

**CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES CHEZ L'ADULTE  
OLANZAPINE, QUÉTIAPINE, RISPÉRIDONE**

**RÉDIGÉS PAR :**

**Isabelle Simoneau**, B.Pharm., M.Sc.  
**Marie-France Demers**, B.Pharm., M.Sc.

**RÉVISÉS PAR :**

**D<sup>r</sup> David Bloom**, MD, FRCP(C)  
**D<sup>r</sup> Jean-François Montreuil**, MD, FRCP(C)

**ET**

**LE COMITÉ SCIENTIFIQUE DU RRUM**

**Kateri Bourbeau** (présidente), B. Pharm., M.Sc., B.C.P.S., Hôtel-Dieu du CHUQ  
**Sylvie Carle**, B. Pharm., M.Sc., Centre Universitaire de Santé McGill  
**Claudine Laurier**, Ph.D., Faculté de Pharmacie, Université de Montréal  
**Danielle Pilon**, MD, M.Sc., FRCP(C), Centre universitaire de santé de l'Estrie  
**Maurice St-Laurent**, MD, FRCP(C), CHUL du CHUQ

**CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES CHEZ L'ADULTE**  
**Risperidone, Olanzapine, Quétiapine**

N°	INDICATEUR PRIMAIRE	STANDARD		N°	EXCEPTIONS	CONDUITE THÉRAPEUTIQUE	N°	INSTRUCTIONS
		P	A					
1.	<b>Indication</b> En l'absence d'histoire de réaction allergique à l'antipsychotique atypique utilisé ou à l'un de ses excipients <sup>(1-3)</sup>						1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Notes d'évolution</li> <li>➤ Consultations médicales</li> </ul>
1.1	Traitement des symptômes de la schizophrénie <sup>(4-13)</sup> lors : A- d'un premier épisode psychotique <sup>(5,6,8,14-7)</sup> B- d'une rechute, d'un échec au traitement, d'un problème d'inobservance ou d'une intolérance observés avec un autre antipsychotique <sup>(7,14-6,18)</sup>	X						
1.2	Traitement des symptômes de la maladie bipolaire <sup>(4,19,20)</sup>	X						
1.3	Traitement de l'agressivité et de l'agitation (annexe 1) chez le sujet atteint d'un déficit cognitif (incluant délirium, démence, déficience intellectuelle) après que des mesures non pharmacologiques (annexe 2) se soient avérées inefficaces <sup>(4,21,22)</sup>	X						

NOTE : Des définitions utiles à la réalisation de cette étude sont présentées dans le document *Résumé des discussions et controverses* joint aux présents critères

**CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES CHEZ L'ADULTE**  
**Rispéridone, Olanzapine, Quétiapine**

N°	INDICATEUR PRIMAIRE	STANDARD		N°	EXCEPTIONS	CONDUITE THÉRAPEUTIQUE	N°	INSTRUCTIONS
		P	A					
1.4	Traitement des troubles psychotiques associés à un contexte de maladie cérébrale organique : maladie de Parkinson, d'Huntington, syndrome Gilles de la Tourette <sup>(23)</sup>	X						
1.5	Traitement du trouble obsessionnel compulsif, de la dépression réfractaire et des troubles psychotiques n'étant pas associés à un contexte de maladie cérébrale organique : dépression psychotique, psychose toxique <sup>(24,25)</sup>	X						
<b>2.</b>	<b>Posologie</b>						<b>2.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Feuilles d'ordonnances</li> <li>➤ Notes d'évolution</li> <li>➤ Feuilles d'administration</li> </ul>
<b>2.1</b>	<b>RISPÉRIDONE (posologie)</b>							
<b>2.1.1</b>	<b>Dose maximale de départ :</b>	X						
2.1.1.1	Critères 1.1, 1.2 et 1.5 < 75 ans : 2 mg par jour <sup>(14,17)</sup> ≥ 75 ans ou insuffisance hépatique de classe A, B ou C (annexe 3) ou insuffisance rénale sévère (Cl créatinine < 0,5 ml/s) : 1 mg par jour <sup>(26,27)</sup>							
2.1.1.2	Critères 1.3 et 1.4: 1 mg par jour <sup>(26)</sup>							

NOTE : Des définitions utiles à la réalisation de cette étude sont présentées dans le document *Résumé des discussions et controverses* joint aux présents critères

**CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES CHEZ L'ADULTE**  
**Risperidone, Olanzapine, Quétiapine**

N°	INDICATEUR PRIMAIRE	STANDARD		N°	EXCEPTIONS	CONDUITE THÉRAPEUTIQUE	N°	INSTRUCTIONS
		P	A					
<b>2.1.2</b>	<b>Dose maximale :</b>	X						
2.1.2.1	Critères 1.1, 1.2 et 1.5 < 75 ans : 8 mg par jour <sup>(1)</sup> ≥ 75 ans ou insuffisance hépatique de classe A, B ou C (annexe 3) ou insuffisance rénale sévère (Cl créatinine < 0,5 ml/s) : 2 mg par jour <sup>(28)</sup>							
2.1.2.2	Critères 1.3 et 1.4: 2 mg par jour <sup>(28)</sup>							
<b>2.1.3</b>	<b>Fréquence d'administration :</b>	X		2.1.3.1	bid possible lors d'une augmentation de la dose pour une durée maximale de 7 jours <sup>(4,6)</sup>			
2.1.3.1	Critères 1.1, 1.2 et 1.5 < 75 ans : 1 fois par jour <sup>(4,6,29)</sup> ≥ 75 ans ou insuffisance hépatique de classe A, B ou C (annexe 3) ou rénale sévère (Cl < 0,5 ml/s) : 1 ou 2 fois par jour <sup>(4,6)</sup>							
2.1.3.2	Critères 1.3 et 1.4 : 1 ou 2 fois par jour <sup>(4,6)</sup>							

NOTE : Des définitions utiles à la réalisation de cette étude sont présentées dans le document *Résumé des discussions et controverses* joint aux présents critères

**CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES CHEZ L'ADULTE**  
**Risperidone, Olanzapine, Quétiapine**

N°	INDICATEUR PRIMAIRE	STANDARD		N°	EXCEPTIONS	CONDUITE THÉRAPEUTIQUE	N°	INSTRUCTIONS
		P	A					
<b>2.2</b>	<b>OLANZAPINE (posologie)</b>							
<b>2.2.1</b>	<b>Dose maximale de départ :</b>	X						
2.2.1.1	Critères 1.1, 1.2 et 1.5 < 75 ans : 10 mg par jour <sup>(6,7,14,17,21,29)</sup> ≥ 75 ans : 5 mg par jour <sup>(29)</sup>							
2.2.1.2	Critères 1.3 et 1.4 : 5 mg par jour <sup>(29)</sup>							
<b>2.2.2</b>	<b>Dose maximale :</b>	X						
2.2.2.1	Critères 1.1, 1.2 et 1.5 < 75 ans : 20 mg par jour <sup>(6,7,14,17,21,29)</sup> ≥ 75 ans : 10 mg par jour <sup>(29)</sup>							
2.2.2.2	Critères 1.3 et 1.4 : 10 mg par jour <sup>(29)</sup>							
<b>2.2.3</b>	<b>Fréquence d'administration :</b> 1 fois par jour <sup>(4,6,21,29)</sup>	X						
<b>2.3</b>	<b>QUÉTIAPINE (posologie)</b>							
<b>2.3.1</b>	<b>Dose maximale de départ</b>	X						
2.3.1.1	Critères 1.1, 1.2 et 1.5 : < 75 ans : 50 mg par jour <sup>(3,4,14,17,29)</sup> ≥ 75ans ou insuffisance hépatique de classe C (annexe 3) : 25 mg par jour <sup>(28,30,31)</sup>							
2.3.1.2	Critères 1.3 et 1.4: 25 mg par jour <sup>(28,30,31)</sup>							

NOTE : Des définitions utiles à la réalisation de cette étude sont présentées dans le document *Résumé des discussions et controverses* joint aux présents critères

**CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES CHEZ L'ADULTE**  
**Risperidone, Olanzapine, Quétiapine**

N°	INDICATEUR PRIMAIRE	STANDARD		N°	EXCEPTIONS	CONDUITE THÉRAPEUTIQUE	N°	INSTRUCTIONS
		P	A					
<b>2.3.2</b>	<b>Dose maximale</b>	X						
2.3.2.1	Critères 1.1, 1.2 et 1.5 : < 75 ans : 800 mg par jour <sup>(3,4,14,17,29)</sup> ≥ 75 ans ou insuffisance hépatique de classe C (annexe 3) : 150 mg par jour <sup>(28,30,31)</sup>							
2.3.2.2	Critères 1.3 et 1.4: 150 mg par jour <sup>(28,30,31)</sup>							
<b>2.3.3</b>	<b>Fréquence d'administration :</b> Administration bid ou tid <sup>(4,29)</sup>	X		<b>2.3.3</b>	A) Administration id possible après stabilisation de l'état clinique à une dose quotidienne totale identique depuis au moins 7 jours et ≤ 400 mg <sup>(4)</sup>  B) Administration id possible si dose ≤ 25 mg par jour <sup>(4)</sup>			

NOTE : Des définitions utiles à la réalisation de cette étude sont présentées dans le document *Résumé des discussions et controverses* joint aux présents critères

**CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES CHEZ L'ADULTE**  
**Risperidone, Olanzapine, Quétiapine**

N°	INDICATEUR PRIMAIRE	STANDARD		N°	EXCEPTIONS	CONDUITE THÉRAPEUTIQUE	N°	INSTRUCTIONS
		P	A					
3.	Effets indésirables :						3.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Notes d'évolution</li> <li>➤ Notes des infirmières</li> <li>➤ Feuilles d'ordonnances</li> </ul>
<b>3.1</b>	<b>RISPÉRIDONE, OLANZAPINE, QUÉTIAPINE</b>							
3.1.1	Constipation <sup>(32)</sup>		X	3.1.1		Conduite 1 : mesures non-pharmacologiques telles que l'hydratation, l'apport en fibre alimentaire, l'exercice, etc.  OU Conduite 2 : conduite 1 et ajouter un ou plusieurs laxatifs  OU Conduite 3 : conduites 1 et 2 puis cesser l'antipsychotique et changer pour un autre atypique <sup>(20)</sup>		

