

AVIS

Usage optimal des antipsychotiques et la prise 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

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

Usage optimal des antipsychotiques et la prise 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

Rédigé par

Marie-Claude Breton
Gabriel Carpentier
Gaëlle Gernigon
Geneviève Robitaille
Sybille Saury
Annie Tessier

Avec la collaboration de

Julien Baril
Stéphane Gilbert

Coordination scientifique

Marie-Claude Breton
Annie Tessier

Sous la direction de

Sylvie Bouchard
Sylvie Desmarais



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

Équipe de projet

Auteurs

Direction du médicament :

Marie-Claude Breton, Ph. D.

Gabriel Carpentier, Ph. D.

Gaëlle Gernigon, Pharm. D.

Geneviève Robitaille, Ph. D.

Direction des services sociaux :

Sybille Saury, M. Sc. Psy

Annie Tessier, Ph. D.

Collaborateurs

Direction du médicament :

Julien Baril, M. A.

Jean-Simon Deneault, étudiant en pharmacie

Stéphane Gilbert, Ph. D.

Direction scientifique

Direction du médicament :

Sylvie Bouchard, B. Pharm., D.P.H., M. Sc., M.B.A

Direction des services sociaux :

Sylvie Desmarais, M. Sc.

Coordinatrices scientifiques

Direction du médicament :

Marie-Claude Breton, Ph. D.

Direction des services sociaux :

Annie Tessier, Ph. D.

Repérage d'information scientifique

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

Soutien documentaire

Flavie Jouandon

Équipe de l'édition

Patricia Labelle

Denis Santerre

Hélène St-Hilaire

Sous la coordination de

Renée Latulippe, M. A.

Avec la collaboration de

Littera Plus, révision linguistique

Mark Wickens, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-80218-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2017

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Usage optimal des antipsychotiques et la prise 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. Rapport rédigé par Marie-Claude Breton, Gabriel Carpentier, Gaëlle Gernigon, Geneviève Robitaille, Sybille Saury et Annie Tessier. Québec, Qc : INESSS; 98p.

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

Lecteurs externes

La lecture externe est un des mécanismes utilisés par l'INESSS pour assurer la qualité de ses travaux. Les lecteurs externes valident les aspects méthodologiques de l'évaluation, de même que l'exactitude du contenu, en fonction de leur domaine d'expertise propre.

Pour ce rapport les lecteurs externes sont les suivants.

M. Christian Cloutier, coordonnateur des services post aigus et spécialisés gériatriques, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Hôpital et centre d'hébergement D'Youville (Québec)

M^{me} Monique Garant, pharmacienne, Département clinique de pharmacie, Institut universitaire en santé mentale du Québec, CIUSSS de la Capitale-Nationale, Québec (Québec).

M^{me} Nathalie Houle, infirmière clinicienne, Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Saint-Eustache, Saint-Eustache (Québec)

D^r Claude Patry, omnipraticien, Clinique médicale Loretteville, Québec (Québec)

Autres contributions

Outre les lecteurs externes, l'Institut tient à remercier la personne suivante qui a contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

D^{re} Véronique Déry, M.D., M. Sc., FRCPC, directrice scientifique de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS), CIUSSS de l'Estrie - CHU de Sherbrooke (Québec)

L'INESSS remercie également les personnes suivantes qui ont agi à titre de futurs utilisateurs potentiels pour l'évaluation des outils de transfert des connaissances élaborés dans le cadre du présent projet :

M^{me} Suzie Alain, pharmacienne, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue, Centre hospitalier de La Sarre, site Abitibi-Ouest (Québec)

M^{me} Dominique Aubin, infirmière clinicienne, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Québec)

M^{me} Noemy Girard-Parent, infirmière, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Québec)

M. Abdelmoumen Yahia Meddah, infirmier clinicien, chef d'unité de vie, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de Montréal, direction Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), Centre d'hébergement Paul-Gouin (Québec)

M^{me} Lucie Raymond, pharmacienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale (Québec)

M^{me} Dominique Tougas, pharmacienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale (Québec)

Comité consultatif

- D^{re} Marie-Andrée Bruneau**, gérontopsychiatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Montréal (Québec)
- D^{re} Nathalie Champoux**, médecin de famille, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Montréal (Québec)
- D^{re} Céline Chayer**, neurologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal (Québec).
- M^{me} Suzanne Gilbert**, pharmacienne, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Montréal (Québec)
- M^{me} Mélanie Giroux**, pharmacienne, Groupe Champlain, Montréal (Québec).
- M^{me} Karine Labarre**, chef de services spécialisés, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ), CIUSSS de la Capitale-Nationale (Québec)
- M^{me} Sylvie Moreault**, directrice du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, CIUSSS de l'Estrie-CHUS (Québec)
- D^r Jacques Morin**, interniste-gériatre, Hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec (Québec).
- M^{me} Andrée-Anne Rhéaume**, infirmière clinicienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale, Québec (Québec)
- D^{re} Andrée Robillard**, médecin de famille, Hôpital Notre-Dame-de-la-Merci, Montréal (Québec)
- M^{me} Caroline Sirois**, professeure agrégée au Département de médecine sociale et préventive, Université Laval (Québec)
- D^{re} Cara Tannenbaum**, gériatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Montréal (Québec)
- M^{me} Andréane Tardif**, infirmière-pivot Alzheimer, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Québec (Québec)
- M. Philippe Voyer**, Ph. D., infirmier, professeur titulaire à la Faculté de sciences infirmières, Université Laval, Québec (Québec)

Comité de gouvernance

- M. Luc Boileau**, président-directeur général, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)
- M. Luc Castonguay**, sous-ministre adjoint, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité (DGPPQ), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
- M. Jacques Cotton**, président-directeur général, Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), remplacé en octobre 2017 par **M. Paul Marceau**, président-directeur général par intérim
- D^r Michel Bureau**, sous-ministre adjoint, Direction générale des services de santé et de médecine universitaire (DGSSMU), MSSS
- M^{me} Manon Lambert**, directrice générale, Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)
- Dr Yves Robert**, secrétaire général, Collège des médecins du Québec (CMQ)

Déclaration de conflits d'intérêts

Les auteurs de ce rapport déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce rapport. Les membres du comité consultatif et les lecteurs externes qui ont déclaré avoir des conflits d'intérêts sont mentionnés ci-dessous.

D^{re} Marie-Andrée Bruneau : Financement ou allocations pour des voyages par la Société de psychogériatrie de langue française (Nice, 2015) et par le Groupe hospitalier universitaire La Pitié-Salpêtrière (Paris, 2015). Financement ou versement d'honoraires pour l'organisation ou la réalisation de communications verbales ou écrites offerts par l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ), l'Association des médecins francophones du Canada, par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et par différents centres de santé et de services sociaux. Rémunération pour la direction de la division de gérontopsychiatrie à l'Université de Montréal, pour la participation aux travaux du comité de gérontopsychiatrie de l'AMPQ et pour la participation au plan Alzheimer du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec. Rémunération à titre de consultante ou d'experte par le MSSS. Rémunération pour des charges universitaires par l'Université de Montréal. Financement ou versement d'honoraires à titre de subvention de recherche par le Consortium canadien en neurodégénérescence associée au vieillissement (CCNV) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), par le Comité aviseur pour la recherche clinique (CAREC) du Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM) et par le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement (RQRV).

D^{re} Nathalie Champoux : Rémunération à titre de consultante ou d'experte par l'INESSS, par le Collège des médecins du Québec (CMQ) pour inspection professionnelle et par le MSSS (meilleures pratiques en CHSLD). Subventions de recherche des IRSC, du RQRV et de la Société Alzheimer.

D^{re} Céline Chayer : Financement ou allocation pour un voyage par Eli Lilly pour la participation à une rencontre d'initiation pour l'étude AMARANTH. Financement ou versement d'honoraires pour des activités personnelles de formation par Novartis (Alzheimer's Association International Conference, Boston 2013). Versement d'honoraires à titre de subvention de recherche par Pfizer (étude BAN) et Eli Lilly (étude AMARANTH).

M^{me} Mélanie Giroux : Financement ou versement d'honoraires pour l'organisation ou la réalisation de communications verbales ou écrites par Astra Zeneca. Rémunération à titre de consultante ou d'experte par l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ).

M^{me} Karine Labarre : Rémunération en tant que chef des services gériatriques spécialisés à la direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Conférencière sur la démarche de gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) (Suisse, octobre 2016) et sur l'évaluation et l'intervention en présence de SCPD (Nouveau-Brunswick, août 2017).

D^{re} Andrée Robillard : Remboursement pour participation aux colloques des Cliniques de la mémoire par le Plan Alzheimer du MSSS. Subvention de recherche du Plan Alzheimer du MSSS (2013-2016). Rémunération à titre de directrice scientifique du congrès de la FMOQ sur la psychiatrie (2012).

M^{me} Caroline Sirois : Financement ou versement d'honoraires pour l'organisation ou la réalisation de communications verbales ou écrites par Québec Pharmacie (2016) et par Familiprix (2016). Rémunération pour une formation sur la déprescription donnée au Centre

d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) (2016). Financement ou versement d'honoraires à titre de subvention de recherche par les IRSC, par l'Université du Québec à Rimouski et par le Fonds de recherche du Québec - Santé (FRSQ).

Responsabilité

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

TABLE DES MATIÈRES

EN BREF.....	I
RÉSUMÉ	III
SUMMARY.....	VI
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	IX
GLOSSAIRE	XI
INTRODUCTION.....	1
1 QUESTION DÉCISIONNELLE ET QUESTIONS CLÉS DE RECHERCHE.....	3
1.1 Question décisionnelle.....	3
1.2 Questions clés de recherche	3
2 MÉTHODOLOGIE.....	5
2.1 Données issues de la littérature scientifique et des guides de bonne pratique clinique	8
2.2 Données contextuelles et expérientielles	8
2.2.1 Orientations ministérielles.....	8
2.2.2 Projets québécois visant à favoriser l’usage optimal des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD qui résident en CHSLD.....	8
2.2.3 Données contextuelles sur la prise en charge non pharmacologique des SCPD	8
2.2.4 Consultations auprès des parties prenantes.....	8
2.2.5 Méthode d’analyse et synthèse des données.....	9
2.3 Appréciation de la preuve	9
2.3.1 Appréciation de la qualité de la preuve scientifique	9
2.3.2 Appréciation de la valeur de l’ensemble de la preuve.....	10
2.4 Processus délibératif et formulation des recommandations	11
2.5 Validation par les pairs	12
2.6 Outils de transfert de connaissances	12
3 RÉSULTATS.....	13
3.1 Stratégies politiques ou administratives visant à réduire l’usage des antipsychotiques.....	13
3.1.1 Données provenant de la littérature grise.....	13
3.1.2 Données contextuelles et expérientielles.....	14
3.2 Stratégies cliniques visant à diminuer ou arrêter les antipsychotiques	14
3.2.1 Déprescription des antipsychotiques.....	16
3.2.2 Programmes d’interventions multiples	19
3.3 Stratégies cliniques non pharmacologiques visant la prise en charge des SCPD	22
3.3.1 Données provenant de la littérature scientifique.....	22

3.3.2	Données provenant des guides de pratique clinique et de la littérature grise	23
3.3.3	Données contextuelles et expérientielles.....	24
3.4	Efficacité des antipsychotiques atypiques pour le traitement des symptômes d'agressivité et des symptômes psychotiques	26
3.4.1	Données provenant de la littérature scientifique.....	26
3.4.2	Données contextuelles et expérientielles.....	27
3.5	Innocuité des antipsychotiques atypiques.....	28
3.5.1	Données provenant de la littérature scientifique.....	28
3.5.2	Données contextuelles et expérientielles.....	30
3.6	Modalités d'usage des antipsychotiques	31
3.6.1	Données provenant de la revue de la littérature scientifique	32
3.6.2	Données contextuelles et expérientielles.....	34
4	DONNÉES CONTEXTUELLES	37
4.1	Homologation des antipsychotiques par Santé Canada	37
4.2	Initiative sur la maladie d'Alzheimer et les autres TNC majeurs.....	37
4.3	Orientations ministérielles	38
4.3.1	Milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD.....	38
4.3.2	Organisation des soins et des services offerts aux personnes âgées qui vivent en CHSLD	38
4.4	Démarche collaborative <i>Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques (OPUS-AP)</i>	39
4.5	Enjeux des différentes ressources d'hébergement de soins de longue durée au Québec	40
4.5.1	Privatisation des ressources d'hébergement et de soins de longue durée.....	40
4.5.2	Alourdissement des besoins de la clientèle.....	41
4.5.3	Manque de ressources humaines en CHSLD.....	41
4.6	Prise en charge non pharmacologique des SCPD au Québec	42
4.6.1	Approche de base auprès des aînés.....	42
4.6.2	Documents de référence et outils publiés par le MSSS.....	43
4.6.3	Programmes de formation sur les SCPD	43
4.6.4	Centres d'expertise en SCPD du Québec	43
5	APPRÉCIATION DE L'ENSEMBLE DE LA PREUVE	45
6	OUTILS DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES.....	46
	DISCUSSION	47
	RECOMMANDATIONS.....	53
	CONCLUSION.....	62
	RÉFÉRENCES.....	63

ANNEXE A CADRE CONCEPTUEL DE MOBILISATION DES CONNAISSANCES	67
ANNEXE B MANDAT DU COMITÉ CONSULTATIF.....	68
ANNEXE C CRITÈRES D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES SCIENTIFIQUES ET DE L'ENSEMBLE DE LA PREUVE	69
ANNEXE D SONDAGE AUPRÈS DE FUTURS UTILISATEURS POTENTIELS SUR L'OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION PROFESSIONNELLE CONCERNANT LA DÉPRESCRIPTION DES ANTIPSYCHOTIQUES CHEZ LES ATTEINTES DE TNC MAJEURS AVEC SCPD ET RÉSIDANT EN CHSLD	72
ANNEXE E APPRÉCIATION DE L'ENSEMBLE DE LA PREUVE CONCERNANT LES STRATÉGIES CLINIQUES EFFICACES POUR DIMINUER OU ARRÊTER LES ANTIPSYCHOTIQUES	74
ANNEXE F JUSTIFICATION DES RECOMMANDATIONS CLINIQUES ET TAUX DE CONSENSUS OBTENUS ..	79

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Appréciation globale de la qualité de la preuve scientifique.....	10
---	----

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cadre conceptuel de mobilisation de connaissances pour l'élaboration des recommandations visant à favoriser l'usage optimal des antipsychotiques et la prise 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	6
Figure 2 : Processus de synthèse des données	7

EN BREF

Problématique

Malgré des avis importants de Santé Canada en matière d'innocuité concernant, entre autres, les risques accrus de mortalité, l'usage des antipsychotiques atypiques chez les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs (TNC) majeurs continue d'augmenter, notamment dans plusieurs centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au Québec. Plusieurs éléments peuvent être évoqués pour expliquer l'usage croissant de ces médicaments : un déplacement des ordonnances vers cette classe pharmacologique en raison de préoccupations liées aux risques associés à d'autres médicaments tels que les benzodiazépines; une méconnaissance du ratio risques-avantages des antipsychotiques spécifiquement pour la population âgée; et un usage hors homologation extensif qui semble parfois incontournable en pratique en raison du manque de temps, de ressources disponibles ou de connaissances concernant les stratégies de remplacement et les interventions non pharmacologiques efficaces pour la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).

C'est dans ce contexte que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a reconnu cette thématique comme sujet prioritaire dans le cadre du grand chantier de la pertinence clinique. Le mandat reçu par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) était de proposer des stratégies à mettre en œuvre afin de favoriser l'usage optimal des antipsychotiques et d'élaborer des recommandations cliniques dans le but d'orienter et de soutenir la pratique des équipes de soins dans la prise en charge des personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD qui résident en CHSLD.

Pour réaliser ce mandat, l'INESSS a entrepris les travaux suivants : 1) dresser un état des connaissances concernant les stratégies politiques et administratives employées au Québec, dans les autres provinces canadiennes et ailleurs dans le monde afin de réduire l'usage des antipsychotiques; 2) déterminer les stratégies cliniques les plus efficaces visant à diminuer ou arrêter l'usage des antipsychotiques, lorsqu'approprié; 3) identifier les stratégies cliniques non pharmacologiques les plus efficaces visant la prise en charge des SCPD ainsi que les différentes initiatives et programmes de formation déjà en place au Québec; 4) recenser les données scientifiques concernant l'efficacité des antipsychotiques atypiques sur la diminution des SCPD; 5) répertorier les données relatives à l'innocuité des antipsychotiques atypiques et identifier les effets indésirables les plus graves et ceux les plus fréquemment observés avec l'usage de ce type de médicament; 6) établir les conditions optimales relatives aux modalités d'amorce d'un traitement par antipsychotique.

Au terme de ces travaux, l'INESSS vise à soutenir les équipes de soins en vue d'un usage optimal et sécuritaire des antipsychotiques et à les orienter dans la prise en charge des SCPD chez les personnes atteintes de TNC majeurs qui résident en CHSLD. Suivant la publication de ces travaux, le personnel soignant qui travaille dans les CHSLD auprès des personnes atteintes de TNC majeurs devrait être en mesure de mieux connaître les conditions d'amorce d'un traitement aux antipsychotiques, les méthodes de déprescription et les conditions relatives à un arrêt de traitement ainsi que les approches et les interventions non pharmacologiques qui s'offrent à lui comme options de remplacement. Également, ces personnes devraient avoir une meilleure compréhension des risques et des avantages associés à l'administration des antipsychotiques. En fin de compte, la prise en charge des personnes atteintes de TNC majeurs grâce à une approche

davantage individualisée devrait être améliorée et permettre d'accroître leur qualité de vie. L'impact de ces travaux sur les pratiques devrait s'étendre au-delà des CHSLD et toucher également les résidences privées et la communauté, car nombre d'intervenants exercent dans différents types d'établissements de soins de santé et de soins de longue durée et également en première ligne.

Les recommandations de l'INESSS seront diffusées et implantées dans les CHSLD grâce au déploiement de la démarche collaborative Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques (OPUS-AP), fondée sur l'approche de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), en lien étroit avec celle-ci, ainsi que sur l'expertise de pointe disponible au Québec.

RÉSUMÉ

Introduction

L'usage croissant des antipsychotiques chez les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs (TNC) majeurs qui résident en CHSLD préoccupe les autorités de santé et de nombreux cliniciens. En effet, une proportion importante des ordonnances d'antipsychotiques sont faites en dehors des indications reconnues pour ces médicaments, notamment pour traiter différents symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). De plus, il est reconnu depuis quelques années que les antipsychotiques sont associés à des effets indésirables graves. Dans ce contexte, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, dans le cadre du grand chantier de la pertinence clinique, a mandaté l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour proposer des stratégies à mettre en œuvre afin de favoriser l'usage optimal des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD qui résident en CHSLD. Plus précisément, le présent projet avait pour objectif d'élaborer des recommandations cliniques destinées aux équipes de soins qui travaillent en CHSLD afin de les orienter vers les stratégies les plus efficaces pour prévenir et gérer les SCPD, et favoriser un usage approprié des antipsychotiques.

Méthodologie

Six questions de recherche ont été définies pour pouvoir répondre *in fine* à la question décisionnelle : « Quelles stratégies pourraient être mises en œuvre au Québec afin de favoriser l'usage optimal des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD et résidant en CHSLD? ». La méthodologie mise en œuvre pour y répondre est fondée sur la triangulation de trois types de données : les données scientifiques qui ont été obtenues à partir de revues systématiques de la littérature scientifique et des guides de bonne pratique clinique, les données expérientielles issues de l'expérience clinique des professionnels de la santé et des services sociaux québécois qui participent aux travaux du comité consultatif formé pour ce projet, et des données contextuelles issues du contexte d'implantation (p. ex. ressources disponibles, formation du personnel soignant).

Pour répondre à l'ensemble des questions de recherche de façon rigoureuse et explicite, plusieurs revues systématiques de la littérature ont été effectuées. La méthodologie utilisée pour réaliser ces revues systématiques respecte les normes de production de l'INESSS [INESSS, 2013]. Les détails méthodologiques pour chacune des revues réalisées sont indiqués dans le rapport connexe de revues systématiques [INESSS, 2017].

Résultats

L'efficacité des mesures politiques ou administratives pour diminuer l'usage des antipsychotiques en CHSLD n'a pas fait l'objet d'articles scientifiques répondant aux critères de recherche fixés dans le cadre de la revue systématique; elle n'a donc pas pu être évaluée. Toutefois, les documents législatifs ou institutionnels en Amérique du Nord et au Royaume-Uni visant à encadrer les pratiques en établissement de santé et de soins de longue durée ont pu être recensés. Une attention particulière a été portée aux règles qui encadrent l'usage des mesures de contrôle, car les antipsychotiques, lorsqu'ils sont administrés sans indication ou but thérapeutique précis, répondent à la définition de ce type de mesure.

La revue systématique de la littérature a permis de reconnaître deux stratégies cliniques efficaces visant à diminuer ou arrêter les antipsychotiques, lorsqu'approprié, chez les personnes hébergées en établissement de santé et de soins de longue durée atteintes de TNC majeurs avec SCPD : la déprescription des antipsychotiques et les programmes d'interventions multiples. En effet, les résultats de cette revue systématique indiquent, selon un niveau de preuve modéré, que la déprescription des antipsychotiques peut être tentée chez la majorité des personnes qui présentent des SCPD, et cela sans modification significative de leur comportement. Toutefois, la puissance statistique des études, potentiellement insuffisante pour mettre en évidence des différences entre les groupes, invite à la prudence quant à l'interprétation des données. Les recommandations provenant des meilleurs guides de pratique clinique (GPC) et les membres du comité consultatif sont également en faveur de la déprescription des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs. Toutefois, certaines conditions devraient être appliquées en fonction de la situation clinique du patient, et selon le type et la sévérité des SCPD pour lequel l'antipsychotique a initialement été prescrit. L'intérêt des programmes d'interventions multiples pour réduire le recours aux antipsychotiques a été démontré dans la littérature selon un niveau de preuve de faible à modéré. Ce type de programme implique l'usage simultané de plusieurs interventions et il est constitué majoritairement de programmes de formation destinés aux équipes de soins qui travaillent auprès de cette clientèle. Les recommandations des GPC et l'opinion des membres du comité consultatif ont permis de préciser les grandes lignes de leur contenu ainsi que les principes de mise en œuvre à respecter pour implanter ce type de programme dans l'ensemble des CHSLD du Québec.

Les résultats de la revue systématique sont mitigés à l'égard des interventions non pharmacologiques pour prendre en charge les SCPD. Cependant, des interventions non pharmacologiques semblent prometteuses, comme la musicothérapie et les techniques de gestion du comportement, particulièrement si elles sont individualisées.

La formation supervisée sur l'approche centrée sur la personne et le renforcement des compétences connexes sont recommandés dans la pratique en tant qu'outils efficaces pour réduire les SCPD.

Les facteurs majeurs de réussite quant à la démarche clinique non pharmacologique visant la prise en charge des SCPD sont l'instauration d'une démarche structurée généralement déployée par des intervenants dont les compétences et les rôles sont clairement définis, le travail d'équipe et une direction qui appuie ses employés dans réalisation des activités, des stratégies ou des interventions nécessaires à la réduction des SCPD.

Par ailleurs, les résultats de la revue systématique sur l'innocuité des antipsychotiques atypiques ont permis de détailler le profil d'effets indésirables de la classe des antipsychotiques dans son ensemble et de chaque médicament comme l'aripiprazole, l'olanzapine, la quétiapine, la clozapine et la rispéridone chez les personnes atteintes de TNC majeurs. Ces données d'innocuité sont à confronter aux résultats d'efficacité qui suggèrent, avec un niveau de preuve variant de faible à élevé selon les différents antipsychotiques atypiques, un effet modeste de ces médicaments pour traiter les symptômes psychotiques ou d'agressivité.

Les conditions d'amorce et de réévaluation d'un traitement par antipsychotique, qu'il soit administré de façon régulière ou au besoin, ont été précisées grâce aux meilleurs GPC, aux documents de la littérature grise issus d'organisations reconnues et indépendantes, et grâce au savoir expérientiel des membres du comité consultatif. Ainsi, il apparaît, notamment, que les antipsychotiques devraient être considérés uniquement pour la prise en charge à court terme des symptômes d'agressivité ou des symptômes psychotiques chez les personnes atteintes de

TNC majeurs qui ne répondent pas aux approches non pharmacologiques, en présence d'un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Dans tous les cas, le fait de recourir ou non aux antipsychotiques devrait résulter d'une décision éclairée et partagée concernant les risques et les avantages d'un tel traitement, évalués pour chaque personne prise individuellement. Il est à souligner que, selon Santé Canada, les personnes atteintes de TNC vasculaire ou mixte traitées par antipsychotique présenteraient un risque plus élevé d'événements indésirables cérébrovasculaires que celles qui manifestent des TNC dus à la maladie d'Alzheimer.

Conclusions

Les recommandations du présent avis devraient permettre de mieux outiller les équipes des CHSLD pour prévenir et gérer, sans recourir aux antipsychotiques, les SCPD jugés perturbateurs, dérangeants ou dangereux. Elles devraient également permettre que les antipsychotiques, lorsqu'indiqués, soient utilisés de la façon la plus judicieuse possible en fonction des éléments recueillis sur la situation clinique de la personne, du type de SCPD observés et de l'analyse approfondie du ratio avantages-risques. Une diminution des doses ou un arrêt des antipsychotiques pourront être appliqués dès lors que le traitement ne sera plus justifié. Ces recommandations, qui ont été transcrites dans des outils de transfert de connaissances destinés aux équipes de soins, seront diffusées et implantées dans les CHSLD du Québec grâce au déploiement de la démarche collaborative OPUS-AP, fondée sur l'approche de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), en collaboration étroite avec celle-ci, ainsi que sur l'expertise de pointe disponible au Québec.

Recommandations

Les recommandations élaborées dans le cadre de ce projet sont présentées en pages 66 à 74 du présent avis.

SUMMARY

Report on optimal antipsychotic use and the nonpharmacological management of the behavioural and psychological symptoms of dementia in people with major neurocognitive disorders living in residential and long-term care centers

Introduction

The growing use of antipsychotics in elderly residents of residential and long-term care facilities (RLTCCs) with major neurocognitive disorders (NCDs) is a concern to health authorities and many clinicians. This is because a large proportion of antipsychotic prescriptions are for off-label indications, such as the treatment of various behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD). Furthermore, it has been known for a number of years that antipsychotics are associated with serious adverse effects. In light of the foregoing, and as part of its major project on « chantier de pertinence clinique » of interventions, Québec's Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) asked the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to propose strategies for promoting optimal antipsychotic use in RLTCC residents who have major NCDs with BPSD. More specifically, this project was aimed at developing clinical recommendations for RLTCC care teams to guide them towards the most effective strategies for preventing and managing BPSD and to promote appropriate antipsychotic use.

Methodology

Six research questions were drawn up to ultimately answer the decision question: What strategies could be implemented in Québec to promote optimal antipsychotic use in RLTCC residents who have major NCDs with BPSD? The methodology used to answer this question is based on the triangulation of three types of data: scientific data obtained from systematic reviews of the scientific literature and best clinical practice guidelines; experiential data from the clinical experience of the Québec health and social services professionals who participated in the work of the advisory committee formed for this project; and contextual data regarding the implementation context (e.g., available resources and health professional training).

To answer all the research questions in a rigorous and unambiguous manner, several systematic reviews were performed. The methodology used for these reviews meets INESSS's production standards [INESSS, 2013]. The methodological details for each of these reviews are provided in the related systematic review report [INESSS, 2017].

Results

The effectiveness of the political and administrative measures for reducing antipsychotic use in RLTCCs is not the subject of any scientific articles that meet the search criteria used for the systematic review and could therefore not be determined. However, we did identify legislative and institutional documents in North America and the United Kingdom aimed at governing practices in health and long-term care facilities. Special attention was given to the rules governing the use of control measures, since antipsychotics, when administered for no specific indication or therapeutic goal, qualify for this type of measure.

The systematic review revealed two effective clinical strategies for reducing or discontinuing antipsychotic use, when appropriate, in health and long-term care facility residents who have major NCDs with BPSD: the deprescribing of antipsychotics and multiple-intervention programs. Indeed, the results of this systematic review indicate, with a moderate level of evidence, that deprescribing antipsychotics can be attempted in most persons with BPSD, this with no significant change in their behaviour. However, the studies' statistical power, which was potentially insufficient to demonstrate intergroup differences, warrants a cautious interpretation of the data. The recommendations in the best clinical practice guidelines (CPGs) and the members of the advisory committee are also in favour of deprescribing antipsychotics in persons with major NCDs. However, certain conditions should apply, depending on the patient's clinical situation and according to the type and severity of the BPSD for which the antipsychotic was initially prescribed. The benefit of multiple-intervention programs in reducing antipsychotic use has been demonstrated in the literature with a low to moderate level of evidence. Such programs involve the simultaneous use of several interventions and consist mainly of training programs for care teams that work with this type of patient. The CPG recommendations and the opinion of the advisory committee's members enabled us to outline what such programs involve and the principles for implementing them in all of Québec's RLTCs.

The results of the systematic review that concern nonpharmacological modalities for managing BPSD are mixed. Nonetheless, modalities such as music therapy and behaviour management techniques seem promising, especially if they are individualized.

Supervised training on the person-centred approach and strengthening related skills are recommended in practice as effective tools for reducing BPSD.

The main factors for success for the nonpharmacological clinical approach to managing BPSD are the introduction of a structured approach generally used by professionals with clearly defined skills and roles, teamwork, and an administration that supports its employees in the activities, strategies or interventions necessary for reducing BPSD.

The results of the systematic review of the safety of atypical antipsychotics enabled us to delineate the adverse effects profile of the class as a whole as well as of each drug, such as aripiprazole, olanzapine, quetiapine, clozapine and risperidone, in persons with major NCDs. These safety data should be compared with the efficacy results, which suggest, with a level of evidence ranging from low to high, depending on the antipsychotic, that these drugs have a modest effect in the treatment of psychotic or aggressive symptoms.

The conditions for initiating or reevaluating antipsychotic therapy, whether administered on a regular or PRN basis, have been defined with the help of the best CPGs, grey literature documents from independent, recognized organizations, and the experiential knowledge provided by the advisory committee's members. Therefore, it appears that antipsychotics should be considered solely for the short-term management of psychotic or aggressive symptoms in persons with major NCDs who do not respond to nonpharmacological approaches, if they present a danger to themselves or to others. In any event, using or not using antipsychotics should be based on an informed and shared decision following a risk-benefit assessment of such therapy for each individual case. It should be noted that, according to Health Canada, persons with vascular or mixed NCDs treated with antipsychotics are at greater risk for cerebrovascular adverse events than those with NCDs due to Alzheimer's disease.

Conclusions

The recommendations in this report should help better equip RLCC care teams to prevent and manage, without using antipsychotics, BPSD considered disruptive, disturbing or dangerous. They should also make it possible for antipsychotics, when indicated, to be used as judiciously as possible in light of the information obtained on the individual's clinical situation, of the type of BPSD observed and of the in-depth analysis of the risk-benefit ratio. Antipsychotic doses can be reduced, or antipsychotics can be withdrawn once this treatment is no longer warranted. These recommendations, which have been included in the knowledge transfer tools for the care teams, will be disseminated and implemented in Québec's RLCCs via the launch of the OPUS-AP collaborative approach, which is based on the Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI)'s initiative, in close partnership with the foundation, and on leading-edge expertise available in Québec.

Recommendations

The recommendations developed in this project are presented on pages 66 to 74 of this report.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AACODS	<i>Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date and Significance</i>
AGREE II	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II</i>
AAPA	Approche adaptée à la personne âgée
ACP	Approche centrées sur la personne
AMPQ	Association des médecins psychiatres du Québec
AP	Antipsychotique
AOR	Approche optimale du résident
APA	American Psychiatric Association
ARS	Approche relationnelle de soins
AVC	Accident vasculaire cérébral
CAREC	Comité aviseur pour la recherche clinique
CCCDTD	<i>Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia</i>
CCNV	Consortium canadien en neurodégénérescence associée au vieillissement
CCSMH	Canadian Coalition for Seniors' Mental Health
CEVQ	Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec
CGR	Comité de gestion du réseau
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CRIUGM	Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal
DGPPQ	Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité
DGSSMU	Direction générale des services de santé et médecine universitaire
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ECRA	Essai clinique à répartition aléatoire
EQE	Étude quasi expérimentale
ETS	Évaluation des technologies en santé
FCASS	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé

FDA	Food and Drug Administration
FRSQ	Fonds de recherche du Québec – Santé
GMF	Groupe de médecine de famille
GPC	Guide de pratique clinique
HAS	Haute Autorité de Santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
LSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MA	Maladie d'Alzheimer
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NCCMH	National Collaborating Centre for Mental Health
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
OPUS-AP	Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PIM	Programme d'interventions multiples
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RUIS	Réseaux universitaires intégrés de santé
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
TNC	Troubles neurocognitifs

GLOSSAIRE

Approche centrée sur la personne (ACP)

L'ACP place les besoins psychologiques des personnes atteintes de troubles neurocognitifs au centre des soins avec des valeurs fortes de promotion de la qualité de vie et de reconnaissance de l'humanité de toute personne [Kitwood et Bredin, 1992]. L'ACP implique d'intégrer une compréhension unique de la personne qui souffre de TNC, de mener des activités significatives, de faire du bien-être une priorité et d'améliorer la qualité des relations entre le prestataire de soins et la personne atteinte de TNC [Edvardsson *et al.*, 2010; Brooker, 2003].

Approche de base

Elle consiste à adapter les stratégies de communication verbale et non verbale, l'environnement physique ou social et le rythme des soins aux besoins et déficits cognitifs d'une personne qui présente un trouble neurocognitif majeur (TNC). Cette approche inclut notamment les principes de communication de base et des stratégies telles que la validation, la diversion, l'écoute active adaptée, la stratégie décisionnelle, le toucher et la gestion du refus.

Pour mieux comprendre certaines stratégies propres à l'approche de base :

- Les principes de communication de base adaptés aux déficits cognitifs de la personne visent à favoriser la collaboration et l'établissement ou le maintien d'une relation harmonieuse (p. ex. obtenir l'attention de la personne avant de lui parler, éviter de la surprendre, lui demander la permission, avoir une attitude calme et souriante, ralentir le débit verbal, faire une seule demande à la fois, utiliser des phrases courtes et encourager la personne).
- L'adaptation de l'environnement physique vise à modifier (ajouter, déplacer ou retirer) un élément de l'environnement immédiat de façon qu'il corresponde aux besoins de la personne (p. ex. diminuer le son du téléviseur ou adapter la luminosité).
- La validation consiste à identifier les émotions exprimées par la personne au moment de l'apparition d'un symptôme comportemental et psychologique de la démence (SCPD), à les reconnaître et à lui permettre de les exprimer. Cette stratégie vise à rejoindre la réalité de la personne et la rassurer (p. ex. une personne se présente souvent au poste de garde pour dire qu'elle ne veut pas manquer son train. Vous pourriez lui dire : *Ne vous inquiétez pas, votre train passera dans 2 heures. Nous irons vous chercher, on ne vous oublie pas.*).
- La diversion cherche à détourner l'attention de la personne d'une situation qui provoque chez elle un sentiment d'inconfort ou de l'anxiété. Cette stratégie redirige son attention vers un élément positif lié à son histoire personnelle (p. ex. pointer une photographie en disant : *Cette photo montre bien à quel point votre fille est jolie.*). La diversion repose sur la conversation ou diverses actions. Utiliser un objet tangible augmente généralement l'impact de la diversion.
- L'écoute active adaptée vise à favoriser les échanges en évitant la confrontation avec la personne et elle permet à cette dernière de s'exprimer et d'avoir une conversation plaisante. L'écoute active adaptée se concentre sur la forme plutôt que sur le contenu du dialogue (p. ex. chaque fois que la personne cesse de parler, pour l'encourager à continuer de s'exprimer, vous pourriez lui dire : *Vous m'en direz tant!, Je suis bien d'accord avec vous!*).

- La stratégie décisionnelle consiste à offrir à la personne l'occasion de faire des choix dans la mesure de ses possibilités (p. ex. *voulez-vous porter la robe bleue ou la verte?*).
- Le toucher peut permettre de créer des liens avec la personne et d'établir une relation de confiance ou encore de la réconforter lorsqu'elle vit des émotions négatives ou de l'isolement. Il peut constituer un des seuls moyens d'entrer en communication avec certaines personnes lorsque le déficit cognitif est grave.
- La gestion du refus favorise une résolution respectueuse des situations où la personne offre une résistance verbale ou physique à une intervention. Différentes stratégies peuvent être utilisées pour faciliter l'acceptation de l'intervention par la personne (p. ex. changer la formulation de la demande, faire des pauses, changer d'intervenant). La gestion du refus exige souvent une discussion en équipe avant de sélectionner une solution optimale.

