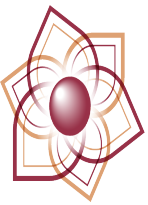




L'évaluation et la prise en charge des Symptômes comportementaux et Psychologiques de la Démence

Marie-Andrée Bruneau, MD, MSc, FRCPC
Gérontopsychiatre, IUGM
Professeur agrégé de clinique,
Directeur adjoint, gérontopsychiatrie

Dépt de psychiatrie , Université de Montréal
Yannick Villeneuve, B Pharm, MSc
Pharmacien, IUGM



Équipe
IUGM **SCPD**

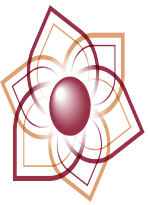
Symptômes comportementaux
et psychologiques de la démence

Tous droits réservés © Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Conflits d'intérêt



- Aucun



Équipe
IUGM **SCPD**

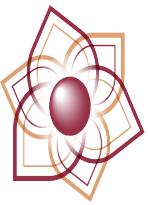
Symptômes comportementaux
et psychologiques de la démence

Tous droits réservés © Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Objectifs



- Evaluation systématique des SCPD incluant l'évaluation médicale
- Utiliser les outils appropriés dans l'évaluation des SCPD
- Connaître diverses stratégies d'intervention non-pharmacologiques
- Utiliser de façon judicieuse et selon les normes de pratique la pharmacologie pour les SCPD
- Connaître les indications, contre-indications effets secondaires, risques associés et modalités d'emploi des différentes molécules pour traiter les SCPD



Équipe
IUGM **SCPD**

Symptômes comportementaux
et psychologiques de la démence

Tous droits réservés © Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Messages-clés



- Les SCPD font partie intégrante de la maladie
- Il est nécessaire d'être systématique dans l'évaluation des causes potentielles des SCPD
- Les guides de pratiques recommandent l'utilisation des approches non-pharmacologiques en premier lieu dans la gestion des SCPD
- Certains SCPD ne répondent pas à la médication
- Les antipsychotiques ne devraient être utilisés qu'en cas d'agressivité et symptômes psychotiques sévères, en raison des risques associés à leur utilisation



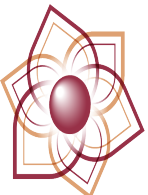
Définition des SCPD



Définition

Désignent des symptômes de trouble de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement fréquemment observés chez les personnes présentant une démence. (IPA, 2003)

Les changements de personnalité ou du comportement font désormais partie des critères diagnostiques de la démence



Équipe
IUGM **SCPD**

Symptômes comportementaux
et psychologiques de la démence

Tous droits réservés © Institut universitaire de gériatrie de Montréal

SCPD



– NPI:

- Délires
- Hallucinations
- Agitation
- Dépression
- Anxiété
- Euphorie
- Apathie
- Désinhibition
- Irritabilité
- Comportements moteurs aberrants
- Troubles du Sommeil
- Troubles de l'Appétit

■ Symptômes affectifs:

- ❖ Dépression
- ❖ Anxiété
- ❖ Euphorie
- ❖ Apathie
- ❖ Irritabilité

■ Symptômes psychotiques:

- ❖ Délires
- ❖ Hallucinations

■ Symptômes frontaux:

- Errance
- Vocalisations répétitives
- Mouvements répétitifs ou stéréotypés
- Désinhibition aggressive
- Désinhibition sexuelle
- Gloutonnerie
- Comportements d'utilisation
- Comportements d'imitation

■ Agitation



Équipe
IUGM **SCPD**

Symptômes comportementaux
et psychologiques de la démence

Tous droits réservés © Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Caractéristiques des SCPD



Données sur les SCPD

SCPD

- 2015: 120 000 québécois seront atteints d'Alzheimer
- 80 à 97 % des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présenteront des SCPD, à un moment de leur maladie
- Dans les milieux de soins, 40-60% des résidents avec DTA présentent de l'agressivité ou de l'agitation
- La dépression pourrait précéder le déclin cognitif et ainsi, être un des premiers symptômes de la démence



Équipe
IUGM **SCPD**

Symptômes comportementaux
et psychologiques de la démence

Tous droits réservés © Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Caractéristiques des SPCD



Les impacts généraux

Les SPCD sont sous-diagnostiqués et sous traités. Ce qui entraîne les conséquences suivantes :

Il est important de prendre en charge rapidement les SPCD observés



Équipe
IUGM **SCPD**

Symptômes comportementaux
et psychologiques de la démence

Agitation

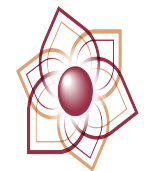


Agitation – Cas clinique 1/1

- Madame Boivin, âgée de 88 ans
- Phase avancée de la maladie d'Alzheimer
- Nouveau comportement depuis un mois
- Errance, crie et résistance aux soins
- A perdu 20 livres en 1 mois
- Traitée avec Haldol et Ativan en PRN sans succès
- Le fils remarque qu'elle semble être souffrante quand elle mange



«Évaluation des SCPD »



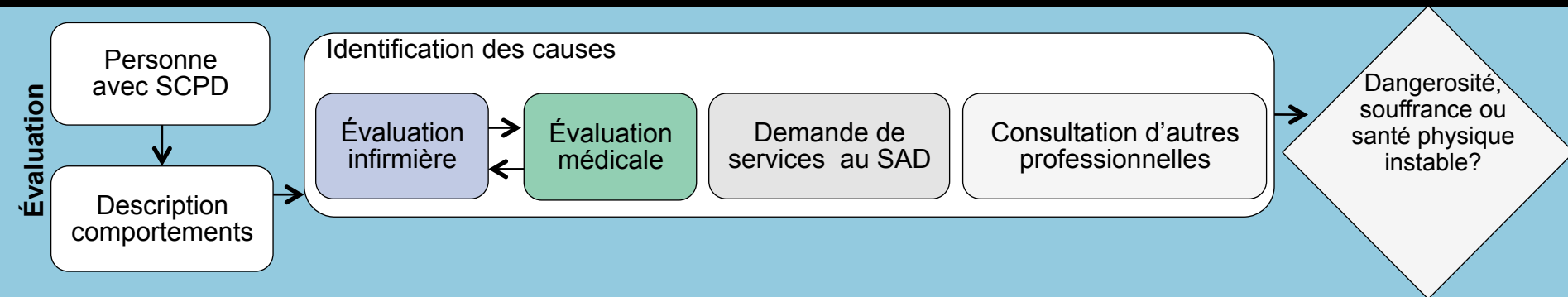
Équipe
IUGM **SCPD**
Symptômes comportementaux
et psychologiques de la démence



L'identification des causes



Processus clinique général pour les personnes âgées présentant des SCPD



Description du comportement

Décrire

- Fréquence
- Moment
- Lieu
- Expression du comportement

Discussion avec les proches-aidants

Discussion avec les intervenants impliqués

Notes détaillées d'évolution médicale et soins infirmiers

Lorsque les SPCD sont complexes et multiformes, envisager l'utilisation d'une échelle de caractérisation de la problématique.

