Troubles comportementaux de la démence: les défis

Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique Vol. 23 (8), Août 2015

INTRODUCTION

La démence est une maladie évolutive qui entraîne des symptômes comportementaux et psychologiques chez plus de 90 % des patients. Une majorité d'adultes atteints de la maladie d'Alzheimer (> 70 %) reçoivent des soins d'un membre de leur famille et vivent chez eux. Chez les adultes atteints de démence, il semble y avoir un fossé entre la recommandation d'utiliser d'abord les traitements non pharmacologiques avant la prise en charge pharmacologique. Les médecins de famille font le lien entre la collectivité et les ressources de soins de santé qui peuvent contribuer au bien-être des patients atteints de démence et offrir des services d'éducation et de soutien aux aidants naturels.

OBJECTIFS

À la fin de ce module, les cliniciens pourront:

- élaborer une approche permettant l'évaluation des troubles du comportement associés à la démence;
- évaluer et mettre au point des stratégies de prise en charge personnalisées pour les patients présentant des troubles du comportement et des symptômes de démence;
- sensibiliser les aidants naturels de patients atteints de démence aux stratégies permettant d'alléger leur fardeau.

TABLE DES MATIÈRES

Renseignements généraux 3
Commentaires des histoires de cas 11
Collaborateurs et déclarations 13
Références bibliographiques 14
Annexes 16

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1: Henri, âgé de 78 ans

Henri, atteint de démence depuis six ans, a été récemment hospitalisé pour un délire associé à une pneumonie; l'infection a été traitée de façon appropriée. Après avoir reçu son autorisation de sortie, il est retourné à la maison avec sa femme Élise qui prend soin de lui. Élise a remarqué que l'état de son mari, depuis leur retour à la maison, s'est beaucoup détérioré sur le plan de sa mémoire et de sa capacité à effectuer ses activités de la vie quotidienne (AVQ). Élise, qui a environ le même âge que son mari, aimerait qu'Henri demeure chez eux plutôt que d'aller vivre dans un centre de soins de longue durée. Le couple a une fille et deux petits-enfants qui vivent à plusieurs heures de route de leur domicile. Henri n'a plus de permis de conduire.

Élise trouve de plus en plus difficile de prendre soin de son mari. Il est souvent irritable et argumente tout le temps. Elle dit qu'il n'est jamais content et qu'il est par moments très virulent et exigeant. Il crie des trucs comme: «Je vais mourir; je ne peux pas le faire; je suis bon à rien; je déteste ma vie ici». Son comportement est pire le soir lorsqu'il est agité et qu'il tourne en rond dans la maison. Il devient anxieux lorsqu'Élise quitte la pièce. Il n'aime pas les repas qu'elle prépare et oublie comment se servir des ustensiles. Même choisir ses céréales le matin le met en colère. Henri était comme ça avant son hospitalisation, mais, d'après sa femme, son état a empiré.

Henri a des antécédents de RGO et de maladie coronarienne. Il a subi un pontage aortocoronarien il y a 10 ans, et a de l'ostéoporose et une hypercholestérolémie. Il est sorti de l'hôpital avec une nouvelle ordonnance de trazodone à 50 mg à prendre au coucher, ses autres médicaments n'ont pas changé: atorvastatine à 10 mg p.o. au coucher, oméprazole à 20 mg 1 fois par jour p.o., risédronate à 35 mg 1 fois par semaine, vitamine D à 1 000 UI 1 fois par jour par voie orale, Senokot[MD] II, 1 fois par jour p.o. et Tylenol[MD] à 500 mg, 1 ou 2 comprimés toutes les 6 heures, au besoin (dose maximale de 3 g par jour). Il prenait auparavant du donépézil, mais il l'a cessé il y a un an en raison d'une bradycardie.

Henri semble fâché pendant la consultation. Il demande à sa femme à répétition: « Pourquoi parlez-vous de moi?»

Élise est au bord des larmes et est épuisée à cause du manque de sommeil.

Quelles autres informations vous seraient utiles?

Deuxième partie

Les résultats de l'examen physique et des analyses sanguines sont normaux. Le transit intestinal et la douleur sont bien maîtrisés grâce aux médicaments qu'il prend.

Après avoir posé quelques questions, vous apprenez qu'Henri a déjà souffert de dépression après avoir pris sa retraite, il y a 10 ans, à titre de directeur de banque. Dans le passé, Henri a reçu une ordonnance de mirtazapine à 15 mg au coucher, mais il a arrêté ce traitement il y a plus d'un an en raison de sédation diurne.

Henri est frustré parce qu'il est incapable de faire des tâches par lui-même. D'après Élise, le moment où il est le plus calme est lorsqu'elle s'assoit près de lui et qu'elle lui tient la main. Il aime regarder les vieilles comédies musicales à la télé, mais il devient frustré quand il regarde le téléjournal et agité lorsqu'il regarde un film d'action ou lorsque le volume est trop élevé. Dernièrement, Henri a été pas mal perturbé lorsqu'Élise a fait une sortie en compagnie de ses amies et qu'elle l'a laissé avec leur fille. Élise est maintenant inquiète si elle doit le laisser seul. Ils ont droit à une heure par jour de soins à domicile dispensés par un préposé aux bénéficiaires.

Comment prendriez-vous en charge ce cas?

Cas numéro 2: Madeleine, âgée de 88 ans

Madeleine vit dans un centre de soins de longue durée. Elle a une histoire évoluant depuis 8 ans de démence et des antécédents de constipation, d'insuffisance cardiaque congestive légère, d'arthrose sévère, d'ostéoporose et d'hypertension. Elle a eu un remplacement total des deux hanches il y a de nombreuses années. Elle n'a aucun antécédent de maladie mentale. Les membres du personnel de l'unité trouvent qu'elle est de plus en plus difficile à soigner. Ils disent qu'elle crie souvent «Aidez-moi, aidez-moi!».

Son traitement comprend les médicaments suivants: lactulose à raison de 30 cc au coucher, par voie orale, ramipril à 5 mg 1 fois par jour, p.o., Tylenol^{MD} à 500 mg, 1 ou 2 comprimés, toutes les 6 heures, au besoin (dose maximale de 3 g par jour), alendronate à 70 mg toutes les semaines, vitamine D à 1 000 UI, 1 fois par jour, par voie orale et furosémide à 20 mg 1 fois par jour, p.o.

Quelle serait votre approche auprès de Madeleine relativement à son comportement?

Deuxième partie

L'examen physique de la patiente n'a rien révélé de remarquable à l'exception de douleurs aux genoux et d'une amplitude réduite des mouvements au niveau des hanches. Les résultats de ses analyses sanguines, incluant une FSC, la glycémie et le dosage des électrolytes, de la créatinine, de la vitamine B_{12}, des enzymes hépatiques, du calcium, de l'albumine et de la TSH, étaient tous normaux. Le personnel infirmier a signalé que Madeleine a un transit intestinal régulier et qu'elle mange et boit bien. À l'aide de la grille d'observation des comportements associés à la démence, le personnel a consigné au dossier le comportement de Madeleine pendant une semaine. Le schéma des observations consignées a montré que Madeleine est le plus agitée lorsque les préposés aux bénéficiaires lui prodiguent ses soins d'hygiène (changement de serviette d'incontinence, habillement, douche) et elle se met à hurler: « Vous êtes en train de me tuer». Elle est le plus boulversée lorsque des préposés de sexe masculin ou des préposés auxquels elle n'est pas habituée lui prodiguent ses soins. Elle gémit lors du changement de serviette d'incontinence. Les membres de sa famille vous disent qu'elle a toujours été très croyante et pudique.

Quelles prochaines étapes entreprendriez-vous?

Cas numéro 3: Mario, âgé de 84 ans

Mario est un policier à la retraite ayant des antécédents de démence. Ses antécédents médicaux incluent: fibrillation auriculaire, discopathie dégénérative (colonne lombaire), glaucome, hypertension, diabète non insulinodépendant et maladie coronarienne. Il n'a aucun antécédent de maladie mentale. Son traitement actuel est le suivant: donépézil à 5 mg 1 fois par jour, p.o., vitamine B_{12}, lait de magnésie à raison de 30 mL 1 fois par jour, au besoin, metformine à 500 mg 2 fois par jour, p.o., ramipril à 5 mg 1 fois par jour, p.o., aténolol à 25 mg 1 fois par jour, p.o., et warfarine à 2,5 mg 1 fois par jour, p.o.

Mario a un problème d'agitation. Il a dû être déménagé de toute urgence dans un centre de soins de longue durée, il y a cinq jours, après l'hospitalisation de sa femme pour insuffisance cardiaque congestive. Il est en colère de vivre dans un centre de soins de longue durée. Mario a dit à son infirmière qu'il avait un couteau dans sa chambre, mais plus tard il a nié l'avoir dit. Aucun couteau n'a été trouvé. Son agitation et ses cris ont été si intenses que

le personnel infirmier a dû appeler le service de sécurité. Comme son fils et sa fille l'ont trouvé extrêmement difficile, ils ne viennent plus le visiter. La plupart du temps, Mario est calme, mais soudain, il explose. Durant ses crises, il se met debout et crie. Il menace les gens en montrant ses poings, mais il ne frappe pas. Il refuse de parler de ses émotions. Vous avez déjà fait une évaluation approfondie de son état et vous avez écarté toute cause médicale à son comportement (examen physique et analyses de laboratoire appropriées). Vous avez aussi fait un bilan comparatif des médicaments avec le pharmacien et les membres de sa famille pour vous assurer qu'il reçoit tous les médicaments qui lui ont été prescrits et vous avez établi qu'il ne prenait pas ou n'était pas en sevrage d'alcool, de produits en vente libre ou de drogues illicites. Vous pensez que l'événement déclencheur du comportement agité chez Mario est son déménagement dans un centre de soins de longue durée.

Comment prendriez-vous en charge Mario?
f

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

«Traditionnellement, les comportements associés à la démence étaient qualifiés de problématiques, perturbants, difficiles, inappropriés et exigeants… (surtout) selon le point de vue et l'expérience de la personne qui essayait de prendre en charge ce comportement, sans approche positive à l'égard du patient. Cette terminologie est remplacée par une terminologie plus neutre et centrée sur la personne, «comportements réactifs» en reconnaissance du fait que la plupart des comportements, mais pas tous, sont une réaction à un événement déclencheur dans la vie de la personne atteinte de démence. Il est utile de considérer les comportements comme le meilleur moyen, pour la personne, de réagir à sa situation actuelle et de communiquer ses besoins non comblés» [1].

SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE

1. Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence sont courants et peuvent considérablement contribuer à l'incapacité fonctionnelle [2]. Il est de plus en plus reconnu que les symptômes non cognitifs sont souvent plus dérangeants pour les familles et les aidants naturels, qu'ils peuvent avoir des répercussions importantes sur le bien-être du patient et l'approche de l'aidant naturel envers le patient, et qu'ils sont souvent responsables du placement du patient dans un établissement. Ils ont été groupés sous le terme générique de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence par l'International Psychogeriatric Association. Le tableau 1 présente une liste de symptômes parmi les plus courants et(ou) les plus incommodants.

2. Il existe un lien entre les différents types de démence et les caractéristiques neuropsychiatriques [3]. Les hallucinations visuelles récurrentes constituent une caractéristique majeure de la démence avec corps de Lewy [4]. La démence frontotemporale est caractérisée par une variété de comportements anormaux tels que: apathie, désinhibition, perte de l'empathie, obsessions, comportements compulsifs, rituels, comportements stéréotypés, hyperoralité (mettre des objets inappropriés dans sa bouche), changements d'habitudes alimentaires et perte de lucidité [5]. Chez certains patients, des types de symptômes neuropsychiatriques (idées délirantes, hallucinations, agitation) tendent parfois à s'intensifier au fil du temps à mesure que la démence évolue [6].

ÉVALUATION ET COMPRÉHENSION DES COMPORTEMENTS ASSOCIÉS À LA DÉMENCE

3. *Anamnèse [1]:*
   - Prévoir une entrevue séparée avec l'aidant naturel ou un membre de la famille est essentiel. Le patient ne doit pas assister à la rencontre parce que des comportements difficiles pourraient ne pas être mentionnés si le patient est présent. Pour amorcer la conversation, l'intervenant peut poser une question ouverte sur tout comportement difficile en donnant des exemples.
   - Faire également une évaluation pour savoir dans quelle mesure l'aidant naturel s'adapte à la situation et aussi déterminer si les soins prodigués pourraient aggraver d'une certaine façon les troubles comportementaux du patient, voire même les déclencher.
   - Poser des questions sur les antécédents socioculturels du patient (p. ex., ancien travail, structure familiale, culture).
   - Demander quel est l'état psychologique actuel du patient et ses antécédents psychiatriques.
   - Passer en revue les antécédents médicaux du patient ainsi que les médicaments qu'il prend (incluant les médicaments en vente libre et les produits naturels, les drogues à usage récréatif et l'alcool, et vérifier les interactions médicamenteuses – voir le tableau 2).
   - Évaluer la possibilité de délire qui peut être la conséquence «d'infections, d'une toxicité médicamenteuse, d'un sevrage alcoolique et(ou) de troubles métaboliques [1]».

Tableau 1. Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence [2,7-9]

Les plus courants	*Autres*
agitation et(ou) nervosité	désinhibition sexuelle
anxiété	humeur exaltée, exaltation/euphorie
agressivité	troubles de l'appétit et de l'alimentation
troubles de l'humeur/du comportement	vocalisations anormales ou répétitives; jurons, hurlements
apathie, perte de motivation	poursuite incessante d'un proche
dépression (20 % des patients externes et de 40 à 60 % des patients hospitalisés atteints de démence [5])	syndrome crépusculaire (comportement qui s'intensifie après 17 h)
psychose (idées délirantes, hallucinations)	activité motrice répétitive, errance
troubles du sommeil (touchant jusqu'à 35 % des patients atteints de démence[6])	accumulation compulsive

- Une douleur mal exprimée est fréquente chez les patients atteints de démence et, selon les estimations, elle touche jusqu'à 40 % des patients [10].

4. *Examen physique:*
   - Optimiser la fonction sensorielle – p. ex., s'assurer que le patient porte les lunettes ou les prothèses auditives qui lui sont prescrites [9].
   - Faire un examen physique approfondi, entre autres, vérifier la peau (signe d'ulcération) et les articulations (présence de douleurs) [10,11]. Demander des analyses sanguines pertinentes et d'autres tests au besoin.

Documenter les symptômes cibles

5. Avant de mettre au point une approche de prise en charge, il est important de décrire les comportements associés à la démence dans un langage clair et neutre, et d'essayer de comprendre ce qui les cause [1]. Les renseignements peuvent être fournis par les patients eux-mêmes ou leurs aidants naturels.

6. Le modèle **«ACC»** est utilisé pour chercher des schémas et les documenter à plusieurs occasions. L'acronyme signifie «antécédents, comportement, conséquences».

Tableau 2. Déclencheurs potentiels des troubles du comportement associés à la démence [9,10]

Facteurs psychologiques	Détresse Danger Abandon	Peur de perdre le contrôle ou l'autonomie Peur d'être mal interprété Paranoïa
Facteurs environnementaux	Crainte de l'entourage Ennui Confusion Exigences trop nombreuses	Changement ou absence de routine Solitude Éclairage inadéquat Contrariété à cause de certaines musiques, sons, ou bruits
Facteurs médicaux (de nombreux facteurs biologiques peuvent influer sur les symptômes et le comportement associés à la démence)	Carence (B_{12}, acide folique) Constipation ou fécalome, rétention urinaire Faim, soif	Infection (p. ex., infection urinaire, pneumonie) Métabolisme (p. ex., hypercalcémie, hypothyroïdie, hyponatrémie) Nycturie Douleurs (non définies chez jusqu'à 40 % ou plus des patients)
Médicaments	Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase Anticholinergiques Anticonvulsivants Benzodiazépines Digoxine	Lithium Opioïdes Corticostéroïdes systémiques Abus de substance (p. ex., alcool, stimulant)

- ***Antécédents*** — déterminer les déclencheurs possibles (tableau 2).

- ***Comportements*** — en déterminer la sévérité, la fréquence, la durée et le moment d'apparition à l'aide des outils d'évaluation standardisés, tels que la grille d'observation des comportements associés à la démence*; décrire en détail le comportement spécifique, qu'il soit de nature sexuelle, verbale ou physique. La grille d'observation des comportements associés à la démence permet d'évaluer le comportement pendant une période allant de 24 heures (en blocs de 30 minutes) jusqu'à sept jours; un code de couleurs peut être utilisé pour aider l'observateur à reconnaître les schémas comportementaux [1]. L'outil est également utile pour déterminer la réponse au traitement et(ou) les effets secondaires des médicaments. Pour documenter l'évolution, il faut utiliser des termes neutres et bien précis (voir l'exemple d'une grille vierge d'observation des comportements associés à la démence à l'Annexe 1). Une analyse et un résumé des résultats remplis à l'aide de la grille sont illustrés à la figure 1.

Figure 1. Exemple de résumé de comportements, données recueillies du 25 au 31 mai

Au cours des sept derniers jours, il y a eu 10 épisodes d'agressivité verbale, la plupart ayant duré environ une heure. Deux de ces épisodes d'agression verbale ont duré plus de deux heures. Juste avant l'agression verbale, il y a eu deux périodes d'agression physique de 30 minutes (p. ex., donner des coups et pincer la personne qui donne les soins). La plupart des incidents sont survenus entre 16 h 30 et 18 h.

- ***Conséquences*** — évaluer et documenter les résultats des comportements. Noter les personnes victimes des agressions ou qui ont été incommodées par le comportement (le patient même, les aidants naturels ou autres).

7. Le modèle P.I.E.C.E.S.[MD]* est une méthode qui permet d'élaborer un plan de soins centré sur le patient comportant des interventions non pharmacologiques visant à s'attaquer aux causes du comportement qui sont modifiables [Algorithme des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence disponible (en anglais seulement) à http://bcbpsd.ca/#&ui-state=dialog] [1]. L'utilisation de ce modèle pourrait mieux convenir dans les centres de soins de longue durée.

- **P**- physique — changements physiques courants (voir Facteurs médicaux — Tableau 2)
- **I**- intellectuel — changements cognitifs liés à la démence (p. ex., perte de la mémoire à court-terme, piètre jugement)
- **E**- émotionnel — sautes d'humeur, anxiété, deuils (décès du conjoint, déménagement), problèmes de santé mentale antérieurs (voir Facteurs psychologiques — Tableau 2)
- **C**- capacités fonctionnelles — modifications sur le plan des capacités ou des habiletés (habiletés sociales, plaisirs sensoriels, capacité de répondre à ses propres besoins de base)
- **E**- environnement — facteurs physiques (bruits, température, désordre) et sociaux (isolement, perte d'intimité) (voir Facteurs environnementaux — Tableau 2)
- **S**- sociaux — habitudes sociales antérieures comparées aux habitudes sociales actuelles; changement du mode de vie. Medical — Table 2)

** Les outils – Grille d'observation des comportements associés à la démence et P.I.E.C.E.S.- sont disponibles aux adresses suivantes (en anglais seulement): http://www.piecescanada.com/pdf/Resources - DOS.pdf http://www.piecescanada.com/pdf/PIECES_Laminate_Nov_09.pdf*

8. Dans certaines provinces, des équipes de soutien comportemental sont spécialisées dans l'évaluation et le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence à domicile et dans les centres de soins de longue durée. Il est important de connaître les services accessibles dans votre région.

TRAITEMENT DES TROUBLES COMPORTEMENTAUX DE LA DÉMENCE

9. Il est crucial de faire une analyse des risques et bénéfices du traitement car, dans certains cas, les comportements peuvent ne pas poser problème et, pas conséquent, ne pas nécessiter de traitement. Par exemple, l'errance peut être tolérée dans un espace restreint et même les hallucinations/idées délirantes peuvent ne pas nécessiter de traitement si elles ne causent pas de détresse individuelle (p. ex., conversations agréables avec un «membre de la famille imaginaire») [10].

