La Fondation pour l'éducation médicale continue
Apprentissage basé sur la pratique pour les médecins de famille

Démence : au fil du parcours

Vol. 32 (7), août 2024

INTRODUCTION

La prise en charge des patients atteints de démence est une tâche complexe compte tenu de la variabilité des symptômes et des facteurs médicaux et environnementaux qui entrent en jeu. Les options non pharmacologiques sont recommandées en tant qu'interventions de première intention pour traiter de nombreux symptômes, mais elles peuvent être difficiles à mettre en œuvre. Les interventions pharmacologiques sont limitées et les données probantes à l'appui de leur efficacité sont rares.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- de prendre en charge les symptômes cognitifs de la démence par des interventions non pharmacologiques et pharmacologiques;
- d'évaluer et de traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD);
- de discuter de la planification en vue des changements fonctionnels attendus (y compris l'arrêt de la conduite) et de la planification préalable des soins avec les patients, les mandataires spéciaux et les partenaires de soins;
- de prendre en charge la démence avancée, ce qui comprend le soutien des partenaires de soins et les transferts de soins.

Encadré 1. Portée

Ce module porte sur la prise en charge, et non sur le diagnostic, de la démence.

Encadré 2. Terminologie

Dans la cinquième édition du DSM, le terme « démence » est remplacé par la catégorie plus vaste englobant les troubles neurocognitifs, qui se subdivisent en[1,2] :

- trouble neurocognitif majeur : ensemble de troubles caractérisés par un déclin significatif dans au moins un des domaines cognitifs;
- trouble neurocognitif mineur : déclin léger du déficit cognitif accompagné d'une altération minime des activités de la vie quotidienne.

Les termes suivants seront employés dans le présent module :

- « Démence », car il s'agit du terme le plus couramment utilisé.
- « Partenaire de soins » au lieu de « aidant », car il s'agit de souligner l'importance de la collaboration en vue d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de démence.

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Hélène, 78 ans, et son mari, Marcus

Hélène est une femme au foyer qui vous a consulté il y a six mois en raison de légers changements cognitifs et de difficultés récentes concernant la gestion de ses finances. Vous aviez procédé à un examen physique approfondi et à des analyses de sang (les résultats étaient normaux), et aviez demandé une tomodensitométrie (TDM) qui a révélé des « lésions inapparentes de la substance blanche d'origine présumée vasculaire, sans antécédents d'accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'infarctus cérébral ».

Vous aviez discuté des résultats avec Hélène et Marcus. Hélène n'était pas disposée à envisager un traitement pour ses « problèmes de mémoire » parce qu'elle se débrouillait bien et qu'elle ne voulait pas prendre un médicament qui pourrait avoir des effets secondaires. Son score à l'évaluation cognitive de Montréal (MoCA) était alors de 22/30. Elle ne rapporte aucun symptôme de dépression.

Renseignements généraux 3 | Commentaires des histoires de cas 14 | Collaborateurs et déclarations 17 | Références bibliographiques 19 | Annexes 22

Hélène a des antécédents d'asthme bien maîtrisé, de reflux gastro-œsophagien pathologique (RGOP), d'ostéoporose et d'arthrose. Elle boit un verre de vin aux occasions festives et ne fume pas.

Elle prend les médicaments suivants :
- Acétaminophène à 500 mg, 2 comprimés 3 f.p.j.
- Fluticasone à 125 mcg, en 2 inhalations 2 f.p.j.
- Salbutamol, en 2 inhalations toutes les 4 heures au besoin
- Oméprazole à 20 mg une fois par jour
- Vitamine D à 1000 UI une fois par jour
- Risédronate à libération retardée, à 35 mg une fois par semaine

Hélène se présente aujourd'hui accompagnée de Marcus. Il explique que la semaine dernière, elle s'est perdue en allant à la quincaillerie où elle voulait acheter un nouveau filtre de chaudière. Le trajet jusqu'à la quincaillerie comporte de nombreux détours si bien qu'elle utilise normalement son GPS pour s'y rendre. Mais ce jour-là, son téléphone portable ne fonctionnait pas et elle a dû s'arrêter plusieurs fois pour demander de l'aide.

Hélène et Marcus demandent maintenant s'il y a un moyen d'améliorer sa mémoire. Ils vous disent qu'ils ont récemment vu à la télévision la publicité d'un nouveau médicament.

Vous vous rendez compte que vous ne leur avez peut-être pas parfaitement expliqué le diagnostic lors de leur visite d'il y a quelques mois. En y repensant, vous aviez parlé de « changements au niveau de la mémoire ». Vous n'avez pas approfondi la question parce qu'ils n'étaient pas disposés à suivre un traitement et qu'ils semblaient tous les deux peu enclins à en parler.

Comment leur présenteriez-vous aujourd'hui le diagnostic d'Hélène?

Que suggéreriez-vous en matière de traitement non pharmacologique?

Que diriez-vous à Hélène et à Marcus au sujet des options pharmacothérapeutiques de la démence dont elle est atteinte?

Comment évalueriez-vous la capacité d'Hélène à conduire en toute sécurité?

Cas numéro 2 : Ada, 92 ans, et sa fille Esther

Ada présente depuis cinq ans un déclin cognitif progressif. Elle vit avec sa fille, Esther, qui vous demande de faire une visite à domicile pour vacciner Ada contre la grippe, car elle ne peut pas l'emmener à votre cabinet. Esther travaille à plein temps dans un magasin et commence à s'inquiéter à l'idée de laisser Ada seule. Il n'y a pas encore eu d'incidents liés à la sécurité (p. ex. Ada qui aurait laissé la cuisinière allumée ou qui aurait vagabondé), mais Esther s'inquiète pour l'avenir. Ada bénéficie actuellement de services d'un préposé aux services de soutien à la personne (PSSP) une heure par jour dans le cadre des soins à domicile. Elle présente une fibrillation auriculaire maîtrisée, de l'hypertension, une hypercholestérolémie, une hypothyroïdie et un RGOP.

Ada est autonome pour ce qui est de se nourrir et de faire sa toilette, et son PSSP l'aide à prendre son bain et à se préparer le matin. Esther s'occupe de toutes les activités instrumentales de la vie quotidienne d'Ada, y compris la gestion des médicaments et les courses à l'épicerie.

Ada prend les médicaments suivants :
- Donépézil à 10 mg une fois par jour
- Ramipril à 2,5 mg une fois par jour
- Atorvastatine à 10 mg par jour
- Apixaban à 2,5 mg 2 f.p.j.
- Oméprazole à 20 mg une fois par jour

Vous vous présentez à leur appartement pour vacciner Ada contre la grippe. Ada a l'air en bonne condition physique, mais Esther paraît anxieuse et fatiguée, et elle vous fait part à nouveau de ses inquiétudes concernant l'avenir. Elle vous dit qu'elle veut garder sa mère à la maison, mais qu'elle ne peut pas se permettre de ne pas travailler, et qu'elle n'a pas les moyens de faire appel à des services de soins privés.

Comment pourriez-vous aider Esther à planifier la suite des choses?

Deuxième partie – Un an plus tard

L'état d'Ada s'est considérablement dégradé. Elle reçoit désormais deux heures de soins à domicile par jour. Elle est incontinente en ce qui concerne l'urine. Elle tousse un peu en mangeant et Esther ne lui donne plus que des aliments mous. Esther vous appelle pour vous informer

qu'Ada présente une toux productive, une fièvre légère et qu'elle ne mange et ne boit pas beaucoup. Elle est plus confuse. Vous vous rendez chez elles et l'examen physique révèle qu'Ada respire avec plus d'effort. Sa saturation en oxygène est de 89 % à l'air ambiant. Elle présente des râles crépitants au lobe inférieur droit.

De quoi souhaiteriez-vous discuter avec Esther?

Cas numéro 3 : Frank, 76 ans, et son mari George

Frank est un directeur de banque à la retraite chez qui on a diagnostiqué une démence vasculaire il y a six ans et qui a été placé dans un établissement de soins de longue durée il y a un an. Il doit être assisté dans toutes les activités de la vie quotidienne, mais il peut se nourrir seul. Il lui arrive de ne pas reconnaître Georges. Il présente une arthrose grave au niveau des épaules et des genoux et des contractures au niveau des jambes. Il a des antécédents d'AVC, de dépression et d'hypertension.

Il passe la majeure partie de la journée au lit et reste calme, sauf lorsqu'il faut changer ses sous-vêtements d'incontinence. Il devient alors agité et agressif, physiquement et verbalement. Il crie et insulte les PSSP et les repousse. Il faut désormais trois personnes pour s'occuper de lui le matin.

Frank prend les médicaments suivants :

- Citalopram à 20 mg tous les matins (il a commencé à le prendre il y a 1 an à cause de l'agitation; il en tire un certain avantage)
- AAS à 81 mg une fois par jour
- Atorvastatine à 40 mg par jour
- Acétaminophène à 1000 mg 3 f.p.j.
- Amlodipine à 2,5 mg une fois par jour
- Vitamine B12 à 1 000 mcg tous les matins
- Vitamine D à 1000 UI une fois par jour
- Senokot, 1 comprimé au coucher
- Lactulose au besoin (approximativement tous les 2 jours s'il s'écoule plus de 3 jours sans aller à la selle)

Comment évalueriez-vous Frank?

Deuxième partie

Le personnel utilise l'outil DOS (Dementia Observation System) pour consigner leurs observations, puis il analyse les soins prodigués à Frank à l'aide du modèle PIECES (évaluant les aspects physique, intellectuel et émotionnel, les capacités, l'environnement, la vie sociale). Il est établi que son agitation et son agressivité concernent principalement les soins personnels. Le personnel est d'avis que le fait de bouger semble faire souffrir Frank, et que son état tend à s'aggraver en cas de constipation. Frank semble plus perturbé le soir et en présence d'employés qu'il ne reconnaît pas. George fait remarquer que Frank a toujours détesté avoir froid et qu'il a toujours été un homme pudique et peu sûr de lui. En tant que directeur de banque, il avait l'habitude de diriger. George explique que le fait d'avoir à être lavé et changé par des inconnus est une « vraie calamité » pour Frank.

Les membres de l'équipe soignante essaient d'approcher Frank calmement, en lui expliquant ce qu'ils font avant de s'occuper de lui et en essayant de le garder au chaud. Ils essaient également de faire appel autant que possible aux mêmes PSSP, même si ce n'est pas tout à fait envisageable faute de personnel. George fait de son mieux pour être présent pendant la prestation des soins, mais il trouve cela très éprouvant sur le plan émotionnel.

L'hydromorphone orale à 0,5 mg 3 f.p.j. est instaurée pour soulager la douleur, à prendre 30 minutes avant ses soins personnels. Le diclofénac topique est également ajouté à raison de 3 f.p.j. sur une base régulière.

Quelles autres interventions pourriez-vous mettre en œuvre à ce stade?

Troisième partie

Frank essaie de jouer la musique que George aime lorsqu'il vient lui rendre visite. George va désormais à la selle tous les jours, et le personnel estime que sa douleur est maîtrisée. Malgré ces interventions, son agitation et son agressivité persistent. Une PSSP s'est vu confier des tâches modifiées parce que Frank lui a tordu le bras, et le personnel ne se sent pas en sécurité lorsqu'il lui prodigue des soins.

Que feriez-vous à présent?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

CONTEXTE

1. Plus de 600 000 personnes au Canada sont actuellement touchées par la démence[3]. La prévalence de la démence fait plus que doubler tous les cinq ans chez les Canadiens de 65 ans et plus, passant de < 1 % chez les personnes âgées de 65 à 69 ans à environ 25 % chez les personnes âgées

de 85 ans et plus. La démence est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, et l'écart augmente avec l'âge[4]. En 2010, le médecin de famille moyen au Canada suivait entre 30 et 40 patients atteints de démence[5]. Ce nombre a sans aucun doute augmenté et cette tendance se poursuivra, car la prévalence de la démence devrait atteindre un million de personnes d'ici 2030[3].

2. Les partenaires de soins des personnes âgées atteintes de démence fournissent en moyenne 26 heures de soins par semaine, contre 17 heures par semaine dans le cas des personnes âgées confrontées à d'autres problèmes de santé. Plus de 40 % de ces partenaires de soins présentent des symptômes de détresse, contre 26 % des partenaires de soins des personnes âgées présentant d'autres problèmes de santé[6].

TYPES DE DÉMENCE

3. Les différents types de démence (tableau 1) se caractérisent par un mode d'apparition, des symptômes et un pronostic variés[7].

ANNONCER LE DIAGNOSTIC ET LE PRONOSTIC

4. De nombreux patients atteints de démence ignorent leur diagnostic ou ont des doutes à ce sujet. Les raisons peuvent être les suivantes :
   - On utilise des euphémismes (p. ex. « troubles de la mémoire ») plutôt que de nommer la maladie[10].
   - Le diagnostic n'est pas formulé. Une analyse groupée de 54 études réalisée au Royaume-Uni a permis de constater que seuls 34 % des omnipraticiens communiquaient systématiquement le diagnostic de démence au patient, alors que 89 % d'entre eux l'annonçaient à la famille[10].
   - Obstacles à la divulgation de la démence, notamment[11-13] :
     - Du point de vue du patient : incompréhension, déni, refus de savoir.
     - Du point de vue du partenaire de soins : désir de ne pas tout divulguer pour protéger le patient.