Sources : www.capsulescpd.ca, www.oiiq.org, [Voyer *et al.*, 2009], [Bourque et Voyer, 2013], [Voyer *et al.*, 2013], [Voyer, 2017]

Antipsychotiques

Agents pharmacologiques indiqués principalement pour traiter les troubles psychotiques tels que la schizophrénie. Il existe actuellement trois générations d'antipsychotiques que l'on distingue selon leurs effets cliniques, leur structure chimique, leurs mécanismes d'action et leur affinité pour différents récepteurs. Initialement, les antipsychotiques étaient classés en typiques (antipsychotiques de 1^{re} génération) et en atypiques (antipsychotiques de 2^e et de 3^e génération). La première génération d'antipsychotiques inclut des médicaments tels que l'halopéridol, la loxapine ou le pimozide; la 2^e génération comprend la clozapine, la lurasidone, l'olanzapine, la palipéridone, la quétiapine, la rispéridone et la ziprasidone; enfin, la 3^e génération est constituée d'un unique représentant, soit l'aripiprazole.

Déprescription

Processus de planification et de supervision qui vise à réduire ou arrêter les médicaments qui n'ont plus d'effets bénéfiques ou qui peuvent être nuisibles. Le but est de réduire le fardeau et les préjudices liés aux médicaments tout en maintenant ou en améliorant la qualité de vie.

Source : Réseau canadien pour la déprescription, rapport annuel 2016

Champion

Personne qui peut assumer plusieurs rôles différents, comme sensibiliser son organisation aux pratiques exemplaires, entraîner des groupes et des comités à envisager l'adoption de ces pratiques, mobiliser, coordonner et faciliter la formation et le perfectionnement des intervenants concernant la mise en œuvre des guides de pratiques exemplaires, etc.

Source : Instituts de recherche en santé du Canada [Castiglione et Ritchie, 2012]

Interventions non pharmacologiques individualisées

Elles ont pour objectif de favoriser la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) quand l'approche de base et le recadrage ne sont pas efficaces ou suffisants. Pour être individualisées, les interventions non pharmacologiques telles que la musicothérapie ou les thérapies comportementales doivent notamment tenir compte de l'histoire biographique, des valeurs, des préférences et des croyances de la personne qui présente le SCPD. Les interventions non pharmacologiques individualisées prennent également en considération les causes sous-jacentes, les besoins compromis, les capacités de la personne et les objectifs cliniques ciblés. La famille et les proches aidants peuvent être appelés à servir de guide dans le choix des interventions non pharmacologiques. Ces dernières peuvent favoriser la

communication, l'interaction avec la personne et la compréhension de sa réalité. Enfin, elles peuvent viser la personne elle-même, le personnel, les proches ou l'environnement.

Programme d'interventions multiples (PIM)

Dans le cadre de ce projet, un programme d'interventions multiples consiste en l'usage simultané de plusieurs interventions visant à favoriser l'usage optimal des antipsychotiques et/ou la prise en charge des SCPD chez les personnes hébergées dans des CHSLD. Il peut contenir de la formation, de la supervision ou des interventions non pharmacologiques spécifiques.

Les programmes peuvent contenir de l'information relative aux bonnes pratiques cliniques, à la révision de la médication, aux modalités de déprescription, à l'efficacité ou à l'innocuité des antipsychotiques ou encore à l'efficacité des différentes approches ou interventions non pharmacologiques dans la prévention ou la prise en charge des SCPD, des renseignements sur le mentorat ou l'information nécessaire à l'implantation et à la mise en œuvre des différents programmes de formation.

Ils sont destinés aux intervenants et/ou gestionnaires qui travaillent auprès des personnes atteintes de TNC majeurs et ils peuvent inclure ces personnes et leurs proches.

Recadrage

Il consiste à analyser une situation et à regarder le symptôme comportemental et psychologique de la démence (SCPD) exprimé par la personne sous un angle nouveau en se demandant :

- en quoi le SCPD est-il réellement dérangeant?
- quelles en sont les conséquences négatives réelles?
- qui en souffre réellement le plus (la personne ou son entourage)?
- et, une intervention est-elle réellement nécessaire?

Dans le cas où le SCPD exprimé peut être recadré de façon à ne plus être perçu comme un problème par les intervenants, la famille, les proches aidants et les autres résidents, aucune intervention n'est alors nécessaire. Dans le cas contraire, des interventions non pharmacologiques individualisées sont envisagées afin de prendre en charge le SCPD exprimé.

Le recadrage nécessite de la part des intervenants, de la famille et des proches aidants qu'ils modifient la vision qu'ils portent sur le SCPD exprimé (p. ex. le voir tirer la langue est tolérable, finalement...). Cette modification de la perception quant au SCPD exprimé peut requérir de l'entourage qu'il revoie ses attentes, par exemple quant au respect des conventions sociales.

Sources : www.capsulescpd.ca, [Voyer et al., 2009], [Bourque et Voyer, 2013], [Voyer, 2017]

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence englobent les symptômes de perturbation de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement qui apparaissent fréquemment chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs. Parmi ces troubles, on trouve notamment les hallucinations, les illusions, les idées délirantes, l'anxiété et la dépression ou encore l'errance, l'agitation verbale et motrice, les comportements agressifs ou la résistance aux soins.

Adapté de Finkel & Burns [1999]

Troubles neurocognitifs

Les troubles neurocognitifs constituent un groupe de troubles dans lesquels le déficit clinique initial concerne les fonctions cognitives, et qui sont acquis plutôt que de nature comportementale. Les critères diagnostiques des TNC majeurs selon la 5^e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) [American Psychiatric Association, 2013] sont les suivants :

- A. Preuves d'un déclin cognitif significatif par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs des domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivomotrices ou cognition sociale) reposant sur :
 - 1. Une préoccupation du sujet, d'un informant fiable ou du clinicien concernant un déclin significatif du fonctionnement cognitif; et
 - 2. Une altération importante des performances cognitives, idéalement documentée par un bilan neuropsychologique standardisé ou, à défaut, par une évaluation clinique quantifiée.
- B. Les déficits cognitifs interfèrent avec l'autonomie dans les actes du quotidien (c.-à-d. que, tout au moins, une aide est nécessaire dans les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne comme payer ses factures ou gérer la prise de ses médicaments).
- C. Les déficits cognitifs ne se manifestent pas exclusivement dans le contexte d'un état confusionnel (délirium).
- D. Les altérations cognitives ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental (p. ex. un trouble dépressif caractérisé, de la schizophrénie).

INTRODUCTION

Problématique

Au Canada, l'administration d'antipsychotiques aux personnes âgées a connu au cours des dernières années une augmentation importante. Bien que le taux d'utilisation de ces médicaments varie grandement entre les provinces, c'est au Québec qu'il semble être le plus élevé [Tadrous *et al.*, 2015].

Les antipsychotiques de deuxième ou de troisième génération sont actuellement les antipsychotiques les plus souvent prescrits. Ces médicaments ont d'abord été approuvés par Santé Canada pour le traitement de la schizophrénie, des troubles bipolaires et, dans certains cas, pour les troubles dépressifs majeurs. Depuis leur apparition sur le marché au début des années 1990, seule la rispéridone a reçu un avis de conformité officiel de Santé Canada pour le traitement symptomatique à court terme des comportements inappropriés liés à l'agressivité et/ou à la psychose chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs (TNC) majeurs de type Alzheimer¹. Cependant, malgré ces indications limitées, les antipsychotiques atypiques sont couramment utilisés hors indication, notamment pour traiter l'anxiété ou les troubles du sommeil.

Cette importante proportion d'ordonnances hors indication couplée au risque d'effets indésirables graves chez les personnes âgées atteintes de TNC majeurs suscite controverse et préoccupations, au Canada et dans le reste du monde. En effet, il a été démontré au milieu des années 2000 que les antipsychotiques atypiques étaient associés à un risque accru de mortalité et d'accident vasculaire cérébral (AVC) par rapport au placebo dans cette population [Schneider *et al.*, 2006; Schneider *et al.*, 2005]. Ces risques ont fait l'objet de nombreux avertissements de la part d'organismes gouvernementaux tels que Santé Canada ou la Food and Drug Administration (FDA) afin de limiter le nombre d'ordonnances. Cependant, malgré ces avis importants concernant l'innocuité, l'usage des antipsychotiques atypiques au Canada chez les personnes âgées avec un diagnostic de TNC majeurs continue d'augmenter [Valiyeva *et al.*, 2008].

L'usage croissant de ce type de médicament dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) pourrait en partie être expliqué par la méconnaissance du ratio risques-avantages propre à cette population, laquelle est beaucoup plus vulnérable par rapport aux effets indésirables. Les bienfaits des antipsychotiques dans certaines situations cliniques autres que celles pour lesquelles ils ont été autorisés par Santé Canada semblent en effet surestimés. Cet excès de confiance associé à une méconnaissance des options non pharmacologiques pourrait ainsi créer un faux sentiment de sécurité et favoriser l'utilisation de ce type de médicament. Parmi les facteurs susceptibles de favoriser l'usage des antipsychotiques pour prendre en charge certains comportements perturbateurs, citons également l'alourdissement de la clientèle des CHSLD, le manque de ressources financières, les effectifs souvent limités dans ces établissements ainsi que le peu de temps que les différents intervenants peuvent consacrer à chaque résident.

Dans le but d'optimiser la prise en charge des personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD et

1. Selon le DSM-5, la démence est désormais dénommée TNC majeurs. Le terme *démence* sera retenu uniquement dans la dénomination SCPD qui demeure d'usage convenu.

de diminuer l'usage inapproprié des antipsychotiques, de nombreuses initiatives sont présentement en cours au Canada. À cet effet, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé a récemment instauré un projet collaboratif impliquant la collaboration de plusieurs provinces et territoires et visant à réduire le recours aux antipsychotiques en soins de longue durée. Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans le cadre de l'initiative sur la maladie d'Alzheimer (MA) et des autres TNC majeurs, a également publié des documents sur les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques ainsi que plusieurs outils et formations Web destinés aux cliniciens afin de les aider à mieux prendre en charge les personnes atteintes de TNC majeurs qui présentent des SCPD. L'objectif est de soulager leur souffrance et d'assurer leur sécurité tout en préservant ou en améliorant leur qualité de vie.

Contexte de la demande

L'usage excessif des antipsychotiques chez les personnes âgées atteintes de TNC majeurs qui résident dans les CHSLD est un problème de santé publique majeur qui comporte non seulement des enjeux médicaux, mais également des enjeux éthiques, sociétaux et économiques. C'est dans ce contexte que le MSSS du Québec a reconnu ce thème comme étant un sujet prioritaire dans le cadre du grand chantier de la pertinence clinique. Le mandat initialement reçu par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux était de proposer des stratégies à mettre en œuvre afin de réduire l'utilisation inappropriée des antipsychotiques chez les personnes âgées atteintes de TNC majeurs, d'élaborer des lignes directrices et des outils d'aide à la décision pour soutenir les choix des professionnels de la santé et ainsi permettre une réduction des doses ou le retrait des antipsychotiques en soins de longue durée, lorsqu'approprié. Ce mandat a été élargi par la suite avec le déploiement, en collaboration avec la FCASS, de la démarche collaborative OPUS-AP dans les CHSLD du Québec. Ainsi, le sujet des stratégies cliniques non pharmacologiques visant la prise en charge des SCPD a été ajouté au projet en cours de route, et la problématique n'a plus été abordée sous l'angle de la réduction de l'utilisation inappropriée des AP, mais sous celui de favoriser l'usage optimal des antipsychotiques chez les résidents de CHSLD atteints de SCPD. Par ailleurs, le comité consultatif de l'INESSS, par la même occasion, est devenu le comité scientifique de la démarche OPUS-AP.

1 QUESTION DÉCISIONNELLE ET QUESTIONS CLÉS DE RECHERCHE

1.1 Question décisionnelle

Quelles stratégies pourraient être mises en œuvre au Québec afin de favoriser l'usage optimal des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD qui résident en CHSLD?

1.2 Questions clés de recherche

Les questions clés de recherche ont été formulées le plus souvent en tenant compte des éléments du modèle PICO (population à l'étude, intervention, comparateurs, résultats d'intérêt-*outcomes*).

Question 1 : Stratégies politiques et administratives visant à réduire le taux d'usage des antipsychotiques

Quelles sont les stratégies politiques ou administratives² efficaces visant à réduire le taux d'usage des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD qui résident en CHSLD?

Question 2 : Stratégies cliniques visant à diminuer ou arrêter les antipsychotiques, lorsqu'approprié

Quelles sont les stratégies cliniques³ efficaces visant à diminuer ou arrêter les antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD qui résident en CHSLD?

Question 3 : Stratégies cliniques visant la prise en charge non pharmacologique des SCPD

Quelles sont les stratégies cliniques non pharmacologiques³ efficaces visant la prise en charge des SCPD chez les personnes atteintes de TNC majeurs qui résident en CHSLD?

Question 4 : Efficacité des antipsychotiques atypiques

Quelle est l'efficacité, par rapport au placebo, des antipsychotiques atypiques⁴ administrés par voie orale à doses régulières à des personnes atteintes de TNC majeurs sur les symptômes d'agressivité et les symptômes psychotiques?

2. Exemples de stratégies administratives : formulaire de préautorisation, critères de remboursement. Exemples de stratégies politiques : OBRA '87, *National Dementia Policy*.

3. Exemples de stratégies cliniques et de stratégies cliniques non pharmacologiques : protocole de déprescription, revue de la médication, démarche clinique, intervention psychosociale et programme de formation.

4. Pour faciliter la lecture, le terme « AP atypiques » est utilisé dans cet avis pour faire référence aux AP de 2^e ou de 3^e génération.

Question 5 : Innocuité des antipsychotiques atypiques

Quels sont les effets indésirables associés à l'usage des antipsychotiques atypiques⁴ administrés par voie orale à doses régulières aux personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD?

Question 6 : Modalités d'usage des antipsychotiques

Quelles sont les modalités d'usage des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD qui résident en CHSLD?

- a. Quelles sont les indications pour lesquelles l'usage des antipsychotiques est recommandé?
- b. Quelles sont les indications pour lesquelles l'usage des antipsychotiques devrait être évité?
- c. Quelles sont les étapes à suivre avant l'amorce d'un traitement aux antipsychotiques?
- d. Quels sont les critères d'amorce d'un traitement aux antipsychotiques?
- e. Quelles sont la posologie et les modalités de titration recommandées?
- f. Quelle est la durée du traitement à privilégier?
- g. Quels sont les critères de suivi?
- h. Quelles sont les modalités d'usage d'un antipsychotique au besoin ou *pro re nata* (PRN)?

Les questions 1 et 2 sur les stratégies politiques, administratives et cliniques visant à réduire l'usage des antipsychotiques sont les deux questions de recherche principales qui ont été élaborées en début de projet. Les questions 3 à 6 ont été ajoutées en cours de projet, car il est apparu essentiel de compléter les travaux :

- Sur les stratégies cliniques non pharmacologiques visant la prise en charge des SCPD afin d'outiller le personnel dans l'application de solutions de remplacement par rapport aux antipsychotiques (question 3);
- Sur les avantages et les risques des antipsychotiques atypiques afin de faciliter le processus de prise de décision partagée concernant le recours ou non à ce traitement chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD (questions 4 et 5);
- En élaborant des recommandations cliniques concernant l'amorce et les modalités d'usage d'un antipsychotique chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD qui résident en CHSLD (question 6).

Les interventions qui visent précisément les proches aidants n'ont pas fait l'objet de nos travaux, ni les aspects architecturaux des milieux de vie.

2 MÉTHODOLOGIE

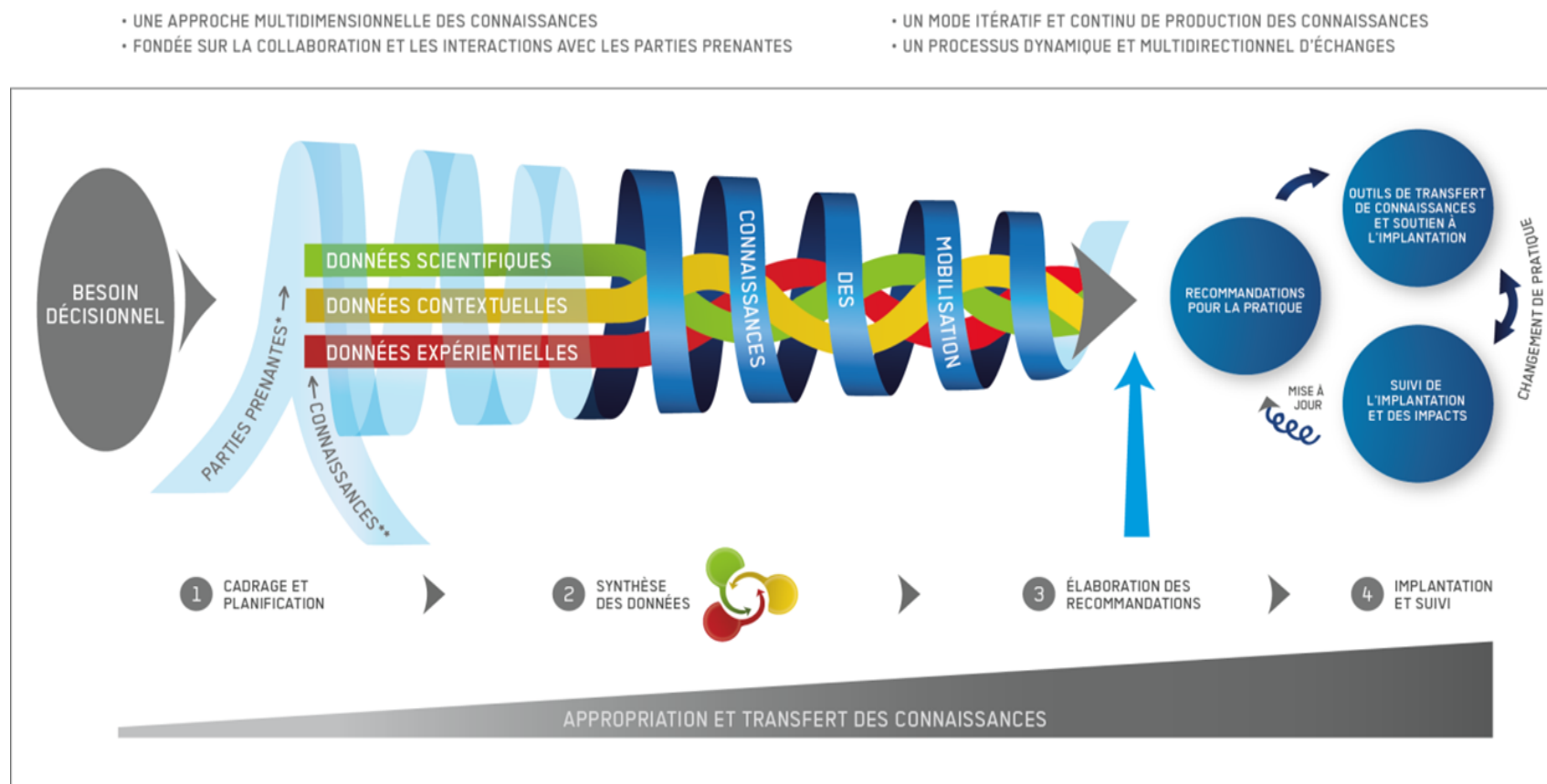
Le présent projet avait pour objectif principal de réaliser un avis sur les interventions qui pouvaient être mises en œuvre au Québec afin de favoriser l'usage optimal des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD qui résident en CHSLD. Cet avis est également accompagné de recommandations cliniques visant à favoriser l'usage optimal des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC et la prise en charge des SCPD par des interventions non pharmacologiques. Il contient aussi des outils d'aide à la décision afin de faciliter et de promouvoir le transfert des connaissances.

Pour répondre à la demande du MSSS et favoriser l'appropriation, la diffusion et l'adoption des recommandations sur l'usage optimal des antipsychotiques et la prise en charge des SCPD, l'INESSS a adopté une approche collaborative, soit la mobilisation des connaissances (figure 1). Celle-ci se fonde sur l'orchestration des différents ordres de savoir et la coproduction des connaissances pour en arriver à une solution concertée avec toutes les parties prenantes concernées et trouver les meilleures façons d'adapter et de transférer les connaissances ainsi coproduites, notamment par les décideurs, praticiens, chercheurs, gestionnaires et usagers des services de santé et services sociaux (annexe A).

La mobilisation des connaissances consiste à rassembler, intégrer et synthétiser de façon rigoureuse l'ensemble des connaissances sur lesquelles reposent les recommandations. Ces connaissances s'appuient sur trois types de données (figure 2) qui se distinguent selon leur finalité :

- Les données scientifiques qui regroupent les données issues de la littérature scientifique et des guides de pratique clinique. Elles constituent la « preuve scientifique » à la base des recommandations;
- Les données contextuelles qui fournissent de l'information quant aux conditions de l'applicabilité des interventions dans un contexte donné, à la faisabilité et à l'accessibilité des pratiques ou des interventions à l'étude;
- Les données expérientielles qui renseignent sur l'applicabilité, la pertinence et l'acceptabilité des interventions. Elles peuvent provenir de l'expérience de pratique des intervenants du milieu de la santé et des services sociaux et de l'expérience (le vécu) des usagers des services de santé et des services sociaux ainsi que des proches aidants.

Figure 1 : Cadre conceptuel de mobilisation de connaissances pour l'élaboration des recommandations visant à favoriser l'usage optimal des antipsychotiques et la prise 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



Version 1 (décembre 2015)

* Professionnels de la santé et des services sociaux, gestionnaires, représentants d'associations ou d'organismes, experts, patients, usagers, proches aidants, citoyens, etc.

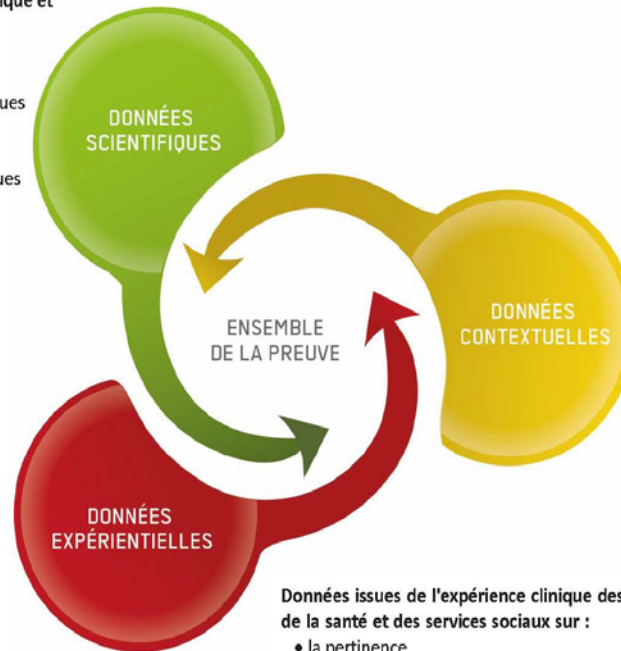
** Connaissances issues de la recherche scientifique, du contexte et de l'expérience.

La synthèse des données scientifiques, contextuelles et expérientielles constitue « l'ensemble de la preuve » à partir de laquelle seront formulées les recommandations. Le détail de la méthodologie est décrit à la section ci-dessous en fonction du type des données recensées.

Figure 2 : Processus de synthèse des données

Données issues de la littérature scientifique et des guides de pratique clinique sur :

- les interventions politiques, administratives et cliniques visant à diminuer ou arrêter les antipsychotiques lorsqu'approprié (Questions 1 et 2)
- les interventions non pharmacologiques pour la prise en charge des SCPD (Question 3)
- l'efficacité et l'innocuité des antipsychotiques (Questions 4 et 5)
- les modalités d'usage des antipsychotiques (Question 6)



Données issues du contexte d'implantation (les conditions d'applicabilité, de faisabilité et d'accessibilité) sur :

- l'utilisation des soins et des services
- l'organisation des soins et des services
- les modes de pratique
- la formation professionnelle
- les ressources disponibles
- les aspects économiques, démographiques, géographiques
- les enjeux juridiques et éthiques
- les valeurs sociétales et culturelles
- les attitudes et habitudes

Données issues de l'expérience clinique des professionnels de la santé et des services sociaux sur :

- la pertinence
- l'applicabilité
- la mise en oeuvre
- leurs valeurs et leurs préférences
- leurs perceptions de l'état des connaissances, des attentes et des besoins en soins et en services des patients et usagers
- leurs perceptions des facteurs influant sur l'observance et l'adhésion aux interventions

2.1 Données issues de la littérature scientifique et des guides de bonne pratique clinique

La recherche d'information scientifique relative à l'ensemble des questions de recherche a été effectuée dans plusieurs bases de données et elle a été limitée à certains types de publications, en français ou en anglais. La sélection des documents répertoriés a été réalisée de façon indépendante par deux examinateurs selon des critères de sélection préétablis. La qualité de chacun des documents sélectionnés a été évaluée à l'aide de grilles reconnues. Les données extraites ont été présentées dans des tableaux et sous forme de synthèse narrative.

2.2 Données contextuelles et expérientielles

2.2.1 Orientations ministérielles

De l'information relative aux orientations ministérielles sur l'organisation des soins et des services offerts aux personnes âgées hébergées en CHSLD, à la maladie d'Alzheimer et autres sources de TNC majeurs a été recensée afin d'évaluer l'applicabilité des interventions dans le contexte actuel. Des documents rédigés par le MSSS ont été consultés.

2.2.2 Projets québécois visant à favoriser l'usage optimal des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD qui résident en CHSLD

De l'information relative aux projets et aux interventions québécoises visant à favoriser l'usage optimal des antipsychotiques chez les personnes hébergées en CHSLD a été recensée afin d'assurer la cohérence et l'harmonisation de ce présent projet avec les projets en cours.

2.2.3 Données contextuelles sur la prise en charge non pharmacologique des SCPD

De l'information relative aux outils, formations et centres d'expertise en SCPD a été explorée afin d'assurer la cohérence et la pertinence de ce présent projet avec les projets en cours.

2.2.4 Consultations auprès des parties prenantes

2.2.4.1 Comité consultatif

Afin de l'accompagner dans ses travaux, l'INESSS a formé un groupe de travail composé de différents professionnels de la santé et des services sociaux reconnus dans le domaine et qui travaillent auprès des personnes atteintes de TNC majeurs (comité consultatif). La composition de ce comité est présentée dans les pages liminaires du présent document et son mandat est décrit à l'annexe B. Un total de quatre rencontres ont été tenues entre

novembre 2016 et septembre 2017 en présentiel et en visioconférence sur deux sites (Montréal et Québec). De plus, quatre réunions téléphoniques ont été tenues avec les membres qui n'avaient pu se joindre aux rencontres précitées. Ces consultations ont permis, notamment, de recueillir des données expérientielles et de contextualiser les données scientifiques et les recommandations de pratique clinique au regard de la pratique clinique québécoise concernant l'ensemble des questions de recherche. Entre les mois de mai et novembre 2017, la totalité des recommandations ont fait l'objet d'une consultation par échange de courriels. De un à trois tours de consultation ont été nécessaires selon les sujets. Tous les commentaires reçus ont été compilés et pris en considération dans les énoncés révisés des recommandations. La contribution des membres a été consignée de manière qualitative en utilisant des comptes rendus de réunion. Ces derniers contiennent l'information sur la date, le lieu et l'objet de la rencontre, la synthèse des points saillants et les précisions sur le suivi à effectuer. Les principaux constats issus des échanges avec les membres du comité consultatif sont synthétisés dans les paragraphes relatifs aux données expérientielles dans la section sur les résultats du présent avis.

2.2.4.2 Comité de gouvernance

Un deuxième groupe a été consulté, soit le comité de gouvernance. Ce dernier est composé du président-directeur général de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), de la directrice générale de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), du secrétaire du Collège des médecins du Québec (CMQ), du sous-ministre adjoint de la Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité (DGPPQ) du MSSS, du sous-ministre associé de la Direction générale des services de santé et médecine universitaire (DGSSMU) du MSSS ainsi que du président-directeur général de l'INESSS. Son mandat a une portée stratégique afin, notamment, de favoriser la mise en œuvre efficace des recommandations et des mesures à privilégier parmi celles proposées par l'INESSS. Des rencontres régulières avec les membres du comité de gouvernance ont été tenues afin d'aborder les différents enjeux relatifs au projet.

2.2.5 Méthode d'analyse et synthèse des données

De manière générale, les aspects contextuels et expérientiels issus des différentes sources de données, dont les rencontres avec les parties prenantes, ont été présentés de façon narrative et synthétisés dans des tableaux.

2.3 Appréciation de la preuve

L'élaboration des recommandations a été faite sur la base des données scientifiques, contextuelles et expérientielles qui constituent « l'ensemble de la preuve ».

La combinaison de ces données, en respectant l'apport de chacune, a été réalisée au moyen d'un processus délibératif impliquant la collaboration des parties prenantes.

2.3.1 Appréciation de la qualité de la preuve scientifique

L'appréciation de la preuve scientifique a reposé sur le jugement portant sur l'ensemble des données scientifiques selon les quatre critères d'appréciation suivants : la qualité méthodologique des études, la cohérence, l'impact clinique et la généralisabilité.

Ces quatre critères d’appréciation sont décrits à l’annexe C. Pour appuyer les énoncés scientifiques, un niveau de preuve scientifique global a été attribué selon une échelle à quatre niveaux (élevé, modéré, faible, insuffisant). Le niveau de preuve scientifique global reflète l’intégration des résultats des quatre critères d’appréciation de la preuve scientifique en vue de rapporter la confiance dans les résultats des données scientifiques (tableau 1). La qualité des données scientifiques a été appréciée par les évaluateurs qui ont effectué la revue systématique de la littérature pour répondre aux différentes questions de recherche.

Tableau 1 : Appréciation globale de la qualité de la preuve scientifique

Niveau de preuve	Définition
Élevé	Tous les critères ont obtenu une appréciation positive. Les évaluateurs ont un haut niveau de confiance et ils jugent que l’effet estimé est comparable aux objectifs de l’intervention. Il est peu probable que la conclusion tirée des données scientifiques soit fortement affectée par les résultats d’études futures.
Modéré	La plupart des critères ont obtenu une appréciation positive. Les évaluateurs ont un niveau de confiance modéré dans le fait que l’effet estimé est comparable aux objectifs de l’intervention. Il est assez probable que la conclusion tirée de ces données soit affectée par les résultats d’études futures.
Faible	Tous ou la plupart des critères ont obtenu une appréciation négative. Les évaluateurs ont un faible niveau de confiance et ils jugent que l’effet estimé n’est pas comparable aux objectifs de l’intervention. Il est très probable que la conclusion tirée de ces données soit fortement affectée par les résultats d’études futures.
Insuffisant	Aucune donnée scientifique n’est disponible ou les données disponibles sont insuffisantes. Les évaluateurs n’ont aucune confiance à propos du lien entre l’effet estimé et les objectifs de l’intervention ou ils ne peuvent tirer de conclusions à partir des données présentées.

2.3.2 Appréciation de la valeur de l’ensemble de la preuve

Afin d’identifier les interventions cliniques efficaces applicables en contexte québécois, qui visent à diminuer ou arrêter les antipsychotiques et favorisent la prise en charge des SCPD, l’ensemble de la preuve a été analysé selon les cinq critères suivants :

- l’énoncé et le niveau de la preuve scientifique;
- les aspects cliniques, épidémiologiques et organisationnels;
- l’applicabilité de l’intervention;
- l’acceptabilité;
- les impacts potentiels de la mise en œuvre.

Ces cinq critères décisionnels relatifs à l’appréciation de la valeur de l’ensemble de la preuve sont détaillés à l’annexe C (tableau C-2). Les critères d’appréciation de la valeur de l’ensemble de la preuve ont été évalués par l’équipe de projet de l’INESSS en fonction de la fiabilité et de la valeur probante des éléments de preuve qui ont été jugés pertinents et ont été bonifiés par les membres du comité consultatif.

2.4 Processus délibératif et formulation des recommandations

L'ensemble des recommandations cliniques formulées en vue d'optimiser l'usage des antipsychotiques et la prise en charge non pharmacologique des SCPD chez les personnes atteintes de TNC majeurs hébergées en CHSLD ont été élaborées avec l'aide des membres du comité consultatif.

Pour chaque question de recherche, un tableau-synthèse a été présenté aux membres de ce comité mettant en parallèle : 1) les données scientifiques; 2) les recommandations provenant des GPC retenus; 3) les données contextuelles; et 4) les constats préliminaires formulés par l'équipe de projet à l'INESSS à la suite de l'analyse de l'ensemble de la preuve. Pour chacune des recommandations, des données contextuelles et expérientielles supplémentaires ont été apportées par les membres du comité consultatif au cours des réunions ou lors d'échanges par courriel.

La triangulation des données scientifiques, contextuelles et expérientielles pour l'élaboration des recommandations a permis de structurer l'argumentaire qui a mené aux recommandations et de compenser les biais inhérents à chacune des sources de données, permettant ainsi d'accroître la fiabilité des recommandations [Denzin NK et Lincoln YS, 2000].

Un processus délibératif informel a porté sur l'ensemble de la preuve et a permis de formuler des recommandations initiales. De façon générale, lors des rencontres formelles des membres du comité consultatif, les recommandations ont été élaborées en prenant en considération les aspects suivants :

1. La preuve scientifique (niveau de preuve);
2. L'équilibre entre les avantages et les inconvénients associés à une recommandation;
3. Les valeurs et les préférences des professionnels;
4. L'applicabilité des différentes options de traitement ou d'intervention dans le contexte de la pratique au Québec et celle des moyens disponibles dans les différents milieux;
5. L'impact de leur application sur la population cible et les répercussions potentielles sur les pratiques et sur les ressources humaines, matérielles et organisationnelles.

Les recommandations retenues sont celles pour lesquelles un consensus a été obtenu. Pour être retenue, une recommandation devait avoir l'approbation d'au moins 80 % des membres du comité consultatif. À défaut d'un consensus sur la portée ou la pertinence d'inclure une recommandation, cette dernière a été retirée ou reformulée. Des ajustements de nature rédactionnelle ont été apportés par les membres du comité consultatif, en délibéré ou par courriel, afin d'aboutir à des recommandations finales. Enfin, les recommandations cliniques sur lesquelles une objection a été formulée n'ont pas été retenues.

2.5 Validation par les pairs

Le rapport préliminaire a été transmis à quatre réviseurs scientifiques externes afin qu'ils évaluent la rigueur et la qualité scientifiques de l'avis et du rapport de revues systématiques [INESSS, 2017]. Ces réviseurs ont été choisis en fonction de leur engagement auprès de la clientèle cible (un médecin de famille, une pharmacienne, une infirmière et un gestionnaire de CHSLD) et de manière à pouvoir représenter différentes régions du Québec (Montréal, Québec et Sherbrooke). Les commentaires de ces réviseurs ont été analysés et intégrés, le cas échéant, par l'équipe de projet.

2.6 Outils de transfert de connaissances

Des outils de transfert des connaissances ont été élaborés à partir des recommandations cliniques dans le but d'orienter et de soutenir la pratique des professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, infirmières) engagés dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs avec SCPD hébergées en CHSLD. Ces outils concernent respectivement la déprescription et l'usage approprié des antipsychotiques dans le traitement de ces personnes. Une fiche d'accompagnement en soutien à ces outils a également été produite. Les outils de transfert de connaissances seront notamment utilisés dans le cadre du déploiement de la démarche collaborative OPUS-AP.

Afin de s'assurer que ces outils seront utiles à la pratique et adaptés à la réalité du terrain, plusieurs futurs utilisateurs potentiels appartenant à différentes régions du Québec ont été consultés. Un sondage en ligne a été effectué au mois d'octobre 2017 afin de recueillir leurs commentaires sur ces outils. La liste des participants à ce sondage est présentée dans les pages liminaires du présent document, et les questions du sondage sont indiquées à l'annexe D. Les commentaires de ces futurs utilisateurs ont été analysés et intégrés, le cas échéant, par l'équipe de projet.

3 RÉSULTATS

La section suivante résume, pour chacune des questions de recherche, les principaux constats obtenus à la suite des différentes revues systématiques, elle présente les recommandations issues des meilleurs GPC et conférences consensuelles spécialisés dans le domaine et, finalement, elle brosse un sommaire des données expérientielles récoltées au fil des délibérations avec les membres du comité consultatif ainsi que les conclusions générales qui en découlent.

Pour plus de détails sur la méthodologie employée dans les revues systématiques ainsi que sur les résultats obtenus, consultez le [rapport de revues systématiques](#) [INESSS, 2017].

3.1 Stratégies politiques ou administratives visant à réduire l'usage des antipsychotiques

Les données présentées dans la section 3.1 se rapportent à la question de recherche 1.

Question 1

Quelles sont les stratégies politiques ou administratives⁵ efficaces visant à réduire le taux d'usage des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD qui résident en CHSLD?

Description des documents retenus

La recherche systématique d'information scientifique, telle que décrite dans le [rapport de revues systématiques](#) [INESSS, 2007], n'a pas permis de repérer d'articles pertinents issus de la littérature scientifique pour répondre à la question de recherche 1 concernant les interventions politiques et administratives efficaces pour diminuer l'usage des antipsychotiques. Par conséquent, une recherche manuelle a été faite dans la littérature grise sur différents sites gouvernementaux du Canada, des États-Unis et du Royaume-Uni. Plusieurs lois visant à encadrer les pratiques au sein des établissements de santé et de soins de longue durée ont ainsi pu être repérées en Alberta, au Manitoba, en Ontario et au Québec ainsi qu'aux États-Unis et au Royaume-Uni. Aucune donnée provenant de GPC n'a été répertoriée.