10. Le traitement peut avoir comme objectif de réduire les symptômes ou de les éliminer complètement, ou encore de ralentir l'évolution de la maladie tout en maintenant la qualité de vie tant du patient que de l'aidant naturel. Il est important que les

Tableau 3. Solutions potentielles pour traiter certains comportements associés à la démence [7,14] (preuves de niveau faible)

Comportements	*Solutions potentielles*
Agitation (état émotionnel de nervosité)	Suivre un horaire régulier; faire jouer de la musique douce; diminuer le bruit et le désordre; parler d'une voix calme, rester chaleureux et aidant; utiliser des phrases courtes et simples; éviter de poser des questions; utiliser des façons non verbales pour calmer le patient comme le toucher; faire diversion et détourner l'attention du patient d'une situation dérangeante; utiliser des veilleuses pour réduire la confusion et l'agitation; éviter l'éblouissement provenant des fenêtres/miroirs; déterminer si l'état est lié à l'ennui et si la personne a besoin de faire plus d'activités ou d'être plus stimulée.
Déambulation ou faire les cent pas	Respecter les routines, mais ajouter aussi de nouvelles activités; constituer une trousse d'objets antistress de différentes textures et matières; proposer des activités chaque jour (sentiment de se rendre utile) comme préparer des repas, nettoyer, faire la lessive; proposer des activités ou des jeux stimulants pour distraire et amuser le patient; choisir des activités selon les forces et les préférences du patient; marcher régulièrement.
Errance ou fugue (habituellement aux derniers stades, maladie d'Alzheimer modérée à sévère)	Respecter les routines; inscrire la personne au programme MedicAlert[MC] Sécu-Retour[MC] de la Société d'Alzheimer – inclut une chaîne ou un bracelet avec les coordonnées du patient; informer les voisins et les services de police locaux; installer des serrures de sécurité sur les portes et grilles d'entrée ou utiliser une serrure à code numérique; apposer des panneaux d'arrêt sur les portes; munir les portes de poignées complexes; couvrir les sorties avec des rideaux; installer un carillon qui sera déclenché par l'ouverture d'une porte; recouvrir le bouton de porte d'un tissu de la même couleur que la porte.
Agressivité verbale ou physique	Être conscient du langage corporel, du ton de la voix, des expressions du visage; rester calme, chaleureux et aidant; prendre de la distance si la personne devient agressive et attendre avant de l'approcher; éviter d'argumenter avec la personne ou d'essayer de changer sa perception; utiliser des phrases courtes et simples.
Paranoïa ou suspicion	Respecter les routines; rester calme, rassurer, éviter d'argumenter; garder des doubles des articles que le patient pourrait croire volés; aider à chercher les articles manquants et distraire ensuite la personne avec une activité différente; filter les émissions de télé regardées; utiliser un tableau (p. ex., la grille d'observation des comportements associés à la démence) pour déceler les déclencheurs.
Répétition	Répondre avec aplomb, puis distraire la personne; éviter de mentionner à la personne qu'elle a déjà posé la question – orienter la conversation sur un autre sujet; utiliser des cartons aide-mémoire pour écrire les prochains rendez-vous ou les réponses aux questions les plus fréquentes, puis demander à la personne de lire le carton plutôt que de répéter la réponse.
Idées délirantes, hallucinations ou perceptions altérées	Éliminer le désordre; essayer de comprendre quels objets pourraient être mal perçus par le patient; éviter les endroits sombres (augmenter l'éclairage); le téléviseur et la radio peuvent être pris pour de vraies personnes qui parlent; utiliser des couleurs différentes pour les diverses pièces de la maison; apposer des pictogrammes sur la porte de chaque pièce (p. ex., une illustration de toilette sur la porte de la salle de bains).
Syndrome crépusculaire – confusion en fin d'après-midi ou dans la soirée	Faire jouer de la musique douce ou la musique préférée de la personne; réserver une pièce pour la relaxation; réduire les distractions ou les activités non planifiées; laisser beaucoup de lumière dans la chambre jusqu'au moment du coucher.

résultats thérapeutiques attendus soient réalistes et expliqués en détail aux patients et à sa famille, car les effets peuvent être modérés et de courte durée et s'estomper au fil du temps [1,7,12].

Interventions non pharmacologiques

11. Il semblerait que les interventions non pharmacologiques soient plus efficaces qu'une pharmacothérapie pour maîtriser les troubles comportementaux associés à la démence [10]. De plus, elles permettent d'éviter les problèmes associés aux médicaments (p. ex., effets secondaires, interactions médicamenteuses, efficacité limitée) [7,13]. Les interventions non pharmacologiques consistent à agir sur les déclencheurs psychosociaux et environnementaux [7].

12. Une récente méta-analyse a montré que les interventions non pharmacologiques (interventions de première ligne visant l'aspect psychosocial) ont plus de chances d'être efficaces lorsqu'elles sont adaptées aux besoins de la personne atteinte de démence et à ceux de l'aidant naturel. Les symptômes qui répondent le mieux sont l'agitation, l'agression, une rupture avec le comportement antérieur, la poursuite incessante d'un proche, la dépression et les comportements répétitifs [13].

13. Les interventions psychosociales sont décrites comme des «interventions adaptées au patient et à l'aidant naturel, selon les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence» [15]. Le succès des interventions non pharmacologiques semble grandement dépendre des aidants naturels:
    - formation pour des habiletés de prise en charge des symptômes et de meilleure communication
    - éducation (méthodes de résolution de problème, amélioration du réseau de soutien, planification en cas d'urgence, aspects juridiques et financiers)
    - soutien amélioré (internet ou téléphone, stratégies pour avoir accès au soutien, counselling familial)
    - techniques d'autosoins (gestion de la santé/du stress, adaptation au changement de rôle) [13,15].

14. Pour certaines interventions non pharmacologiques, il existe très peu de données probantes montrant une amélioration des symptômes neuropsychiatriques chez les personnes atteintes de démence (efficacité incertaine) [13], telles que l'aromathérapie (p. ex., huile à la citronnelle ou à la lavande - résultats mitigés) [12], la thérapie cognitivo-comportementale, un programme d'exercices et la modification de l'environnement physique et social du patient [13,15]. D'autres thérapies non pharmacologiques ont montré certains bienfaits, par exemple, la musicothérapie, la massothérapie, le toucher thérapeutique et la zoothérapie [preuves de niveau très faible] [14-17].

Interventions pharmacologiques

Les options pharmacologiques pour prendre en charge les troubles comportementaux de la démence sont décrites en détail à l'annexe 2.

15. Dans le cadre d'une récente et petite étude menée auprès de 186 patients d'Amérique du Nord, pendant neuf semaines, l'utilisation du citalopram a été évaluée chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer qui présentaient des signes cliniques importants d'agitation. Les résultats ont montré une réduction significative sur le plan clinique de l'agitation, comparable à celle observée avec les antipsychotiques. Toutefois, l'essai portait sur une dose cible de 30 mg, laquelle n'est plus recommandée chez les personnes âgées en raison de préoccupations liées à l'allongement de l'intervalle QT. De plus, une légère diminution des scores MMSE (mini mental) a été observée à cette dose. D'autres études sont nécessaires pour déterminer si cet avantage peut ou non être reproduit à la dose de 20 mg [18].

16. Quant à l'utilisation du valproate, de la quétiapine et de la trazodone en traitements de première ligne de l'agitation et de l'agressivité, les données probantes sont encore insuffisantes pour les juger favorables ou non. Bien que les inhibiteurs de la cholinestérase soient recommandés dans le traitement de la maladie d'Alzheimer au stade léger à sévère, et de la démence associée à la maladie de Parkinson, il n'existe aucune preuve valable pour recommander ou déconseiller leur utilisation dans le traitement des symptômes neuropsychiatriques en tant qu'indications de première ligne [19].

17. La mémantine, un antagoniste du récepteur NMDA (N-méthyl-D-aspartate), est indiquée en monothérapie de la démence modérée à sévère, ou en traitement d'appoint aux inhibiteurs de la cholinestérase, car elle entraîne une réduction cliniquement significative de la détérioration fonctionnelle et cognitive. Bien que, dans le cas du traitement d'association avec un inhibiteur de la cholinestérase, la mémantine soit un choix logique (car ces médicaments ont des modes d'action différents) et semble sans danger, il n'y a pas suffisamment de données probantes pour recommander ou non ce traitement d'association [19]. Ce qui demeure moins clair, c'est si la mémantine

procure ou non des bienfaits au chapitre des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez ces patients. D'autres études dans ce domaine sont nécessaires [20].

Antipsychotiques

18. Un récent rapport sur la qualité des soins de santé en Ontario, révélait que la moyenne d'utilisation provinciale des antipsychotiques chez les résidents des centres de soins de longue durée est de 28,8 % (écart: 0 à 67,2 %). Le diagnostic des patients variait également: 18,3 % souffraient de psychose, 69,6 % de démence et 12,1 % n'avaient ni l'un ni l'autre de ces deux diagnostics [21].

19. Lorsque l'utilisation d'un antipsychotique est envisagée, quel qu'il soit, il est important que le professionnel de la santé fasse une évaluation approfondie des symptômes comportementaux, établisse des objectifs précis et obtienne le consentement. À l'exception des situations urgentes, le patient atteint de démence qui en a les capacités et(ou) son mandataire (dans le cas où le patient est incapable de prendre des décisions) doivent donner leur consentement avant l'administration d'un traitement antipsychotique [1]. Certains établissements possèdent leur propre formulaire de consentement (exemple de formulaire à l'Annexe 3).

20. Il est important de discuter avec le patient et(ou) le mandataire des bienfaits éventuels et des dangers potentiels. Lorsqu'ils sont administrés de façon appropriée, les médicaments antipsychotiques peuvent améliorer la qualité de vie des adultes âgés manifestant une agitation marquée [10,22,23]. Des données probantes suggèrent que les antipsychotiques atypiques sont plus efficaces chez les patients ayant des troubles comportementaux sévères [24].

21. Envisager l'administration d'antipsychotiques pour traiter l'agitation, la psychose (excluant la psychose avec corps de Lewy ou les états similaires – voir Renseignements généraux, point 23) ou l'agressivité (traitement de courte durée: de 6 à 12 semaines)[25] dans les cas suivants:
    - les traitements non pharmacologiques ont été inefficaces;
    - le comportement n'est pas dû à une cause réversible ou traitable;
    - d'autres thérapies se sont révélées inefficaces lorsqu'elles ont été utilisées en monothérapie;
    - il existe un risque identifiable de dommages pour le patient et(ou) les autres;
    - les symptômes sont suffisamment sévères pour causer de la souffrance ou de la détresse [1].

    Note: Les personnes présentant des symptômes comportementaux et psychologiques légers associés à la démence, dont l'insomnie, ne devraient pas se voir prescrire des antipsychotiques, car les effets secondaires dépassent largement tous les bienfaits potentiels et auraient comme résultat un impact négatif sur leur qualité de vie [1].

