



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Approche pharmacologique

**visant le traitement des symptômes
comportementaux et psychologiques
de la démence**

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications****

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-71828-4 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2014

MEMBRES DU GROUPE D'EXPERTS

D^{re} Éliane Azuelos (RUIS Montréal)
D^{re} Paulina Bajsarowicz (RUIS McGill)
D^r René Desautels (RUIS McGill)
M^{me} Carmen Desjardins (RUIS McGill)
M^{me} Johanne Dubé (RUIS McGill)
D^{re} Évelyne Keller (RUIS Laval)
M^{me} Stéphanie Morin (MSSS)
M^{me} Nicole Poulin (RUIS McGill)
D^r François Rousseau (RUIS Laval)
M^{me} Diane Roy (RUIS McGill)

PERSONNES CONSULTÉES

M^{me} Suzanne Gilbert, Pharm. D., M. Sc. (IUGM)
M^{me} Denyse Marier, M.A. en gérontologie (Comité
interuniversitaire et interprofessionnel de DPC en
enseignement et soins aux personnes âgées)
D^r Jean-François Trudel (RUIS Sherbrooke)

TRAVAUX RÉALISÉS SOUS LA DIRECTION DE :

M^{me} Marie-Andrée Bruneau, M.D., M. Sc., FRCPC
M. Philippe Voyer, inf., Ph. D.

MÉTHODE ET RÉDACTION

M. France Charles Fleury, erg., M. Sc.
Direction générale des services de santé et médecine universitaire
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MEMBRES DE L'ÉQUIPE D'IMPLANTATION ET DE SUIVI DU MSSS

D^r Howard Bergman
M. Pierre Bouchard
M. France Charles Fleury
M. Daniel Hétu

Date prévue de révision des recommandations

Juin 2016, à moins de changements significatifs dans les données probantes.

Le groupe d'experts a produit quatre documents sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence en 2014 :

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 31 p.
 - 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.
 - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Outils d'observation ou d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 37 p.
 - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 15 p.
-

TABLE DES MATIÈRES

Mise en contexte et méthode de travail	1
Processus clinique.....	2
Intervention pharmacologique	5
Utilisation des PRN.....	5
Antipsychotiques	6
Indications.....	6
Consentement.....	6
Contre-indications.....	6
Antipsychotiques atypiques.....	7
Situations urgentes	7
Sevrage.....	8
Antipsychotiques en PRN.....	8
Effets secondaires	9
Effets secondaires liés à la puissance et à la dose de l'antipsychotique	9
Suivi des complications métaboliques.....	9
Marche à suivre en présence d'effets secondaires	10
Mortalité et morbidité	10
Benzodiazépines	11
Indications.....	11
Benzodiazépines en PRN.....	11
Effets secondaires.....	12
Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase	13
Contre-indications.....	13
Mémantine.....	14
Antidépresseurs	14
Symptômes d'agitation, d'agressivité et de psychose.....	14
Symptômes dépressifs	15
Autres symptômes	15
Effets secondaires	15
Carbamazépine	19
Acide valproïque	19
Traitement pharmacologique pour des problématiques particulières	19
Situations urgentes en cas d'agitation-agressivité ou de psychose	19
Effets secondaires	21
Médicaments dont l'efficacité a été démontrée pour l'agitation ou l'agressivité	21
Démence frontotemporale	24

Démence à Corps de Lewy ou parkinsonnienne.....	24
Désinhibition sexuelle ou hypersexualité	25
Annexe 1 : Outil de suivi des antipsychotiques (IUGM).....	27
Annexe 2 : Noms génériques et commerciaux des médicaments présentés	29
Références bibliographiques	30

LISTE DES SCHÉMAS ET DES TABLEAUX

Schéma 1 : Processus clinique général pour les personnes âgées vivant à domicile et suivies dans un GMF	2
Schéma 2 : Approche pharmacologique pour les soins de première ligne.....	4
Schéma 3 : Utilisation d'antipsychotiques en PRN en présence d'un trouble du comportement	8
Schéma 4 : Utilisation de benzodiazépines en PRN en présence d'un trouble de comportement	12
Schéma 5 : Traitement pharmacologique de l'agitation grave, de l'agressivité et de la psychose en situation d'urgence	20
Tableau 1 : Temps nécessaire aux principaux antipsychotiques pour atteindre leur concentration maximale (T _{max}) et pour perdre la moitié de leur activité pharmacologique (T _½ vie) [3, p. 7]	7
Tableau 2 : Dosage des antidépresseurs, effets secondaires et indications	16
Tableau 3 : Médicaments dont l'efficacité a été démontrée pour contrer l'agitation ou l'agressivité dans la démence.....	22

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BBG : bloc de branche gauche
Bloc AV : bloc auriculo-ventriculaire
CHSLD : centre d'hébergement de soins de longue durée
DCL : démence à corps de Lewy
ECG : électrocardiogramme
GMF : groupe de médecine de famille
ICHÉ : inhibiteurs de l'acétylcholinestérase
IM : intramusculaire
IMAO : inhibiteur de la monoamine oxydase
IMC : indice de masse corporelle
IRSNa : inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
ISRS : inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
LHRH : hormone de libération de la lutéinostimuline (*Luteinizing Hormone-Releasing Hormone*)
MCAS : maladie cardiaque athérosclérotique
MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux
NaSSA : *Noradrenergic or Specific Serotonergic Antidepressants*
NDRI : *Norepinephrine Dopamine Reuptake Inhibitor*
PRN : *pro re nata*, à prendre au besoin
SAD : soutien à domicile
SARI : *Serotonin-2 Antagonists/Reuptake Inhibitors*
SC : sous-cutané
SCPD : symptôme comportemental et psychologique de la démence
SIADH : sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique

Le rapport du groupe d'experts présidé par le D^r Howard Bergman, *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées* [1]ⁱ (2009), recommande d'assurer l'accès aux services de première ligne aux personnes atteintes de telles maladies, et ce, à l'aide de mesures concrètes de soutien. Pour ce faire, le lien entre les médecins et les infirmières des groupes de médecine de famille (GMF) doit être consolidé, en partenariat avec la personne et ses proches aidants. De plus, l'accès à des services spécialisés, comme un service ambulatoire où l'on traiterait spécifiquement les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), ainsi que la formation du personnel et l'utilisation de guides de pratiques, s'avèrent essentiels.

Élaboré en vertu d'un mandat ministériel, le présent guide cible le traitement des SCPD à l'aide d'une approche pharmacologique. Il s'adresse en premier lieu aux équipes de GMF impliquées dans les dix-neuf projets d'implantation ciblée encouragés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à compter de 2013. Moyennant des adaptations propres aux différents autres milieux de pratique, les connaissances mises en évidence dans ce guide apparaissent aussi applicables à l'intervention auprès des usagers recevant des services de soutien à domicile ou vivant en résidence privée, en résidence pour personnes âgées, dans une ressource intermédiaire ou dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Les connaissances rapportées dans ce guide sont basées sur les avis d'un groupe d'experts ayant obtenu consensus. Elles respectent les balises définies dans le rapport mentionné plus haut (*Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*, 2009) et les paramètres organisationnels fixés en 2013 dans le document intitulé *Exigences structurelles et de contenu* (MSSS, 2012) [2]. Elles s'appuient également sur des publications choisies ou réalisées par les participants.

Le présent guide repose en premier lieu sur les travaux réalisés en 2013 par la D^{re} Marie-Andrée Bruneau, M^{mes} Caroline Ménard et Maryse Savoie, ainsi que M. Philippe Voyer. Les résultats ont été réunis dans le document de travail intitulé *Résidents avec déficits cognitifs* [3]. Bien que ces travaux portent sur des usagers recevant des soins de longue durée, il demeure que bon nombre des pratiques qui y sont recommandées sont applicables à des personnes vivant chez elles. Ainsi, à moins d'avis contraire, les informations versées ici proviennent de cette publication et des échanges qui ont eu lieu entre les membres du groupe de travail.

La démarche consensuelle emprunte à une approche de transfert de connaissances. Des propositions sont d'abord préparées par les directeurs du groupe de travail avec l'aide d'un courtier de connaissances. Ce dernier assure la rédaction de l'ouvrage et le respect de la méthode privilégiée. Les propositions sont ensuite commentées et bonifiées par les membres du groupe au cours de sessions de révision en présence des membres du groupe ou par courriel. Le groupe tente ainsi d'élaborer un contenu aussi pragmatique que possible, applicable aux différents contextes et situations touchant les SCPD. Il cherche moins à être exhaustif qu'à mettre en lumière les éléments clés de l'intervention auprès des personnes qui présentent de tels symptômes.