3.1.1 Données provenant de la littérature grise

Les documents étudiés ont permis, notamment, de définir les circonstances dans lesquelles l'usage d'un antipsychotique constitue une mesure de contrôle. Il apparaît ainsi qu'un antipsychotique administré sans but thérapeutique précis répond à la définition d'une mesure de contrôle. Les conditions de recours à ce type de mesure sont régies par les lois en vigueur respectives de chaque pays, État ou province, le cas échéant. Il en ressort d'une façon générale que les mesures de contrôle ne doivent être envisagées

5. Exemples de stratégies administratives : formulaire de préautorisation, critères de remboursement.
Exemples de stratégies politiques : OBRA '87, *National Dementia Policy*.

qu'en dernier recours, qu'elles doivent être utilisées pour la durée la plus courte possible et qu'une réévaluation est nécessaire avant qu'elles soient reconduites. Il est intéressant de noter sur ce dernier aspect que les États-Unis ont mis en place une législation particulièrement restrictive concernant les ordonnances PRN des antipsychotiques. Celles-ci sont en effet limitées à 14 jours et ne peuvent être renouvelées sans que le médecin ait réévalué la pertinence de poursuivre le traitement.

Au Canada, différentes lois sont en vigueur dans plusieurs provinces, dont l'Alberta, le Manitoba et l'Ontario. Au Québec, l'encadrement de la pratique relative à l'usage des antipsychotiques dans les CHSLD n'est toutefois pas assujéti à une loi précise. Cependant, lorsque les approches législatives des différents paliers de gouvernement sont recensées et comparées entre elles, cinq thèmes majeurs se dégagent quant à l'usage des mesures de contrôle qui incluent celui des antipsychotiques : le droit au consentement, l'application d'une mesure de contrôle, la révision de la médication et la révision de la mesure de contrôle appliquée, la procédure pour l'arrêt d'une mesure de contrôle et l'obligation de rédiger un rapport d'intervention.

Les résultats complets de la revue de la littérature portant sur les interventions politiques et administratives visant à réduire l'usage inapproprié des antipsychotiques sont présentés dans le rapport de revues systématiques.

3.1.2 Données contextuelles et expérientielles

Aucune donnée contextuelle ou expérientielle n'a été recueillie pour le Québec.

En résumé...

- Aucun document provenant de la littérature scientifique n'a permis d'apprécier l'effet des mesures politiques ou administratives sur le niveau de recours aux antipsychotiques.
- D'après la littérature grise répertoriée, un antipsychotique administré sans indication ou but thérapeutique précis répond à la définition d'une mesure de contrôle.
- Ce type de mesure n'est à envisager qu'en dernier recours, pour la durée la plus courte possible, et une réévaluation est nécessaire avant qu'elle soit reconduite.

3.2 Stratégies cliniques visant à diminuer ou arrêter les antipsychotiques

Les données présentées dans la section 3.2 se rapportent à la question de recherche 2.

Question 2

Quelles sont les stratégies cliniques efficaces visant à diminuer ou arrêter les antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD qui résident en CHSLD?

Description des documents retenus

Globalement, la recherche systématique de l'information scientifique a permis de répertorier 1 835 références à des documents publiés entre 2006 et 2016 concernant les

stratégies cliniques visant à favoriser l'usage optimal des antipsychotiques, parmi lesquelles 30 références ont été retenues. Celles-ci correspondent à trois GPC, quatre revues systématiques, 14 études primaires et huit documents de la littérature grise.

Le premier GPC sélectionné, qui porte sur la prise en charge globale de la démence, provient du Royaume-Uni; il a été élaboré par le National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) en collaboration avec le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Une version complète du guide contenant une description détaillée de la méthodologie, des preuves scientifiques utilisées ainsi que des recommandations élaborées a été publiée en septembre 2007 [National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH), 2007]. Le GPC initial a été modifié en 2016 afin d'incorporer une mise à jour portant sur l'efficacité de certains médicaments utilisés dans le traitement de la maladie d'Alzheimer. Le reste des recommandations est cependant demeuré inchangé. Le deuxième GPC, provenant des États-Unis, a été élaboré par l'American Psychiatric Association en 2016 [American Psychiatric Association, 2016]. Il porte sur l'utilisation des antipsychotiques pour le traitement de l'agitation ou de la psychose chez les personnes atteintes de démence. Le troisième a été produit par la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées [Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, 2016] et il concerne l'évaluation et le traitement des problèmes de santé mentale dans les établissements de soins de santé ou de soins de longue durée, en mettant l'accent sur les problèmes d'humeur et de comportement.

Parmi les quatre revues systématiques retenues, une portait exclusivement sur l'arrêt des traitements aux antipsychotiques par rapport à leur poursuite chez des personnes âgées atteintes de TNC tandis que les trois autres ont étudié l'efficacité de certains programmes d'interventions multiples visant à diminuer la prescription inappropriée des antipsychotiques chez des personnes âgées hébergées en établissement atteintes de TNC majeurs avec SCPD.

Les 14 études primaires correspondent à 11 essais cliniques à répartition aléatoire (ECRA) et trois études quasi expérimentales. Elles ont été sélectionnées à partir de la recherche initiale ou manuellement dans les listes de références comprises dans les quatre revues systématiques retenues.

Finalement, huit documents de la littérature grise provenant d'organisations reconnues et indépendantes ont également été répertoriés manuellement et considérés afin de répondre à certains aspects soulevés dans la question de recherche 1. Parmi ces documents figurent les deux conférences consensuelles canadiennes sur le diagnostic et le traitement de la démence [Gauthier *et al.*, 2012; Third Canadian Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Dementia, 2006], le document du MSSS sur l'approche pharmacologique visant le traitement des SCPD [Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014a], l'algorithme de déprescription des antipsychotiques conçu par *Deprescribing.org* [Deprescribing.org, 2016] et quatre documents provenant soit du Royaume-Uni [Scottish government model of care polypharmacy working group, 2015; PrescQIPP, 2014], de l'Australie [Primary Health Tasmania, 2015] ou de la Nouvelle-Zélande [Bpac^{nz}, 2008].

Les recommandations issues des lignes directrices, les données extraites des quatre revues systématiques et des 14 études primaires ainsi que l'information extraite des différents documents provenant de la littérature grise ont été regroupées selon deux principaux thèmes :

- la déprescription des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD. Parmi les documents précités, une revue systématique, cinq ECRA et sept documents provenant de la littérature grise concernaient la déprescription des antipsychotiques.
- les programmes d'interventions multiples, qui correspondent principalement à de la formation destinée aux professionnels qui travaillent auprès de personnes atteintes de TNC majeurs hébergées en CHSLD, et qui visent à favoriser l'usage optimal des antipsychotiques. Parmi les références retenues, trois revues systématiques et neuf études primaires (soit six ECRA et trois études quasi expérimentales) concernaient les programmes d'interventions multiples. Aucun document issu de la littérature grise n'a été retenu pour ce sujet.

Tous les documents ont été sélectionnés en fonction des critères d'inclusion préalablement établis dans le cadre de ce projet et ils ont été jugés de qualité satisfaisante. Le processus de sélection des études sous forme de diagramme de flux, les études exclues et les raisons de leur exclusion ainsi que la liste complète des documents retenus sont présentés à l'annexe B du [rapport de revues systématiques](#) [INESSS, 2017].

3.2.1 Déprescription des antipsychotiques

3.2.1.1 Données provenant de la littérature scientifique

Les résultats de la revue systématique effectuée par l'INESSS suggèrent que l'arrêt des antipsychotiques chez les personnes hébergées en établissement de soins de santé et de soins de longue durée et atteintes de TNC majeurs avec SCPD pourrait être fait chez la majorité d'entre elles sans modification significative de leur comportement. Le niveau de preuve de ces résultats a été jugé modéré, mais la puissance statistique des études, potentiellement insuffisante pour mettre en évidence des différences entre les groupes, est à souligner. De plus, les résultats de certaines études invitent à la prudence lorsque la déprescription des antipsychotiques est envisagée chez des personnes dont les symptômes comportementaux sont plus sévères que la moyenne, puisque ces symptômes seraient plus susceptibles de s'aggraver à la suite d'un arrêt de la médication (le niveau de preuve a été jugé faible). Dans l'ensemble des études, les patients inclus étaient traités à dose stable par antipsychotique depuis au moins trois mois.

Les études considérées dans le cadre de cette revue systématique n'ont toutefois pas permis de répondre à des questions cliniques plus précises et d'importance pratique, telles que celles portant sur le moment le plus approprié pour amorcer la déprescription, les critères cliniques à réunir, la façon optimale de réduire les doses, la fréquence du suivi, les personnes pour lesquelles la déprescription ne devrait pas être envisagée ainsi que la conduite à tenir en cas de rechutes des symptômes. Pour répondre à ces questions, les outils de déprescription issus d'organisations reconnues et indépendantes ont été considérés en plus des GPC, ainsi que le savoir expérientiel des experts du comité consultatif.

Les résultats de la revue systématique de l'INESSS concernant la déprescription des antipsychotiques sont présentés de façon détaillée dans le [rapport de revues systématiques](#) [INESSS, 2017].

3.2.1.2 Données provenant des guides de bonne pratique clinique et de la littérature grise

Les recommandations issues des GPC sont peu nombreuses sur le sujet de la déprescription des AP, et elles proviennent principalement du GPC de l'American Psychiatric Association. Pour la sélection des patients admissibles à la déprescription de l'AP, ce GPC recommande la déprescription en cas d'absence de réponse cliniquement significative après quatre semaines d'essai de l'AP à dose appropriée ou, lorsqu'une réponse clinique est constatée, dans les quatre mois suivant l'amorce du traitement avec l'AP (sauf en cas d'antécédents de rechute lors de tentatives précédentes de diminution des doses). La majorité des documents de la littérature grise recommandent quant à eux une durée minimale de trois mois de stabilité comportementale avant d'entreprendre la déprescription de l'AP, ce qui correspond aux critères d'inclusion des patients dans les ECRA recensés sur la déprescription des antipsychotiques.

L'American Psychiatric Association ainsi que plusieurs documents de la littérature grise recommandent de faire participer le patient ou son représentant légal, la famille et les proches aidants à la décision de réduction ou d'arrêt des doses d'antipsychotiques. Deux documents recommandent, en plus, d'y associer le personnel soignant.

S'agissant des modalités de déprescription, à l'unanimité, les GPC ou la littérature grise recommandent une déprescription graduelle. La majorité des documents recommandent par ailleurs d'observer l'éventuelle réapparition des symptômes au cours du processus, avec une vigilance plus particulière lorsque la déprescription est entreprise chez les personnes dont les symptômes initiaux étaient graves. Un document de la littérature grise propose également une réduction plus lente des doses dans ces situations. En cas de rechute, deux documents de la littérature grise recommandent la reprise de l'AP à la plus faible dose possible.

Il est à souligner que la majorité des documents de la littérature grise recommandent de ne pas déprescrire l'AP, ou du moins de ne pas le faire sans un avis spécialisé, pour les personnes traitées par antipsychotique en raison d'une pathologie psychiatrique concomitante. Une liste des pathologies psychiatriques concernées a été proposée par *Deprescribing.org*.

3.2.1.3 Données contextuelles et expérientielles

En général, les membres du comité consultatif étaient en accord avec les résultats de la revue systématique de la littérature de l'INESSS sur la déprescription des antipsychotiques et avec les recommandations précitées issues des GPC ou de la littérature grise. Ces recommandations ont cependant été ajustées ou complétées afin d'en bonifier le contenu, d'en faciliter la compréhension, et pour tenir compte de la réalité de la pratique clinique québécoise. Ainsi, les membres ont notamment établi de manière plus précise les critères de sélection des personnes admissibles à la déprescription. Selon eux, toutes les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD traitées par antipsychotique, quel que soit le type de leurs symptômes, devraient être admises à une tentative de déprescription. Une distinction serait toutefois à faire en fonction de l'indication pour laquelle l'antipsychotique a été prescrit. En effet, la déprescription devrait être entreprise de manière systématique chez les personnes pour lesquelles l'antipsychotique a été prescrit pour traiter l'insomnie ou les SCPD autres que des symptômes d'agressivité ou des symptômes psychotiques. Pour les personnes atteintes de symptômes psychotiques ou

d'agressivité entraînant un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, une tentative de déprescription devrait être envisagée dans certaines conditions : lorsque la personne présente une stabilité comportementale depuis trois mois ou plus, lorsqu'aucune réponse clinique n'a été observée après quatre semaines de traitement à dose optimisée ou encore lorsque la dose d'antipsychotique prescrite dépasse la dose optimale quotidienne recommandée. En effet, dans ces situations, les risques associés à la poursuite du traitement (aux mêmes doses) apparaissent supérieurs aux avantages. Certains membres du comité consultatif ont souligné que l'état des personnes avec des symptômes très sévères (p. ex. très paranoïdes ou très psychotiques) malgré les approches et stratégies non pharmacologiques appropriées pouvait être difficile à stabiliser, et que la poursuite du traitement pouvait être pertinente pour ces personnes. Le cas échéant, la consultation d'un spécialiste serait appropriée.

La liste des pathologies psychiatriques concomitantes aux SCPD pour lesquelles l'antipsychotique ne devrait pas être déprescrit a été largement modifiée par rapport à la liste présente dans l'algorithme de déprescription de *Deprescribing.org*, à la suite des commentaires des membres du comité consultatif. Plusieurs affections ont été retirées, car jugées non pertinentes (p. ex. délirium aigu, retard du développement), et la terminologie des pathologies psychiatriques conservées a été rendue cohérente avec le DSM-5.

Les membres du comité n'ont pas voulu statuer sur un protocole de réduction de dose précis (p. ex. le pourcentage de diminution de la dose et la durée entre les réductions) ou sur une fréquence particulière de suivi, car selon eux, le processus de déprescription devrait être ajusté au cas par cas, d'après la situation clinique du patient et la réponse comportementale. Ils ont également considéré que l'âge n'était pas un facteur pertinent à considérer en lui-même dans le processus de déprescription, car il peut parfois exister des différences importantes entre l'âge chronologique d'une personne et son âge biologique. Par ailleurs, ils ont mis en exergue l'importance de faire participer la famille et les proches aidants de la personne à la surveillance au cours de la déprescription afin que l'équipe de soins soit avisée des changements de comportement observés.

Enfin, les membres du comité ont souhaité l'ajout d'une recommandation pour répondre à la préoccupation relative au risque de déplacement de l'ordonnance vers d'autres classes pharmacologiques, ce qui pourrait occasionner des effets indésirables considérables comme avec les benzodiazépines.

En résumé...

- Les données trouvées dans la littérature indiquent que la déprescription des antipsychotiques chez les personnes hébergées en établissement de soins de santé et de soins de longue durée et qui présentent des SCPD pourrait être tentée sans modification significative du comportement pour une majorité d'entre elles, selon un niveau de preuve modéré.
- Les recommandations cliniques provenant des meilleurs GPC et l'opinion des membres du comité consultatif sont également en faveur de la déprescription chez les personnes atteintes de TNC majeurs. Toutefois, certaines conditions devraient être appliquées en fonction de la situation clinique et selon le type et la sévérité des SCPD pour lesquels l'antipsychotique a initialement été prescrit.

3.2.2 Programmes d'interventions multiples

3.2.2.1 Données provenant de la littérature scientifique

Les résultats de la revue systématique de l'INESSS indiquent que les programmes d'interventions multiples, qui impliquent l'usage simultané de plusieurs types d'interventions (p. ex. révision de la médication, déprescription, interventions non pharmacologiques, programme de formation du personnel de soins, mentorat) ont un impact positif en termes de réduction de l'usage des antipsychotiques, avec un niveau de preuve jugé modéré ou faible selon le paramètre de résultat considéré. Il en ressort par ailleurs différents enseignements. Ainsi, les programmes de formation devraient être offerts à l'ensemble du personnel de façon continue plutôt que ponctuelle. Ils devraient être axés sur des approches centrées sur la personne et promouvoir la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité. De plus, les programmes de formation devraient couvrir minimalement les thèmes suivants : la prévention et la prise en charge des SCPD à l'aide des approches de base et d'interventions non pharmacologiques, la révision de la pharmacothérapie ainsi que la déprescription des antipsychotiques et ses modalités. Les résultats de la revue systématique de l'INESSS sur les programmes d'interventions multiples sont présentés de façon détaillée dans le [rapport de revues systématiques](#) [INESSS, 2017].

3.2.2.2 Données provenant des guides de bonne pratique clinique

Les recommandations du NICE, de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées et les 3^e et 4^e conférences de consensus canadiennes sur le diagnostic et le traitement de la démence reconnaissent l'importance de mettre en application des programmes éducatifs destinés aux professionnels de soins qui travaillent auprès des personnes atteintes de TNC majeurs hébergées dans des établissements de santé et de soins de longue durée tels que les CHSLD, notamment en ce qui a trait à la prise en charge des SCPD. Selon les lignes directrices canadiennes, des modèles de soins partagés pour la prise en charge de ce type de population devraient être conçus conjointement par les médecins de première ligne et les services spécialisés. Les lignes directrices recommandent également d'adopter une approche centrée sur la personne; une évaluation de la personne et de son environnement devrait être effectuée afin d'identifier les causes possibles de SCPD, et les interventions de prise en charge devraient être faites au cas par cas afin de refléter les résultats de cette évaluation. Finalement, selon les recommandations de la coalition canadienne, un membre du personnel, idéalement assigné à ce mandat, devrait être formé et disponible pour assurer le *leadership* dans ce domaine.

3.2.2.3 Données contextuelles et expérientielles

De manière générale, les membres du comité consultatif sont en accord avec les résultats de la revue systématique et les différentes recommandations provenant des GPC et conférences consensuelles. Selon eux, une des composantes les plus importantes des programmes d'interventions multiples consiste à offrir une formation adéquate à l'ensemble du personnel. Il est effectivement essentiel, selon les membres consultés, de mettre sur pied un programme de formation dont le contenu sera standardisé et uniformisé à la grandeur du Québec et qui sera disponible dans tous les CHSLD.

Les programmes de formation devraient refléter les meilleures lignes directrices dans le domaine concernant, entre autres, l'utilisation des antipsychotiques et être associés directement à la réglementation en vigueur au Québec. Selon certains experts, l'approche de base semble également méconnue de plusieurs intervenants. Un volet de formation sur ce type d'approche s'avère donc essentiel pour plusieurs afin que ces personnes puissent l'utiliser au quotidien (p. ex. information sur la validation, la diversion, l'écoute active adaptée, les stratégies décisionnelles, la méthode discontinue, etc.). Au-delà de la formation, les membres ont également insisté sur l'importance d'un engagement soutenu des préposés aux bénéficiaires, des infirmières auxiliaires et des éducateurs spécialisés afin d'assurer la réussite et la pérennité d'un tel programme. Selon les commentaires recueillis, la mise en œuvre de ce type de programme devrait permettre de maintenir les bonnes pratiques et de diminuer de façon durable l'usage des antipsychotiques.

Le roulement du personnel peut cependant représenter un enjeu majeur quant à l'implantation des programmes de formation, et il devra être pris en considération afin d'éviter que les acquis de la formation ne se perdent avec le temps. Selon les commentaires recueillis, l'application d'un plan d'intervention connu de toutes les personnes concernées par la prise en charge d'un patient serait l'approche idéale à adopter et permettrait de diminuer les effets négatifs du roulement de personnel. Les programmes de formation devraient également être inclus dans tous les programmes d'orientation des nouveaux employés (gestionnaire, intervenant en soins de santé ou employé de soutien) et ils devraient leur être offerts dans les plus brefs délais suivant leur embauche ou dès qu'ils sont disponibles.

De plus, la formation théorique souvent jugée insuffisante dans les différents établissements d'enseignement ne permettrait pas aux différents professionnels d'assurer une prise en charge optimale des personnes atteintes de TNC majeurs. Afin de sensibiliser davantage les médecins, pharmaciens, infirmières ou encore les préposés aux bénéficiaires à cette problématique et dans le but d'influencer leur pratique le plus rapidement possible, les facultés de médecine, de pharmacie, de soins infirmiers ou tous les autres programmes de formation devraient encourager les enseignants à intégrer dans leur plan de cours des éléments de formation au sujet de la prise en charge des personnes qui présentent des SCPD afin de mieux outiller ces futurs professionnels de la santé.

Bien que la collaboration de la triade médecin/pharmacien/infirmière soit primordiale pour la réussite d'un programme de formation, celle des préposés aux bénéficiaires, des infirmières auxiliaires et des éducateurs spécialisés devrait davantage être considérée. Selon les membres du comité consultatif, une équipe primaire dédiée composée d'experts ou de « champions » dans le domaine (p. ex. préposés aux bénéficiaires, infirmières, omnipraticiens ou médecins spécialistes comme les gériopsychiatres) devrait idéalement être constituée et formée au préalable dans tous les CHSLD. Elle pourrait ainsi donner la formation au reste de l'équipe et servir de référence pour les autres membres du personnel de soins engagés dans les différents programmes de formation. La formation devrait cibler l'ensemble du personnel de l'établissement susceptible d'interagir de près ou de loin avec les patients qui présentent des SCPD (p. ex. professionnels, gestionnaires, employés de soutien), et le contenu devrait être adapté en fonction du type de personnel et des responsabilités professionnelles de chacun.

Finalement, selon les commentaires recueillis, il est primordial d'arrimer le contenu des

programmes de formation avec celui de plusieurs initiatives efficaces qui ont présentement cours dans divers établissements à travers le Québec. À titre d'exemple, les programmes de formation développés par M. Philippe Voyer et les modules d'apprentissage en ligne (*e-learning*) financés par le MSSS devraient être inclus dans tout programme de formation. Il serait également pertinent, selon plusieurs membres, de concevoir des programmes de formation conjointement avec certains experts canadiens en décision partagée.

En résumé...

- Malgré un niveau de preuve jugé de faible à modéré, les données trouvées dans la littérature indiquent que l'implantation d'un programme d'interventions multiples dans les CHSLD destiné aux professionnels de soins qui travaillent auprès des personnes atteintes de TNC majeurs procure, de manière générale, des effets bénéfiques, notamment en ce qui concerne la réduction du nombre de patients sous antipsychotiques.
- Selon les membres du comité consultatif, une des composantes les plus importantes des programmes d'interventions multiples consiste à offrir une formation adéquate à l'ensemble du personnel qui travaille auprès des personnes atteintes de TNC majeurs.
- Selon les résultats de la revue systématique, les recommandations provenant des GPC consultés et l'opinion des membres du comité consultatif,

Les programmes de formation devraient :

- avoir un lien direct avec les meilleures lignes directrices et la réglementation en vigueur au Québec;
- être axés sur des approches centrées sur la personne;
- être offerts de manière continue à l'ensemble des professionnels des CHSLD;
- promouvoir l'expertise, la multidisciplinarité et l'interprofessionnalité;
- promouvoir le transfert de l'information auprès de tous les professionnels de soins;
- être dispensés aux préposés aux bénéficiaires, aux infirmières auxiliaires et aux éducateurs spécialisés afin d'en assurer la réussite;
- être harmonisés avec le contenu de plusieurs initiatives québécoises présentement en cours.

La formation du personnel devrait couvrir minimalement les thèmes suivants :

- les approches et les interventions de base;
- la revue de la médication;
- les modalités et les conditions relatives à la déprescription des AP;
- la prise en charge des SCPD à l'aide d'interventions non pharmacologiques.

3.3 Stratégies cliniques non pharmacologiques visant la prise en charge des SCPD

Les données présentées dans la section 3.3 se rapportent à la question de recherche 3.

Question 3

Quelles sont les stratégies cliniques non pharmacologiques efficaces visant la prise en charge des SCPD chez les personnes atteintes de TNC majeurs qui résident en CHSLD?

Description des documents retenus

Globalement, la recherche systématique de l'information scientifique a permis de répertorier 1 857 références publiées qui traitaient des stratégies cliniques non pharmacologiques de prise en charge des SCPD, parmi lesquelles une revue systématique des revues systématiques, deux revues systématiques et huit études primaires ayant évalué l'efficacité des stratégies cliniques efficaces visant la prise en charge des SCPD ont été retenues.

Les stratégies non pharmacologiques peuvent aborder trois thèmes :

- Les interventions non pharmacologiques individualisées visant les personnes atteintes de TNC majeurs hébergées en établissement de santé et de soins de longue durée;
- Les programmes de formation pour le personnel;
- Les démarches cliniques de prise en charge des SCPD (p. ex. identification des SCPD, causes possibles, élaboration et mise en œuvre d'un plan d'intervention).

De plus, trois GPC et un document issu de la littérature grise ont été sélectionnés pour répondre à cette question de recherche [National Institute for Health and Care Excellence, 2016; Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, 2014; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014b; Haute Autorité de Santé, 2009].

3.3.1 Données provenant de la littérature scientifique

Même si un grand nombre des études retenues ont porté sur l'évaluation des interventions non pharmacologiques destinées aux personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD hébergées en établissement de soins de santé et de soins de longue durée, les résultats obtenus ne sont pas robustes en raison de l'importante variation entre : les différentes définitions et stratégies de mise en œuvre d'une même intervention, la durée du suivi, le type des résultats mesurés et la taille des échantillons. Même si les résultats obtenus ne permettent pas d'identifier une intervention non pharmacologique particulière et de recommander son utilisation, la musicothérapie et les techniques de gestion du comportement, particulièrement les interventions impliquant la participation des proches aidants et celle de l'ensemble du personnel, ont été reconnues comme les interventions non pharmacologiques individualisées les plus efficaces pour réduire les SCPD.

Les résultats ont également démontré que les programmes de formation, dont ceux offrant une supervision de l'approche centrée sur la personne et visant à renforcer les compétences des intervenants, avaient un effet significatif sur la réduction des SCPD chez

les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD hébergées en établissement de soins de santé et de soins de longue durée. Sur le plan organisationnel, un haut niveau de participation des employés au programme de formation contribue à renforcer les retombées de la formation. Le changement des pratiques doit également être appuyé par les hauts dirigeants. Pour que le personnel soit en position de mettre en œuvre ces changements, il requiert du soutien de la part des gestionnaires de l'établissement et la supervision appropriée. Il ressort également des résultats qu'un programme de formation portant sur les SCPD peut avoir un effet positif sur le personnel sur le plan du sentiment d'efficacité, de la compréhension des TNC ou de la communication avec les personnes atteintes de TNC majeurs qui résident en établissement de soins de santé et de soins de longue durée.

Considérant l'hétérogénéité importante des devis de recherche et des différentes démarches cliniques évaluées, aucune de ces démarches cliniques ne se démarque nettement pour réduire les SCPD et améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de TNC majeurs hébergées en établissement de soins de santé et de soins de longue durée. Cependant, il se dégage de nos résultats un ensemble de caractéristiques qui sont favorables pour réduire les SCPD. Tout d'abord, la démarche entreprise devrait être structurée et inclure l'évaluation de la problématique et l'analyse des SCPD, la réalisation d'un plan de traitement, la mise en œuvre de ce plan de traitement et l'évaluation de ses effets sur les SCPD. Ensuite, ces démarches sont généralement déployées par des intervenants qui ont les compétences et exercent des rôles clairement définis en plus de disposer de moyens établis en termes d'outils d'observation, d'évaluation, de réunions et de plans d'intervention approfondis. Le travail d'équipe est également un facteur majeur de réussite. Il comprend le partage des tâches en fonction des compétences, une communication fluide et des façons de faire cohérentes entre les différents quarts de travail, des employés qui ont la diminution des SCPD dans leur mandat, des champions des SCPD disponibles pour aider les équipes aux prises avec des symptômes plus difficiles à comprendre ou à prendre en charge, et finalement une direction qui adhère à cette philosophie de soins et qui appuie ses employés dans l'exécution des activités, stratégies, ou interventions nécessaires à la réduction des SCPD.

Les résultats complets sont présentés dans le [rapport de revues systématiques](#) [INESSS, 2017].

3.3.2 Données provenant des guides de pratique clinique et de la littérature grise

Les GPC du NICE, de la HAS et de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, qui ont porté sur le diagnostic et le traitement de la démence, et le document issu de la littérature grise appelé « guide des interventions non pharmacologiques » élaboré par le MSSS recommandent une démarche structurée d'évaluation des SCPD en différentes étapes qui doivent être suivies et cohérentes entre elles. Ils rappellent également l'importance de la contribution des proches aidants et celle des intervenants engagés auprès de la personne atteinte de TNC majeurs hébergée en établissement de soins de santé et de soins de longue durée pour documenter les comportements dans différentes situations.

En ce qui a trait aux interventions non pharmacologiques, les GPC et le document issu de

la littérature grise consultés s'entendent sur l'importance de promouvoir les attitudes appropriées de communication et de soins dès le début de l'apparition de SCPD. Les interventions non pharmacologiques doivent être personnalisées en fonction des préférences, habiletés et aptitudes ainsi que des visées thérapeutiques. À cet égard, le guide des interventions non pharmacologiques du MSSS propose la démarche clinique générale, mais aussi des stratégies particulières de prise en charge des SCPD en fonction des causes sous-jacentes et/ou des besoins compromis non satisfaits qui peuvent être à l'origine des SCPD observés.

Les trois GPC et le document issu de la littérature grise mentionnent l'importance de la formation continue pour l'ensemble du personnel, dont le personnel de soutien d'un établissement, et ils vont jusqu'à inclure les proches aidants et les bénévoles. Le contenu de la formation est détaillé dans les guides; il se centre sur les connaissances de base et approfondies sur les TNC majeurs et les SCPD ainsi que les différentes stratégies de base qui permettent d'augmenter la communication et de réaliser les activités quotidiennes. À nouveau, le guide des interventions non pharmacologiques du MSSS suggère de donner de la formation sur les approches à adopter devant certains comportements fréquemment observés par le personnel.

Les points clés des GPC et du document issu de la littérature grise qui comportent des recommandations relatives aux interventions non pharmacologiques pour traiter les SCPD sont : donner accès à des interventions non pharmacologiques personnalisées, telles que la musicothérapie, la stimulation multisensorielle et la zoothérapie, aux personnes atteintes de TNC majeurs qui présentent des SCPD en plus d'offrir de la formation au personnel soignant et aux proches aidants. Les thérapies comportementales peuvent être utiles pour la gestion des symptômes dépressifs ou de l'anxiété.

3.3.3 Données contextuelles et expérientielles

De manière générale, les membres du comité consultatif sont en accord avec les résultats de la revue systématique et les différentes recommandations provenant des GPC et de la littérature grise présentés. En complément de la section 3.2.2.3, il est essentiel d'arrimer le programme de formation à ceux déjà en cours dans plusieurs établissements à travers le Québec. Il s'agit de sélectionner les outils, les contenus de formation et les technologies les plus adaptés aux différents types de professionnels et de personnel en fonction dans les CHSLD. Les membres du comité ont également souligné l'importance de la place des familles et de leur rôle auprès des personnes hébergées. Il est suggéré de profiter de l'expertise de la société Alzheimer pour couvrir ce volet. De plus, l'importance de disposer d'une histoire de vie et d'une anamnèse complète lors de l'admission d'un nouveau résident pour permettre une prise en charge plus fluide entre les épisodes de soins a été soulignée.

En résumé...

La revue systématique portant sur la prise en charge non pharmacologique des SCPD rapporte des résultats de qualité faible à modérée concernant les différentes stratégies cliniques non pharmacologiques pour prendre en charge les SCPD.

Ainsi, les stratégies cliniques non pharmacologiques visant la prise en charge des SCPD devraient être basées sur :

- la mise en œuvre de l'approche centrée sur la personne;
- l'individualisation des interventions en fonction de l'histoire personnelle, des valeurs et préférences de la personne et des objectifs cliniques;
- une démarche structurée à mettre en œuvre en présence de SCPD, démarche incluant l'évaluation de la problématique et l'analyse des SCPD, la réalisation d'un plan de traitement, la mise en œuvre de ce plan de traitement et l'évaluation de ses effets sur les SCPD;
- la participation d'un personnel qui dispose des compétences et exerce un rôle clairement défini avec des moyens établis en termes d'outils d'observation, d'évaluation, des réunions et des plans d'intervention approfondis;
- l'engagement de la famille dans les décisions impliquant leur proche;
- le travail d'équipe comprenant le partage des tâches en fonction des compétences, une communication fluide et des façons de faire cohérentes entre les différents quarts de travail, des employés qui ont la diminution des SCPD dans leur mandat, des champions des SCPD disponibles pour aider les équipes aux prises avec des symptômes plus difficiles à comprendre ou à prendre en charge et une direction qui adhère à cette philosophie de soins et qui appuie ses employés dans l'exécution des activités, stratégies ou interventions nécessaires à la réduction des SCPD.

La formation devrait :

- concerner l'ensemble du personnel, dont les bénévoles et les proches aidants, et favoriser la participation de tous;
- offrir des séances sous forme d'ateliers, voire des séances avec supervision individuelle, dans le but de favoriser l'assimilation dans la pratique quotidienne des stratégies apprises;
- être appuyée par les gestionnaires de l'établissement pour que le personnel soit en position de mettre en œuvre les changements de pratique engendrés par la formation.

Le contenu des formations devrait inclure, notamment :

- les connaissances de base et avancées sur les TNC majeurs et les différents SCPD;
- les différentes étapes d'évaluation des SCPD;
- la communication entre le personnel et les résidents;
- l'approche de base comprenant l'approche centrée sur la personne, les stratégies de base et le recadrage;
- l'évaluation et l'élaboration d'un plan d'intervention;
- les interventions non pharmacologiques, dont les différents types d'interventions non pharmacologiques individualisées (y inclure les interventions environnementales);
- la prise en charge des activités de la vie quotidienne telles que les repas, la toilette ou l'habillage.

3.4 Efficacité des antipsychotiques atypiques pour le traitement des symptômes d'agressivité et des symptômes psychotiques

Les données présentées dans la section 3.4 se rapportent à la question de recherche 4.

Question 4

Quelle est l'efficacité, par rapport au placebo, des antipsychotiques atypiques administrés par voie orale à doses régulières à des personnes atteintes de TNC majeurs sur les symptômes d'agressivité et les symptômes psychotiques?

Description des documents retenus

La recherche de l'information scientifique a permis de repérer une revue systématique qui répond à la question de recherche 4. En effet, la revue systématique avec méta-analyse réalisée par le groupe Cochrane [Ballard et Waite, 2006] est la seule RS qui a étudié l'effet des antipsychotiques atypiques spécifiquement sur les symptômes d'agressivité et les symptômes psychotiques, par rapport au placebo. La population étudiée correspondait aux personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer. Toutefois, certains des ECRA inclus comprenaient, de façon minoritaire, des personnes atteintes de TNC vasculaire ou mixte. Un total de huit ECRA ont été inclus dans cette revue systématique Cochrane. Sa qualité méthodologique a été jugée bonne par l'INESSS.

Afin de s'assurer qu'aucune nouvelle étude primaire pertinente n'avait été réalisée depuis la publication de la revue systématique, une recherche documentaire manuelle, limitée aux ECRA, a été effectuée. La recherche documentaire additionnelle a permis de repérer quatre ECRA supplémentaires dont la qualité a été jugée modérée par l'INESSS.

La revue systématique de Stinton et collaborateurs a également été considérée, car elle porte précisément sur les personnes atteintes de TNC avec corps de Lewy ou de TNC dus à la maladie de Parkinson [Stinton *et al.*, 2015]. Sa qualité méthodologique a été jugée moyenne par l'INESSS. Sept ECRA portant sur l'efficacité des antipsychotiques pour traiter les symptômes psychotiques chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson ont par ailleurs été repérés. La qualité de ces sept études a été jugée modérée.

Les détails méthodologiques de la revue systématique sur l'efficacité des antipsychotiques pour le traitement des symptômes d'agressivité et des symptômes psychotiques ainsi que l'entièreté des résultats sont présentés dans le [rapport de revues systématiques](#) [INESSS, 2017].

3.4.1 Données provenant de la littérature scientifique

Chez les personnes atteintes de TNC de type Alzheimer et qui présentent des symptômes psychotiques ou d'agitation/agressivité :

- un effet statistiquement significatif a été rapporté par rapport au placebo sur les symptômes d'agressivité pour trois antipsychotiques atypiques : l'aripiprazole, la rispéridone et l'olanzapine. Le niveau de preuve scientifique a été jugé modéré ou élevé (pour la rispéridone).
- un effet statistiquement significatif a été rapporté sur les symptômes psychotiques par rapport au placebo pour la rispéridone. Le niveau de preuve scientifique a été jugé élevé.

Il est à souligner que les données des ECRA disponibles concernant la quétiapine ne permettent pas de conclure que cet antipsychotique est plus efficace que le placebo pour réduire les symptômes psychotiques ou les symptômes d'agressivité chez des personnes atteintes de TNC de type Alzheimer.

L'absence de différence statistiquement significative observée par rapport au placebo pour certains antipsychotiques ou doses sur l'un et/ou l'autre de ces symptômes pourrait être expliquée par la puissance statistique potentiellement insuffisante des études.

La pertinence clinique des effets statistiquement significatifs observés sur les symptômes psychotiques ou les symptômes d'agressivité n'est pas discutée dans la revue Cochrane ou dans les ECRA publiés après cette revue. Cependant, comme l'indique l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [Maglione *et al.*, 2011], la taille de l'effet des antipsychotiques atypiques est généralement considérée comme modeste.

