

GESTION DES ANTIPSYCHOTIQUES DANS LE TRAITEMENT DES SCPD RELIÉS À LA DÉMENCE EN UCDG

ANNEXE 4 - DU DOCUMENT <<GUIDE DE GESTION MÉDICAMENTEUSE EN UCDG>> (1)

Cette fiche pratique est présentée à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du médecin ou du pharmacien.

Auteurs:

Chantal Paré, M.D., gériatre, CSSS Rimouski-Neigette
James Hill, B.Pharm, M.Sc., BCPS, CSSS Rimouski-Neige
Doris Clerc, M.D., gérotopsychiatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Réviseurs :

Le Uyen Anh Hoang, M.D., médecin de famille, Hôpital Cité-de-la-Santé de Laval
Judith Gravel, pharmacienne, Hôpital Cité-de-la-Santé de Laval
André Doiron, M.D., médecin de famille, CSSS Montmagny-L'Islet
Marie-Jeanne Kergoat, M.D., gériatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Illustrations : Victoire K-Bezeau



Regroupement des Unités de Courte Durée Gériatriques
et des services hospitaliers de gériatrie du Québec

GÉNÉRALITÉS

Quoique fréquents, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) ne constituent pas une fatalité. L'environnement, l'approche de soins et les stratégies de communication doivent être adaptées aux pertes cognitives des patients et lorsqu'ils le sont, permettent de réduire l'apparition des SCPD. Lorsqu'un patient présente un SCPD malgré l'application de ces stratégies préventives, la prise en charge doit débuter par les évaluations appropriées, le diagnostic et l'identification d'un symptôme cible mais surtout des causes présumées de ce symptôme (cf. annexes 2 et 4). **L'approche non pharmacologique est le traitement de première intention des SCPD légers à modérés et doit tenter de corriger les causes responsables du comportement ciblé et non sa simple disparition. Plusieurs SCPD sont réfractaires à la médication et doivent être pris en charge de manière strictement non pharmacologique.** Parmi les plus courants, notons l'errance, la fugue, les cris et mouvements répétitifs, les vocalisations répétitives, les rituels de collection, l'oralité, les comportements d'élimination ou d'habillement inappropriés [2, 3].

ÉVALUATION ET INTERVENTION CLINIQUE

Toujours associée à l'approche non pharmacologique, l'approche pharmacologique **devrait être réservée aux SCPD modérés à sévères** compromettant la qualité de vie du patient ou menaçant la sécurité du patient ou de son entourage. Un objectif réaliste d'amélioration partielle du comportement perturbateur ciblé doit être visé et objectivement évalué à l'aide d'une grille d'observation (cf. annexe 3) ou d'un outil de mesure (cf. annexe 5) [4]. L'identification des symptômes ou comportements ciblés orientera le choix de la classe de médicament (tableau 1): antidépresseurs pour la dépression ou l'anxiété [5] et les antipsychotiques pour la psychose, l'agitation sévère et l'agressivité importante.

Les antipsychotiques sont indiqués dans le traitement des symptômes psychotiques, de l'agitation sévère et de l'agressivité sévère [4]. Les attentes doivent être réalistes puisque leur efficacité est modeste mais proportionnelle à l'intensité des symptômes. Les règles de base du bon usage des psychotropes trouvent ici toute leur importance, soit l'introduction à petite dose d'une seule molécule à la fois, l'augmentation progressive de la dose associée à une surveillance régulière des effets indésirables, particulièrement les symptômes extra-pyramidaux, la sédation, l'hypotension orthostatique et les symptômes anticholinergiques. On visera l'atteinte d'une dose d'entretien stable et bien tolérée qui évitera le recours fréquent aux doses PRN qui sont associées à plus d'effets indésirables et de symptômes rebond ou de sevrage.

Les antipsychotiques atypiques sont privilégiés aux antipsychotiques classiques en raison du profil d'effets indésirables plus acceptable mais tout de même non négligeable. Le consentement du patient ou de sa famille doit être préalablement obtenu en raison des risques liés à l'usage des antipsychotiques chez les patients âgés souffrant de démence. Les bénéfices escomptés, les effets indésirables possibles, l'augmentation des AVC et de la mortalité constituent les éléments à aborder [6, 7]. À moins que des effets indésirables ne mandatent l'arrêt du traitement, un essai valable doit durer au moins 4 à 6 semaines à dose efficace avant de conclure à un échec.