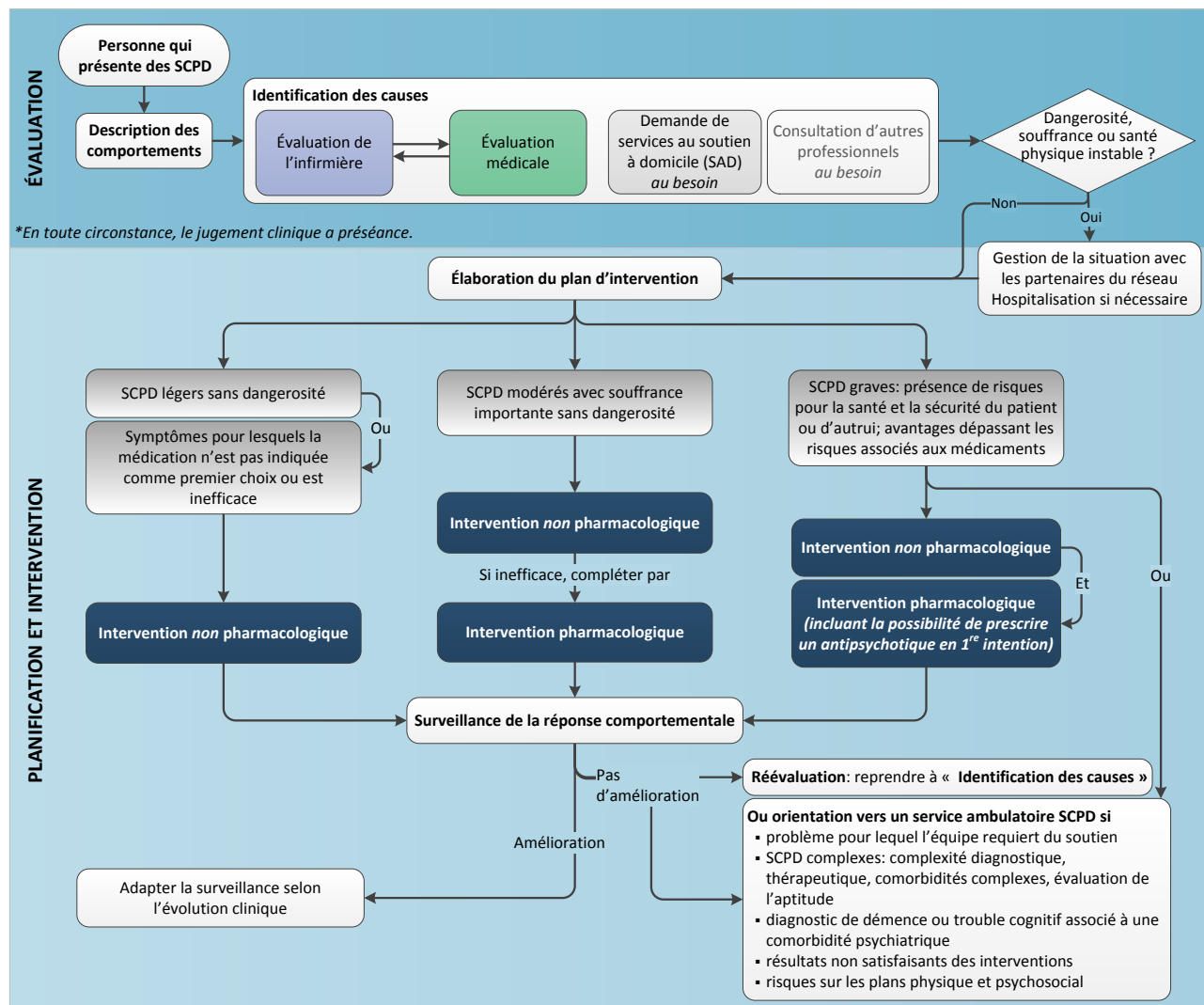
ⁱ Les chiffres apparaissant entre crochets renvoient aux références bibliographiques, où les documents cités portent le numéro correspondant.

PROCESSUS CLINIQUE

Le présent guide s'inscrit dans la suite logique du *Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, réalisé par le groupe d'experts en 2014 [4]. Le schéma 1, reproduit plus bas, représente la démarche privilégiée.

Devant un symptôme comportemental et psychologique de la démence (SCPD), le clinicien suit un processus qui s'amorce par la description du comportement et l'identification des causes possibles. Bien que le processus s'adresse tout particulièrement à une personne âgée suivie dans un GMF, ses principales composantes sont applicables à l'ensemble de la première ligne.

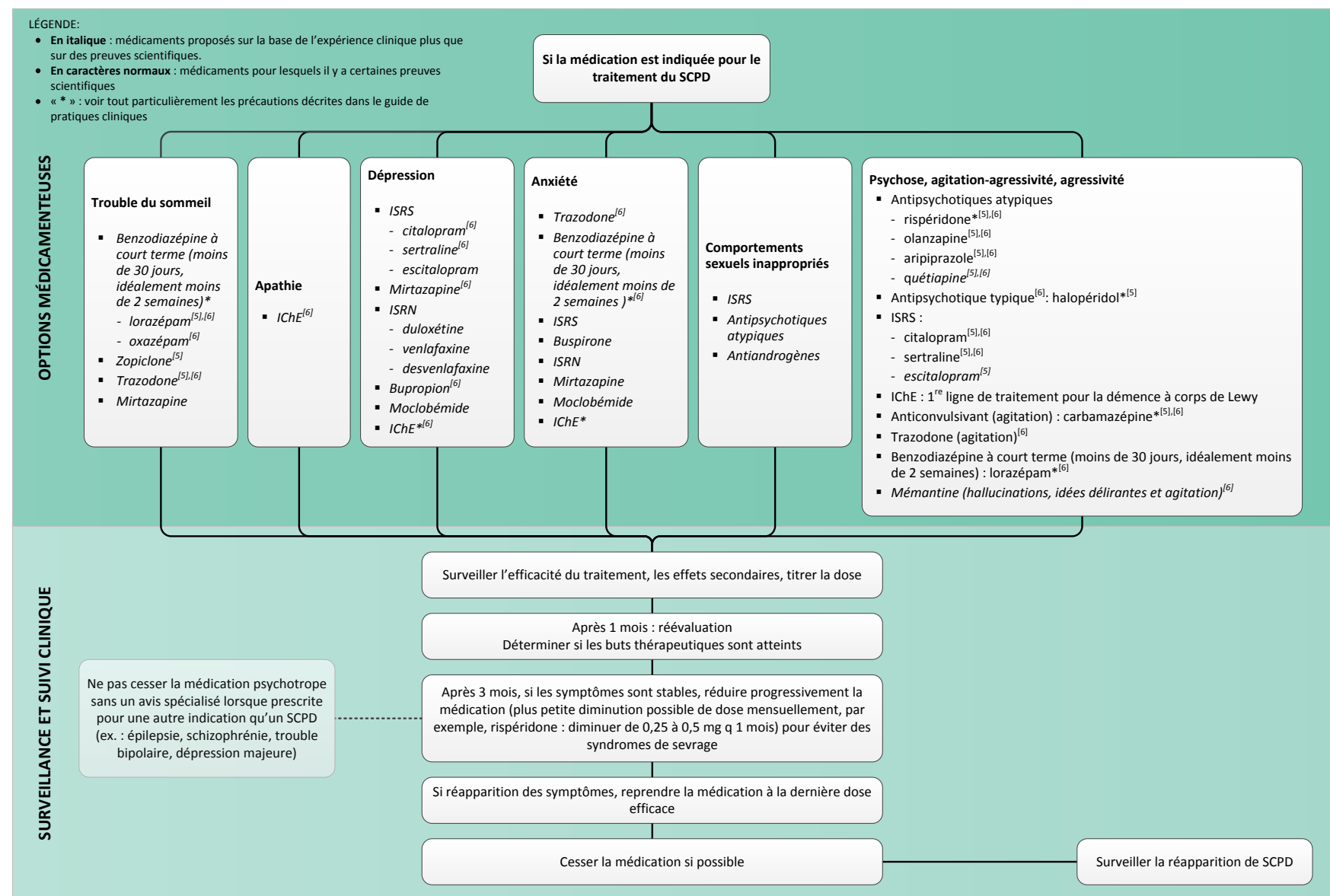
Schéma 1 : Processus clinique général pour les personnes âgées vivant à domicile et suivies dans un GMF



Voici, de façon plus détaillée, quelles sont les différentes étapes du processus clinique.

1. Éliminer en premier lieu les causes des SCPD, énumérées ci-après, avant de prescrire des médicaments.
 - 1.1. Éliminer le délirium.
 - 1.2. Traiter toute condition physique ou psychiatrique pouvant avoir un lien avec les SCPD.
 - 1.3. Stabiliser la condition médicale de la personne ou optimiser son traitement.
 - 1.4. Ajuster la médication du patient s'il y a traitement sous-optimal de la douleur.
 - 1.5. Ajuster la médication en fonction des effets secondaires, du sevrage et des interactions médicamenteuses.
 - 1.6. Stabiliser toute pathologie prémorbide psychiatrique existante.
 - 1.7. Contrôler, en vue de les éliminer, l'abus de certaines substances, incluant l'abus potentiel de benzodiazépines, d'opiacés et d'alcool, et les effets qui s'ensuivent.
 - 1.8. Combler les besoins de base.
 - 1.9. Évaluer l'approche du personnel et des proches en vue de la corriger, au besoin.
 - 1.10. Déceler les causes psychosociales associées au SCPD.
 - 1.11. Éliminer les causes environnementales.
2. Intervenir d'abord avec des approches non pharmacologiques des SCPD, principalement lorsque les symptômes sont légers ou modérés et ne présentent aucune forme de dangerosité pour la personne ou pour autrui.
3. Les approches pharmacologiques sont recommandées dans les cas suivants.
 - 3.1. Lorsque les SCPD sont d'intensité grave.
 - 3.2. Lorsqu'il y a dangerosité.
 - 3.3. Lorsqu'il y a état d'urgence.
 - 3.4. En cas de détresse psychologique grave.
4. Lorsque les approches pharmacologiques sont indiquées, il est recommandé de les utiliser en combinaison avec des approches non pharmacologiques.
5. Les symptômes pour lesquels la médication n'est pas indiquée comme premier choix ou est inefficace sont les suivants.
 - 5.1. Comportements inappropriés en ce qui concerne l'élimination des selles et de l'urine ou l'habillement.
 - 5.2. Cris répétitifs (non liés à douleur ou à la dépression).
 - 5.3. Désinhibition verbale.
 - 5.4. Errance.
 - 5.5. Fugue.
 - 5.6. Mouvements répétitifs.
 - 5.7. Oralité.
 - 5.8. Résistance aux soins (hygiène, habillement).
 - 5.9. Rituels d'accumulation.
6. Si le comportement est susceptible de répondre à la médication et qu'il n'y a aucune intervention non pharmacologique potentielle, recourir au processus clinique décrit dans la section « Planification et intervention » du schéma 1.
7. S'assurer que la personne et les gens de son entourage sont suffisamment responsables pour que la médication soit prise conformément à la prescription.