22. Même si l'halopéridol présente une efficacité similaire à celle des antipsychotiques atypiques, il est associé à un risque accru de symptômes extrapyramidaux et de mortalité, en particulier lorsqu'il est administré à des doses élevées. L'halopéridol à faibles doses (0,5 mg, 2 fois par jour) peut aider au traitement de courte durée (de 1 à 2 semaines) d'un délire aigu [10]. Toutefois, il est important d'éviter l'utilisation d'antipsychotiques chez les personnes atteintes de démence avec corps de Lewy et de démence associée à la maladie de Parkinson en raison de «réactions d'hypersensibilité sévères aux antipsychotiques» [25] et du risque d'effets indésirables anticholinergiques (p. ex., délire, symptômes extrapyramidaux, chute, mortalité) [25].

23. Certains comportements ne répondent pas, en général, aux antipsychotiques notamment: errance, se cacher et accumuler des objets de façon compulsive, gestes répétitifs, comportement vocalement dérangeant, tenue inappropriée (ou absence de vêtements), miction inappropriée et mettre des objets dans sa bouche qui ne sont pas destinés à la consommation [1].

Risque de mortalité associé aux antipsychotiques

24. Les antipsychotiques dans le traitement de la démence sont cependant associés à un risque accru d'événements vasculaires cérébraux (risque de 1,3 à 3,1 fois supérieur) et de mortalité (risque de 1,2 à 1,6 fois supérieur). Ce risque de mortalité demeure élevé pendant au moins 6 à 12 mois [28,29]. Les problèmes les plus courants contribuant à cette mortalité élevée incluent la pneumonie, l'insuffisance cardiaque et l'arrêt cardiaque (lié à un allongement de l'intervalle QT) [29,30]. En fait, dans un énoncé mis à jour en 2015 de Santé Canada, l'utilisation de la rispéridone a été limitée au traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence sévères associés à la démence du type Alzheimer. Ce médicament n'est plus indiqué dans le traitement des autres types de démence tels que la démence vasculaire ou la démence mixte [31]. Un ÉCG doit être obtenu au début, avant l'instauration

d'un traitement par ces agents chez tout patient présentant des facteurs de risque cardiaque [32].

25. Bien que les données probantes soient contradictoires, plusieurs études ont montré un risque plus élevé de mortalité et d'AVC associé au traitement par les antipsychotiques habituels comparativement aux antipsychotiques atypiques, et ce risque augmente en fonction de la durée du traitement [10,28-30,33,34].

26. Les critères consensuels de Beers de 2012 de l'AGS (American Geriatric Society) relatifs au bon usage des médicaments chez les personnes âgées, recommandent d'éviter les antipsychotiques dans le traitement des symptômes neuropsychiatriques de démence en raison du risque accru de mortalité et d'AVC «à moins que les options non pharmacologiques n'aient échoué et que le patient ne représente un danger pour lui-même ou les autres [35]».

27. Dans un essai comparatif randomisé sur le sevrage aux antipsychotiques (DART-AD), une réduction du taux de mortalité de 25 % environ a été observée de deux à trois ans après la fin d'un traitement de longue durée (≥ 3 mois) par des antipsychotiques [26]. Les résultats de plusieurs études comparatives randomisées suggèrent que le traitement par les antipsychotiques peut être arrêté chez la plupart des patients sans exacerber les problèmes de comportement [8].

28. Si un antipsychotique est utilisé:
    a) déterminer les objectifs des interventions pharmacologiques et dresser de façon claire un plan de surveillance et d'analyses des progrès accomplis. Consigner au dossier que les risques associés à l'utilisation d'antipsychotiques ont été abordés avec le patient et la personne qui le remplace dans la prise de décisions (mandataire);
    b) au moment de l'instauration du traitement, surveiller l'état du patient dans les 3 à 7 jours qui suivent pour voir s'il le tolère bien et 1 à 2 semaines plus tard pour vérifier son efficacité;
    c) il faut faire une analyse en bonne et due forme de la stabilité comportementale après 3 à 6 mois afin de déterminer si les objectifs thérapeutiques sont atteints ou s'il y a eu récurrence des symptômes;
    d) si le traitement est efficace, envisager la réduction de la dose de l'antipsychotique jusqu'à l'arrêt du traitement (Annexe 1) [1,11,33,36,37].

Diminution progressive et récurrence

29. Une diminution graduelle et lente de la médication permet d'exercer un suivi approprié et de détecter rapidement une récurrence des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, particulièrement la menace de danger pour le patient ou son entourage. À des intervalles de 1 à 2 semaines, réduire la dose de 25 à 50 %. Cet intervalle peut être plus long au besoin (p. ex., toutes les 4 semaines). Il est primordial de diminuer progressivement la dose des antipsychotiques afin de prévenir les symptômes associés au sevrage (étourdissements, nausées/vomissements, céphalées, tremblements, anxiété ou insomnie). Après l'arrêt complet du médicament, continuer d'être attentif à tout signe de récurrence ou à l'apparition de nouveaux symptômes [10].

30. Le risque de récurrence est plus élevé chez les patients qui ont déjà manifesté des symptômes sévères ou si l'arrêt du médicament, dans le passé, a déjà entraîné une récurrence. Dans ce cas, envisager de revenir à la plus faible dose efficace déjà utilisée du médicament. Même s'il n'est pas possible d'arrêter complètement le médicament, une réduction de la dose pourra être bénéfique pour le patient [10,38].

Interventions des aidants naturels

31. L'aidant naturel joue un rôle clé dans l'efficacité de la prise en charge comportementale. En effet, la prise en charge à domicile d'un patient atteint de démence repose sur un aidant naturel qualifié, bien informé et bien soutenu [39]. Le lourd fardeau des soins peut avoir des conséquences tant sur le plan psychologique, par exemple, la dépression, le désespoir et l'anxiété, que physique (perte de sommeil, d'appétit, d'énergie et douleur) sans compter l'isolement social et les contraintes financières [37]. Souvent, l'intervention la plus efficace consiste, pour les aidants naturels, à modifier leur méthode d'intervention avec leur patient [7].

32. Il faut expliquer aux aidants naturels la nature progressive de la démence et, plus particulièrement, les répercussions des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence sur leur vie actuelle. De nombreux patients atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé ont besoin de soins de longue durée. Discuter des avantages et des inconvénients des soins en établissement de santé peut se révéler difficile. Souvent, les aidants naturels se sentent contraints de respecter des

propos tenus par le patient des années auparavant, et croient qu'il n'accepterait jamais d'aller dans un centre de soins de longue durée. Il peut être avisé de rappeler aux aidants naturels que ces propos ont été abordés dans un contexte tout à fait différent et ne tiennent pas compte des circonstances actuelles [7]. Les centres de soins de longue durée présentent des avantages, notamment un environnement structuré et une routine, l'accès possible à des sources de stimulation plus nombreuses et à une surveillance par du personnel médical et infirmier. L'implication d'autres membres de la famille et de professionnels pourra aussi se révéler utile dans la prise de décision [37].

33. Idéalement, les aidants naturels reçoivent eux-mêmes de l'aide pour prodiguer les soins au patient, bénéficient d'une évaluation de leur propre santé et bien-être et obtiennent des soins de répit. Ils peuvent recevoir des conseils sur les techniques permettant de réduire l'agitation et l'anxiété chez les patients atteints de démence. L'une de ces techniques est celle des 3R: répéter, rediriger et rassurer, qui consiste à répéter une consigne ou une question au besoin, à rediriger le patient vers une autre activité pour détourner son attention d'une situation problématique et à lui assurer une routine bien connue [7].

34. D'après les résultats d'une revue systématique, les interventions à composantes multiples (dans au moins deux des catégories suivantes: psycho-éducation, soutien, thérapie cognitivo-comportementale et exercices physiques) améliorent de façon notable une variété de paramètres d'évaluation, incluant l'auto-efficacité, la dépression, le bien-être subjectif et le fardeau d'être l'aidant naturel [40]. Les interventions à composantes multiples sont plus susceptibles d'avoir un effet sur l'agressivité, la rupture avec le comportement antérieur, la poursuite incessante d'un proche, la dépression et les comportements répétitifs (contrairement à la psychose) [6].
    a) D'après l'un des articles de cette revue systématique, la méthode d'intervention thérapeutique la plus souvent efficace, pour les aidants naturels, consiste à leur expliquer comment modifier leurs interactions avec le patient [7, 41].
    b) Les résultats d'un petit essai comparatif randomisé (n = 406) ont montré que le soutien et les conseils donnés aux aidants retardaient de près de 1,5 an le placement du patient en centre de soins de longue durée [42].

35. Puisque les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence sont souvent associés à une démence modérée à sévère, il est important de discuter avec l'aidant naturel de la planification des soins avancés*.
    a) Si les patients ont exprimé des préférences et des souhaits dans le passé, ceux-ci doivent être évalués.
    b) Les décisions concernant la fin de vie doivent porter sur des questions telles que les niveaux d'intervention médicale, notamment l'intubation, la réanimation cardiopulmonaire et l'utilisation de tubes d'alimentation, l'hydratation intraveineuse et l'administration d'antibiotiques.
    c) Les problèmes d'alimentation et de déglutition sont fréquents aux stades avancés de la maladie d'Alzheimer. Les patients et leurs familles doivent savoir que les tubes d'alimentation ne prolongent pas la vie et ne préviennent pas l'aspiration. Les tubes d'alimentation sont associées à de l'agitation, à une utilisation accrue de contraintes physiques et chimiques et aggravent les plaies de lit [43,44].
    d) Le formulaire des Directives médicales en fin de vie peut être consulté à l'adresse suivante (disponible en anglais et en français): http://advancecareplanning.ca/community-organizations/download-the-speak-up-campaign-kit/acp-workbook.aspx

*** Pour en savoir plus, consultez les modules PGBP : Soins en fin de vie (2011), Mourir à domicile (2011) et NPR : quelle en est la signification réelle? (2009)*

36. Quelques conseils utiles pour orienter les aidants naturels: [45]
    a) *Initiatives efficaces:*
        - Faire participer le patient atteint de démence (si possible), ainsi que l'aidant naturel, à toutes les interventions.
        - Encourager les aidants naturels à participer de façon active à de la formation.
        - Proposer à l'aidant naturel des séances autant en groupe qu'individuelles.
        - Fournir régulièrement à l'aidant naturel des renseignements précis sur les services, des encouragements et du counselling qui peuvent lui être utiles dans son nouveau rôle.
        - Envisager des interventions à composantes multiples.
    b) *Initiatives inefficaces:*
        - Recommander simplement de se joindre à des groupes de soutien.
        - Fournir uniquement des renseignements et du matériel à l'aidant naturel.
        - Offrir seulement un soutien par des groupes d'entraide.