Considérer

- Dangerosité pour la personne et autrui
- Souffrance psychologique grave
- Présence de manifestations cliniques potentiellement liées à un problème de santé physique
- Épuisement du proche aidant et capacité à compenser les pertes

Bruneau, Marie-Andrée (dir.) ; Voyer, Philippe (dir.).

[Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence](#). Québec : Québec (province), Canada : Ministère de la santé et des services sociaux, 2014, 17 p.

L'analyse du comportement



Description du comportement

- **Pour une bonne description du comportement, il faut :**
 - ▣ Identifier avec précision le comportement le plus problématique.
 - ▣ Décrire le comportement à prioriser en terme observable et mesurable de façon objective
 - Ex: cris, frappe, crache, pince,
- **Quand?**
- **Où**
- **Avec qui?**
- **Signes précurseurs?**
- **Interventions??**

L'analyse du comportement



Outils d'évaluation

- Échelles d'évaluation
 - NPI
 - CMAI
 - Algase wandering scale
- Grilles d'observations temporelles
- Grille d'observations comportementales

L'analyse du comportement



Grille d'observations - SCPD

Grille d'observation comportementale- SCPD

Description du comportement le plus problématique: _____
(de manière objectivable et détaillée) _____

| Date | Heure | Contexte (Où, quand, avec qui) | Éléments déclencheurs | Signes précurseurs | Interventions (non pharmacologiques et pharmacologiques) | Résultats | Initiales |
|------|-------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------|--|-----------|-----------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

L'analyse du comportement



Grille d'observations sept jour



IUG360

GRILLE D'OBSERVATIONS COMPORTEMENTALES (sept jours)

Motif d'observation: _____

| DATE | | | | | | | | | | | | | | | FACTEURS DÉCLENCHANTS ET REMARQUES |
|-------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|--|
| HEURE | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | |
| 00h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23h00 | | | | | | | | | | | | | | | |

CHCN (1993, révisé 1996), FRANCOEUR, Louise

33500360



■ Dort
■ Éveillée



GRILLE D'OBSERVATIONS COMPORTEMENTALES
(sept jours)

Motif d'observation: Éveils fréquents la nuit.

| DATE | 2016-01-11 | | 2016-01-12 | | 2016-01-13 | | 2016-01-14 | | 2016-01-15 | | 2016-01-16 | | 2016-01-17 | | FACTEURS DÉCLENCHANTS ET REMARQUES |
|-------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|--|
| HEURE | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | |
| 00h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 01h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 02h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 03h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 04h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 05h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 06h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 07h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 08h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 09h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 10h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 11h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 12h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 13h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 14h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 15h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 16h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 17h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 18h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 19h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 20h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 21h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 22h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |
| 23h00 | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | ■ | | |

CHCN (1993, révisé 1996), FRANCOEUR, Louise

33500360



Équipe IUGM SCPD
Symptômes comportementaux
et psychologiques de la démence



 Dort
 Éveillée



GRILLE D'OBSERVATIONS COMPORTEMENTALES
(sept jours)

Motif d'observation: Intro. hygiène sommeil

| DATE | 2016-01-25 | | 2016-01-26 | | 2016-01-27 | | 2016-01-28 | | 2016-01-29 | | 2016-01-30 | | 2016-01-31 | | FACTEURS DÉCLENCHANTS ET REMARQUES |
|-------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|--|
| HEURE | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | |
| 00h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00 | | | | | | | | | | | | | | | |



