>
- Donegan, K., Fox, N., Black, N., Livingston, G., Banerjee, S. et Burns, A. (2017). Trends in diagnosis and treatment for people with dementia in the UK from 2005 to 2015: a longitudinal retrospective cohort study. *The Lancet Public Health*, 2(3), e149-e156. <https://doi.org/10.1016/S2468-2667%2817%2930031-2>
- Drummond, N., McCleary, L., Freiheit, E., Molnar, F., Dalziel, W., Cohen, C., Turner, D., Miyagishima, R. et Silvius, J. (2018). Antidepressant and antipsychotic prescribing in primary care for people with dementia. *Canadian Family Physician*, 64(11), e488-e497. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6234938/pdf/064e488.pdf>
- Ferreira, T. R., Lopes, L. C., Motter, F. R. et de Cassia Bergamaschi, C. (2021). Potentially inappropriate prescriptions to Brazilian older people with Alzheimer disease: A cross-sectional study. *Medicine*, 100(12), e25015. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025015>
- Frederiksen, K. S., Cooper, C., Frisoni, G. B., Frolich, L., Georges, J., Kramberger, M. G., Nilsson, C., Passmore, P., Mantoan Ritter, L., Religa, D., Schmidt, R., Stefanova, E., Verdelho, A., Vandenbulcke, M., Winblad, B. et Waldemar, G. (2020). A European Academy of Neurology guideline on medical management issues in dementia. *European Journal of Neurology*, 27(10), 1805-1820. <https://doi.org/10.1111/ene.14412>
- Gallini, A., Andrieu, S., Donohue, J. M., Oumouhou, N., Lapeyre-Mestre, M. et Gardette, V. (2014). Trends in use of antipsychotics in elderly patients with dementia: Impact of national safety warnings. *European Neuropsychopharmacology*, 24(1), 95-104. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.09.003>

- Godard-Sebillotte, C., Navani, S., Rochette, L., Massamba, V., Pelletier, É., Kröger, E. et Vedel, I. (2024). Dementia Incidence in Quebec Over 20 Years. *JAMA Network Open*, 7(12), e2447346-e2447346. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.47346>
- Hessmann, P., Dodel, R., Baum, E., Muller, M. J., Paschke, G., Kis, B., Zeidler, J., Klora, M., Reese, J. P. et Balzer-Geldsetzer, M. (2018a). Antidepressant medication in a German cohort of patients with Alzheimer's disease. *International Journal of Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 56(3), 101-112. <https://doi.org/10.5414/CP203121>
- Hessmann, P., Dodel, R., Baum, E., Muller, M. J., Paschke, G., Kis, B., Zeidler, J., Klora, M., Reese, J. P. et Balzer-Geldsetzer, M. (2018b). Antipsychotic treatment of community-dwelling and institutionalised patients with dementia in Germany. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 22(3), 232-239. <https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1414269>
- Hessmann, P., Dodel, R., Baum, E., Muller, M. J., Paschke, G., Kis, B., Zeidler, J., Klora, M., Reese, J. P. et Balzer-Geldsetzer, M. (2018c). Use of antimentia drugs in German patients with Alzheimer's disease. *International Clinical Psychopharmacology*, 33(2), 103-110. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000205>
- Hessmann, P., Dodel, R., Baum, E., Muller, M. J., Paschke, G., Kis, B., Zeidler, J., Klora, M., Reese, J. P. et Balzer-Geldsetzer, M. (2019a). Prescription of Benzodiazepines and Related Drugs in Patients with Mild Cognitive Deficits and Alzheimer's Disease. *Pharmacopsychiatry*, 52(2), 84-91. <https://doi.org/10.1055/s-0044-100523>
- Hessmann, P., Zeidler, J., Stahmeyer, J., Eberhard, S., Vogelgsang, J., Abdel-Hamid, M., Wolff-Menzler, C., Wiltfang, J. et Kis, B. (2019b). Claims data analysis on the dispensing of tricyclic antidepressants among patients with dementia in Germany. *Frontiers in Pharmacology*, 10(JULY) (no pagination), article n° 841. <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.00841>
- Hukins, D., Macleod, U. et Boland, J. W. (2019). Identifying potentially inappropriate prescribing in older people with dementia: a systematic review. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 75(4), 467-481. <https://doi.org/10.1007/s00228-018-02612-x>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2012). *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada 2009-2010*. ICIS. https://secure.cih.ca/free_products/Mental%20Health%20Annual%20Report%202009-2010%20FY_2012_FR-web.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé. (2023). *Méthodologie de regroupement de la population de l'ICIS 1.4 — guide de l'utilisateur du logiciel, juillet 2023*. ICIS.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2015a). *Guide d'usage optimal pour le traitement pharmacologique de la maladie d'Alzheimer et de la démence mixte*.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2015b). *Traitements pharmacologiques de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*.

