

Les treize examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

1 N'utilisez pas d'antipsychotiques atypiques comme intervention de première intention pour traiter l'insomnie chez les enfants et les adolescents.

De récentes études confirment une hausse dramatique de l'utilisation d'antipsychotiques atypiques ainsi que des effets secondaires comme l'obésité, qui représente déjà un problème de santé majeur chez cette population. Il est plus prudent d'essayer d'abord des stratégies non pharmacologiques, comme des modifications comportementales et l'adoption de bonnes habitudes de sommeil (élimination des siestes, arrêt de l'utilisation d'appareils électroniques une heure avant le coucher, limitation de consommation de produits contenant de la caféine). Si ces interventions échouent, l'étape suivante à envisager devrait être la prise de mélatonine pendant une courte période.

2 N'utilisez pas d'inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) comme intervention de première intention pour traiter la dépression légère à modérée chez les adolescents.

Les études indiquent clairement que les antidépresseurs sont moins efficaces chez les enfants et les adolescents de 17 ans et moins. Le traitement de première intention pour ces groupes d'âge devrait donc être la thérapie cognitivo-comportementale ou la psychothérapie interpersonnelle. En outre, il faut toujours porter une attention particulière à la sécurité environnementale et au soutien parental afin de détecter tout cas de négligence ou de mauvais traitements. Une fois que ces possibilités ont été écartées, une approche psychopédagogique portant sur l'importance d'un horaire de sommeil régulier, d'une bonne alimentation et de l'activité physique serait une bonne intervention de première intention pour assurer un soutien au développement sain et adapté à l'âge.

3 N'utilisez pas d'antipsychotiques atypiques comme intervention de première intention pour traiter les cas de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et trouble de comportement perturbateur concomitant.

Le traitement du TDAH doit d'abord passer par une éducation adéquate des patients et des familles, des interventions comportementales, des traitements psychologiques et des mesures d'adaptation en milieu scolaire. Si ces approches ne suffisent pas, il est indiqué de prescrire un stimulant et de procéder à une analyse comportementale pour veiller à ce que l'enfant reçoive un soutien suffisant à l'école et à la maison. Chez les enfants présentant également un trouble de comportement perturbateur (trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites), il est préférable d'envisager l'utilisation d'agonistes alpha-2 adrénergiques (comme la guanfacine) et d'atomoxétine avant le recours à des antipsychotiques atypiques (comme la rispéridone).

4 N'utilisez pas de psychostimulants comme intervention de première intention pour traiter le TDAH chez les enfants d'âge préscolaire.

Les enfants d'âge préscolaire atteints de TDAH doivent faire l'objet d'une évaluation visant à détecter la présence d'autres troubles neuro-développementaux ou d'agents stressants environnementaux, comme la négligence, les mauvais traitements ou l'exposition à la violence familiale. Le traitement passe d'ailleurs par l'éducation et le soutien des parents, suivis par des conseils sur la prise en charge comportementale et le placement en milieu communautaire.

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

Les antipsychotiques de deuxième génération, comme l'olanzapine et la quétiapine, ont des propriétés sédatives et sont souvent prescrits pour traiter l'insomnie, une utilisation non indiquée sur l'étiquette. Ces médicaments présentent un risque important d'effets secondaires comme la prise de poids et les complications métaboliques, même aux faibles doses utilisées pour traiter l'insomnie. Par ailleurs, chez les patients atteints de démence, ils peuvent entraîner des effets secondaires graves, soit l'augmentation du risque d'événements cérébrovasculaires et de décès.

6 Ne demandez pas systématiquement d'analyse toxicologique qualitative (dépistage urinaire de drogues) pour les patients psychiatriques qui se présentent à l'urgence.

Les dépistages toxicologiques qualitatifs de l'urine ne semblent pas améliorer la prise en charge des patients psychiatriques à l'urgence, en raison du risque de faux positifs, de faux négatifs, de vrais positifs sans lien avec le tableau clinique ou très peu pertinents à cet égard ainsi que du retard dans l'évaluation et la prise en charge psychiatrique qu'entraîne l'exécution de l'analyse.