L'halopéridol demeure le premier choix dans les situations urgentes où un danger physique est imminent [4]. Le délai d'action de l'halopéridol par voie sous-cutanée ou intramusculaire est de 20 minutes et celui de la voie orale est de 30 à 60 minutes. Les formulations d'antipsychotiques atypiques à dissolution rapide (Risperdal M-Tab®, Zyprexa Zydis®) ne devraient pas être prescrites au besoin en raison d'un délai d'action trop long. L'usage concomitant d'un anticholinergique (benztropine, trihexyphenidyl, procyclidine) dans le but de prévenir les réactions extrapyramidales est totalement contre-indiqué en raison du risque élevé d'effets indésirables majeurs (confusion, chute, etc). L'annexe 6 présente de façon plus détaillée les médicaments à éviter dans le traitement des SCPD.

Comme les SCPD ont tendance à s'atténuer naturellement avec le temps et que l'efficacité des antipsychotiques n'a pas été démontrée au-delà de trois mois d'utilisation, la pertinence de la poursuite du traitement doit être **réévaluée tous les trois mois** et un retrait envisagé si le comportement est stable. Plusieurs études ne démontrent aucune aggravation des SCPD lors du retrait des antipsychotiques [8-10]. Une réduction de 10 à 25 % de la dose quotidienne pourra être faite à chaque semaine pour un antipsychotique administré depuis moins de 6 mois, tandis que l'intervalle entre les réductions de dose sera de 2 à 4 semaines pour une administration prolongée [11].

Tableau 1 : Antipsychotiques et SCPD chez le patient âgé [3, 12-14]

Antipsychotiques	Efficacité	Dose initiale (mg/jr)	Intervalle d'augmentation (mg/jr)	Dose cible recommandée (mg/jr)	Effets indésirables				Risques	Plus petite forme orale disponible***
					Sédation	SEP	AntiCh	HTO		
Halopéridol	Agressivité	0,25-0,5	0,25-0,5 q3 jrs	0,5-2	+	+++	+	+	↑ de mortalité supérieure aux antipsychotiques atypiques	Co. 0,5 mg
Aripiprazole	<ul style="list-style-type: none"> • Agitation • Agressivité • Psychose 	2-5	2-5 q2 semaines	5-10	+	+	+	+	↑ significative d'événements vasculaires cérébraux (RR 2,5-4,0) et de mortalité (RR 1,5-1,8)	Co. 2 mg
Olanzapine		1,25-5	1,25-2,5 q3-5 jrs	2,5-10	++	++	++	++		- Co. 2,5 mg - Co. diss. rapide 5 mg
Risperidone*		0,125-0,5	0,125-0,25 q3 jrs	0,25-2	+	++	+	++		- Co. 0,25 mg - Co. diss. rapide 0,5 mg - Sol. orale 1 mg/ml
Quetiapine**		12,5-25	12,5-25 q3 jrs	25-200	++	+	+	++		- Co. 25 mg - Co. longue action 50 mg (non sécable, non écrasable)

Légende : Risque relatif d'effets indésirables : + : bas, ++ : modéré, +++ : élevé. SEP : symptômes extrapyramidaux, AntiCh : effets anticholinergiques, HTO : hypotension orthostatique, RR : risque relatif.

*La risperidone est le seul antipsychotique avec une indication officielle au Canada pour le traitement symptomatique des SCPD.

**Le Comité directeur de la quatrième Conférence canadienne de consensus sur la démence (2012) [13] juge qu'il n'y a pas suffisamment d'évidence scientifique pour recommander l'utilisation de la quetiapine pour le traitement de l'agitation, l'agressivité ou la psychose associée à la démence. Des doses trop faibles ont probablement été utilisées dans les études. Un délai trop long pour atteindre des doses efficaces chez le patient dément est possiblement une des causes de cette inefficacité [15].