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2015c). *Traitements pharmacologiques des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence dans la maladie d'Alzheimer et la démence mixte*
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2017). *Usage optimal des antipsychotiques et pris en charge non pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée.*
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2024). *Portrait de la polypharmacie et de l'usage de médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées au Québec.*
- Institut national de santé publique du Québec. (2023). *Surveillance des troubles neurocognitifs majeurs : prévalence, incidence, utilisation des services hospitaliers et des médicaments de 2000 à 2019.*
- Institut national de santé publique du Québec. (2025). *Vieillesse en santé : Portrait de la polypharmacie chez les personnes âgées au Québec de 2000 à 2022.*
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3691>
- Ismail, Z., Black, S. E., Camicioli, R., Chertkow, H., Herrmann, N., Laforce, R., Jr., Montero-Odasso, M., Rockwood, K., Rosa-Neto, P., Seitz, D., Sivananthan, S., Smith, E. E., Soucy, J. P., Vedel, I. et Gauthier, S. (2020). Recommendations of the 5th Canadian Consensus Conference on the diagnosis and treatment of dementia. *Alzheimer's & Dementia*, 16(8), 1182-1195. <https://doi.org/10.1002/alz.12105>
- Jaakkimainen, R. L., Bronskill, S. E., Tierney, M. C., Herrmann, N., Green, D., Young, J., Ivers, N., Butt, D., Widdifield, J. et Tu, K. (2016). Identification of physician-diagnosed Alzheimer's disease and related dementias in population-based administrative data: a validation study using family physicians' electronic medical records. *Journal of Alzheimer's Disease*, 54(1), 337-349. <https://doi.org/10.3233/JAD-160105>
- Kachru, N., Carnahan, R. M., Johnson, M. L. et Aparasu, R. R. (2015). Potentially inappropriate anticholinergic medication use in older adults with dementia. *Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA*, 55(6), 603-612.
<https://doi.org/10.1331/JAPhA.2015.14288>
- Karttunen, N., Taipale, H., Hamina, A., Tanskanen, A., Tiihonen, J., Tolppanen, A. M. et Hartikainen, S. (2019). Concomitant use of benzodiazepines and opioids in community-dwelling older people with or without Alzheimer's disease-A nationwide register-based study in Finland. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(2), 280-288.
<https://doi.org/10.1002/gps.5018>
- Koller, D., Hua, T. et Bynum, J. P. (2016). Treatment Patterns with Antidementia Drugs in the United States: Medicare Cohort Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(8), 1540-1548. <https://doi.org/10.1111/jgs.14226>
- Kristensen, R. U., Jensen-Dahm, C., Gasse, C. et Waldemar, G. (2021). Declining Use of Potentially Inappropriate Medication in People with Dementia from 2000 to 2015: A

- Repeated Cross-Sectional Nationwide Register-Based Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 79(4), 1459-1470. <https://doi.org/10.3233/JAD-200627>
- Kristensen, R. U., Norgaard, A., Jensen-Dahm, C., Gasse, C., Wimberley, T. et Waldemar, G. (2018). Polypharmacy and Potentially Inappropriate Medication in People with Dementia: A Nationwide Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 63(1), 383-394. <https://doi.org/10.3233/JAD-170905>
- Luo, H., Lau, W. C. Y., Chai, Y., Torre, C. O., Howard, R., Liu, K. Y., Lin, X., Yin, C., Fortin, S., Kern, D. M., Lee, D. Y., Park, R. W., Jang, J. W., Chui, C. S. L., Li, J., Reich, C., Man, K. K. C. et Wong, I. C. K. (2023). Rates of Antipsychotic Drug Prescribing among People Living with Dementia during the COVID-19 Pandemic. *JAMA Psychiatry*, 80(3), 211-219. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.4448>
- National Clinical Effectiveness Committee. (2019). *Appropriate prescribing of psychotropic medication for non-cognitive symptoms in people with dementia (NCEC National Clinical Guideline No. 21)*. Department of Health. <https://www.gov.ie/en/collection/ac0046-appropriate-prescribing-of-psychotropic-medication-for-non-cognitive/>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Dementia: assessment, management and support for living with dementia and thier carers*.
- Oesterhus, R., Aarsland, D., Soennesyn, H., Rongve, A., Selbaek, G. et Kjosavik, S. R. (2017). Potentially inappropriate medications and drug-drug interactions in home-dwelling people with mild dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(2), 183-192. <https://doi.org/10.1002/gps.4456>
- Poncet, M., Gardette, V., Couret, A., Renoux, A., Lapeyre-Mestre, M. et Gallini, A. (2020). Benzodiazepine exposure in subjects with incident Alzheimer's disease and related syndromes in France: A longitudinal study 2011-2017. *International Clinical Psychopharmacology*, 35(5), 270-278. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000312>
- Public Health Agency of Canada. (2024). *Canadian Chronic Disease Surveillance System (CCDSS) data files provided by provinces and territories*. <https://health-infobase.canada.ca/ccdss/data-tool/>
- Puranen, A., Taipale, H., Koponen, M., Tanskanen, A., Tolppanen, A. M., Tiihonen, J. et Hartikainen, S. (2017). Incidence of antidepressant use in community-dwelling persons with and without Alzheimer's disease: 13-year follow-up. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(1), 94-101. <https://doi.org/10.1002/gps.4450>
- Ramsey, C. M., Gnjjidic, D., Agogo, G. O., Allore, H. et Moga, D. (2018). Longitudinal patterns of potentially inappropriate medication use following incident dementia diagnosis. *Alzheimer's & Dementia : Translational Research & Clinical Interventions*, 4, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.trci.2017.10.008>
- Rangfast, I., Sonnerstam, E. et Gustafsson, M. (2022). Prevalence of potentially inappropriate medications among old people with major neurocognitive disorder in 2012 and 2017. *BMC Geriatrics*, 22(1), 544. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03240-y>