Tableau 1. Types courants de démence[8,9]

Type	Caractéristiques	Résultats aux tests cognitifs	Espérance de vie
Démence de type Alzheimer	• La plus fréquente (50 à 60 % des cas) • Apparition graduelle, déclin progressif, perte de mémoire à court terme initialement • L'apathie et les symptômes dépressifs sont fréquents	Signes de perte de mémoire épisodique (p. ex. atteinte de la mémoire différée) et altération d'au moins un autre domaine	Évolution lente sur une période de 5 à 15 ans
Démence vasculaire	• Causée par une maladie vasculaire cérébrale ou une diminution du débit sanguin cérébral • L'apparition peut être soudaine et s'accompagner d'un déclin graduel, mais peut être progressive • Souvent associée à la démence de type Alzheimer (démence mixte)	Signes de déclin de l'attention complexe (notamment quant à la vitesse de traitement de l'information) et de la fonction exécutive	Déclin variable et graduel (décès résultant souvent d'une cause cardiovasculaire)
Démence à corps de Lewy	• Se manifeste par des symptômes de bradykinésie et d'autres symptômes de parkinsonisme (rigidité, lenteur; parfois sans tremblements), une fluctuation de la fonction cognitive, des hallucinations visuelles récurrentes, des chutes précoces, des fluctuations marquées de la conscience (aspect possible de somnolence ou de délire). • Survient dans l'année suivant l'apparition des symptômes du parkinsonisme.	Problèmes liés à l'attention complexe et aux fonctions visuo-spatiale et exécutive Mémoire et capacité d'apprentissage relativement intactes au stade initial de la maladie	Évolution rapide sur quelques années
Démence frontotemporale	• Apparaît plus tôt que les autres démences, souvent associée à des antécédents familiaux de démence frontotemporale • Perte rapide des aptitudes sociales, comportements de désinhibition, apathie, perte de discernement	Déclin des fonctions exécutives ou du langage Mémoire et capacités visuo-spatiales relativement intactes	Évolution rapide sur quelques années

- Du point de vue du clinicien : réticence à annoncer une mauvaise nouvelle ou à exprimer une incertitude, sentiment que le traitement ne procure pas d'avantages, manque de temps.

5. Il est essentiel que le diagnostic de démence soit annoncé de manière franche et sensible au patient comme à son partenaire de soins[14]. La dissimulation du diagnostic peut empêcher le patient de comprendre la cause de ses symptômes, d'en apprendre davantage sur sa maladie, de recevoir un traitement, un soutien et une aide pratique, et de planifier l'avenir[11]. Un diagnostic précoce est associé à de meilleurs résultats, notamment une réduction du stress pour le partenaire de soins, une transition plus tardive vers les soins de longue durée et une diminution des comportements réactifs[15].

6. Les patients et leurs partenaires de soins veulent souvent savoir à quel rythme évolue la maladie[18]. Un calculateur de risque de mortalité chez les personnes âgées atteintes de démence et vivant dans la collectivité (https://eprognosis.ucsf.edu/dementia.php) peut fournir des indications sur les étapes générales et les répercussions d'autres affections sur l'évolution de la maladie, à des fins de préparation et de planification. Il importe toutefois de concilier la nécessité de communiquer des renseignements précis avec le fait que la maladie peut évoluer différemment suivant les individus[19].

7. Les patients atteints de démence et leurs partenaires de soins peuvent vivre des moments éprouvants sur le plan émotionnel après le diagnostic et tout au long de l'évolution de la maladie. Il est essentiel de recenser les principaux points de service au sein de la collectivité. La Société Alzheimer du Canada offre un soutien absolument essentiel aux patients, aux partenaires de soins et aux cliniciens (https://alzheimer.ca/fr). Ce site de référence permet d'accéder à de nombreuses ressources utiles, parmi lesquelles :
   - le programme Premier lien (visant à faciliter l'accès des personnes qui viennent de recevoir un diagnostic aux services de santé, de soutien et d'information sur la démence dans les collectivités locales);
   - de l'information sur la démence dans de nombreuses langues;
   - de l'information sur la démence à l'intention des populations autochtones.

Tableau 2. Conseils en vue de l'annonce d'un diagnostic de démence[11,12,16,17]

Où	• Ayez la discussion en privé, dans un endroit calme.
À qui	• Invitez le patient à se faire accompagner d'un partenaire de soins. Toutefois, il est important de lui demander si c'est bien ce qu'il préfère et, le cas échéant, de désigner cette personne.
Quand	• Dans la mesure du possible, l'annonce du diagnostic doit se faire dans le cadre d'au moins deux consultations, ce qui laisse au patient, à sa famille ou à son partenaire de soins le temps de l'assimiler et de formuler ses questions et ses inquiétudes.
Comment	• Formulez clairement le diagnostic de démence. • Parlez lentement et clairement, en utilisant des mots simples et des phrases courtes. Passez un message à la fois. Laissez au patient le temps de comprendre ce qu'on lui dit et d'y répondre. • Vérifiez ce que le patient et le partenaire de soins savent de la démence et dissipez les idées fausses. • Fournissez des explications sur la cause, le type de démence et le pronostic qui se rapportent spécifiquement au patient, et présentez les ressources disponibles. • Ménagez un espoir réaliste. Bien que la démence soit incurable, l'évolution de la maladie est souvent lente, des traitements symptomatiques existent et les chercheurs s'efforcent de mettre au point de meilleures conduites thérapeutiques. • Insistez sur le fait que vous n'abandonnez pas le patient et que vous vous engagez à lui prodiguer des soins. • Soyez conscient des problèmes particuliers qui peuvent se poser dans le cas des patients de différentes origines culturelles. Déterminez les éventuels besoins linguistiques (p. ex., autre langue maternelle, déficiences visuelles ou auditives) et veillez à ce qu'un interprète professionnel soit présent si nécessaire. Le terme « démence » peut être considéré comme offensant et irrespectueux dans certaines cultures. **Remarque :** Il peut être nécessaire de répéter et de confirmer le diagnostic au fil de l'évolution de la maladie.
Pour obtenir des indications plus complètes, consultez les directives nationales sur la communication d'un diagnostic : Partie 1 : Directives nationales sur la communication d'un diagnostic de trouble neurocognitif (https://alzheimer.ca/fr/les-aides-et-le-soutien/je-suis-un-professionnel-de-la-sante/directives-nationales-sur-les-troubles-neurocognitifs).	

Soutien aux partenaires de soins

8. Le fardeau des partenaires de soins est associé à de mauvais résultats de santé pour ces derniers et au placement précoce des patients atteints de démence dans des établissements de soins de longue durée[14]. La santé et le bien-être des partenaires de soins devraient faire l'objet d'une évaluation régulière dans le cadre du suivi des patients atteints de démence [preuves de qualité élevée][20].

9. Il est établi que les interventions suivantes ont un effet faible à modéré pour ce qui est de l'allégement du fardeau des partenaires de soins et de l'amélioration de leur sentiment de bien-être [preuves de faible qualité][21,22] :
   - Information concernant les symptômes de la démence et les jalons de l'évolution de la maladie
   - Interventions psychoéducatives régulières visant à offrir des connaissances et des compétences concernant la démence, les soins, les services et le soutien disponibles, et la gestion du stress
   - Activités physiques et récréatives régulières, si la personne est en mesure d'y participer
   - Répit sous forme de soins à domicile, de programmes de jour ou de séjours de courte durée dans un établissement de soins pour le patient atteint de démence
   - Thérapie cognitivo-comportementale (si disponible)

PLANIFICATION PRÉALABLE DES SOINS

10. Compte tenu de la nature évolutive de la démence, il convient d'offrir rapidement et régulièrement aux patients et à leurs partenaires de soins des occasions de discuter de la planification préalable des soins[18]. Il est établi que la planification préalable des soins dans les cas de démence permet d'améliorer la satisfaction du partenaire de soins et la qualité de vie du patient, de faciliter les séjours à l'hôpital en fin de vie, d'alléger le fardeau des symptômes et de favoriser le confort à l'approche de la mort[23]. Il serait préférable d'entamer cette planification une fois que le patient a eu le temps d'accepter le nouveau diagnostic, mais avant que son état de santé ne se détériore[24].

11. La planification préalable des soins peut consister à[25,26] :
   - aborder la compréhension de la maladie, la réalité concrète de la démence et le pronostic;
   - consigner le nom du mandataire spécial (par défaut ou désigné);
   - vérifier la procuration en vue des décisions de nature financière;
   - tenir compte des valeurs et des souhaits de la personne et de ce qui compte pour elle, en gardant à l'esprit que la planification préalable des soins fournit des lignes directrices au mandataire spécial pour l'avenir (il ne s'agit pas de consentir aujourd'hui à des soins futurs). Dans le cas de la démence, les patients peuvent avoir des préférences concernant des activités et des interactions sociales importantes, la possibilité de vivre chez soi, la réduction du fardeau du partenaire de soins et le maintien des capacités fonctionnelles.

   Le guide de conversation de l'organisme canadien Choisir avec soin peut servir à faciliter les échanges avec les patients gravement malades concernant leurs objectifs, leurs valeurs et leurs souhaits (lien et code QR à l'annexe 1).

12. Alors que la planification préalable des soins est axée sur la prise de décisions *futures* en matière de soins de santé, les discussions concernant les objectifs des soins portent sur les décisions *en cours* en la matière[27]. Les discussions concernant les objectifs de soins consistent à appliquer la planification préalable des soins à une situation clinique en cours. Un document de référence élaboré par Planification préalable des soins Canada peut servir à orienter les discussions portant sur les objectifs de soins (lien et code QR à l'annexe 1).

Encadré 3. Conseil pour la pratique : Passage ou séjour à l'hôpital

En cas de visite à l'urgence ou de séjour à l'hôpital, les partenaires de soins doivent veiller à apporter les lunettes, les prothèses auditives et les objets familiers du patient (p. ex. des photos) afin de réduire le risque de délire. Les partenaires de soins doivent être informés qu'il est important qu'ils soient présents à l'hôpital pour orienter et rassurer le patient atteint de démence.

PRÉOCCUPATIONS LIÉES À LA SÉCURITÉ

Conduite automobile

13. Un diagnostic de démence ne signifie pas forcément que le patient n'est pas en mesure de continuer à conduire en toute sécurité. Cependant, au fil de l'évolution de la démence, l'arrêt de la conduite devient inévitable. Il est essentiel d'informer rapidement les patients et les partenaires de soins du rapport entre la démence et le danger pour la conduite. Des évaluations approfondies de l'aptitude à la conduite (tableau 3) doivent être réalisées en cabinet à différents stades de l'évolution de la maladie[28].
    a) Il est important de recueillir des renseignements

Tableau 3. Évaluation de l'aptitude à la conduite[28]