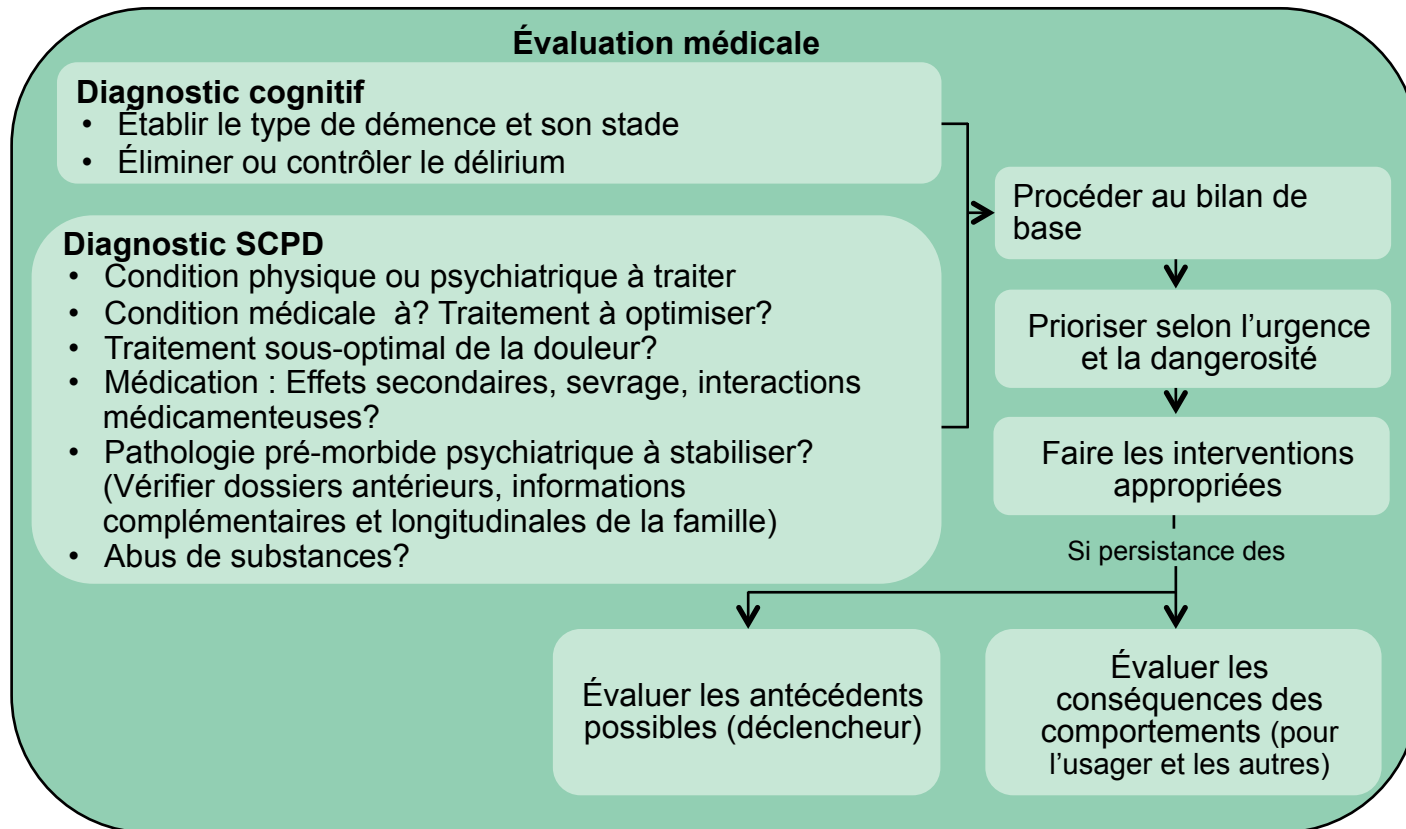
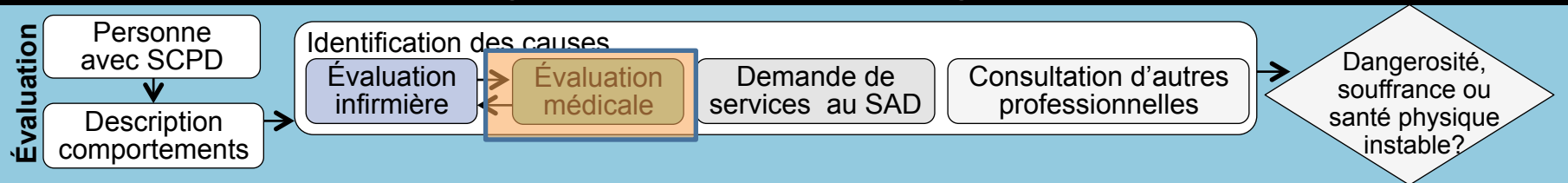
Questions importantes

**Questions
cliniques**

**Questions sur
le milieu de vie**

L'évaluation médicale

Processus clinique général pour les personnes âgées présentant des SCPD



Questions cliniques



Question 1

L'utilisateur a-t-il un nouveau problème médical?

- Quels sont ses problèmes de santé habituels?
- Y a-t-il :
 - infection?
 - constipation?
 - déshydratation?
 - débalancement d'un de ses problèmes médicaux?
 - delirium?
 - nouvel accident vasculaire cérébral (AVC)?



Le bilan



Bilan de base en présence de SPCD

Formule sanguine complète
Électrolytes
Glycémie
Fonction rénale (Bun, créatinine)
Fonction hépatique
Fonction thyroïdienne
Dosage des folates et vitamine B 12
Calcium, Phosphore, Magnésium
Analyse et culture d'urine

Bilan complémentaire si indiqué

Électrocardiogramme
Rx pulmonaire
Saturation O2
Scan cérébral
Électroencéphalogramme

Questions cliniques



Question 3

L'utilisateur pourrait-il avoir un effet secondaire d'une médication?

Y a-t-il :

- une nouvelle médication?
- des médicaments pouvant influencer son comportement et/ou sa cognition?
- des interactions potentielles avec ses autres médicaments?
- Une médication à fort potentiel anticholinergique

<http://gerontoprevention.free.fr/articles/Anticholinergiques.pdf>



Questions cliniques



Question 2

L'usager a-t-il de la douleur?

- Comment évaluer la douleur (règle de soin, échelle)?
- Quelles sont les signes de la douleur?

Effets secondaires



- Ce sont les réactions ou réponses néfastes et non souhaitées survenant chez l'individu lors d'une prise de médicament à dose recommandée.
 - 2-7 x plus élevés chez plus de 65 ans
 - 35% en communauté (Hanlon J T et al. J Am Geriatr Soc. 1997)
 - Incidence 9.8/100 résidents/mois nursing home (Gurwitz JH et al. Am J Med. 2000)
 - 17-30% hospitalisations sont d'origine Rx (Onder G et al. J Am Geriatr Soc. 2002)
 - 50-80% reliés à des doses trop élevées pour physiologie
 - 30-60% iatrogénie serait évitable



Médicaments inappropriés



- Mauvaise utilisation (misuse): risques supérieurs aux bénéfices: réfère au choix, dose, interactions, duplication, etc. (Beers, STOPP-START)
- Excès (overuse): sans indication valable, inutiles (sans efficacité), duplication, durée excessive
- Insuffisance (underuse): omission en regard d'une indication, lié à l'âgeisme ou ignorance de la part du prescripteur
- Fragmentation des soins (multiplication prescripteurs, pharmacies)

Ordonnance potentiellement non appropriée



- Définition: médicaments dont les risques l'emportent sur les bénéfices. Leur utilisation comportent un risque élevé de morbidité et de mortalité.
- Prévalence:
 - 24% en communauté (Willcox SM et al. JAMA 1994)
 - 40% nursing home (Dhall J et al. Pharmacotherapy 2002)



Polymédication



- Interactions Rx-Rx, Rx-Mx, Rx-Nx
 - 20% d'effets 2nd si plus de 3 rx
 - 82% si 7 médicaments
- Diminution de l'adhésion au traitement
 - troubles cognitifs
 - troubles sensoriels
 - dépression,
 - incapacités fonctionnelles
 - diminution du réseau social
- Retards diagnostiques: méprises si symptomatologie d'appel par un syndrome gériatrique
- Effet cascade des ordonnances