- Rashid, N., Wetmore, J. B., Irfan, M., Peng, Y. et Abler, V. (2022). Medicare claims analysis of agents used to manage dementia-related psychosis: a treatment pattern study. *International Clinical Psychopharmacology*, 37(3), 84-91. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000401>
- Reeve, E., Farrell, B., Thompson, W., Hermann, N., Sketris, I., Magin, P., Chenoweth, L., Gorman, M., Quirke, L. et Bethune, G. (2018). *Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing cholinesterase inhibitors and memantine : Recommendations*.
- Régie de l'assurance maladie du Québec. (2023). *Infolettre RAMQ du 31 janvier 2023 - Renouvellement de l'Entente 2022-2025*. <https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/infolettres/2023/info336-22.pdf>
- Reyes, C., Newby, D., Raventos, B., Verhamme, K., Mosseveld, M., Prieto-Alhambra, D., Burn, E. et Duarte-Salles, T. (2024). Trends of use and characterisation of anti-dementia drugs users: a large multinational-network population-based study. *Age & Ageing*, 53(5), 01. <https://doi.org/10.1093/ageing/afae106>
- Roux, B., Berthou-Contreras, J., Beuscart, J. B., Charenton-Blavignac, M., Doucet, J., Fournier, J. P., de la Gastine, B., Gautier, S., Gonthier, R., Gras, V., Grau, M., Noize, P., Polard, E., Rudelle, K., Valnet-Rabier, M. B., Tannou, T. et Laroche, M. L. (2021). REview of potentially inappropriate MEDication pr[e]scribing in Seniors (REMEDI[e]S): French implicit and explicit criteria. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 77(11), 1713-1724. <https://doi.org/10.1007/s00228-021-03145-6>
- Seo, N., Song, I., Park, H., Ha, D. et Shin, J. Y. (2017). Trends in the prescribing of atypical antipsychotics in elderly patients with dementia in Korea. *International Journal of Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 55(7), 581-587. <https://doi.org/10.5414/CP202951>
- Société canadienne de gériatrie. (2022, Novembre 2022). *Les huit examens et traitements sur lesquels on devrait s'interroger*. <https://choisiravecsoin.org/recommandation/geriatrie/>
- Sonnerstam, E., Gustafsson, M., Lovheim, H. et Sjolander, M. (2022). Potentially Inappropriate Medications Pre- and Post-Diagnosis of Major Neurocognitive Disorders Among Older People in Sweden: A Register-Based, 6-Year Longitudinal Study. *Drugs & Aging*, 39(7), 573-585. <https://doi.org/10.1007/s40266-022-00947-w>
- Sonnerstam, E., Harlin, F. et Gustafsson, M. (2023). Potentially inappropriate medications among elderly people with neurocognitive disorders - A nationwide register-based study using 3 different explicit criteria. *Research In Social & Administrative Pharmacy*, 19(5), 758-763. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2023.01.010>
- Sourial, N., Godard-Sebillotte, C., Bronskill, S. E., Hacker, G. et Vedel, I. (2022). Quality indicator framework for primary care of patients with dementia. *Canadian Family Physician*, 68(9), e270-e278. <https://doi.org/10.46747/cfp.6809e270>
- Statistique Canada. (2015). *Troubles de santé mentale, états et codes de la CIM-9 et de la CIM-10-CA*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-622-x/2011006/tbl/tbla-fra.htm>

- Stocks, S. J., Kontopantelis, E., Webb, R. T., Avery, A. J., Burns, A. et Ashcroft, D. M. (2017). Antipsychotic Prescribing to Patients Diagnosed with Dementia Without a Diagnosis of Psychosis in the Context of National Guidance and Drug Safety Warnings: Longitudinal Study in UK General Practice. *Drug Safety*, 40(8), 679-692. <https://doi.org/10.1007/s40264-017-0538-x>
- Strohmaier C. and Gassner L. (2022). *Quality Registries in Dementia Care: Mapping of Registries to improve Quality and Service Delivery. AIHTA Project Report No.: 150. Vienna: HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH. V. H. A. A. I. f. H. T. A. GmbH.*
- Taipale, H., Koponen, M., Tanskanen, A., Tolppanen, A. M., Tiihonen, J. et Hartikainen, S. (2014a). Antipsychotic doses among community-dwelling persons with Alzheimer disease in Finland. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 34(4), 435-440. <https://doi.org/10.1097/JCP.000000000000133>
- Taipale, H., Koponen, M., Tanskanen, A., Tolppanen, A. M., Tiihonen, J. et Hartikainen, S. (2014b). Antipsychotic polypharmacy among a nationwide sample of community-dwelling persons with Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 41(4), 1223-1228. <https://doi.org/10.3233/JAD-140282>
- Taipale, H., Tanskanen, A., Koponen, M., Tolppanen, A. M., Tiihonen, J. et Hartikainen, S. (2014c). Antidementia drug use among community-dwelling individuals with Alzheimer's disease in Finland: a nationwide register-based study. *International Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 216-223. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000032>
- Thorpe, J. M., Thorpe, C. T., Gellad, W. F., Good, C. B., Hanlon, J. T., Mor, M. K., Pleis, J. R., Schleiden, L. J. et Van Houtven, C. H. (2017). Dual Health Care System Use and High-Risk Prescribing in Patients With Dementia: A National Cohort Study. *Annals of Internal Medicine*, 166(3), 157-163. <https://doi.org/10.7326/M16-0551>
- Thunell, J. A., Joyce, G. F., Ferido, P. M., Chen, Y., Guadamuz, J. S., Qato, D. M. et Zissimopoulos, J. M. (2024). Diagnoses and Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Among Racially and Ethnically Diverse Persons Living with Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 99(2), 513-523. <https://doi.org/10.3233/JAD-231266>
- Torvinen-Kiiskinen, S., Taipale, H., Tanskanen, A., Tiihonen, J. et Hartikainen, S. (2014). Concomitant use of acetylcholine esterase inhibitors and urinary antispasmodics among Finnish community-dwelling persons with Alzheimer disease. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 34(6), 722-727. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000218>
- Trenaman, S. C., Bowles, S. K., Kirkland, S. A. et Andrew, M. K. (2021). Potentially Inappropriate Drug Duplication in a Cohort of Older Adults with Dementia. *Current Therapeutic Research - Clinical and Experimental*, 95(no pagination), article n° 100644. <https://doi.org/10.1016/j.curtheres.2021.100644>
- Valladales-Restrepo, L. F., Duran-Lengua, M. et Machado-Alba, J. E. (2019). Potentially inappropriate prescriptions of anticholinergics drugs in Alzheimer's disease patients. *Geriatrics & gerontology international*, 19(9), 913-917. <https://doi.org/10.1111/ggi.13748>