NOTE : Des définitions utiles à la réalisation de cette étude sont présentées dans le document *Résumé des discussions et controverses* joint aux présents critères

**CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES CHEZ L'ADULTE**  
**Risperidone, Olanzapine, Quétiapine**

N°	INDICATEUR PRIMAIRE	STANDARD		N°	EXCEPTIONS	CONDUITE THÉRAPEUTIQUE	N°	INSTRUCTIONS
		P	A					
3.1.2	Gain de poids > 4,5 kg <sup>(4-6,16,20,33,34)</sup>		X	3.1.2		Enseignement des habitudes alimentaires saines et de l'importance de l'exercice si pas déjà fait et effectuer un profil lipidique et une glycémie à jeun		
3.1.3	Nausées ou vomissements persistant plus de 7 jours <sup>(35)</sup>		X	3.1.3		Conduite 1 : bilan hépatique et modifier l'horaire d'administration ou fractionner la dose  OU Conduite 2 : bilan hépatique et diminuer la dose à la dose minimale efficace ou diminuer la rapidité d'augmentation de la dose  OU Conduite 3 : conduites 1 et 2 et ajouter dompéridone		

NOTE : Des définitions utiles à la réalisation de cette étude sont présentées dans le document *Résumé des discussions et controverses* joint aux présents critères

**CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES CHEZ L'ADULTE**  
**Risperidone, Olanzapine, Quétiapine**

N°	INDICATEUR PRIMAIRE	STANDARD		N°	EXCEPTIONS	CONDUITE THÉRAPEUTIQUE	N°	INSTRUCTIONS
		P	A					
3.1.4	Hypotension orthostatique, tachycardie, étourdissements <sup>(5,6,21,28)</sup>		X	3.1.4		<p>Conduite 1 : modifier l'horaire d'administration ou fractionner la dose</p> <p>OU</p> <p>Conduite 2 : <b>en l'absence de symptômes psychotiques</b>, diminuer ou cesser la progression de la titration ou diminuer l'antipsychotique à la dose minimale efficace<sup>(7,15,16)</sup></p> <p>OU</p> <p>Conduite 3 : <b>en présence de tachycardie sans hypotension</b> ajouter un bêta-bloquant<sup>(16)</sup></p> <p>OU</p> <p>Conduite 4 : conduites 1 et 2 puis cesser l'antipsychotique et changer pour un autre atypique<sup>(7,15,16)</sup></p>		

NOTE : Des définitions utiles à la réalisation de cette étude sont présentées dans le document *Résumé des discussions et controverses* joint aux présents critères

**CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES CHEZ L'ADULTE**  
**Risperidone, Olanzapine, Quétiapine**

N°	INDICATEUR PRIMAIRE	STANDARD		N°	EXCEPTIONS	CONDUITE THÉRAPEUTIQUE	N°	INSTRUCTIONS
		P	A					
3.1.5	Sédation <sup>(5,6,20)</sup>		X	3.1.5		Conduite 1 : diminuer ou cesser les benzodiazépines et autres dépresseurs du SNC <sup>(20)</sup> OU Conduite 2 : modifier l'horaire d'administration ou fractionner la dose <sup>(20)</sup> OU Conduite 3 : <b>en l'absence de symptômes psychotiques,</b> diminuer ou cesser la progression de la titration ou diminuer l'antipsychotique à la dose minimale efficace <sup>(7,15,16)</sup> OU Conduite 4 : conduites 1, 2 et 3 puis cesser l'antipsychotique et changer pour un autre atypique <sup>(7,15,16,20)</sup>		

NOTE : Des définitions utiles à la réalisation de cette étude sont présentées dans le document *Résumé des discussions et controverses* joint aux présents critères

**CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES CHEZ L'ADULTE**  
**Risperidone, Olanzapine, Quétiapine**

N°	INDICATEUR PRIMAIRE	STANDARD		N°	EXCEPTIONS	CONDUITE THÉRAPEUTIQUE	N°	INSTRUCTIONS
		P	A					
3.1.6	Apparition ou exacerbation d'anxiété, d'agitation ou d'insomnie (16,24)		X	3.1.6		<p>Conduite 1 : modifier l'horaire d'administration ou fractionner la dose</p> <p>OU</p> <p>Conduite 2 : <b>en l'absence de symptômes psychotiques</b>, diminuer ou cesser la progression de la titration ou diminuer l'antipsychotique à la dose minimale efficace (7,15,16)</p> <p>OU</p> <p>Conduite 3 : conduites 1 et 2 puis cesser l'antipsychotique et changer pour un autre atypique (7,15,16)</p> <p>OU</p> <p>Conduite 4 : conduites 1 et 2 puis ajouter une benzodiazépine ou un hypnotique (excluant les antipsychotiques sédatifs) (16)</p>		