Approches face à la polymédication



- Obtenir une histoire précise de la prise de rx
 - Tous les mds
 - Toutes les pharmacies
 - OTC rx
 - Fidélité au tx
 - Erreurs/oublis
- Si effet 2nd: enlever un rx plutôt qu'en ajouter
- Cesser tout rx dont l'utilité est discutable
- Fixer des objectifs thérapeutiques réalistes
- Utiliser des approches non-pharmaco
- Eduquer le patient et les soignants

Critères de Beers



- Démence et trouble cognitif
 - Anticholinergiques
 - Benzodiazépines
 - Antagonistes récepteurs H2
 - Antipsychotiques
 - Nonbenzodiazépines hypnotiques
- Delirium
 - Anticholinergiques
 - Antipsychotiques
 - Benzodiazépines
 - Chlorpromazine
 - Corticostéroïdes
 - Antagonistes récepteurs H2
 - Meperidine
 - Hypnotique sédatif
- Médicaments potentiellement non appropriés
 - Anticholinergiques
 - Antiparkinsoniens
 - Antispasmodiques
 - Antidépresseurs tricycliques
 - Antipsychotiques
 - Barbituriques, benzodiazépines
 - Nonbenzodiazépines hypnotiques
 - Meperidine
 - Relaxants musculaires

Questions cliniques



Question 4

L'usager pourrait-il abuser de substances qui influent son comportement?

Y a-t-il :

- alcool?
- drogues?
- benzodiazépines?
- narcotiques?
- Médicaments sans ordonnance (ex. gravol, benadryl)
- Café, boissons énergisantes

Questions cliniques



Question 5

L'usager est-il déprimé? Est-il psychotique?

Antécédents psychiatriques :

- a déjà fait une dépression ou une psychose?
- vu un psychiatre, un psychologue?
- pris des antidépresseurs ou des antipsychotiques?



Équipe
IUGM **SCPD**

Symptômes comportementaux
et psychologiques de la démence

Évaluation de l'infirmière

Examen clinique infirmier

- Signes d'une perturbation de l'état mental, du comportement ou de l'autonomie
- Signes d'un problème buccodentaire
- Signes d'un problème d'élimination urinaire ou fécale
- Signes d'un problème cardiopulmonaire
- Signes d'un problème cutané
- Signes de déshydratation
- Signes de dénutrition
- Signes de déséquilibre de la glycémie ou des électrolytes
- Perte de mobilité

Besoins non comblés

- Faim
- Soif
- Élimination
- Sommeil
- Vision
- Audition
- Activité physique
- Activités sociales
- Sexualité et intimité

Causes psychosociales

- Isolement
- Solitude
- Ennui
- Pertes et deuils multiples
- Abus
- Difficulté de communication
- Mécanismes d'adaptation antérieurs
- Traits de personnalité

Approche du personnel et des proches

- Méthode non appropriée pour communiquer et donner le soin à la personne
- Approche centrée sur la tâche (recadrage) plus que sur la personne
- Changements fréquents de personnel ou personnel en nombre insuffisant

Causes environnementales

- Niveau inapproprié de stimulation sensorielle
- Routine quotidienne mal adaptée
- Repères temporels et spatiaux insuffisants
- Manque d'intimité ou impossibilité de personnaliser adéquatement l'espace
- Comportements des autres personnes qui partagent le même milieu de vie

En absence de causes identifiées : utilisation de la grille d'observation clinique (modèle ABC)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Processus cliniques pour l'évaluation des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2014, 15 p.*

Autres outils pertinents

Histoire de vie



Formulaire : p. 1

Formulaire d'histoire de vie



Le but de ce questionnaire est de recueillir des renseignements afin de mieux connaître la personne admise en hébergement et en soins de longue durée et de mieux personnaliser les interventions.*

Données démographiques

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| Comment M., Mme aimerait-elle être appelée? | | | Lieu de naissance : | | |
| Célibataire <input type="checkbox"/> | Veuve <input type="checkbox"/> depuis : ans | Séparée <input type="checkbox"/> depuis : ans | Divorcée <input type="checkbox"/> depuis : ans | Mariée <input type="checkbox"/> depuis : ans | |
| Nom du conjoint : | | Âge du conjoint : ans | Travail du conjoint : | | |
| Lieux de résidence significatifs depuis ses 18 ans jusqu'à aujourd'hui (surtout entre 15 et 40 ans) : | | | | | |
| Scolarité : | | Nom des écoles, collèges fréquenté(e)s : | | | |
| Sait lire oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Sait écrire oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | | | | |
| Religion : | Pratiquante oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Langue connue : | Intérêt politique : | | |



« Intervention en présence des SCPD »



Plan d'intervention



Plan d'intervention

Le plan d'intervention pour le comportement problématique ciblé doit être :

- connu de tous les intervenants;
- appliqué par tous les intervenants, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7;
- appliqué pendant un temps suffisant avant de conclure à son inefficacité;
- Réévalué et ajusté en équipe, si nécessaire.

Attention

Si un intervenant ne l'applique pas :

- les risques que les SCPD persistent;
- les risques de conséquences pour l'utilisateur ou pour vous, intervenant, perdurent (ex. : risques de blessures).