Étape	Justification/explications
Évaluer et consigner le type de démence	• Certains types de démence peuvent affecter la capacité de conduire plus tôt que d'autres. • Par exemple, la démence frontotemporale se caractérise par une impulsivité et des déficits des fonctions exécutives, la démence à corps de Lewy par une vigilance et une attention fluctuantes, ou encore des symptômes moteurs.
Évaluer les répercussions fonctionnelles de la démence	• À mesure que la maladie évolue, le déclin des capacités fonctionnelles peut amoindrir l'aptitude à la conduite. • Le patient n'est plus en mesure de conduire en toute sécurité si l'une des AVQ de base est perturbée par des troubles cognitifs. • La capacité de conduire est probablement amoindrie si au moins deux AIVQ sont perturbées par des troubles cognitifs.
Évaluer les facteurs concomitants, passer en revue les substances et les médicaments utilisés	• Déterminer si d'autres problèmes médicaux ou des troubles de la mobilité ont une incidence négative sur la capacité de conduire (p. ex., maladies cardiovasculaires, troubles de l'audition, diabète, arthrite, maladies neurologiques). • Tenir compte des médicaments (encadré 4) ou des substances (alcool, cannabis) susceptibles de provoquer des déficits cognitifs.
Recueillir les antécédents de conduite auprès du patient et de ses proches, amis et partenaires de soins	• Demander l'avis des personnes qui ont pris place dans la voiture pendant que le patient conduisait. Les inquiétudes de la famille ou des amis révèlent souvent que le patient n'est pas en mesure de conduire en toute sécurité. Toutefois, l'absence d'inquiétude à ce sujet ne signifie pas nécessairement que le patient peut conduire en toute sécurité. • Se renseigner sur les collisions, les traces de choc, les accidents évités de justesse, les contraventions, les épisodes d'égarement ou la nécessité de faire appel à un copilote, la conduite trop rapide ou trop lente, ou les virages dangereux (en particulier les virages à gauche à contresens de la circulation). • Se poser les questions suivantes : Prendriez-vous place dans une voiture conduite par cette personne? Laisseriez-vous vos petits-enfants monter dans la voiture? La personne atteinte de démence serait-elle capable de freiner à temps si un enfant courait après un ballon?
Procéder à une évaluation cognitive	• Évaluer la fonction cognitive globale : MMSE, MoCA, RUDAS. • La rapidité de réaction, les fonctions exécutives et les compétences visuo-spatiales font l'objet des tests suivants : test des tracés B (MoCA), dessin de pentagones entrecroisés (MMSE), reproduction de cubes (MoCA, RUDAS) et dessin de l'horloge (MoCA). • Évaluer le jugement et la perspicacité au moyen de scénarios de conduite hypothétiques; par exemple, que feriez-vous si une poubelle roulait devant votre voiture pendant que vous conduisez?
Effectuer un examen physique et neurologique	• Évaluer les capacités motrices et sensorielles nécessaires à la conduite d'un véhicule : acuité visuelle et champs visuels; mobilité et démarche; amplitude des mouvements du cou, de l'épaule, du coude, des doigts et des chevilles; force et sensibilité des bras, des jambes, des mains et des pieds; proprioception. • Évaluer les signes de la maladie de Parkinson.
Interpréter les constatations	• Passer en revue les résultats des évaluations précédentes et fonder les décisions sur les résultats dans leur ensemble plutôt que sur un élément précis de l'évaluation.
Déterminer les étapes suivantes	• *Aptitude à conduire en toute sécurité* : Effectuer un suivi dans les 6 à 12 mois ou plus tôt en cas de changements notables au niveau de la cognition, du comportement ou du fonctionnement. • *Incapacité de conduire en toute sécurité* : Conseiller au patient de ne pas conduire, consigner les résultats et rédiger un rapport. • *Incertitude quant à la capacité de conduire en toute sécurité :* Discuter avec le patient de l'éventualité de renoncer à la conduite, car il le faudra tôt ou tard. Si le patient n'est pas prêt à renoncer à la conduite, expliquez-lui qu'une évaluation spécialisée de la capacité à conduire (sur route et hors route) sera nécessaire. • Aider le patient ou demander à d'autres personnes de l'aider à élaborer des solutions de transport de remplacement.
Vous trouverez à l'annexe 1 le lien et le code QR vers la feuille de route sur la conduite automobile et la démence, un document plus détaillé permettant d'évaluer l'aptitude à conduire et d'accompagner les patients sur la voie de l'arrêt de la conduite.	

AVQ : activités de la vie quotidienne (habillement, transferts/mobilité, usage des toilettes, soin de soi, alimentation); AIVQ : activités instrumentales de la vie quotidienne (travail, prise de médicaments, finances, magasinage, préparation des repas, utilisation de technologies, tâches ménagères); MMSE : mini-examen de l'état mental; MoCA : Montreal Cognitive Assessment (score à l'évaluation cognitive de Montréal); RUDAS : Rowland Universal Dementia Assessment Scale (échelle universelle d'évaluation de la démence de Rowland)

auprès de différentes sources au cours de l'évaluation[28].

b) Après l'évaluation, il faut se conformer aux exigences provinciales ou territoriales en matière de déclaration des cas de conduite dangereuse[28].

Autres préoccupations liées à la sécurité

14. Voici d'autres préoccupations liées à la sécurité des patients atteints de démence[18] :
    - Chutes : envisager d'orienter le patient vers un physiothérapeute ou un ergothérapeute afin d'évaluer la situation à domicile, et la nécessité d'utiliser des aides à la marche.
    - Sécurité à la cuisine et durant la préparation des repas : pour réduire le risque d'incendie lié à l'oubli des brûleurs restés allumés, débrancher la cuisinière ou installer un dispositif de protection. Inciter à utiliser un four à micro-ondes ou une mijoteuse.
    - Armes à feu, armes, briquets, allumettes : veiller à ce que ces objets soient mis sous clé ou emportés hors du domicile.
    - Erreurs dans la prise des médicaments : recommander l'utilisation de plaquettes thermoformées, vérifier régulièrement l'observance et mettre en place des systèmes de rappel.
    - Errance : envisager de recommander les stratégies suivantes aux partenaires de soins :
        - Placer des objets qui détournent l'attention (p. ex. plantes, chaises) devant les portes pour rediriger le patient tout en lui permettant de sortir en cas d'urgence.
        - Installer des sonnettes ou des alarmes sur les portes.
        - Utiliser un bracelet ou un collier d'identification en cas d'urgence médicale comportant les renseignements nécessaires.
        - Envisager d'utiliser des dispositifs de localisation tels que des appareils GPS, des applications pour téléphones intelligents ou des périphériques Bluetooth à faible consommation d'énergie. On trouvera une liste de dispositifs de localisation sur le site du programme de recherche sur le vieillissement et l'innovation de l'Université de Waterloo (https://uwaterloo.ca/aging-innovation-research-program/locator-devices).

ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À PRENDRE DES DÉCISIONS

15. Il ne faut pas partir du principe que les patients atteints de démence sont incapables de prendre des décisions. La capacité doit être évaluée en fonction de la décision à prendre. Bien qu'elle puisse se détériorer progressivement, la capacité à prendre des décisions en matière de soins de santé peut rester intacte pendant de longues périodes[29]. Pour évaluer cette capacité, il faut se demander si le patient atteint de démence est en mesure de[30] :
    - comprendre la décision à prendre et les options envisageables;
    - comprendre le rapport entre la décision et sa situation;
    - réfléchir à l'information fournie en s'appuyant sur les faits et sur ses valeurs personnelles;
    - communiquer clairement une décision.

16. Le questionnaire d'aide à l'évaluation de la capacité est un outil que les cliniciens peuvent utiliser pour évaluer la capacité d'un patient à prendre une décision donnée. Une vaste étude de validation a montré qu'il présentait un rapport de vraisemblance de 8,5 pour ce qui est de prévoir l'incapacité à prendre une décision[30]. Vous trouverez à l'annexe 1 le lien et le code QR vers cet outil.

TRAITEMENT AXÉ SUR LA COGNITION ET LE FONCTIONNEMENT

Traitement non pharmacologique

17. L'exercice physique (en groupe ou individuel) est recommandé aux personnes atteintes de démence, mais on ne dispose pas de recommandations spécifiques quant à sa durée ou à son intensité [preuves de qualité élevée][20].

18. Dépister une baisse de l'acuité auditive et optimiser l'audition par le recours aux appareils auditifs indiqués [preuves de qualité élevée][19].

19. La thérapie de stimulation cognitive en groupe est recommandée pour les personnes atteintes de démence légère à modérée [preuves de qualité moyenne]. Cette thérapie est généralement proposée dans un cadre social dans lequel se déroulent des activités qui stimulent la pensée, la concentration et la mémoire[20].

Pharmacothérapie

20. L'acupuncture, le ginseng, les suppléments de vitamine E et les préparations à base de plantes n'ont pas de bienfaits démontrés et ne doivent pas être recommandés aux patients atteints de démence[25].

Encadré 4. Médicaments à éviter

- Il faut conseiller aux patients d'éviter les médicaments qui causent de la somnolence et diminuent la vigilance, qui perturbent le sommeil et provoquent des troubles du comportement. Les principaux médicaments de ce type sont les benzodiazépines et les opioïdes, ainsi que les médicaments dotés de forts effets anticholinergiques tels que les antidépresseurs tricycliques, les antispasmodiques pour la vessie, les médicaments contre les vertiges, les relaxants musculaires et les somnifères (y compris ceux en vente libre comme Gravol, Benadryl, Tylenol PM, Advil PM)[18].
- L'acide acétylsalicylique n'est pas recommandé pour les patients atteints de démence à moins qu'ils aient des antécédents d'AVC [preuves de qualité modérée][20]. Les données probantes à l'appui de l'utilisation de l'acide acétylsalicylique pour la prévention de la démence ne sont pas claires, de sorte qu'il n'est pas possible de formuler des recommandations en faveur de son utilisation répandue à l'heure actuelle[31].

21. Avant d'instaurer une pharmacothérapie contre les troubles cognitifs et fonctionnels, il convient de procéder comme suit[18,32] :
    - Expliquer les avantages et inconvénients possibles du médicament.
    - Fixer des attentes réalistes. Il s'agit principalement de traitements symptomatiques et il n'est pas établi qu'ils modifient le cours de la maladie. Ces médicaments permettent de stabiliser les symptômes pendant un certain temps et à certains patients de connaître de modestes améliorations sur le plan cognitif ou comportemental.
    - Analyser les affections concomitantes et l'espérance de vie.
    - Prendre en compte les contre-indications et vérifier les interactions possibles avec les médicaments que prend déjà le patient.
    - Examiner les préférences du patient et du partenaire de soins, notamment en ce qui concerne le coût du traitement.

22. Si une pharmacothérapie est instaurée, procédez comme suit[32] :
    - Consigner les symptômes initiaux et clarifier les objectifs du patient et du partenaire de soins en ce qui concerne la prise des médicaments.
    - Inviter les partenaires de soins à consigner par écrit les symptômes, les effets secondaires indésirables, les problèmes de sommeil et les impressions personnelles.
    - Évaluer la tolérance et les effets indésirables deux semaines après le début de l'instauration du traitement et deux semaines après chaque modification de la posologie. En attendant d'atteindre une posologie d'entretien stable, prévoir des rendez-vous de suivi réguliers, en fonction du calendrier d'ajustement posologique du médicament.
    - Une fois la dose d'entretien déterminée, vérifier l'efficacité du traitement (changements dans la cognition, le fonctionnement, le comportement, l'évaluation globale du changement) et les effets indésirables tous les trois mois. Déterminer si les objectifs de l'utilisation du médicament sont atteints. Si les risques l'emportent sur les bienfaits, envisager une déprescription (Renseignements généraux, points 31, 32; encadré 6).

23. Il existe deux classes de médicaments pouvant contribuer à stabiliser la fonction cognitive et à améliorer le fonctionnement des personnes atteintes de démence : les inhibiteurs de la cholinestérase (donépézil, galantamine, rivastigmine) et les antagonistes des récepteurs NMDA (mémantine)[7,14].
    Remarque : Voir l'annexe 2 pour un survol de la posologie, des effets indésirables et des contre-indications de ces médicaments.

Inhibiteurs de la cholinestérase

24. Les inhibiteurs de la cholinestérase peuvent être envisagés dans les cas suivants[33] :
    - tous les patients atteints de démence de type Alzheimer [preuves de qualité élevée] – le donépézil, la rivastigmine et la galantamine sont homologués pour la démence de type Alzheimer légère à modérée; le donépézil, pour la démence de type Alzheimer sévère;
    - la démence de type Alzheimer incluant une composante de maladie vasculaire cérébrale (démence mixte) [preuves de qualité modérée];
    - la démence liée à la maladie de Parkinson [preuves de qualité élevée].

    Remarque : D'après une revue Cochrane de 2021 (8 études comparatives randomisées, n = 4373), le donépézil et la galantamine ont eu un léger effet bénéfique sur la fonction cognitive des sujets atteints de démence vasculaire, mais l'ampleur de l'effet est probablement trop faible pour être significative sur le plan clinique[34].

25. Éviter les inhibiteurs de la cholinestérase dans les cas de démence frontotemporale, car ils sont associés à une aggravation des symptômes cognitifs et comportementaux[35].

26. Les données probantes à l'appui de l'efficacité des inhibiteurs de la cholinestérase sont limitées. En moyenne, l'ampleur de l'effet bénéfique est modérée

(et cet effet ne concerne pas tous les patients); par ailleurs, nous disposons de peu de données concernant les résultats pertinents pour les patients (p. ex. la qualité de vie et le délai avant le placement dans un établissement de soins de longue durée)[36]. Voici les résultats d'une revue systématique de 2015 (257 études comparatives randomisées et études observationnelles)[37] :

- Les inhibiteurs de la cholinestérase entraînent de légères améliorations de la fonction cognitive dans les formes légères à modérées de démence de type Alzheimer et de démence à corps de Lewy. Les données groupées provenant de méta-analyses montrent une amélioration de 1,5 point au mini-examen de l'état mental (MMSE) à 30 points. Bien que ces résultats sont statistiquement significatifs, leur signification clinique est ambiguë.
- L'efficacité des inhibiteurs de la cholinestérase semble diminuer avec le temps, au point où leurs bienfaits deviennent minimes après un an.
- Aucune donnée ne montre leur avantage chez les personnes atteintes de démence avancée ou celles âgées de plus de 85 ans. Les inhibiteurs de la cholinestérase peuvent avoir des effets secondaires cholinergiques significatifs, notamment la perte pondérale, la faiblesse généralisée et la syncope[37].

Remarque : La durée d'aucune des études retenues dans cette revue systématique n'était supérieure à 2 ans.