NOTE : Des définitions utiles à la réalisation de cette étude sont présentées dans le document *Résumé des discussions et controverses* joint aux présents critères

**CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES CHEZ L'ADULTE**  
**Risperidone, Olanzapine, Quétiapine**

N°	INDICATEUR PRIMAIRE	STANDARD		N°	EXCEPTIONS	CONDUITE THÉRAPEUTIQUE	N°	INSTRUCTIONS
		P	A					
3.1.7	Troubles sexuels intolérables pour le sujet tels que diminution de la libido, anorgasmie, difficulté d'érection, modification de l'éjaculation, sécheresse vaginale <sup>(4-6,16,17,21,38)</sup>		X	3.1.7		<p>Conduite 1 :  <b>en l'absence de symptômes psychotiques</b>, diminuer l'antipsychotique à la dose minimale efficace <sup>(7,15,16)</sup></p> <p>OU</p> <p>Conduite 2 :                      conduite 1 et si une perturbation hormonale a été objectivée, ajouter amantadine ou bromocriptine ou hormonothérapie de remplacement <sup>(16)</sup></p> <p>OU</p> <p>Conduite 3 :                      conduite 1 puis cesser l'antipsychotique et changer pour un autre atypique <sup>(7,15,16)</sup></p>		

NOTE : Des définitions utiles à la réalisation de cette étude sont présentées dans le document *Résumé des discussions et controverses* joint aux présents critères

**CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES CHEZ L'ADULTE**  
**Risperidone, Olanzapine, Quétiapine**

N°	INDICATEUR PRIMAIRE	STANDARD		N°	EXCEPTIONS	CONDUITE THÉRAPEUTIQUE	N°	INSTRUCTIONS
		P	A					
3.1.8	Akathisie ou bougeotte ou impatience motrice avec ou sans impression subjective <sup>(5,6,14,33)</sup>		X	3.1.8		<p>Conduite 1 :  <b>en l'absence de symptômes psychotiques</b>,  diminuer l'antipsychotique à la dose minimale efficace <sup>(7,15,16)</sup></p> <p>OU</p> <p>Conduite 2 :  conduite 1 et ajouter un bêta-bloquant ou une benzodiazépine <sup>(7,15,16)</sup></p> <p>OU</p> <p>Conduite 3 :  conduite 1 et cesser l'antipsychotique puis changer pour un autre antipsychotique atypique <sup>(7,15,16)</sup></p>		

NOTE : Des définitions utiles à la réalisation de cette étude sont présentées dans le document *Résumé des discussions et controverses* joint aux présents critères

**CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES CHEZ L'ADULTE**  
**Rispéridone, Olanzapine, Quétiapine**

N°	INDICATEUR PRIMAIRE	STANDARD		N°	EXCEPTIONS	CONDUITE THÉRAPEUTIQUE	N°	INSTRUCTIONS
		P	A					
3.1.9	<p>Dyskinésie tardive et réactions extrapyramidales aiguës <sup>(5,6,14,20,33)</sup> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• syndrome parkinsonien ou présence de l'un des symptômes suivants : raideurs, tremblements, bradykinésies, rigidité, fixité du visage.</li> <li>• dystonies aiguës ou torticolis ou plafonnement des yeux</li> </ul>		X	3.1.9		<p>Conduite 1 :  <b>en l'absence de symptômes psychotiques</b>, diminuer l'antipsychotique à la dose minimale efficace <sup>(7,15,16,20)</sup></p> <p>OU</p> <p>Conduite 2 :                      conduites 1 puis ajouter un antiparkinsonien <sup>(7,15,16,20)</sup></p> <p>OU</p> <p>Conduite 3 :                      conduites 1 et 2 et cesser l'antipsychotique puis changer pour un autre atypique <sup>(7,15,16,20)</sup></p>		

NOTE : Des définitions utiles à la réalisation de cette étude sont présentées dans le document *Résumé des discussions et controverses* joint aux présents critères

**CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES CHEZ L'ADULTE**  
**Risperidone, Olanzapine, Quétiapine**

N°	INDICATEUR PRIMAIRE	STANDARD		N°	EXCEPTIONS	CONDUITE THÉRAPEUTIQUE	N°	INSTRUCTIONS
		P	A					
3.1.10	Convulsions <sup>(36)</sup>		X	3.1.10		Conduite 1 : fractionner la dose en plusieurs prises OU Conduite 2 : <b>en l'absence de symptômes psychotiques</b> , diminuer ou cesser la progression de la titration ou diminuer l'antipsychotique à la dose minimale efficace OU Conduite 3 : conduites 1 et 2 et cesser l'antipsychotique puis changer pour un autre atypique		
3.1.11	Syndrome malin des neuroleptiques <sup>(32)</sup>		X	3.1.11		Cesser l'antipsychotique et changer pour un autre appartenant à une classe chimique différente <sup>(37)</sup>		