Interventions

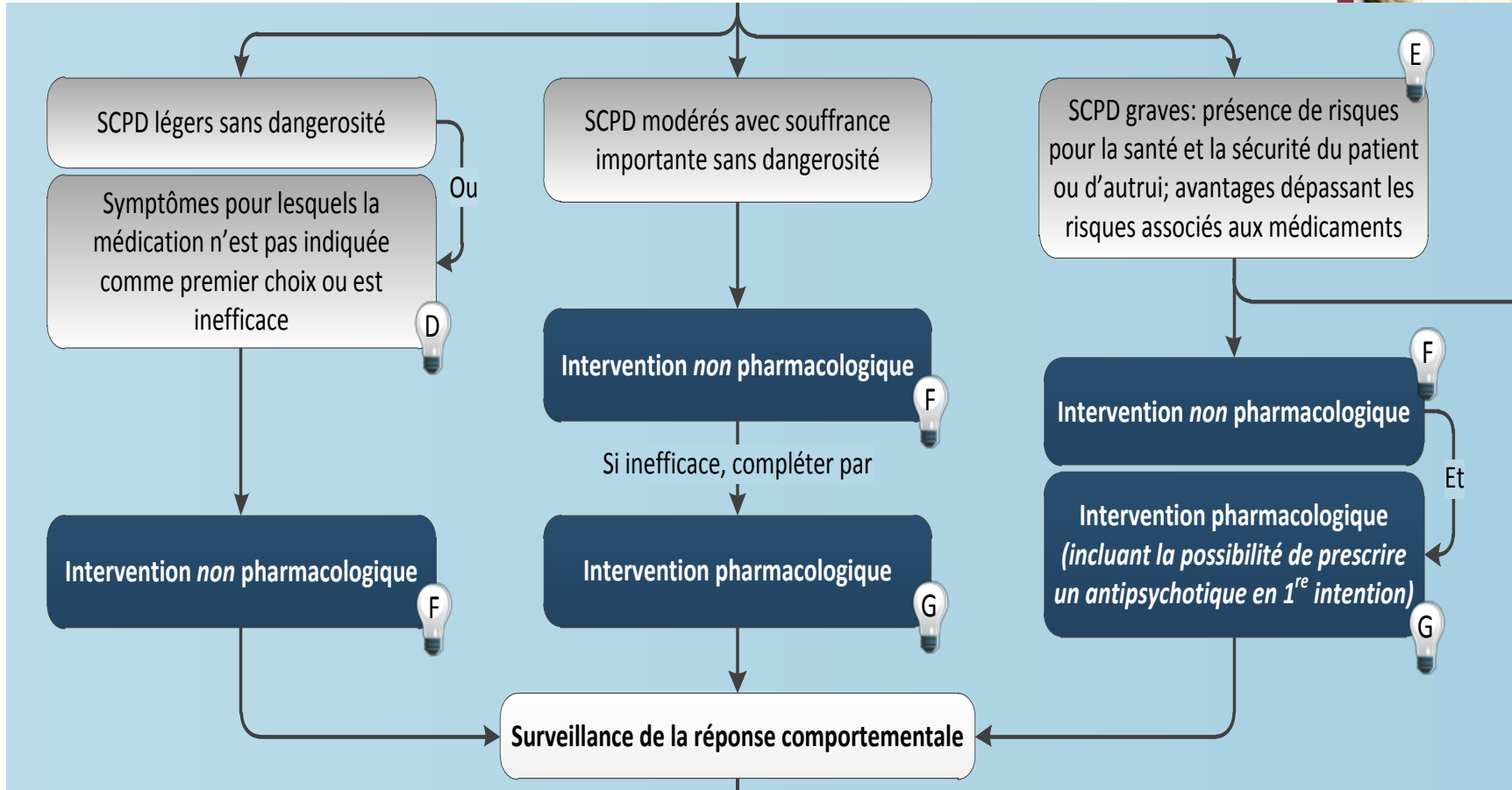


Objectifs des interventions

Les objectifs devraient être réalistes :

- une diminution de 30 à 50 % du comportement problématique est signe d'efficacité de l'intervention

Élaboration d'un plan d'intervention : approche globale



Bruneau, Marie-Andrée (dir.) ; Voyer, Philippe (dir.).
Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Québec : Québec (province), Canada : Ministère de la santé et des services sociaux, 2014, 31 p.

Interventions



Trois approches

- Approches pharmacologiques
- Approches environnementales
- Approches non pharmacologiques

Approches pharmacologiques



Bonnes pratiques

- La plupart des guides de pratiques recommandent d'intervenir d'abord avec des approches non pharmacologiques, principalement lorsque les symptômes sont légers à modérés et ne sont pas associés avec une dangerosité pour le résident ou autrui.

<http://www.ccsmh.ca/pdf/final%20supplement.pdf>

http://www.cccdtd.ca/pdfs_Recommandations_approuvees_CCCDTD_2007.pdf

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-829-01W.pdf>

Approches pharmacologiques



Quand l'utiliser ?

À utiliser :

- lorsque les SCPD sont d'intensité modérée à sévère (ou lorsqu'il y a une indication claire (ex. antidépresseur pour dépression));
- lorsqu'il y a présence de risque pour la santé et la sécurité de l'utilisateur ou pour autrui;
- Lorsque les bénéfices dépassent les risques associés au traitement.

Toujours utiliser les approches pharmacologiques en combinaison avec les approches non pharmacologiques

Approches pharmacologiques



Symptômes pour lesquels la médication n'est pas indiquée comme premier choix ou est inefficace

- Résistance aux soins (hygiène, habillement)
- Refus des soins
- Errance
- Fugue
- Cris et mouvements répétitifs
- Rituels d'accumulation
- Oralité
- Comportements d'élimination inappropriés
- Comportements d'habillement inappropriés
- Désinhibition verbale

Approches pharmacologiques



Les symptômes qui répondent à la médication

- Agitation/Agressivité
- Psychose
- Anxiété
- Dépression
- Apathie
- Trouble du sommeil

Approches pharmacologiques



Principes généraux-1

- Un essai pharmacologique à la fois
- Vérifier les interactions
- Start low, go slow but go
- Une réponse complète peut prendre de 2 à 6 semaines
- Évaluer régulièrement la présence d'effets secondaires
- Viser une dose d'entretien stable afin d'éviter les PRN



Principes généraux-2

- Si aucune évidence d'efficacité après 2-4 semaines : considérer changer de molécule (changement croisé).
- Réévaluation après 3 mois de stabilité.
- Tenter un sevrage progressif des psychotropes après 3-6 mois de stabilité.

L'importance de la collaboration interdisciplinaire et avec l'utilisateur/proches



- Rappel après 3 mois pour benzo et antipsychotiques.
- Rappel après 7 jours ou selon md pour narcotiques.
- Révision à l'admission par pharmacien avec suivis pour SLD

Approches pharmacologiques



Classes de médicaments

■ Antipsychotiques ou neuroleptiques

- Typiques: Halopéridol (Haldol)
- Atypiques: Risperidone (Risperdal), Olanzapine (Zyprexa), Quetiapine (Seroquel), Aripiprazole (Abilify)

■ Antidépresseurs

- ISRS (inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine: Citalopram (Celexa), Sertraline (Zoloft), escitalopram (Cipralex)
- IRNS: Venlafaxine (Effexor), Duloxétine (Cymbalta)
- Mirtazapine (Remeron)
- Trazodone (Désyrel)

■ Anticonvulsivants

- Carbamazépine (Tégréto)

■ Benzodiazépines

- Lorazepam (Ativan), oxazéпам (Serax), temazepam (restoril)