La Société Alzheimer Canada met à la disposition des aidants naturels de la formation, des groupes d'entraide et du soutien individuel pour les aider à comprendre l'évolution de la maladie et savoir à quoi s'attendre. Cet organisme propose également aux familles des stratégies pour composer avec les troubles de comportement et les aider à planifier l'avenir. (www.alzheimer.ca) (disponible en anglais et en français).

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1: Henri, âgé de 78 ans

Quelles autres informations vous seraient utiles?

Recueillez des renseignements de base sur Henri:

Qu'est-ce qui a changé? Il est important de déterminer le comportement d'Henri avant son hospitalisation et sa personnalité avant la démence (Renseignements généraux, points 3, 5). Sans être marquants, les changements observés après sa sortie de l'hôpital semblent être une amplification des comportements antérieurs d'Henri. Le délire peut mettre plusieurs mois à s'atténuer; il est donc possible qu'Henri en souffre toujours.

Quels sont les facteurs psychologiques, environnementaux, médicaux ou médicamenteux qui peuvent déclencher sa colère ou son irritabilité? Examinez l'effet des médicaments qu'il prend, autant ceux obtenus sur ordonnance que ceux en vente libre. Posez des questions sur la présence de constipation, de douleurs, de rétention urinaire et de symptômes de dépression. Déterminez si Henri a été soumis à une investigation complète pour déterminer la cause du délire, à l'hôpital, et si les causes réversibles de démence ont été éliminées (c.-à-d. FSC, vitamine B_{12}, TSH, calcium, albumine, électrolytes et bilan septique) (Renseignements généraux, points 3,4).

Il ne fait aucun doute qu'Élise est épuisée. Posez-lui des questions sur l'aide qui lui est apportée à l'heure actuelle et déterminez le soutien qu'elle a, ou pourrait, avoir besoin. Un feuillet d'information présentant des solutions possibles à des troubles de comportement pourrait lui être utile (voir Feuillet d'information à la fin du module).

Deuxième partie

Comment prendriez-vous en charge ce cas?

Élise doit apprendre quelques stratégies pour composer avec le comportement d'Henri (Renseignements généraux points 8, 12; Tableau 3; Feuillet d'information). Conseillez à Élise d'expliquer clairement à Henri ce qu'elle fait, et suggérez-lui d'éviter d'offrir à Henri des choix qu'il aurait du mal à faire. Il faut garder les choses simples et essayer de trouver ce qui le réconforte. Il est important qu'Élise essaie de ne pas discuter avec Henri lorsque ses demandes sont illogiques. Vous la rassurerez en lui disant qu'il est permis de ne pas être totalement honnête avec lui afin qu'il reste calme, puisqu'il ne se rend probablement pas compte de ses déficits et de ses limites (Renseignements généraux, point 13). Dans le cas d'Henri, une routine quotidienne comportant des activités simples, un cadre et des exercices appropriés lui seraient bénéfiques (Renseignements généraux, points 14, 34; Tableau 3).

Henri doit faire l'objet d'une évaluation plus approfondie pour savoir s'il ne souffre pas de dépression (Renseignements généraux, point 1; Tableau 1). Un essai d'antidépresseur pourrait être envisagé, ainsi que l'augmentation de la dose de trazodone si son sommeil est insuffisant (Annexe 2).

Élise devrait recevoir de la formation sur l'évolution de la démence (Renseignements généraux, points 31–34). La Société Alzheimer est une ressource précieuse pour les aidants naturels, car elle donne des renseignements sur la maladie, les ressources disponibles pour du répit (autant à domicile qu'à l'extérieur) et sur les programmes de jour (Renseignements généraux, point 36). Ces interventions peuvent réduire son stress et sa fatigue (Renseignements généraux, points 13,34). Élise pourrait également obtenir quelques heures supplémentaires de préposés aux bénéficiaires ou de répit à domicile.

Élise aurait l'impression de laisser tomber Henri si elle l'admettait dans un centre de soins de longue durée (Renseignements généraux, point 32). Elle pourrait par contre envisager d'amorcer le processus de demande puisque les listes d'attente sont longues et qu'elle ignore quand un autre épisode de délire surviendra ou que son état s'aggravera. Il est également important pour eux de discuter de la planification des soins en fin de vie (mandat d'inaptitude, décisions concernant la fin de vie) (Renseignements généraux, point 35).

Cas numéro 2: Madeleine, âgée de 88 ans

Quelle serait votre approche auprès de Madeleine relativement à son comportement?

Documentez le symptôme cible. Il serait utile que le personnel du centre de soins de longue durée utilise un outil pour noter les comportements, par exemple, la grille d'observation des comportements associés à la démence (Renseignements généraux, point 6 — Comportements;

Annexe 1) afin de déterminer ce qui déclenche le comportement, l'améliore ou le fait disparaître. Utilisez les étapes ACC (Renseignements généraux, point 6) pour établir un scénario précis du comportement difficile à gérer et déterminer à quel moment ces comportements se produisent et les éléments qui les déclenchent. Il est également souhaitable de s'enquérir, auprès de membres de la famille, des antécédents de la patiente (Renseignements généraux, point 3). Certains centres de soins de longue durée proposent les services de consultants en ressources psychogériatriques qui peuvent aider l'équipe à documenter et à évaluer le comportement problématique.

Deuxième partie

Quelles prochaines étapes entreprendriez-vous?

Les options non pharmacologiques doivent être envisagées en premier lieu puisqu'elles ont démontré une plus grande efficacité (Renseignements généraux, points 11–13). Déterminez la prise en charge en vous guidant sur ce qui suit et après avoir consulté la famille si possible.

Déclencheurs psychologiques (Tableau 2): Il est possible que Madeleine ne comprenne pas pourquoi elle a besoin d'aide ou même que le personnel essaie de l'aider. Ainsi, il pourra être utile de programmer des interventions au cours desquelles le personnel explique clairement et simplement la situation à Madeleine, ou lui explique ce qu'il s'apprête à faire. Madeleine peut craindre les soins qui lui sont prodigués. Puisqu'elle est très pudique et réservée, les préposés de sexe masculin peuvent poser un problème. Assigner une préposée aux soins personnels de Madeleine peut atténuer en partie son désarroi (Tableau 3).

Déclencheurs environnementaux (Tableau 2): Demandez-vous si Madeleine a suffisamment chaud, surtout lorsque les proposés la changent, et si elle a suffisamment d'intimité. Est-il possible de lui assurer un environnement moins bruyant (Tableau 3)? Autrement, une stimulation apaisante, sa musique préférée, par exemple, pourrait être bien reçue (Renseignements généraux, point 14).

Déclencheurs médicaux (Tableau 2): Il est important de déterminer si les médicaments contre la douleur de Madeleine sont suffisants. Si non, envisagez la possibilité de lui prescrire Tylenol® 30 minutes avant de changer la serviette d'incontinence ou de l'habiller. Il peut être utile de demander à une infirmière ou à une préposée aux bénéficiaires expérimentée d'observer comment elle est changée et déplacée pour vérifier s'il n'est pas possible de réduire son inconfort. Si ce schéma posologique de Tylenol® ne convient pas, vous devrez peut-être prescrire un narcotique (comme l'hydromorphone) à administrer avant de changer sa serviette d'incontinence. La famille de Madeleine devra être informée des risques associés aux narcotiques chez les personnes âgées fragilisées (c.-à-d. aggravation possible de la confusion et constipation). Déterminez si Madeleine a des appareils auditifs ou des lunettes qu'elle ne porterait pas (Renseignements généraux, point 4).

Cas numéro 3, Mario, âgé de 84 ans

Comment prendriez-vous en charge Mario?

La situation est urgente puisqu'il a un comportement menaçant envers le personnel, et que la pharmacothérapie semble le traitement le plus approprié (Renseignements généraux, point 18–20). Discutez avec les membres de sa famille de votre recommandation, qui consiste à traiter Mario avec un antipsychotique. Expliquez-leur en détail les risques et bénéfices possibles (Renseignements généraux, points 20, 28), entre autres le risque d'AVC et de décès, les effets secondaires anticholinergiques, les symptômes extrapyramidaux ainsi qu'une aggravation possible des facteurs de risque vasculaire (poids, lipides, diabète) (Renseignements généraux, points 24–26; Annexe 2). Certains établissements font signer un formulaire de consentement avant de prescrire ce médicament (Annexe 3). Un ÉCG de référence serait recommandé dans le cas présent en raison des antécédents de maladie coronarienne.

Il est important de noter son comportement afin de déterminer sa réponse au traitement. Envisagez une réduction de la dose dès l'apparition d'une réponse thérapeutique évidente. Réexaminez son état tous les trois mois pour éventuellement mettre fin au traitement (Renseignements généraux, points 27, 29).

© La Fondation pour l'éducation médicale continue
Vol. 23 (8), Août 2015

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: **https://www.surveymonkey.com/r/Formulairederetroaction**

Auteure: **Dre Amy Freedman, CCFP**
Médecin de famille
Toronto, Ontario

Réviseurs: **Dr David Hogan, FRCPC**
Geriatric Medicine Specialist
Calgary, Alberta

Dre Linda Lee, MCISc(FM), CCFP, FCFP
Médecin de famille
Kitchener, Ontario

Rédactrices médicales en chef: **Dre Jennifer Mueller, CCFP, FCFP**
Médecin de famille
Welland, Ontario

Dre Elizabeth Shaw, CCFP, FCFP
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Traduction: **Biograph**

Rédactrice médicale/Coordonnatrice, Développement des modules: **Dawnelle Hawes, BA, BKin, MEd**
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction de La Fondation tient à remercier Robin Bustin (Berwick, Nouvelle-Écosse) et Dawid Martyniak (London, Ontario) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, La Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Michael Fleming (Falls River, Nouvelle-Écosse), Katharine Johns (Calgary, Alberta) et MJ Shankel (Calgary, Alberta) qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations.

Divulgation de conflits d'intérêts

Amy Freedman, David Hogan, Jennifer Mueller, Elizabeth Shaw et Dawnelle Hawes n'en ont déclaré aucun.