7 Ne prescrivez pas d'emblée des antidépresseurs comme intervention de première intention pour traiter les symptômes dépressifs légers ou sous-syndromiques chez les adultes.

Les antidépresseurs ont un meilleur taux de réponse dans les cas de dépression modérée ou grave. Pour les patients présentant des symptômes légers ou sous-syndromiques, une évaluation complète, une surveillance et un soutien continus, des interventions psychosociales et la modification des habitudes de vie devraient être envisagés en premier recours. Ces interventions permettraient d'éviter les effets secondaires des médicaments et d'établir des facteurs étiologiques qui pourraient être importants dans l'évaluation et la prise en charge futures. Les antidépresseurs peuvent être appropriés pour les patients atteints de dépression légère persistante qui ont des antécédents de dépression plus grave ou chez qui les autres interventions ont échoué.

8 Ne demandez pas d'emblée de neuro-imagerie cérébrale (tomodensitométrie ou examen d'IRM) pour un premier épisode psychotique en l'absence de signes ou de symptômes pouvant évoquer une pathologie intracrânienne.

Les signes et symptômes pouvant évoquer une pathologie intracrânienne sont les céphalées, la nausée et les vomissements, les manifestations rappelant une crise convulsive et l'apparition des symptômes à un âge plus tardif. Plusieurs études ont conclu que l'utilisation systématique de la neuro-imagerie pour un premier épisode psychotique n'a aucune incidence significative sur la prise en charge clinique. Les risques associés à l'exposition aux rayonnements ainsi que le retard du traitement sont autant d'autres arguments contre cette pratique.

9 Ne poursuivez pas d'emblée un traitement de benzodiazépines amorcé lors d'une hospitalisation en soins de courte durée sans avoir effectué un examen rigoureux du cas et dressé un plan de réduction progressive et d'arrêt de la dose, idéalement avant le congé de l'hôpital.

Les benzodiazépines, bien qu'elles soient utiles pour le soulagement à court terme de l'anxiété et de l'insomnie, sont associées à une vaste gamme d'effets secondaires et de problèmes à long terme, notamment des déficits cognitifs et psychomoteurs ainsi que l'abus et la dépendance. Elles sont utilisées couramment en milieu hospitalier pour traiter l'anxiété et l'insomnie associées soit avec le problème à l'origine de l'hospitalisation, soit avec l'hospitalisation elle-même. Une fois le problème traité, les doses de benzodiazépines devraient être progressivement réduites, puis arrêtées. Les patients qui continuent le traitement après leur départ de l'hôpital devraient faire l'objet d'un plan de réduction progressive et d'arrêt de la dose, lequel devrait être décrit dans la feuille du résumé au congé et l'ordonnance remises au patient à son congé.

10 Ne prescrivez pas d'emblée des antidépresseurs comme intervention de première intention pour traiter la dépression en présence concomitante d'un problème actif de consommation d'alcool sans avoir d'abord envisagé une période de sobriété suivie d'une réévaluation de la persistance des symptômes dépressifs.

La prise en charge de troubles psychiatriques combinés à des problèmes de consommation d'alcool nécessite l'évaluation du rôle que joue l'alcool comme facteur étiologique des symptômes dépressifs. Des études ont montré que les antidépresseurs ont un meilleur taux de réponse lorsqu'ils sont réservés au traitement de symptômes persistant après une période de sobriété de deux à quatre semaines. En outre, des études font état de la disparition des symptômes dépressifs suivant une période de sobriété sans prise d'antidépresseurs chez un pourcentage élevé des patients. La prise en charge de troubles psychiatriques combinés à des problèmes de consommation, notamment de dépendance à l'alcool, passe par une évaluation et un traitement parallèles.

11 Ne prescrivez pas d'emblée de stratégies de traitement d'antipsychotiques combinés ou à dose élevée aux patients atteints de schizophrénie.