■ Inhibiteurs de l'Acétylcholinestérase

- Donepezil (Aricept), Rivastigmine (Exelon), Galantamine (Reminyl)

■ Memantine (Ebixa)

Approches pharmacologiques



Les antipsychotiques

Indications

- Agitation et agressivité sévère
- Symptômes psychotiques sévères

Efficacité

- Effet modeste par rapport au placebo avec :
 - olanzapine (1,25-10 mg)
 - risperidone (0,25-2 mg)
 - aripiprazole (1-10 mg)
- Plus efficace lorsque les symptômes sont sévères
- Risperidone : le seul ayant une indication approuvée au Canada pour DTA (≠vasculaire)
- Quetiapine (6,25-300 mg): le plus utilisé, mais pas d'efficacité démontrée
- antipsychotiques typiques : Profil moins favorable d'effets secondaires. À n'utiliser qu'en cas d'urgence. L' Haldol est le seul ayant une rapidité d'action de ≤ 30 minutes.

Approches pharmacologiques



Les antipsychotiques

Effets secondaires (selon puissance et dose)

Symptômes extrapyramidaux

- Parkinsonisme
- Akathisie (nb peut-être confondue avec de l'agitation)
- Dyskinésie tardive (25% d'incidence chez les personnes âgées après un an de traitement)
- Troubles cognitifs
- Trouble de la marche et chute.
- Somnolence
- Hypotension

- Symptômes anticholinergiques.
- Infections respiratoires et urinaires.
- Œdème périphérique.
- Syndrome métabolique.
- Prise de poids (surtout femmes traitées avec olanzapine et quetiapine).



Les antipsychotiques : les risques associés

- Mortalité augmentée (OR : 1,54; 4,5 % des résidents sous antipsychotiques atypiques par rapport à 2,6 % sous placebo).
- Les typiques partageraient également ce risque.
- La mortalité serait de causes principalement infectieuse et cardiovasculaire.

Approches pharmacologiques



Les antipsychotiques : les risques associés

- Le traitement prolongé (plus de 3-6 mois) est associé à une augmentation du risque de mortalité.
- Accidents cérébrovasculaires (risperidone x 3,2; olanzapine x 1,8; risque absolu de 1%).
- Les antipsychotiques doivent faire l'objet d'un suivi serré et leur indication doit être révisée régulièrement.
- Un consentement éclairé de la personne ou son substitut devrait être obtenu après discussion des effets secondaires courants et des risques associés.

Approches pharmacologiques



Les benzodiazépines (ex. Ativan)

Indications

Non considérées comme une première ligne de traitement.

Efficacité

Les benzodiazépines ont un effet sédatif non-spécifique et anxiolytique

20-30% des personnes âgées au Québec en ont prescrites

Prescrites pour anxiété, insomnie, agitation et pourtant...

Approches pharmacologiques



Les benzodiazépines (ex. Ativan)

Effets secondaires

- Chutes
 - Ataxie
 - Somnolence excessive
 - Altération de l'état de conscience
 - Aggravation des troubles cognitifs
 - Delirium
 - Risque de dépendance et phénomène de sevrage
 - Désinhibition paradoxale.
-
- Favoriser les molécules à courte durée d'action dont le profil métabolique est favorable à la personne âgée (lorazepam, oxazepam, temazepam)

Prise Benzos



- Etude 1998 en CHSLD:
 - Médecins peu motivés : pourquoi changer quelque chose qui va bien
 - Patients : peur des impacts sur leur sommeil
 - Famille : peur que le sevrage se fasse dans un but d'économies
 - Personnel : peur des changements sur le comportement
- À IUGM:
 - 44% en SLD, mais 50% en PRN
 - Interventions
 - Conférence d'éducation des médecins lors d'un avant-midi de formation continue!
 - Capsules éducatives aux infirmières
 - Mise à dispositions d'outils clinique d'aide à la gestion des Benzo
 - Implication des pharmaciens dans la prescription des Benzo

Approches pharmacologiques



Les PRNs

- L'utilisation de PRN devrait être une mesure temporaire sauf exception
- La décision d'utiliser les PRN se fait après évaluation complète du symptôme, justification et essais non pharmacologiques.
- Elle est jointe à l'introduction d'une médication régulière qui doit être ajustée pour régler le problème sous-jacent et limiter l'utilisation des PRN dans le temps (ex. : pour une personne très anxieuse, débuter un antidépresseur pour pouvoir sevrer les benzodiazépines à court terme; personne très agressive, débuter un ISRS ou un antipsychotique pour pouvoir cesser les PRN).
- L'utilisation de PRN devrait être limitée dans le temps (2 semaines)
- Débuter une grille pour tout nouveau PRN
- Ne pas oublier d'inscrire quand les PRNs ont été administrés sur la grille d'observation
- Elle peut être utilisée de façon prolongée lorsque toute autre stratégie pharmacologique et non-pharmacologique s'est avérée inefficace.

Bruneau, Marie-Andrée (dir.) ; Voyer, Philippe (dir.).

Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Québec : Québec (province), Canada : Ministère de la santé et des services sociaux, 2014, 31 p.



Approches pharmacologiques



Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (InhAChE)

Indications

- Atténuer les symptômes neuropsychiatriques ou pour diminuer le risque d'apparition de SCPD dans la DTA légère à modérée

Efficacité

- Inefficace pour les SCPD graves

Effets secondaires

- Aggravation occasionnelle des SCPD à l'arrêt des InhAChE (sevrage trop rapide)
- Effets gastrointestinaux (moins avec exelon patch mais erythème)
- Troubles du sommeil (donepezil)

Contre-indications

- Bradycardies

Approches pharmacologiques



La Memantine

Indications

- Démence modérée -sévère

Efficacité

- Bénéfices légers notés dans le traitement (?) et la prévention de:
 - irritabilité, agitation, agressivité, psychose
- Selon méta-analyse ne serait pas efficace

Effets secondaires

- Étourdissements, constipation, céphalées, confusion, HTA
- Cas d'aggravation rapportés de l'agitation et des hallucinations dans la DCL
- Dosage doit être ajustée selon la clearance de la créatinine

Approches pharmacologiques



Les antidépresseurs 1/2

Indications

- Symptômes d'agitation et d'agressivité, de psychose et de dépression

Efficacité

- Données insuffisantes pour émettre une opinion sur l'efficacité de la trazodone et des ISRS (incluant citalopram et sertraline) dans le traitement des patients agités.
- Pour le traitement de la dépression associée à la démence : efficacité mitigée, surtout démontrée avec la sertraline, le citalopram.