Chez les personnes atteintes de TNC avec corps de Lewy ou de TNC dus à la maladie de Parkinson, un ECRA concernant la quétiapine réalisé spécifiquement dans ces populations a été repéré grâce à la revue de Stinton et collaborateurs [Stinton *et al.*, 2015].

Les résultats ne montrent pas de différence statistiquement significative par rapport au placebo en ce qui concerne les symptômes neuropsychiatriques. Aucun résultat portant précisément sur les symptômes psychotiques ou les symptômes d'agressivité n'est disponible dans cet ECRA. Les résultats de sept ECRA portant sur les personnes atteintes de la maladie de Parkinson indiquent que seule la clozapine serait efficace pour traiter les symptômes psychotiques chez cette population, l'olanzapine et la quétiapine n'ayant pas démontré de différence significative par rapport au placebo.

Les résultats complets sont présentés dans le [rapport de revues systématiques](#) [INESSS, 2017].

3.4.2 Données contextuelles et expérientielles

Selon certains membres du comité consultatif, l'efficacité des antipsychotiques dans la population des personnes qui présentent des symptômes sévères aurait une importance clinique considérable, notamment en ce qui a trait à l'amélioration de leur qualité de vie. Les améliorations constatées en pratique seraient en partie liées à la somnolence occasionnée par ces médicaments. Les membres du comité ont par ailleurs observé que les doses administrées dans les essais cliniques d'efficacité des antipsychotiques atypiques étaient plus élevées que celles utilisées en pratique gériatrique, en particulier en ce qui concerne la quétiapine.

En résumé...

- Chez les personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer, l'effet des antipsychotiques atypiques sur les symptômes psychotiques ou les symptômes d'agressivité est généralement considéré comme modeste. Le meilleur niveau de preuve concerne la rispéridone.
- Chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, seule la clozapine s'est avérée efficace pour traiter les symptômes psychotiques.
- Aucune donnée probante n'a été trouvée pour apprécier l'efficacité des antipsychotiques atypiques chez des personnes atteintes de TNC ayant une autre étiologie, et en particulier pour les TNC frontotemporaux et les TNC avec corps de Lewy.

3.5 Innocuité des antipsychotiques atypiques

Les données présentées dans la section 3.5 se rapportent à la question de recherche 5.

Question 5

Quels sont les effets indésirables associés à l'usage des antipsychotiques atypiques administrés par voie orale à doses régulières aux personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD?

Description des documents retenus

La recherche de l'information scientifique a permis de repérer une revue systématique de bonne qualité méthodologique. La revue systématique réalisée par Tampi et son équipe en 2016 [Tampi *et al.*, 2016] a été considérée comme la plus récente et elle répondait le mieux à la question de recherche 5. Les auteurs ont procédé à une revue systématique narrative de plusieurs méta-analyses publiées entre 2005 et 2015 concernant les risques et les avantages associés à l'administration des antipsychotiques à des personnes atteintes de TNC majeurs. Globalement, ils ont répertorié dix méta-analyses qui ont évalué les effets indésirables associés aux antipsychotiques. De ce nombre, seulement cinq méta-analyses répondaient aux critères d'inclusion préalablement établis dans le cadre de ce projet [Wang *et al.*, 2015; Ma *et al.*, 2014; Maher *et al.*, 2011; Ballard et Waite, 2006; Schneider *et al.*, 2006; Schneider *et al.*, 2005].

Afin d'étudier plus en profondeur l'innocuité des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC avec corps de Lewy ou dus à la maladie de Parkinson, les données provenant de la revue systématique de Stinton et coll. [Stinton *et al.*, 2015] de même que celles provenant des sept ECRA spécifiques aux personnes atteintes de la maladie de Parkinson trouvés pour répondre à la question 4 ont été employées.

Les détails méthodologiques de la revue systématique sur l'innocuité des antipsychotiques atypiques ainsi que l'entièreté des résultats sont présentés dans le [rapport de revues systématiques](#) [INESSS, 2017].

3.5.1 Données provenant de la littérature scientifique

3.5.1.1 Mortalité

Globalement, lorsque les données ont été analysées pour chacun des antipsychotiques considéré individuellement, aucune augmentation statistiquement significative du risque de décès n'a été observée chez les personnes atteintes de TNC traitées par antipsychotiques comparativement au groupe placebo. Cependant, les résultats de la revue systématique ont démontré qu'après la combinaison des données les personnes qui prenaient un antipsychotique atypique, soit de l'aripiprazole, de l'olanzapine, de la quétiapine ou de la rispéridone, présentaient un taux de mortalité d'environ 1,5 fois plus élevé que celles qui recevaient un placebo. Le niveau de preuve a été jugé élevé.

3.5.1.2 Événements cardiovasculaires

Selon les résultats obtenus, le risque d'événements cardiovasculaires serait également près de deux fois plus élevé chez les sujets traités avec la rispéridone (niveau de preuve modéré) et l'olanzapine (niveau de preuve faible).

3.5.1.3 Accidents vasculaires cérébraux

Les résultats ont également démontré que l'utilisation des antipsychotiques atypiques était associée à une augmentation du risque d'accidents vasculaires cérébraux (niveau de preuve élevé). Selon les études, les personnes traitées par la rispéridone pouvaient présenter un risque d'AVC de trois à quatre fois plus élevé que les personnes qui avaient reçu un placebo (niveau de preuve élevé).

3.5.1.4 Symptômes extrapyramidaux

L'utilisation des antipsychotiques atypiques en général est également associée à une augmentation du risque de développer des symptômes extrapyramidaux (niveau de preuve élevé). Ce risque semble par contre être plus élevé pour les personnes qui prennent de l'olanzapine ou de la rispéridone (niveau de preuve modéré). Les données suggèrent que ce risque tendrait à augmenter en fonction de la dose administrée.

3.5.1.5 Autres effets indésirables

De manière générale, les antipsychotiques augmenteraient de manière statistiquement significative le risque de somnolence chez les personnes atteintes de TNC, et ce, peu importe l'antipsychotique utilisé (niveau de preuve modéré). Encore ici, les résultats ont démontré que les effets observés pour l'olanzapine et la rispéridone dépendent de la dose administrée.

L'administration des antipsychotiques est également associée à une stimulation de l'appétit et une augmentation statistiquement significative de la prise de poids chez les sujets traités avec l'olanzapine et la rispéridone (niveau de preuve modéré).

Une augmentation du risque d'infection urinaire a également été observée chez les personnes traitées à l'olanzapine, à la quétiapine ou à la rispéridone versus celles du groupe placebo (niveau de preuve modéré). Ces résultats doivent par contre être interprétés avec prudence, puisqu'aucune information n'est disponible concernant les méthodes utilisées afin de diagnostiquer ce type d'infection.

Aucune différence significative n'a été observée dans l'ensemble des études quant au risque de chute (niveau de preuve faible). Encore ici, les résultats obtenus doivent cependant être interprétés avec prudence, puisque les articles inclus dans les différentes méta-analyses comportaient des limites méthodologiques. Ainsi, les facteurs liés à l'environnement (mauvais éclairage, sol glissant, escalier, etc.) ainsi que la polymédication (important facteur de risque de chute chez les personnes âgées) n'ont pas été pris en considération dans les différentes analyses. Par ailleurs, la définition des chutes n'était pas homogène d'une étude à l'autre. De plus, les devis généralement utilisés dans les méta-analyses, soit les ECRA, ne constituent pas nécessairement les études les plus appropriées pour mettre en évidence les risques de chute. Des études de cohorte auraient sans doute permis d'obtenir des résultats plus précis et plus près de la réalité clinique observée dans les différents milieux de soins.

3.5.1.6 Innocuité des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC avec corps de Lewy ou de TNC dus à la maladie de Parkinson

Peu de données sont actuellement disponibles au sujet de l'innocuité de la prise des antipsychotiques atypiques par les personnes qui présentent des TNC avec corps de Lewy.

De ce fait, un profil d'innocuité clair et précis n'a pas pu être établi pour cette population. Chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, la clozapine et l'olanzapine ont été associées à une aggravation significative du parkinsonisme. Un ECRA a également associé la prise d'olanzapine à une dégradation significative de la fonction motrice et une augmentation des symptômes extrapyramidaux, des hallucinations et de la salivation.

3.5.1.7 Innocuité des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC vasculaire ou mixte

Faisant suite à un examen de l'information concernant l'innocuité des AP, Santé Canada a publié un communiqué afin d'indiquer aux différents professionnels de la santé l'existence d'un risque plus élevé d'événements indésirables cérébrovasculaires chez les personnes atteintes de TNC vasculaire ou mixte par rapport à celles qui présentent des TNC dus à la maladie d'Alzheimer. Le communiqué précisait également qu'en raison de ces résultats l'indication officielle de la rispéridone relative aux TNC, seul antipsychotique ayant cette indication, avait été restreinte aux personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer et qu'elle n'incluait plus, dorénavant, les autres types de TNC⁶.

3.5.2 Données contextuelles et expérientielles

Globalement, les membres du comité consultatif sont en accord avec les résultats de la revue systématique, exception faite de ceux obtenus concernant les risques de chute.

Il est connu que l'administration des antipsychotiques atypiques aux personnes atteintes de TNC majeurs peut entraîner l'apparition de plusieurs effets indésirables, dont certains peuvent être graves et parfois même fatals. Les risques peuvent ainsi rapidement surpasser les avantages. De ce fait, selon les membres du comité consultatif, lorsque l'usage d'un antipsychotique est nécessaire, une analyse individuelle des avantages et des risques doit être faite avant toute ordonnance. Il faut discuter avec la personne ou sa famille des effets indésirables possibles. Selon les commentaires recueillis, une façon de réduire les effets indésirables associés aux antipsychotiques serait d'utiliser la dose efficace la plus faible pour un traitement le plus bref possible. Il est également très important, selon le comité, de mettre davantage l'accent sur les options non pharmacologiques et de mieux former les membres de la famille et les soignants afin qu'ils soient en mesure d'utiliser les thérapies comportementales, si possible, afin d'aider les personnes atteintes de TNC majeurs.

Bien que les résultats obtenus de la revue systématique n'aient pas permis de mettre en évidence une augmentation du risque de chute chez les personnes atteintes de TNC majeurs traitées aux antipsychotiques, les professionnels consultés s'accordent à dire que la réalité terrain est souvent bien différente. Il est effectivement bien connu que la prise d'antipsychotique est habituellement associée à de l'hypotension orthostatique qui peut augmenter les risques de chute. Si la personne est sous hypotenseur, une réduction de la dose de cette molécule est souvent nécessaire durant l'ajustement de la posologie de l'antipsychotique afin de prévenir ou de diminuer les risques de chute. Selon les différents commentaires recueillis, il serait donc essentiel de dresser une liste complète des effets indésirables potentiels associés à la prise d'antipsychotiques, y inclus une augmentation des risques de chute, et d'en aviser les différents professionnels.

6. <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2015/43797a-fra.php>

Selon les membres du comité, la thérapie par antipsychotiques chez des personnes atteintes de TNC avec corps de Lewy ou dus à la maladie de Parkinson peut augmenter encore plus le risque d'effets indésirables, notamment les symptômes extrapyramidaux et le syndrome malin des neuroleptiques. C'est pourquoi, selon le comité, l'amorce d'un antipsychotique chez ce type de personne doit être précédée d'une évaluation encore plus rigoureuse du rapport risques-avantages, idéalement en collaboration avec un spécialiste (selon les ressources disponibles dans chaque milieu).

En résumé...

Avec un niveau de preuve jugé de faible à élevé selon les paramètres et les antipsychotiques étudiés, les données scientifiques indiquent que les antipsychotiques atypiques peuvent entraîner plusieurs effets indésirables.

- Les effets indésirables les plus fréquents sont un gain de poids, la somnolence et le manque d'énergie.
- L'utilisation d'antipsychotique est également associée à plusieurs effets indésirables graves tels qu'un risque accru de mortalité, d'événements cardiovasculaires, d'AVC et de symptômes extrapyramidaux.
- Le risque couru peut être majoré en cas d'administration de doses élevées, d'où l'importance d'utiliser la dose efficace la plus faible possible.
- Selon Santé Canada, les personnes atteintes d'un TNC mixte ou vasculaire présentent un risque plus élevé d'événements indésirables cérébrovasculaires que celles atteintes de TNC de type Alzheimer.

Pour un usage optimal, il est donc essentiel de bien comprendre et de peser les risques et les avantages associés à l'usage des antipsychotiques, non seulement en début de thérapie, mais régulièrement au cours du traitement.

3.6 Modalités d'usage des antipsychotiques

Les données présentées dans la section 3.6 se rapportent à la question de recherche 6.

Question 6

Quelles sont les modalités d'usage des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD qui résident en CHSLD?

- a. Quelles sont les indications pour lesquelles l'usage des antipsychotiques est recommandé?
- b. Quelles sont les indications pour lesquelles l'usage des antipsychotiques devrait être évité?
- c. Quelles sont les étapes à suivre avant l'amorce d'un traitement aux antipsychotiques?
- d. Quels sont les critères d'amorce d'un traitement aux antipsychotiques?
- e. Quelles sont la posologie et les modalités de titration recommandées?
- f. Quelle est la durée de traitement à privilégier?
- g. Quels sont les critères de suivi?
- h. Quelles sont les modalités d'usage d'un antipsychotique au besoin ou *pro re nata*?

Description des documents retenus

Pour élaborer les recommandations relatives aux modalités d'usage des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD, les trois GPC et les deux conférences consensuelles canadiennes repérés pour répondre à la question de recherche 2 ont été considérés. Le document du MSSS sur les approches pharmacologiques visant le traitement des SCPD [Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014a] ainsi que la monographie de la rispéridone [Janssen Inc., 2014] ont également été consultés.

En vue de formuler des recommandations visant précisément l'usage au besoin ou *pro re nata* des antipsychotiques, une recherche de la littérature plus ciblée a été faite manuellement dans Google et Pubmed à l'aide des mots *PRN* ou *as needed*, *antipsychotic* et *dementia*. Seuls quatre documents provenant de la littérature grise et traitant de l'usage PRN ont été trouvés [Alberta Health Services, 2015; Collège des médecins du Québec, 2015; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014a; Bpac^{nz}, 2008]. Une étude observationnelle sur les indications du recours à l'usage PRN des antipsychotiques au Québec a également été repérée [Voyer *et al.*, 2015].

3.6.1 Données provenant de la revue de la littérature scientifique

Les différentes données et recommandations recueillies concernant les modalités d'usage des antipsychotiques ont été regroupées sous deux principaux thèmes, soit l'usage des antipsychotiques en traitement régulier et l'usage PRN des antipsychotiques.

3.6.1.1 Modalités d'usage des antipsychotiques en traitement régulier

Dans l'ensemble des documents consultés, le traitement par antipsychotiques est recommandé chez les personnes atteintes de TNC majeurs uniquement en cas de symptômes comportementaux sévères associés à l'agitation, à l'agressivité ou à la psychose. Certaines notions pour caractériser le degré de sévérité des symptômes ou le niveau de dangerosité sont souvent ajoutées dans les indications portant sur le recours aux AP. Le GPC britannique [National Institute for Health and Care Excellence, 2016], les 3^e et 4^e conférences de consensus canadiennes sur le diagnostic et le traitement de la démence ainsi que le MSSS indiquent, par exemple, qu'un antipsychotique ne devrait être proposé que s'il y a présence de détresse psychologique sévère ou danger pour le patient ou pour autrui. L'APA mentionne que le traitement par antipsychotique devrait être administré dans les cas d'agitation ou de psychose uniquement chez les patients dont les symptômes sont sévères, dangereux et/ou à l'origine d'une détresse importante.

La rispéridone est le seul antipsychotique administré par voie orale qui a obtenu une homologation officielle de Santé Canada pour la prise en charge de certains SCPD chez les personnes atteintes de TNC majeurs de type Alzheimer. L'indication de la rispéridone chez ce type de population a été restreinte à la prise en charge à court terme des symptômes d'agressivité ou des symptômes psychotiques uniquement chez les personnes qui ne répondaient pas aux approches non pharmacologiques et qui présentaient un risque d'automutilation ou de blessure à autrui [Janssen Inc., 2014].

Tous les documents consultés recommandent également d'administrer avec prudence un antipsychotique aux personnes atteintes de TNC avec corps de Lewy ou dus à la maladie de Parkinson, puisque les risques de développer des effets indésirables tels que les symptômes extrapyramidaux semblent plus élevés chez ce type de personnes.

Les GPC soulignent également l'importance d'essayer les interventions non pharmacologiques avant d'amorcer une thérapie par antipsychotique. Lorsque l'usage d'antipsychotiques est nécessaire, une analyse individuelle des avantages et des risques doit être faite avant toute ordonnance. Les données extraites de la littérature grise indiquent également que les interventions non pharmacologiques devraient, dans tous les cas, être appliquées de façon concomitante aux antipsychotiques.

Dans l'ensemble, les documents consultés convergent pour recommander :

- Une évaluation initiale des patients pour identifier et documenter les SCPD;
- L'élimination des causes sous-jacentes potentielles des SCPD;
- L'élaboration d'un plan de traitement individualisé comprenant les interventions non pharmacologiques et pharmacologiques, le cas échéant;
- Le recours aux antipsychotiques en cas de symptômes sévères uniquement, lorsqu'il y a présence de danger ou de risque pour le patient ou autrui;
- Une évaluation individuelle des risques et des avantages liés à l'usage des antipsychotiques lorsqu'un tel traitement est envisagé;
- Une augmentation progressive des doses d'antipsychotiques jusqu'à l'atteinte de la plus petite dose efficace;
- Un suivi de l'évolution des SCPD et de l'apparition d'éventuels effets indésirables;
- La révision de la pertinence de la poursuite du traitement.

3.6.1.2 Modalités d'usage PRN des antipsychotiques

Aucun des GPC ou conférences de consensus consultés n'aborde la question de l'usage PRN des antipsychotiques. Même si le GPC du NICE comporte une section relative au traitement en urgence des comportements difficiles (violence, agressivité et agitation extrême), aucune référence n'y est faite concernant l'usage PRN des antipsychotiques.

Les quelques documents répertoriés dans la littérature grise permettent toutefois de dégager plusieurs principes directeurs quant à l'usage PRN des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD :

- La prescription PRN d'antipsychotiques devrait être une mesure temporaire et de dernier recours, employée uniquement dans le cas où des interventions non pharmacologiques ont été essayées et se sont révélées inefficaces;
- Le médecin qui prescrit un antipsychotique en PRN devrait clairement indiquer les circonstances justifiant cet usage, avec en particulier l'indication, la fréquence d'utilisation, l'intervalle entre les doses et la dose maximale autorisée par jour;
- La pertinence de la poursuite du traitement PRN devrait être évaluée à intervalles réguliers;
- L'amorce ou, le cas échéant, l'ajustement d'une médication régulière devrait être préféré à l'administration prolongée ou récurrente d'un antipsychotique en PRN;
- Lorsqu'une ordonnance PRN d'antipsychotique n'a pas été utilisée après un certain laps de temps, cette ordonnance devrait être considérée comme caduque.

Les résultats complets de la revue de la littérature concernant les bonnes pratiques

relatives aux modalités d'usage des antipsychotiques en traitement régulier ou PRN chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD sont présentés dans le [rapport de revues systématiques](#) [INESSS, 2017].

3.6.2 Données contextuelles et expérientielles

3.6.2.1 Modalités d'usage des antipsychotiques en traitement régulier

En pratique, il est reconnu que les antipsychotiques sont trop souvent prescrits pour des cas d'agitation, même si la personne ne présente pas de signes d'agressivité. Cependant, puisque l'agitation verbale et physique ne représente généralement pas de danger imminent, les membres du comité consultatif ont donc décidé à l'unanimité d'exclure l'agitation verbale sans agressivité (p. ex. parler constamment, faire des demandes répétitives ou émettre des sons répétitifs) et l'agitation physique sans agressivité (p. ex. errer, déambuler, mettre des objets inappropriés dans sa bouche, commettre des gestes indécentes, se déshabiller constamment, accumuler des objets) des indications pour lesquelles l'usage d'un antipsychotique devrait être recommandé. Les membres consultés tiennent par contre à préciser que, dans certaines situations où la détresse de la personne est élevée et où l'agitation verbale peut entraîner un risque (p. ex. crier, hurler ou menacer de blesser les autres) ou en cas d'agitation physique avec agressivité (p. ex. pincer, griffer, mordre, donner des coups, bousculer les autres, cracher sur les autres, briser des objets ou les utiliser pour blesser les autres), les antipsychotiques pourraient être envisagés, selon les besoins et le niveau de dangerosité de la situation. La notion de symptômes « sévères » telle que précisée par plusieurs lignes directrices a également été mise de côté, puisque l'évaluation de la sévérité est souvent subjective et pourrait conduire à de multiples interprétations. Selon les commentaires recueillis, le traitement par antipsychotique devrait plutôt être considéré uniquement chez les personnes atteintes de TNC majeurs pour la prise en charge à court terme des symptômes d'agressivité ou des symptômes psychotiques lorsqu'il y a danger pour la personne ou pour autrui. De plus, en raison de leur sensibilité accrue relativement aux neuroleptiques, l'administration des antipsychotiques aux personnes pour lesquelles un TNC avec corps de Lewy ou dû à la maladie de Parkinson est suspecté devrait être évitée le plus possible. En cas de besoin, les membres du comité consultatif recommandent plutôt de diriger ces personnes vers les services spécialisés afin d'effectuer une évaluation plus approfondie. Selon le comité consultatif, une révision de la médication devrait d'abord être faite pour toutes les personnes qui présentent des SCPD et pour qui l'emploi des antipsychotiques est envisagé. De manière unanime, il a été établi que les mesures non pharmacologiques devraient demeurer l'intervention de première ligne lorsqu'il s'agit d'améliorer les comportements perturbateurs. L'identification des besoins compromis, des modifications à l'environnement immédiat, l'application des interventions de base, la participation à des activités structurées et un horaire routinier sont des exemples d'options appropriées qui devraient être essayées (en fonction de la situation clinique) avant d'entamer la médication. Cependant, lorsqu'un traitement par antipsychotique est indiqué, les antipsychotiques atypiques devraient être privilégiés aux antipsychotiques typiques et le traitement devrait être amorcé à faible dose et augmenté graduellement jusqu'à la plus petite dose efficace (*start low and go slow*). La réponse de la personne au traitement ainsi que l'éventuelle apparition d'effets indésirables devront être évaluées régulièrement.

3.6.2.2 Modalités d'usage PRN des antipsychotiques

Selon les membres du comité consultatif, l'indication des antipsychotiques en PRN devrait être la même que celle indiquée pour l'amorce d'un traitement régulier, soit pour réduire l'agressivité ou les symptômes psychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs uniquement, mais lorsqu'il y a danger « immédiat » pour la personne ou pour autrui et lorsque le recadrage et les stratégies d'intervention de base ne peuvent pas être appliqués ou sont inefficaces. Les membres ont souligné qu'actuellement l'indication documentée dans le dossier du patient pour l'usage PRN d'un antipsychotique était souvent vague. Or, l'indication sur le recours PRN aux antipsychotiques devrait être très précise, et le prescripteur devrait indiquer clairement, de manière détaillée, les doses (y compris la dose maximale par jour), la fréquence d'utilisation et l'intervalle minimal entre les doses.

Une étude récente réalisée au Québec auprès de 146 personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD hébergées en CHSLD a démontré que les comportements qui étaient le plus souvent associés à l'usage PRN d'un antipsychotique n'étaient pas ceux habituellement indiqués pour ce type de médicament, mais plutôt ceux perçus par le personnel de soins comme étant les plus perturbateurs (p. ex. personne qui demande beaucoup d'attention ou qui se réveille pendant la nuit et qui perturbe le sommeil des autres résidents) [Voyer *et al.*, 2015]. Ces résultats suggèrent ainsi que les antipsychotiques en PRN font l'objet au Québec d'un usage inapproprié dans le cadre de la prise en charge de certains comportements perturbateurs chez les personnes atteintes de TNC majeurs. Afin de réduire cet usage inapproprié, les membres du comité consultatif ont jugé utile d'ajouter une recommandation indiquant que les antipsychotiques en PRN ne devraient jamais être administrés de manière préventive dans des situations telles qu'un comportement de résistance aux soins d'hygiène.

Selon plusieurs membres du comité consultatif, l'indication d'une durée de validité maximale de l'ordonnance PRN d'un antipsychotique forcerait la réévaluation du « réflexe » de prescription et permettrait ultimement de restreindre l'usage au besoin de ce type de médicament. Certains membres ont toutefois souligné que le suivi des dates d'échéance des ordonnances serait compliqué dans certains établissements faute de système informatisé. Selon les commentaires recueillis, l'idée de rendre caduque une ordonnance PRN d'antipsychotique non utilisée idéalement après un mois si possible ou jusqu'à trois mois au maximum serait une option intéressante. Ce changement de pratique important nécessiterait cependant une formation et un accompagnement du personnel soignant, car la suppression de la mention « PRN » dans le dossier des patients pourrait créer chez eux de l'angoisse et/ou de l'insécurité. D'une façon générale, les membres ont souligné l'intérêt, dans les formations destinées au personnel soignant ou dans les outils de transfert de connaissances qui lui sont destinés, de rappeler les concepts pharmacologiques de base sur les antipsychotiques afin de couper court à certaines croyances sur l'efficacité de ces médicaments lorsqu'utilisés en PRN.

En résumé...

- L'usage des antipsychotiques devrait être considéré uniquement pour la prise en charge à court terme des symptômes d'agressivité ou des symptômes psychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs qui ne répondent pas aux approches non pharmacologiques, en présence d'un danger pour la personne ou pour autrui.
- Les antipsychotiques devraient être évités chez les personnes pour lesquelles un TNC avec corps de Lewy ou dû à la maladie de Parkinson est suspecté.
- La durée de validité d'une ordonnance PRN d'antipsychotique devrait être d'un mois si possible, ou jusqu'à trois mois au maximum.

4 DONNÉES CONTEXTUELLES

4.1 Homologation des antipsychotiques par Santé Canada

La rispéridone est le seul antipsychotique administré par voie orale qui dispose, depuis 1993, d'une homologation de Santé Canada pour le traitement de certains SCPD.

Santé Canada a cependant envoyé en 2002⁷, 2004⁸ et 2005⁹ des lettres de mise en garde à tous les professionnels de la santé relativement aux risques élevés de mortalité toutes causes confondues, d'accidents vasculaires cérébraux et d'attaques ischémiques transitoires possiblement associés à l'usage d'antipsychotiques, dont la rispéridone, chez les aînés avec un diagnostic de TNC majeurs. Dans sa dernière mise en garde, publiée en février 2015¹⁰, Santé Canada a également restreint l'utilisation initialement approuvée de la rispéridone à la prise en charge à court terme des symptômes d'agressivité ou des symptômes psychotiques uniquement chez les personnes atteintes de TNC de type Alzheimer, puisque, selon des études récentes, les risques d'effets indésirables cérébrovasculaires semblent plus élevés chez les personnes atteintes d'un autre type de TNC, notamment les TNC mixte ou vasculaire.

4.2 Initiative sur la maladie d'Alzheimer et les autres TNC majeurs

En 2007, le MSSS confiait le mandat à un groupe d'experts de formuler des recommandations pour améliorer les services actuels et répondre efficacement à la croissance du nombre des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre TNC majeur. Par l'entremise de ces travaux, les experts consultés ont observé plusieurs problématiques et lacunes dans l'ensemble du réseau [Comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer présidé par Howard Bergman, 2009]. Le rapport qu'ils ont publié proposait sept actions prioritaires accompagnées de recommandations dans le but de rehausser le modèle de prestation des soins et des services offerts à cette clientèle plus vulnérable.

Selon les conclusions du rapport, la présence d'un personnel compétent auprès des personnes atteintes et de leurs proches constitue un déterminant majeur de la qualité des soins et des services qui leur sont offerts. Cependant, les experts ont remarqué que peu d'efforts avaient été investis dans l'ensemble du réseau au cours des dernières années pour le développement et le transfert des connaissances auprès des intervenants et du personnel de soutien. En effet, l'absence ou la faiblesse de la formation, par exemple sur le plan de la gestion des SCPD, conduirait à une prise en charge sous-optimale de cette problématique et à la surutilisation des antipsychotiques en plus de mener à la dévalorisation du travail des intervenants auprès des personnes atteintes et de leurs proches.

À la suite des recommandations du groupe d'experts, le MSSS du Québec a donc indiqué

7. <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2002/14164a-fra.php>

8. <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2004/14300a-fra.php>

9. <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2005/14307a-fra.php>

10. <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2015/43797a-fra.php>

que ce thème était un sujet prioritaire et il a préconisé la mise en œuvre de 19 projets, soit les « projets d'implantation ciblés » dans le but d'améliorer rapidement l'accessibilité et la qualité des services en première ligne. Ces projets, répartis dans 14 régions du Québec, ont vu le jour en 2013. Lors de leur implantation, le MSSS a publié plusieurs documents dont deux portaient sur les approches pharmacologiques et non pharmacologiques visant le traitement des SCPD [Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2014b; 2014a] afin de mieux outiller les professionnels dans leur démarche clinique ainsi que dans leur prise de décision.

La seconde phase des travaux sur le déploiement des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles dans les CISSS et les CIUSSS s'étendra de 2016 à 2019. C'est également dans ce contexte que le MSSS a confié le mandat à l'INESSS de développer et proposer des stratégies efficaces à mettre en œuvre afin de favoriser l'usage optimal des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD.

4.3 Orientations ministérielles

4.3.1 Milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD

Depuis 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux préconise le développement d'une approche « milieu de vie » en CHSLD [Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003]. Ainsi, les CHSLD doivent offrir aux personnes qu'ils hébergent « un milieu de vie substitut » de qualité et favoriser leur bien-être, leur développement et le maintien optimal de leur autonomie en plus de répondre à leurs besoins et attentes. L'approche centrée sur la personne est à privilégier, car elle permet de circonscrire les balises des interventions de qualité auprès des résidents, qui doivent être globales, adaptées, positives, personnalisées, participatives et interdisciplinaires¹¹.

4.3.2 Organisation des soins et des services offerts aux personnes âgées qui vivent en CHSLD

Dans la foulée des investissements visant à diminuer le temps d'attente dans les hôpitaux, un forum sur les meilleures pratiques en CHSLD a été tenu les 17 et 18 novembre 2016 à l'initiative du MSSS. Afin que les établissements améliorent la qualité et la sécurité des soins et des services qu'ils offrent aux résidents des CHSLD, publics et privés conventionnés, le ministre de la Santé et des Services sociaux s'est notamment engagé à :

- Investir des budgets supplémentaires pour l'ajout de préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires et infirmières dans les CHSLD afin d'améliorer la réponse aux besoins des résidents;
- Augmenter le nombre d'infirmières praticiennes spécialisées en CHSLD et renforcer la collaboration avec les médecins et l'équipe soignante;
- Améliorer le recours à des approches non pharmacologiques et à la déprescription concernant les personnes âgées¹².

11. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-830-01.pdf>

12. <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-chsld/description-du-forum/>

De plus à l'issue de ce forum, les présidents-directeurs généraux (PDG) des établissements du réseau de la santé et des services sociaux se sont notamment engagés à ce que les soins et les services offerts aux résidents soient personnalisés et particuliers afin de répondre à leurs besoins et préférences. Ils se sont également engagés à ce qu'une révision et un bilan comparatif des médicaments soient effectués régulièrement, ainsi qu'à retirer au besoin des médicaments tout en privilégiant des approches non pharmacologiques¹³.

Favoriser l'usage optimal des antipsychotiques est un besoin largement reconnu au Québec, comme en témoignent les engagements récents du ministre de la Santé et des Services sociaux et de l'ensemble des PDG des établissements.

4.4 Démarche collaborative *Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques (OPUS-AP)*

En 2014, la FCASS a travaillé avec 56 établissements de soins de longue durée répartis dans 7 provinces et 1 territoire du Canada afin de réduire la prescription inappropriée de médicaments antipsychotiques chez les résidents atteints de TNC majeurs [www.fcass-cfhi.ca]. Cette initiative a misé sur une approche interdisciplinaire basée sur les stratégies suivantes : favoriser la communication au sein des équipes de soins, réviser fréquemment la médication, faire participer les proches aux soins et à la prise de décisions, planifier le traitement en se basant sur des données médicales et favoriser les approches non pharmacologiques. Après un an, des résultats éloquentes ont été observés chez les 416 des résidents concernés avec, notamment, la réduction ou l'élimination des antipsychotiques chez 54 % d'entre eux, une réduction de 20 % du nombre de chutes et une diminution de 33 % de la violence verbale [Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2016].

Le 23 janvier 2017, les membres du comité de gestion du réseau (CGR) ont confié le mandat au Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Sherbrooke de préparer, avec les membres d'une cellule stratégique, une proposition de plan de déploiement concerté et intégré à partir du projet développé par la FCASS, et en collaboration avec celle-ci.

À la suite de l'analyse de ce projet, les membres de la cellule stratégique ont déposé une recommandation unanime de déploiement d'une démarche collaborative panquébécoise, concertée et intégrée, fondée sur l'approche de la FCASS mais également sur les expertises de pointe disponibles au Québec. Le but de cette démarche, qui a pris le nom OPUS-AP, est d'améliorer la qualité et l'expérience des soins en CHSLD pour les personnes atteintes de SCPD, pour leurs proches et pour le personnel. Elle repose sur la mobilisation et l'engagement, dans chaque CHSLD, d'un haut dirigeant, d'un chef de projet, d'un responsable de la mesure, de champions cliniques et d'un représentant des familles des personnes atteintes, qui constituent l'équipe d'amélioration des soins. La démarche est basée sur une stratégie intégrée d'application des connaissances qui inclut : des formations par des experts et du mentorat, le partage des meilleures pratiques, l'élaboration d'un plan d'amélioration des soins, le soutien par du matériel éducatif et de l'audit et rétroaction avec communication active des résultats. Les recommandations

13. <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-chsld/engagements/>

élaborées par l'INESSS seront communiquées aux cliniciens dans le cadre de cette stratégie d'application des connaissances intégrées. Le déploiement de la démarche OPUS-AP sera fait en trois phases successives pour inclure, à terme, l'ensemble des CHSLD publics. La phase 1 s'étend d'avril 2017 à octobre 2018 et elle concerne 24 CHSLD qui ont été désignés par chacun des 24 établissements de soins de santé du Québec.

4.5 Enjeux des différentes ressources d'hébergement de soins de longue durée au Québec

4.5.1 Privatisation des ressources d'hébergement et de soins de longue durée

Les CHSLD dispensent des soins spécialisés aux personnes âgées en perte d'autonomie sévère, dont la condition requiert une surveillance constante et pour qui le maintien à domicile est devenu impossible et non sécuritaire. Les CHSLD assurent le suivi médical sur place, la gestion des médicaments, les soins d'hygiène et les soins spécialisés. Trois types de CHSLD cohabitent dans le système de santé québécois, soit les CHSLD publics, privés conventionnés et privés non conventionnés.

Les CHSLD publics sont entièrement administrés par le MSSS. Les CHSLD privés conventionnés sont des établissements subventionnés par le secteur public, mais dirigés par des particuliers qui sont propriétaires des immeubles. Ce type d'établissement doit détenir un permis octroyé par le MSSS, qui les autorise à gérer un nombre de places prédéterminé. Ces deux types de CHSLD hébergent des résidents qui souffrent d'un même niveau de perte d'autonomie, et les conditions d'admission de même que les coûts de l'hébergement et des soins sont identiques. À l'opposé, les CHSLD privés non conventionnés sont des entreprises privées, indépendantes et autonomes. Le MSSS leur délivre un permis, mais il ne leur octroie aucune subvention. Ils ont leurs propres critères d'admission et le fonctionnement de leur établissement est à leur entière discrétion.

Au Québec, près de 90 % des CHSLD sont des établissements subventionnés par le MSSS [La commission de la santé et des services sociaux, 2016] et les CHSLD publics totalisent la majorité des lits du réseau. Selon l'Association des établissements privés conventionnés (AEPCC), 57 CHSLD privés conventionnés répartis dans 11 régions du Québec répondent également aux besoins quotidiens de près de 7 000 personnes, soit environ 20 % de la clientèle hébergée dans l'ensemble du réseau de la santé (www.aepcc.qc.ca). Toutefois, selon la tendance des dernières années dans l'ensemble du Québec, le nombre total de lits disponibles dans les CHSLD publics et privés conventionnés est en baisse, au profit des CHSLD privés non conventionnés. Selon les données récemment publiées par la Commission de la santé et des services sociaux, cette tendance pourrait en plus se maintenir au cours des prochaines années, voire s'accélérer¹⁴. C'est donc dire que les ressources privées sont devenues un élément incontournable de notre système d'hébergement. Cet engouement grandissant pour la privatisation des ressources pourrait s'expliquer notamment par le vieillissement de la population ainsi que par les listes d'attente des CHSLD publics et privés conventionnés, qui s'allongent d'année en année.