Dans la pratique clinique, on utilise des antipsychotiques atypiques combinés ou à dose élevée chez les patients atteints de schizophrénie dont les symptômes ne sont pas bien contrôlés par un ou plusieurs antipsychotiques atypiques utilisés à une dose standard. Selon une méta-analyse récente, ces stratégies n'entraîneraient aucune amélioration cliniquement significative pour les patients dont la schizophrénie n'est pas bien contrôlée par un ou plusieurs antipsychotiques atypiques utilisés à une dose standard. En ce qui concerne l'innocuité, aucune différence cliniquement significative n'a été observée entre le traitement combiné ou à dose élevée et la monothérapie à dose standard.

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

Les personnes atteintes de démence présentent souvent des symptômes comportementaux problématiques, notamment l'agressivité et la psychose. Il peut alors être nécessaire de prescrire des antipsychotiques. Toutefois, ces médicaments doivent être utilisés avec prudence étant donné que leurs avantages sont limités et qu'ils peuvent occasionner de graves préjudices, notamment le décès prématuré. En ce qui concerne la démence, les antipsychotiques devraient être réservés aux patients chez qui les traitements non pharmacologiques ont échoué et pour qui les symptômes engendrent une souffrance ou une détresse importante ou posent un danger imminent pour le patient ou pour autrui. Une évaluation rigoureuse menant à l'identification et au traitement des causes du changement de comportement peut permettre d'éliminer le recours à ces médicaments. Des études épidémiologiques semblent indiquer que les antipsychotiques classiques (de première génération), comme l'halopéridol, seraient associés à un risque au moins équivalent d'événements indésirables. Cette recommandation ne s'applique pas au delirium ou aux maladies mentales graves comme les troubles de l'humeur ou la schizophrénie.

13 N'utilisez pas de benzodiazépines ou d'autres sédatifs-hypnotiques chez les personnes âgées comme intervention de première intention pour traiter l'insomnie.

Des interventions non pharmacologiques comme la thérapie cognitivo-comportementale et les interventions comportementales de courte durée se sont avérées utiles dans le traitement de l'insomnie chez les personnes âgées. Des études épidémiologiques ont révélé que le risque d'accident de voiture, de chute et de fracture de la hanche entraînant une hospitalisation ou le décès peut être plus de deux fois plus élevé chez les personnes âgées prenant des benzodiazépines et d'autres sédatifs-hypnotiques. Le fait de prescrire des sédatifs-hypnotiques ou de cesser l'utilisation de ces médicaments en milieu hospitalier peut avoir une incidence considérable sur la consommation à long terme. Ces préjudices potentiels ainsi que d'autres comme les troubles cognitifs doivent être pris en compte dans le choix d'une stratégie de traitement de l'insomnie. Les benzodiazépines devraient être utilisées le moins longtemps possible, et uniquement pour les patients chez qui les traitements non pharmacologiques ont échoué et pour lesquels les troubles du sommeil occasionnent une souffrance ou une détresse considérable.

Comment la liste a été établie

L'Association des psychiatres du Canada (APC) a mis sur pied un groupe de travail comprenant des représentants de son comité des normes professionnelles et de la pratique, de son comité de la recherche et de sa section des membres en formation, ainsi que de l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie (ACGP) et de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (ACPEA). Le groupe comptait également une personne de l'Association canadienne pour la santé mentale possédant une expérience pertinente. Les membres de l'APC, de même que les associations provinciales de psychiatrie, l'Académie canadienne de psychiatrie et droit (ACPD) et l'Académie canadienne de médecine psychosomatique (ACMP), ont été invités à fournir des suggestions d'éléments à ajouter à la liste. Le groupe de travail s'est penché sur les suggestions reçues, puis, avec l'aide du réseau clinique stratégique sur la dépendance et la santé mentale des Services de santé de l'Alberta, il a effectué de brèves revues de la littérature sur un certain nombre d'éléments potentiels. Les recommandations ont ensuite été peaufinées lors de téléconférences du groupe de travail, et une version quasi définitive a été renvoyée aux associations provinciales, à l'ACPD et à l'ACMP. Celles-ci ont été invitées à formuler des commentaires finaux, qui ont été pris en considération par le groupe de travail lors de la rédaction de la liste définitive.