Approches pharmacologiques



Les antidépresseurs 2/2

Effets secondaires

- Symptômes gastro-intestinaux
- Akathisie, symptômes extrapyramidaux
- Troubles du sommeil
- Chutes
- Risques de saignements digestifs
- Risque de SIADH : certains auteurs recommandent un bilan électrolytique avant le traitement et un mois après l'introduction
- Allongement du QTc avec citalopram (Black box), escitalopram



Les anticonvulsivants

La carbamazépine

- (+) Possible effet (contradictoire) dans le traitement des SCPD
- (-) Toxicité et interactions médicamenteuses multiples

L'acide valproïque

- Inefficace, mal tolérée et contre-indiqué chez les patients avec démence

Les anticonvulsivants de nouvelle génération

- Aucune étude ne démontre leur efficacité (neurontin, lyrica, lamictal)

Approches pharmacologiques



Problématiques particulières

Démence frontotemporale

- ISRS (ex. citalopram, sertraline).
- Trazodone (25-100 mg HS : attn sedation, hypotension orthostatique, bradyarythmie, priapisme).
- Memantine et InhACHE??? Peuvent améliorer ou aggraver.
- Antipsychotiques atypiques?



Approches pharmacologiques



Problématiques particulières

Démence à Corps de Lewy 1/2

- Il faut d'abord réviser avec l'aide du neurologue, la médication antiparkinsonienne : diminuer ou sevrer :
 - anticholinergiques
 - inhibiteurs COMT
 - agonistes DA
 - L-Dopa.
- Première intention: inhibiteur de la cholinestérase (rivastigmine).



Approches pharmacologiques



Problématiques particulières


Démence à Corps de Lewy 2/2

- Les antipsychotiques typiques et atypiques sont contre-indiqués en raison d'une hypersensibilité à ces médicaments et d'une association avec le delirium et des effets extrapyramidaux sévères, sauf
 - Quetiapine : peu d'efficacité démontrée dans les études double-insu mais souvent utilisé en raison de son profil d'effets secondaires plus favorable dans ces conditions; doses de 6,25 die à 150 die; souvent, sédation et hypotension sont des facteurs limitants.
 - Clozapine : traitement de choix à petites doses mais nécessite un suivi serré des complications associées et de la formule sanguine; nécessite habituellement une prise en charge en 2e ou 3e ligne.



Approches pharmacologiques



Si la médication est indiquée pour le traitement du SCPD 

OPTIONS MÉDICAMENTEUSES

Trouble du sommeil

- Benzodiazépine à court terme (moins de 30 jours, idéalement moins de 2 semaines)*
 - lorazépam^{1,2}
 - oxazépam²
- Zopiclone¹
- Trazodone^{1,2}
- Mirtazapine

Apathie

- IChE²

Dépression

- ISRS
 - citalopram²
 - sertraline²
 - escitalopram
- Mirtazapine²
- ISRN
 - duloxétine
 - venlafaxine
 - desvenlafaxine
- Bupropion²
- Moclobémide
- IChE*²

Anxiété

- Trazodone²
- Benzodiazépine à court terme (moins de 30 jours, idéalement moins de 2 semaines)*²
 - ISRS
 - Buspirone
 - ISRN
 - Mirtazapine
 - Moclobémide
 - IChE*

Comportements sexuels inappropriés

- ISRS
- Antipsychotiques atypiques
- Antiandrogènes

Psychose, agitation-agressivité, agressivité

- Antipsychotiques atypiques
 - rispéridone*^{1,2}
 - olanzapine^{1,2}
 - aripiprazole^{1,2}
 - quétiapine^{1,2}
- Antipsychotique typique²: halopéridol*¹
- ISRS :
 - citalopram^{1,2}
 - sertraline^{1,2}
 - escitalopram¹
- IChE : 1^{re} ligne de traitement pour la démence à corps de Lewy
- Anticonvulsivant (agitation) : carbamazépine*^{1,2}
- Trazodone (agitation)²
- Benzodiazépine à court terme (moins de 30 jours, idéalement moins de 2 semaines) : lorazépam*²
- Mémantine (hallucinations, idées délirantes et agitation)²

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 38 p.



Équipe IUGM **SCPD**

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Tous droits réservés © Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Surveillance et suivi clinique



SURVEILLANCE ET SUIVI CLINIQUE

Ne pas cesser la médication psychotrope sans un avis spécialisé lorsque prescrite pour une autre indication qu'un SCPD (ex. : épilepsie, schizophrénie, trouble bipolaire, dépression majeure)

Surveiller l'efficacité du traitement, les effets secondaires, titrer la dose

Après 1 mois : réévaluation
Déterminer si les buts thérapeutiques sont atteints

Après 3 mois, si les symptômes sont stables, réduire progressivement la médication (plus petite diminution possible de dose mensuellement, par exemple, rispéridone : diminuer de 0,25 à 0,5 mg q 1 mois) pour éviter des syndromes de sevrage

Si réapparition des symptômes, reprendre la médication à la dernière dose efficace

Cesser la médication si possible

Surveiller la réapparition de SCPD





Équipe IUGM **SCPD**
Symptômes comportementaux
et psychologiques de la démence

A naturalistic study on the follow up of guidelines regarding antipsychotics prescriptions in long-term care units

- 1- Marie-Andrée Bruneau
- 2- Genevieve Létourneau, MD, MSc
- 3- Nayfe Abdul-Hadi, Pharm
- 4- Salam El-Majzoub, medical student

Contexte



- 24 % des patients SLD au Canada
- 25 % des patients SLD au Québec
- INESSS 2012
 - Entre 2006 et 2009
 - Augmentation de 13 % des prescriptions d'AP chez >65 ans souffrant de démence
 - Passe de 1,5 à 1,7 % des sujets âgés déments
 - Risperidone (47 %) et quetiapine (38 %)



Objectifs



- Évaluer l'état des connaissances des médecins sur les recommandations de suivi des neuroleptiques
- Documenter le suivi des recommandations de prescription d'antipsychotiques en SLD à l'IUGM
- Documenter l'apparition d'effets secondaires
- Évaluer l'impact d'un outil de suivi q 3 mois sur les habitudes de prescription d'AP en SLD