NOTE : Des définitions utiles à la réalisation de cette étude sont présentées dans le document *Résumé des discussions et controverses* joint aux présents critères

**CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES CHEZ L'ADULTE**  
**Risperidone, Olanzapine, Quétiapine**

N°	INDICATEUR PRIMAIRE	STANDARD		N°	EXCEPTIONS	CONDUITE THÉRAPEUTIQUE	N°	INSTRUCTIONS
		P	A					
<b>3.2</b>	<b>RISPÉRIDONE ET OLANZAPINE</b>							
3.2.1	Aménorrhée pendant trois cycles consécutifs, galactorrhée ou gynécomastie <sup>(4-6,16,17,20,21,38)</sup>		X	3.2.1		<p>Conduite 1 : dosage de la prolactine <sup>(20)</sup> et en l'absence de symptômes psychotiques, diminuer l'antipsychotique à la dose minimale efficace <sup>(7,15,16,20)</sup></p> <p>OU</p> <p>Conduite 2 : conduite 1 et si une déficience hormonale a été objectivée, ajouter amantadine ou bromocriptine ou hormonothérapie <sup>(16,20)</sup> de remplacement</p> <p>OU</p> <p>Conduite 3 : conduite 1 puis cesser l'antipsychotique et changer pour un autre atypique <sup>(7,15,16,20)</sup></p>		

NOTE : Des définitions utiles à la réalisation de cette étude sont présentées dans le document *Résumé des discussions et controverses* joint aux présents critères

**CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES CHEZ L'ADULTE**  
**Risperidone, Olanzapine, Quétiapine**

N°	INDICATEUR PRIMAIRE	STANDARD		N°	EXCEPTIONS	CONDUITE THÉRAPEUTIQUE	N°	INSTRUCTIONS
		P	A					
<b>4.</b>	<b>Association médicamenteuse</b>						<b>4.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Feuilles d'ordonnances</li> <li>➤ Notes d'évolution</li> <li>➤ Feuilles d'administration</li> </ul>
4.1	Un autre antipsychotique à durée d'action prolongée (annexe 4)		X					
4.2	Un autre antipsychotique à l'exception des antipsychotiques à durée d'action prolongée (annexe 5)		X	4.2	<p>Absence de réponse après deux essais de traitement en monothérapie d'une durée de 6 mois chacun et impliquant des antipsychotiques appartenant à des classes chimiques différentes dont au moins un est atypique et en présence d'une contre-indication à la clozapine (4,40-3)</p> <p>OU</p> <p>Chevauchement avec un antipsychotique classique d'une durée maximale d'une semaine en traitement des manifestations antipsychotiques à l'urgence</p> <p>OU</p> <p>Chevauchement d'une durée maximale de 6 mois lors du passage d'un antipsychotique à un autre (14,44)</p>			

NOTE : Des définitions utiles à la réalisation de cette étude sont présentées dans le document *Résumé des discussions et controverses* joint aux présents critères

**CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES CHEZ L'ADULTE**  
**Risperidone, Olanzapine, Quétiapine**

N°	INDICATEUR PRIMAIRE	STANDARD		N°	EXCEPTIONS	CONDUITE THÉRAPEUTIQUE	N°	INSTRUCTIONS
		P	A					
4.3	Anticholinergiques <sup>(14)</sup>		X	4.3	<p>Traitement de la dyskinésie tardive ou des réactions extrapyramidales aiguës</p> <p>OU</p> <p>Chevauchement lors de la prise d'un antipsychotique classique</p> <p>OU</p> <p>Poursuite d'un traitement anticholinergique après que l'antipsychotique classique de courte durée d'action soit cessé. Durée maxi-male de 3 mois <sup>(14,44-6)</sup></p> <p>OU</p> <p>Poursuite d'un traitement anticholinergique après que l'antipsychotique classique à durée d'action prolongée soit cessé. Durée maximale de 6 mois <sup>(47)</sup></p>			

NOTE : Des définitions utiles à la réalisation de cette étude sont présentées dans le document *Résumé des discussions et controverses* joint aux présents critères

**CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES CHEZ L'ADULTE**  
**Rispéridone, Olanzapine, Quétiapine**

N°	INDICATEUR PRIMAIRE	STANDARD		N°	EXCEPTIONS	CONDUITE THÉRAPEUTIQUE	N°	INSTRUCTIONS
		P	A					
<b>5.</b>	<b>Suivi thérapeutique</b>						<b>5.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Note des infirmières</b></li> <li>➤ <b>Notes d'évolution</b></li> <li>➤ <b>Résultats de laboratoire</b></li> </ul>
5.1	Bilan biologique pré-traitement incluant les éléments suivants : FSC, signes vitaux, poids corporel, tour de taille, glycémie, bilans hépatique, lipidique, rénal et thyroïdien	X						
5.2	Évaluation médicale annuelle incluant : <sup>(16)</sup>							
5.2.1	Réévaluation de la médication	X						
5.2.2	Examen neurologique	X						
5.3	Évaluation de la masse corporelle au moins une fois par année	X						
<b>6.</b>	<b>Durée de l'essai</b>						<b>6.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Feuilles d'ordonnances</b></li> <li>➤ <b>Notes d'évolution</b></li> </ul>