Schéma 2 : Approche pharmacologique pour les soins de première ligne



[5] D.P. Seitz, 2012; [6] IPA, 2012. Le présent schéma a été traduit et adapté à partir du document intitulé *Best Practice Guideline for Accommodating and Managing Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Residential Care* [7].

INTERVENTION PHARMACOLOGIQUE

8. Les symptômes qui peuvent être atténués, contrôlés ou éliminés par la médication sont les suivants.
 - 8.1. L'agitation-agressivité.
 - 8.2. L'anxiété.
 - 8.3. L'apathie.
 - 8.4. Les comportements sexuels inappropriés.
 - 8.5. La dépression.
 - 8.6. La psychose.
 - 8.7. Les troubles du sommeil.
9. Faire l'essai d'un médicament à la fois.
10. Vérifier le profil pharmacologique de la personne afin d'éviter les interactions médicamenteuses.
11. Se rappeler que les changements de métabolisme liés à l'âge peuvent exiger l'utilisation de plus petites doses chez la personne âgée. Cela dit, le groupe des personnes âgées est hétérogène et le dosage des médicaments requiert une approche individualisée pour chaque personne.
12. Augmenter lentement les doses (c.-à-d. q. 1 semaine, sauf si urgence) jusqu'au maximum permis, en ajustant selon la réponse et la tolérance du patient. Une réponse complète peut prendre de deux à six semaines avant de se manifester.
13. Évaluer régulièrement la présence d'effets secondaires liés au traitement.
14. Optimiser la dose et la durée (douze semaines) de l'essai thérapeutique selon la tolérance du patient et l'efficacité de la médication, puis viser une dose d'entretien stable (soit une dose minimale efficace) pour éviter l'usage continu des PRN. Ces derniers sont souvent associés à des effets secondaires et à des symptômes de sevrage ou de rebond.
15. Si, après deux à quatre semaines de traitement, on constate que le médicament est inefficace, considérer un changement de médicament. En pareil cas, sevrer le patient en réduisant graduellement le traitement initial et en introduisant progressivement dans son traitement un autre médicament, une méthode appelée « changement croisé ».
16. Faire une réévaluation après trois mois de stabilité comportementale.
17. Tenter un sevrage progressif des psychotropes après trois à six mois de stabilité comportementale.

UTILISATION DES PRN

18. Utiliser un médicament sur une base PRN en tant que mesure temporaire (deux semaines), sauf exception, après évaluation complète du symptôme, justification et essais non pharmacologiques.
19. Envisager une médication PRN prolongée si tout autre traitement, pharmacologique ou non, s'est avéré inefficace. Pour conserver les propriétés du PRN, éviter d'en faire une utilisation quotidienne.
20. Recourir à un PRN implique que l'on ait aussi recours à une médication régulière qui devra être ajustée pour régler le problème sous-jacent et limiter l'utilisation des PRN dans le temps.
21. Pour l'utilisation des antipsychotiques ou des benzodiazépines en PRN, se référer aux schémas présentés dans les chapitres correspondants.

INDICATIONS

22. Les antipsychotiques sont habituellement recommandés en première intention pour le traitement de l'agressivité grave et des symptômes psychotiques graves.
23. L'efficacité des antipsychotiques s'avère plus grande lorsque les symptômes sont graves, quoiqu'il faille maintenir des attentes réalistes.
 - 23.1. Utilisation pour le traitement des SCPD en général : 25 % des patients âgés répondent positivement [8].
 - 23.2. Prescription pour agressivité ou psychose : l'efficacité atteint 62 % [9].
 - 23.3. Efficacité modérée : la fréquence et la gravité des SCPD diminuent de 30 à 50 % [10].
 - 23.4. Efficacité à long terme, soit plus de trois à six mois, non démontrée, le traitement prolongé étant associé à une augmentation du risque de mortalité.
24. Les antipsychotiques typiques ont un profil d'effets secondaires moins favorable : utiliser préférentiellement des antipsychotiques atypiques.
25. Il est recommandé de débiter avec la dose minimale et d'augmenter progressivement q. 1 semaine jusqu'à la dose minimale efficace, selon la tolérance du patient (*start low, go slow, but go!*).
26. Les symptômes peuvent diminuer rapidement, mais il faut de deux à quatre semaines pour que l'antipsychotique ait un effet maximal apparent.
27. S'il n'y a aucune réponse après deux semaines de traitement à dose suffisante, considérer un changement de traitement. En pareil cas, réduire progressivement la dose du premier médicament sur deux semaines tout en introduisant graduellement le second médicament dans le traitement du patient.
28. Les antipsychotiques doivent faire l'objet d'un suivi rapproché et il importe de vérifier régulièrement s'ils sont toujours indiqués.

CONSENTEMENT

29. Aviser systématiquement les usagers et leur famille des risques accrus de morbidité et de mortalité liés à l'usage d'antipsychotiques.
30. Un consentement éclairé de la personne ou de son substitut devrait être obtenu après discussion à propos des effets secondaires courants et des risques associés à l'usage d'antipsychotiques.

CONTRE-INDICATIONS

31. Contre-indications : démence à corps de Lewy (DCL) ou maladie de Parkinson, sauf pour la quétiapine et la clozapine (voir *Traitement pharmacologique pour des problématiques particulières*).

ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES

32. Olanzapine (1,25-10 mg), rispéridone (0,25-2 mg) et aripiprazole (1-10 mg) : efficacité modérée par rapport au placebo.
33. Rispéridone : seul médicament approuvé pour la démence au Canada.
34. Quétiapine (6,25-200 mg).
 - 34.1. Médicament le plus utilisé, bien que son efficacité soit moins documentée.
 - 34.2. Études contrôlées partiellement concluantes faisant état de résultats positifs en ce qui concerne l'agitation et l'agressivité, mais non en ce qui a trait à la psychose associée à la démence.

SITUATIONS URGENTES

35. Les antipsychotiques typiques peuvent être utilisés en urgence. Par exemple, l'halopéridol (0,5-2 mg) atteint rapidement sa concentration maximale et peut se donner par voie intramusculaire (IM) ou sous-cutanée (SC) (voir le schéma 5).
36. Lorsqu'il y a danger physique imminent, l'utilisation d'halopéridol IM ou SC (0,5-2 mg) peut être justifiée si aucune cause sous-jacente ne peut être identifiée (ex. : infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, trouble buccodentaire), tout comme le lorazépam IM ou SC (voir les détails et réserves au schéma 5).
37. Les autres formulations d'antipsychotiques atypiques incluant les formulations à dissolution rapide (Risperdal® M-Tab, Zydys®) ne devraient pas être prescrites au besoin, car leur délai d'action est trop long (plus d'une heure).
38. Le tableau 1 présente le temps nécessaire aux principaux antipsychotiques pour atteindre leur concentration maximale et pour perdre la moitié de leur activité pharmacologique.

Tableau 1 : Temps nécessaire aux principaux antipsychotiques pour atteindre leur concentration maximale (T_{max}) et pour perdre la moitié de leur activité pharmacologique (T_½ vie) [3, p. 7]

Nom générique	T _{max}	T _½ vie
Halopéridol	20 (IM ou SC)-60 min (po)	12-36 h
Olanzapine	6 h	21-54 h
Rispéridone	1 h	20-24 h
Quétiapine	1,5 h	6-7 h
Aripiprazole	3-5 h	75-146 h