27. Une revue systématique de 2022 (12 études comparatives randomisées, 12 cohortes, n = 79 153, suivi moyen de 6 mois à 10 ans) a fait état d'une réduction significative du risque de décès chez les personnes atteintes de démence prenant des inhibiteurs de la cholinestérase (rapport des risques instantanés ajusté : 0,77; IC 95 % : 0,70 à 0,84). Ce résultat était constant dans les études randomisées et les études non randomisées, ainsi que dans plusieurs analyses de sensibilité. Aucune différence n'a été observée entre les sous-groupes définis selon le type de démence, l'âge, chaque médicament ou la gravité de la démence[38].

28. Le donépézil, la galantamine et la rivastigmine semblent avoir une efficacité similaire, mais nous ne disposons pas d'études comparant ces agents. Le choix de l'agent doit se fonder sur le profil des effets indésirables, la facilité d'utilisation et les connaissances sur le médicament[7,39,40].

Mémantine

29. Une revue Cochrane de 2019 (14 études comparatives randomisées, n = 3700) a montré que la mémantine procurait un léger avantage clinique aux personnes atteintes d'une forme modérée à sévère de démence de type Alzheimer : cet agent a entraîné une amélioration des capacités à mener des activités quotidiennes habituelles, et une baisse de la sévérité des troubles du comportement et de l'humeur [preuves de qualité élevée]. Aucun avantage n'a été constaté dans les formes légères de démence. Ce médicament est 1,6 fois plus susceptible que le placebo de provoquer des étourdissements, mais il est bien toléré dans l'ensemble[41].
    - La mémantine est approuvée pour le traitement des formes modérées à sévères de la maladie d'Alzheimer au Canada[33].

Traitement d'association

30. Dotés de modes d'action différents, les inhibiteurs de la cholinestérase et la mémantine font parfois l'objet d'un traitement d'association lorsque les symptômes de la maladie évoluent[7,18,25].
    - D'après une méta-analyse de 2019 (9 études comparatives randomisées, n = 2604), le traitement d'association à base d'un inhibiteur de la cholinestérase, comparativement à la monothérapie a eu un effet statistiquement plus significatif sur la cognition et l'impression clinique globale [preuves de faible qualité], mais il n'a eu aucun effet sur les activités de la vie quotidienne ou les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Aucune différence significative n'a été notée entre les deux schémas thérapeutiques pour ce qui était des effets indésirables. Les auteurs ont noté le manque de suivi à long terme et l'incertitude entourant la pertinence clinique de tout effet bénéfique du traitement[42].

Encadré 5. Actualités : les biomarqueurs et les agents modificateurs de la maladie[43,44].

- Les agents modificateurs de la maladie visent à réduire la charge amyloïde dans le cerveau pour ralentir l'évolution de la maladie.
- Au moment de la publication du module, aucun agent modificateur de la maladie n'avait été homologué au Canada pour le traitement de la démence de type Alzheimer. L'aducanumab a bénéficié d'une accessibilité accélérée aux États-Unis en 2021, mais la demande en ce sens a été retirée au Canada en raison du manque de données.
- Le lécanémab a été le premier agent modificateur de la maladie à faire l'objet d'une approbation complète pour le traitement de la maladie d'Alzheimer par la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis. Un autre agent modificateur de la maladie, le donanémab, est en cours d'examen par la FDA.
- Santé Canada examine actuellement une demande visant le lécanémab. Le coût du médicament est estimé à 26 500 $ US par an. Il doit être administré par voie intraveineuse toutes les deux semaines, et nécessite d'effectuer une analyse du liquide céphalorachidien ou une tomographie par émission de positons (TEP) visant à confirmer la présence de certains biomarqueurs de la maladie d'Alzheimer.
- Si Santé Canada approuve des agents modificateurs de la maladie pour le traitement de la maladie d'Alzheimer, leur accessibilité exigera une importante organisation à l'échelle du système de santé en raison de leurs coûts élevés, mais aussi une pharmacovigilance compte tenu de l'incertitude entourant l'effet du médicament d'après les données probantes existantes. Pour de plus amples renseignements, voir le site Outils pour la pratique au https://cfpclearn.ca/tfp369/.

Déprescription des inhibiteurs de la cholinestérase et de la mémantine

31. La prise d'inhibiteurs de la cholinestérase et de mémantine doit donner lieu à une réévaluation périodique des avantages perçus (cognitifs, fonctionnels, comportementaux) et des effets indésirables. Envisager une tentative de déprescription dans les situations suivantes[20,36,45] :
    - Le médicament a été prescrit sans être véritablement indiqué (p. ex. pour traiter un déficit cognitif léger ou une démence frontotemporale).
    - Le patient ou les partenaires de soins veulent interrompre le traitement.
    - Les interactions avec d'autres médicaments ou la présence de maladies concomitantes rendent le traitement plus risqué.
    - Le patient est atteint d'une maladie terminale non accompagnée de démence.
    - Le médicament est utilisé depuis plus de 12 mois et il y a eu une « aggravation cliniquement significative » de la démence au cours des six derniers mois sans que d'autres affections médicales ou facteurs environnementaux n'aient contribué au déclin, ou aucun avantage significatif n'a été observé dans le cours du traitement.
    - Le patient est atteint d'une démence grave ou en phase terminale.
    - Le patient est aux prises avec des effets secondaires intolérables.
    - L'observance du traitement est médiocre (p. ex. refus ou incapacité à prendre le médicament de manière régulière) [preuves de qualité élevée].

Encadré 6. Point de pratique : Dans quels cas il faut éviter de déprescrire

Les inhibiteurs de la cholinestérase ne doivent pas être déprescrits chez les patients présentant des symptômes psychotiques, de l'agitation ou de l'agressivité tant que ces symptômes ne sont pas stabilisés, à moins que ces symptômes ne soient aggravés à cause de l'instauration ou de l'augmentation de la dose de ce médicament [preuves de qualité modérée][20].

32. La déprescription d'un inhibiteur de la cholinestérase ou de la mémantine doit s'effectuer graduellement, en réduisant la dose de 50 % toutes les 4 semaines jusqu'à l'atteinte de la posologie initiale. Après 4 semaines sous cette dose, le médicament peut être arrêté [preuves de qualité modérée][20]. Une surveillance étroite s'impose pendant le processus de déprescription[36]. Si le patient présente une aggravation des symptômes qui semble liée à la déprescription, le traitement doit être repris[20].

SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE (SCPD)

Encadré 7. Lignes directrices sur les SCPD

Les lignes directrices de 2024 de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2024/03/CCSMH-BPSD-Clinical-Guidelines_FINAL_March-2024.pdf) contiennent des déclarations en matière de bonnes pratiques et des recommandations relatives à l'évaluation et à la prise en charge des SCPD. Ces lignes directrices visent à éclairer la prise de décision partagée par les personnes atteintes de démence, leurs partenaires de soins et les prestataires de soins de santé.

33. La prévalence estimée d'au moins un SCPD est de 75 % chez les personnes atteintes de démence vivant dans la collectivité et de plus de 80 % chez celles qui résident dans un établissement de soins de longue durée. Parmi ces symptômes, notons la dépression, l'anxiété, la psychose, l'agitation, l'agressivité et les comportements sexuels à risque[18,20,25,29,46,47].

Évaluation et diagnostic

Remarque : L'annexe 3 présente une démarche détaillée pour l'évaluation des SCPD.

34. Au moment d'évaluer les SCPD, il est important de passer en revue les causes sous-jacentes de la démence, de déterminer sa gravité (tableau 4) et de consigner les symptômes préoccupants[29].

35. Les cliniciens disposent d'outils spécifiques permettant de déceler l'agitation, la psychose, la dépression et l'anxiété chez les personnes atteintes de démence. Il est recommandé d'utiliser diverses échelles pour déceler ces symptômes et en évaluer la gravité[29,48]. On trouvera à l'annexe 1 une liste d'outils et le moyen de les consulter.

Thérapie psychosociale

Remarque : Voir l'annexe 4 pour connaître les thérapies psychosociales adaptées à des symptômes comportementaux et psychologiques particuliers.

36. La thérapie psychosociale joue un rôle essentiel dans la prise en charge des SCPD et devrait toujours être mise en œuvre avant l'instauration de médicaments dans des cas qui ne présentent pas de danger imminent[46,49,50]. La thérapie psychosociale peut se révéler suffisante pour le traitement des SCPD légers. Bien que les données probantes soient peu nombreuses, l'efficacité des thérapies non pharmacologiques est étayée par « un vaste champ d'expérience clinique[50] ». Elles peuvent être utiles à certains patients et ont rarement des effets indésirables, contrairement aux médicaments[51].

37. Le syndrome crépusculaire désigne l'apparition ou l'aggravation de symptômes neuropsychiatriques en fin d'après-midi ou en début de soirée chez les personnes atteintes de démence. Dans le cadre d'une petite étude réalisée en 2023 (n = 184), 21 % des participants présentaient un syndrome crépusculaire, qui se manifestait principalement par de l'agitation (56 %), de l'irritabilité (54 %) et de l'anxiété (46 %)[52]. Le syndrome crépusculaire peut être une source de difficultés tant pour les patients que pour leurs partenaires de soins. Les approches psychosociales possibles sont les suivantes[53] :
    - Repérer les signes du syndrome crépusculaire en fin d'après-midi et essayer d'en identifier la cause (p. ex., fatigue excessive, douleur, besoins insatisfaits tels que la soif ou la faim).
    - Réduire le bruit, l'encombrement ou le nombre de personnes dans la même pièce.
    - Essayer de distraire le sujet en lui proposant une collation, un objet ou une activité qu'il affectionne particulièrement.
    - Faire du début de soirée un moment calme de la journée : écouter de la musique apaisante, lire ou se promener.
    - Régler l'éclairage : laisser entrer la lumière naturelle pendant la journée et opter pour un éclairage plus doux en soirée.

Pharmacothérapie

Remarque : Voir l'annexe 5 pour connaître le traitement pharmacologique recommandé en cas d'agitation et de psychose.

Agitation

38. Le citalopram est recommandé pour la prise en charge de l'agitation modérée à sévère liée à la démence [preuves de faible qualité, forte recommandation][28].
    - Une méta-analyse en réseau (12 études comparatives randomisées, n = 1146) sur les traitements antidépresseurs a montré que, comparativement à un placebo, le citalopram était plus efficace quant à l'atténuation de l'agitation liée à la démence, et qu'il n'était pas associé à un risque accru d'effets indésirables. Toutefois, dans la plupart des études incluses, la dose quotidienne cible était de 30 mg de citalopram alors que Santé Canada ne recommande aucune dose supérieure à 20 mg pour les personnes âgées à cause du risque d'allongement de l'intervalle QT[54]. L'efficacité du citalopram à

Tableau 4. Catégories de gravité des SCPD[29]

Catégorie	Caractéristiques
Légers	• Ne perturbent que très peu, voire pas du tout, l'entourage. • Sont associés à une détresse minimale pour la personne atteinte de démence. • Symptômes intermittents ou facilement atténuables par des thérapies psychosociales.
Modérés	• Perturbent légèrement l'entourage. • Sont associés à une détresse modérée pour la personne atteinte de démence. • Symptômes difficiles à atténuer par des thérapies psychosociales.
Sévères	• Comportent un risque de préjudice pour la personne atteinte de démence ou pour d'autres personnes. • Perturbent gravement et fréquemment le milieu de vie. • Sont associés à une détresse sévère pour la personne atteinte de démence. • Les thérapies psychosociales n'atténuent que très peu ou pas du tout les symptômes.

20 mg est donc incertaine puisque la plupart des participants à l'étude ont reçu la dose quotidienne de 30 mg.

39. Les antipsychotiques ont un effet bénéfique limité en cas d'agitation ou de psychose grave. L'ampleur de l'effet de ces médicaments est assez faible[51] et, dans le meilleur des cas, ils peuvent entraîner une amélioration des comportements ciblés chez une personne traitée sur cinq[49]. Des données probantes récentes laissent entrevoir des taux d'effets indésirables plus élevés que ceux déjà rapportés, notamment un risque accru d'AVC, de thromboembolie veineuse, d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque, de fracture, de pneumonie et d'atteinte rénale aiguë[55].
    a) Le consentement du patient est nécessaire avant l'instauration d'un traitement antipsychotique, et il faut en expliquer les avantages et les inconvénients aux partenaires de soins et aux intéressés (dans la mesure du possible).
    b) Utiliser la dose efficace la plus faible pendant l'intervalle le plus court possible. Évaluer les effets sur une période comprise entre une et trois semaines, en consignant les effets favorables et défavorables. Si le patient ne répond pas au traitement ou le tolère mal, il faut soit augmenter la dose (si ce n'est pas encore la dose maximale) soit diminuer ou arrêter progressivement le traitement. Réévaluer la situation au moins tous les trois mois[25].
    c) De nombreux patients pour lesquels les antipsychotiques étaient initialement indiqués peuvent se les faire déprescrire en toute sécurité si l'on a pris en compte la gravité initiale des symptômes, les symptômes en cours, la durée totale du traitement antipsychotique et la posologie nécessaire pour stabiliser la psychose. S'il est décidé de déprescrire le médicament, diminuer la dose de 25 à 50 % par intervalles d'une à deux semaines jusqu'à l'arrêt du traitement. Si la psychose s'aggrave, s'arrêter à la dose efficace la plus faible [preuves de faible qualité, recommandation conditionnelle][29].