14. Commission de la santé et des services sociaux : http://www.aqesss.qc.ca/docs/dossiers/CHSLD/document_de_consultation_chsld_-_septembre_2013.pdf

4.5.2 Alourdissement des besoins de la clientèle

Selon les conclusions du rapport publié par la Commission de la santé et des services sociaux en juin 2016, les besoins de la clientèle en CHSLD se sont significativement alourdis au cours des dernières années au Québec. Parce qu'elles sont suivies beaucoup plus longtemps à domicile, l'état des personnes admises en CHSLD nécessite désormais beaucoup plus d'heures de soins par jour. Dès leur admission, les personnes présentent souvent une condition physique et psychologique réduite. Elles sont de plus en plus affectées de déficits cognitifs associés à des SCPD. Ainsi, les résidents arrivent généralement en centre d'hébergement et de soins de longue durée en lourde perte d'autonomie et ils sont atteints de plus grandes limitations physiques et psychologiques. Ils présentent de multiples comorbidités, ont des besoins complexes et sont souvent avancés dans leur parcours de vie. Suivant cette tendance, la durée du séjour des résidents est à la baisse, et leur décès peut survenir généralement à l'intérieur de trois ans suivant leur admission. La durée moyenne d'un séjour en CHSLD est de 837 jours dans la province, mais elle peut varier selon les différentes régions du Québec^{15,16}. À ce phénomène s'ajoute le resserrement des normes d'admission en CHSLD. En outre, comme la moyenne d'âge des résidents est de plus en plus élevée, ceux-ci ont des besoins grandissants et leur profil semble de plus en plus hétérogène, ce qui complexifie davantage la gestion et le travail des équipes médicales [La commission de la santé et des services sociaux, 2016]. Tel que mentionné par le RCPU, «Le vieillissement accéléré de la population au Québec jumelé aux restrictions financières imposées au réseau de la santé et des services sociaux représente également un défi de taille que doivent relever les différents CHSLD afin d'offrir un milieu de vie de qualité aux personnes qu'ils hébergent»¹⁷.

4.5.3 Manque de ressources humaines en CHSLD

Plusieurs CISSS et CIUSSS appréhendent une pénurie de médecins de famille dans les différents CHSLD du Québec au cours des prochaines années. Selon des propos recueillis lors de rencontres du comité consultatif, il s'agirait en fait d'une conséquence directe des changements apportés par la réforme du ministre Gaétan Barrette dans le cadre du projet de loi 20. En raison de ces nouvelles normes¹⁸ qui imposent à chaque médecin de prendre en charge un nombre minimal de patients, plusieurs médecins quittent les CHSLD à cause de la lourdeur et de la complexité des problèmes de santé que vivent les personnes qui y sont hébergées. Cette situation devient de plus en plus préoccupante dans un contexte de surcharge de travail du personnel infirmier, par exemple, ce qui compromet la dispensation de soins adaptés aux besoins. De plus, une diminution importante du nombre de médecins de famille pourrait représenter un enjeu majeur quant à l'implantation des différentes recommandations cliniques, notamment en ce qui a trait à la déprescription des antipsychotiques qui nécessite un suivi plus serré chez ce type de clientèle.

¹⁵ http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/documents/demandes_acces/2016-2017/2016-2017.164-Document.pdf

¹⁶ http://www.aqesss.qc.ca/docs/dossiers/CHSLD/document_de_consultation_chsld_-_septembre_2013.pdf

¹⁷ http://www.rpcu.qc.ca/pdf/publications/rpcu_etat_de_situation_2012-12-04.pdf

¹⁸ <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2015C25F.PDF>

Par ailleurs, la difficulté dans certaines régions d'accéder à une consultation en gériopsychiatrie a été soulevée à plusieurs reprises au cours de ces travaux et lors des travaux de l'atelier de lancement de la démarche OPUS-AP les 29 et 30 novembre 2017. La consultation à distance (p. ex. par téléphone) a toutefois été suggérée comme piste de solution possible lorsque l'avis d'un tel spécialiste est nécessaire. Outre les médecins, la disponibilité d'autres professionnels de la santé pourrait s'avérer problématique. En effet, dans un rapport publié en novembre 2016, l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec mentionne le manque de pharmaciens en CHSLD comme un des principaux enjeux liés à l'amélioration des pratiques¹⁹. Par ailleurs, le ratio personnel infirmier/patient serait insuffisant et nuirait à la prestation adéquate des soins, comme le constate l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec²⁰. Le manque de ressources, actuel et à venir, concernerait également différents professionnels et autres intervenants qui exercent un rôle majeur auprès des aînés en CHSLD qui présentent des SCPD, tels que les préposés aux bénéficiaires, les ergothérapeutes, les intervenants en loisirs ou les bénévoles.

4.6 Prise en charge non pharmacologique des SCPD au Québec

4.6.1 Approche de base auprès des aînés

Des formations continues ont été développées depuis une dizaine d'années; elles abordent l'approche de base auprès des aînés et constituent les assises de l'approche centrée sur la personne. On soulignera, notamment :

- le programme de formation intitulé « AGIR auprès de la personne âgée²¹ » développé et mis à la disposition des préposés aux bénéficiaires (PAB) à l'emploi du réseau de la santé et des services sociaux afin de permettre la mise à niveau des compétences de ces préposés. Cette formation avait pour but de soutenir l'implantation des orientations ministérielles relatives à l'adaptation des approches, des services et des interventions destinés aux personnes âgées conformément à l'approche « milieu de vie »;
- les formations « Approche relationnelle de soins » (ARS) ou « Approche optimale du résident » (AOR) auprès des PAB, qui sont axées sur un accompagnement adéquat du résident dans l'optique de l'approche « milieu de vie » – maintien de l'autonomie, réponse aux besoins (soins et services) et attentes des personnes hébergées, etc.
- l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) qui cible les professionnels, les gestionnaires et les autres intervenants, et qui permet d'adapter les façons d'organiser les services et de donner les soins à la clientèle âgée. Cette approche initialement développée pour le contexte hospitalier ou les urgences a été élargie au contexte des CHSLD.

¹⁹ https://www.apesquebec.org/sites/default/files/salle-de-presse/communiques-de-presse/20160923_apes_communique.pdf

²⁰ <http://www.oiq.org/sites/default/files/3464-aines-plan-action-gouv-maltraitance.pdf>

²¹ <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-830-21W.pdf>

4.6.2 Documents de référence et outils publiés par le MSSS

Le comité d'experts québécois des quatre réseaux universitaires intégrés en santé a mené des travaux sur le traitement des SCPD dans le cadre de l'Initiative sur la maladie d'Alzheimer et des autres TNC majeurs, et il a élaboré plusieurs documents de référence destinés aux professionnels des groupes de médecine de famille (GMF), mais qui peuvent également être utiles à l'ensemble des cliniciens de première ligne qui travaillent dans les CHSLD. Ces documents rassemblent le processus clinique, les approches pharmacologiques et non pharmacologiques visant le traitement des SCPD ainsi que des formulaires ou des tableaux qui peuvent être utilisés en contexte de soins de première ligne. De plus, les résultats des activités et les conclusions du groupe ministériel de travail sur les équipes ambulatoires affectées à la gestion des SCPD²² sont présentés.

4.6.3 Programmes de formation sur les SCPD

À la suite du rapport du groupe d'experts rédigé par le Dr Howard Bergman [Comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer présidé par Howard Bergman, 2009], publié en 2009, des programmes de formation qui ont trait aux SCPD ont été élaborés par les différents RUIS, qui contiennent différentes modalités de présentation (conférence, atelier, capsules vidéo). Ces programmes de formation ont été largement diffusés à l'échelle de la province.

4.6.4 Centres d'expertise en SCPD du Québec

4.6.4.1 Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ)

Depuis 2010, l'équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, spécialisée en évaluation et en intervention, contribue à l'amélioration des soins et des services offerts aux personnes âgées et propose son expertise sous trois formes : service de conseil et de téléconsultation, mentorat clinique et interventions cliniques de 2^e ligne. Cette formule de formation sur le terrain favorise l'intégration de nouvelles connaissances gériatriques basées sur des données probantes et le développement de bonnes pratiques adaptées à la réalité clinique des équipes de 1^{re} et de 2^e ligne. Concernant la prise en charge des SCPD, l'équipe de mentorat a développé une expertise de pointe et elle est reconnue par ses pairs pour la qualité de ses interventions. Une étude interne effectuée en 2013 a notamment démontré une diminution statistiquement et cliniquement significative de la gravité des SCPD à la suite des interventions de l'équipe de mentorat du CEVQ²³. En septembre 2014, elle avait déjà permis de former plus de 195 infirmières-piliers dans 51 différents milieux, et elle était intervenue dans plus de 100 situations cliniques de SCPD chez les aînés.

4.6.4.2 Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)

Depuis 2009, un groupe de réflexion puis une équipe consacrée à la question des SCPD (SCPD-IUGM) a développé une expertise de 3^e ligne pour le RUIS de l'Université de Montréal. Cette équipe participe à l'élaboration et dispense des activités de formation

22. <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs-majeurs/processus-cliniques-et-outils/>

23. http://www.ciusss-capitalnationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/guide_mentorat_msss_2014.pdf

continue, appuie les équipes SCPD ambulatoires locales pour les cas très complexes, contribue à l'offre de services professionnels par la télésanté, élabore des guides, outils et sites Web pour les cliniciens, assume le *leadership* du développement de la recherche et participe à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention dans le domaine des SCPD. L'IUGM a également organisé le premier colloque sur les SCPD en mars 2017, qui a regroupé des spécialistes québécois et des conférenciers internationaux sur le thème « Assurer le continuum de soins... en tout temps, en tout lieu, tous ensemble ».

4.6.4.3 CIUSSS de l'Estrie – CHUS

En 2013, la Direction des services aux aînés et du soutien à l'autonomie du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke a élaboré un cadre de référence au sujet de la prise en charge des SCPD en soins de longue durée et entrepris des travaux dans le but de mieux organiser les soins pour la personne atteinte de SCPD de type agressif. Elle a également constitué une équipe d'infirmières-ressources SCPD qui offrent ses services à la clientèle atteinte de troubles cognitifs avec SCPD persistants. Elle a développé par la suite des outils pour soutenir l'implantation d'un modèle de soins centrés sur la personne, qui valorise davantage les approches non pharmacologiques et offre un milieu de vie favorable au bien-être global dans le but de prévenir les SCPD.

5 APPRÉCIATION DE L'ENSEMBLE DE LA PREUVE

La valeur de l'ensemble de la preuve a été appréciée à propos des deux stratégies cliniques efficaces pour diminuer ou arrêter la prise d'antipsychotiques, qui ont été repérées grâce à la revue systématique de la littérature, soit la déprescription des antipsychotiques et les programmes d'interventions multiples. Comme décrit au paragraphe 2.3.2 et détaillé à l'annexe C (tableau C-2), cinq critères ont été employés à cet effet : l'énoncé et le niveau de preuve scientifique, les aspects cliniques, épidémiologiques et organisationnels, l'applicabilité de l'intervention, l'acceptabilité et les impacts potentiels de sa mise en œuvre. L'analyse de l'ensemble de la preuve au regard de ces critères permet de conclure que la mise en œuvre de la déprescription des antipsychotiques et de programmes d'interventions multiples dans les CHSLD du Québec peut être recommandée, en respectant toutefois certaines conditions (voir annexe E, tableaux E-1 et E-2).

6 OUTILS DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES

Sept futurs utilisateurs potentiels venant de trois régions du Québec ont répondu entre le 18 octobre et le 2 novembre 2017 à un sondage en ligne concernant leur appréciation des deux outils de transfert des connaissances qui ont été élaborés à partir des recommandations cliniques. Les réponses de six d'entre eux ont été exploitées, mais celles du septième n'ont pu l'être, car elles étaient incomplètes et parce que les outils n'avaient pas été consultés au préalable. Les questions du sondage visaient à évaluer la facilité d'utilisation, la rigueur, la clarté, la présentation visuelle et l'applicabilité des outils (voir annexe D). L'ensemble des participants étaient « totalement en accord » ou « plutôt en accord » avec les différents énoncés qui leur étaient proposés. Les commentaires écrits de ces répondants ont également été recueillis et pris en considération lors de l'élaboration de la version finale des outils.

DISCUSSION

Bilan des principaux constats

Aucun article pertinent issu de la littérature scientifique n'a permis d'apprécier l'effet de mesures administratives ou politiques sur le taux de recours aux antipsychotiques en CHSLD. Toutefois, différentes lois visant l'encadrement de la pratique relative à l'usage des antipsychotiques dans les établissements de santé et de soins de longue durée ont été recensées dans plusieurs provinces canadiennes ainsi qu'aux États-Unis et au Royaume-Uni. Au Québec, les CHSLD ne sont toutefois pas assujettis à une loi précise concernant l'usage des antipsychotiques.

Pour favoriser l'usage optimal des antipsychotiques dans l'optique d'en réduire l'administration chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD hébergées en CHSLD, il est possible d'agir à la fois en amont et en aval de la prescription. En amont, le nombre de personnes nouvellement mises sous traitement peut être limité en favorisant leur prise en charge afin de prévenir la survenue des SCPD. Il est également nécessaire de faire la promotion d'une gestion non pharmacologique de ces symptômes et, lorsqu'un traitement par antipsychotique est requis, veiller au strict respect des conditions d'amorce et de réévaluation recommandées. En aval, il s'agit de réduire ou de supprimer l'exposition aux antipsychotiques chez les personnes pour lesquelles cet usage n'est pas ou n'est plus justifié. Le travail réalisé par l'INESSS, fondé sur des revues systématiques de la littérature, la collecte rigoureuse de données expérientielles et contextuelles, et *in fine* sur la triangulation de ces trois types de données, a permis de préciser les stratégies et modalités d'action qui permettront d'agir efficacement sur ces voies en amont et en aval.

Ainsi, grâce aux résultats de la revue systématique, deux interventions efficaces ont été déterminées pour réduire ou arrêter l'usage des antipsychotiques : la déprescription des antipsychotiques ainsi que l'application de programmes d'interventions multiples axés principalement sur la formation des intervenants qui travaillent auprès des aînés en CHSLD afin de leur permettre d'avoir accès à de meilleures techniques de prévention et de gestion des SCPD, réduisant ainsi la nécessité de recourir aux antipsychotiques. La mise en œuvre de tels programmes de formation s'avère d'autant plus nécessaire que les profils et les besoins des personnes hébergées en CHSLD au Québec se sont alourdis au cours des dernières années, ce qui a pour conséquence de complexifier la gestion et le travail des équipes soignantes. L'efficacité de ces programmes de formation pour réduire les taux d'usage des antipsychotiques a été observée dans la littérature scientifique avec un niveau de preuve faible ou modéré selon les paramètres considérés. Des conditions s'appliquent toutefois. En effet, ces programmes devraient couvrir minimalement certains thèmes fondamentaux (p. ex. approches et stratégies d'intervention de base, révision de la pharmacothérapie, etc.) et réunir plusieurs conditions : être offerts au personnel de façon continue, être axés sur des approches centrées sur la personne, favoriser le recours aux approches et stratégies d'intervention de base en plus de promouvoir la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité. L'ensemble du personnel en contact avec la clientèle atteinte de SCPD devrait être visé. Toutefois, selon l'avis du comité consultatif, une attention particulière devrait être accordée au personnel qui travaille au quotidien en première ligne auprès des résidents, soit les préposés aux bénéficiaires et les infirmières.

La déprescription des antipsychotiques constitue la seconde intervention efficace recensée pour réduire, cette fois en aval, l'usage de ces médicaments. En effet, selon les résultats de la revue systématique de la littérature, l'administration des antipsychotiques pourraient être arrêtée chez la majorité des personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD sans modification significative de leur comportement (niveau de preuve modéré). Cependant, certains résultats suggèrent que l'état des personnes qui présentent des symptômes plus sévères que la moyenne serait susceptible de s'aggraver après l'arrêt de leur antipsychotiques (niveau de preuve faible). L'analyse de l'ensemble de la preuve (tableau E-1) permet de recommander l'implantation de cette intervention dans les CHSLD du Québec. Toutefois, une distinction doit être faite selon l'indication qui a justifié l'ordonnance. En effet, lorsque les antipsychotiques ont été prescrits pour de l'insomnie ou pour toute indication autre que l'agressivité ou la psychose, une déprescription systématique des antipsychotiques devrait être entreprise. Chez les personnes pour lesquelles l'antipsychotique a été prescrit selon l'indication recommandée, plusieurs conditions définies avec le comité consultatif s'imposent. En particulier, le processus de déprescription devrait être appliqué avec la plus grande précaution et un suivi très rigoureux devrait être exercé chez les personnes avec symptômes sévères en dépit d'une approche adaptée et de l'essai des stratégies non pharmacologiques appropriées, mais dont l'état est difficile à stabiliser. Une évaluation clinique individuelle préalable par un psychiatre ou un gériopsychiatre peut s'avérer nécessaire, car la déprescription peut ne pas être une bonne option pour ces personnes. Il en est de même dans le cas des personnes traitées par antipsychotique pour une comorbidité psychiatrique. La détermination précise de la population admissible à la déprescription ainsi que les modalités pratiques de sa réalisation ont été définies grâce aux meilleurs GPC et outils de déprescription repérés, et au savoir expérientiel des membres du comité consultatif.

Les résultats de la revue systématique sont mitigés à l'égard des interventions non pharmacologiques pour prendre en charge les SCPD. Cependant, les interventions non pharmacologiques les plus prometteuses semblent être la musicothérapie et les techniques de gestion du comportement, particulièrement si elles sont individualisées en fonction des caractéristiques de la personne atteinte de TNC majeurs, des SCPD présents et des objectifs thérapeutiques visés.

L'importance de rendre accessible un programme de formation se confirme également pour la prise en charge des SCPD, et les constats sont similaires à ceux formulés précédemment pour la réduction des taux d'usage des antipsychotiques, notamment en ce qui a trait aux thèmes à couvrir, à la formation continue et à l'approche centrée sur la personne. Il ressort également de la démarche l'importance de la participation du personnel aux formations et de l'adhésion de la haute direction aux changements des pratiques et d'organisation qu'implique concrètement la prise en charge non pharmacologique des SCPD.

Considérant l'hétérogénéité importante des devis de recherche et des différentes démarches cliniques évaluées, aucune des options ne se démarque nettement pour réduire les SCPD et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de TNC majeurs hébergées en établissement de soins de longue durée. Cependant, il se dégage de nos résultats un ensemble de caractéristiques favorables pour réduire les SCPD. Tout d'abord, la démarche appliquée doit être structurée et inclure l'évaluation de la problématique et l'analyse des SCPD, la réalisation d'un plan de traitement, la mise en œuvre de ce plan de

et l'évaluation de ses effets sur les SCPD. Ensuite, cette démarche devrait être déployée par des intervenants qui ont les compétences requises, exercent des rôles clairement définis et disposent des moyens établis en termes d'outils d'observation, d'évaluation, de réunions et de plans d'intervention approfondis. La collaboration des familles et le travail d'équipe constituent également des facteurs majeurs de réussite des actions entreprises auprès des résidents atteints de SCPD. Le travail d'équipe comprend le partage des tâches en fonction des compétences, une communication fluide et des façons de faire cohérentes entre les différents quarts de travail, des employés qui ont la diminution des SCPD dans leur mandat, des champions des SCPD disponibles pour aider les équipes aux prises avec des symptômes plus difficiles à comprendre ou à prendre en charge, et finalement une direction qui appuie ses employés dans la mise en œuvre des activités, stratégies ou interventions nécessaires à la réduction des SCPD.

Afin que le recours aux antipsychotiques soit limité aux seules personnes pour lesquelles les avantages d'un tel traitement dépassent les risques qui lui sont associés, l'INESSS s'est également penché sur les conditions à respecter pour amorcer un traitement aux antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD. Celles-ci ont été précisées à partir des recommandations des meilleurs GPC et de la littérature grise ainsi que grâce à l'avis et au savoir expérientiel des membres du comité consultatif.

Une indication claire et précise du recours aux antipsychotiques pour la population précitée a notamment été définie : « Chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD qui résident en CHSLD, le traitement par antipsychotique devrait être considéré uniquement pour la prise en charge à court terme des symptômes d'agressivité ou des symptômes psychotiques qui ne répondent pas aux approches non pharmacologiques et entraînent un danger pour la personne ou pour autrui ». Cette indication exclut les symptômes d'agitation pour lesquels le comité consultatif a considéré qu'un traitement par antipsychotique n'était pas approprié.

Dans tous les cas, la décision de recourir à un traitement par antipsychotique, lorsqu'il est indiqué, devrait être partagée entre, d'une part, l'équipe médicale et, d'autre part, la personne atteinte de TNC majeurs ou son représentant légal, la famille et les proches aidants. L'ensemble de l'information permettant de faire un choix éclairé devrait être échangée afin que les effets bénéfiques potentiels puissent être dûment équilibrés par rapport aux effets négatifs susceptibles d'apparaître, en tenant compte de la situation clinique propre à chaque patient. Les données scientifiques relatives à l'efficacité et à l'innocuité des antipsychotiques atypiques chez les personnes atteintes de TNC font partie des renseignements à partager. Les résultats de la revue systématique réalisée par l'INESSS à cet égard indiquent que les différents antipsychotiques atypiques étudiés n'ont pas tous fait la preuve de leur efficacité sur les symptômes d'agressivité ou les symptômes psychotiques et que cet avantage, lorsqu'il existe, semble modeste. En revanche, ils indiquent que l'ensemble de la classe est associé à une augmentation du risque d'effets indésirables graves tels que la mortalité, les AVC ou les symptômes extrapyramidaux en cas d'usage régulier sur une période de six à 12 semaines sans réévaluation de la médication. Des effets indésirables propres à chaque antipsychotique ont par ailleurs été constatés.

Il apparaît également que le type de TNC est un élément important à considérer dans la décision de traitement. Les personnes atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer sont celles à propos desquelles l'essentiel des données scientifiques ont été colligées. Ainsi, la

généralisabilité des résultats des études ne soulève pas de préoccupation particulière, hormis le fait que les résidents des CHSLD du Québec présentent peut-être un profil clinique plus sévère que les patients des études. Les personnes atteintes de TNC vasculaire ou mixte étaient présentes de façon minoritaire dans les études d'efficacité recensées. L'existence d'un risque, révélé par Santé Canada, d'événements indésirables cérébrovasculaires plus élevé chez ces personnes que chez celles atteintes de TNC dus à la maladie d'Alzheimer amène à recommander d'éviter la prescription d'antipsychotiques pour cette population. Chez les personnes pour lesquelles sont suspectés des TNC avec corps de Lewy ou dus à la maladie de Parkinson, il manque de données probantes pour apprécier l'efficacité des antipsychotiques sur les symptômes psychotiques ou d'agressivité; seule la clozapine a démontré une certaine efficacité pour traiter les symptômes psychotiques chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson. Or, tant les personnes chez qui on suspecte un diagnostic de TNC avec corps de Lewy que celles avec la maladie de Parkinson présentent un risque de symptômes extrapyramidaux et un potentiel de déclin cognitif plus élevé que les personnes atteintes d'autres types de TNC. Ainsi, il serait préférable d'éviter l'administration d'antipsychotiques également à ces personnes. Il importe par ailleurs de prendre en considération de nombreuses caractéristiques individuelles importantes afin de décider du traitement, car elles peuvent faire varier l'estimation de l'équilibre avantages-risques, telles que les antécédents médicaux, les problèmes de santé, les traitements en cours, le risque d'interactions médicamenteuses ou les priorités de traitement. Les objectifs de la personne ou de sa famille, l'importance qu'elle accorde aux avantages escomptés et aux risques éventuels, ses choix ainsi que ses valeurs personnelles seront également déterminants dans la décision finale.

Enfin, le constat d'un usage inapproprié des antipsychotiques administrés au besoin dans les CHSLD du Québec a mené à formuler des recommandations particulières sur ce thème, fondées sur l'avis et le savoir expérientiel des membres du comité consultatif. Notamment, une ordonnance d'antipsychotique en PRN ne devrait pas être renouvelée si elle n'a pas été utilisée dans un intervalle d'un mois si possible ou jusqu'à trois mois au maximum.

Implication pour le système de santé et de services sociaux et pour la recherche

L'efficacité des recommandations de l'INESSS pour favoriser l'usage optimal des antipsychotiques et améliorer la sécurité et la qualité de vie des aînés hébergés en CHSLD visés par ces recommandations sera conditionnée par deux facteurs principaux liés à l'implantation des recommandations : la disponibilité en nombre suffisant de personnel formé de façon adéquate de même que la compréhension et la participation des familles, des proches aidants et du personnel de soins. La disponibilité des ressources est un enjeu majeur dans un contexte de délais d'attente parfois longs pour accéder à des spécialistes en gériatrie, psychiatrie ou neurologie, d'insuffisance voire d'absence dans certains CHSLD de pharmaciens disponibles pour prodiguer leur savoir pharmaceutique ainsi que de pénurie de médecins de famille et de préposés aux bénéficiaires dans les CHSLD. L'accent mis dans les recommandations de l'INESSS sur les stratégies non pharmacologiques de gestion des SCPD implique également que du personnel compétent, formé à ces techniques, soit disponible pour en faire bénéficier les personnes atteintes de TNC majeurs hébergés en CHSLD. Par ailleurs, un travail reste à faire pour vaincre la réticence des familles à entreprendre la déprescription des antipsychotiques, démonter les fausses

croyances relatives à l'efficacité de ces médicaments et apaiser les craintes du personnel soignant devant, par exemple, la suppression d'une ordonnance PRN d'antipsychotique qui n'est pas renouvelée. S'agissant de la déprescription des antipsychotiques, les membres du comité consultatif ont souligné l'intérêt qu'il y aurait à utiliser du matériel particulier pour faciliter l'adhésion de la personne atteinte de TNC majeurs, celle des familles ou des proches aidants et de l'équipe de soins, comme une courte vidéo explicative ou une brochure. De même, une bonne communication entre les différentes parties prenantes constitue un gage de réussite, notamment pour que toute l'information relative aux changements de comportement observés puisse être rapportée en temps opportun à l'équipe médicale.

Dans tous les cas, le déploiement de la démarche collective OPUS-AP constitue une formidable occasion pour implanter dans le réseau les meilleures pratiques basées sur les recommandations du présent avis et amorcer un changement de culture. Celui-ci a d'ailleurs déjà commencé grâce aux projets d'implantation ciblés concernant la maladie d'Alzheimer et les autres TNC majeurs. Toutefois, afin que tous les Québécois puissent bénéficier des meilleures pratiques, il serait important que les CHSLD privés et, à terme, le secteur ambulatoire puissent profiter du mouvement. Par ailleurs, pour un impact optimal sur la santé des aînés et sur les coûts directs et indirects liés à l'usage des médicaments, un travail sur d'autres classes pharmacologiques très souvent prescrites à cette population, et qui comportent pourtant des effets indésirables considérables, serait nécessaire. En effet, un déplacement des ordonnances d'antipsychotiques vers des médicaments tels que les benzodiazépines annulerait au final les efforts consentis pour éviter des effets indésirables notables.

Forces et limites de l'évaluation

Une des forces principales de cet avis repose sur sa méthodologie rigoureuse et transparente ainsi que sur des sources de données nombreuses et diversifiées. Les données scientifiques ont été obtenues à partir de revues systématiques élaborées à partir d'une recherche exhaustive de la littérature scientifique, une évaluation de la qualité de chaque document retenu ainsi qu'une synthèse et une analyse critique des résultats observés. À ces données se sont ajoutées des recommandations de bonne pratique clinique dont la qualité a été évaluée, des documents de la littérature grise récents issus d'organisations indépendantes et reconnues, et une analyse des données contextuelles et expérientielles intégrant l'opinion d'experts québécois. La triangulation des différentes sources de données, en compensant les biais inhérents à chacune d'elles, a permis l'élaboration de recommandations dont la fiabilité est ainsi accrue.

Par ailleurs, le comité consultatif mandaté pour valider les aspects scientifiques ainsi que pour formuler les recommandations était constitué de professionnels venant de plusieurs régions administratives du Québec et il représentait différents profils de professionnels travaillant auprès de personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD, hébergées en CHSLD. Plusieurs des membres ont d'ailleurs participé à l'élaboration de documents et outils de référence sur la prise en charge des SCPD ou de programmes de formation diffusés dans différents établissements du Québec. Toutefois, le comité n'a pas inclus de préposés aux bénéficiaires, ni de représentant des usagers, des résidents ou des familles, ce qui constitue un écueil. En effet, les préposés aux bénéficiaires sont des intervenants incontournables pour les soins aux aînés en CHSLD. Et les résidents ainsi que leur famille

sont les bénéficiaires ultimes du présent travail.

Une des faiblesses principales de l'avis est liée à l'absence de données probantes qui permettraient de soutenir certaines recommandations, notamment celles sur l'usage PRN d'antipsychotique ou sur les modalités de la déprescription. L'avis et le savoir expérientiel des membres du comité consultatif sont donc parfois l'unique fondement de la recommandation. Or, malgré le soin porté à l'obtention d'une bonne représentativité des membres consultés et un consensus d'au minimum 80 % pour chacune des recommandations, les libellés retenus peuvent ne pas être conformes à certaines opinions ou pratiques qui ont cours au Québec. Par ailleurs, il est à souligner que les recommandations ne sont pas directement transposables au secteur ambulatoire. En effet, la priorité des travaux a été donnée dans un premier temps à la clientèle des CHSLD. Ainsi, les questions de recherche et les recommandations ont été formulées dans la perspective d'une application à ce milieu en particulier.

Une autre des faiblesses à noter est liée à l'absence de recommandations relatives aux interventions réalisées par les familles et les proches aidants pour prendre en charge les SCPD. Enfin, les interventions environnementales n'ont pas été traitées spécifiquement dans cet avis.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations cliniques de l'INESSS sur l'usage optimal des antipsychotiques et la prise en charge des SCPD par des interventions non pharmacologiques chez les personnes atteintes de TNC avec SCPD sont le fruit d'un travail systématique et rigoureux qui a intégré les données scientifiques, les meilleures recommandations de bonne pratique clinique et l'expérience de cliniciens et d'intervenants québécois en santé issus de différentes spécialités (gériatre, gérontopsychiatre, neurologue, médecin omnipraticien, pharmacien, infirmière). Des données contextuelles ont également été considérées. La triangulation de ces différentes sources de données a permis d'accroître la fiabilité des recommandations. Celles-ci ont été rédigées dans un souci de concision et de clarté afin d'être reprises dans des outils de transfert de connaissances destinés aux équipes de soins qui exercent dans les CHSLD. L'argumentaire scientifique, contextuel et expérientiel qui a conduit aux recommandations cliniques est résumé dans la section sur les résultats et il figure à l'annexe F de façon détaillée sous forme de tableau; celui-ci présente également le taux de consensus obtenu pour chaque recommandation.

Stratégies cliniques efficaces visant à diminuer l'utilisation des antipsychotiques et à prendre en charge les SCPD

- Programme d'interventions multiples

1. Multidisciplinarité et interdisciplinarité

- 1.1. L'établissement devrait s'engager à mettre en œuvre un programme d'interventions multiples et à le soutenir par l'allocation de ressources humaines et matérielles.
- 1.2. Un programme d'interventions multiples devrait favoriser la formation du personnel d'un établissement de manière à promouvoir le travail d'équipe dans un esprit de multidisciplinarité et d'interdisciplinarité tout en mettant à profit l'expertise et l'expérience des différents intervenants.
- 1.3. Les proches aidants, les membres de la famille ou les représentants légaux devraient être sensibilisés à l'approche à adopter avec les personnes qui présentent des SCPD de manière à s'assurer que leurs attitudes correspondront à celles de l'équipe soignante.

2. Approche centrée sur la personne

- 2.1. Le programme d'interventions multiples devrait :
 - adopter une philosophie centrée sur la personne et le recours à l'approche de base, dont les stratégies d'intervention de base, en tout temps;
 - favoriser une approche individualisée axée sur l'évaluation des causes sous-jacentes et/ou des besoins compromis;
 - favoriser l'élaboration et la mise en œuvre en tout temps des plans d'intervention adaptés à la personne ainsi qu'au contexte clinique afin de répondre aux causes sous-jacentes et/ou aux besoins compromis identifiés.

3. En présence de SCPD

- 3.1. Les personnes atteintes de TNC majeurs hébergées en CHSLD et qui présentent des SCPD devraient faire l'objet d'une évaluation visant notamment à documenter :

- l'histoire biographique de la personne (si déjà au dossier, approfondir si nécessaire);
- la description ou l'observation objective du ou des SCPD (types, fréquence, sévérité et moments où ils surviennent), notamment par des grilles d'observation;
- les causes sous-jacentes (physiologiques ou pharmacologiques, psychologiques, environnementales ou liées à l'approche) et/ou les besoins compromis non satisfaits qui peuvent être à l'origine des SCPD observés;
- les antécédents d'administration d'AP et les effets rapportés à la suite de leur utilisation.

3.2. Les personnes atteintes de TNC majeurs hébergées en CHSLD qui présentent des SCPD devraient bénéficier :

- du suivi de l'application de l'approche de base;
- d'un recadrage si approprié.

3.3. Les causes réversibles potentielles des SCPD* devraient être éliminées ou corrigées lorsque possible.

* Les causes réversibles potentielles des SCPD comprennent notamment :

- des causes physiologiques ou pharmacologiques, telles que la douleur, la constipation, des besoins de base non comblés, une pathologie aiguë (infection, délirium, etc.), un déficit auditif ou visuel non corrigé ou une autre condition médicale;
- des causes psychologiques telles que l'ennui, la solitude, la perte de contrôle et de pouvoir ou l'anxiété;
- des causes environnementales telles que le bruit, la luminosité, le roulement du personnel, la sous ou la sur-stimulation, la dépersonnalisation de la chambre ou l'absence de repères;
- des causes liées à l'approche, telles qu'une approche inadaptée à la personne ou à la situation, ou des éléments liés à l'organisation des services.

3.4. Pour chaque personne atteinte de TNC majeurs avec SCPD qui n'a pas répondu à l'approche de base ou au recadrage, le plan d'intervention individualisé devrait être révisé pour prendre en charge les SCPD. Ce plan devrait :

- être basé sur l'histoire biographique de la personne;
- être établi de façon interprofessionnelle et, si possible, en impliquant la participation de la famille, des proches aidants et/ou du représentant légal de la personne atteinte de TNC majeurs;
- détailler les interventions non pharmacologiques individualisées et, le cas échéant, les interventions pharmacologiques à appliquer liées aux causes sous-jacentes et/ou aux besoins compromis des SCPD identifiés;
- comprendre une révision systématique de l'histoire médicale et l'ensemble des traitements de la personne;
- être réévalué sur une base régulière en incluant l'efficacité des interventions particulières mises en œuvre avec des outils validés.

4. Interventions non pharmacologiques individualisées

4.1. Les interventions non pharmacologiques individualisées devraient :

- être complémentaires à l'approche de base mise en œuvre initialement et viser des causes sous-jacentes et/ou des besoins compromis non satisfaits;
- être adaptées en fonction de l'histoire biographique, des valeurs et préférences de la personne, de sa famille, de ses proches aidants et/ou de son représentant légal, des causes sous-jacentes et/ou des besoins compromis reconnus ainsi que des objectifs

cliniques visés (diminution des SCPD en cours, prévention de l'apparition de SCPD, qualité de vie, maintien de la personne dans une zone de confort, préservation des activités de la vie quotidienne, etc.);

- permettre d'améliorer la communication et l'interaction avec la personne atteinte de TNC majeurs et la compréhension de sa réalité;
- être évaluées sur une base régulière avec des outils valides, et ajustées au besoin;
- être documentées de façon détaillée pour permettre à l'ensemble des personnes qui interagissent avec la personne atteinte de TNC majeurs qui présente des SCPD d'appliquer les interventions non pharmacologiques individualisées.

5. Formation continue

5.1. Les programmes de formation devraient :

- être offerts de manière continue, avec des rappels périodiques, à l'ensemble des intervenants qui exercent dans des CHSLD;
- être inclus dans tous les programmes d'orientation des nouveaux employés (gestionnaire, personnel soignant ou de soutien) et leur être offerts dans les plus brefs délais après leur embauche ou dès que disponibles;
- cibler l'ensemble du personnel de l'établissement susceptible d'interagir de près ou de loin avec les personnes atteintes de TNC majeurs qui présentent des SCPD; le contenu devrait être adapté en fonction du type de personnel et des responsabilités professionnelles de chacun;
- viser les connaissances, l'attitude et les compétences du personnel, des proches et de l'organisation;
- permettre un perfectionnement graduel des compétences et l'intégration des nouvelles connaissances dans la pratique;
- être actualisés sur une base régulière pour refléter les dernières données scientifiques et les nouvelles techniques et interventions non pharmacologiques.

5.2. Une équipe primaire dédiée composée d'experts ou de champions dans le domaine (idéalement des préposés aux bénéficiaires, infirmières, omnipraticiens ou médecins spécialistes tels que gériopsychiatres) devrait être constituée et formée au préalable dans tous les établissements de santé et/ou de soins de longue durée de manière à pouvoir donner la formation au reste de l'équipe et dans le but de servir de référence aux autres responsables de soins engagés dans les différents programmes de formation.