- Vasudev, A., Shariff, S. Z., Liu, K., Burhan, A. M., Herrmann, N., Leonard, S. et Mamdani, M. (2015). Trends in psychotropic dispensing among older adults with dementia living in long-term care facilities: 2004–2013. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1259-1269.
- Vickers, L. E., Martinez, A. I., Wallem, A. M., Johnson, C. et Moga, D. C. (2021). Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults with Alzheimer's Disease and Related Dementias Living in the Community: A Cross-Sectional Analysis. *Drugs Real World Outcomes*, 8(4), 519-526. <https://doi.org/10.1007/s40801-021-00265-4>
- Walker, V. M., Davies, N. M., Kehoe, P. G. et Martin, R. M. (2018). What is the impact of regulatory guidance and expiry of drug patents on dementia drug prescriptions in England? A trend analysis in the Clinical Practice Research Datalink. *Alzheimer's Research & Therapy*, 10(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s13195-018-0379-6>
- Wucherer, D., Eichler, T., Hertel, J., Kilimann, I., Richter, S., Michalowsky, B., Thyrian, J. R., Teipel, S. et Hoffmann, W. (2017). Potentially Inappropriate Medication in Community-Dwelling Primary Care Patients who were Screened Positive for Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 55(2), 691-701. <https://doi.org/10.3233/JAD-160581>
- Yu, L., Chen, X. et Yu, Z. (2019). Trends of antidementia drugs use in outpatients with Alzheimer's disease in six major cities of China: 2012-2017. *International Clinical Psychopharmacology*, 34(6), 312-316. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000278>
- Zhao, M., Chen, Z., Tian, F. et Xu, T. (2022). Potentially Inappropriate Medication Among People With Dementia in China: A Nationwide Cross-Sectional Study. *Frontiers in Pharmacology*, 13, 929584. <https://doi.org/10.3389/fphar.2022.929584>
- Zhao, M., Chen, Z., Xu, T., Fan, P. et Tian, F. (2023). Global prevalence of polypharmacy and potentially inappropriate medication in older patients with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Pharmacology*, 14, 1221069. <https://doi.org/10.3389/fphar.2023.1221069>

ANNEXE I

Résumé des mesures repérées dans la littérature scientifique

Tableau I-1 Liste des mesures repérées et leurs sources

Mesures		Sources
Polypharmacie		
	1. Nombre total de médicaments	(Anderson <i>et al.</i> , 2023; Hukins <i>et al.</i> , 2019; Ramsey <i>et al.</i> , 2018; Zhao <i>et al.</i> , 2022)
	2. Nombre moyen de médicaments	(Hukins <i>et al.</i> , 2019)
	3. Réclamation de 5 médicaments ou plus (polypharmacie)	(Anderson <i>et al.</i> , 2023; Bargagli <i>et al.</i> , 2019; Bonfiglio <i>et al.</i> , 2019; Delgado <i>et al.</i> , 2020; Drummond <i>et al.</i> , 2018; Ferreira <i>et al.</i> , 2021; Hukins <i>et al.</i> , 2019; Kristensen <i>et al.</i> , 2018; Oesterhus <i>et al.</i> , 2017; Sourial <i>et al.</i> , 2022; Vickers <i>et al.</i> , 2021; Zhao <i>et al.</i> , 2023)
	4. Réclamation de 10 médicaments ou plus (hyperpolypharmacie)	(Anderson <i>et al.</i> , 2023; Delgado <i>et al.</i> , 2020; Taipale <i>et al.</i> , 2014b)
	5. Réclamation de 10 médicaments ou plus (hyperpolypharmacie) à l'intérieur d'une fenêtre de 3 mois	(Kristensen <i>et al.</i> , 2018)
	6. Médicaments reçus le plus fréquemment	(Bonfiglio <i>et al.</i> , 2019)
Médicaments potentiellement inappropriés (MPI)		
	7. Proportion de personnes ayant au moins un MPI	(Bae-Shaaw <i>et al.</i> , 2023; Bonfiglio <i>et al.</i> , 2019; Deardorff <i>et al.</i> , 2023; Delgado <i>et al.</i> , 2021; Ferreira <i>et al.</i> , 2021; Hukins <i>et al.</i> , 2019; Kristensen <i>et al.</i> , 2021; Kristensen <i>et al.</i> , 2018; Oesterhus <i>et al.</i> , 2017; Ramsey <i>et al.</i> , 2018; Rangfast <i>et al.</i> , 2022; Sonnerstam <i>et al.</i> , 2022; Sonnerstam <i>et al.</i> , 2023; Sourial <i>et al.</i> , 2022; Strohmaier C. and Gassner L., 2022; Thorpe <i>et al.</i> , 2017; Vickers <i>et al.</i> , 2021; Wucherer <i>et al.</i> , 2017; Zhao <i>et al.</i> , 2022; Zhao <i>et al.</i> , 2023)