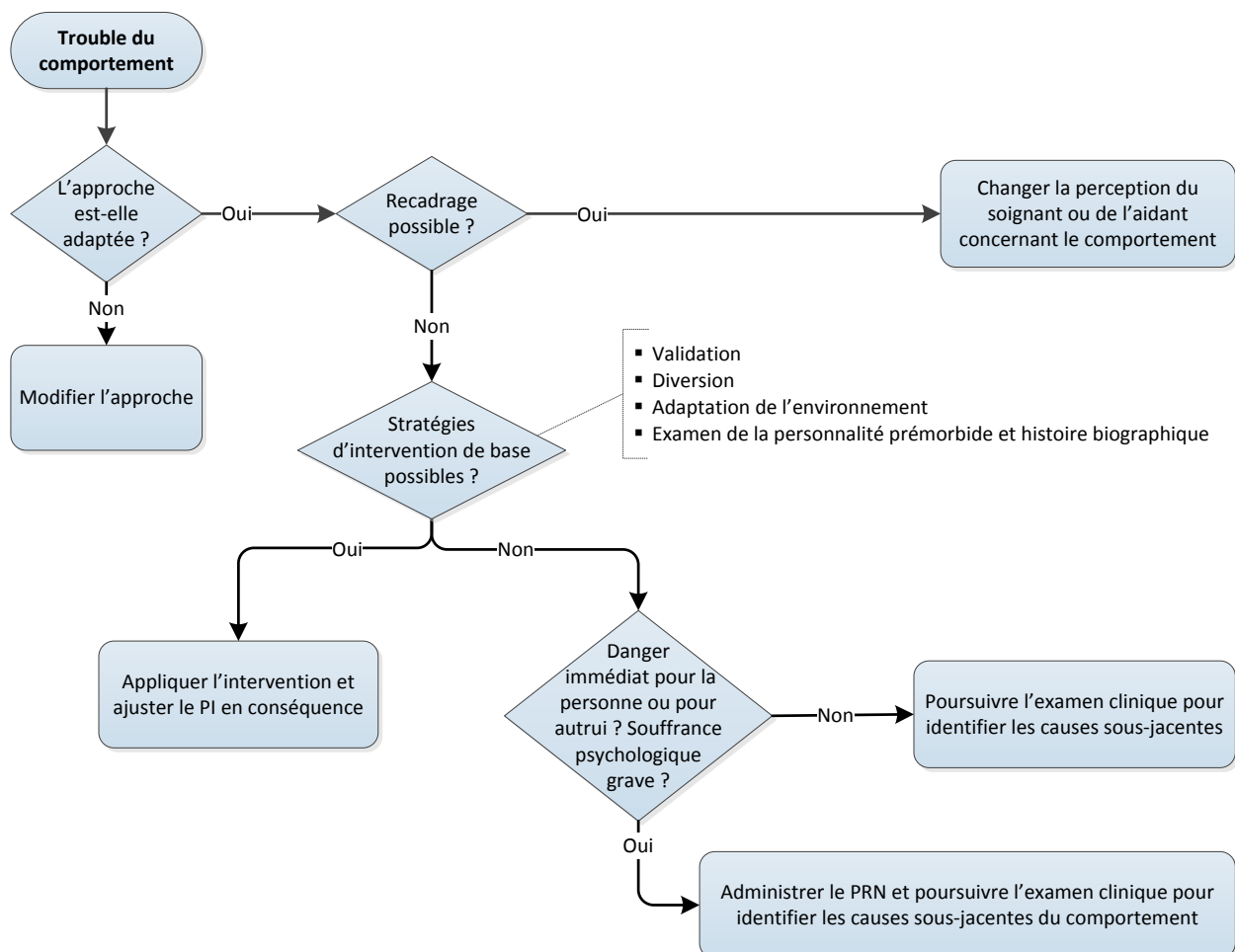
SEVRAGE

39. Pour les usagers présentant des symptômes graves et ayant répondu au traitement antipsychotique, envisager une tentative de sevrage après trois à six mois de stabilité comportementale, de façon graduelle et avec surveillance des symptômes de rechute. Être prudent avec les personnes ayant une symptomatologie grave et persistante.
40. Si l'antipsychotique a été prescrit en dehors des indications reconnues (agitation et agressivité graves, symptômes psychotiques modérés ou graves), tenter le sevrage de la médication. Lorsque les principes du sevrage sont respectés, celui-ci se fait facilement.

ANTIPSYCHOTIQUES EN PRN

41. L'emploi d'antipsychotiques en PRN doit respecter les étapes cliniques présentées au schéma 3.

Schéma 3 : Utilisation d'antipsychotiques en PRN en présence d'un trouble du comportement



Source : P. Voyer, 2013 [17].

EFFETS SECONDAIRES LIÉS À LA PUISSANCE ET À LA DOSE DE L'ANTIPSYCHOTIQUE

- 42. Symptômes extrapyramidaux possibles avec les antipsychotiques atypiques de façon dose-dépendante (la rispéridone comporte plus de risques que l'olanzapine, qui lui comporte plus de risques que la quétiapine).
 - 42.1. Parkinsonisme.
 - 42.2. Acathisie (peut être confondue avec de l'agitation).
 - 42.3. Dyskinésie tardive (25 % d'incidence chez les personnes âgées après un an de traitement).
- 43. Troubles cognitifs.
- 44. Trouble de la marche et chutes.
- 45. Altération de l'état de conscience.
- 46. Hypotension et hypotension orthostatique.
- 47. Symptômes anticholinergiques.
- 48. Infections respiratoires et urinaires.
- 49. Œdème périphérique.
- 50. Syndrome métabolique.
- 51. Prise de poids (surtout chez les femmes traitées avec l'olanzapine et la quétiapine).

SUIVI DES COMPLICATIONS MÉTABOLIQUESⁱⁱ



- 52. Les recommandations concernant le suivi métabolique des personnes prenant des antipsychotiques s'inspirent de travaux portant sur des patients psychotiques plus jeunes, aucune recommandation spécifique n'ayant été formulée pour des patients âgés avec SCPD. Le suivi de ces derniers doit donc être fait en tenant compte des inconvénients possibles des bilans par rapport aux bénéfices escomptés de repérer puis traiter une complication métabolique. Il faut prendre en considération les différents paramètres qui suivent.
 - 52.1. Histoire personnelle et familiale de troubles métaboliques (base).
 - 52.2. Poids (base, q. 1 mois x 3 puis q. 3 mois).
 - 52.3. Indice de masse corporelle (base, q. 1 mois x 3 puis q. 3 mois).
 - 52.4. Circonférence abdominale (base puis q. 1 an).
 - 52.5. Tension artérielle (base, 3 mois puis q. 1 an).
 - 52.6. Glycémie à jeun (base, 3 mois puis q. 1 an).
 - 52.7. Profil lipidique (base, 3 mois puis q. 5 ans).
 - 52.8. Électrocardiogramme (ECG) (dans la première semaine de traitement puis q. 6 mois).

ⁱⁱ Voir à l'annexe 1 l'outil de l'IUGM sur le suivi des antipsychotiques.

MARCHE À SUIVRE EN PRÉSENCE D'EFFETS SECONDAIRES

53. Ne pas augmenter la dose.
54. Procéder à un suivi de sept jours, sauf si les effets secondaires sont importants. Dans pareil cas, cesser l'administration de l'antipsychotique.
55. Si les effets persistent après sept jours, diminuer la dose légèrement et observer. Si les effets persistent même à la dose inférieure, cesser l'administration du médicament et faire l'essai d'un nouvel antipsychotique.
56. En général, il est recommandé de ne pas utiliser d'anticholinergiques pour traiter les symptômes extrapyramidaux en raison du risque de délirium.

MORTALITÉ ET MORBIDITÉ

57. Le risque de mortalité est accru chez les individus atteints de démence et traités avec des antipsychotiques atypiques (RC = 1,54) [18].
58. Les conclusions sur le risque de mortalité s'avèrent comparables avec les antipsychotiques typiques, soit de première génération.
59. Les problèmes infectieux et les problèmes cardiovasculaires apparaissent les causes les plus fréquemment liées à la mortalité.
60. Le risque d'accidents vasculaires cérébraux semble également accru avec les antipsychotiques, à une échelle comparable entre les médicaments typiques et atypiques. À titre d'exemple, le risque relatif associé au rispéridone serait 3,2 fois supérieur au placebo [19].