Linda Lee a reçu des rémunérations pour donner des conseils/des conférences ou des subventions de formation sans restrictions de Pfizer et Lundbeck.

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 le Programme d'apprentissage en petit groupe 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 juillet 2015.

NIVEAUX DE PREUVES

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

Sources:

1) Scottish Intercollegiate Guidelines Network-(SIGN) http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexoldb.html;
2) U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. May 2008. http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm
3) Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J et al. GRADE guidelines:3.Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol 2011; 64(4):401-406.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. *Best Practice Guideline for Accommodating and Managing Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Residential Care. A Person-Centered Interdisciplinary Approach.* October 25, 2012. http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/bpsd-guideline.pdf.

2. Press D, Alexander M. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia. In: DeKosky ST, ed. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate; 2014 Accessed at www.uptodate.com.

3. Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology.* 1997;48(5 Suppl 6):S10-6. PM:9153155.

4. McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology.* 2005;65(12):1863-72. PM:16237129.

5. Warren JD, Rohrer JD, Rossor MN. Clinical review. Frontotemporal dementia. *BMJ.* 2013;347:f4827. PM:23920254.

6. Brodaty H, Connors MH, Xu J, Woodward M, Ames D. The course of neuropsychiatric symptoms in dementia: a 3-year longitudinal study. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(5):380-7. PM:25687925.

7. Sadowsky CH, Galvin JE. Guidelines for the management of cognitive and behavioral problems in dementia. *J Am Board Fam Med.* 2012;25(3):350-66. PM:22570399.

8. Croucher M, Duncan M, Fisher M, et al. The Use of Antipsychotics in Residential Aged Care. Clinical Recommendations developed by the RANZCP Faculty of Psychiatry of old Age (New Zealand). *Rationale for the clinical recommendations: The right medicine for the right problem, prescribed for the right person at the right time*: The Royal Australian And New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP); 2011:1-18.

9. Drouillard N, Mithani A, Chan PKY. Therapeutic approaches in the management of behavioral and psychological symptoms of dementia in the elderly. *BC Medical Journal.* 2013;55(2):6.

10. Crawley A, Regier L, Kosar L, Jensen B, Bareham J. Bringing Evidence & Experience to Drug Therapy Decision Points: RxFiles, Saskatoon Health Region; 2014:26.

11. *Non-pharmalogical Assessment and Management of Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Primary Care.* Mount Sinai Hospital; 2013.

12. Butler R, Radhakrishnan R. Dementia. *Clinical Evidence.* 2012;09(1001):27.

13. Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry.* 2012;169(9):946-53. PM:22952073.

14. *Dementia Toolkit for Primary Care.*Toronto, ON.Mount Sinai Hospital. http://www.mountsinai.on.ca/care/psych/patient-programs/geriatric-psychiatry/prc-dementia-resources-for-primary-care/dementia-toolkit-for-primary-care/dementia-toolkit-for-primary-care.

15. ALCOVE Recommendations. *alcove (ALzheimer COopertive Valuation in Europe) Synthesis Report*: The European Joint Action on Dementia; 2013:19-23 Accessed at http://www.alcove-project.eu/.

16. Moniz Cook ED, Swift K, James I, Malouf R, De Vugt M, Verhey F. Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;2:CD006929. PM:22336826.

17. Bannerjee S. *The use of antipsychotic medication for people with dementia: Time for action.*Minister of State for Care Services (UK); Nov. 1, 2009. 65 pgs. http://psychrights.org/research/digest/nlps/BanerjeeReportOnGeriatricNeurolepticUse.pdf.

18. Porsteinsson AP, Drye LT, Pollock BG, et al. Effect of citalopram on agitation in Alzheimer disease: the CitAD randomized clinical trial. *JAMA.* 2014;311(7):682-91. PM:24549548.

19. Gauthier S, Patterson C, Chertkow H, et al. Recommendations of the 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD4). *Can Geriatr J.* 2012;15(4):120-6. PM:23259025.

20. McShane R, Areosa Sastre A, Minakaran N. Memantine for dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006(2):CD003154. PM:16625572.

21. Health Quality Ontario. Looking for Balance: Antipsychotic medication use in Ontario long-term care homes. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2015.

22. *Cognitive Impairment: Recognition, Diagnosis and Management in Primary Care.*Victoria, BC.Guidelines and Protocols Advisory Committee; 2014 http://www.bcguidelines.ca/guideline_cognitive.html.

23. Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA.* 2005;293(5):596-608. PM:15687315.

24. Katz I, de Deyn PP, Mintzer J, Greenspan A, Zhu Y, Brodaty H. The efficacy and safety of risperidone in the treatment of psychosis of Alzheimer's disease and mixed dementia: a meta-analysis of 4 placebo-controlled clinical trials. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007;22(5):475-84. PM:17471598.

25. Ballard C, Kahn Z, Corbett A. Treatment of dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease dementia. *Drugs Aging.* 2011;28(10):769-77. PM:21970305.

26. Ballard C, Hanney ML, Theodoulou M, et al. The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurol.* 2009;8(2):151-7. PM:19138567.

27. Meagher DJ, McLoughlin L, Leonard M, Hannon N, Dunne C, O'Regan N. What do we really know about the treatment of delirium with antipsychotics? Ten key issues for delirium pharmacotherapy. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2013;21(12):1223-38. PM:23567421.

28. Kales HC, Valenstein M, Kim HM, et al. Mortality risk in patients with dementia treated with antipsychotics versus other psychiatric medications. *Am J Psychiatry.* 2007;164(10):1568-76; quiz 623. PM:17898349.

29. Gill SS, Bronskill SE, Normand SL, et al. Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Ann Intern Med.* 2007;146(11):775-86. PM:17548409.

30. Schneeweiss S, Setoguchi S, Brookhart A, Dormuth C, Wang PS. Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. *CMAJ.* 2007;176(5):627-32. PM:17325327.

31. *Risperidone- Restriction of the Dementia Indication.*Health Canada; February 18, 2015. RA-43797. Important Safety Information. http://healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2015/43797a-eng.php.

32. Shah AA, Aftab A, Coverdale J. QTc prolongation with antipsychotics: is routine ECG monitoring recommended? *J Psychiatr Pract.* 2014;20(3):196-206. PM:24847993.

33. Meeks TW, Jeste DV. Beyond the Black Box: What is The Role for Antipsychotics in Dementia? *Curr Psychiatr.* 2008;7(6):50-65. PM:19221607.

34. Laredo L, Vargas E, Blasco AJ, Aguilar MD, Moreno A, Portoles A. Risk of cerebrovascular accident associated with use of antipsychotics: population-based case-control study. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(7):1182-7. PM:21718267.

35. American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert P. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(4):616-31. PM:22376048.

36. *Accommodating and Managing Behaviours in Dementia.* Interior Health Authority (BC); 2010. http://www.interiorhealth.ca/sites/Partners/DementiaPathway/MiddleDementiaPhase/Documents/BPSD%20Algorithm.pdf.

37. Herrmann N, Gauthier S. Diagnosis and treatment of dementia: 6. Management of severe Alzheimer disease. *CMAJ.* 2008;179(12):1279-87. PM:19047609.

38. Declercq T, Petrovic M, Azermai M, et al. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;3:CD007726. PM:23543555.

39. Medical Advisory Secretariat. Caregiver- and patient-directed interventions for dementia: an evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessement Series.* 2008;8(4):1-98.

40. Parker D, Mills S, Abbey J. Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc.* 2008;6(2):137-72. PM:21631819.

41. Salloway S, Correia S. Alzheimer disease: time to improve its diagnosis and treatment. *Cleve Clin J Med.* 2009;76(1):49-58. PM:19122111.

42. Mittelman MS, Haley WE, Clay OJ, Roth DL. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology.* 2006;67(9):1592-9. PM:17101889.

43. *Feeding tubes for people with Alzheimer's disease. When you need them- and when you don't. Canada CW.*Toronto, ON.Choosing Wisely Canada in partnership with the Canadian Medical Association; Canadian Geriatrics Society (CGS/SCG). http://www.choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/2014/09/Feeding-tubes-EN-web.pdf.

44. Lam RE, Lam PJ. Nutrition in dementia. *CMAJ.* 2014;186(17):1319. PM:25332369.

45. Caregiver- and patient-directed interventions for dementia: an evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series.* 2008;8(4):98.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en juillet 2015.

ANNEXE 1. Grille d'observation des comportements associés à la démence*

Interior Health

Nom: _____ Date: De _____ à _____

À chaque demi-heure, indiquer le chiffre correspondant au comportement :
1. Dort au lit 3. Éveillé/calme 5. Agité/fait les cent pas 7. Aggressif verbalement 9. Autre: _____
2. Dort sur une chaise 4. Est bruyant 6. Cherche la sortie 8. Aggressif physiquement 10. Autre: _____

Dates:							
Heure							
0730							
0800							
0830							
0900							
0930							
1000							
1030							
1100							
1130							
1200							
1300							
1330							
1400							
1430							
1500							
1530							
1600							
1630							
1700							
1730							
1800							
1830							
1900							
1930							
2000							
2030							
2100							
2130							
2200							
2330							
2400							
0030							
0100							
0130							
0200							
0230							
0300							
0330							
0400							
0430							
0500							
0530							
0600							
0630							
0700							
0730							

1. Noter le comportement à des intervalles de 30 minutes pendant une période allant jusqu'à 7 jours afin de dégager des tendances.
2. Noter les comportements préoccupants dans le journal d'évolution en utilisant des termes neutres et précis. Y inclure:
   - **Quoi** quel comportement a été observé?
   - **Où** à quel endroit le comportement a-t-il été observé?
   - **Pourquoi** que s'est-il passé juste avant le comportement observé?
   - **Comment** quelles interventions ont été utilisées – comment l'ont-elles été?
   - **Résultat** comment le patient a-t-il répondu?
3. Pour interpréter les résultats, utiliser les codes de couleur pour vous aider à dégager des tendances. Colorez chaque case de 30 minutes, pour chaque cycle de 24 heures, selon la couleur prédéterminée, par exemple:

Code	Couleur	Comportement
1 - 2	**Bleu**	Dort au lit/sur une chaise
3	**Vert**	Éveillé/calme
4	**Jaune**	Bruyant
5	**Orange**	Agité/fait les cent pas
6	**Brun**	Cherche la sortie
7	**Rose**	Aggressif verbalement
8	**Rouge**	Aggressif physiquement
9		Autre
10		Autre