Mesures		Sources
	8. Proportion de personnes ayant un MPI par catégorie (p. ex. les antipsychotiques, les antidépresseurs et les benzodiazépines)	(Kristensen <i>et al.</i> , 2021; Sonnerstam <i>et al.</i> , 2023)
	9. Proportion de personnes ayant ≥ 2 MPI différents parmi les personnes ayant un MPI	(Kristensen <i>et al.</i> , 2021)
	10. Proportion de personnes ayant une nouvelle ordonnance pour un MPI	(Kristensen <i>et al.</i> , 2021)
	11. Nombre de MPI utilisé par individu, le cas échéant	(Bae-Shaaw <i>et al.</i> , 2023; Deardorff <i>et al.</i> , 2023)
	12. MPI les plus courants	(Bonfiglio <i>et al.</i> , 2019; Hukins <i>et al.</i> , 2019; Zhao <i>et al.</i> , 2022)
	13. Proportion de personnes ayant eu un MPI dans l'année précédant le diagnostic de TNCM	(Delgado <i>et al.</i> , 2021)
	14. Proportion de personnes ayant fait une surutilisation de médicaments (incluant : traitement agressif de conditions chroniques [diabète/hypertension])	(Deardorff <i>et al.</i> , 2023)
	15. Proportion de personnes ayant dans leur profil médicamenteux au moins une interaction médicamenteuse de type : « ne devraient pas être combinés » ou « précautions requises »	(Oesterhus <i>et al.</i> , 2017; Valladales-Restrepo <i>et al.</i> , 2019)
	16. Proportion de personnes ayant une duplication de classes de médicaments	(Trenaman <i>et al.</i> , 2021)
	17. Durée moyenne du chevauchement pour les personnes recevant des ordonnances de classes de médicaments dupliquées	(Trenaman <i>et al.</i> , 2021)
	18. Persistance de l'usage chez les personnes ayant un ou plusieurs MPI, mesurée par le nombre total de jours d'approvisionnement	(Bae-Shaaw <i>et al.</i> , 2023)
	19. Nombre de jours d'exposition à des MPI	(Thorpe <i>et al.</i> , 2017)

Mesures		Sources
Psychotropes		
	20. Proportion de personnes ayant au moins un médicament agissant sur le système nerveux central (parmi les antidépresseurs, les antiépileptiques, les antipsychotiques, les benzodiazépines, les agonistes des récepteurs des benzodiazépines autres que les benzodiazépines et les opioïdes)	(Anderson <i>et al.</i> , 2023; Thunell <i>et al.</i> , 2024)
	21. Proportion de personnes ayant au moins un psychotrope ou une combinaison de psychotropes (les psychotropes comprennent les antipsychotiques, les antiépileptiques, les antidépresseurs, les anxiolytiques, les hypnotiques et la médication contre la démence)	(Borsje <i>et al.</i> , 2018; Oesterhus <i>et al.</i> , 2017; Poncet <i>et al.</i> , 2020; Thunell <i>et al.</i> , 2024)
	22. Proportion de personnes ayant un psychotrope et un diagnostic de SCPD	(Strohmaier C. and Gassner L., 2022; Thunell <i>et al.</i> , 2024)
	23. Proportion de personnes ayant une nouvelle ordonnance pour un psychotrope	(Poncet <i>et al.</i> , 2020)
	24. Durée d'usage de 3 mois ou plus de la médication psychotrope chez les nouveaux utilisateurs (persistance)	(Poncet <i>et al.</i> , 2020)
Anticholinergiques		
	25. Proportion de personnes ayant au moins un médicament anticholinergique	(Anderson <i>et al.</i> , 2023; Bae-Shaaw <i>et al.</i> , 2023; Rangfast <i>et al.</i> , 2022; Vickers <i>et al.</i> , 2021) (AGS, 2023; Burns <i>et al.</i> , 2023; Ismail <i>et al.</i> , 2020; NICE, 2018; Roux <i>et al.</i> , 2021).
	26. Les 10 médicaments anticholinergiques les plus courants	(Valladales-Restrepo <i>et al.</i> , 2019)
	27. Score ≥ 3 sur l'échelle du fardeau cognitif des anticholinergiques (Anticholinergic Drug Scale score)	(Ramsey <i>et al.</i> , 2018; Thorpe <i>et al.</i> , 2017; Valladales-Restrepo <i>et al.</i> , 2019)
	28. Persistance de l'usage de tout anticholinergique, en nombre de jours par an	(Bae-Shaaw <i>et al.</i> , 2023)