BENZODIAZÉPINES

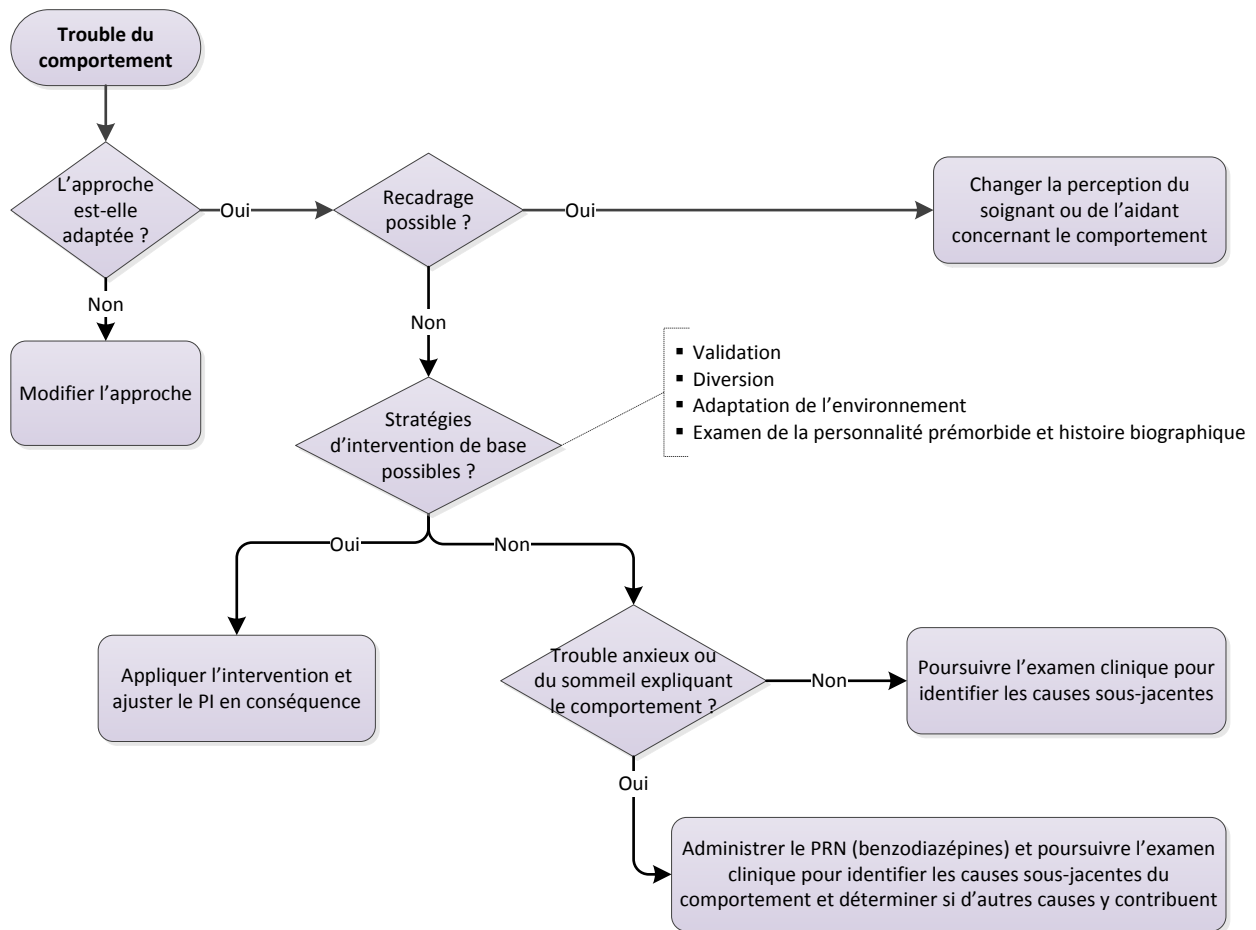
INDICATIONS

61. Les benzodiazépines ont un effet sédatif et anxiolytique non spécifique.
62. L'utilisation des benzodiazépines devrait être limitée à moins de deux semaines, à une dose minimale efficace, les personnes âgées fragiles présentant une sensibilité accrue aux effets secondaires des benzodiazépines.
63. Il est préférable de favoriser les molécules à courte durée d'action et dont le profil métabolique est favorable pour la personne âgée (lorazépam ou oxazépam).
64. Lorsque la personne présente de l'anxiété, il convient de se conformer aux quatre étapes qui suivent.
 - 64.1. Procéder à une évaluation complète des causes potentielles de l'anxiété.
 - 64.2. Avoir recours à des approches non pharmacologiques d'abord.
 - 64.3. Si le recours à un traitement pharmacologique de l'anxiété semble indiqué, prescrire en premier lieu un antidépresseur.
 - 64.4. Évaluer l'utilité possible des benzodiazépines à court terme (moins de deux semaines), le temps que l'antidépresseur soit efficace.
65. Lorsque la personne présente des troubles du sommeil, il est recommandé de procéder comme suit.
 - 65.1. Évaluer les causes des troubles décelés et les pathologies potentielles pouvant y être associées.
 - 65.2. Traiter le problème du sommeil spécifiquement.
 - 65.3. Les approches non pharmacologiques et les règles relatives à une bonne hygiène du sommeil sont toujours recommandées.
 - 65.4. Évaluer l'utilité possible des benzodiazépines à court terme, en prenant garde à l'exacerbation de troubles respiratoires (maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC] et apnée du sommeil) et aux modifications de l'architecture du sommeil associées aux benzodiazépines.
66. Si l'utilisation d'antipsychotiques s'est avérée inefficace, les benzodiazépines peuvent être utiles en cas d'agitation/agressivité grave dans le cadre d'un traitement aigu urgent.
67. Les benzodiazépines peuvent être utilisées pour des symptômes épisodiques peu fréquents ou quand l'agitation ou la détresse peuvent être prévues (ex. : avant un rendez-vous chez le dentiste, avant une chirurgie mineure, etc.).

BENZODIAZÉPINES EN PRN

68. L'emploi de benzodiazépines en PRN doit respecter les étapes cliniques présentées au schéma 4.

Schéma 4 : Utilisation de benzodiazépines en PRN en présence d'un trouble de comportement



Source : P. Voyer, 2013 [17].

EFFETS SECONDAIRES

69. Chutes.
70. Ataxie.
71. Délirium.
72. Altération de l'état de conscience.
73. Somnolence excessive.
74. Aggravation des troubles cognitifs.
75. Risque de dépendance et phénomène de sevrage.
76. Désinhibition paradoxale.

INHIBITEURS DE L'ACÉTYLCHOLINESTÉRASE

77. Les données sont insuffisantes pour émettre une opinion éclairée sur l'efficacité des inhibiteurs de la cholinestérase dans le traitement des symptômes neuropsychiatriques [11].
78. Pour des usagers atteints d'une maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée, envisager la possibilité d'administrer un inhibiteur de la cholinestérase (donépézil) pour atténuer les symptômes neuropsychiatriques ou pour diminuer le risque d'apparition de SCPD [12].
79. Pour des symptômes graves, les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IChE) sont en général insuffisants ou inefficaces.
80. Une aggravation comportementale occasionnelle après l'arrêt des IChE a été décrite.
81. Porter une attention spéciale aux interactions médicamenteuses (moins fréquentes avec la rivastigmine).
82. La rivastigmine constitue un traitement de première intention pour les SCPD associés à la démence à corps de Lewy.
83. L'Exelon® en timbre cutané entraîne la diminution des effets secondaires gastro-intestinaux, mais augmente le risque d'érythème local. En cas de réaction érythémateuse, conseiller la vaporisation de Flovent® (1 jet) sur la peau avant la pose du timbre.
84. Le donépézil doit être donné en matinée, compte tenu des troubles du sommeil qui y sont associés.

CONTRE-INDICATIONS

85. Contre-indications cardiaques (certains auteurs recommandent de faire passer un ECG au patient en pré-traitement ou de demander l'opinion d'un cardiologue pour les cas complexes).
 - 85.1. Bradycardie.
 - 85.2. Anomalies de la conduction cardiaque.
86. Autres contre-indications relatives.
 - 86.1. Saignements gastro-intestinaux dus à un ulcère.
 - 86.2. Obstruction vésicale.
 - 86.3. Épilepsie.
 - 86.4. Asthme ou MPOC.

MÉMANTINE

87. Les données sont insuffisantes pour émettre une opinion éclairée sur l'efficacité de la mémantine dans le traitement des symptômes neuropsychiatriques [11].
88. De légers avantages sont documentés dans le traitement des SCPD avec la mémantine, surtout en ce qui concerne les symptômes qui suivent [3].
 - 88.1. Symptômes psychotiques.
 - 88.2. Agitation.
 - 88.3. Agressivité.
 - 88.4. Irritabilité.
89. Pour la démence de type Alzheimer et pour la démence vasculaire, les études notent des effets préventifs possibles qui permettraient d'éviter l'utilisation de psychotropes contre l'apparition des symptômes qui suivent [3].
 - 89.1. Irritabilité.
 - 89.2. Agitation.
 - 89.3. Agressivité.
 - 89.4. Psychose.
90. Pour des usagers atteints d'une maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée, le traitement des SCPD à l'aide de la mémantine ou d'un inhibiteur de la cholinestérase devrait se poursuivre jusqu'à ce que les bienfaits cliniques ne puissent plus être démontrés⁹.
91. Des cas d'aggravation de l'agitation et des hallucinations sont rapportés avec la mémantine, surtout dans la démence à corps de Lewy⁷.
92. La dose de mémantine doit être ajustée en fonction de la clairance de la créatinine⁷.

ANTIDÉPRESSEURS

On trouvera dans le tableau 2 la liste des différents antidépresseurs généralement prescrits ainsi que des précisions sur les dosages recommandés, les effets secondaires et les indications.

SYMPTÔMES D'AGITATION, D'AGRESSIVITÉ ET DE PSYCHOSE

93. Les données sont insuffisantes pour émettre une opinion éclairée sur l'efficacité de la trazodone et des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), incluant le citalopram et la sertraline, dans le traitement de l'agitation des patients atteints de démence [11].
94. Pour les cas avancés de maladie d'Alzheimer, les preuves sont insuffisantes pour recommander ou déconseiller l'emploi de la trazodone dans la prise en charge des patients agités, mais non psychotiques [12].
95. La trazodone peut être efficace contre l'agitation et les troubles du sommeil (25-300 mg), mais demande une attention particulière avec les patients cardiaques.
96. Certaines études démontrent l'efficacité du citalopram et de la sertraline pour les symptômes d'agitation et d'agressivité, de psychose et de dépression [3]. Certains recommandent leur utilisation en premier lieu, avant les antipsychotiques, en raison de leur profil favorable.

SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

97. Il est suggéré de faire l'essai d'un antidépresseur lorsque l'utilisateur ne répond pas aux interventions non pharmacologiques ou souffre de dépression, de dysthymie grave ou encore de labilité émotionnelle [11, 12].
98. Efficacité des antidépresseurs pour le traitement de la dépression associée à la démence.
 - 98.1. Efficacité moyenne, surtout démontrée avec la sertraline et le citalopram.
 - 98.2. Plus grande efficacité chez les personnes présentant des symptômes graves de dépression et des périodes récurrentes de dépression.
99. Pour une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, préconiser le choix d'un agent possédant une faible activité anticholinergique, habituellement un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (citalopram ou sertraline) en première intention [12].

AUTRES SYMPTÔMES

100. Effet favorable de la mirtazapine sur le sommeil et la douleur [3].
101. Effet favorable de la duloxétine sur la douleur [3].

EFFETS SECONDAIRES

102. Symptômes gastro-intestinaux.
103. Acathisie.
104. Troubles du sommeil.
105. Chutes.
106. Risques de saignements digestifs.
107. Risques de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (SIADH) : certains auteurs recommandent un bilan électrolytique avant le traitement et de deux à quatre semaines après le début du traitement [3].
108. Allongement de l'intervalle QTc avec du citalopram [3] (*Black box*) et de l'escitalopram.
 - 108.1. Ne pas dépasser les doses recommandées.
 - 108.2. Effectuer un ECG avant et pendant le traitement chez les patients présentant des risques d'arythmie.

Tableau 2 : Dosage des antidépresseurs, effets secondaires et indications

Antidépresseur	Dose de départ (<i>die</i>)	Dose thérapeutique	Intervalle d'augmentation	Effets secondaires	Indications secondaires	Contre-indications
ISRS				- Hyponatrémie et SIADH (sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique) - Diminution de l'appétit - Augmentation des saignements digestifs - Syndrome sérotoninergique - Syndrome extrapyramidal - Acathisie - ↑ risque de chutes - ↑ QTc (citalopram – escitalopram)	- Syndrome des pleurs inappropriés post-AVC	- Prudence chez les patients ayant eu un saignement digestif récent, un accident vasculaire cérébral récent ou une chirurgie récente (effet antiplaquettaire) - Inhibition des cytochromes P450 (↑ des interactions médicamenteuses, surtout avec la fluvoxamine)
Citalopram	10 mg	10-20 mg <i>die</i>	10 mg q. 5-7 jours			
Escitalopram	5 mg	5-20 mg <i>die</i>	5-10 mg q. 5-7 jours			
Sertraline	25 mg	25-220 mg <i>die</i>	12,5-25 mg q. 5-7 jours			
Fluvoxamine	25 mg	25-200 mg <i>die</i>	25 mg q. 5-7 jours			
<i>ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine</i>						
NaSSA				- Fatigue - Bouche sèche - Gain de poids - Hypotension - Effets anticholinergiques	- Bon anxiolytique - Effet sédatif : effet positif sur l'architecture du sommeil - Peu d'effets cardiaques - Stimule l'appétit - Peut avoir des effets antalgiques	- Prudence chez les patients avec fonction hépatique diminuée ou atteinte de la fonction rénale
Mirtazapine	7,5 mg	15-45 mg <i>die</i>	7,5 mg q. 7-14 jours			
<i>NaSSA : Noradrenergic or Specific Serotonergic Antidepressants</i>						