Résultats Temps 1



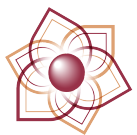
- Début janvier 2012
- 9 médecins omnipraticiens
- 367 patients hospitalisés en SLD
- 127 ont une prescription d'antipsychotiques
- 35 % des patients en SLD à l'IUGM sont sous AP
- SCPD pour 82%
- 35% sous risperidone, 45% sous quetiapine
- De cette cohorte:
 - Diminue à 27 % à 3 mois
 - Diminue à 24 % à 6 mois
- Sevrage se fait sans complications



Résultats Temps 2 – 3 mois



- Pourquoi ne pas tenter sevrage :
 - 17 % évoquent instabilité de l'état clinique
 - 21 % évoquent une crainte de détérioration
 - 21 % évoquent un diagnostic de maladie mentale chronique qui nécessite une prescription
 - 40 % : Aucune raison évoquée



Antipsychotiques, SCPD et SLD



- Malgré les risques associés, un pourcentage important des patients en SLD reçoivent des antipsychotiques
 - Entre 1/3 et 1/4 d'entre-eux
- Ces prescriptions ne sont généralement pas de courte durée
 - Près du 2/3 les reçoivent depuis ≥ 1 an
- Quetiapine le plus prescrit sur l'impression d'un profil d'effets secondaires plus favorable mais avec moins d'évidence d'efficacité
- Le sevrage se fait assez facilement quand l'indication n'est plus présente



SUIVI DES ANTIPSYCHOTIQUES



Les antipsychotiques sont associés à de nombreux effets secondaires et à une augmentation du risque d'accidents cérébrovasculaires et de mortalité chez les individus avec démence. Leur utilisation est donc restreinte à une certaine surveillance.

Indication: Démence et psychose sévère Dépression résistante
Démence et agitation sévère Maladie affective bipolaire
Démence et agressivité sévère Schizophrénie

Autres : spécifier : _____

Consentement obtenu: Oui Non:

Prescription de départ: Risperidone Aripiprazole
Quétiapine Haloperidol
Olanzapine Autre: _____

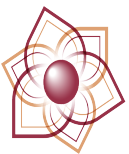
Date de début du Neuroleptique (si précède la première visite) : _____

Facteurs de risque vasculaires présents:

Hypertension artérielle Dyslipidémie
Diabète Arythmie
MCAS \MVAS ATCD AVC
Obésité Tabagisme

Présence de contre-indications:

Maladie de Parkinson Démence Corps Le wy





| Date | 1ère visite Date: _____ | 1 mois Date: _____ | 2 mois Date: _____ | 3 mois Date: _____ | 6 mois Date: _____ | 12 mois Date: _____ |
|---|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| Δ de dose | | | | | | |
| Indication toujours présente? | | | | | | |
| Tentative de sevrage si stable | | | | | | |
| Poids (kg) | | | | | | |
| Circonférence abdominale (cm) | | | | | | |
| IMC (kg/m ²) Taille : _____ | | | | | | |
| Glycémie à jeun (mmol/L) Base, 3 mois, q année | | | | | | |
| Tension artérielle (mmHg) Base, 3 mois, q année | | | | | | |
| Bilan lipidique à jeun (mmol/L) Base, 3 mois, q 5 ans | | | | | | |
| ECG (arythmie?) <u>Intervalle QTc</u> | | | | | | |
| Effets secondaires extrapyramidaux, trouble de la marche et chute | | | | | | |



Approches environnementales



Trois approches distinctes

- **Approches pharmacologiques**
- **Approches environnementales**
- **Approches non pharmacologiques**

Approches environnementales



Adaptation à l'unité -exemple



Approches environnementales

Les salles d'eau...



Les contentions...



Considérations

- Les contentions augmentent le stress et l'agitation
- Notons que de plus en plus de publications démontrent que l'utilisation de contentions chimiques ou physiques pour prévenir les risques associés à l'errance n'est pas une bonne pratique.
- Des programmes d'interventions visant à diminuer les contentions n'ont pas été associés à un plus haut taux de blessures

Approches non pharmacologiques



Trois approches distinctes

- **Approches pharmacologiques**
- **Approches environnementales**
- **Approches non pharmacologiques**

Approches non pharmacologiques



Approche non pharmacologique

- Intervention sensorielles
 - Musicothérapie
 - Aromathérapie
 - Massage et toucher thérapeutique
 - Snoezelen (thérapie multisensorielle)
 - Luminothérapie
- Activités structurées
 - Artisanat
 - Horticulture
 - Thérapie par l'art
 - Thérapie occupationnelle
 - Thérapie biographique
 - Manipulation d'objet
 - Stimulation cognitive et de la mémoire
- Activités physiques
 - Marche
 - Danse
 - Séances exercices
- Contacts sociaux
 - Contacts humain "un à un"
 - Zoothérapie
 - Contact social simulé
- Approche environnementale
 - Conditions simulant la nature
 - Accès à un jardin extérieur
 - Aménager comme à la maison
 - Aménagement de repère spatiaux
 - Installation de barrière visuelles
- Approche comportementale
 - Renforcement différentiel
 - Approche confort stimulation



Messages-clés



- Les SCPD font partie intégrante de la maladie
- Il est nécessaire d'être systématique dans l'évaluation des causes potentielles des SCPD
- Les guides de pratiques recommandent l'utilisation des approches non-pharmacologiques en premier lieu dans la gestion des SCPD
- Certains SCPD ne répondent pas à la médication
- Les antipsychotiques ne devraient être utilisés qu'en cas d'agressivité et symptômes psychotiques sévères, en raison des risques associés à leur utilisation

Merci pour votre participation !



- Le programme de e-learning sur les SCPD du MSSS:
 - <http://capsulesscpd.ca>
- Capsules SCPD pour les aidants:
 - <http://iugm.qc.ca/aidant.html>
- Les outils et conférences de l'Équipe SCPD IUGM:
 - <http://www.iugm.qc.ca/soins/gerontopsychiatrie.html>
- Les guides de pratiques SCPD du MSSS:
 - <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/alzheimer/information-clinique-formation-mentorat>
- Le Guide médical en soins de longue durée:
 - <http://mdslid.ca>