Mesures		Sources
Antidépresseurs		
	29. Proportion de personnes ayant au moins un antidépresseur	(Anderson <i>et al.</i> , 2023; Arsenault-Lapierre <i>et al.</i> , 2024; Bohlken <i>et al.</i> , 2015; Borsje <i>et al.</i> , 2018; Boucherie <i>et al.</i> , 2017; Donegan <i>et al.</i> , 2017; Hessmann <i>et al.</i> , 2018a) (Burns <i>et al.</i> , 2023; CCSMPA, 2024; NCEC, 2019; NICE, 2018; Roux <i>et al.</i> , 2021)
	30. Proportion de personnes ayant au moins un médicament de la classe des ISRS	(Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2024; Trenaman <i>et al.</i> , 2021)
	31. Proportion de personnes ayant un ISRS ou un IRSN dans les mois précédant le diagnostic de TNCM	(Koller <i>et al.</i> , 2016) (Burns <i>et al.</i> , 2023; CCSMPA, 2024; NCEC, 2019; NICE, 2018)
	32. Proportion de personnes ayant un antidépresseur autre que ISRS ou IRSN dans les mois précédant le diagnostic de TNCM	(Koller <i>et al.</i> , 2016)
	33. Proportion de personnes ayant au moins un antidépresseur tricyclique	(Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2024; Hessmann <i>et al.</i> , 2019b)
	34. Proportion de personnes ayant une nouvelle ordonnance d'antidépresseur dans les 12 premiers mois suivant le diagnostic de TNCM	(Drummond <i>et al.</i> , 2018) (Burns <i>et al.</i> , 2023; CCSMPA, 2024; NCEC, 2019; NICE, 2018)
	35. Proportion de personnes ayant une nouvelle ordonnance d'antidépresseur (peu importe la date du diagnostic)	(Puranen <i>et al.</i> , 2017)
	36. Antidépresseurs les plus courants	(Puranen <i>et al.</i> , 2017)

Mesures		Sources
Antipsychotiques		
	37. Proportion de personnes ayant au moins un antipsychotique	(Anderson <i>et al.</i> , 2023; Arsenault-Lapierre <i>et al.</i> , 2024; Bae-Shaaw <i>et al.</i> , 2023; Bargagli <i>et al.</i> , 2019; Bohlken <i>et al.</i> , 2015; Borsje <i>et al.</i> , 2018; Calvo-Perxas <i>et al.</i> , 2014; Donegan <i>et al.</i> , 2017; Gallini <i>et al.</i> , 2014; Hessmann <i>et al.</i> , 2018b; Hukins <i>et al.</i> , 2019; Luo <i>et al.</i> , 2023; Rangfast <i>et al.</i> , 2022; Seo <i>et al.</i> , 2017; Stocks <i>et al.</i> , 2017; Strohmaier C. and Gassner L., 2022; Taipale <i>et al.</i> , 2014a, 2014b; Thorpe <i>et al.</i> , 2017; Vickers <i>et al.</i> , 2021) (AGS, 2023; Burns <i>et al.</i> , 2023; CCSMPA, 2024; Frederiksen <i>et al.</i> , 2020; NCEC, 2019; NICE, 2018; Roux <i>et al.</i> , 2021; SCG, 2022)
	38. Proportion de personnes ayant au moins un antipsychotique atypique	(Bargagli <i>et al.</i> , 2019)
	39. Proportion de personnes ayant un antipsychotique atypique dans les mois précédant le diagnostic de TNCM	(Koller <i>et al.</i> , 2016)
	40. Proportion de personnes ayant un antipsychotique de première génération dans les mois précédant le diagnostic de TNCM	(Koller <i>et al.</i> , 2016)
	41. Proportion de personnes ayant un antipsychotique à longue durée d'action parmi les utilisateurs d'antipsychotique	(CCSMPA, 2024)
	42. Proportion de personnes ayant de la rispéridone parmi les utilisateurs d'antipsychotique	(Burns <i>et al.</i> , 2023; CCSMPA, 2024)
	43. Proportion de personnes ayant au moins deux antipsychotiques différents en concomitance	(Bargagli <i>et al.</i> , 2019)
	44. Combinaison la plus fréquente de deux antipsychotiques	(Taipale <i>et al.</i> , 2014b)
	45. Proportion de personnes utilisant des antipsychotiques et recevant au moins deux prescriptions d'antidépresseurs au cours des deux années précédant la date d'étude	(Bargagli <i>et al.</i> , 2019)

Mesures		Sources
	46. Proportion de personnes utilisant des antipsychotiques et recevant au moins deux prescriptions de médicaments contre la démence au cours des deux années précédant la date d'étude	(Bargagli <i>et al.</i> , 2019)
	47. Proportion de personnes ayant au moins un antipsychotique dans les 12 premiers mois suivant le diagnostic de TNCM	(Drummond <i>et al.</i> , 2018) (AGS, 2023; Burns <i>et al.</i> , 2023)
	48. Proportion de personnes ayant au moins un agent pharmacologique prescrit pour traiter la psychose liée au TNCM	(Rashid <i>et al.</i> , 2022)
	49. Proportion de personnes atteintes de TNCM et de symptômes neuropsychiatriques, pour lesquels un antipsychotique est prescrit et pour lesquels une discussion sur les options non pharmacologiques et les avantages et inconvénients potentiels de ces médicaments a eu lieu et a été documentée dans le dossier du patient.	(Dequanter <i>et al.</i> , 2020)
	50. Schémas d'utilisation des antipsychotiques (abandon, changement)	(Rashid <i>et al.</i> , 2022)
	51. Persistance de l'usage des antipsychotiques en nombre de jours d'approvisionnement par an	(Bae-Shaaw <i>et al.</i> , 2023)
	52. Durée médiane de la première période d'usage des antipsychotiques	(Bargagli <i>et al.</i> , 2019; Taipale <i>et al.</i> , 2014a)
	53. Durée médiane de jours de polypharmacie antipsychotique	(Taipale <i>et al.</i> , 2014b)
	54. Proportion de personnes dont la durée d'usage des antipsychotiques a dépassé 6 mois	(Bohlken <i>et al.</i> , 2015)
	55. Proportion des utilisateurs d'antipsychotiques pour une courte période (jusqu'à trois mois consécutifs sans interruption) vs les utilisateurs à long terme (plus de trois mois successifs sans interruption)	(Boucherie <i>et al.</i> , 2017) (Bjerre <i>et al.</i> , 2018; Burns <i>et al.</i> , 2023)