Antidépresseur	Dose de départ (<i>die</i>)	Dose thérapeutique	Intervalle d'augmentation	Effets secondaires	Indications secondaires	Contre-indications
IRSNa				- La venlafaxine peut causer une tachycardie et augmenter la tension artérielle lorsque la dose ≥ 150 mg <i>die</i> - La desvenlafaxine et la duloxétine sont plus neutres sur la tension artérielle - Si insuffisance rénale, dose maximale de desvenlafaxine = 50 mg - Bouche sèche - Rétention urinaire - Diaphorèse - Nausées - Gain de poids - SIADH	- Douleur neuropathique - Effet stimulant - Migraines et céphalées tensionnelles	- Hypertension artérielle mal contrôlée (venlafaxine) - Éviter la duloxétine (qui a été associée à des atteintes hépatiques) chez les patients avec maladie hépatique chronique, insuffisance rénale grave ou consommation excessive d'alcool
Venlafaxine	37,5 mg	37,5-225 mg <i>die</i>	37,5 mg q. 5-7 jours			
Desvenlafaxine	50 mg	50 mg <i>die</i>				
Duloxétine	30 mg	30 mg-60 mg BID	30 mg <i>die</i> q. 7-14 jours			
<i>IRSNa : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline</i>						
NDRI				- Insomnie et rêves vides - Hypotension orthostatique - ↑ possible du risque de chutes	- Effet stimulant (parfois utile en cas d'apathie)	- Prudence si atteinte hépatique ou rénale - Risque de convulsions si doses ≥ 450 mg <i>die</i>
Bupropion	100 mg	100 mg <i>die</i> -150 mg BID (versus une fois, le matin, pour la formule XL)	100 mg-150 mg <i>die</i> q. 7-14 jours			
<i>NDRI : Norepinephrine Dopamine Reuptake Inhibitor</i>						
IMAO réversible				- Peu d'interactions avec la diète, donc peu de risques de réaction hypertensive - Insomnie - Céphalée - Sédation - Bouche sèche - Hypotension	- Effet stimulant	- Réduire la dose de moitié ou du tiers si atteinte hépatique grave
Moclobémide	150 mg	150 mg <i>die</i> -300 mg BID	75-150 mg <i>die</i> q. 7 jours			
<i>IMAO : inhibiteurs de la monoamine oxydase</i>						

Antidépresseur	Dose de départ (<i>die</i>)	Dose thérapeutique	Intervalle d'augmentation	Effets secondaires	Indications secondaires	Contre-indications
				- Tachycardie		
Tricycliques				Effets anticholinergiques : - rétention urinaire - constipation - vue brouillée, yeux secs, ↑ risque de glaucome à angle fermé	- La nortriptyline peut être dosée au niveau sérique - La nortriptyline est plus sédative alors que la désipramine est plus stimulante	- Toxicité cardiaque et anticholinergique à surveiller chez les personnes âgées
Nortriptyline	10 mg	25 mg-150 mg <i>die</i> (fenêtre thérapeutique : moins efficace à une dose plus élevée)	10-25 mg q. 5-7 jours			
Désipramine	25 mg	12,5 mg-150 mg <i>die</i>	12,5-25 mg q. 5-7 jours	Effets sédatifs Effets cardiaques : - tachycardie - arythmie cardiaque - hypotension orthostatique - abaissement du seuil convulsif - augmentation de l'appétit - SIADH - confusion	- Anxiolytique - Ces tricycliques peuvent être utiles chez les patients qui n'ont pas répondu aux ISRS	
SARI				- Somnolence - Fatigue - Hypotension orthostatique - Peut ↑ le risque de chutes - Arythmie cardiaque - Effets anticholinergiques (parfois)	- Utilisé surtout pour favoriser le sommeil (plus que pour ses propriétés antidépresseives) - Utile chez les patients anxieux ou agités	- Utiliser avec précaution en association avec traitement qui ↑ le QT
Trazodone						
SARI : Serotonin-2 Antagonists/Reuptake Inhibitors						

Source : D. Clerc et M.-A. Bruneau, 2013 [13] (avec l'autorisation des auteurs). Ce tableau a été mis à jour en date des présents travaux.

CARBAMAZÉPINE

- 109. La carbamazépine peut être utile dans le traitement des SCPD : efficacité démontrée dans des rapports de cas et des études ouvertes [3].
- 110. Prescrire de petites doses (50-500 mg *die*) [3].
- 111. Elle est peu utilisée, car associée avec les effets qui suivent [3].
 - 111.1. Dyscrasies sanguines.
 - 111.2. Toxicité hépatique.
 - 111.3. Trouble de l'équilibre et chutes.
 - 111.4. Interactions médicamenteuses multiples.

ACIDE VALPROÏQUE

- 112. L'acide valproïque est une molécule non efficace et mal tolérée parmi la population visée en raison de ses importants effets sédatifs [3].
- 113. Utilisation non recommandée pour le traitement de l'agitation et de l'agressivité dans la démence [7, 8].

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE POUR DES PROBLÉMATIQUES PARTICULIÈRES

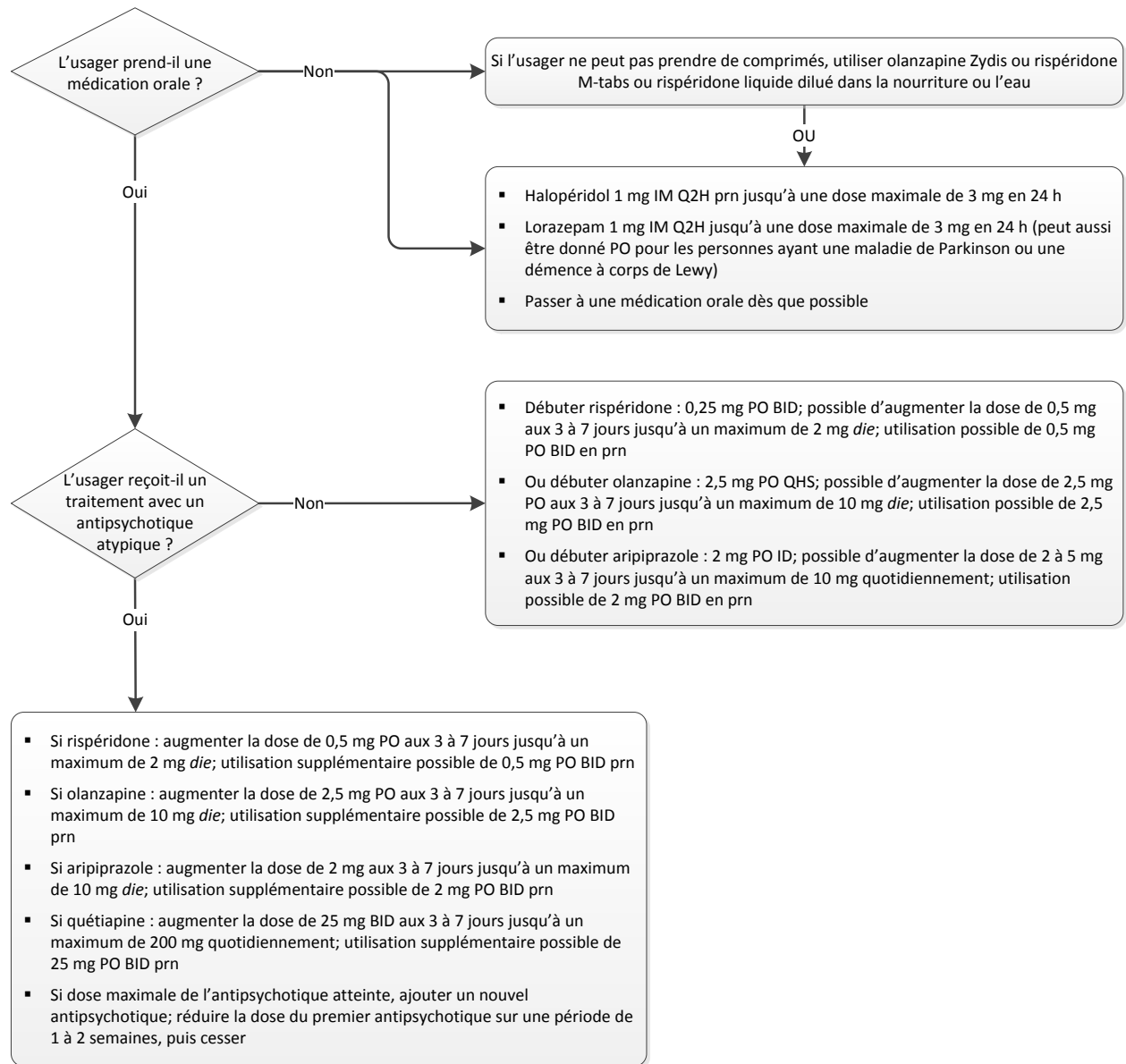
SITUATIONS URGENTES EN CAS D'AGITATION-AGRESSIVITÉ OU DE PSYCHOSE

- 114. Le comportement du patient requiert un traitement urgent dans les cas qui suivent [14].
 - 114.1. Agressivité physique envers soi-même ou envers les aidants, les intervenants ou les autres usagers, non limitée à des situations particulières, avec dangerosité immédiate (ex. : frapper, pousser, donner des coups de pied).
 - 114.2. Symptômes psychotiques graves avec détresse psychologique grave.
- 115. Un schéma décisionnel pour la gestion urgente de l'agitation grave, de l'agressivité ou de la psychose est présenté à la page suivante.