NOTE : Des définitions utiles à la réalisation de cette étude sont présentées dans le document *Résumé des discussions et controverses* joint aux présents critères

**CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES CHEZ L'ADULTE**  
**Risperidone, Olanzapine, Quétiapine**

N°	INDICATEUR PRIMAIRE	STANDARD		N°	EXCEPTIONS	CONDUITE THÉRAPEUTIQUE	N°	INSTRUCTIONS
		P	A					
6.1	Au moins 8 semaines <sup>(14,17,48)</sup>	X		6.1	< 8 semaines si détérioration ou aucune réponse après trois semaines <sup>(7,27)</sup> ou cessation justifiée par un des critères de la section 3			

NOTE : Des définitions utiles à la réalisation de cette étude sont présentées dans le document *Résumé des discussions et controverses* joint aux présents critères

## Annexe 1

### ***Agitation et anxiété - définitions et exemples***

#### ***Définitions***

**Agressivité** : Comportement d'hostilité et d'attaque envers autrui ou soi-même.<sup>(49)</sup>

**Agitation** : Activité verbale, vocale ou motrice, qui aux yeux d'un observateur externe, ne peut être le résultat direct de l'expression de besoins ou de la confusion de la personne agitée.<sup>(28)</sup>

#### ***Exemples de comportements d'agressivité et d'agitation nécessitant un traitement antipsychotique***<sup>(50,51)</sup>

- Symptômes psychotiques sévères qui sont néfastes, dangereux ou pouvant causer une diminution de la capacité fonctionnelle du patient ou d'autrui : hallucinations, idées paranoïdes, délires, méfiance, désorganisation de la pensée, perte de contact avec la réalité, etc.
- Comportements considérés dangereux pour le patient ou pour autrui : mordre, pousser, frapper, cracher, lancer des objets, égratigner, briser, donner des coups de pieds, etc.
- Comportements affectant la capacité fonctionnelle du patient ou d'autrui : pleurs continus, cris, hurlements, agitation psychomotrice sous forme de déambulation continue, vocalisations continues ou répétitives, mouvements excessifs nuisibles aux soins prodigués.

#### ***Le traitement antipsychotique des comportements suivants n'est pas indiqué*** :<sup>(50,51)</sup>

Errance simple, anxiété, nervosité, bougeotte, perte de mémoire, indifférence à l'entourage, à l'environnement, insomnie, diminution de la capacité à s'occuper de soi, retrait social, impatience, demandes répétitives, légère activité psychomotrice, tension corporelle, hypervigilance, sursauts, difficulté à se concentrer, manque de coopération excluant la résistance aux soins prodigués.

## **Annexe 2**

### ***Approche non pharmacologique du traitement des troubles de comportements <sup>(52)</sup>***

#### ***Interventions de nature environnementale***

- Prévoir un temps d'adaptation
- Simplifier l'environnement
- Établir une routine sécurisante
- Utiliser les repères spatio-temporels
- Respecter le rythme du patient
- Éviter les contentions physiques, la confrontation, la sur-stimulation ou la sous-stimulation
- Organiser des activités adaptées
- Prévoir des temps de repos
- Favoriser le sommeil nocturne
- Valoriser les capacités restantes
- Éviter les tâches trop complexes
- Retirer le patient de situations stressantes
- Prévoir des temps privilégiés pour les soins de base
- Tenir compte de la personnalité sous-jacente
- Être attentif au non verbal

#### ***Interventions d'enseignement et de soutien***

- Information
- Formation
- Soutien
- Réminiscence
- Orientation vers la réalité
- Validation
- Stimulation sensorielle

#### ***Thérapies alternatives***

- Zoothérapie
- Musicothérapie
- Thérapie occupationnelle

**Annexe 3**

**Classification de l'insuffisance hépatique selon CHILD-PUGH <sup>(53)</sup>**

CRITÈRES	SCORE DU PATIENT		
	1	2	3
Encéphalopathie (grade)	AUCUN	1 OU 2	3 OU 4
Ascite	AUCUN	LÉGER	MODÉRÉ
Bilirubine (µmol/l)	17-33	34-50	≥ 51
Albumine (g/l)	> 35	28-35	≤ 27
Temps de prothrombine (prolongement - seconde)	1-4	4.1-6	≥ 6.1