Un petit sous-comité de l'ACGP a été mis sur pied, avec l'apport de représentants de l'ACMP et de la Société canadienne de gériatrie (SCG). Le groupe s'est penché sur les recommandations formulées par les membres de l'APC dans le cadre d'un sondage ainsi que sur les recommandations de la SCG, de l'American Geriatrics Society (AGS) et de l'American Psychiatric Association (APA) pour le programme « Choisir avec soin ». Deux recommandations ont été retenues, puis examinées, et des révisions mineures ont été apportées aux paragraphes de description. L'ACGP a axé sa recommandation visant l'utilisation de benzodiazépines et d'autres somnifères sur l'insomnie, plutôt que d'aborder une vaste gamme de problèmes.

Le Comité de direction de l'ACPEA a rédigé une liste provisoire après avoir pris connaissance des recommandations formulées par les membres de l'APC dans le cadre d'un sondage, ainsi que des recommandations de l'APA pour le programme « Choisir avec soin ». La liste a été examinée et peaufinée, et des commentaires supplémentaires ont été recueillis auprès du conseil d'administration de l'ACPEA, de la section de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Alberta Psychiatric Association ainsi que de psychiatres de différentes régions du pays.

Sources

- 1** Ferracioli-Oda E, Qawasmi A, Bloch MH. Meta-analysis: melatonin for the treatment of primary sleep disorders. *PLoS One*. 17 mai 2013;8(5):e63773.
Mindell JA, Owens JA. A clinical guide to pediatric sleep: Diagnosis and management of sleep problems. 2e édition. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
Morgenthaler TI, Owens J, Alessi C, Boehlecke B, Brown TM, Coleman J, et al. Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children: an American Academy of Sleep Medicine report. *Sleep*. 2006;(29)10:1277-81.
Owens JA, Moturi S. Pharmacologic treatment of pediatric insomnia. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Octobre 2009;18(4):1001-16.
Stepanski EJ, Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Med Rev*. Juin 2003;7(3):215-25.
- 2** Bhatia SK and Bhatia SC. Childhood and Adolescent depression. *Am Fam Physician*. 1er janvier 2007;75(1):73-80.
Birmaher B, Brent D, AACAP Work Group on Quality Issues, Bernet W, Bukstein O, Walter H, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Novembre 2007;46(11):1503-26.
Hetrick SE, McKenzie JE, Cox GR, Simmons MB, Merry SN. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 14 novembre 2012;11:CD004851.
Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein RE, Laraque D; GLAD-PC Steering Group. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): 1. Identification, assessment, and initial management. *Pediatrics*. Novembre 2007;120(5): e1299-1312.
- 3** Gorman DA, Gardner DM, Murphy AL, Feldman M, Bélanger SA, Steele MM, et al. Canadian guidelines on pharmacotherapy for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, or conduct disorder. *Can J Psychiatry*. Février 2015;60(2):62-76.
Loy JH, Merry SN, Hetrick SE, Stasiak K. Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database Syst Rev*. 12 septembre 2012;9:CD008559.
Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part 1: Psychostimulants, Alpha-2 Agonists, and Atomoxetine. *Can J Psychiatry*. 1er février 2015;60(2):42-51.
Wilkes TCR, Nixon MK. Pharmacological treatment of child and adolescent disruptive behaviour disorders. *Can J Psychiatry*. Février 2015;60(2):39-41.
- 4** Canadian ADHD Resource Alliance. Lignes directrices canadiennes sur le TDAH, 3e édition [Internet]. 2011 [consulté le 1er mai 2015]. En ligne : <http://www.caddra.ca/fr/directrices>.
Greenhill L, Kollins S, Abikoff H, McCracken J, Riddle M, Swanson J, et al. Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Novembre 2006;45(11):1284-93.