Schéma 5 : Traitement pharmacologique de l'agitation grave, de l'agressivité et de la psychose en situation d'urgence

Investiguer les causes traitables : délirium, douleur, nouvelle médication ou changement de médicament

Évaluer les contre-indications potentielles pour un traitement antipsychotique et, en présence d'une contre-indication, considérer l'utilisation du lorazépam : allergie connue ou sensibilité possible, maladie de Parkinson ou démence à corps de Lewy



Source : D.P Seitz, 2012 [14]. Le présent schéma a été traduit et adapté.

EFFETS SECONDAIRES

- 116. Si des effets secondaires surviennent pendant le traitement, ne pas augmenter la dose et continuer à surveiller le patient pendant sept jours, sauf si les effets secondaires sont graves [14].
- 117. Si les effets secondaires persistent, réduire le dosage de l'antipsychotique par un décrétement (ex. : réduire la rispéridone de 0,5 mg ; dans le cas de l'olanzapine, réduire de 2,5 mg) et observer [14].
- 118. Si les effets secondaires persistent malgré la réduction de dose, cesser la médication et reprendre avec un nouvel antipsychotique [14].
- 119. Si les symptômes persistent malgré l'essai de deux antipsychotiques, ou si la personne ne tolère pas les antipsychotiques, envisager la possibilité de la recommander à un spécialiste pour consultation [14].

MÉDICAMENTS DONT L'EFFICACITÉ A ÉTÉ DÉMONTRÉE POUR L'AGITATION OU L'AGRESSIVITÉ

Le tableau 3 offre un résumé des informations contenues dans l'ouvrage édité par le MSSS sur l'approche adaptée aux personnes âgées souffrant d'agitation en milieu hospitalier [15].

Tableau 3 : Médicaments dont l'efficacité a été démontrée pour contrer l'agitation ou l'agressivité dans la démence

Médicament	Efficacité	Dose de départ	Dose efficace	Effets secondaires	Risques associés et suivi nécessaire
Antipsychotique atypique	- Agitation - Agressivité - Psychose			- Symptômes extrapyramidaux - Dyskinésie tardive - Sédation - Hypotension orthostatique - Troubles de la marche et chutes - Symptômes anticholinergiques - Allongement de l'intervalle QT - Toxicité hépatique - Infections respiratoires et urinaires - Œdème périphérique - Syndrome métabolique	- Augmentation multipliée par trois du risque d'accidents vasculaires cérébraux - Augmentation de la mortalité (OR : 1,54) - Surveillance de l'IMC, circonférence de taille q. 1 mois x 3 puis q. 3 mois - Bilan glycémique et lipidique au départ, après 3 mois, puis annuellement
Risperidone		0,25-0,5 mg	1-2 mg		
Olanzapine		2,5-5 mg	5-10 mg		
Aripiprazole		2-5 mg	10 mg		
Inhibiteur de l'acétylcholinestérase	- Prévient l'apparition de SCPD - Apathie - Anxiété - Dysphorie			- Bradycardie - Arythmie - Nausées, vomissements, diarrhées - Céphalées - Étourdissements - Troubles du sommeil	- Contre-indication en cas de bradycardie, de bradyarythmie, de bloc de branche gauche (BBG), de bloc auriculo-ventriculaire (bloc AV) et de syncopes - Syndrome de retrait
Donépezil		2,5-5 mg	10 mg		
Rivastagmine pos		1,5 mg BID	3-6 mg BID		
Rivastigmine timbre		4,6 mg	9,5 mg		
Galantamine ER		8 mg	16-24 mg		
Mémantine	- Irritabilité - Agitation - Agressivité - Psychose	5 mg <i>die</i>	Ad 10 mg BID	- Diarrhées, constipation - Troubles du sommeil - Céphalées - Étourdissements	- Prudence en cas d'insuffisance rénale

Médicament	Efficacité	Dose de départ	Dose efficace	Effets secondaires	Risques associés et suivi nécessaire
Antidépresseur	- Agitation - Agressivité - Anxiété - Dépression			- Céphalées - Hyponatrémie - Nausées - Diarrhées - Sudation - Somnolence - Dysfonction sexuelle - Troubles du sommeil - Troubles de l'équilibre - Changement de poids - Saignements - Agitation paradoxale - Arythmie[s] (trazodone) - Symptômes anticholinergiques (trazodone)	- Surveillance des électrolytes dans les deux premières semaines du traitement - Syndrome de retrait : effectuer un sevrage progressif - Trazodone contre-indiquée si maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS) et arythmie
Citalopram		10 mg	20 mg (60 ans ou plus)		
Sertraline		25 mg	50-200 mg		
Trazodone		12,5-25 mg HS	150-250 mg		
Anticonvulsivant	- Agitation - Agressivité			- Sédation - Dyscrasies sanguines - Réactions dermatologiques graves - Toxicité hépatique - Ataxie et chutes - Diplopie - Hyponatrémie - Ostéoporose	- Interactions médicamenteuses multiples - Bilan initial : FSC, E+, TFH, ECG, densité osseuse - Suivi FSC après 1 mois, puis q. 4 à 6 mois, E+ q. 6 mois
Carbamazépine		50-100 mg en BID ou QID	Selon dosage plasmatique Max. 1600 mg		

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, p. 25 [15] et M.-A. Bruneau, 2013 [16].

DÉMENCE FRONTOTEMPORALE

- 120. ISRS (ex. : citalopram, sertraline).
- 121. Trazodone (25-100 mg HS) : porter attention à la sédation, à l'hypotension orthostatique, à la bradyarythmie et au priapisme.
- 122. Mémantine et IChE : données scientifiques limitées et résultats controversés.
- 123. Antipsychotiques atypiques.

DÉMENCE À CORPS DE LEWY OU PARKINSONNIENNE

- 124. En cas de démence légère, la présence d'hallucinations visuelles peut suggérer la présence d'une démence à corps de Lewy [12].
- 125. Il faut d'abord réviser la médication antiparkinsonnienne avec l'aide du neurologue afin de diminuer le dosage ou de sevrer le patient. Le sevrage doit être fait dans l'ordre qui suit.
 - 125.1. Éliminer les anticholinergiques.
 - 125.2. Éliminer les inhibiteurs COMT.
 - 125.3. Éliminer les agonistes DA.
 - 125.4. Éliminer la L-Dopa.
- 126. Si une pharmacothérapie s'avère nécessaire pour éliminer les hallucinations visuelles, prescrire en première intention un inhibiteur de la cholinestérase [12] (rivastigmine) [3].
- 127. Les antipsychotiques typiques et atypiques sont contre-indiqués en raison d'une hypersensibilité à ces médicaments chez les personnes souffrant de démence à corps de Lewy ou de démence parkinsonnienne [3, 12], d'une association avec le délirium et de leurs effets extrapyramidaux graves (*ad* syndrome malin aux antipsychotiques), sauf dans le cas de la quétiapine et de la clozapine [3].
 - 127.1. Quétiapine : peu d'efficacité démontrée dans les études en double insu, mais souvent utilisée en raison de son profil d'effets secondaires plus favorable dans ces conditions ; doses de 6,25 *die* à 150 *die* ; sédation et hypotension sont des effets souvent limitants.
 - 127.2. Clozapine : traitement recommandé à petites doses, mais qui nécessite un suivi rapproché des complications associées et de la formule sanguine ; nécessite habituellement une prise en charge dans des services de deuxième ou de troisième ligne.
- 128. S'il faut maîtriser rigoureusement les symptômes ou si l'inhibiteur de la cholinestérase se révèle inefficace, tenter avec précaution l'administration d'un antipsychotique atypique (ex. : très faibles doses de quétiapine) [12].
- 129. Cas rapportés d'aggravation de l'agitation et d'hallucinations avec la mémantine [3].

130. La désinhibition sexuelle ou l'hypersexualité, aussi appelés comportements sexuels physiques ou verbaux inappropriés, correspondent à des comportements persistants et désinhibés envers soi-même ou à l'endroit des autres [6].
131. Éliminer en premier lieu les facteurs pouvant contribuer aux comportements de désinhibition sexuelle.
 - 131.1. Vérifier la sphère génitale pour éliminer toute cause médicale (infection, fécalome, etc.).
 - 131.2. Vérifier la médication, certains médicaments pouvant causer ce genre de comportements (agonistes dopaminergiques, psychostimulants, corticostéroïdes, benzodiazépines, etc.).
 - 131.3. Comblers les besoins auxquels le patient ne peut répondre en raison de sa situation (ex. : besoin d'aller aux toilettes, besoin d'intimité, besoins sexuels).
 - 131.4. Contrôler les épisodes maniaques ou psychotiques.
132. Utiliser d'abord des approches non pharmacologiques.
 - 132.1. Rediriger la personne.
 - 132.2. Favoriser l'intimité de la personne.
 - 132.3. Permettre des visites conjugales privées.
 - 132.4. Expliquer à nouveau à la personne le contexte dans lequel elle se trouve et le caractère inapproprié de son comportement, et cela, autant de fois que nécessaire.
 - 132.5. Recourir à des activités récréatives.
 - 132.6. Occuper la personne en lui proposant des activités manuelles.
 - 132.7. Modifier la tenue vestimentaire de la personne (ex. : port de salopettes).
 - 132.8. Limiter l'exposition télévisuelle de la personne à des contenus sexuels.
 - 132.9. Favoriser les soins par un intervenant du même sexe.
 - 132.10. Encourager les démonstrations d'affection de la famille ou proposer la présence d'un animal de compagnie.
133. Porter une attention particulière à la façon dont les soins sont donnés.
 - 133.1. Avoir recours à la diversion.
 - 133.2. Occuper les mains de la personne.
 - 133.3. Laisser la personne laver elle-même ses parties génitales.
 - 133.4. Converser avec la personne en choisissant un sujet de discussion représentant pour elle un intérêt.
 - 133.5. Inciter les soignantes féminines à endosser une jaquette.
134. Si le risque pour autrui est inacceptable : une surveillance continue et un essai pharmacologique peuvent être appropriésⁱⁱⁱ.
135. Certains auteurs suggèrent de débiter par la médication ISRS compte tenu de ses effets antilibidinaux et antiobsessionnels et de son profil de tolérance.