Mesures		Sources
	56. Proportion de personnes qui ont changé de classe d'antipsychotique durant la période d'usage des antipsychotiques	(Bargagli <i>et al.</i> , 2019)
	57. Proportions de personnes ayant fait usage de faibles doses d'antipsychotiques et de hautes doses d'antipsychotiques	(Taipale <i>et al.</i> , 2014a)
	58. Doses mensuelles moyennes d'antipsychotiques	(Gallini <i>et al.</i> , 2014; Rashid <i>et al.</i> , 2022; Taipale <i>et al.</i> , 2014a)
	59. Délai avant la première utilisation d'un agent pharmacologique pour traiter la psychose liée à la démence	(Rashid <i>et al.</i> , 2022)
	60. Proportion de personnes ayant au moins un antipsychotique chez les personnes atteintes de démence à corps de Lewy ou de démence de la maladie de Parkinson	(NCEC, 2019; NICE, 2018)
	61. Proportion de personnes ayant un antécédent de désordre psychiatrique (p. ex. diagnostic de schizophrénie) parmi les utilisateurs d'antipsychotiques	(Taipale <i>et al.</i> , 2014b) (AGS, 2023; Bjerre <i>et al.</i> , 2018)
Opiïdes		
	62. Proportion de personnes ayant au moins un opioïde	(Anderson <i>et al.</i> , 2023; Rangfast <i>et al.</i> , 2022)
	63. Proportion de personnes ayant fait usage concomitant et prolongé de benzodiazépines et d'opioïdes , défini comme un chevauchement de l'utilisation de benzodiazépines et d'opioïdes pendant une durée supérieure ou égale à 90 jours	(AGS, 2023; Karttunen <i>et al.</i> , 2019)

Mesures		Sources
Benzodiazépines		
	64. Proportion de personnes ayant au moins une benzodiazépine	(Anderson <i>et al.</i> , 2023; Arsenault-Lapierre <i>et al.</i> , 2024; Bae-Shaaw <i>et al.</i> , 2023; Bohlken <i>et al.</i> , 2015; Borsje <i>et al.</i> , 2018; Boucherie <i>et al.</i> , 2017; Couret <i>et al.</i> , 2020; Donegan <i>et al.</i> , 2017; Hessmann <i>et al.</i> , 2019a; Hukins <i>et al.</i> , 2019; Karttunen <i>et al.</i> , 2019; Poncet <i>et al.</i> , 2020; Vickers <i>et al.</i> , 2021) (AGS, 2023; Burns <i>et al.</i> , 2023; NCEC, 2019; Roux <i>et al.</i> , 2021; SCG, 2022)
	65. Proportion de personnes ayant au moins une benzodiazépine à longue durée d'action	(CCSMPA, 2024; Rangfast <i>et al.</i> , 2022)
	66. Proportion de personnes ayant une réclamation pour l' oxazépam	(CCSMPA, 2024; Strohmaier C. and Gassner L., 2022)
	67. Proportion de personnes ayant au moins un agoniste des récepteurs des benzodiazépines ou un médicament en Z	(Anderson <i>et al.</i> , 2023; Borsje <i>et al.</i> , 2018; Donegan <i>et al.</i> , 2017; Vickers <i>et al.</i> , 2021)
	68. Proportion de personnes ayant une benzodiazépine dans les mois précédant le diagnostic de TNCM	(Koller <i>et al.</i> , 2016)
	69. Proportion de personnes ayant une benzodiazépine et un diagnostic d'épilepsie	(AGS, 2023)
	70. Persistance de l'usage des benzodiazépines ou des hypnotiques en nombre de jours d'approvisionnement par an	(Bae-Shaaw <i>et al.</i> , 2023)
	71. Durée d'exposition (<3 vs >3 mois) pour chaque premier épisode d'usage des benzodiazépines	(Couret <i>et al.</i> , 2020; Poncet <i>et al.</i> , 2020; Roux <i>et al.</i> , 2021)
	72. Usage prolongé des benzodiazépines (≥ 180 jours en continue de n'importe quelle benzodiazépine)	(Karttunen <i>et al.</i> , 2019; Roux <i>et al.</i> , 2021)