40. Les cannabinoïdes synthétiques sont « suggérés » en cas d'agitation sévère, si les symptômes sont réfractaires à d'autres médicaments [preuves de faible qualité, recommandation conditionnelle][29].
    a) Une méta-analyse (7 études comparatives randomisées, n = 251) n'a fait état d'aucun effet des cannabinoïdes en tant que classe thérapeutique sur l'agitation, mais une tendance a été notée concernant une différence accrue quant à l'agitation entre les cannabinoïdes synthétiques et les cannabinoïdes naturels (tétrahydrocannabinol). L'effet des cannabinoïdes était plus prononcé dans les cas d'agitation associée à un déficit cognitif plus important[56].
    b) La nabilone fait partie des cannabinoïdes synthétiques sur le marché canadien. Une petite étude comparative randomisée avec permutation (n = 39) de 6 semaines a fait état d'une réduction significative de l'agitation avec la nabilone à raison d'une dose moyenne de 1,6 mg, mais des taux accrus de sédation par rapport au placebo ont été notés (45 % vs 16 %)[57].

41. Les médicaments suivants ne sont pas recommandés pour le traitement de l'agitation : trazodone, sertraline, paroxétine, fluvoxamine, antidépresseurs tricycliques, mirtazapine, fluoxétine, inhibiteurs de la cholinestérase, mémantine, acide valproïque et divalproex sodique[29].

Dépression

42. Les antidépresseurs sont recommandés pour la dépression modérée à sévère associée à la démence n'ayant pas répondu aux interventions psychosociales. Peu d'études ont comparé des antidépresseurs auprès de patients atteints de démence. Dans ses lignes directrices sur les SCPD[29], la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées conseille d'utiliser les antidépresseurs recommandés pour le traitement de la dépression majeure chez les personnes âgées, à savoir la sertraline ou la duloxétine[58]. Il convient de tenir compte du profil des effets secondaires dans le choix d'un antidépresseur, et d'éviter les médicaments ayant des effets anticholinergiques (p. ex. paroxétine, antidépresseurs tricycliques).

43. Les médicaments ne sont *pas* recommandés pour le traitement des symptômes dépressifs de la démence chez les patients n'ayant pas reçu un diagnostic concomitant de dépression. Une revue systématique et une méta-analyse en réseau ont fourni des données probantes provenant directement d'études comparatives randomisées, montrant que les interventions pharmacologiques n'étaient pas plus efficaces qu'un placebo quant à l'atténuation des symptômes dépressifs chez les personnes atteintes de démence sans diagnostic concomitant de dépression majeure[59].

Anxiété

44. Le citalopram est recommandé pour la prise en charge de l'anxiété modérée à sévère liée à la démence [preuves de très faible qualité, recommandation conditionnelle][29].

ORIENTATION VERS UN SPÉCIALISTE

45. S'il est possible d'obtenir des soins spécialisés dans le traitement de la démence dans votre collectivité, envisagez ce qui suit :
    - Orienter les patients vers un service de neurologie s'ils ont moins de 65 ans, si la démence évolue rapidement, s'ils présentent des caractéristiques inhabituelles ou des formes plus complexes telles que la maladie à corps de Lewy ou une démence frontotemporale[14].
    - Orienter vers des services de gériatrie ou de psychiatrie gériatrique les patients présentant des SCPD qui ne répondent pas aux traitements non pharmacologiques et pharmacologiques, ou ceux qui présentent des SCPD sévères[49].

POINTS CLÉS

- La prise en charge des patients atteints de démence fait toujours intervenir les partenaires de soins, les familles et les ressources de la collectivité.
- Dans les premiers stades de la démence, il est primordial d'annoncer le diagnostic avec franchise et tact.
- Les patients et leurs partenaires de soins ou leur famille demandent souvent à connaître le pronostic. Des documents de référence tels que le Guide pour discuter des maladies graves et ceux qui sont proposés par Planification préalable des soins Canada peuvent servir à faciliter ces entretiens.
- Un diagnostic de démence ne signifie pas forcément que le patient n'est pas en mesure de continuer à conduire en toute sécurité. Cependant, au fil de l'évolution de la démence, l'arrêt de la conduite devient inévitable. De nouveaux outils tels que la feuille de route sur la conduite automobile et la démence, facilitent l'examen et l'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile.
- Si un traitement par des inhibiteurs de la cholinestérase ou par la mémantine est instauré, il faut réévaluer périodiquement les avantages perçus. La déprescription doit être envisagée chez les patients dont la démence s'aggrave, les patients atteints de démence grave ou en phase terminale, les patients atteints d'autres maladies graves limitant leur espérance de vie, ou quand il n'y a pas d'avantage perceptible.
- L'évaluation des SCPD doit reposer sur une démarche structurée, et leurs traitements non pharmacologiques doivent être instaurés en premier lieu.
- Le citalopram est préférable aux antipsychotiques comme traitement pharmacologique de l'agitation liée à la démence.

ACTIVITÉ D'AMÉLIORATION DE LA PRATIQUE : Ce module s'accompagne d'une activité d'amélioration de la pratique. Copiez le lien members.fmpe.org et cliquez sur « Activités d'amélioration de la pratique » dans le menu principal pour la consulter, et envisagez de la réaliser pour perfectionner votre changement de pratique dans ce domaine.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Hélène, 78 ans, et son mari, Marcus

Comment leur présenteriez-vous aujourd'hui le diagnostic d'Hélène?

Hélène est probablement atteinte d'un trouble neurocognitif majeur. Dans son cas, la cause probable est la démence de type Alzheimer (tableau 1). Étant donné que le diagnostic de démence évolue au fil du temps, il serait souhaitable de maintenir une relation soutenue avec cette famille. Le diagnostic devrait être annoncé de manière individualisée, franche et sensible à Hélène, ainsi qu'à Marcus si elle est d'accord. La connaissance du diagnostic et la compréhension de l'évolution de la maladie devraient aider ce couple à mieux appréhender les symptômes d'Hélène, à s'informer sur la démence, à rechercher et à obtenir un soutien et à planifier l'avenir (Renseignements généraux, points 4 à 6; tableau 2). Il serait important de procéder à un autre dépistage des symptômes de dépression chez Hélène (Renseignements généraux, point 33; annexe 1).

Que suggéreriez-vous en matière de traitement non pharmacologique?

Le programme Premier lien de la Société Alzheimer permettrait de procurer un soutien, de l'information et des services essentiels (Renseignements généraux, point 7). Vous pourriez orienter Hélène et Marcus vers ce programme avec leur consentement, ou ils pourraient directement y faire appel.

Il faudrait inciter Hélène à maintenir ou à multiplier les activités stimulantes sur le plan cognitif telles qu'un programme de stimulation cognitive en groupe (Renseignements généraux, point 19) et une activité physique régulière, soit seule, soit en groupe (Renseignements généraux, point 17).

Il faudrait demander à Hélène si elle a remarqué des problèmes d'audition et l'orienter en vue d'un examen audiologique le cas échéant (Renseignements généraux, point 18).

Au cours des prochaines consultations, il faudrait discuter avec eux de la planification préalable des soins

et confirmer l'identité du mandataire spécial d'Hélène pour les décisions relatives aux soins personnels, et celle du titulaire d'une procuration en matière de finances. Il serait important qu'elle puisse discuter de ses valeurs, de ses objectifs et de ses préférences en matière de soins avec son mandataire spécial (Renseignements généraux, points 10-12; annexe 1).

Que diriez-vous à Hélène et à Marcus au sujet des options pharmacothérapeutiques de la démence dont elle est atteinte?

Vous pourriez proposer à Hélène un inhibiteur de la cholinestérase, car il s'agit d'un traitement de première intention de la démence de type Alzheimer (Renseignements généraux, points 23-24). Il serait important de présenter de manière réaliste les avantages, les inconvénients et les coûts liés à l'essai de ce médicament (Renseignements généraux, points 21, 22, 24-28; annexe 2) en tenant compte des priorités et des valeurs d'Hélène. Si vous instaurez un inhibiteur de la cholinestérase, il serait important d'évaluer régulièrement la cognition et le fonctionnement d'Hélène (Renseignements généraux, point 22), car ces médicaments ne sont pas toujours efficaces (Renseignements généraux, point 26) et peuvent avoir des effets secondaires significatifs (annexe 2).

La mémantine ne serait pas indiquée pour Hélène à ce stade, car elle convient aux formes modérées à sévères de démence de type Alzheimer (Renseignements généraux, point 29, 30).

La prise d'acide acétylsalicylique ne serait pas souhaitable dans le cas d'Hélène. De même, il faudrait lui conseiller de réduire au minimum la prise de médicaments en vente libre ayant des propriétés anticholinergiques (encadré 4).

En ce qui concerne le nouveau médicament dont ils ont vu la publicité à la télévision, il s'agit probablement de l'aducanumab ou du lécanemab.

Il faudrait leur expliquer que ces médicaments sont encore à l'étude et qu'ils n'ont pas encore été mis sur le marché canadien (encadré 5).

Comment évalueriez-vous la capacité d'Hélène à conduire en toute sécurité?

L'évaluation de l'aptitude d'Hélène à conduire demanderait une consultation à part; elle porterait sur son fonctionnement, ses affections médicales et psychiatriques concomitantes et ses antécédents de conduite; elle serait complétée par une évaluation cognitive et un examen physique plus approfondis. La feuille de route sur la conduite automobile et la démence est un excellent document de référence pour les cliniciens, les patients et les partenaires de soins. Vous pourriez fournir le lien à Hélène et à Marcus pour qu'ils puissent consulter l'information, les vidéos, les fiches et les autres outils relatifs à la démence et à la conduite (tableau 3; annexe 1).

Il serait important d'expliquer à Hélène et à Marcus le rapport entre la démence et les risques au volant. Même si Hélène est jugée apte à conduire, ils devront prévoir l'arrêt inévitable de la conduite (Renseignements généraux, point 13).

Cas numéro 2 : Ada, 92 ans, et sa fille Esther

Comment pourriez-vous aider Esther à planifier la suite des choses?

Il serait important de discuter avec Esther du diagnostic et du pronostic concernant Ada (Renseignements généraux, points 4-6; tableau 2). Dans l'idéal, une conversation sur la planification préalable des soins et les objectifs de soins aurait déjà dû avoir lieu (Renseignements généraux, points 10-12).

Il faudrait demander à Esther de réfléchir à ce que sa mère souhaiterait pour l'avenir, à mesure que son état déclinera. Vous pourriez vous servir de Guide pour discuter des maladies graves (Renseignements généraux, point 11; annexe 1).

Il faudrait demander à Esther comment elle assume la prise en charge d'Ada à la maison et vérifier si elle n'est pas en proie à l'épuisement du partenaire de soins (Renseignements généraux, points 2, 8). Vous pourriez lui conseiller de s'appuyer davantage sur les services de soutien communautaire, par exemple de demander un plus grand nombre de visites à domicile, suivant les besoins. La Société Alzheimer pourrait offrir des services à Ada (p. ex. soutien téléphonique, groupes virtuels et en personne) et des recommandations à Esther, par exemple, des programmes de jour ou des services de relève (Renseignements généraux, points 7, 9).

Ce serait le moment idéal d'aborder des questions telles que la sécurité à la cuisine, la prévention des chutes et l'errance (Renseignements généraux, point 14). Même si elle espère que sa mère restera à la maison, Esther pourrait envisager de faire une demande de placement dans un établissement de soins de longue durée. En tant que clinicien, vous avez un rôle important à jouer en rendant régulièrement visite à Ada en vue de prendre en charge les maladies intercurrentes et la médication.

Il faudrait expliquer à Esther qu'un changement cognitif prononcé n'est pas typique de la démence, et l'inciter à

vous appeler si cela se produit. Il faudrait informer Esther du risque de délire associé aux maladies intercurrentes et aux hospitalisations, et lui donner des conseils concernant la prise en charge du délire (encadré 3).

En concertation avec Esther, il faudrait réévaluer le traitement à base d'inhibiteur de la cholinestérase, notamment son profil d'effets secondaires (Renseignements généraux, points 24-26; annexe 2), et envisager de le déprescrire (Renseignements généraux, points 31-32; encadré 6). Au vu de l'évolution de sa démence, il se pourrait qu'Ada ne soit pas en mesure de participer aux discussions sur la planification préalable des soins et la déprescription. Toutefois, il serait important d'évaluer sa capacité à prendre de telles décisions et de faire en sorte qu'elle y prenne part si c'est possible (Renseignements généraux, points 15-16).

Deuxième partie – Un an plus tard

De quoi souhaiteriez-vous discuter avec Esther?

La présence d'une maladie grave telle qu'une pneumonie, serait une raison importante d'aborder avec Esther la question des objectifs de soins (Renseignements généraux, point 12). Les conversations antérieures entre Esther et Ada concernant la planification préalable des soins devraient aider Esther à prendre les décisions actuelles liées aux soins (Renseignements généraux, points 10, 11). Il se pourrait qu'Ada présente une pneumonie d'aspiration due à une dysphagie liée à la démence. Vous pourriez envisager plusieurs options avec Esther (p. ex. des soins de confort ou une antibiothérapie par voie orale à domicile plutôt qu'une hospitalisation), en tenant compte du fait que la démence a maintenant atteint le stade sévère de la maladie.