Child-Pugh	Classe	Score total
	A	5-6
	B	7-9
	C	10-15



**Annexe 5****Liste des antipsychotiques disponibles au Canada** <sup>(54)</sup>**Autres formulations****Benzisoxazoles**Risperidone Risperdal<sup>®</sup>**Butyrophénones**Halopéridol Haldol<sup>md</sup>**Dibenzodiazépines**Clozapine Clozaril<sup>®</sup>**Dibenzothiazépines**Quétiapine Seroquel<sup>®</sup>**Dibenzoxazépines**Loxapine Loxapac<sup>®</sup>**Diphénylbutylpipéridines**Pimozide Orap<sup>®</sup>**Phénothiazines**Chlorpromazine Largactil<sup>®</sup>Fluphénazine Moditen<sup>®</sup>Mésoridazine Serentil<sup>®</sup>Méthotriméprazine Nozinan<sup>®</sup>Péricyazine Neuleptil<sup>®</sup>Perphénazine Trilafon<sup>®</sup>Thiopropérazine Majeptil<sup>®</sup>Thioridazine Mellaril<sup>®</sup>Trifluoropérazine Stelazine<sup>®</sup>**Thiénobenzodiazépines**Olanzapine Zyprexa<sup>®</sup>, Zydis<sup>®</sup>**Thioxantrènes**Flupenthixol Fluanxol<sup>®</sup>Thiothixène Navane<sup>mc</sup>Zuclopenthixol Clopixon<sup>®</sup>Zuclopenthixol acétate Clopixon-Accuphase<sup>®</sup>

**RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Risperdal in: Association des pharmaciens du Canada. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques. Ottawa : Association des pharmaciens du Canada, 2000
2. Zyprexa in: Association des pharmaciens du Canada. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques. Ottawa : Association des pharmaciens du Canada, 2000
3. Seroquel in: Association des pharmaciens du Canada. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques. Ottawa : Association des pharmaciens du Canada, 2000
4. Stahl SM. Selecting an atypical antipsychotic by combining clinical experience with guidelines from clinical trials. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl 10):31-41
5. Blin O. A comparative review of new antipsychotics. *Can J Psychiatry* 1999;44:235-244
6. Feltus MSK, Gardner DM. Second generation antipsychotics for schizophrenia. *Can J Clin Pharmacol* 1999;6(4):187-195
7. Pearsall R, Glick ID, Pickar D, Suppes T, Tauscher J, Jobson KO. A new algorithm for treating schizophrenia. *Psychopharmacol Bull* 1998;34(3):349-353
8. Chiles JA, Millern AL, Crismon ML, Rush AJ, Shon SS. The Texas medication algorithm project :development and implementation of schizophrenia algorithm. *Psy Services* 1999;50(1):69-74
9. Borison RL, Arvantis LA, Miller BG. ICI 204,636, an atypical antipsychotic : efficacy and safety in a multicenter, placebo-controlled trial in patients with schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 1996;16:159-169
10. Peuskens J. A comparison of quetiapine and chlorpromazine in the treatment of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96:265-273
11. Small JG, Hirsh SR, Arvantis LA. Quetiapine in patients with schizophrenia : a high and low dose double blind comparison with placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:549-57
12. Arvantis LA, Miller BG, Seroquel trial 13 study group. Multiple fixed doses of Seroquel (quetiapine) in patients with acute exacerbation of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1997;42:233-243
13. Gunasekara NS, Spencer CM. Quetiapine; a review of its use in schizophrenia. *CNS Drugs* 1998;9:325-338
14. Expert consensus. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl 11):1-72
15. Collège des Médecins. Traitement de la schizophrénie Janvier 1999
16. Working group for the Canadian Psychiatric Association and the Canadian Alliance for Research on Schizophrenia. Canadian clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1998;43(suppl 2):25S-40S
17. Osser DN, Zarate CA. Consultant or the pharmacotherapy of schizophrenia. *Psy Ann* 1999;29(5):252-267
18. Breier A, Hamilton SH. Comparative efficacy of olanzapine and haloperidol for patients with treatment resistant schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1999;45:403-411
19. Gauthier K. Les neuroleptiques atypiques dans le traitement de la manie aiguë associée à la maladie affective bipolaire & au trouble schizoaffectif. Bulletin d'information. Centre d'information sur le médicament. Centre Hospitalier Universitaire de Québec 2000;1(6):1-4