**Adapté de: BC Interior Health from P.I.E.C.E.S (2008) Resource Guide: A Model of Collaborative Care and Changing Practice, pp. 88-92*

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

ANNEXE 2. Options pharmacologiques pour la prise en charge des troubles comportementaux de la démence (niveau de preuves fourni lorsque disponible)

CONDITION	*MÉDICAMENTS*	*COMMENTAIRES*
Anxiété		
Chronique	Antidépresseurs	Si secondaire à une dépression ou persistante; utiliser des antidépresseurs ayant des propriétés anxiolytiques (citalopram, sertraline, venlafaxine)
	Buspirone, 10–30 mg/jour bid ou tid (max. 60 mg/jour)	Début d'action d'environ 3 semaines; moins d'effet sédatif que les benzodiazépines, interactions médicamenteuses moins nombreuses, symptômes de sevrage et effets sur la fonction motrice moins importants
	Clonazépam* 0,125–2 mg par jour en doses fractionnées, en 2 ou 3 prises	Agent ayant une longue durée d'action (demi-vie ~ 34 h), généralement non recommandé chez les adultes plus âgés; mises en garde*
Intermittente	Lorazépam* 0,5–1 mg prn, jusqu'à 3 fois par jour Oxazépam* 10 mg bid à tid	Agents à utiliser à court terme – utilisation < 1 mois et seulement au besoin (c.-à-d. avant que les antidépresseurs agissent) Agents à action intermédiaire: à court terme pour l'anxiété ou avant des situations/événements sources d'anxiété (par ex., bain, dentiste)
*Effets possibles des benzodiazépines: sédation, troubles du sommeil, errance nocturne, altération des fonctions cognitives et motrices, confusion, désinhibition, chutes. Les symptômes peuvent réapparaître avec l'arrêt du traitement, qui doit se faire de façon graduelle.		
Apathie	Certains médicaments (p.ex., antidépresseurs) peuvent aggraver l'apathie; par contre, les stimulants ou les inhibiteurs de la cholinestérase peuvent la réduire (les stimulants sont associés à des effets indésirables)	
Perte de motivation et de réactivité émotionnelle	Méthylphénidate 5–20 mg bid à tid Dose initiale recommandée le matin de 2,5 mg Inhibiteurs de la cholinestérase (données anecdotiques)	Effets indésirables: augmentation de la TA et(ou) de la FC; diminution de l'appétit/perte de poids, étourdissements, troubles du sommeil, irritabilité, idées délirantes, nervosité, agitation; préoccupations concernant le «détournement»; traiter en général par de l'activité
Dépression	Médicaments à administrer en cas de dépression modérée à sévère seulement; peuvent apporter des bénéfices dans les cas suivants: dépression, dépression+agitation/émotivitié/irritabilité; désinhibition; peut aggraver l'apathie. En général, il y a des preuves de niveau élevé pour l'utilisation des antidépresseurs pour cette indication.	
ISRS (inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine)*	Citalopram, 10–20 mg/jour	Risque d'allongement de l'intervalle QT à des doses > 20 mg; le citalopram a davantage fait ses preuves pour réduire l'agitation et l'agressivité
	Escitalopram, 5–10 mg/jour	Risque d'allongement de l'intervalle QT à des doses > 10 mg
	Sertraline, 25–100 mg/jour	
	Fluvoxamine, 25–150 mg/jour (au coucher)	Effet sédatif; interactions médicamenteuses nombreuses. Éviter la fluoxétine et la paroxétine si possible (propriétés anticholinergiques). Nombreuses interactions médicamenteuses. À envisager seulement s'il a déjà été efficace chez le patient.
*Surveiller l'apparition des effets indésirables associés aux ISRS: nausées/vomissements, agitation, chutes, insomnie, perte de poids, agitation, hyponatrémie, saignements (p. ex., AVC, ecchymose, voies digestives hautes), symptômes extrapyramidaux		
IRSN	Venlafaxine, 37,5–150 mg/jour	Le contenu de la capsule XR peut être saupoudré sur de la purée de pommes; les capsules ne doivent pas être croquées; mêmes effets indésirables que ceux associés aux ISRS (ci-dessus), mais événements GI plus fréquents et hausse possible de la TA; risque élevé de symptômes de sevrage; la dose réduite progressivement est la clé de la réussite
Antidépresseurs tricycliques*	Nortriptyline, 10–50 mg, au coucher	Probablement l'antidépresseur tricyclique le mieux toléré chez les adultes plus âgés; l'agent le moins hypotenseur; moins d'effet anticholinergique que les agents de 3e génération
	Despiramine, 25–100 mg, au coucher	Éviter les antidépresseurs tricycliques de 3e génération: activité anticholinergique plus élevée
- *Effets indésirables associés aux antidépresseurs tricycliques: hypotension, vision trouble, retard de la miction, allongement de l'intervalle QT (moins fréquent avec la nortriptyline). Autres options: bupropion à 100-150 mg bid (SR) ou à 150-300 mg/jour (XL); mirtazapine ≤ 7,5 à 30 mg/jour (possibilité d'instaurer le traitement à 3,75 mg pour réduire au minimum les effets indésirables) – à envisager en présence des comorbidités suivantes: anorexie, anxiété ou troubles du sommeil.		

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

ANNEXE 2. Options pharmacologiques pour la prise en charge des troubles comportementaux la démence (suite)

Psychose, agitation, aggressivité		
Antipsychotiques	Bienfaits limités par rapport aux risques encourus (effets indésirables sévères) – en discuter avec le patient/la famille; ne pas utiliser pour le traitement à long terme des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (diminuer la dose et cesser complètement le traitement tous les trois mois); privilégier les antipsychotiques atypiques aux conventionnels (sauf en présence de délirium aigu si l'administration orale n'est pas possible); lorsque la sécurité est en jeu, celle-ci prime sur les risques éventuels; viser l'amélioration plutôt que la résolution	
Atypiques*	Rispéridone 0,25–2.0 mg/jour ou doses fractionnées, bid (Preuves de niveau élevé)	Le seul antipsychotique indiqué par Santé Canada dans la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les patients atteints de démence sévère de type Alzheimer [3]; les doses plus élevées sont associées à une augmentation de la fréquence des symptômes extrapyramidaux (comme les antipsychotiques conventionnels); efficacité démontrée dans la prise en charge de l'agressivité à ≤ 1 mg/jour et de la psychose à ≤ 2 mg/jour; la plupart des effets secondaires extrapyramidaux sont observés à une dose > 2-4 mg/jour; antipsychotique ayant le moins d'effets anticholinergiques
	Olanzapine 1,25–7,5 mg/jour ou doses fractionnées, bid (Preuves de niveau élevé) Aripiprazole 2–15mg/jour (Preuves de niveau modéré)	Agent entraînant le plus d'effets secondaires métaboliques. Effet sédatif. Faible fréquence d'effets secondaires extrapyramidaux. Moins d'effet sédatif.
	Quétiapine 12,5–100 mg/jour	Jusqu'à 150 mg et même 200 mg/jour (dans certains cas) pouvant être fractionnée en deux doses ou plus. Choix le plus approprié en présence de maladie de Parkinson ou de démence à corps de Lewy en raison du risque réduit de symptômes extrapyramidaux (p. ex., raideur dans les jambes); données insuffisantes pour recommander l'utilisation dans la démence de type Alzheimer (preuves de niveau modéré); antipsychotique associé au risque le plus élevé d'allongement de l'intervalle QT. Effet sédatif.
*Exercer une surveillance étroite (dépression du SNC, effets anticholinergiques, étourdissements/hypotension orthostatique, symptômes extrapyramidaux/troubles du mouvement, changements métaboliques, gain pondéral, infection). Réévaluer l'état 3 à 7 jours après l'instauration du traitement, puis tous les trois mois par la suite. Cesser le traitement en diminuant progressivement la dose. Effets indésirables généralement liés à la dose; prescrire la plus faible dose possible; l'administration «au besoin» peut entraîner une surutilisation.		
Comportements sexuels inappropriés	Vérifier si les comportements ne sont pas d'origine médicale (p.ex., IVU) ou médicamenteuse (p.ex., lorazépam, agonistes dopaminergiques). Cesser tout médicament ayant un effet désinhibiteur incluant les benzodiazépines et l'alcool. Traitement de première ligne: rediriger, distraire, éviter les stimulants. Données limitées sur le traitement pharmacologiques (ISRS, anticholinergiques, inhibiteurs de la cholinestérase)	
Troubles du sommeil		
Trazodone	Jusqu'à 100 mg par voie orale, tous les soirs Dose de départ: 12,5 mg-25 mg au coucher Augmentation de la dose de 12,5 mg–25 mg tous les 3-7 jours (Preuves de niveau très faible)	Effets secondaires possibles: somnolence, étourdissements, maux de tête légers, constipation, sécheresse de la bouche, hypotension orthostatique, chutes. Rare : priapisme

Sources: 1) Crawley A, Regier L, Kosar L, Jensen B, Bareham J. Bringing Evidence & Experience to Drug Therapy Decision Points: RxFiles, Saskatoon Health Region; 2014:26; **2)** Best Practice Guideline for Accommodating and Managing Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Residential Care. A Person-Centered Interdisciplinary Approach. October 25, 2012. http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/bpsd-guideline.pdf. **3)** Healthy Canadians, Health Canada website. Risperidone – Restriction of the Dementia Indication. Feb. 2015. Accessed at http://healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2015/43797a-eng.php , April 2015.