Vous devriez inviter Esther à réfléchir à ce qui correspondrait le mieux aux objectifs et aux valeurs d'Ada si elle pouvait prendre elle-même cette décision. Le Guide pour discuter des maladies graves pourrait servir à orienter cette conversation (Renseignements généraux, point 11; annexe 1).

Cas numéro 3 : Frank, 76 ans, et son mari, George

Comment évalueriez-vous le cas de Frank?

Dans un premier temps, l'équipe soignante de Frank devrait consigner son comportement (Renseignements généraux, point 34; tableau 4; annexe 3), et notamment les points suivants :

- Quel est le comportement (p. ex. agressivité verbale, agression physique, agitation, tapage)?
- Quand s'est-il produit? Combien de temps a-t-il duré?
- Où s'est-il produit?
- Pourquoi : que s'est-il passé juste avant?
- Comment : à quelles interventions a-t-on eu recours?
- Résultat : comment a-t-il réagi?

Il serait important de déterminer les facteurs biologiques qui contribuent à la détresse de Frank, les facteurs psychosociaux ou environnementaux qui contribuent aux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), et de comprendre son identité individuelle (annexe 3). Le modèle PIECES (évaluant les aspects physique, intellectuel et émotionnel, les capacités, l'environnement, la vie sociale) est une démarche structurée de recherche des facteurs susceptibles de contribuer aux SCPD. Il serait utile de confier à un membre précis de l'équipe soignante la consignation de notes au dossier. Des outils d'évaluation standardisés tels que le Dementia Observation System (DOS), pourraient servir à établir une chronologie des événements comportementaux. Une évaluation et la prise des antécédents médicaux détaillés seraient également essentielles (annexes 1 et 3).

Deuxième partie

Quelles autres interventions pourriez-vous mettre en œuvre à ce stade?

Vous pourriez envisager des thérapies psychosociales en vue de calmer l'agitation. La capacité de Frank à participer à des activités est limitée par la gravité de ses troubles cognitifs. Toutefois, vous pourriez envisager avec George des activités personnalisées que Frank apprécierait, comme écouter la musique qu'il aime (Renseignements généraux, points 36, 37; annexe 4). Il faudrait s'assurer auprès du personnel soignant que la douleur de Frank est correctement prise en charge, et augmenter la dose du traitement analgésique si nécessaire. Il faudrait s'assurer que le transit intestinal se déroule correctement, surtout depuis l'ajout de l'hydromorphone (annexe 3).

Troisième partie

Que feriez-vous à présent?

Les SCPD de Frank sont sévères compte tenu du risque de préjudice pour les autres et de sa grande détresse (tableau 4). Il prend déjà du citalopram, qui est le traitement pharmacologique de première intention en cas d'agitation modérée (Renseignements généraux, point 38). Les antipsychotiques seraient désormais indiqués en présence de signes d'agitation grave et d'agressivité physique. Il faudrait obtenir le consentement de George, et lui expliquer les risques et les avantages liés à la prise de ce médicament. Si un traitement antipsychotique est instauré, il devrait l'être en même temps que les interventions comportementales et environnementales en cours, et non les remplacer. Il faudrait réévaluer fréquemment le traitement

antipsychotique de Frank et envisager de réduire la dose ou de l'arrêter si nécessaire (Renseignements généraux, point 39; annexe 5).

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique : **http://members.fmpe.org/modulefeedback**.

Auteure : **Amy Freedman, M.D., CCMF (soins aux personnes âgées), FCMF**
Médecin de famille
Toronto, Ontario

Réviseurs : **Sidney Feldman, M.D., CCMF (soins aux personnes âgées), FCMF**
Médecin de famille
North York, Ontario

Zahra Goodarzi, B.Sc.San (avec mention), M.D., M. Sc., FRCPC
Professeure agrégée, division de gériatrie, faculté de médecine
Gériatre et chercheuse clinicienne
Calgary, Alberta

Rédacteur en chef du contenu médical : **Stephen Marisette, M.D., maîtrise universitaire en médecine (MMEd), CCMF, FCMF**
Médecin de famille
Markham, Ontario

Rédactrice médicale/coordonnatrice, Développement des modules : **Lynda Cranston, B.A. avec spécialisation**
Orangeville, Ontario

Réviseure : **Laura Van Alphen, M.A., B. Éd.**
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Karen Burgess (St. Clements, Ontario), Kevin Byron (Barrie, Ontario) et Amy Pieroway (Corner Brook, Terre-Neuve), qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes du PABP facilités par Holly Slakov (Salt Spring Island, Colombie-Britannique), Jose Villeda (Winnipeg, Manitoba), et Natalie Ward (Calgary, Alberta), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations.

Divulgation des conflits d'intérêts :

Amy Freedman, Sidney Feldman, Zahra Goodarzi, Stephen Marisette et Lynda Cranston n'en ont déclaré aucun.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni les programmes d'apprentissage basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en août 2024.

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes : https://members.fmpe.org/.

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicable à la population ciblée; l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint) • Études comparatives d'envergure, randomisées, multicentriques, et bien conçues
Modéré Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction des résultats de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins; large intervalle de confiance de l'estimation sommaire) • Études comparatives randomisées bien conçues, de taille modérée ou uniques • Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées • Études d'envergure de cohortes
Faible Les conclusions de l'étude pourraient probablement changer en fonction des résultats de futures études.	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais • Études comparatives ou de cohortes comportant des limites/risques de biais importants, dont les variations des résultats entre les études sont significatives, ou ne sont pas directement applicables à la population ciblée
Très faible Les preuves provenant d'études de taille appropriée dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.	• Rapports de cas individuel ou de séries de cas • Une ou plusieurs études comportant des limites/risques de biais significatifs

En plus de la classification ci-dessus, lorsque l'ensemble des données probantes appuyant une question précise est limité, nous pouvons citer l'opinion d'experts à titre de niveau de preuves le plus élevé.

Sources :

1) Qualité des données probantes selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : https://canadiantaskforce.ca/methodologie/grade/?lang=fr.

2) Définitions des grades selon le US Preventive Services Task Force. Mai 2008. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grade-definitions.

GRADE DES RECOMMANDATIONS

Force de la recommandation*	Formulation habituelle dans la ligne directrice	Pour le clinicien	À l'intention du patient
Forte	« L'organisme recommande… »	La plupart des personnes devraient bénéficier du plan d'action de la recommandation.	La plupart des patients dans cette situation souhaiteraient bénéficier du plan d'action de la recommandation.
Conditionnelle	« L'organisme suggère… »	Des choix différents conviendraient à différents patients, selon leur situation clinique, leurs valeurs/préférences et la qualité des données probantes disponibles. Des facteurs contextuels comme le statut du remboursement des médicaments, le soutien financier et le soutien personnel, etc. entreront également en ligne de compte. Les outils d'aide aux prises de décisions peuvent être utiles dans ces situations.	La plupart des patients dans cette situation souhaiteraient bénéficier du plan d'action suggéré, mais de nombreux patients ne le souhaiteraient pas. Les cliniciens peuvent aider les patients à prendre des décisions en fonction de leurs valeurs, de leurs préférences et d'autres facteurs. Un outil officiel d'aide aux prises de décisions peut être utilisé.
Absence de recommandation	« L'organisme n'émet aucune recommandation… »	La confiance à l'égard de l'estimation de l'effet est trop faible pour permettre à l'organisme d'émettre une recommandation.	La décision de poursuivre un certain plan d'action peut être fondée uniquement sur les valeurs et les préférences du patient, notamment si le plan d'action entraîne peu d'effets secondaires et n'occasionne pas une utilisation peu judicieuse des ressources.
Déclarations en matière de bonnes pratiques • Il s'agit de déclarations étayées par des données indirectes et dont la mise en œuvre devrait avoir des effets favorables. • La collecte de données probantes visant à étayer ces déclarations ne constituerait pas une utilisation judicieuse des ressources.			
***Remarque :** La force des recommandations d'un organisme dépend généralement de la qualité des données à l'appui, du juste équilibre entre les effets souhaitables et indésirables, des valeurs et préférences des patients et de l'utilisation judicieuse des ressources nécessaires à l'intervention.			

Sources :

1) Qualité des données probantes selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : https://canadiantaskforce.ca/methodologie/grade/?lang=fr.

2) Lignes directrices de pratique clinique de l'AGA sur la prise en charge de la colite ulcéreuse légère à modérée. 2019. https://www.gastrojournal.org/article/s0016-5085(18)35407-6/fulltext.

3) Dewidar O, Lotfi T, Langendam MW, et al. Good or best practice statements: proposal for the operationalisation and implementation of GRADE guidance. *BMJ Evid Based Med* 2023;28(3):189-196. http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2022-111962.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Emmady PD, Schoo C, Tadi P. Major neurocognitive disorder (dementia). *StatPearls*. Treasure Island (FL).2024.
2. Dementia Australia. *Diagnostic criteria for dementia*. https://www.dementia.org.au/information/for-health-professionals/clinical-resources/diagnostic-criteria-for-dementia#:~:text=The%20NCD%20category%20is%20then,lead%20to%20symptoms%20of%20NCD.
3. Alzheimer Society of Canada. *Dementia numbers in Canada*. 2022. https://alzheimer.ca/en/about-dementia/what-dementia/dementia-numbers-canada.
4. Canadian Institute for Health Information. *Dementia in Canada: summary*. https://www.cihi.ca/en/dementia-in-canada/dementia-in-canada-summary.
5. Frank C, Feldman S, Schulz M. Resources for people with dementia: the Alzheimer Society and beyond. *Can Fam Physician*. 2011;57:1387-91, e460-4. PMID 22170190
6. Canadian Institute for Health Information. *Unpaid caregiver challenges and supports*. https://www.cihi.ca/en/dementia-in-canada/unpaid-caregiver-challenges-and-supports.

7. Dementia and cognitive impairment in older adults. *Geri-RxFiles, 3rd Edition.* 2019. https://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/books/geri.html.
8. Centre for Addiction and Mental Health. *Dementia: differentiating types of dementia*. https://www.camh.ca/en/professionals/treating-conditions-and-disorders/dementia/dementia---diagnosis/dementia---differentiating-types-of-dementia.
9. Towards Optimized Practice (TOP) Cognitive Impairment CPG Committee. *Cognitive impairment: symptoms to diagnosis: clinical practice guideline*. 2017. https://actt.albertadoctors.org/media/baipyton/cogn-imp-1-symptoms-to-diagnosis.pdf.
10. Low LF, McGrath M, Swaffer K, Brodaty H. Communicating a diagnosis of dementia: a systematic mixed studies review of attitudes and practices of health practitioners. *Dementia (London).* 2019;18:2856-905. PMID 29544345
11. Alzheimer Society of Canada. *Communicating the diagnosis*. 2022. https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Communicating-the-diagnosis--Alzheimer-Society.pdf.
12. Dementia Australia. *Communicating the diagnosis*. https://www.dementia.org.au/information/for-health-professionals/clinical-resources/communicating-the-diagnosis
13. Wollney EN, Armstrong MJ, Bedenfield N, et al. Barriers and best practices in disclosing a dementia diagnosis: a clinician interview study. *Health Serv Insights.* 2022;15:11786329221141829. PMID 36506598
14. Moore A, Frank C, Chambers LW. Role of the family physician in dementia care. *Can Fam Physician.* 2018;64:717-9. PMID 30315013
15. Frank CC, Lee L, Molnar F. Disclosing a diagnosis of dementia. *Can Fam Physician.* 2018;64:518. PMID 30002028
16. Alzheimer Society of Canada. *National dementia guidelines for disclosing and communicating a diagnosis of dementia*. 2023. https://guidelines.alzheimer.ca.
17. Lee L, Weston WW. Disclosing a diagnosis of dementia: helping learners to break bad news. *Can Fam Physician.* 2011;57:851-2.
18. Carlsson CM. Management of dementia. *Continuum (Minneap Minn).* 2022;28:885-900. PMID 35678408
19. Atkinson D, Murphy K, Starks J. "How long do I have, and what should I expect?" Prognostication and care planning in cognitive loss and dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatory.* 2022;30:S3-S4.
20. Ismail Z, Black SE, Camicioli R, et al. Recommendations of the 5th Canadian Consensus Conference on the diagnosis and treatment of dementia. *Alzheimers Dement.* 2020;16:1182-95. PMID 32725777
21. Walter E, Pinquart M. How Effective are dementia caregiver interventions? An updated comprehensive meta-analysis. *Gerontologist.* 2020;60:609-19. PMID 33226434
22. Wiegelmann H, Speller S, Verhaert LM, Schirra-Weirich L, Wolf-Ostermann K. Psychosocial interventions to support the mental health of informal caregivers of persons living with dementia—a systematic literature review. *BMC Geriatr.* 2021;21:94. PMID 33526012
23. Dixon J, Karagiannidou M, Knapp M. The effectiveness of advance care planning in improving end-of-life outcomes for people with dementia and their carers: a systematic review and critical discussion. *J Pain Symptom Manage.* 2018;55:132-50 e1. PMID 28827062
24. Bally KW, Krones T, Jox RJ. Advance care planning for people with dementia: the role of general practitioners. *Gerontology.* 2020;66:40-6. PMID 31212289
25. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers.* 2018. https://www.nice.org.uk/guidance/ng97.
26. Hospice Palliative Care Ontario. *Advance care planning: basic information*. https://www.advancecareplanningontario.ca/acp.
27. Dias LM, Bezerra MR, Barra WF, Carvalho AEV, Castro L, Rego F. Advance care planning and goals of care discussion: the perspectives of Brazilian oncologists. *BMC Palliat Care.* 2022;21:165. PMID 36138380
28. *Driving & dementia roadmap: healthcare professionals*. 2022. https://www.drivinganddementia.ca/healthcareprofessional.
29. Canadian Coalition for Senior's Mental Health. *Canadian clinical practice guidelines for assessing and managing behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD)*. 2024. https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2024/03/CCSMH-BPSD-Clinical-Guidelines_FINAL_March-2024.pdf.
30. Barstow C, Shahan B, Roberts M. Evaluating medical decision-making capacity in practice. *Am Fam Physician.* 2018;98:40-6. PMID 30215955
31. Jordan F, Quinn TJ, McGuinness B, et al. Aspirin and other non-steroidal anti-inflammatory drugs for the prevention of dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;4:CD011459. PMID 32352165
32. Guidelines and Protocols Advisory Committee. *Appendix E: comprehensive pharmacotherapy information for acetylcholinesterase inhibitors and memantine*. 2016. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/cogimp-appendix-e.pdf.
33. Alzheimer Society of Canada. *Medications approved for Alzheimer's disease in Canada*. 2023. https://alzheimer.ca/en/about-dementia/dementia-treatment-options-developments/medications-for-alzheimers.