6. Programmes de formation

6.1. De manière générale, les programmes de formation devraient contenir :

- de l'encadrement et du mentorat tout au long de la formation et de la postformation;
- du matériel et des outils pédagogiques;
- des forums et plateformes d'entraide ainsi que du temps alloué pour des séances de partage et d'échange d'information clinique entre les différents acteurs concernés;
- du soutien en matière de gestion du changement, de travail et de communication en équipe;
- des conseils et astuces afin d'encourager et de faciliter la participation des personnes atteintes de TNC majeurs et de leur famille en plus de celle des médecins et des autres

intervenants de l'équipe de soins.

6.2. La formation du personnel devrait être basée sur les bonnes pratiques cliniques et les meilleures lignes directrices dans le domaine, associées directement à la réglementation en vigueur au Québec, et couvrir les thèmes suivants (en fonction du poste occupé) :

Approche de base

- les principes de l'approche centrée sur la personne et la manière dont ils sont mis en œuvre dans le contexte de la prise en charge des SCPD;
- l'approche et les stratégies de base (p. ex. qu'est-ce que la validation, la diversion, l'écoute active adaptée, les stratégies décisionnelles, la méthode discontinue, la gestion du refus, etc.) afin que les intervenants puissent les utiliser au quotidien de manière préventive ou pour désamorcer les situations d'escalade;
- le principe du recadrage.

Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention

- les notions de base sur les fonctions cognitives et le vieillissement normal;
- les notions de base sur les différents types de TNC majeurs;
- les éléments de l'évaluation, soit : l'examen clinique physique et mental, la médication et l'observation clinique des SCPD en vue de déterminer leurs causes sous-jacentes et/ou les besoins compromis;
- les étapes à suivre lors de la réalisation d'un plan d'intervention : déterminer et détailler l'ensemble des approches et des interventions individualisées ainsi que les objectifs à atteindre tout en incluant le rôle de chacun des acteurs qui entourent la personne.

Interventions non pharmacologiques individualisées

- les différents types d'interventions non pharmacologiques individualisées (dont les interventions environnementales) et la manière de les associer aux causes sous-jacentes et/ou aux besoins compromis reconnus;
- les interventions à court terme à mettre en œuvre lorsque des manifestations peuvent potentiellement présenter un danger pour la personne ou pour autrui;
- les conditions d'application du plan d'intervention pour en assurer l'efficacité;
- la gestion des SCPD à l'aide d'interventions non pharmacologiques : agressivité et agitation; symptômes qui ne répondent pas à la médication (p. ex. errance, comportements répétitifs, désinhibition verbale, accumulation, etc.).

Approches pharmacologiques

- l'importance du problème associé à l'usage inapproprié des antipsychotiques ainsi que les solutions envisageables pour une prise en charge des personnes au cas par cas;
- les principes et les différentes étapes de la révision des antipsychotiques (pourquoi, par qui, quand, comment, etc.);
- les conditions particulières de l'amorce d'un traitement aux antipsychotiques;
- les effets indésirables associés à la prise d'antipsychotiques;
- les modalités de déprescription des antipsychotiques, les conditions relatives à la réduction des doses ou à l'arrêt de ces médicaments ainsi que les aspects à considérer lors du suivi clinique postdéprescription;

- les modalités relatives à l'usage PRN des antipsychotiques;
- les médicaments qui peuvent être administrés et ceux qui ne devraient pas être utilisés en substitution à l'antipsychotique déprescrit, selon les indications.

6.3. Les programmes de formation devraient être harmonisés et cohérents avec certains programmes reconnus et initiatives déjà en cours à travers le Québec.

Stratégies cliniques efficaces visant à diminuer l'utilisation des antipsychotiques - Déprescription

7. Sélection des personnes admissibles à la déprescription de l'AP

7.1. La déprescription de l'antipsychotique en vue de la cessation de celui-ci devrait être entreprise systématiquement chez les personnes atteintes de TNC majeurs, hébergées en CHSLD et traitées par antipsychotiques pour de l'insomnie OU pour des SCPD autres que des symptômes psychotiques ou des symptômes d'agressivité entraînant un danger pour la personne elle-même ou pour autrui.

7.2. La déprescription de l'antipsychotique devrait être tentée chez les personnes atteintes de TNC majeurs hébergées en CHSLD, traitées de façon régulière par antipsychotiques pour des symptômes psychotiques ou des symptômes d'agressivité entraînant un danger pour la personne elle-même ou pour autrui :

- avec stabilité comportementale depuis trois mois ou plus*; OU
- sans réponse cliniquement significative après quatre semaines d'essai de l'antipsychotique à dose optimisée**;

*Pour les personnes avec symptômes sévères en dépit d'une approche adaptée et de l'essai des interventions non pharmacologiques appropriées, et pour lesquelles la stabilisation clinique a été difficile à obtenir, il convient d'apprécier l'opportunité de tenter la déprescription de l'antipsychotique sur la base d'une évaluation clinique individuelle. Le cas échéant, un psychiatre ou un gériopsychiatre devrait être consulté.

** En cas de persistance des symptômes psychotiques ou d'agressivité mettant en danger le résident ou autrui et de non-réponse aux interventions non pharmacologiques, un changement de traitement peut être considéré, y compris l'essai d'un nouvel antipsychotique (se référer aux recommandations relatives à l'usage approprié et aux conditions d'amorce d'un traitement par antipsychotique).

7.3. Un psychiatre ou un gériopsychiatre devrait être consulté avant d'amorcer une éventuelle déprescription de l'antipsychotique chez les personnes traitées pour une pathologie psychiatrique concomitante aux SCPD telle que :

- schizophrénie ou troubles psychotiques apparentés
- troubles bipolaires ou apparentés
- trouble dépressif majeur

En effet, la déprescription peut ne pas être indiquée chez ces personnes.

Note : Des effets indésirables liés au traitement peuvent apparaître avec l'âge chez ces personnes et nécessiter une réduction des doses d'antipsychotiques, si possible après la consultation d'un psychiatre ou d'un gériopsychiatre.

8. Participation de la personne atteinte de TNC majeurs ou du représentant légal, des familles ou proches aidants et des soignants

8.1. La collaboration de la personne atteinte de TNC majeurs ou de son représentant légal, celle de la famille, des proches aidants et de l'équipe de soins à la démarche de déprescription, et si possible leur adhésion, devraient être recherchées avant d'amorcer le processus de déprescription.

8.2. La personne atteinte de TNC majeurs ou son représentant légal, la famille, les proches aidants et l'équipe de soins devraient avoir compris :

- le motif de la déprescription et les avantages attendus (diminution des effets indésirables liés à la prise continue d'antipsychotiques, sans modification significative des symptômes);
- qu'une surveillance étroite des symptômes et que la prise en charge de ceux-ci par l'approche et les stratégies de base ainsi que par des interventions non pharmacologiques individualisées devraient être effectuées parallèlement à la déprescription;
- qu'ils participent à la surveillance des symptômes et au plan de réduction graduelle des doses;
- qu'une rechute des SCPD et des symptômes liés à l'arrêt ou à la diminution des doses d'antipsychotiques peuvent se manifester.

9. Modalités de déprescription et suivi des personnes atteintes de TNC majeurs

9.1. La déprescription de l'antipsychotique devrait être graduelle (p. ex. réduction de la dose de 25 % toutes les une à deux semaines) et associée à la surveillance de la réapparition des symptômes et de l'apparition d'éventuels effets liés à l'arrêt ou à la diminution des doses d'antipsychotiques*.

*Les symptômes qui peuvent être liés à l'arrêt ou à la diminution des doses d'antipsychotiques incluent la nausée, les vomissements, la diarrhée, la transpiration, les tensions et douleurs musculaires, l'insomnie, l'anxiété, la confusion, les troubles du mouvement, etc.

9.2. Une vigilance particulière est recommandée au cours de la déprescription lorsque celle-ci est entreprise chez des personnes dont les symptômes initiaux étaient graves. Un suivi fréquent et une réduction plus lente des doses sont recommandés pour ces personnes.

9.3. L'approche de base ainsi que les interventions non pharmacologiques individualisées devraient être poursuivies au cours de la déprescription.

9.4. En période de déprescription de l'antipsychotique, les autres médicaments habituellement prescrits ne devraient pas faire l'objet d'ajustements concomitants, sauf si des interactions médicamenteuses ou une maladie aiguë concomitante le justifient.

9.5. Les familles ou les proches aidants devraient participer à la surveillance des symptômes de la personne chez laquelle la déprescription de l'antipsychotique est entreprise, et avoir la possibilité de rapporter de façon systématique tout changement de comportement observé à l'équipe de soins ou, le cas échéant, à l'intervenant-pivot désigné au sein de cette équipe.

9.6. L'évolution des symptômes devrait être consignée en utilisant au besoin un instrument de mesure des SCPD.

9.7. Les tentatives de déprescription et leurs résultats (en particulier les échecs) devraient être documentés sur un support qui restera de façon permanente dans le dossier du patient.

10. Rechutes

10.1. En cas d'apparition ou de réapparition des SCPD, une évaluation complète devrait être effectuée pour déterminer s'il s'agit d'une rechute du symptôme initialement traité par l'AP, les causes potentielles réversibles devraient être éliminées ou corrigées, et l'application de l'approche de base ainsi que des interventions non pharmacologiques individualisées, le cas échéant, devrait être poursuivie.

10.2. En cas de rechute caractérisée par des symptômes psychotiques ou des symptômes d'agressivité entraînant un danger pour la personne elle-même ou pour autrui, l'antipsychotique peut être repris, avec titration progressive, jusqu'à la plus petite dose efficace; après trois mois de stabilité comportementale, une nouvelle tentative de déprescription de l'antipsychotique peut être envisagée.

11. Glissement de classe pharmacologique

11.1 La déprescription des antipsychotiques ne devrait pas entraîner un déplacement de l'ordonnance vers d'autres classes pharmacologiques, en particulier vers les benzodiazépines, compte tenu des risques qui leur sont associés.

12. Mise en œuvre de la déprescription dans l'établissement

12.1. Dans l'établissement concerné par la déprescription, il est conseillé :

- de réunir les conditions qui favorisent la réussite de la déprescription avant d'amorcer le processus (p. ex. présence, si possible, du personnel habituel, formation sur l'approche et les stratégies de base en situation de démence dispensée à l'ensemble du personnel soignant, absence de survenue d'événements perturbateurs, comme un décès, dans l'unité);
- de ne pas amorcer la déprescription au même moment chez toutes les personnes ciblées, mais d'échelonner le processus en commençant par les personnes les plus susceptibles de ne pas avoir besoin d'antipsychotique;
- de favoriser les changements médicamenteux les lundis afin de permettre leur évaluation au cours de la semaine de travail régulière.

Modalités d'usage des antipsychotiques et conditions d'amorce du traitement - En traitement régulier

13. Indications d'usage et critères d'amorce d'un traitement par AP

13.1 Chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD hébergées en CHSLD, le traitement par antipsychotiques devrait être considéré uniquement pour la prise en charge à court terme des symptômes d'agressivité ou des symptômes psychotiques qui ne répondent pas aux approches non pharmacologiques et entraînent un danger pour la personne atteinte de TNC majeurs ou pour autrui*.

*La rispéridone est le seul antipsychotique *per os* homologué par Santé Canada pour « la prise en charge à court terme des symptômes d'agressivité ou des symptômes psychotiques chez les personnes atteintes de démence grave de type Alzheimer qui ne répondent pas aux approches non pharmacologiques en présence d'un risque d'automutilation ou de blessure à autrui ».

13.2. Chez les personnes atteintes de TNC avec corps de Lewy ou dus à la maladie de Parkinson, les antipsychotiques devraient être évités en raison des risques de symptômes extrapyramidaux et d'un potentiel de déclin cognitif plus élevé que chez les personnes atteintes d'autres types de TNC. Les antipsychotiques devraient également être évités chez les personnes atteintes de TNC vasculaire ou mixte, en raison d'un risque plus élevé d'événements indésirables cérébrovasculaires chez ces personnes par rapport à celles qui présentent des TNC dus à la

maladie d'Alzheimer. Au besoin, il est conseillé d'orienter ces personnes vers des services spécialisés, notamment de psychiatrie, de gériopsychiatrie, de gériatrie ou de neurologie cognitive ou du comportement.

13.3. Les approches de base et les interventions non pharmacologiques individualisées devraient être employées et maintenues de façon concomitante à l'administration des antipsychotiques lorsque celle-ci est indiquée.

13.4. La décision partagée de recourir ou non à un traitement par antipsychotique, lorsqu'indiqué, devrait faire suite à une discussion éclairée entre l'équipe de soins et la personne atteinte de TNC majeurs, les membres de la famille, les proches aidants et/ou le représentant légal, et :

- reposer sur l'appréciation des avantages et des risques du traitement pour la personne atteinte de TNC majeurs;
- reposer sur les valeurs et préférences de la personne atteinte de TNC majeurs, celles de sa famille, de ses proches aidants et/ou de son représentant légal.

14. Posologie et modalités de titration des antipsychotiques

14.1. Le traitement par antipsychotique, lorsqu'indiqué, devrait être amorcé à faible dose* et augmenté graduellement jusqu'à la plus petite dose efficace, ajustée en fonction de la réponse de la personne atteinte de TNC majeurs et de l'éventuelle apparition d'effets indésirables.

* Les doses de départ chez cette clientèle âgée devraient être plus faibles que pour des personnes plus jeunes.

14.2. Lorsqu'un traitement oral par antipsychotique est indiqué, les antipsychotiques atypiques devraient être privilégiés aux antipsychotiques typiques.

15. Évaluation de la réponse aux antipsychotiques, durée de traitement et critères de suivi

15.1. La durée de validité d'une ordonnance d'antipsychotique devrait être d'un mois (ou moins selon le besoin clinique) à trois mois au maximum, et la pertinence de poursuivre le traitement devrait être réévaluée à l'échéance de l'ordonnance.

15.2. Lorsque des antipsychotiques sont utilisés pour le traitement de SCPD ou de l'insomnie chez des personnes atteintes de TNC majeurs hébergées en CHSLD, il importe de se référer aux recommandations relatives à la déprescription des antipsychotiques afin de savoir dans quelles situations une cessation ou une réduction de leur usage est requise.

Modalités d'usage des antipsychotiques et conditions d'amorce du traitement

- Au besoin (PRN)

16. Conditions d'amorce

16.1. Chez les personnes atteintes de TNC majeurs hébergées en CHSLD, le recours aux antipsychotiques en PRN peut être envisagé uniquement pour la prise en charge à court terme des symptômes d'agressivité ou des symptômes psychotiques entraînant un danger immédiat pour la personne atteinte de TNC majeurs ou pour autrui, lorsque les stratégies d'intervention de base et le recadrage sont inefficaces.

16.2. Lorsqu'un antipsychotique en PRN est indiqué, l'ordonnance devrait comporter l'indication précise du recours à ce traitement, les doses (y compris la dose maximale par 24 h), la fréquence d'utilisation et l'intervalle minimal entre les doses.

16.3. Les antipsychotiques ne devraient jamais être administrés en PRN de **manière préventive** chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD hébergées en CHSLD (p. ex. utilisation pour la prévention de comportements de résistance aux soins d'hygiène).

17. Réévaluation / arrêt du traitement

17.1. La durée de validité d'une ordonnance d'antipsychotique en PRN devrait être de un mois (ou moins selon le besoin clinique) à trois mois au maximum. La pertinence de poursuivre ce traitement devrait être réévaluée à l'échéance de l'ordonnance.

17.2. Une ordonnance d'antipsychotique en PRN ne devrait pas être renouvelée si elle n'a pas été utilisée dans l'intervalle de un mois (si possible) à trois mois au maximum.

CONCLUSION

La gestion des SCPD chez les personnes atteintes de TNC majeurs représente un défi clinique auquel le personnel soignant doit faire face régulièrement. La formation insuffisante dans ce domaine apporte son lot de conséquences et conduit à une prise en charge sous-optimale de ce type de clientèle ainsi qu'à la surutilisation des antipsychotiques, surtout dans les CHSLD où le manque de temps et de personnel peut influencer le recours à ce type de médicament. Or, en raison de leur efficacité limitée et de leur profil d'innocuité peu favorable, les antipsychotiques doivent être administrés de manière très rigoureuse aux personnes âgées, car celles-ci sont particulièrement vulnérables et à risque d'effets indésirables graves.

Les recommandations du présent avis, élaborées grâce à la triangulation des données provenant de la littérature scientifique, des GPC, du savoir expérientiel d'experts québécois et des données contextuelles, devraient permettre de mieux outiller les équipes des CHSLD pour prévenir et gérer les SCPD sans recourir aux antipsychotiques. Elles devraient également permettre que les antipsychotiques, lorsqu'indiqués, soient utilisés de la façon la plus judicieuse possible en fonction des éléments recueillis sur la situation clinique de la personne atteinte de TNC majeurs, du type de SCPD observés et de l'analyse approfondie du ratio avantages-risques pour cette personne. Une diminution des doses ou un arrêt des antipsychotiques pourront être envisagés dès lors que le traitement n'apparaît plus justifié. La démarche collaborative OPUS-AP, fondée notamment sur l'approche de la FCASS et dont l'implantation est prévue de manière progressive au cours des prochaines années, constitue le vecteur idéal de diffusion de ces recommandations et l'occasion rêvée d'opérer un changement des pratiques à la grandeur du Québec. Toutefois, d'un point de vue organisationnel, plusieurs facteurs propres au Québec sont perçus comme pouvant limiter l'implantation des recommandations et le succès de la démarche, en particulier la présence en nombre insuffisant de professionnels de la santé et d'autres intervenants dont le rôle est majeur auprès des aînés en CHSLD. Si les résultats obtenus n'étaient pas ceux escomptés quant à la réduction globale de l'administration des antipsychotiques, des mesures supplémentaires pourraient éventuellement être envisagées, telles que l'implantation de stratégies administratives ou politiques basées sur celles recensées dans le présent avis.

RÉFÉRENCES

- Alberta Health Services. Appropriate Use of Antipsychotics, Prescriber and Pharmacist Frequently Asked Questions. 2015. Disponible à : <http://www.albertahealthservices.ca/assets/about/scn/ahs-scn-srs-aua-prescriber-pharm-faq.pdf>.
- American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patient with Dementia. 2016. Disponible à : <http://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890426807>.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®) : American Psychiatric Pub; 2013.
- Ballard C et Waite J. The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev 2006;(1):CD003476.
- Bourque M et Voyer P. La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Dans : Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie (2ème édition). Saint-Laurent : ERPI; 2013 : 451-78.
- Bpac^{nz}. Antipsychotics in dementia. 2008. Disponible à : http://www.bpac.org.nz/a4d/resources/docs/bpac_A4D_best_practice_guide.pdf.
- Brooker D. What is person-centred care in dementia? Reviews in Clinical Gerontology 2003;13(3):215-22.
- Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. National Guidelines for Seniors' Mental Health : The Assessment and Treatment of Mental Health Issues in Long Term Care Homes (Focus on Mood and Behaviour). 2016. Disponible à : http://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/NatlGuideline_LTC.pdf.
- Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. National Guidelines for Seniors' Mental Health : The Assessment and Treatment of Mental Health Issues in Long Term Care Homes (Focus on Mood and Behaviour) - Updated. 2014. Disponible à : <http://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/2014-ccsmh-Guideline-Update-LTC.pdf>.
- Castiglione SA et Ritchie JA. Passer à l'action: nous connaissons les pratiques que nous souhaitons changer. Que faire, maintenant? Guide de mise en oeuvre pour les professionnels de la santé. Ottawa, ON : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC); 2012. Disponible à : http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/lm_moving_into_action-fr.pdf.
- Collège des médecins du Québec. La pratique médicale en soins de longue durée. 2015. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-04-01-fr-pratique-medicale-en-soins-de-longue-duree.pdf?t=1497382005771>.
- Comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer présidé par Howard Bergman MD. Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des

- maladies apparentées : une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence. Rapport. 2009. Disponible à :
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-829-01W.pdf>.
- Denzin NK et Lincoln YS. Handbook of qualitative research. 2^e éd Thousand Oaks, CA : Sager, E. R.; 2000.
- Deprescribing.org. Algorithme de déprescription des antipsychotiques (AP). 2016;
- Edvardsson D, Fetherstonhaugh D, Nay R. Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. J Clin Nurs 2010;19(17-18):2611-8.
- Finkel SI et Burns A. BPSD Consensus Statement. 1999.
- Gauthier S, Patterson C, Chertkow H, Gordon M, Herrmann N, Rockwood K, et al. Recommendations of the 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD4). Can Geriatr J 2012;15(4):120-6.
- Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. 2009. Disponible à :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_819667/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement-perturbateurs.
- INESSS. Usage optimal des antipsychotiques et prise en charge non pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs résidant en centre d'hébergement et de soins de longue durée. 2017;
- Janssen Inc. Risperdal, Risperdal M-Tab (Monographie). 2014. Disponible à :
http://www.janssen.com/canada/sites/www_janssen_com_canada/files/product/pdf/ris06112014cpm2f_snds.pdf.
- Kitwood T et Bredin K. Towards a theory of dementia care: personhood and well-being. Ageing Soc 1992;12:269-87.
- La commission de la santé et des services sociaux. Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée : observations, conclusions et recommandations. Direction des travaux parlementaires de l'Assemblée nationale du Québec; 2016.
- Ma H, Huang Y, Cong Z, Wang Y, Jiang W, Gao S, Zhu G. The efficacy and safety of atypical antipsychotics for the treatment of dementia: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. J Alzheimers Dis 2014;42(3):915-37.
- Maglione M, Ruelaz Maher A, Hu J, Wang Z, Shanman R, Shekelle PG, et al. Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update. Comparative Effectiveness Reviews 2011;43
- Maher AR, Maglione M, Bagley S, Suttrop M, Hu JH, Ewing B, et al. Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic medications for off-label uses in adults: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2011;306(12):1359-69.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

- Québec : MSSS; 2014a. Disponible à :
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-07W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Québec : MSSS; 2014b. Disponible à :
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-06W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD: orientations ministérielles. MSSS; 2003. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-830-01.pdf>.
- National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH). Dementia: A NICE–SCIE guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. . Leicester,
- Royaume-Uni : [Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)]; 2007. Disponible à :
<http://www.nice.org.uk/guidance/cg42/evidence/cg42-dementia-fullguideline-including-appendices-172>.
- National Institute for Health and Care Excellence. Dementia : supporting people with dementia and their carers in health and social care. 2016;
- PrescQIPP. Reducing antipsychotic prescribing in dementia toolkit. 2014. Disponible à :
<https://www.prescqipp.info/resources/send/109-reducing-antipsychotic-prescribing-in-dementia-toolkit/1353-reducing-antipsychotic-prescribing-in-dementia-toolkit>.
- Primary Health Tasmania. A guide to deprescribing antipsychotics. 2015. Disponible à :
<https://www.primaryhealthtas.com.au/sites/default/files/A%20Guide%20to%20Deprescribing%20Antipsychotics.pdf>.
- Schneider LS, Dagerman K, Insel PS. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14(3):191-210.
- Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA* 2005;294(15):1934-43.
- Scottish government model of care polypharmacy working group. Polypharmacy guidance (2nd edition). Scottish Government; 2015. Disponible à :
http://www.sign.ac.uk/pdf/polypharmacy_guidance.pdf.
- Stinton C, McKeith I, Taylor JP, Lafortune L, Mioshi E, Mak E, et al. Pharmacological Management of Lewy Body Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2015;172(8):731-42.
- Tadrous M, Martins D, Herrmann N, Fernandes K, Yao Z, Singh S, et al. Antipsychotics in the Elderly. Final report: Pharmacoepidemiology unit. 2015;
- Tampi RR, Tampi DJ, Balachandran S, Srinivasan S. Antipsychotic use in dementia: a systematic review of benefits and risks from meta-analyses. *Therapeutic Advances in Chronic Disease* 2016;7 (5):229-45.

- Third Canadian Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Dementia. 146
Approved Recommendations. 2006. Disponible à :
http://www.ccdtd.ca/pdfs/Final_Recommendations_CCCDTD_2007.pdf.
- Valiyeva E, Herrmann N, Rochon PA, Gill SS, Anderson GM. Effect of regulatory warnings on antipsychotic prescription rates among elderly patients with dementia: a population-based time-series analysis. CMAJ 2008;179(5):438-46.
- Voyer P. L'examen clinique de l'aîné, 2ème édition. Saint-Laurent : ERPI; 2017.
- Voyer P, Danjou C, Nkogho Mengue PG. Les démences. Dans : Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie (2ème édition). Saint-Laurent : ERPI; 2013 : 51-82.
- Voyer P, Gagnon C, Germain J. Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : Aide-mémoire à la prise de décision. Québec : Regroupement des médecins oeuvrant en gériatrie dans la région 03; 2009.
- Voyer P, McCusker J, Cole MG, Monette J, Champoux N, Ciampi A, et al. Behavioral and psychological symptoms of dementia: how long does every behavior last, and are particular behaviors associated with PRN antipsychotic agent use? J Gerontol Nurs 2015;41(1):22-37; quiz 8-9.
- Wang J, Yu JT, Wang HF, Meng XF, Wang C, Tan CC, Tan L. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2015;86(1):101-9.

ANNEXE A

Cadre conceptuel de mobilisation des connaissances

La mobilisation des connaissances se caractérise par :

- une démarche qui a pour point de départ et pour finalité l'aide à la décision destinée à l'amélioration des soins et des services en santé et en services sociaux. C'est à partir du besoin décisionnel et de la portée du projet déterminés lors du cadrage du projet que l'on sait quels types de connaissances et quelles parties prenantes et organisations mobiliser.
- Une approche multidimensionnelle des connaissances, c'est-à-dire qui prend en considération les différentes dimensions entourant la pratique : les dimensions scientifiques, organisationnelles, professionnelles et expérientielles et les enjeux d'ordre technologique, de pratique clinique, politique, éthique, social et juridique.
- La collaboration et les interactions avec les parties prenantes pour une meilleure intégration des savoirs, des connaissances scientifiques, des expériences et des perspectives de l'ensemble des parties prenantes concernées, y compris les personnes atteintes de TNC majeur, les usagers et les proches aidants, dans le processus de développement et de mise en œuvre de mesures concrètes destinées à l'amélioration des soins et des services.
- Un mode itératif et continu de production des connaissances soutenu par l'interpellation et l'implication des parties prenantes à chaque étape de l'élaboration du produit d'aide à la décision. Ces interactions permettent d'apporter des ajustements dans les méthodes de production, de mettre en lumière les limites des recommandations envisagées, ou de soulever la nécessité d'approfondir certaines dimensions.

Un processus dynamique et multidirectionnel d'échanges entre les parties prenantes des différents secteurs d'activités du réseau de la santé et des services sociaux du Québec et avec les professionnels de l'INESSS impliqués dans la production scientifique en vue de formuler des recommandations qui tiennent compte du caractère interdépendant de ces secteurs et du contexte global d'implantation.

ANNEXE B

Mandat du comité consultatif

Comité consultatif

Le comité consultatif a pour mandat d'accompagner les présents travaux de l'INESSS afin d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et de pratique et l'acceptabilité professionnelle et sociale du produit livré, et ce en fournissant des informations, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux. Ils offrent aussi de la rétroaction à différentes étapes du projet.

À cette fin, le comité devra notamment :

- se prononcer sur les questions clés de recherche ;
- prendre connaissance des résultats de la revue de littérature portant sur les recommandations de bonnes pratiques cliniques de différents pays ;
- fournir de l'information contextuelle et expérientielle ;
- contribuer à l'identification des enjeux d'implantation pour l'ensemble des acteurs impliqués ;
- contribuer à la formulation des recommandations finales ;
- se prononcer sur les produits de transfert de connaissances.

La composition de ce comité est présentée dans les pages liminaires du présent document.

ANNEXE C

Critères d'appréciation de la qualité des données scientifiques et de l'ensemble de la preuve

Tableau C-1. Critères d'appréciation de la qualité de la preuve scientifique

Critères d'appréciation	Échelles d'appréciation
Qualité méthodologique des études • La quantité d'études incluses dans la synthèse de données • Le plan d'étude optimal pour répondre à la question d'évaluation • Le risque de biais/respect des critères méthodologiques. • La précision (taille de l'échantillon optimale et puissance statistique)	Qualité très élevée ✓ Au moins une étude ou une synthèse d'études dont les plans sont appropriés pour répondre à la question d'évaluation ou de pratique, de bonne qualité méthodologique avec un faible risque de biais. - OU ✓ Plusieurs études ou une synthèse d'études dont les plans sont suffisamment appropriés pour répondre à la question d'évaluation ou de pratique, de bonne qualité méthodologique avec un faible risque de biais. Qualité élevée ✓ Une ou deux études dont les plans sont suffisamment appropriés pour répondre à la question d'évaluation ou de pratique, de bonne qualité méthodologique avec un faible risque de biais. ✓ Une synthèse d'études dont les plans sont peu appropriés pour la question d'évaluation ou clinique, de bonne qualité méthodologique avec un faible risque de biais. Qualité modérée ✓ Plusieurs études ou une synthèse d'études dont les plans sont appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de moyenne qualité méthodologique avec un risque modéré de biais. ✓ Une ou deux études dont les plans sont peu appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de bonne qualité méthodologique avec un risque modéré de biais. Qualité faible ✓ Plusieurs études ou une synthèse d'études dont les plans sont appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de faible qualité méthodologique avec un risque majeur de biais. ✓ Plusieurs études ou une synthèse d'études dont les plans sont suffisamment appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de faible qualité méthodologique avec un risque majeur de biais. ✓ Au moins une étude ou synthèse d'études dont les plans sont peu appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de faible qualité méthodologique avec un risque majeur de biais.
Cohérence / Fiabilité • La cohérence dans l'effet de	Cohérence très élevée ✓ Toutes les études sont cohérentes.

l'intervention, en considérant la comparabilité des populations, des méthodes et des outils de mesure • La complémentarité et la diversité des méthodes et des mesures	Cohérence élevée ✓ La plupart des études sont cohérentes et l'incohérence peut être expliquée. Cohérence modérée ✓ L'incohérence reflète une véritable incertitude autour de la question clinique. Cohérence faible ✓ Les études sont incohérentes. Non applicable (1 seule étude)
Impact clinique ou organisationnel • L'importance clinique/organisationnelle/sociale de l'effet • L'atteinte des objectifs d'intervention	Impact très élevé ✓ L'impact clinique des résultats est très grand. Impact élevé ✓ L'impact clinique des résultats est substantiel ou important. Impact modéré ✓ L'impact clinique des résultats est modéré. Impact faible ✓ L'impact clinique des résultats est limité ou insuffisant.
La généralisabilité / transférabilité • La similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés • La possibilité d'adaptation de l'intervention	Généralisabilité/transférabilité très élevée ✓ La population étudiée est la même que la population ciblée. Par conséquent, les résultats rapportés dans la littérature sont généralisables à la population cible. Généralisabilité/transférabilité élevée ✓ La population étudiée est similaire à la population ciblée. Par conséquent, les résultats rapportés dans la littérature sont généralisables à la population cible avec quelques mises en garde. Généralisabilité/transférabilité modérée ✓ La population étudiée diffère de la population ciblée. Par conséquent, les résultats rapportés dans la littérature ne sont pas directement généralisables à la population cible, mais pourraient être appliqués de façon judicieuse à la population ciblée. Généralisabilité/transférabilité faible ✓ La population étudiée diffère de la population ciblée. Par conséquent, les résultats rapportés dans la littérature ne sont pas directement généralisables à la population cible et il est difficile de juger s'il est judicieux de les appliquer à la population ciblée.

Tableau C-2 : Critères décisionnels pour l'appréciation de la valeur de l'ensemble de la preuve

Critères décisionnels	Définition
Énoncé et niveau de preuve scientifique	• Constats issus de l'analyse des données scientifiques ainsi que la qualité globale
Aspects cliniques, épidémiologiques et organisationnels	• Aspects jugés importants dans le processus décisionnel menant aux recommandations : histoire naturelle de la maladie ou de la condition, gravité de la maladie ou de la condition, prévalence, traitements alternatifs disponibles et jugés efficaces, etc.)
Applicabilité de l'intervention	• Appréciation de la pertinence des constats issus de la preuve scientifique pour le système de santé ou le contexte clinique dans lequel les recommandations seront implantées. • Appréciation de la possibilité d'application de l'intervention proposée (barrières et facteurs facilitants). • Appréciation de la capacité d'application de l'intervention proposée (ressources disponibles). • Conformité aux valeurs et normes sociétales et aux lois et réglementations.
Acceptabilité	• Accessibilité de l'intervention proposée (géographique, organisationnelle, économique, socioculturel) • Commodités d'administration de l'intervention proposée. • Attentes, préférences et valeurs des patients, des usagers ou des proches d'usagers pour les effets, les risques et les coûts de l'intervention. • Préférences et valeurs des intervenants du système de la santé et des services sociaux pour les modalités cliniques et de pratique pour l'administration de l'intervention.
Impacts potentiels de la mise en œuvre	• Impacts de l'application des interventions sur la population cible; les pratiques; l'organisation des soins et de services et les ressources.

ANNEXE D

Sondage auprès de futurs utilisateurs potentiels sur l'outil d'aide à la décision professionnelle concernant la déprescription des antipsychotiques chez les atteintes de TNC majeurs avec SCPD et résidant en CHSLD

PRÉSENTATION

1. La présentation visuelle donne le goût d'utiliser l'outil « *Déprescription des antipsychotiques...* » :

0	1	2	3
Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord

2. Quelles sont vos suggestions pour rendre l'outil plus attrayant et maximiser les chances qu'il soit utilisé?

CLARTÉ

3. L'outil « *Déprescription des antipsychotiques...* » présente une information claire et facile à comprendre :

0	1	2	3
Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord

APPLICABILITÉ

4. L'outil « *Déprescription des antipsychotiques...* » est applicable dans mon milieu :

0	1	2	3
Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord

5. Les sections suivantes de l'outil « *Déprescription des antipsychotiques...* » sont faciles à utiliser :

5 a) Section portant sur l'algorithme de sélection des résidents :

0	1	2	3
Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord

5 b) Section portant sur la déprescription :

0	1	2	3
Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord

5 c) Section portant sur la surveillance et la gestion des rechutes :

0	1	2	3
Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord

CONTENU

6. Il ne manque pas informations importantes à l'outil « *Déprescription des antipsychotiques...* » :

0	1	2	3
Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord

Le cas échéant, merci de préciser l'information qui selon vous est manquante :

Note : Les mêmes questions ont été posées aux futurs utilisateurs potentiels pour l'outil concernant l'usage approprié des antipsychotiques chez les atteintes de TNC majeurs avec SCPD et résidant en CHSLD (avec adaptation de la question 5)

ANNEXE E

Appréciation de l'ensemble de la preuve concernant les stratégies cliniques efficaces pour diminuer ou arrêter les antipsychotiques

Tableau E-1 : Critères décisionnels pour l'appréciation de la valeur de l'ensemble de la preuve concernant la déprescription des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs

Critères décisionnels	
Énoncé et niveau de preuve scientifique	- Les résultats des études sur les taux de succès de l'arrêt des antipsychotiques et sur l'évolution des SCPD chez les personnes hébergées en établissements de soins de santé et de soins de longue durée atteints de TNC majeurs avec SCPD suggèrent que les antipsychotiques peuvent être arrêtés chez la majorité de ces personnes sans modification significative du comportement. Niveau de preuve : modéré (consulter le rapport de revues systématiques) - Les résultats de deux études suggèrent cependant que les personnes ayant les plus symptômes les plus sévères sont susceptibles de s'aggraver après l'arrêt des antipsychotiques. Niveau de preuve : faible (consulter le rapport de revues systématiques)
Aspects cliniques épidémiologiques organisationnels	- Aspects cliniques - Les SCPD constituent un ensemble de symptômes étroitement liés à la démence, et témoignant le plus souvent d'une problématique sous-jacente (besoin insatisfait, environnement inadapté). Leur cours est discontinu. Ils ont un impact important sur les proches et le personnel soignant. - Le manque de temps, de ressources et de connaissances concernant les alternatives possibles sont susceptibles de favoriser le recours aux antipsychotiques. - Les approches de bases (p.ex., contact visuel, contact verbal et physique) et les stratégies d'intervention de base (p.ex., validation, diversion) peuvent souvent être utilisées pour prévenir ou désamorcer certaines situations critiques. - L'efficacité des antipsychotiques atypiques pour le traitement des symptômes psychotiques ou d'agressivité est modeste, et n'est pas démontrée pour tous les antipsychotiques atypiques. Elle doit être mise en balance avec une augmentation du risque de décès et d'autres effets indésirables. La rispéridone est le seul antipsychotique <i>per os</i> homologué pour le traitement des symptômes psychotiques ou d'agressivité, dans ces conditions bien définies. - Les personnes concernées par la prescription d'antipsychotiques en CHSLD sont des personnes fragiles, polymédicamentées, et particulièrement à risque d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses. - Les GPC et conférence de consensus recommandent, pour la plupart, la déprescription des antipsychotiques après au moins trois mois de stabilité des symptômes. L'Association américaine de psychiatrie (APA) recommande la déprescription en cas d'absence de réponse cliniquement significative après quatre semaines d'essai de l'antipsychotique à dose appropriée. - Aspects épidémiologiques

	- Environ 115 00 Québécois étaient atteints de TNC majeurs en 2015 (MSSS 2015). Une augmentation de la prévalence est attendue au cours des prochaines années en raison du vieillissement et de l'augmentation de l'espérance de vie. - Les SCPD touchent 30 à 90 % des personnes atteintes de déficits cognitifs (Voyer, 2013). - Il existe un usage inapproprié des antipsychotiques chez personnes atteintes des TNC majeurs, en particulier pour l'insomnie (données expérientielles du comité consultatif). - Malgré des avertissements répétés de Santé Canada concernant l'innocuité des antipsychotiques et des risques accrus de mortalité qui leur sont associés, l'utilisation des antipsychotiques dans les CHSLD au Québec continue d'augmenter. • Aspects organisationnels - Le manque de personnel dans les CHSLD pourrait favoriser l'usage des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD.
Applicabilité (mise en œuvre)	Applicable • Pertinence des énoncés issus de la preuve scientifique pour la clinique ou le système de santé et des services sociaux : Pertinent. • Possibilité d'application - Facteurs facilitants : Sujet considéré comme prioritaire par le MSSS, et volonté des PDG des établissements du réseau de la santé et des services sociaux d'implanter les interventions efficaces pour diminuer l'usage inapproprié d'antipsychotiques. L'existence d'une culture de partenariat, de travail interdisciplinaire et d'une bonne communication entre les intervenants au sein des établissements est un gage de réussite. - Barrières potentielles : Réticence des familles ou du personnel soignant à entreprendre la déprescription, et manque de coopération ; Absence de systématisation du monitoring et de la rétroaction de ce qui est observé au cours de la déprescription ; communication insuffisante à l'égard de la main d'œuvre indépendante intervenant dans les CHSLD sur le travail effectué par les équipes concernant la déprescription ; les profils cognitifs des personnes qui sont admis en CHSLD s'alourdissent; les médecins de famille délaissent de plus en plus les CHSLD en raison de la loi 20, ce qui peut avoir un impact majeur sur la prise en charge et le suivi des patients • Capacités d'application : - Elles sont liées à la disponibilité de personnels formés de façon adéquate pour entreprendre et suivre le processus de déprescription, et pour mettre en place/poursuivre les approches non pharmacologiques appropriées. • Conformité par rapport aux valeurs et normes sociétales et aux lois : Conforme.
Acceptabilité	Acceptable • Accessibilité : Oui, sous réserve de la disponibilité de personnel formé (Cf. ci-dessus). Afin de diminuer le taux global d'utilisation des antipsychotiques à la grandeur du Québec, la déprescription est un changement de pratique qui devrait être déployé dans tous les types de CHSLD (p.ex., CHSLD publics, privés conventionnés ou non-conventionnés). • Attentes, valeurs, préférences des familles ou du personnel soignant : dans certains cas, les proches ou le personnel soignant vont préférer que l'antipsychotique soit poursuivi (peur de la rechute des symptômes, perception que l'antipsychotique est efficace, etc.). Il est donc important de travailler sur l'aspect de l'adhésion des familles et du personnel soignant au processus de déprescription.