20. Zarate CA. Antipsychotic Drug Side Effect Issues in Bipolar Manic Patients. *J Clin Psychiatry* 2000;61(suppl 8):52-61
21. Olie JP, Ghaoui S, Bayle FJ. Les nouveaux antipsychotiques. *L'Encéphale* 1999;spII:52-60
22. Cohen SA, Ihrig K, Lott RS et Kerrick JM. Risperidone for Aggression and Self-Injurious Behavior in Adults with Mental Retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1998;28(30):229-33
23. Masand PS. Atypical antipsychotics for elderly patients with neurodegenerative disorders and medical conditions. *Psychiatric Annals* 2000;30(3):202-208
24. Remington GJ. Antipsychotics. Dans : Bezchlibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ. *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs*. 9 ed., Toronto, 1999:62-84
25. Keks NA, Copolov DL, Burrows GD. Discontinuing antipsychotic therapy. A Practice guide. *CNS Drugs* 1995;4(5):351-356
26. Risperidone in : American Society of Health-System Pharmacists. *AHFS Drug Information*. Bethesda : American Society of Health-System Pharmacists 1999
27. Réseau de Revue d'Utilisation des Médicaments. Revue d'utilisation de la clozapine et de la rispéridone. Étude multicentre 1998
28. Réseau de Revue d'Utilisation des Médicaments. Prise de position préliminaire sur l'utilisation de la rispéridone, de l'olanzapine et de la quétiapine dans le traitement des troubles du comportement chez la personne âgée ayant des déficits cognitifs 1999
29. Markowitz JS, Brown CS, Moore TR. Atypical antipsychotics. Part I : Pharmacology, pharmacokinetics and efficacy. *Ann Pharmacother* 1999;33:73-85
30. Maixner SM, Mellow AM, Tandon R. The efficacy, safety and tolerability of antipsychotics in the elderly. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl 8):29-41
31. Yeung PP, Tariot PN, Schneider LS, Salzman C, Rak IW. Quetiapine for elderly patients with psychotic disorders. *Psychiatric Annals* 2000;30(3):197-201
32. Worrel JA, Marken PA, Beckman SE and Ruehter VL. Atypical Antipsychotic Agents : A Critical Review. *Am J Health-Syst Pharm* 2000 Feb 1;57:238-58
33. Brown CS, Markowitz JS, Moore TH, Parker NG. Atypical antipsychotics. Part II : Adverse effects, drug interactions and costs. *Ann Pharmacother* 1999;33:210-217
34. Willet WC, Dietz WH, Colditz GA. Guidelines for healthy weight. *N Engl J Med* 1999;341(6):427-34
35. Madhusoodanan S, Brenner R, Cohen CI. Risperidone for elderly patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatric Annals* 2000;30(3):175-180
36. Alldredge BK. Seizure risk associated with psychotropic drugs : clinical and pharmacokinetic considerations. *Neurology* 1999;53(suppl2):s68-75
37. Pelonero AI, Levenson JL, Pandurangi AK. Neuroleptic Malignant syndrome : a review. *Psychiatric Services* 1998;49(9):1163-1172
38. Petty RG. Management of chronic psychotic ambulatory outpatients. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 19):30-35
39. Bezchlibnyk-Butler KZ, Remington GJ. Antiparkinsonian drugs in the treatment of neuroleptic induced extrapyramidal symptoms. *Can J Psychiatry* 1994;39:74-83

40. Henderson DC, Goff DC. Risperidone as an adjunct to clozapine therapy in chronic schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1996;57(9):395-397
41. Stahl SM. Antipsychotic polypharmacy, part I :Therapeutic option or dirty little secret? *J Clin Psychiatry* 1999;60(7):425-426
42. Morera AL, Barreiro P, Cano-Munoz. Risperidone and clozapine combination of the treatment of refractory schizophrenia. *Ann Psychiatr Scand* 1999;99:305-307
43. Gupta S, Sonnenberg SJ, Frank B. 55.Olanzapine augmentation of clozapine. *Ann of Clinical Psy* 1998;10(3):113-115
44. Masand PS, Berry SL. Switching antipsychotic therapies. *Ann of Pharmacother* 2000;34:200-207
45. Marken PA, Stoner SC, Bunker MT. Anticholinergic drug abuse and misuse. Epidemiology and therapeutic implications. *CNS Drugs* 1996;5(3):190-199
46. Weiden PJ, Aquila R, Dalheim L, Standard JM. Switching antipsychotic medications. *J Clin Psychiatry* 1997;58(suppl 10):63-72
47. Dencker DJ, Axelsson R. Optimising the use of depot antipsychotics. *CNS Drugs* 1996;6(5):367-381
48. Douki S, Taktak MJ, Zineb SB, Cheour M. Les stratégies thérapeutiques face à un premier épisode psychotique. *L'Encéphale* 1999;SpIII:44-51
49. Quevauvilliers J et Fingerhut A. Dictionnaire Médical. Éditions Masson, Paris 1999
50. Réseau de Revue d'Utilisation des Médicaments. Rapport multicentre sur l'utilisation des neuroleptiques chez la personne âgée ayant des déficits cognitifs 1996
51. Ducharme C. Les antipsychotiques atypiques et les troubles du comportement associés à la démence d'Alzheimer. *L'Actualité Pharmaceutique* Mai 2001
52. Hottin P, Bourque M et Bonin C. Approche des troubles du comportement chez les personnes atteintes de déficits cognitifs. Dans : Arcand-Hébert (sous la direction de), *Précis pratique de gériatrie*. 2<sup>e</sup> éd., Paris : Maloine, Saint-Hyacinthe :Edisem 1997:229-38
53. Schiff ER, Sorrell MP, Maddrey WC. Schiff's disease of the liver. Vol 1, Chap 12. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphie 1999:445
54. Association des pharmaciens du Canada. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques. Ottawa : Association des pharmaciens du Canada, 2001