34. Battle CE, Abdul-Rahim AH, Shenkin SD, Hewitt J, Quinn TJ. Cholinesterase inhibitors for vascular dementia and other vascular cognitive impairments: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;2:CD013306. PMID 33704781

35. Noufi P, Khoury R, Jeyakumar S, Grossberg GT. Use of cholinesterase inhibitors in non-Alzheimer's dementias. *Drugs Aging.* 2019;36:719-31. PMID 31201687

36. Reeve E, Farrell B, Thompson W, et al. Deprescribing cholinesterase inhibitors and memantine in dementia: guideline summary. *Med J Aust.* 2019;210:174-9. PMID 30771226

37. Buckley JS, Salpeter SR. A risk-benefit assessment of dementia medications: systematic review of the evidence. *Drugs Aging.* 2015;32:453-67. PMID 25941104

38. Truong C, Recto C, Lafont C, Canoui-Poitrine F, Belmin JB, Lafuente-Lafuente C. Effect of cholinesterase inhibitors on mortality in patients with dementia: a systematic review of randomized and nonrandomized trials. *Neurology.* 2022;99:e2313-e25. PMID 36096687

39. Moore A, Patterson C, Lee L, et al. Fourth Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia: recommendations for family physicians. *Can Fam Physician.* 2014;60:433-8. PMID 24829003

40. Moreta MP, Burgos-Alonso N, Torrecilla M, Marco-Contelles J, Bruzos-Cidon C. Efficacy of acetylcholinesterase inhibitors on cognitive function in Alzheimer's disease. Review of reviews. *Biomedicines.* 2021;9. PMID 34829917

41. McShane R, Westby MJ, Roberts E, et al. Memantine for dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;3:CD003154. PMID 30891742

42. Glinz D, Gloy VL, Monsch AU, et al. Acetylcholinesterase inhibitors combined with memantine for moderate to severe Alzheimer's disease: a meta-analysis. *Swiss Med Wkly.* 2019;149:w20093. PMID 31269225

43. Watt JA, Isaranuwatchai W, Grossman L, Straus SE. Disease-modifying drugs for Alzheimer disease: implications for people in Canada. *CMAJ.* 2023;195:E1446-E8. PMID 37903526

44. Alzheimer Society of Canada. *Your questions answered: what should Canadians know about lecanemab's full US FDA approval?* https://alzheimer.ca/en/whats-happening/news/your-questions-answered-what-should-canadians-know-about-lecanemabs-full-us.

45. Choosing Wisely Canada. *Geriatrics: eight tests and treatments to question*. 2022. https://choosingwiselycanada.org/recommendation/geriatrics/.

46. Bessey LJ, Walaszek A. Management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21:66. PMID 31264056

47. McCleery J, Cohen DA, Sharpley AL. Pharmacotherapies for sleep disturbances in dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;11:CD009178. PMID 27851868

48. Goodarzi Z, Samii L, Azeem F, et al. Detection of anxiety symptoms in persons with dementia: a systematic review. *Alzheimers Dement (Amst).* 2019;11:340-7. PMID 31049391

49. Centre for Effective Practice. *Use of antipsychotics in behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD)*. Primary care 1st edition. 2016. https://cep.health/media/uploaded/UseofAntipsychotics_LTC2016-2.pdf.

50. *Managing the behavioural and psychological symptoms of dementia*. 2020. https://bpac.org.nz/2020/docs/bpsd.pdf.

51. Cloak N, Al Khalili y. Behavioral and psychological symptoms in dementia. *StatPearls [Internet].* 2022. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551552/.

52. Toccaceli Blasi M, Valletta M, Trebbastoni A, et al. Sundowning in patients with dementia: identification, prevalence, and clinical correlates. *J Alzheimers Dis.* 2023;94:601-10. PMID 37334595

53. National Institute on Aging. *Tips for coping with sundowning*. 2017. https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-changes-behavior-and-communication/tips-coping-sundowning.

54. Chen K, Li H, Yang L, et al. Comparative efficacy and safety of antidepressant therapy for the agitation of dementia: a systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in Aging Neuroscience.* 2023;15. PMID 36936502

55. Mok PLH, Carr MJ, Guthrie B, et al. Multiple adverse outcomes associated with antipsychotic use in people with dementia: population based matched cohort study. *BMJ.* 2024;385:e076268. PMID 38631737

56. Ruthirakuhan M, Lanctot KL, Vieira D, Herrmann N. Natural and synthetic cannabinoids for agitation and aggression in Alzheimer's disease: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2019;80. PMID 30753761

57. Herrmann N, Ruthirakuhan M, Gallagher D, et al. Randomized placebo-controlled trial of nabilone for agitation in Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2019;27:1161-73. PMID 31182351

58. Canadian Coalition for Senior's Mental Health. *Canadian guidelines on prevention, assessment and treatment of depression among older adults.* 2021. https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2021/06/CCSMH_Depression_Guidelines_FINAL_EN.pdf.

59. Watt JA, Goodarzi Z, Veroniki AA, et al. Comparative efficacy of interventions for reducing symptoms of depression in people with dementia: systematic review and network meta-analysis. *BMJ.* 2021;372:n532. PMID 33762262

ANNEXE 1. Démence : Outils cliniques

Planification préalable des soins	
Guide de discussion • Pour parler avec les patients atteints d'une maladie grave de leurs objectifs, de leurs valeurs et de leurs souhaits • Offert par l'organisme canadien Choisir avec soin **Remarque :** Ce lien/code QR permet de télécharger directement le guide	
	Planification préalable des soins Canada • Un cadre de référence visant à orienter les conversations sur les objectifs de soins
Aptitude	
Outil AEC (Aide à l'évaluation de la capacité) • Outil permettant d'évaluer la capacité d'un patient à prendre une décision particulière	
Conduite automobile et démence	
	Feuille de route sur la conduite automobile et la démence • Information, vidéos, feuilles de travail et autres outils destinés à évaluer l'aptitude à la conduite et à accompagner les patients sur la voie de l'arrêt de la conduite
Outils d'évaluation des SCPD	
Modèle PIECES (évaluant les aspects physique, intellectuel et émotionnel, les capacités, l'environnement, la vie sociale) • À utiliser pour déterminer les causes des SCPD	
	Outil DOS (Dementia Observation System) pour consigner les observations • À utiliser pour reconnaître les cas de figure et les facteurs contributifs liés aux SCPD
Échelle de Cornell pour le dépistage de la dépression liée à la démence • À utiliser pour dépister la dépression	
	Test des 4 A pour le dépistage du delirium • À utiliser pour dépister le delirium
Échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI, de l'anglais Cohen-Mansfield Agitation Inventory) • À utiliser aux fins de l'évaluation de base de l'agitation et de la vérification périodique de l'efficacité des interventions	

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
août 2024

ANNEXE 2. Traitement pharmacologique des troubles cognitifs et fonctionnels liés à la démence

Médicament	Indication	Posologie/ajustement posologique	Effets indésirables	Contre-indications	Coût/mois
Inhibiteurs de la cholinestérase					
Donépézil (Aricept, g)	• Démence de type Alzheimer : légère, modérée et (donépézil seulement) sévère • Démence de type Alzheimer avec une composante de maladie vasculaire cérébrale • Démence liée à la maladie de Parkinson **Remarque :** À éviter en cas de démence frontotemporale	• Initiale : 2,5 mg-5 mg une fois par jour. • S'il est bien toléré, ↑ à 10 mg une fois par jour (max.) après 4-6 semaines. Les troubles GI et la bradycardie peuvent s'atténuer avec l'augmentation graduelle de la dose. • La prise du médicament le matin peut prévenir l'insomnie et les rêves intenses.	Nausées et vomissements, diarrhée, anorexie, perte pondérale, insomnie, agitation (initialement), ↑ du risque d'hémorragie GI (notamment en cas d'ulcère ou de prise d'anti-inflammatoires), allongement de l'intervalle QT, bradycardie, troubles du comportement Rares : rhabdomyolyse et syndrome malin des neuroleptiques (donépézil)	Asthme sévère ou MPOC, bradycardie, anomalies de la conduction cardiaque (la prudence est de mise si le patient prend déjà des bêtabloquants), utilisation concomitante d'anticholinergiques (p. ex. pour l'incontinence urinaire), ulcère gastroduodénal pathologique actif, obstruction urinaire, antécédents de convulsions, glaucome à angle fermé, syndrome de dysfonctionnement sinusal, bloc de branche gauche. Mesurer la fréquence cardiaque avant l'instauration du traitement. Envisager un ECG chez les patients ayant des antécédents de MCV ou de syncope.	94 $-178 $ g : 17 $ – 25 $
Galantamine (Reminyl ER, g)		• Initiale : 8 mg une fois par jour (le matin, de préférence avec de la nourriture). • Après 4 semaines ↑ à 16 mg une fois par jour s'il est bien toléré. Envisager de ↑ à 24 mg une fois par jour (max.) après 4 semaines.			52 $
Rivastigmine (Exelon, g) Gélule, Solution buvable, Timbre		• Orale, initiale : 1,5 mg 2 f.p.j. (le matin et le soir avec de la nourriture), ↑ à 3 mg 2 f.p.j. après 2-4 semaines. S'il est bien toléré, ↑ à 4,5 mg 2 f.p.j. puis à 6 mg 2 f.p.j. après un intervalle d'au moins 2 semaines à chaque fois. • Timbre : à appliquer quotidiennement (avec rotation des sites d'application entre le dos, la poitrine, le bras). • La dose la plus faible du timbre (4,6 mg) est plus élevée que la dose initiale prise par voie orale; il peut donc être nécessaire de commencer par la forme à prise orale. • La dose peut être ↑ toutes les 4 semaines. • Le timbre peut être plus facile à utiliser chez les patients qui ont des difficultés à avaler.			Gélule : 53 $ Solution : 232 $ Timbre : 188 $ g : 150 $
Antagoniste des récepteurs NMDA					
Mémantine (Ebixa, g)	• Démence de type Alzheimer modérée à sévère **Remarque :** À éviter en cas de démence frontotemporale	• Initiale : 5 mg une fois par jour (le matin). • S'il est bien toléré, ↑ par paliers. hebdomadaires de 5 mg jusqu'à la posologie d'entretien de 10 mg 2 f.p.j.	Étourdissements, constipation, confusion, insomnie, céphalées, hypertension, agitation intérieure et motrice, akathisie, nausées, allongement de l'intervalle QT	La prudence est de rigueur chez les patients présentant des MCV ou des antécédents de convulsions	80 $ – 125 $

ER : libération prolongée; g : générique; GI : gastro-intestinaux; MCV : maladie cardiovasculaire; NMDA : N-méthyl-D-aspartate