March JS. The preschool ADHD treatment study (PATS) as the culmination of twenty years of clinical trials in pediatric psychopharmacology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Mai 2011;50(5):427-30.
- 5** Agency for Healthcare Quality and Research. Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update [Internet]. Septembre 2011 [consulté le 1er mai 2015]. En ligne : http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/150/778/CER43_Off-labelAntipsychotics_20110928.pdf.
Coe HV, Hong IS. Safety of low doses of quetiapine when used for insomnia. *Ann Pharmacother*. Mai 2012;46(5):718-22.
Hermes ED, Sernyak M, Rosenheck R. Use of second-generation antipsychotic agents for sleep and sedation: a provider survey. *Sleep*. Avril 2013;36(4):597-600.
Shah C, Sharma TR, Kablinger A. Controversies in the use of second generation antipsychotics as sleep agent. *Pharmacol Res*. Janvier 2014;79:1-8.
- 6** Korn CS, Currier GW, Henderson SO. "Medical clearance" of psychiatric patients without medical complaints in the emergency department. *J Emerg Med*. Février 2000;18(2):173-176.
Olshaker JS, Browne B, Jerrard DA, Prendergast H, Stair TO. Medical clearance and screening of psychiatric patients in the emergency department. *Acad Emerg Med*. Février 1997;4(2):124-128.
Schiller MJ, Shumway M, Batki SL. Utility of routine drug screening in a psychiatric emergency setting. *Psychiatr Serv*. Avril 2000;51(4):474-78.
Tenenbein M. Do you really need that emergency drug screen? *Clin Toxicol*. Avril 2009;47(4):286-91.
- 7** Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso-Mateos JL, van Ommeren M. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. Janvier 2011;198(1):11-6.
Cuijpers P, van Straten A, van Oppen P, Andersson G. Are psychosocial and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *J Clin Psychiatry*. Novembre 2008;69(11):1675-85.
Esposito E, Wang JL, Adair CE, Williams JV, Dobson K, Schopflocher D, et al. Frequency and adequacy of depression treatment in a Canadian population sample. *Can J Psychiatry*. Décembre 2007;52(12):780-789.
Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*. 6 janvier 2010;303(1):47-53.
Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial Severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med*. Février 2008;5(2):e45.
National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: The treatment and management of depression in adults [Internet]. Octobre 2009 [consulté le 1er mai 2015] En ligne : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>.
National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: evidence update [Internet]. 1er avril 2012 [consulté le 1er mai 2015]. En ligne : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence>.
- 8** Albon E, Tsourapas A, Frew E, Davenport C, Oyeboode F, Bayliss S, et al. Structural neuroimaging in psychosis: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. Mai 2008;12(18):iii-iv, ix-163.
Goulet K, Deschamps B, Evoy F, Trudel JF. Use of brain imaging (computed tomography and magnetic resonance imaging) in first-episode psychosis: review and retrospective study. *Can J Psychiatry*. Juillet 2009;54(7):493-501.
Khandanpour N, Hoggard N, Connolly D. The role of MRI and CT of the brain in first episodes of psychosis. *Clin Radiol*. Mars 2013;68(3):245-50.
National Institute for Health and Clinical Excellence. Technology appraisal guidance: Structural neuroimaging in first-episode psychosis [Internet]. Février 2008 [consulté le 1er mai 2015]. En ligne : <https://www.nice.org.uk/guidance/ta136>.
Williams SR, Koyanagi CY, Hishinuma ES. On the usefulness of structural brain imaging for young first episode inpatients with psychosis. *Psychiatry Res*. 30 novembre 2014;224(2):104-6.