Impacts potentiels de la mise en œuvre	Impacts positifs • Diminution de l'usage inapproprié des antipsychotiques • Diminution du nombre d'effets indésirables voire de la mortalité, et des interactions médicamenteuses liés à l'usage des antipsychotiques Impacts négatifs • Augmentation possible du recours à d'autres médicaments psychotropes tels que les benzodiazépines ou les antidépresseurs
Décision consensuelle	La déprescription des antipsychotiques est une intervention efficace pour réduire l'usage des antipsychotiques chez les personnes hébergées en CHSLD atteintes de TNC majeurs avec SCPD, sans entraîner de modification significative des symptômes comportementaux. Sa mise en œuvre dans les CHSLD du Québec est recommandée pour les populations décrites ci-dessous : • Chez les personnes atteintes de TNC majeurs, hébergés en CHSLD et traités de façon régulière par antipsychotique pour de l'insomnie OU pour des SCPD autres que symptômes psychotiques ou des symptômes d'agressivité entraînant un danger pour la personne atteinte de TNC majeurs ou pour autrui, il est recommandé d'entreprendre systématiquement une déprescription de l'antipsychotique en vue de la cessation de celui-ci. • Chez les personnes atteintes de TNC majeurs hébergés en CHSLD, traités de façon régulière par antipsychotique pour des symptômes psychotiques ou des symptômes d'agressivité entraînant un danger pour la personne atteinte de TNC majeurs ou pour autrui, une tentative de déprescription de l'antipsychotique est recommandée lorsqu'au moins une des conditions suivantes est présente : ✓ stabilité comportementale depuis trois mois ou plus; pour les personnes avec symptômes sévères en dépit d'une approche adaptée et de l'essai des stratégies non pharmacologiques appropriées, et pour lesquels la stabilisation clinique a été difficile à obtenir, il convient d'apprécier l'opportunité de tenter la déprescription de l'antipsychotique sur la base d'une évaluation clinique individuelle. Le cas échéant, un psychiatre ou gériatopsychiatre devrait être consulté; ✓ absence de réponse cliniquement significative après quatre semaines d'essai de l'antipsychotique à dose optimisée. ✓ dose d'antipsychotique prescrite par 24h dépassant la dose optimale usuelle chez ces personnes.

Tableau E-2 : Critères décisionnels pour l'appréciation de la valeur de l'ensemble de la preuve concernant l'efficacité de l'implantation des programmes d'interventions multiples en établissements de soins de longue durée sur la diminution de l'usage des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNC majeurs

Critères décisionnels	
Énoncé et niveau de preuve scientifique	• L'introduction d'un programme d'interventions multiples dans les établissements de soins de santé et des soins de longue durée destiné aux professionnels de soin travaillant auprès des personnes atteintes de TNC majeurs procure, de manière générale, des effets bénéfiques : - Plusieurs études retenues ont démontré une diminution du nombre de résidents sous antipsychotiques dans le groupe ayant reçu l'intervention par rapport au groupe témoin ayant reçu les soins habituels. Niveau de preuve : modéré (consulter le rapport de revues systématiques) - Certaines études ont également démontré une diminution de la dose moyenne des antipsychotiques, du nombre d'ordonnance d'antipsychotiques par résident ou une baisse du temps passé sous antipsychotiques dans le groupe ayant reçu l'intervention par rapport au groupe témoin ayant reçu les soins habituels Niveau de preuve : faible (consulter le rapport de revues systématiques)
Aspects cliniques épidémiologiques organisationnels	• Aspects cliniques (voir E-1) - Les GPC et autres lignes directrices recommandent de promouvoir l'expertise, la multidisciplinarité et l'interprofessionnalité, d'adopter une approche centrée sur la personne, et de favoriser le travail. • Aspects épidémiologiques (voir tableau E-1) • Aspects organisationnels - Le contenu des formations offertes au Québec n'est pas standardisé et tous les établissements ne sont pas concernés par les formations déployées grâce à différentes initiatives
Applicabilité et facteurs facilitateurs (mise en œuvre)	Applicable • Pertinence des énoncés issus de la preuve scientifique pour la clinique ou le système de santé et des services sociaux : Pertinent. • Possibilité d'application - Facteurs facilitateurs : Sujet considéré comme prioritaire par le MSSS, et volonté des PDG des établissements du réseau de la santé et des services sociaux d'implanter les interventions efficaces pour diminuer l'usage inapproprié d'antipsychotiques. L'existence d'une culture de partenariat, de travail interdisciplinaire et d'une bonne communication entre les intervenants au sein des établissements est un gage de réussite. - Barrières potentielles : le manque de ressources humaines et financières, le manque de temps des professionnels qui leur sont alloué pour suivre de la formation, l'absence de certains types de professionnels tels que les psychoéducateurs pour des activités occupationnelles spécifiques, le roulement du personnel parfois très important dans les CHSLD, le nombre élevé d'initiative présentement en cours au Québec et l'hétérogénéité du contenu de formation ; les profils cognitifs des personnes qui sont admis en CHSLD au Québec s'alourdissent; les médecins de famille délaissent de plus en plus les CHSLD en raison de la loi 20, ce qui peut avoir un impact majeur sur la prise en charge et le suivi des patients. • Capacités d'application :

	- Elles sont liées à la possibilité pour les gestionnaires d'établissement de libérer du temps de formation pour chacun des employés, à la disponibilité du personnel à suivre la formation ainsi qu'à leur volonté d'appliquer les connaissances acquises de manière adéquate. • Conformité par rapport aux valeurs et normes sociétales et aux lois : Conforme.
Acceptabilité	Acceptable • Accessibilité : Oui, sous réserve de la disponibilité de personnel formé (Cf. ci-dessus). Les programmes de formations devraient être déployés dans tous les types de CHSLD au Québec (p.ex., CHSLD publics, privés conventionnés ou non-conventionnés). • Attentes, valeurs, préférences des familles ou du personnel soignant : le gain en compétences des professionnels œuvrant en CHSLD rejoint vraisemblablement les attentes des familles
Impacts potentiels de la mise en œuvre	Impacts positifs • Diminution de l'usage inapproprié des antipsychotiques; • Amélioration de la santé globale de la personne atteinte de TNC majeurs et de leur niveau de vigilance ; • Harmonisation des pratiques et amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de TNC majeurs ; • Amélioration des échanges entre les différents intervenants et encouragement du travail d'équipe ; • Développement des connaissances et augmentation du niveau de confiance du personnel soignant concernant la prise en charge des SCPD ; Impacts négatifs • Augmentation de la charge de travail à court terme en raison des heures nécessaires pour suivre la formation.
Décision consensuelle	Les programmes d'interventions multiples dans les CHSLD destinés à former les professionnels de soin travaillant auprès des personnes atteintes de TNC majeurs constituent une intervention efficace pour réduire l'usage des antipsychotiques chez ces personnes. La mise en œuvre de tels programmes au Québec est recommandée, en veillant à ces programmes : • encouragent le travail d'équipe dans un esprit de multidisciplinarité et d'interdisciplinarité, tout en mettant à profit l'expertise et l'expérience des différents professionnels; • soient offerts de manière continue à l'ensemble des professionnels travaillant dans des CHSLD, favorisent l'utilisation de l'approche de base en tout temps et encouragent le recours aux stratégies d'intervention de base, adoptent une philosophie centrée sur la personne et une approche individualisée axée sur l'identification des besoins compromis, et favorisent l'élaboration des plans d'intervention adaptés à la personne ainsi qu'au contexte clinique afin de répondre aux besoins compromis identifiés.

ANNEXE F

Justification des recommandations cliniques et taux de consensus obtenus

Tableau F-1 : Justification et taux de consensus relatifs aux recommandations cliniques sur l'usage optimal des antipsychotiques et la prise en charge des SCPD chez les personnes atteintes de TNC majeurs résidant en CHSLD

RECOMMANDATIONS CLINIQUES		JUSTIFICATION (RS : revue systématique; GPC : guides de pratique clinique; CC : comité consultatif)	TAUX DE CONSENSUS ¹
PROGRAMMES D'INTERVENTIONS MULTIPLES			
1. Multidisciplinarité et interdisciplinarité			
1.1. L'établissement devrait s'engager à mettre en œuvre un programme d'interventions multiples et à le soutenir par l'allocation de ressources humaines et matérielles.	RS : Le leadership de la direction de l'établissement est essentiel. Les programmes d'interventions multiples nécessitent du personnel spécialisé pour former et/ou superviser le personnel, du temps de formation et d'implantation des INP et l'achat d'équipement. GPC et litt. grise: Le CCSMH nomme la planification et l'allocation adéquate des ressources requises pour l'implantation des meilleures pratiques ainsi que le suivi et l'évaluation de l'implantation CC : Le comité consultatif souligne l'importance de l'engagement des établissements à l'égard de la prise en charge des SCPD et importance de s'assurer de la pérennité du programme en fonction des résultats de l'évaluation de son implantation.		100%
1.2. Un programme d'interventions multiples devrait favoriser la formation du personnel d'un établissement de manière à promouvoir le travail d'équipe dans un esprit de multidisciplinarité et d'interdisciplinarité tout en mettant à profit l'expertise et l'expérience des différents intervenants.	RS : L'utilisation d'une approche multidisciplinaire est essentielle à l'atteinte des objectifs par les différents programmes de formation afin de faire ressortir l'expertise et l'expérience des différents professionnels. GPC : Selon le CCCDTD, des modèles de soins partagés pour la prise en charge des personnes atteintes d'une forme légère à modérée de TNC devraient être conçus et évalués. Pour ce faire, les médecins de première ligne et les services spécialisés devront assumer conjointement la responsabilité de prodiguer des soins aux personnes atteintes de TNC. CC : La mise en place de programmes de formation devrait permettre de maintenir les bonnes pratiques en place et de diminuer de façon durable l'usage des AP.		100%
1.3. Les proches aidants, les membres de la famille ou les représentants légaux devraient être sensibilisés face à l'approche à adopter avec les personnes présentant des SCPD de manière à s'assurer que leurs attitudes correspondent à celles de l'équipe soignante.	RS : L'implication des membres de la famille est essentielle afin d'optimiser et d'assurer la continuité des soins GPC : Néant CC : La famille devrait toujours être impliquée.		100%

RECOMMANDATIONS CLINIQUES	JUSTIFICATION (RS : revue systématique; GPC : guides de pratique clinique; CC : comité consultatif)	TAUX DE CONSENSUS ¹
2. Approche centrée sur la personne		
2.1. Le programme d'interventions multiples devrait : - adopter une philosophie centrée sur la personne et le recours à l'approche de base dont les stratégies d'intervention de base, en tout temps; - favoriser une approche individualisée axée sur l'évaluation des causes sous-jacentes et/ou des besoins compromis; - favoriser l'élaboration et la mise en œuvre en tout temps des plans d'intervention adaptés à la personne ainsi qu'au contexte clinique afin de répondre aux causes sous-jacentes et/ou aux besoins compromis identifiés.	RS : Selon les résultats obtenus, l'adoption d'une philosophie centrée sur la personne est un élément essentiel à intégrer au programme de formation afin de créer des partenariats entre le personnel de l'établissement de soins de santé ou de soins de longue durée , les personnes atteintes de TNC et les membres de leur famille. GPC : Selon les lignes directrices, une évaluation du patient et de son environnement devrait être effectuée afin d'identifier les causes possibles de SCPD, et les interventions de prise en charge devraient être faites au cas par cas afin de refléter les résultats de ces évaluations. CC : Selon les commentaires recueillis, l'adoption d'une approche centrée sur la personne est un élément essentiel à intégrer au programme de formation.	100%
3. En présence de SCPD		
3.1. Les personnes atteintes de TNC majeurs et hébergées en CHSLD et qui présentent des SCPD devraient faire l'objet d'une évaluation visant notamment à documenter : - l'histoire biographique de la personne atteinte de TNC majeurs (si déjà au dossier, approfondir si nécessaire); - la description ou l'observation longitudinale du ou des SCPD (types, fréquence, sévérité et moments où ils surviennent), notamment par des grilles d'observation; - les causes sous-jacentes (physiologiques, pharmacologiques, psychologiques, environnementales ou liées à l'approche) et/ou les besoins compromis non satisfaits qui peuvent être à l'origine des SCPD observés; - les antécédents d'utilisation d'AP et les effets rapportés suite à leur utilisation.	RS : Néant GPC : les guides de pratiques cliniques suggèrent que l'évaluation des SCPD devrait faire partie du suivi régulier des troubles neurocognitifs majeurs et devraient être faits dès l'apparition des SCPD et la rapidité de l'évaluation dépendrait du degré d'urgence. Également Les 3 GPC retenus recommandent la pratique d'une évaluation du patient avant l'amorçage d'un AP, en mettant l'emphasis sur l'analyse des SCPD et de leurs facteurs contributifs. <i>L'approche non pharmacologique</i> du MSSS suggère d'amorcer une évaluation complète uniquement si l'approche de base, le recadrage et les stratégies de base n'ont pas été efficaces. Littérature grise : Le CCCDTD recommande l'évaluation des SCPD des patients MA de toutes sévérités et la recherche de facteurs déclencheurs. CC : La documentation de l'histoire biographique du patient et de ses antécédents d'utilisation d'AP devrait faire partie de l'évaluation préalable à l'amorçage d'un AP. Il est également suggéré de suivre <i>l'approche non pharmacologique</i> du MSSS.	100%
3.2. Les personnes atteintes de TNC majeurs et hébergées en CHSLD qui présentent des SCPD devraient bénéficier : - du suivi de l'application de l'approche de base; - d'un recadrage si approprié.	RS : les INP efficaces et notamment les algorithmes décisionnels mettent l'accent sur l'importance du processus évaluatif dans la prise en charge des SCPD GPC et litt. grise : Il est important que le plan d'intervention individualisé soit détaillé à l'aide d'outils, et qu'une évaluation régulière de son efficacité soit effectuée.	100%

RECOMMANDATIONS CLINIQUES	JUSTIFICATION (RS : revue systématique; GPC : guides de pratique clinique; CC : comité consultatif)	TAUX DE CONSENSUS ¹
3.3. Les causes réversibles potentielles des SCPD* devraient être éliminées ou corrigées lorsque possible. * Les causes réversibles potentielles de SCPD comprennent notamment: - des causes physiologiques ou pharmacologiques, telles que la douleur, la constipation, des besoins de base non comblés, une pathologie aiguë (infection, délirium, etc.), un déficit auditif ou visuel non corrigé ou une autre condition médicale; - des causes psychologiques telles que l'ennui, la solitude, la perte de contrôle et de pouvoir ou l'anxiété; - des causes environnementales telles que le bruit, la luminosité, le roulement du personnel, la sous ou sur-stimulation, la dépersonnalisation de la chambre ou l'absence de repères; - des causes liées à l'approche, telles qu'une approche inadaptée à la personne ou à la situation, ou des éléments liés à l'organisation des services.	RS : Néant GPC : Les 3 GPC retenus mentionnent l'importance d'identifier les facteurs contributifs et de leur prise en charge. Littérature grise : Le CCCDTD et le MSSS recommandent l'identification et l'élimination des causes des SCPD et des facteurs contributifs. Le MSSS a proposé une liste de causes potentielles de SCPD. CC : Les causes réversibles des SCPD devraient être distinguées des causes irréversibles, telles que le déclin cognitif et la perte de mémoire. Les causes réversibles potentielles des SCPD devraient être divisées : causes physiologiques/pharmacologiques, causes psychologiques, causes environnementales et causes liées à l'approche, et des exemples concrets devraient être donnés pour chacune des catégories.	100%
3.4. Pour chaque personne atteinte de TNC majeurs présentant des SCPD n'ayant pas répondu à l'approche de base ou au recadrage, le plan d'intervention individualisé devrait être révisé pour prendre en charge les SCPD. Ce plan devrait : • être basé sur l'histoire biographique de la personne; • être établi de façon interprofessionnelle et, si possible, en impliquant la participation de la famille, des proches aidants et/ou du représentant légal de la personne atteinte de TNC majeurs; • détailler les interventions non pharmacologiques individualisées et, le cas échéant, les interventions pharmacologiques à appliquer liées aux causes sous-jacentes	RS : Néant GPC : Les 3 GPC retenus recommandent l'élaboration d'un plan de traitement individualisé. Le NICE et l'APA spécifient que ce plan de traitement devrait inclure des approches non pharmacologiques et centrées sur la personne. Le NICE indique qu'une évaluation des potentiels effets indésirables des médicaments devrait être entreprise chez les personnes atteintes de TNC majeurs et présentant des SCPD. Littérature grise : Le CCCDTD mentionne que l'identification de tout problème ou préoccupation concernant la prise de médicaments devrait être effectuée chez tous les patients avec TNC majeurs à modérés, et que l'utilisation de médicaments avec des effets anticholinergiques devrait être minimisée. Le MSSS indique qu'au début du processus clinique, la médication devrait être ajustée en fonction des effets secondaires, des effets du sevrage et des interactions médicamenteuses. CC : Le plan d'intervention devrait être mis à jour pour inclure la prise en charge des SCPD et être inspiré de l'histoire biographique du patient afin de choisir les approches et interventions les mieux adaptées. Une révision de la médication devrait être effectuée chez les patients pour qui l'emploi des AP est envisagé. Cette révision vise à identifier la médication potentiellement	100%

RECOMMANDATIONS CLINIQUES	JUSTIFICATION (RS : revue systématique; GPC : guides de pratique clinique; CC : comité consultatif)	TAUX DE CONSENSUS ¹
et/ou aux besoins compromis des SCPD identifiés; - comprendre une révision systématique de l'histoire médicale et de l'ensemble des traitements de la personne; - être réévalué sur une base régulière en incluant l'efficacité des interventions particulières mises en œuvre avec des outils validés.	inappropriée pour des personnes atteintes de TNC majeurs avancés de même que les possibles cascades médicamenteuses. La famille, les proches aidants et/ou le représentant légal du patient devraient, si possible, être impliqués dans l'élaboration du plan d'intervention.	
4. Interventions non pharmacologiques individualisées		
4.1. Les interventions non pharmacologiques individualisées devraient : - être complémentaires de l'approche de base mise en œuvre initialement et viser des causes sous-jacentes et/ou des besoins compromis non satisfaits; - être adaptées en fonction de l'histoire biographique, des valeurs et préférences de la personne, de sa famille, de ses proches aidants et/ou de son représentant légal, des causes sous-jacentes et/ou des besoins compromis identifiés, et des objectifs cliniques visés (diminution des SCPD en cours, prévention de l'apparition de SCPD, amélioration ou maintien de la qualité de vie, maintien de la personne dans une zone de confort, préservation des activités de la vie quotidienne, etc.); - permettre d'améliorer la communication et l'interaction avec la personne atteinte de TNC majeurs et la compréhension de sa réalité ; - être évaluées sur une base régulière avec des outils valides et ajustées au besoin; - être documentées de façon détaillée pour permettre à l'ensemble des personnes	RS : les résultats au niveau de l'efficacité sont faibles à modérés. Les INP individualisées efficaces sont celles qui favorisent : la prise en compte de l'approche centrée sur la personne, les besoins compromis et les objectifs cliniques; permettent l'augmentation de la communication et de l'interaction avec le patient ; l'évaluation de l'impact des INP sur les besoins compromis suspectés et sur les objectifs visés au niveau des SCPD en présence. GPC et litt. grise les INP individualisées doivent être utilisées quand les approches et stratégies de base ne sont pas suffisantes et en complément. Les INP individualisées sont nombreuses et peuvent viser un comportement particulier ou bien de grands aspects de la personne. Plusieurs INP peuvent être mises en place pour un même besoin compromis. Il existe des listes d'INP individualisées qui peuvent être utilisées en fonction des besoins compromis suspectés. CC : Les interventions ne doivent pas uniquement être évaluées en fonction de leur efficacité au niveau des SCPD, mais aussi sur les gains pour le patient, les proches, les intervenants et les autres patients.	100%

RECOMMANDATIONS CLINIQUES	JUSTIFICATION (RS : revue systématique; GPC : guides de pratique clinique; CC : comité consultatif)	TAUX DE CONSENSUS ¹
interagissant avec la personne atteinte de TNC majeurs présentant des SCPD d'appliquer les interventions non pharmacologiques individualisées.		
5. Formation continue		
5.1. Les programmes de formation devraient : • être offerts de manière continue avec des rappels périodiques à l'ensemble des intervenants qui exercent dans des CHSLD ; • être inclus dans tous les programmes d'orientation des nouveaux employés (gestionnaire, personnel soignant ou de soutien) et devraient leur être offerts dans les plus brefs délais suivant leurs embauches ou dès que disponibles; • cibler l'ensemble du personnel de l'établissement susceptible d'interagir de près ou de loin avec les personnes atteintes de TNC majeurs présentant des SCPD; le contenu devrait être adapté en fonction du type de personnel et des responsabilités professionnelles de chacun; • viser les connaissances, l'attitude et les compétences du personnel, des proches et de l'organisation; • permettre un perfectionnement graduel des compétences et l'intégration des nouvelles connaissances dans la pratique; • être actualisés sur une base régulière pour refléter les dernières données scientifiques et les nouvelles techniques et interventions non pharmacologiques.	RS : La formation concourt au changement de pratique qu'implique la prise en charge des SCPD et doit viser ainsi également l'attitude vis-à-vis des SCPD de toutes les personnes ayant un rôle autour du patient. Également la formation s'avère nécessiter l'assimilation des stratégies apprises dans la pratique et cela peut prendre du temps et requérir plusieurs étapes, dont de la supervision sur le terrain. La formation continue semble être un aspect fondamental de l'organisation des soins et devrait être préférée aux formations ponctuelles d'un jour afin de favoriser l'implantation des programmes de manière plus efficace et soutenue. Selon les résultats obtenus, le roulement de personnel parfois élevé dans certains établissements pouvait représenter un enjeu majeur quant à l'implantation des programmes de formation. Afin de pallier à cette problématique, certains auteurs suggèrent donc que chaque nouvelle recrue doit être formée avant même d'assumer ses fonctions, et ce afin de garantir la cohérence au niveau du fonctionnement de l'équipe dans son ensemble. Le contenu de formation était donné de manière générale à tout le personnel de soins de santé. Certaines séances de formation dont le contenu était plus spécifique (p.ex., revue de la médication) concernaient majoritairement les médecins prescripteurs. Afin d'optimiser les soins, tous les membres du personnel des établissements de soins de santé ou de soins de longue durée, que ce soit le directeur administratif ou les cuisiniers, devraient recevoir une formation afin d'adapter leur comportement en conséquence lors de leurs interactions entre eux ainsi qu'avec les résidents. GPC et litt. grise : formation continue, le changement de vision à l'égard des SCPD, devraient inclure bénévoles, proches et stagiaires. CC : Il est important d'avoir de la formation en fonction du type de personnel et des responsabilités professionnelles de chacun et d'actualiser les connaissances présentées dans les formations. La notion de roulement du personnel devra être prise en compte dans l'élaboration d'un plan de formation afin d'éviter que les acquis de la formation se perdent avec le temps.	100%
5.2. Une équipe primaire dédiée composée d'experts ou de «champions» dans le domaine (idéalement des préposés aux bénéficiaires, infirmières, omnipraticiens	RS : L'identification d'une équipe primaire composée de champions est une approche qui permettrait une implantation des programmes de manière plus efficace en plus de faciliter les	100%

RECOMMANDATIONS CLINIQUES	JUSTIFICATION (RS : revue systématique; GPC : guides de pratique clinique; CC : comité consultatif)	TAUX DE CONSENSUS ¹
ou médecins spécialistes tels que gériopsychiatres) devrait être constituée et formée au préalable dans tous les établissements de santé et/ou de soins de longue durée de manière à pouvoir donner la formation au reste de l'équipe et dans le but de servir de référence aux autres responsables de soins engagés dans les différents programmes de formation.	échanges entre les différents professionnels. GPC : Selon le CCSMH, un membre du personnel, idéalement dédié devrait être formé et disponible pour assurer le leadership dans ce domaine, y compris l'élaboration et la mise en œuvre des meilleures pratiques cliniques. CC : L'emploi de champions /piliers et le mentorat sont aussi à privilégier. Selon certains membres, il faudrait avoir plus d'un champion pour assurer la pérennité du programme. L'implication de la triade médecin/pharmacien/infirmière est importante pour la réussite du programme, mais également celle des PAB et des infirmières auxiliaires. Le personnel de soutien et les gestionnaires devraient également être inclus dans la formation. La formation devra être adaptée selon le type de personnel.	
6. Programmes de formation		
6.1. De manière générale, les programmes de formation devraient contenir: • de l'encadrement et du mentorat tout au long de la formation et de la postformation; • du matériel et des outils pédagogiques; • des forums et plateformes d'entraide ainsi que du temps alloué pour des séances de partage et d'échange d'information clinique entre les différents acteurs concernés; • du soutien en matière de gestion du changement, de travail et de communication en équipe; • des conseils et astuces afin d'encourager et de faciliter la participation des personnes atteintes de TNC majeur et de leur familles en plus des celle des médecins et des autres intervenants de l'équipe de soins.	RS : L'élaboration d'un plan d'intervention individualisé, la mise en place de réunions multidisciplinaires et de la mise en œuvre invariable du plan d'intervention et des INP d'un intervenant à l'autre sont des éléments importants à inclure dans les programmes de formation.	100%
6.2. La formation du personnel devrait être basée sur les bonnes pratiques cliniques et les meilleures lignes directrices dans le domaine en lien direct avec la réglementation en vigueur au Québec et couvrir les thèmes suivants (en fonction du poste occupé): Approche de base	RS : Le contenu des programmes de formation efficaces repose sur des connaissances sur les SCPD qui sont étayées par des éléments de savoir-faire et savoir-être très développés. Les programmes de formation devraient être en lien direct avec les meilleures lignes directrices. Les thèmes les plus souvent abordés dans les articles sélectionnés étaient la revue de la médication (44%), l'élaboration de plan traitement adapté à chaque patient (44%) et la gestion des SCPD à l'aide d'intervention non pharmacologique (78%). C'est la formation concernant la revue de la médication et les méthodes de déprescription qui aurait eu le plus d'impact sur la pratique des	100%

RECOMMANDATIONS CLINIQUES	JUSTIFICATION (RS : revue systématique; GPC : guides de pratique clinique; CC : comité consultatif)	TAUX DE CONSENSUS ¹
- les principes de l'approche centrée sur la personne et la manière dont ils sont mis en œuvre dans le contexte de la prise en charge des SCPD; - l'approche et les stratégies de base (p.ex., qu'est-ce que la validation, la diversion, l'écoute active adaptée, les stratégies décisionnelles, la méthode discontinue, la gestion du refus, etc.) afin que les intervenants puissent les utiliser au quotidien de manière préventive ou pour désamorcer les situations d'escalade; - le principe de recadrage. Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention - les notions de base sur les fonctions cognitives et le vieillissement normal; - les notions de base sur les différents types de TNC majeurs; - les éléments de l'évaluation soit : l'examen clinique physique et mental, la médication et l'observation clinique des SCPD en vue de déterminer leurs causes sous-jacentes et/ou besoins compromis; - les étapes à suivre lors de la réalisation d'un plan d'intervention : déterminer et détailler l'ensemble des approches et des interventions individualisées ainsi que les objectifs à atteindre tout en incluant le rôle de chacun des acteurs qui entourent la personne. Interventions non pharmacologiques individualisées - les différents types d'interventions non pharmacologiques individualisées (dont les interventions environnementales) et la	médecins et qui aurait considérablement réduit l'utilisation des AP. GPC : Les lignes directrices du NICE, du CCSMH et des CCCDTD 3 et 4 reconnaissent l'importance de programmes éducatifs portant sur les SCPD et sur les meilleures pratiques concernant leur prise en charge. CC : Les approches de base semblent méconnues pour plusieurs intervenants. Un volet de formation sur ce type d'approche est essentiel afin que les intervenants puissent les utiliser au quotidien (p.ex., qu'est-ce que la validation, la diversion, l'écoute active adaptée, les stratégies décisionnelles, la méthode discontinue, etc.,). Certains membres suggèrent de suivre l'ordre de la formation telle que dans l'approche non pharmacologique du MSSS.	

RECOMMANDATIONS CLINIQUES	JUSTIFICATION (RS : revue systématique; GPC : guides de pratique clinique; CC : comité consultatif)	TAUX DE CONSENSUS ¹
manière de les associer aux causes sous-jacentes et/ou des besoins compromis identifiés; - les interventions à court terme à mettre en œuvre lorsque des manifestations peuvent potentiellement présenter un danger pour la personne ou pour autrui; - les conditions d'application du plan d'intervention pour en assurer son efficacité; - la gestion des SCPD à l'aide d'interventions non pharmacologiques : agressivité et agitation; symptômes qui ne répondent pas à la médication (p.ex., errance, comportements répétitifs, désinhibition verbale, accumulation, etc.). Approches pharmacologiques - l'importance du problème relié à l'usage inapproprié des antipsychotiques ainsi que les solutions envisageables pour une prise en charge des personnes atteintes de TNC majeurs au cas par cas; - les principes et les différentes étapes de la révision des antipsychotiques (pourquoi, par qui, quand, comment, etc.); - les conditions spécifiques d'amorce des antipsychotiques; - les effets indésirables associés à la prise d'antipsychotiques; - les modalités de déprescription des antipsychotiques, les conditions relatives à la diminution de doses ou à l'arrêt de ces médicaments, ainsi que les aspects à considérer lors du suivi clinique post-déprescription;		

RECOMMANDATIONS CLINIQUES		JUSTIFICATION (RS : revue systématique; GPC : guides de pratique clinique; CC : comité consultatif)	TAUX DE CONSENSUS ¹
- les modalités relatives à l'usage des antipsychotiques en PRN; - les médicaments pouvant être utilisés et celles qui ne devraient pas être utilisées en substitution à l'AP déprescrit, selon les indications.			
6.3. Les programmes de formation devraient être harmonisés et cohérents avec certains programmes reconnus et initiatives déjà en cours à travers le Québec.		RS : Néant GPC : Néant CC : Certaines initiatives efficaces sont en cours dans plusieurs CHSLD à travers le Québec. Les programmes de formation développés par Philippe Voyer et les modules de formation E-Learning financés par le MSSS pourront aussi être inclus dans le volet formation du projet. Il pourrait également être pertinent d'approcher dans le cadre du présent projet des experts canadiens en décision partagée et de les avoir comme partenaires (p.ex., France Légaré, Anik Giguère). Le programme de formation Oméga mis sur pied par l'ASSTSAS visant à développer chez l'intervenant du secteur de la santé et des services sociaux des habiletés et des modes d'intervention pour assurer sa sécurité et celle des autres en situation d'agressivité semble également une approche intéressante qui devrait être intégré au contenu de la formation.	100%
DÉPRESCRIPTION DES ANTIPSYCHOTIQUES			
7. Sélection des personnes éligibles à la déprescription de l'AP			
7.1. La déprescription de l'AP en vue de la cessation de celui-ci devrait être entreprise systématiquement chez les personnes atteintes de TNC majeurs, hébergés en CHSLD, et traités par AP pour de l'insomnie OU pour des SCPD autres que des symptômes psychotiques ou des symptômes d'agressivité entraînant un danger pour la personne atteinte de TNC majeurs ou pour autrui.		RS : Selon les résultats des 5 études retenues par l'INESSS, l'arrêt des AP chez des personnes âgées atteintes de TNC majeurs avec SCPD, hébergées en établissement de soins de santé ou de soins de longue durée peut être effectué chez la majorité des patients sans modification significative du comportement. Les patients inclus étaient traités à dose stable par AP depuis au moins 3 mois. Toutefois, les résultats de 2 études suggèrent que les patients ayant les symptômes les plus sévères sont susceptibles de s'aggraver après l'arrêt de l'AP. GPC : L'association américaine de psychiatrie (APA) recommande la déprescription, notamment, en cas d'absence de réponse cliniquement significative après 4 semaines d'essai de l'AP à dose appropriée. Le CCSMH recommande quant à lui une évaluation régulière (aux 3 à 6 mois). Littérature grise : La majorité des documents étudiés (N = 5/7) recommandent une durée minimale de 3 mois de stabilité comportementale pour déprescrire. PrescQIPP (NHS/Royaume-Uni) recommande l'avis d'un spécialiste avant d'entreprendre tout changement chez les patients traités par de très fortes doses d'AP. Le PHT (Australie) indique, dans les facteurs à considérer	100 %
7.2. Une tentative de déprescription de l'AP devrait être effectuée chez les personnes atteintes de TNC majeurs hébergés en CHSLD, traités de façon régulière par AP pour des symptômes psychotiques ou des			100 % (86% pour la recommandation)

RECOMMANDATIONS CLINIQUES	JUSTIFICATION (RS : revue systématique; GPC : guides de pratique clinique; CC : comité consultatif)	TAUX DE CONSENSUS ¹
symptômes d'agressivité entraînant un danger pour la personne atteinte de TNC majeurs ou pour autrui : - avec stabilité comportementale depuis 3 mois ou plus*; - OU sans réponse cliniquement significative après 4 semaines d'essai de l'AP à dose optimisée**; *Pour les personnes avec symptômes sévères en dépit d'une approche adaptée et de l'essai des interventions non pharmacologiques appropriées, et pour lesquels la stabilisation clinique a été difficile à obtenir, il convient d'apprécier l'opportunité de tenter la déprescription de l'AP sur la base d'une évaluation clinique individuelle. Le cas échéant, un psychiatre ou gériopsychiatre devrait être consulté. ** En cas de persistance des symptômes psychotiques ou d'agressivité mettant en danger le résidant ou autrui et ne répondant pas aux interventions non pharmacologiques, un changement de traitement peut être considéré, y compris l'essai d'un nouvel antipsychotique (se référer aux recommandations relatives à l'usage approprié et aux conditions d'amorce d'un AP)	avant de déprescrire, et comme élément en défaveur de la déprescription, que les patients avec les SCPD les plus sévères (ex. agression violente) sont plus susceptibles de s'aggraver en cas de tentative de réduction des doses ou d'arrêt. CC : Tous les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD traités par AP, quel que soit le type de symptôme, devraient être éligibles à une tentative de déprescription. La réponse comportementale du patient lors de ce processus devrait indiquer au personnel soignant s'il faut aller au bout ou revenir en arrière. Toutefois, il est nécessaire de s'assurer de l'approche des soignants avant de conclure que c'est la déprescription qui a exacerbé le comportement. Une majorité des membres considèrent que les symptômes devraient être stabilisés avant d'entreprendre la déprescription. L'importance de la réévaluation et, le cas échéant, de la déprescription après 1 mois d'AP à dose optimisée, est soulignée. Chez les patients avec symptômes très sévères (ex. patients très paranoïdes ou très psychotiques) malgré les approches et stratégies non pharmacologiques appropriées, et difficiles à stabiliser, il peut être pertinent de poursuivre le traitement. La consultation d'un spécialiste est suggérée avant de déprescrire l'AP chez ces patients. Une dose trop élevée justifierait également d'entreprendre une déprescription, car les risques du traitement peuvent être supérieurs aux bénéfices. Les AP (quétiapine en particulier) sembleraient de plus en plus utilisés au Québec.	mentionnée au **)
7.3. Un psychiatre ou gériopsychiatre devrait être consulté avant d'amorcer une éventuelle déprescription de l'AP chez les personnes traitées pour une pathologie psychiatrique concomitante aux SCPD telle que : - schizophrénie ou troubles psychotiques apparentés - troubles bipolaires ou apparentés - trouble dépressif majeur. En effet, la déprescription peut ne pas être indiquée chez ces personnes.	RS : Néant GPC : Néant Littérature grise : Une recommandation de ne pas cesser l'AP dans certaines situations est retrouvée dans tous les documents étudiés. Une liste de situations pour lesquelles l'AP ne peut pas être déprescrit sans l'avis d'un psychiatre est proposée par <i>Deprescribing</i>. CC : Accord avec la recommandation et la reprise de la liste de <i>Deprescribing</i>, sous réserve d'enlever certaines situations jugées non pertinentes (ex. délirium aigu) et de modifier la terminologie utilisée pour certaines maladies, car elle n'est pas conforme au DSM-V. Il pourrait être pertinent d'ajouter un commentaire à l'effet qu'avec l'âge, des doses moindres pourraient être nécessaires et qu'en présence d'effets secondaires, une réévaluation par un psychiatre/gériopsychiatre est justifiée. Il est important toutefois que l'accès à la consultation en psychiatre/gériopsychiatre soit possible dans un délai raisonnable.	90 %