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

ANNEXE 3. Outil de discussion sur le consentement relatif à l'utilisation d'un médicament psychotrope (neuroleptique)

Date de la discussion: _____ **Nom du médicament:** _____

- Patient capable de consentir au traitement O / N
- Patient incapable de consentir au traitement et mandataire consulté

Nom du mandataire: _____

Point à discuter	Point abordé O/N	Commentaires
Posologie recommandée incluant la dose de départ et la dose cible: L'intervalle posologique prévu sera personnalisé et la dose minimale nécessaire sera utilisée autant que possible pour atteindre l'objectif thérapeutique. L'utilisation de ce médicament sera réévaluée périodiquement pour: a) évaluer son efficacité, b) évaluer tout effet indésirables, et c) après une période de stabilité, la dose sera progressivement réduite si possible en vue de mettre fin au traitement.		
Voie d'administration Orale Parentérale (Injection) Les deux		
Raison d'utiliser un psychotrope (diagnostic, notamment: schizophrénie, autre trouble psychotique, trouble bipolaire, démence s'accompagnant de symptômes comportementaux):		
Bénéfices spéficiques attendus:		
Traitements non pharmacologiques tentés (documenter les stratégies précises ayant été utilisées) Modifications de l'environnement: Approche du personnel: Utilisation de techniques d'intervention en fonction du comportement: Autres (préciser):		
Consultants utilisés (p.ex., équipe de soutien aux problèmes comportementaux, consultants en ressources psychogériatriques, services de psychologie, de gérontopsychiatrie, de gériatriie, de neurologie):		
Conséquences possibles de NE PAS recevoir le médicament proposé: **Conséquences possibles de l'intensification des symptômes:** • Risque pour la sécurité du résident • Risque pour la sécurité des autres: le personnel, la famille, les autres résidents et les visiteurs • Isolement/utilisation de moyens de contention • Interactions difficiles avec les autres: le personnel, la famille, les autres résidents et les visiteurs • Incapacité d'effectuer un examen physique et, par voie de conséquence, risque de limiter la détection et le suivi de problèmes de santé • Difficulté à recevoir des soins médicaux et à prendre ses médicaments de façon appropriée • Difficulté à déplacer le résident en toute sécurité (p. ex., du lit à une chaise) • Risques pour la santé en raison de l'incapacité du personnel à maintenir une bonne hygiène • Occasions de divertissements ou d'activités récréatives réduites en raison du comportement • Transfert possible dans un milieu plus protégé (p. ex., lit pour patient hospitalisé en neurologie comportementale/psychiatrie, des urgences à un lit disponible ailleurs dans un milieu sûr et sécurisé)		

Effets secondaires possibles, mises en garde et précautions associés à ce médicament: La liste suivante ne comprend pas toutes les réactions possibles, mais uniquement celles qui surviennent chez plus de 5 % des personnes prenant le médicament et celles qui sont considérées comme potentiellement graves, même si elles sont observées chez moins de 5 % des personnes.

Effets survenant chez plus de 5 % des personnes:

Symptôme	Pourcentage
Somnolence/fatigue	**10-27**
Œdème périphérique (enflure des pieds)	**16-18**
Symptômes extrapyramidaux (raideur pseudoparkinsonienne, réversible à l'arrêt du médicament)	**7-22**
Rhinite/Pneumonie	**5-10**
Effets potentiellement graves, mais survenant chez moins de 5 % des personnes	
Hypotension orthostatique (chute de la tension artérielle en se mettant debout)	**2-5**
Agitation	**2-4**
Dystonie aiguë (raideur et postures anormales)	**<1**
Symptômes anticholinergiques (par ex., constipation, rétention urinaire, somnolence, sécheresse buccale et oculaire, reflux gastro-œsophagien, faiblesse et fatigue, délire)	**3**
Risque accru de chutes	**2-5**
Syndrome malin des neuroleptiques (fièvre, dysfonctionnement du système nerveux autonome, rigidité musculaire, myoglobinurie)	**<0,01**
Dyskinésie tardive: mouvements involontaires de la bouche et de la langue; survient habituellement après avoir pris des doses élevées du médicament pendant de longues périodes. Moins susceptible de se produire avec les antipsychotiques atypiques plus récents (p.ex., rispéridone, quétiapine, olanzapine, aripiprazole) qu'avec les antipsychotiques conventionnels plus anciens comme l'halopéridol, mais le risque subsiste.	**0,5-5,0**
Accident vasculaire cérébral (AVC): ce médicament est associé à un faible risque d'AVC, néanmoins significatif, chez les patients âgés, surtout en présence d'importants facteurs de risque d'AVC préexistants.	**1**
Augmentation de la mortalité chez les patients âgés: le taux de décès associé aux antipsychotiques atypiques par rapport au placebo a été comparé dans le cadre de plusieurs essais cliniques. Bien que le risque associé aux antipsychotiques semble 1,6 fois plus élevé comparativement au placebo, on ignore si ce risque est directement imputable au médicament antipsychotique et non à des problèmes de santé préexistants du patient. Le risque de mortalité est d'environ 1 à 2 % pendant un traitement d'une durée de 8 à 12 sema.	**1-2**

Après avoir passé en revue l'information ci-dessus et en avoir discuté, le patient (s'il est apte à prendre la décision) ou le mandataire (si le patient est incapable de prendre la décision) accepte le traitement. [O / N]

Signature du patient/mandataire (facultatif): _____ **Date:** _____

Reproduit avec la permission de: Copyright Baycrest Geriatric Health Care System, Toronto, Ontario. 2015

FEUILLET D'INFORMATION – Prise en charge des comportements troublants associés à la démence
Vous pouvez copier ce feuillet

Lorsqu'un de vos proches est atteint de démence et manifeste des changements de comportement ou de personnalité, il est utile de se rappeler ce qui suit:

1. S'il s'agit d'un nouveau comportement, parlez-en au médecin; il peut être causé par un problème d'ordre médical.
2. Le comportement a souvent une raison que la personne atteinte de démence peut ne pas être en mesure d'expliquer.
3. Le comportement peut être déclenché par un événement ou un objet dans son environnement.
4. Ce qui est efficace aujourd'hui peut ne pas l'être demain.
5. Vous n'êtes pas seul(e) et vous pouvez obtenir un soutien externe (p.ex., de la Société Alzheimer du Canada). Tout comme votre proche, vous aurez de bonnes et de mauvaises journées. Il est important d'avoir des stratégies pour vous aider à traverser les «mauvaises» journées.
6. Voici quelques suggestions pour prendre en charge certains comportements.

Comportements	***Solutions possibles***
Agitation (état émotionnel de nervosité)	Respecter les routines; réserver du temps pour les exercices réguliers; déterminer si l'état est lié à l'ennui et si la personne a besoin de faire plus d'activités ou d'être plus stimulée; faire jouer de la musique douce; diminuer le bruit et le désordre; parler d'une voix calme, rester chaleureux et aidant; utiliser des phrases courtes et simples; éviter de poser des questions; utiliser des façons non verbales pour calmer la personne comme le toucher; faire diversion et détourner son attention d'une situation dérangeante; utiliser des veilleuses pour réduire la confusion et la nervosité; éviter l'éblouissement provenant des fenêtres/miroirs.
Déambulation ou faire les cent pas	Respecter les routines, mais ajouter aussi de nouvelles activités; prendre des marches régulièrement; constituer une trousse d'objets antistress avec différentes textures et matières; proposer des activités chaque jour (sentiment de se rendre utile) comme préparer des repas, nettoyer, faire la lessive; proposer des activités ou des jeux stimulants pour distraire et amuser la personne; choisir des activités selon les forces et les préférences de la personne.
Errance ou fugue (habituellement aux derniers stades d'une maladie d'Alzheimer modérée à sévère)	Respecter les routines; réserver du temps pour les exercices réguliers afin de réduire l'état de nervosité; inscrire la personne au programme MedicAlert[MC] Sécu-Retour[MC] de la Société d'Alzheimer qui procure une chaîne ou un bracelet portant les coordonnées de la personne; informer les voisins et les services de police locaux de la maladie de la personne; installer des serrures de sécurité sur les portes et grilles d'entrée ou une serrure à code numérique sur chaque porte; apposer des panneaux d'arrêt sur les portes; munir les portes de poignées complexes; couvrir les sorties de rideaux; installer un carillon déclenché par l'ouverture d'une porte; recouvrir le bouton de porte d'un tissu de la même couleur que la porte.
Agressivité verbale ou physique	Être conscient de son langage corporel, de son ton de voix et de ses expressions faciales; rester calme, chaleureux et aidant; prendre de la distance si la personne devient agressive et attendre avant de l'approcher; éviter d'argumenter avec la personne ou d'essayer de changer sa perception; utiliser des phrases courtes et simples; confirmer les émotions ressenties de la personne et essayer ensuite de la distraire ou de rediriger son attention sur autre chose.
Paranoïa ou suspicion	Respecter les routines; rester calme, rassurer, éviter d'argumenter; garder des doubles des articles que la personne pourrait croire volés; offrir d'aider à chercher les articles manquants et distraire ensuite la personne avec une activité différente; surveiller les émissions de télé regardées; utiliser un tableau (p. ex., la grille d'observation des comportements – demander au médecin de vous en fournir une) pour déterminer ce qui déclenche les comportements.
Répétition	Répondre aux questions avec assurance, puis distraire la personne; éviter de dire à la personne qu'elle a déjà posé la question – orienter la conversation sur un autre sujet; utiliser des cartons aide-mémoire pour noter les prochains rendez-vous ou les réponses aux questions les plus fréquentes, de façon à pouvoir demander à la personne de lire le carton plutôt que de lui répéter la réponse.
Idées délirantes, hallucinations ou perceptions altérées	Éliminer le désordre; essayer de comprendre ce que voit la personne qui pourrait être à l'origine de sa perception erronée; éviter les endroits sombres (augmenter l'éclairage); le téléviseur et la radio peuvent être confondus avec de vraies personnes qui parlent; utiliser des couleurs différentes pour les diverses pièces de la maison; apposer des pictogrammes sur la porte de chaque pièce (p. ex., une illustration de toilette sur la porte de la salle de bains); fournir des explications simples (par ex., les rideaux bougent à cause du système de chauffage); les diversions peuvent être utiles.
Syndrome crépusculaire (confusion accrue en fin d'après-midi ou dans la soirée)	Augmenter les activités de jour, en particulier l'exercice physique. Éviter l'inactivité et les siestes le jour. Faire en sorte que les après-midis et les soirées soient des périodes de calme et de tranquillité, de façon structurée (p. ex., une petite promenade dehors ou une partie de cartes simple); faire jouer de la musique douce ou la musique préférée de la personne; réserver une pièce pour la relaxation; réduire les distractions ou les activités non planifiées; laisser beaucoup de lumière dans la chambre jusqu'au moment du coucher.
Résistance ou manque de coopération (pour se laver, s'habiller, manger)	Ce comportement peut être suscité par le fait de ne pas se sentir en contrôle, de se sentir bousculé, d'avoir peur ou d'être dérouté par ce qu'on demande à la personne de faire; décomposer la tâche en petites étapes simples et expliquer, d'une voix rassurante, ce que vous faites; essayer de trouver des façons pour qu'elle puisse participer à la tâche, ou enchaîner avec une activité que la personne peut exécuter.