- 9** Alessi-Severini S, Bolton JM, Enns MW, Dahl M, Collins DM, Chateau D, et al. Use of benzodiazepines and related drugs in Manitoba: A population-based study. *CMAJ Open*. Octobre 2014;2(4):E208-16.
- Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Curr Opin Psychiatry*. Mai 2005;18(3):249-55.
- Bell CM, Fischer HD, Gill SS, Zagorski B, Sykora K, Wodchis WP, et al. Initiation of benzodiazepines in the elderly after hospitalization. *J Gen Intern Med*. Juillet 2007;22(7):1024-29.
- Cunningham CM, Hanley GM, Morgan S. Patterns in the use of benzodiazepines in British Columbia: Examining the impact on increasing research and guideline cautions against long-term use. *Health Policy*. Octobre 2010;97(2-3):122-9.
- Grad R, Tamblyn R, Holbrook AM, Hurley J, Feightner J, Gayton D. Risk of a new benzodiazepine prescription in relation to recent hospitalization. *J Am Geriatr Soc*. Février 1999;47(2):184-8.
- Lader M. Benzodiazepines revisited-will we ever learn? *Addiction*. Décembre 2011;106(12):2086-109.
- Olson M, King M, Schoenbaum M. Benzodiazepine use in the United States. *JAMA Psychiatry*. Février 2015;72(2):136-42.
- Olson M, King M, Schoenbaum M. The popularity of benzodiazepines, their advantages, and inadequate pharmacological alternatives—Reply. *JAMA Psychiatry*. 1er avril 2015.
- Swinson R, Antony M, Katzman MA, Bleay P, Chokka P, Craven M, et al. Lignes directrices : Prise en charge des troubles anxieux. *Can J Psychiatry*. Juillet 2006;51 Suppl 2:1S-93S. En ligne : <http://publications.cpa-apc.org/browse/documents/213>.
- Yokoi Y, Misal M, Oh E, Bellantoni M, Rosenberg PB. Benzodiazepine discontinuation and patient outcome in a chronic geriatric medical/psychiatric unit: a retrospective chart review. *Geriatr Gerontol Int*. Avril 2014;14(2):388-94.
- 10** Hashimoto E, Tayama M, Ishikawa H, Yamamoto M, Saito T. Influence of comorbid alcohol use disorder on treatment response of depressive patients. *J Neural Transm*. Février 2015;122(2):301-6.
- McIntosh C, Ritson B. Treating depression complicated by substance misuse. *Adv Psychiatr Treat*. Janvier 2001;7(5):357-64.
- National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence [Internet]. Février 2011[consulté le 1er mai 2015]. En ligne : <http://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- Nunes EV, Levin FR. Treatment of co-occurring depression and substance dependence: Using meta-analysis to guide clinical recommendations. *Psychiatr Ann*. Novembre 2008;38(11):nihpa128505.
- Petrakis IL, Gonzalez G, Rosenheck R, Krystal JH. Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. *Alcohol Research and Health*. Novembre 2002;81-9.
- Torrens M, Fonseca F, Mateu G, Farré M. Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 4 avril 2005;78(1):1-22.
- 11** Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. A systematic review of combination and high-dose atypical antipsychotic therapy in patients with schizophrenia. Optimal Use Report: CADTH Volume 1, Issue 1B [Internet]. Décembre 2011 [consulté le 1er mai 2015]. En ligne : http://www.cadth.ca/media/pdf/H0503_AAP_science-report_e.pdf.
- Fisher MD, Reilly K, Isenberg K, Villa KF. Antipsychotic patterns of use in patients with schizophrenia: polypharmacy versus monotherapy. *BMC Psychiatry*. 30 novembre 2014;14:341.
- 12** Banerjee S. The use of antipsychotic medication for people with dementia: Time for action [Internet]. Octobre 2009 [consulté le 1er mai 2015]. En ligne : http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_108302.pdf.
- Brodsky H, Arasaratnam C. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*. Septembre 2012;169(9):946-53.
- Gill SS, Bronskill SE, Normand SL, Anderson GM, Sykora K, Lam K, et al. Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Ann Intern Med*. 5 juin 2007;146(11):775-86.
- Gill SS, Rochon PA, Herrmann N, Lee PE, Sykora K, Gunraj N, et al. Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study. *BMJ*. 26 février 2005;330(7489):445.
- Lee PE, Gill SS, Freedman M, Bronskill SE, Hillmer MP, Rochon PA. Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *BMJ*. 10 juillet 2004;329(7457):75.
- 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*. Mars 2006;14(3):191-210.
- Seitz DP, Brisbin S, Herrmann N, Rapoport MJ, Wilson K, Gill SS, et al. Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc*. Juillet 2012;13(6):503,506.e2.
- 13** Allain H, Bentué-Ferré D, Polard E, Akwa Y, Patat A. Postural instability and consequent falls and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: a comparative review. *Drugs Aging*. 2005;22(9):749-65.
- American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. Avril 2012;60(4):616-31.
- Finkle WD, Der JS, Greenland S, Adams JL, Ridgeway G, Blaschke T, et al. Risk of fractures requiring hospitalization after an initial prescription for zolpidem, alprazolam, lorazepam, or diazepam in older adults. *J Am Geriatr Soc*. Octobre 2011;59(10):1883-90.
- Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*. 19 novembre 2005;331(7526):1169.
- McMillan JM, Aitken E, Holroyd-Leduc JM. Management of insomnia and long-term use of sedative-hypnotic drugs in older patients. *CMAJ*. 19 novembre 2013;185(17):1499-505.
- Rapoport MJ, Lanctôt KL, Streiner DL, Bédard M, Vingilis E, Murray B, et al. Benzodiazepines and driving: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 21 avril 2009;70(5):663-673.
- Roszkowska J, Geraci SA. Management of insomnia in the geriatric patient. *Am J Med*. Décembre 2010;123(12):1087-90.