Mesures		Sources
Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IACHÉ) et mémantine		
	73. Proportion de personnes ayant au moins un IACHÉ	(Arsenault-Lapierre <i>et al.</i> , 2024; Chang <i>et al.</i> , 2022; Taipale <i>et al.</i> , 2014c; Yu <i>et al.</i> , 2019)
	74. Proportion de personnes ayant au moins une ordonnance de mémantine	(Arsenault-Lapierre <i>et al.</i> , 2024)
	75. Proportion de personnes ayant au moins un médicament pour traiter le TNCM (IACHÉ ou mémantine)	(Arsenault-Lapierre <i>et al.</i> , 2024; Bohlken <i>et al.</i> , 2015; Borsje <i>et al.</i> , 2018; Boucherie <i>et al.</i> , 2017; Donegan <i>et al.</i> , 2017; Hessmann <i>et al.</i> , 2018c; Koller <i>et al.</i> , 2016; Sonnerstam <i>et al.</i> , 2022; Sourial <i>et al.</i> , 2022; Strohmaier C. and Gassner L., 2022; Valladales-Restrepo <i>et al.</i> , 2019) (Ismail <i>et al.</i> , 2020; NICE, 2018; Reeve <i>et al.</i> , 2018; SCG, 2022)
	76. Proportion de personnes ayant un diagnostic probable de maladie d'Alzheimer recevant leur première ordonnance d'IACHÉ	(Walker <i>et al.</i> , 2018)
	77. Proportion de personnes ayant un diagnostic probable de maladie d'Alzheimer recevant leur première ordonnance de mémantine	(Walker <i>et al.</i> , 2018)
	78. Proportion de personnes avec un diagnostic d'Alzheimer, de démence à corps de Lewy ou de démence vasculaire qui sont traités avec un médicament contre le TNCM	(Dequanter <i>et al.</i> , 2020; Strohmaier C. and Gassner L., 2022) (NICE, Ismail <i>et al.</i> , 2020; 2018; Reeve <i>et al.</i> , 2018)
	79. Proportion de personnes avec un diagnostic d'Alzheimer de stade léger à modéré qui ont reçu un IACHÉ	(Strohmaier C. and Gassner L., 2022)
	80. Proportion de personnes ayant une nouvelle ordonnance de médicaments contre le TNCM	(Reyes <i>et al.</i> , 2024)
	81. Durée d'usage des IACHÉ et de la mémantine	(Taipale <i>et al.</i> , 2014c; Torvinen-Kiiskinen <i>et al.</i> , 2014) (Ismail <i>et al.</i> , 2020; Reeve <i>et al.</i> , 2018; SCG, 2022)
	82. Proportion de personnes dont la première médication contre le TNCM est prescrite par le médecin de famille	(Sourial <i>et al.</i> , 2022)
	83. Prévalence des comorbidités chez les utilisateurs d'IACHÉ	(Torvinen-Kiiskinen <i>et al.</i> , 2014)

ANNEXE II

Codes des 9^e et 10^e révisions de la classification internationale des maladies (CIM)

Tableau II-1 Liste des codes CIM-9 et CIM-10 utilisés pour les principaux troubles psychiatriques

Catégorie de diagnostic	Codes de la CIM-9	Codes de la CIM-10-CA
Troubles anxieux	300.0, 300.2, 300.3	F40, F41, F42, F93.0 à F93.2
Trouble dépressif	296.2, 296.3, 300.4 311.0 à 311.9	F32, F33, F34.1, F38.1
Troubles de l'adaptation	309.0 à 309.4, 309.8, 309.9	F43.2, F99
Troubles bipolaires	296.0, 296.1, 296.4 à 296.8	F30, F31, F34.0
Troubles psychotiques	295.0 à 295.9, 297.0 à 297.3, 297.8, 297.9, 298.0 à 298.4, 298.8, 298.9	F20 à F29

Adapté de (ICIS, 2012) et de (Statistique Canada, 2015).

Tableau II-2 Liste des codes diagnostiques utilisés pour la définition de TNCM

Source de données	Définition et dénominations communes	
Hospitalisations	CIM-9 : 046.1, 290.0, 290.1, 290.2, 290.3, 290.4, 294.1, 294.2, 331.0, 331.1, 331.5	CIM-10-CA : G30, F00, F01, F02, F03
Services médicaux	CIM-9 : 290, 331	CIM-10-CA: G30, F00, F01, F02, F03
Services pharmaceutiques	Dénomination commune : 46384, 47542, 47726, 46673, 47368, 46767, 47415, 47352	

ANNEXE III

Liste des médicaments potentiellement inappropriés (MPI) utilisée pour les analyses

Classe	Sous-classe	Dénomination commune
Anticholinergiques	Antidépresseurs	Amitriptyline
		Clomipramine
		Désipramine
		Doxépine > 6mg par jour
		Imipramine
		Nortriptyline
		Paroxétine
Anticholinergiques	Antiémétiques	Prochlorpérazine
		Prométhazine
Anticholinergiques	Antihistaminiques de 1 ^{re} génération	Bromphéniramine
		Chlorphéniramine
		Cyproheptadine
		Dimenhydrinate
		Doxylamine
		Hydroxyzine
		Méclizine
		Prométhazine
Anticholinergiques	Antimuscariniques	Darifénacine
		Fésotérodine
		Flavoxate
		Oxybutinine
		Solifénacine
		Toltérodine
		Trospium
Anticholinergiques	Agents antiparkisoniens	Benztropine
		Trihexyphénidyl
Anticholinergiques	Antipsychotiques	Chlorpromazine
		Clozapine
		Olanzapine
		Perphénazine

Classe	Sous-classe	Dénomination commune
Anticholinergiques	Antispasmodiques	Atropine
		Dicyclomine
		Homatropine
		Hyoscyamine
		Scopolamine
Anticholinergiques	Relaxants musculaires	Cyclobenzapine
		Orphénadrine
Antipsychotiques		Chlorpromazine
		Méthotriméprazine
		Fluphénazine
		Perphénazine
		Prochlorpérazine
		Trifluopérazine
		Périciazine
		Thioridazine
		Pipotiazine
		Halopéridol
		Ziprasidone
		Lurasidone
		Flupentixol
		Zuclopenthixol
		Pimozide
		Loxapine
		Clozapine
Antipsychotiques		Olanzapine
		Quétiapine
		Asénapine
		Rispéridone
		Aripiprazole
		Palipéridone
		Brexpiprazole
Benzodiazépines		Diazépam
		Chlordiazépoxide
		Oxazépam
		Clorazépate

Classe	Sous-classe	Dénomination commune
		Lorazépam
		Bromazépam
		Clobazam
		Alprazolam
		Flurazépam
		Nitrazépam
		Triazolam
		Témazépam
		Midazolam
		Clonazépam

Adapté de (AGS, 2023)

**Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux**

Québec



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