ⁱⁱⁱ À ce jour, il n'y a cependant aucune étude en double insu randomisée sur la pharmacothérapie suggérée concernant les comportements sexuels inappropriés de la démence. La littérature est principalement constituée de rapports et de séries de cas où les patients sont principalement traités à l'aide d'antidépresseurs sérotonergiques (citalopram, paroxétine, trazodone, etc.), d'antipsychotiques (quétiapine, olanzapine) et de traitements antihormonaux.

136. D'autres auteurs suggèrent le traitement antihormonal, car plus spécifique, généralement bien toléré et plus étudié. Cependant, ce traitement fait l'objet de débats, puisque certains considèrent ses effets comme une forme de castration chimique. Il est donc important d'amener la famille à participer au processus thérapeutique et d'obtenir un consentement éclairé de la personne ou de son répondant. Il est recommandé d'obtenir l'avis d'un interniste ou d'un endocrinologue avant de commencer un traitement antihormonal.
137. Les risques associés au traitement antihormonal sont : les accidents thromboemboliques, la diminution de la densité osseuse, la prise de poids et le développement d'un syndrome métabolique.
138. Les effets secondaires du traitement antihormonal sont : les bouffées de chaleur, l'impuissance, l'œdème, les malaises gastro-intestinaux, les myalgies, les spasmes, l'anémie, la perte de pilosité, la léthargie, la dyspnée, l'anxiété et l'insomnie.
139. Chez les patients âgés, les agonistes de l'hormone de libération de la lutéinostimuline ou LHRH (les leuprolides comme le Lupron® par exemple : 7,5 mg q. 1 mois) sont privilégiés en raison d'un profil d'effets secondaires favorable et d'un risque thromboembolique moins élevé.
140. Il est recommandé d'effectuer un bilan en prétraitement : testostérone sérique, PRL, LH, FSH, ECG, BUN, créatinine, formule sanguine complète, tests de fonction hépatique, densité osseuse.
141. Doser la testostérone sérique q. 1 mois x 4 puis q. 6 mois. Par la suite, effectuer les tests suivants : BUN, créatinine, LH, FSH, PRL aux 6 mois et densité osseuse aux 1 à 2 ans.



Équipe IUGM SCPD
Symptômes comportementaux
et psychologiques de la démence

IUG541

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 bipolaire	☐
Démence et agressivité sévère	☐	Schizophrénie	☐
Autre: spécifier : _____			

Consentement obtenu:

Oui	☐	Non:	☐
-----	--------------------------	------	--------------------------

Prescription de départ:

Risperidone	☐	Aripiprazole	☐
Quétiapine	☐	Halopéridol	☐
Olanzapine	☐	Autre: _____	☐

Date de début de l'antipsychotique (si précède la première visite): _____

Facteurs de risque vasculaires présents:

Hypertension artérielle	☐	Dyslipidémie	☐
Diabète	☐	Arythmie	☐
MCAS/MVAS	☐	AVC	☐
Obésité	☐	Tabagisme	☐

Présence de contre-indications:

Maladie de Parkinson	☐	Démence à Corps Lewy	☐
----------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------

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						
<u>Poids (kg)</u>						
<u>Circonférence abdominale (cm)</u>						
<u>IMC (kg/m²)</u> Taille : _____						
<u>Glycémie à jeun (mmol/L)</u> Base, 3 mois, q année						
<u>Tension artérielle (mmHg)</u> Base, 3 mois, q année						
<u>Bilan lipidique à jeun (mmol/L)</u> Base, 3 mois, q 5 ans						
<u>ECG (arythmie?)</u> <u>Intervalle QTc_e</u>						
<u>Effets secondaires</u> <u>extrapyramidaux, trouble de la</u> <u>marque et chute</u>						

ANNEXE 2 : NOMS GÉNÉRIQUES ET COMMERCIAUX DES MÉDICAMENTS PRÉSENTÉS

NOM GÉNÉRIQUE	NOM COMMERCIAL*
Aripiprazole	<i>Abilify</i> ®
Bupropion	<i>Zyban</i> ® ou Wellbutrin®
Buspirone	BuSpar®
Carbamazépine	Tegretol®
Citalopram	Celexa®
Desvenlafaxine	<i>Pristiq</i> ®
Donépézil	<i>Aricept</i> ®
Duloxétine	<i>Cymbalta</i> ®
Escitalopram	<i>Cipralex</i> ®
Galantamine	<i>Reminyl</i> ®
Halopéridol	Haldol®
Lorazépam	Ativan®
Mémantine	<i>Ebixa</i> ®
Mirtazapine	Remeron®
Moclobémide	<i>Manerix</i> ®
Olanzapine	Zyprexa®
Oxazépam	Serax®
Quétiapine	Seroquel®
Risperidone	Risperdal®
Rivastigmine	<i>Exelon</i> ®
Sertraline	Zoloft®
Trazodone	Desyrel®
Venlafaxine	<i>Effexor</i> ®
Zopiclone	<i>Imovane</i> ®

* Les noms commerciaux en caractères romains proviennent de C.H. Sadowski et J.E. Galvin, 2012 [20]. Les noms commerciaux *en italique* sont proposés par les membres du groupe de travail.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. H. BERGMAN *et al.* *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence. Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, 143 p.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (ÉQUIPE MINISTÉRIELLE D'IMPLANTATION ET DE SUIVI). *Projets d'implantation ciblés en GMF pour rehausser l'accès aux services de santé et aux services sociaux avec le soutien des 2^e et 3^e lignes de services. Cahier des exigences structurelles et de contenu*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, 25 p.
3. M.-A. BRUNEAU, C. MÉNARD, P. VOYER et M. SAVOIE *Résidents avec déficits cognitifs. Document de travail*, Comité scientifique sur la révision de l'offre de services en CHSLD, mars 2013.
4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 15 p.
5. D.P. SEITZ. *Tool on pharmacological treatment of behavioral symptoms of dementia in long term care facilities for older adults*, Canadian Coalition for Senior's Mental Health (CCSMH), 2012.
6. INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRIC ASSOCIATION. *The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)*, 2012, 222 p.
7. MINISTRY OF HEALTH OF BRITISH COLUMBIA. *Best Practice Guideline for Accommodating and Managing Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Residential Care: A Person-Centered Interdisciplinary Approach*, 2012, 16 p.
8. L.S. SCHNEIDER, P.N. TARIOT, K.S. DAGERMAN *et al.* « Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease », *New England Journal of Medicine*, vol. 355, n° 15, 12 octobre 2006, p. 1525-1538.
9. D.P. DEVANAND, J. MINTZER et S. K. SCHULTZ *et al.* « Relapse risk after discontinuation of risperidone in Alzheimer's disease », *New England Journal of Medicine*, vol. 367, n° 16, 18 octobre 2012, p. 1497-1507.
10. A. BÉDARD, P. LANDREVILLE, P. VOYER, R. VERREAUULT et J. VÉZINA « Reducing verbal agitation in people with dementia: evaluation of an intervention based on the satisfaction of basic needs », *Aging & Mental Health*, vol. 15, n° 7, septembre 2011, p. 855-865.
11. S. GAUTHIER, C. PATTERSON, H. CHERTKOW *et al.* « 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia », *Canadian Journal of Neurological Sciences*, vol. 39, n° 6, suppl. n° 5, novembre 2012, p. S1-8.
12. *Troisième conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence*, version finale, septembre 2007, 30 p. Ce document peut être consulté à l'adresse suivante : [http://www.cccdt.ca/pdfs/Recommandations_approuvees_CCCDTD_2007.pdf].
13. D. CLERC et M.-A. BRUNEAU. « Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : les symptômes spécifiques », dans N. Champoux *et al.* (dir.), *Guide médical en soins de longue durée*, Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 2013. Ce guide Web peut être consulté en ligne à l'adresse suivante : [<http://mdsl.ca>].
14. D.P. SEITZ. *Use of Antipsychotics and Other Medications for Urgent Treatment of Severe Agitation, Psychosis or Aggression in Older Adults with Dementia in Long-Term Care Settings*, 2012. Ce document peut être en ligne consulté à l'adresse suivante : [[http://bcbpsd.ca/docs/Pharmacological Treatment of Responsive Behaviours.pdf](http://bcbpsd.ca/docs/Pharmacological_Treatment_of_Responsive_Behaviours.pdf)].

15. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : État cognitif et comportemental – Agitation dans les démences*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, 27 p. Ce document peut être consulté en ligne à l'adresse suivante : [\[http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-09W.pdf\]](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-09W.pdf).
16. M.-A. BRUNEAU. « Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : Évaluation et prise en charge globale », dans N. Champoux *et al.* (dir.), *Guide médical en soins de longue durée*, Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 2013. Ce guide Web peut être consulté en ligne à l'adresse suivante : [\[http://mdsld.ca\]](http://mdsld.ca).
17. P. VOYER (dir.). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 2^e édition. St-Laurent: Éditions du renouveau pédagogique et Pearson ERPI, 2013, 753 p.
18. L.S SCHNEIDER, K.S. DAGERMAN et P. INSEL. « Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. » *JAMA*, vol. 294, n° 15, octobre 2005, p. 1934-43.
19. N. HERRMANN et K.L. LANCTÔT. « Do atypical antipsychotics cause stroke? » *CNS Drugs*, vol. 19, n° 2, 2005, p. 91-103.
20. C.H. SADOWSKI et J.E. GALVIN. « Guidelines for the Management of Cognitive and Behavioral Problems in Dementia. » *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 25, n° 3, 2012, p. 350-366