RECOMMANDATIONS CLINIQUES	JUSTIFICATION (RS : revue systématique; GPC : guides de pratique clinique; CC : comité consultatif)	TAUX DE CONSENSUS ¹
Note : Des effets indésirables liés au traitement peuvent apparaître avec l'âge chez ces personnes et nécessiter une réduction des doses d'AP, si possible après la consultation d'un psychiatre ou gériatropsychiatre.		
8. Participation de la personne atteinte de TNC majeurs ou du représentant légal, des familles ou proches aidants, et des soignants		
8.1. L'implication de la personne atteinte de TNC majeur/représentant légal, des familles/proches aidants, et de l'équipe de soins dans la démarche de déprescription, et si possible leur adhésion, devraient être recherchées avant d'amorcer le processus.	RS : Néant GPC : L'APA recommande la participation du patient/représentant légal/famille à la décision de réduire les doses pour les patients ayant montré une réponse positive à l'AP. Littérature grise : La participation des patients et des soignants au plan de réduction graduelle est recommandée par Deprescribing. PrescQIPP (NHS/Royaume-Uni) recommande que les soignants soient impliqués dans la décision de réduction des doses ou d'arrêt de l'AP, et qu'ils soient accompagnés au cours du processus. CC : L'adhésion et l'implication de familles et soignants à la démarche de déprescription est une condition de réussite de celle-ci. Des supports spécifiques devraient être utilisés pour faciliter l'adhésion du patient/répondant, des familles/proches aidants et de l'équipe de soins à la démarche, tels qu'une courte vidéo explicative. Une adaptation de celle utilisée dans les autres provinces canadiennes dans le cadre du projet de la FCASS pourrait être considérée.	100 %
8.2. La personne atteinte de TNC majeurs / son représentant légal, la famille, les proches aidants et l'équipe de soins devraient avoir compris : - le motif de la déprescription et les avantages attendus (diminution des effets indésirables liés à la prise continue d'AP, sans modification significative des symptômes) - qu'une surveillance étroite des symptômes et que la prise en charge de ceux-ci par des approches de base et interventions non pharmacologiques appropriées sont effectuées parallèlement à la déprescription - qu'ils participent à la surveillance des symptômes et au plan de réduction graduelle des doses - qu'une rechute des SCPD et des symptômes liés à l'arrêt ou la diminution des doses d'AP peuvent se manifester	RS : Néant GPC : L'APA recommande la participation du patient/représentant légal/famille à la décision de réduire les doses pour les patients ayant montré une réponse positive à l'AP. Littérature grise : Recommandations reprises du document de <i>Deprescribing</i> et légèrement adaptées. PrescQIPP (NHS/Royaume-Uni) recommande que les soignants soient impliqués dans la décision de réduction des doses ou d'arrêt de l'AP, et qu'ils soient accompagnés au cours du processus. CC : Accord pour la reprise des recommandations de <i>Deprescribing</i> avec certaines modifications.	100 %

RECOMMANDATIONS CLINIQUES	JUSTIFICATION (RS : revue systématique; GPC : guides de pratique clinique; CC : comité consultatif)	TAUX DE CONSENSUS ¹
9. Modalités de déprescription et suivi des personnes atteintes de TNC majeur		
9.1. La déprescription de l'antipsychotique devrait être graduelle (ex. : réduction de la dose de 25 % toutes les 1 à 2 semaines) et associée à la surveillance de la réapparition des symptômes et de l'apparition d'éventuels symptômes liés à l'arrêt ou la diminution des doses d'AP*. *Les symptômes pouvant être liés à l'arrêt ou la diminution des doses d'AP incluent nausée, vomissements, diarrhée, transpiration, tensions et douleurs musculaires, insomnie, anxiété, confusion, troubles du mouvement, etc.	RS : Dans les études retenues, la déprescription de l'AP a été abrupte ou graduelle. Leurs résultats ne permettent pas d'établir un choix entre les 2 façons de faire. GPC : L'APA et le CCSMH recommandent une déprescription graduelle. Littérature grise : Tous les documents étudiés recommandent une déprescription graduelle, dont celui du MSSS et de <i>Deprescribing</i>. La possibilité d'une cessation immédiate est indiquée par le NHS en cas de faible dose prescrite, et par <i>Deprescribing</i> si l'indication est l'insomnie. CC : La déprescription des doses devrait être graduelle, notamment pour éviter l'apparition d'effets de sevrage. Il n'est pas pertinent de recommander un protocole de déprescription en particulier, car la vitesse de déprescription doit dépendre du contexte clinique du patient. Il est en revanche utile de donner un exemple. Le suivi de la réapparition des symptômes doit être recommandé, mais sans spécifier de fréquence particulière, car celle-ci devrait également être déterminée en fonction du contexte clinique du patient. Lors de la réduction graduelle des doses, il sera nécessaire de tenir compte des forces disponibles des différents AP. Il serait nécessaire de préciser les symptômes de sevrage à partir du <i>Clinical handbook of psychotropic drugs</i>, 21e édition. En accord avec la proposition d'un des futurs utilisateurs potentiels consultés sur l'outil « Déprescription » de distinguer les symptômes de sevrage et les symptômes de retrait.	100 %
9.2. Une vigilance particulière est recommandée au cours de la déprescription lorsque celle-ci est entreprise chez les personnes dont les symptômes initiaux étaient graves. Un suivi fréquent et une réduction plus lente des doses sont recommandés pour ces personnes.	RS : Dans 2 des 5 études retenues, parmi les patients ayant arrêté l'AP, il a été observé une dégradation statistiquement significative du comportement chez ceux ayant les symptômes les plus sévères. Des analyses selon les caractéristiques initiales des patients à l'inclusion dans 2 études ont également suggéré que de plus fortes doses à l'inclusion pourraient constituer un facteur prédictif de l'aggravation du comportement. GPC : Néant Littérature grise : Un suivi étroit et une réduction plus lente des doses sont recommandés par <i>Deprescribing</i> si les SCPD de référence sont graves. Le MSSS recommande la prudence pour les personnes ayant une symptomatologie grave et persistante CC : Accord pour reprendre la recommandation de <i>Deprescribing</i>. L'âge n'est pas un facteur pertinent à considérer dans le processus de déprescription, car il peut exister des différences importantes entre l'âge chronologique et l'âge physiologique.	100 %
9.3. Les approches de base et interventions non pharmacologiques utilisées pour la prévention et le traitement des SCPD devraient être poursuivies au cours de la déprescription.	RS : Néant GPC : Néant Littérature grise : Néant CC : Les approches de base/non pharmacologiques devraient être présentes en tout temps ; elles ne constituent pas une alternative aux approches pharmacologiques.	100 %
9.4. En période de déprescription de l'AP, les autres médicaments habituellement prescrits ne devraient pas faire l'objet d'ajustements concomitants, sauf si des interactions médicamenteuses ou une maladie aiguë concomitante le justifient.	RS : Néant GPC : Néant Littérature grise : Bonne pratique recommandée par PrescQIPP (NHS/Royaume-Uni) CC : Bonne pratique jugée pertinente	100 %

RECOMMANDATIONS CLINIQUES	JUSTIFICATION (RS : revue systématique; GPC : guides de pratique clinique; CC : comité consultatif)	TAUX DE CONSENSUS ¹
9.5. Les familles/proches aidants devraient être impliqués dans la surveillance des personnes atteintes de TNC majeur, et avoir la possibilité de rapporter de façon systématique tout changement de comportement observé à l'équipe de soins ou, le cas échéant, à l'intervenant pivot désigné au sein de cette équipe.	RS : Néant GPC : Néant Littérature grise : Néant CC : Ce n'est pas toujours le médecin qui effectue le suivi. Il est donc important de dire aux familles et l'équipe de soins d'aviser automatiquement un membre de l'équipe de soins, ou le cas échéant, un intervenant pivot désigné de cette équipe, en cas d'observation de changement de comportement.	100 %
9.6. L'évolution des symptômes devrait être consignée en utilisant au besoin un instrument de mesure des SCPD.	RS : Néant GPC : Néant Littérature grise : Néant CC : Néant Consultation externe : L'utilisation d'un outil de mesure des SCPD est utile notamment pour pouvoir cibler les rechutes	100 %
9.7. Les tentatives de déprescription et leurs résultats (en particulier les échecs) devraient être documentés sur un support restant de façon permanente dans le dossier du patient.	RS : Néant GPC : Néant Littérature grise : Le BPAC (Nouvelle-Zélande) recommande que la décision de poursuivre l'AP soit documentée en incluant les risques et les bénéfices CC : Les différentes feuilles du dossier d'un patient peuvent se perdre, d'où l'intérêt de renseigner les tentatives de déprescription sur un document existant et restant de façon permanente dans le dossier du patient. Il conviendrait de définir le support le plus approprié pour documenter les tentatives de déprescription de l'AP, en tenant compte des spécificités et pratiques des différents types d'établissements.	100 %
10. Rechutes		
10.1. En cas d'apparition ou réapparition de SCPD, une évaluation complète devrait être effectuée pour déterminer s'il s'agit d'une rechute du symptôme initialement traité par l'AP, les causes potentielles réversibles devraient être éliminées ou corrigées, et l'application de l'approche de base ainsi que des interventions non pharmacologiques individualisées le cas échéant devrait être poursuivie.	RS : Néant GPC : Néant Littérature grise : Néant CC : Néant Consultation externe : Il est important de réaliser une évaluation complète du SCPD (ré) apparaissant au cours de la déprescription pour cibler que ce qui constitue une rechute	100 %
10.2. En cas de rechute caractérisée des symptômes psychotiques ou des symptômes d'agressivité entraînant un danger pour la personne atteinte de TNC majeurs ou pour autrui, l'AP peut être repris, avec titration progressive, jusqu' à la plus petite dose efficace; après trois mois de stabilité comportementale, une nouvelle tentative de déprescription de l'antipsychotique peut être	RS : Néant GPC : Néant Littérature grise : La reprise de l'AP à la dernière dose efficace est recommandée par le MSSS et par <i>Deprescribing</i> CC : La reprise de l'AP doit se faire à la plus petite dose et avec titration. Toutefois, il faut considérer que les patients concernés sont très fragiles; si récurrence du SPCD, il ne faut pas seulement reprendre l'AP, mais revoir la grille usuelle d'évaluation. Par ailleurs, l'évolution de la maladie pourrait éventuellement justifier une nouvelle tentative de déprescription.	100 %

RECOMMANDATIONS CLINIQUES		JUSTIFICATION (RS : revue systématique; GPC : guides de pratique clinique; CC : comité consultatif)	TAUX DE CONSENSUS ¹
envisagée.			
11. Glissement de classe pharmacologique			
11.1 La déprescription des AP ne devrait pas entraîner un déplacement de la prescription vers d’autres classes pharmacologiques, en particulier vers les benzodiazépines compte tenu des risques qui leur sont associés.	RS : Néant GPC : Néant Littérature grise : CC : Il serait pertinent d’ajouter une recommandation de ne pas orienter vers les benzodiazépines comme alternatives, compte tenu de leurs risques		100 %
12. Mise en œuvre de la déprescription au niveau de l’établissement			
12.1. Au niveau de l’établissement, il est conseillé : - de réunir les conditions favorisant la réussite de la déprescription avant d’amorcer le processus (ex. présence si possible du personnel habituel, formation sur l’approche et stratégies de base en situation de démence reçue par l’ensemble du personnel soignant, absence de survenue d’événements perturbateurs tels qu’un décès dans l’unité) - de ne pas amorcer la déprescription au même moment chez toutes les personnes ciblées, mais d’échelonner le processus en commençant par les personnes les plus susceptibles de ne pas avoir besoin d’AP - de programmer la date de cessation de l’AP un lundi pour surveiller la réapparition des symptômes au cours de la semaine de travail.	RS : Néant GPC : Néant Littérature grise : les 2 ^e et 3 ^e tirets de la recommandation 10.1. sont issus de PrescQIPP (NHS/Royaume-Uni) CC : Accord pour reprendre les recommandations de PrescQIPP. Par ailleurs, les conditions devraient être propices à la mise en œuvre du processus. En effet, les patients SCPD sont inter-reliés et vulnérables aux changements, ainsi la dynamique peut-elle être très différente lorsque par exemple, il y a un décès dans l’unité ou lorsque l’infirmière régulière n’est pas présente, ou qu’une nouvelle infirmière arrive. Les personnes travaillant en milieu prothétique pourraient prendre peur à la réception d’un algorithme de déprescription ne prenant pas en considération ces aspects.		100 %
MODALITÉS D’USAGE DES ANTIPSYCHOTIQUES ET CONDITIONS D’AMORCE : TRAITEMENT RÉGULIER			
13. Indications d’usage et critères d’amorce d’un AP			
13.1. Chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD et résidant en CHSLD, le traitement par AP devrait être considéré uniquement pour la prise en charge à court terme des symptômes d’agressivité ou des symptômes psychotiques ne répondant pas aux approches non pharmacologiques et entraînant un	RS : Selon les résultats de la RS chez des personnes atteintes de maladie d’Alzheimer, de démence mixte ou de démence vasculaire et présentant des symptômes psychotiques ou d’agitation/agressivité : un effet statistiquement significatif sur l’agressivité a été rapporté par rapport au placebo pour: l’aripiprazole 5 à 10 mg/J, la rispéridone 1 et 2 mg/J, et l’olanzapine 5 à		100%

RECOMMANDATIONS CLINIQUES	JUSTIFICATION (RS : revue systématique; GPC : guides de pratique clinique; CC : comité consultatif)	TAUX DE CONSENSUS ¹
danger pour la personne atteinte de TNC majeurs ou pour autrui *. *La rispéridone est le seul AP per os homologué par Santé Canada pour «la prise en charge à court terme des symptômes d'agressivité ou des symptômes psychotiques chez les personnes atteintes de démence grave de type Alzheimer qui ne répondent pas aux approches non pharmacologiques en présence d'un risque d'automutilation ou de blessure à autrui».	10 mg /J. • un effet statistiquement significatif sur les symptômes psychotiques a été rapporté par rapport au placebo pour: l'aripiprazole 10 mg/J et la rispéridone 1 mg /J. • aucune différence statistiquement significative sur l'agressivité et les symptômes psychotiques n'a été rapportée par rapport au placebo pour la quétiapine Toutefois, les données scientifiques disponibles indiquent une efficacité modeste de la rispéridone, de l'aripiprazole et de l'olanzapine sur les symptômes d'agressivité et/ou de psychose chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de démence mixte ou de démence vasculaire. La rispéridone est l'APA pour lequel l'efficacité est la plus documentée. GPC : Le NICE indique qu'une intervention pharmacologique en 1^{re} intention ne devrait être proposée pour traiter des SCPD que s'il y a présence de détresse sévère ou de danger pour le patient ou autrui. L'APA indique que le traitement non-urgent par AP devrait être utilisé pour l'agitation ou la psychose chez les patients dont les symptômes sont sévères, dangereux et/ou à l'origine d'une détresse importante. Le CCSMH indique que les AP atypiques peuvent faire partie du traitement pharmacologique approprié des patients avec des symptômes comportementaux sévères, mais uniquement s'il existe un risque, une invalidité ou une souffrance marquée associés aux symptômes (lorsque les symptômes ont une caractéristique psychotique). Littérature grise : Le CCCDTD recommande l'amorce d'un traitement pharmacologique en cas de dépression sévère, psychose ou agression mettant en danger le patient ou autrui. Le MSSS recommande les approches pharmacologiques lorsque les SCPD sont graves, qu'il y a dangerosité, état d'urgence ou détresse psychologique. Monographie rispéridone : Pour la prise en charge à court terme de l'agressivité ou des symptômes psychotiques chez les personnes atteintes de démence grave en présence de risque pour soi-même ou autrui. L'indication de la rispéridone relative à la démence a été restreinte à la prise en charge à court terme des symptômes d'agressivité ou des symptômes psychotiques chez les personnes atteintes de démence grave de type Alzheimer qui ne répondent pas aux approches non pharmacologiques, en présence d'un risque d'automutilation ou de blessure à autrui. L'indication n'inclut dorénavant plus le traitement des autres types de démences telles que les démences vasculaires ou mixtes. CC : L'amorce d'un AP pour traiter une personne atteinte de TNC majeurs et résidant en CHSLD devrait être limitée aux cas avec symptômes d'agressivité ou de psychose et présentant un danger pour la personne atteinte de TNC majeurs ou pour autrui.	
13.2. Chez les personnes atteintes de démence à corps de Lewy ou de démence parkinsonienne, les AP devraient être évités, en raison des risques de symptômes extrapyramidaux et un potentiel de déclin cognitif plus élevé que les personnes atteintes d'autres types de démence. Les AP devraient	RS : Résultats d'efficacité : Chez les personnes atteintes de TNC avec corps de Lewy ou de TNC dû à la maladie de Parkinson, un ECRA concernant la quétiapine réalisé spécifiquement dans ces populations a été identifié grâce à la revue de Stinton et collaborateurs [Stinton et al., 2015]. Les résultats ne montrent pas de différence statistiquement significative par rapport au placebo sur les symptômes neuropsychiatriques. Aucun résultat portant spécifiquement sur les symptômes psychotiques ou les symptômes d'agressivité n'est disponible dans cet ECRA. Les résultats de 7	100%

RECOMMANDATIONS CLINIQUES	JUSTIFICATION (RS : revue systématique; GPC : guides de pratique clinique; CC : comité consultatif)	TAUX DE CONSENSUS ¹
également être évités chez les personnes atteintes de TNC vasculaires ou mixtes, en raison d'un risque plus élevé d'événements indésirables cérébrovasculaires chez ces personnes par rapport à ceux présentant des TNC dus à la maladie d'Alzheimer. Au besoin, il est conseillé d'orienter ces personnes vers des services spécialisés, notamment de psychiatrie, de gériatrie ou de neurologie cognitive/du comportement.	ECRA portant spécifiquement sur les personnes atteintes de maladie de Parkinson indiquent que seule la clozapine serait efficace pour traiter les symptômes psychotiques chez cette population, l'olanzapine et la quétiapine n'ayant pas démontré de différence significative par rapport au placebo. Résultats sur l'innocuité : Il existe peu de données actuellement disponibles au sujet de l'innocuité des AP atypiques chez les patients présentant des TNC avec corps de Lewy. De ce fait, un profil d'innocuité clair et précis n'a pas pu être établi pour cette population. Chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, la clozapine et l'olanzapine ont été associés avec une aggravation significative du parkinsonisme. Un ECRA a également associé la prise d'olanzapine avec une dégradation significative de la fonction motrice et une augmentation des symptômes extrapyramidaux, des hallucinations et de la salivation. GPC : Le NICE ne recommande pas l'emploi des AP chez les patients DCL avec symptômes légers à modérés, et indiquent qu'ils peuvent être employés chez les patients DCL avec symptômes sévères. L'APA indique que les personnes atteintes de DCL ou de démence parkinsonienne et traitées par AP présentent des risques de symptômes extrapyramidaux et un potentiel de déclin cognitif plus élevé que les personnes atteintes d'autres types de démence. Il pourrait être préférable d'éviter d'utiliser les AP chez ces patients pour traiter les hallucinations fréquentes chez les patients DCL et les symptômes psychotiques de la démence parkinsonienne. Littérature grise : Le CCCDTD recommande l'usage prudent d'un APA chez les patients DCL avec hallucinations visuelles nécessitant un contrôle aigu des symptômes ou chez qui les IACHé sont inefficaces. Le MSSS recommande l'emploi des APA (ex. : très faibles doses de quétiapine) pour les patients DCL dont on doit rigoureusement maîtriser les symptômes ou chez qui les IACHé sont inefficaces. Monographie rispéridone : L'examen des informations concernant l'innocuité des médicaments antipsychotiques a indiqué un risque plus élevé d'événements indésirables cérébrovasculaires chez les personnes atteintes de démence mixte et vasculaire par rapport à ceux présentant une démence de type Alzheimer. En consultation avec Santé Canada, l'indication relative à la démence dans la monographie de la rispéridone a été restreinte à la prise en charge à court terme des symptômes d'agressivité ou des symptômes psychotiques chez les personnes atteintes de démence grave de type Alzheimer qui ne répondent pas aux approches pharmacologiques, en présence d'un risque d'automutilation ou de blessure à autrui. L'indication n'inclut dorénavant plus le traitement des autres types de démences telles que les démences vasculaires ou mixtes. CC : Les AP devraient être contre-indiqués chez les personnes atteintes de DCL ou de démence parkinsonienne. Pour ces patients, la consultation d'un service spécialisé (de psychiatrie, de gériatrie ou de neurologie cognitive/du comportement) est avisée lorsqu'un traitement par AP est envisagé.	
13.3. Les approches de base/interventions non pharmacologiques devraient être employées et	RS : Néant GPC : Le NICE recommande que tout patient atteint de démence ait accès à des interventions NP.	100%

RECOMMANDATIONS CLINIQUES	JUSTIFICATION (RS : revue systématique; GPC : guides de pratique clinique; CC : comité consultatif)	TAUX DE CONSENSUS ¹
maintenues de façon concomitante à l'utilisation des AP lorsque celle-ci est indiquée.	L'APA mentionne que le plan de traitement devrait contenir les approches NP envisagées. Littérature grise : Le CCCDTD et le MSSS recommandent l'emploi d'approches NP de façon concomitante. CC : Les approches de bases/interventions non pharmacologiques doivent être employées de façon concomitante à un traitement par AP et maintenues durant tout le traitement.	
13.4. La décision partagée de recourir ou non à un traitement par AP, lorsqu'indiqué, devrait faire suite à une discussion éclairée entre l'équipe de soins et la personne atteinte de TNC majeur, les membres de la famille, les proches aidants et/ou le représentant légal, et : - Reposer sur l'appréciation des bénéfices et des risques du traitement pour la personne atteinte de TNC majeur; - Reposer sur les valeurs et préférences de la personne atteinte de TNC majeur, de sa famille, de ses proches aidants et/ou de son représentant légal;	RS : Basé sur les résultats des RS sur l'efficacité et l'innocuité des AP, les AP devraient être utilisés avec précaution chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de démence mixte étant donné que leur bénéfice sur l'agressivité et les symptômes psychotiques sont de nuls à faibles et que ces médicaments sont associés à une augmentation des risques d'AVC, d'événements cardiovasculaires, de symptômes extrapyramidaux et de mortalité. GPC : Les 3 GPC retenus recommandent d'évaluer les risques et bénéfices du traitement avant l'amorce; le NICE et l'APA ajoutent que ceux-ci devraient être discutés. Le CCSMH recommande l'utilisation d'AP atypiques avec moins de risque d'exacerbation des symptômes extrapyramidaux (quétiapine). Littérature grise : Le MSSS estime que les risques de mortalité et de morbidité accrus devraient être discutés avec les usagers et leurs familles. Monographie rispéridone : Les risques et avantages devraient être évalués, en tenant compte des prédictors de risque d'AVC ou des affections cardiovasculaires existantes. Les médecins devraient peser les risques et avantages quand ils prescrivent des antipsychotiques, y compris RISPERDAL, aux personnes atteintes de la maladie de Parkinson ou de démence avec corps de Lewy, car ces personnes pourraient présenter un risque plus élevé de syndrome malin des neuroleptiques, en plus d'une sensibilité accrue aux antipsychotiques. Cette sensibilité accrue peut se manifester par une confusion mentale, l'obnubilation et une instabilité posturale menant à des chutes fréquentes, ainsi que par des symptômes extrapyramidaux. CC : La famille, les proches aidants et/ou les représentants légaux devraient être impliqués dans la prise de décision concernant l'amorce d'un AP. Les bénéfices associés à l'usage des AP chez les personnes atteintes de TNC majeurs sont généralement faibles. Il est pertinent de détailler quels sont les risques associés avec l'usage des AP chez les personnes atteintes de TNC majeurs.	100%
14. Posologie et modalités de titration des AP		
14.1. Le traitement par AP, lorsqu'indiqué, devrait être amorcé à faible dose* et augmenté graduellement jusqu'à la plus petite dose efficace, en ajustant en fonction de la réponse de la personne atteinte de TNC majeurs et de l'éventuelle apparition d'effets indésirables. * Les doses de départ chez cette clientèle âgée devraient être plus faibles que pour des personnes plus jeunes	RS : Néant GPC : Le NICE et l'APA recommandent l'amorce à faible dose et l'augmentation graduelle; l'APA spécifie que l'augmentation devrait stopper à l'atteinte de la plus petite dose efficace selon la tolérance. L'APA recommande que les doses de départ des AP utilisées pour les patients fragiles ou plus âgés devraient être le tiers ou la demie de la dose initialement utilisée pour traiter la psychose ou la schizophrénie chez les personnes plus jeunes (ou la plus petite dose disponible). Les doses doivent être titrées graduellement jusqu'à la dose la plus faible associée à une réponse clinique. Littérature grise : Le CCCDTD et le MSSS recommandent l'amorce à faible dose et l'augmentation graduelle; le MSSS précise que l'augmentation devrait stopper à l'atteinte de la plus petite dose	100%

RECOMMANDATIONS CLINIQUES	JUSTIFICATION (RS : revue systématique; GPC : guides de pratique clinique; CC : comité consultatif)	TAUX DE CONSENSUS ¹
	efficace. Monographie rispéridone : La dose initiale recommandée est de 0,25 mg bid (plus petite dose) et une augmentation par paliers de 0,25 mg (aux 2-4 jours) est suggérée. Monographie clozapine : Chez les personnes âgées de 60 ans ou plus, le traitement doit être amorcé à une dose particulièrement faible de CLOZARIL (12,5 mg le premier jour); la posologie doit ensuite être augmentée lentement, jusqu'à un maximum de 25 mg/jour. Inscription obligatoire à un réseau de distribution et de surveillance. Monographie quétiapine : Le traitement auprès des patients âgés doit être institué avec la dose la plus faible possible de SEROQUEL XR (c.-à-d. 50 mg/jour). Ensuite, on peut augmenter la dose par paliers de 50 mg/jour jusqu'à la dose efficace, en fonction de la tolérance et de la réponse clinique du patient. Monographie olanzapine : La dose de départ recommandée est de 5 mg chez les personnes âgées. Des doses moins élevées (p. ex. 2,5 mg) peuvent être envisagées si les facteurs cliniques le justifient. CC : Le traitement par AP doit être amorcé à la plus petite dose possible et titré graduellement jusqu'à la plus petite dose efficace. Il devrait être mentionné que les doses recommandées d'AP pour la population âgée et atteinte de TNC majeurs sont généralement moindres que chez les patients plus jeunes.	
14.2. Lorsqu'un traitement oral par AP est indiqué, les AP atypiques devraient être privilégiés aux AP typiques.	RS : Néant GPC : L'APA déconseille d'employer l'halopéridol en 1^{re} intention en absence de délirium si un traitement non urgent par AP est indiqué. L'APA indique toutefois que pour les situations émergentes, l'halopéridol injectable peut être approprié compte tenu de sa rapidité d'action. Ils spécifient que le risque de mortalité avec les AP typiques est généralement plus grand qu'avec les AP atypiques, qu'il n'y a pas de différence entre l'effet des AP typiques et des AP atypiques sur l'agitation et sur les symptômes comportementaux/psychologiques en général, et que les données sont insuffisantes pour comparer leurs effets sur les symptômes psychotiques. Le NICE recommande, dans les situations d'urgence, lorsque la voie parentérale est requise pour le contrôle de la violence, de l'agressivité ou de l'agitation extrême le lorazépam, l'halopéridol et l'olanzapine. Littérature grise : Le MSSS recommande de privilégier les AP atypiques aux AP typiques. CC : Les AP typiques (halopéridol) injectables peuvent être nécessaires dans les situations d'urgence ou il y a dangerosité imminente pour la personne atteinte de TNC majeurs ou pour autrui.	80%
15. Évaluation de la réponse aux AP, durée du traitement et critères de suivi		
15.1. La durée de validité d'une ordonnance d'AP devrait être d'un mois (ou moins selon le besoin clinique) à trois mois maximum, et la pertinence de poursuivre le traitement devrait être réévaluée à l'échéance de l'ordonnance.	RS : Néant GPC : Le NICE recommande une révision du traitement à tous les 3 mois ou selon le besoin clinique; l'APA recommande l'arrêt du traitement après 4 semaines en absence de réponse cliniquement significative. Littérature grise : Le CCCDTD recommande une révision à tous les 3 mois; le MSSS recommande	90%

RECOMMANDATIONS CLINIQUES	JUSTIFICATION (RS : revue systématique; GPC : guides de pratique clinique; CC : comité consultatif)	TAUX DE CONSENSUS ¹
	de considérer un changement de traitement après 2 semaines de traitement à dose suffisante sans réponse clinique. Monographie rispéridone : En raison de l'instabilité des symptômes traités, considérer périodiquement des ajustements posologiques ou l'interruption du traitement. CC : La fréquence de réévaluation du traitement par AP doit être harmonisée avec celles concernant la déprescription, et donc être fixée pour une durée allant de 1 mois à 3 mois.	
15.2. Lorsque des AP sont utilisés pour le traitement de SCPD ou de l'insomnie chez des personnes atteintes de TNC majeurs hébergées en CHSLD, il importe de se référer aux recommandations relatives à la déprescription des AP afin de savoir dans quelles situations une cessation ou une réduction de leur usage est requise.	RS : Néant GPC : Le NICE recommande une révision du traitement à tous les 3 mois ou selon le besoin clinique; l'APA recommande l'arrêt du traitement après 4 semaines en absence de réponse cliniquement significative. Littérature grise : Le CCCDTD recommande une révision à tous les 3 mois; le MSSS recommande de considérer un changement de traitement après 2 semaines de traitement à dose suffisante sans réponse clinique. CC : Tous les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD traités par AP, quel que soit le type de symptôme, devraient être éligibles à une tentative de déprescription.	100%
MODALITÉS D'USAGE DES AP ET CONDITIONS D'AMORCE : TRAITEMENT AU BESOIN (PRN)		
16. Conditions d'amorce		
16.1. Chez les personnes atteintes de TNC majeurs résidant en CHSDL, le recours aux AP en PRN peut être envisagé uniquement pour la prise en charge à court terme des symptômes d'agressivité ou des symptômes psychotiques entraînant en présence d'un danger immédiat pour la personne atteinte de TNC majeurs ou pour autrui, lorsque les stratégies d'intervention de base et le recadrage ne peuvent pas être appliqués ou sont inefficaces.	RS : Néant GPC : Néant Littérature grise : le MSSS recommande l'usage d'AP en PRN en présence d'un trouble du comportement mettant en danger immédiat la personne ou autrui, ou en cas de souffrance psychologique grave, lorsque l'approche est adaptée, qu'un recadrage n'est pas possible et que les stratégies d'interventions de base (diversion, adaptation de l'environnement, etc.) ne sont pas possibles Comité de consultatif : L'indication des AP en PRN est la même que celle pour l'amorce d'un traitement régulier. L'utilisation des AP en mode PRN présente un risque que le personnel ait recours, de façon prématurée, à cette alternative qui peut sembler la solution accessible et facile en gestion de comportements à risque. Leur utilisation devrait être précédée d'une évaluation d'au moins 2 intervenants formés comme c'est la règle applicable lors d'utilisation des mesures de contrôle physiques. Toute administration des AP en forme PRN devrait aussi faire l'objet d'une réflexion « a posteriori » sur la pertinence de ce choix d'intervention.	100 %
16.2. Lorsqu'un AP en PRN est indiqué, l'ordonnance devrait comporter l'indication précise de recours à ce traitement, les doses (y compris la dose maximale / 24h), la fréquence d'utilisation et l'intervalle minimal entre les doses.	RS : Néant GPC : Néant Littérature grise : selon le Collège des médecins du Québec : « lorsqu'il prescrit une médication au besoin (PRN), le médecin doit en préciser les circonstances d'utilisation ainsi que l'intervalle minimal entre les doses si pertinent ». Le BPAC indique de fournir une indication et une dose maximale pour tout médicament prescrit en PRN.	87,5 %

RECOMMANDATIONS CLINIQUES		JUSTIFICATION (RS : revue systématique; GPC : guides de pratique clinique; CC : comité consultatif)	TAUX DE CONSENSUS ¹
		Comité consultatif : L'indication prescrite par le médecin doit être très précise, ce ne doit pas être par exemple « agitation ». Pour les conditions, il serait pertinent que le prescripteur indique l'intervalle minimal entre les doses et le nombre maximal de doses par jour.	
16.3. Les AP en PRN ne devraient jamais être utilisés de manière préventive chez les personnes atteintes de TNC majeurs avec SCPD résidant en CHSLD (ex. utilisation pour la prévention de comportements de résistance aux soins d'hygiène).		RS : Néant GPC : Néant Littérature grise : Néant Comité consultatif : Les AP ne devraient jamais être utilisés en prévention	89 %
17. Réévaluation / arrêt du traitement			
17.1. La durée de validité d'une ordonnance d'AP en PRN devrait être d'1 mois (ou moins selon le besoin clinique) à 3 mois maximum. La pertinence de poursuivre ce traitement devrait être réévaluée à l'échéance de l'ordonnance.		RS : Néant GPC : Néant Littérature grise : le Collège des médecins du Québec recommande une révision de la prescription médicamenteuse en collaboration avec le pharmacien, notamment pour vérifier la pertinence de poursuivre l'utilisation de certains médicaments, et de cesser la médication PRN non utilisée Comité consultatif : L'idée de rendre caduque une ordonnance PRN d'AP non utilisée est intéressante. Ce serait un changement de pratique important qu'il conviendrait d'accompagner/expliquer, car la suppression de la mention du PRN dans le dossier des patients est de nature à créer de l'anxiété/insécurité chez le personnel soignant. La réévaluation des prescriptions PRN d'AP est très importante. Une durée de 1 mois à 3 mois maximum semble appropriée. Mettre une durée de validité de l'ordonnance forcerait cette réévaluation.	100 %
17.2. Une ordonnance d'AP en PRN ne devrait pas être renouvelée si elle n'a pas été utilisée dans l'intervalle d'1 mois (si possible) à 3 mois maximum.		RS : Néant GPC : Néant Littérature grise : le Collège des médecins du Québec recommande une révision de la prescription médicamenteuse en collaboration avec le pharmacien, notamment pour vérifier la pertinence de poursuivre l'utilisation de certains médicaments, et de cesser la médication PRN non utilisée Comité consultatif : L'idée de rendre caduque une ordonnance PRN d'AP non utilisée est intéressante. Ce serait un changement de pratique important qu'il conviendrait d'accompagner/expliquer, car la suppression de la mention du PRN dans le dossier des patients est de nature à créer de l'anxiété/insécurité chez le personnel soignant. La réévaluation des prescriptions PRN d'AP est très importante. Une durée de 1 mois à 3 mois maximum semble appropriée. Mettre une durée de validité de l'ordonnance forcerait cette réévaluation.	100 %

Légende : AP : antipsychotique, APA : *American Psychiatric Association*, ASSTSAS : association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales, CCCDTD : conférence consensuelle canadienne sur le diagnostic et le traitement de la démence, CCSMH : *Canadian Coalition for Seniors' Mental Health*, GPC : guide de pratique clinique, MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux, PAB : préposés aux bénéficiaires, SCPD : symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, TNC : troubles neurocognitifs.

¹ Le taux de consensus a été calculé par rapport au nombre de répondants lors des différents tours de consultation. Le taux de réponse des membres du comité consultatif a varié de 71 à 85 %.

**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, bureau 10.083
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