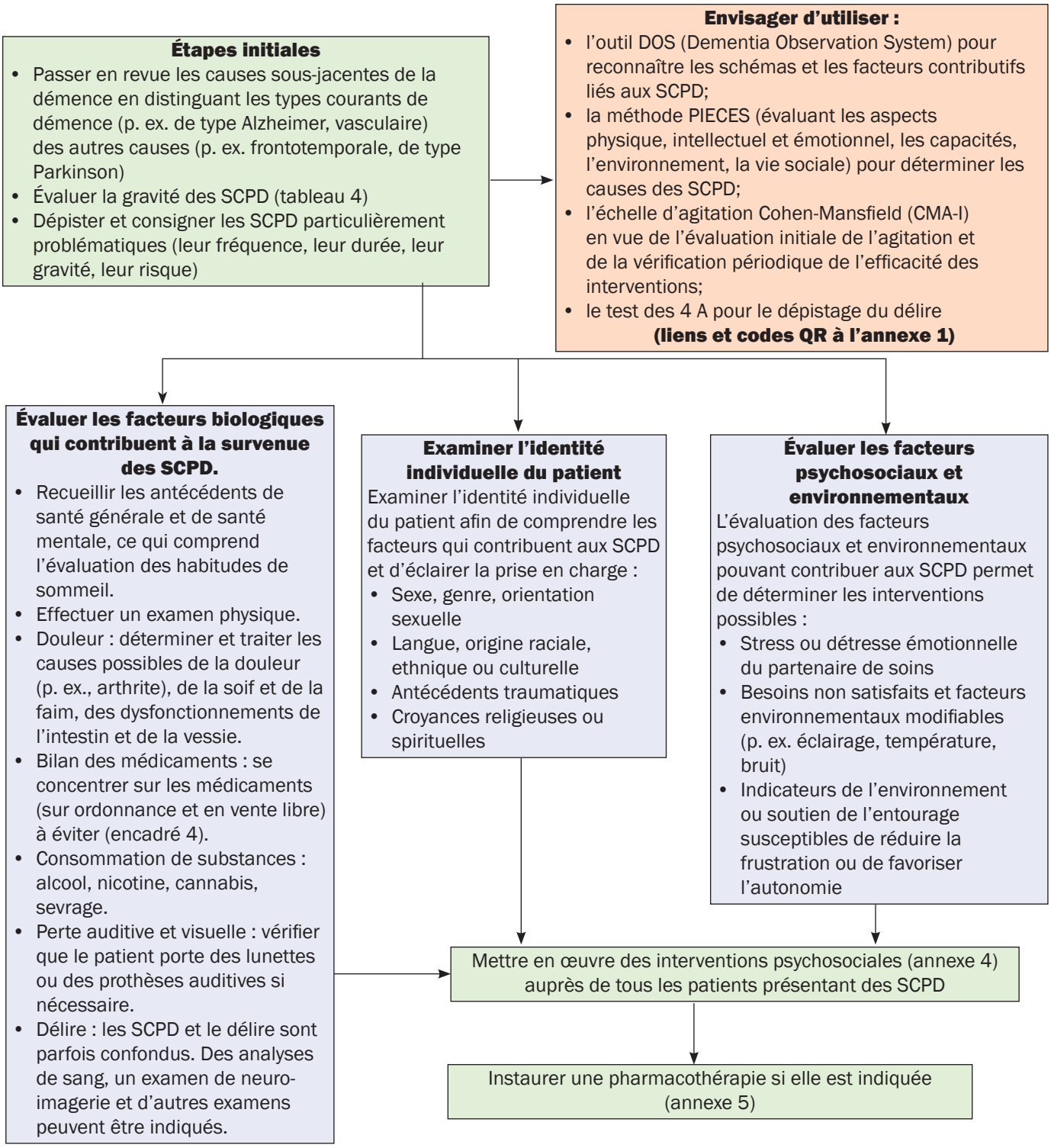
Sources :

1) Dementia and cognitive impairment in older adults. *Geri-RxFiles, 3e édition.* 2019. www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/books/geri.html.

2) Jensen B, Jin M. Management of behavioural & psychological symptoms of dementia (BPSD). *RxFiles*. 2023. www.rxfiles.ca.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
août 2024

ANNEXE 3. Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : Évaluation et prise en charge



Sources: 1) Coalition Canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. *Lignes directrices de pratique clinique canadiennes sur l'évaluation et la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).* 2024. https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2024/03/CCSMH-BPSD-Clinical-Guidelines_FINAL_March-2024.pdf; **2)** Centre for Effective Practice. *Use of antipsychotics in behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD).* Primary care, 1re édition. 2016. https://cep.health/media/uploaded/UseofAntipsychotics_LTC2016-2.pdf.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
août 2024

ANNEXE 4. Thérapies psychosociales destinées à la prise en charge des SCPD

Symptôme	Stratégie	Qualité des preuves/grade de la recommandation
Agitation	Activités personnalisées importantes aux yeux du patient	Modérée/forte
	Musicothérapie à l'aide de la musique préférée du patient	
	Animaux robotisés	Modérée/conditionnelle
	Massage	
	Aromathérapie	Faible/conditionnelle
	Zoothérapie	Très faible/conditionnelle
	Exercice physique	
Psychose	• Activités personnalisées agréables et interventions psychosociales (p. ex. musique) • Autres stratégies : ◦ Vérifier si le patient dit vrai (p. ex. s'il se fait voler ou non des objets). ◦ Informer les partenaires de soins que les délires et les hallucinations sont réels pour le patient; ne pas essayer de contester les fausses croyances. ◦ Distraction, aide-mémoire ◦ Éviter le désordre, la télévision, la radio.	Très faible/conditionnelle —
Dépression	Thérapie de stimulation cognitive (démence légère à modérée)	Modérée/forte
	Exercice physique	
	Activités personnalisées importantes aux yeux du patient	
	Thérapie de la réminiscence (permet de retrouver des souvenirs du passé ou de ses proches) • Soins de longue durée • En milieu communautaire	Modérée/forte Faible/conditionnelle
	Massothérapie et thérapie par le toucher • Démence légère à modérée • Démence sévère	Modérée/forte Faible/conditionnelle
	Animaux robotisés	Modérée/conditionnelle
	Zoothérapie • Soins de longue durée • En milieu communautaire	Faible/conditionnelle Très faible/conditionnelle
	Ergothérapie	Faible/conditionnelle
Anxiété	Musicothérapie à l'aide de la musique préférée du patient	Modérée/forte
	Thérapie cognitivo-comportementale adaptée aux patients atteints de démence (légère à modérée)	Faible/conditionnelle
Comportements sexuels à risque	Information des patients et des aidants, retrait des déclencheurs environnementaux, adaptation du cadre de vie, stratégies visant à faire participer les patients à d'autres activités afin de limiter les comportements à caractère sexuel.	Très faible/conditionnelle
Questions répétitives/ manies	• Rassurer, distraire, aborder le problème sous-jacent • Écrire la réponse à une question répétitive sur une carte et demander au patient de lire plutôt la carte.	—
Déambulation nerveuse	• Distraire, retenir l'attention, adapter le cadre de vie de manière à éviter que le patient ne cherche à s'échapper. • Rendre la déambulation sûre (p. ex. promenades surveillées, lieu de déambulation sécurisé, équipement destiné à l'activité physique). • S'inscrire à MedicAlert ou au programme Trouvez votre chemin de la Société Alzheimer. • Envisager d'utiliser un dispositif de localisation	—

Sources : 1) Coalition Canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. *Lignes directrices de pratique clinique canadiennes sur l'évaluation et la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).* 2024. https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2024/05/DIGITAL_CCSMH_BPSD-Clinical-Guidelines_May2024_FR.pdf; **2)** Centre for Effective Practice. *Use of antipsychotics in behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD).* Primary care, 1re édition. 2016. https://cep.health/media/uploaded/UseofAntipsychotics_PrimaryCare2016-2.pdf.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
août 2024

ANNEXE 5. Pharmacothérapie pour l'agitation et la psychose associées aux SCPD

Médicament	Indication [qualité des preuves, grade de la recommandation]	Posologie/ajustement posologique	Effets indésirables/contre-indications
ISRS			
Citalopram (Celexa) Orale	• Agitation modérée [faible, forte] • Agitation sévère [très faible, conditionnelle] • Psychose modérée [faible, conditionnelle]	• Initiale : 10 mg par jour (le matin) • Max. : 40 mg si < 65 ans; 20 mg si > 65 ans (à cause de la prolongation de l'intervalle QT)	Nausées, anxiété, insomnie, agitation, anorexie, tremblements, somnolence, SIADH, sueurs, sécheresse buccale, céphalées, étourdissements, chutes, diarrhée, constipation, dysfonctionnement sexuel, syndrome de sevrage aux antidépresseurs. Peut provoquer une hyponatrémie : vérifier le taux initial de sodium des patients ayant des antécédents d'hyponatrémie. Chez tous les patients, remesurer le taux de sodium 2 à 4 semaines après l'instauration du traitement et à chaque ↑ de la posologie
Antipsychotiques			
Aripiprazole (Abilify) oral	• Agitation sévère [modérée, conditionnelle] • Psychose sévère ou absence de réponse aux autres traitements [faible, conditionnelle]	• Initiale : 2 mg par jour • L'augmenter de 2 mg toutes les 2-4 semaines • Max. : 15 mg par jour	Sédation, chutes, hypotension orthostatique, allongement de l'intervalle QT, confusion, SEP (rigidité, raideur, akinésie), dyskinésie tardive, diabète, gain pondéral, syndrome métabolique, fracture, rétention urinaire aiguë, atteinte rénale aiguë ↑ du risque d'AVC (1 AVC supplémentaire pour 100 personnes traitées) et de mortalité (augmentation de 1,6 fois, principalement due à l'insuffisance cardiaque, à la mort subite, à la pneumonie) Contre-indications : utilisation de barbituriques, de benzodiazépines, d'opioïdes; anomalies cardiaques graves; antécédents de troubles convulsifs; glaucome à angle étroit La prudence est de mise en cas d'hypertrophie bénigne de la prostate
Rispéridone (Risperdal, g; Risperdal M-TAB, g) orale	• Agitation sévère [modérée, conditionnelle] • Psychose sévère ou absence de réponse aux autres traitements [faible, conditionnelle]	• Initiale : 0,25 mg-1 mg par jour (peut être fractionnée à 2 f.p.j.) • Augmenter de 0,25 mg à 0,5 mg toutes les 2 à 4 semaines • Max. : 1,5 mg-2 mg par jour	
Brexpiprazole (Rexulti) oral	• Agitation sévère [modérée, conditionnelle]	• Initiale : 0,5 mg par jour • Augmenter de 0,5 mg chaque semaine • Max. : 3 mg par jour	
Quétiapine (Seroquel, Seroquel XR, g) orale	• Agitation sévère dans les cas de réfractaires ou intolérants aux autres traitements [faible, conditionnelle]	• Initiale : 12,5 mg-25 mg 2 f.p.j. ou au coucher • Augmenter de 12,5 à 50 mg toutes les 2 à 4 semaines • Max. : 300 mg par jour	
Olanzapine (Zyprexa, g) i.m.	• Agitation sévère, en cas d'urgence [faible, forte]	• Initiale : Dose unique de 2,5 mg à 5 mg • Peut être reprise ≥ 2 heures après la dose initiale et ≥ 1 heure après la seconde dose • Max. : 12,5 mg/épisode	
Halopéridol (Haldol, g) oral	• Agitation dans les cas réfractaires aux autres traitements [très faible, conditionnelle]	• Initiale • 1 mg – 6 mg par jour	SEP, dyskinésies tardives, gain pondéral, sédation, sécheresse buccale, constipation, rétention urinaire, hypotension orthostatique (rare), ↑de la mortalité
Benzodiazépine			
Lorazépam (Ativan, g) i.m., orale	• Agitation sévère : *À UTILISER EN CAS D'URGENCE SEULEMENT,* en cas de risque de danger ou de contre-indication d'autres médicaments [très faible, conditionnelle]	• Initiale : 0,5 mg/jour • Max. : 2 mg – 3 mg/jour	Somnolence, étourdissements, chutes, ↓ de la concentration, amnésie antérograde, désinhibition
Cannabinoïde synthétique			
Nabilone (Cesamet) orale	• Agitation sévère dans les cas réfractaires ou intolérants aux autres médicaments [faible, conditionnelle]	• Initiale : 0,25 mg – 0,5 mg au coucher • Max. : 6 mg/jour	Étourdissements, somnolence, sécheresse buccale, euphorie, sensation de tête légère, céphalée, troubles du sommeil, troubles de la mémoire, vision floue, troubles GI, ↑ aux TFH, hypotension orthostatique, hausse de la fréquence cardiaque

g : générique; GI : gastro-intestinaux; i.m. : intramusculaire; SEP : symptômes extrapyramidaux; SIADH : syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique; TFH : tests de la fonction hépatique; XR : à libération prolongée

Sources : 1) Coalition Canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. *Lignes directrices de pratique clinique canadiennes sur l'évaluation et la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).* 2024. https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2024/05/DIGITAL_CCSMH_BPSD-Clinical-Guidelines_May2024_FR.pdf; **2)** Jensen B, Jin M. Management of behavioural & psychological symptoms of dementia (BPSD). *RxFiles.* 2023. www.rxfiles.ca.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
août 2024