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale *Choosing Wisely Canada*. Cette campagne vise à encourager un dialogue entre le médecin et son patient afin de choisir les examens et les traitements les plus appropriés pour assurer des soins de qualité. La campagne *Choisir avec soin* reçoit le soutien de l'Association médicale du Québec, et les recommandations énumérées précédemment ont été établies par les associations nationales de médecins spécialistes.

Pour en savoir davantage et pour consulter tous les documents à l'intention des patients, visitez www.choisiravecsoin.org. Participez au dialogue sur Twitter @ChoisirAvecSoin.

À propos de L'Association des psychiatres du Canada

L'Association des psychiatres du Canada (APC) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. L'APC est l'association professionnelle nationale à adhésion volontaire des 4 700 psychiatres et des 900 médecins résidents en psychiatrie du Canada. Voix nationale des psychiatres canadiens, l'APC défend les besoins professionnels de ses membres pour combler les besoins en santé mentale des Canadiens, et fait la promotion de l'excellence en enseignement, en recherche et en médecine clinique. Sa mission est de donner une forte voix collective aux psychiatres du pays et de favoriser une communauté dédiée à assurer les normes de pratique professionnelle les plus élevées possible dans les services psychiatriques offerts aux Canadiens.

À propos de L'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

L'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (ACPEA) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. L'ACPEA fait la promotion de soins et de services de qualité destinés aux enfants, aux jeunes et aux familles du Canada par une approche qui englobe les dimensions biologique, psychologique et sociale, fait intervenir des professionnels de plusieurs disciplines et touche de nombreux domaines de la santé et organismes de services.

À propos de L'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique

L'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique (ACPG) est fière d'être associée à la campagne Choisir avec soin. L'ACPG est un organisme national regroupant des psychiatres voué à la promotion de la santé mentale des personnes âgées au Canada par l'intermédiaire d'activités cliniques, pédagogiques, de recherche et de représentation de ses membres. Fondée en 1991, l'ACPG est considérée comme la porte-parole officielle de la psychiatrie gériatrique au Canada. L'ACPG est membre du Conseil des académies de l'Association des psychiatres du Canada et compte actuellement plus de 300 membres.