*** Tous les comprimés à courte action sont sécables et écrasables.

Note : La clozapine comporte beaucoup trop d'effets indésirables (anticholinergiques, HTO, sédation, agranulocytose, etc.) pour être une option valable dans le traitement des SCPD. La seule indication acceptable est comme solution de rechange pour la quetiapine chez les patients atteints de démence parkinsonienne. La réévaluation de la médication antiparkinsonienne doit avoir lieu avant de considérer l'ajout de clozapine. Les formulations antipsychotiques à longue action (Risperdal Consta®, Invega Sustenna®, Abilify Maintena®, Haldol LA®, etc.) ne doivent pas être utilisées pour le traitement des SCPD.

CAS CLINIQUE

M. Adam est un patient de 83 ans hospitalisé dans une UCDG à la suite de chutes répétées. Il demeure dans une résidence pour personnes âgées « semi-autonomes » depuis 2 ans, est réputé autonome pour ses déplacements sans auxiliaire de marche et reçoit quotidiennement de l'aide pour ses soins d'hygiène. Ses antécédents médicaux sont composés d'une démence mixte et d'une hypertension artérielle. Sa médication est composée de galantamine ER 16 mg PO DIE, de périndopril 4 mg PO DIE et de risperidone 1 mg PO BID. À quatre reprises au cours des 2 dernières semaines, il fut retrouvé au sol dans sa chambre par le personnel, conscient, non souffrant et dans son état cognitif habituel. À l'urgence, le patient n'apparaissait pas en delirium, les signes vitaux étaient normaux, l'examen physique ne démontrait aucune évidence de traumatisme suite aux chutes et le bilan para-clinique de base était dans les limites de la normale.

Approche initiale

À l'arrivée du patient à l'UCDG, une HTO est mise en évidence (TA couchée à 142/78 mmHg, TA debout à 110/62 mmHg) et des signes extra-pyramidaux sont observables (ralentissement psychomoteur, faciès hypomimique, roue dentée, démarche à petits pas). L'hypothèse de chutes induites par les effets indésirables de la risperidone est retenue et des contacts avec ses proches sont faits pour évaluer les possibilités de réduction de cette médication. L'équipe traitante est informée que le patient présentait de l'errance, de la désinhibition sexuelle et de l'agressivité qui perturbait les autres résidents. Une rencontre avec la famille et le personnel de la résidence fournit plusieurs précisions. Depuis 3 semaines, M. Adam avait de fréquentes altercations verbales et physiques avec les autres résidents provoquées par ses intrusions dans leur chambre alors qu'il était complètement nu. À toute heure du jour ou de la nuit, le patient déambulait au corridor nu, sans but apparent, pénétrait dans les chambres des autres résidents et urinait parfois au sol ou dans les poubelles. Des querelles s'ensuivaient et l'on craignait que quelqu'un ne soit blessé. C'est pourquoi la risperidone avait été prescrite à une dose de 0,5 mg PO BID il y a 2 semaines puis majorée à 1 mg PO BID 1 semaine plus tard puisqu'il n'y avait aucune amélioration. Il est aussi noté que les modifications comportementales sont apparues suite à un changement de chambre de M. Adam.

Mi-séjour

Une grille d'observation du comportement est complétée durant quelques jours. Aucune agressivité physique ou verbale n'est observée en cours de séjour de sorte que la risperidone est d'emblée diminuée à 0,25 mg PO BID. On remarque que M. Adam se déshabille plusieurs fois par jour et semble inconfortable à ces moments. Le personnel le dirige alors vers la salle de bain où il fait une miction une fois sur deux. Une constipation est aussi notée et un traitement laxatif débuté. Par la suite, le plan de soin est modifié et on y ajoute un horaire mictionnel aux 2 heures durant la journée et au besoin la nuit ce qui réduit au moins de moitié les comportements de déshabillage.

La risperidone est rapidement sevrée, les signes extra-pyramidaux s'améliorent et l'HTO se corrige.

Planification au congé / suivi

Au moment du congé, la famille et un employé de sa résidence sont rencontrés. Les causes des comportements perturbateurs sont expliquées et reformulées. Il ne s'agit pas de désinhibition sexuelle mais bien d'un moyen d'expression de son besoin d'uriner. Quant à l'errance, elle représentait probablement de la désorientation spatiale à la recherche de la salle de bain. Le plan d'intervention est expliqué et transmis à la résidence qui est encouragée à le poursuivre. Des références au CLSC est faite dans le but de soutenir les proches et la résidence dans le suivi et l'ajustement du plan d'intervention.



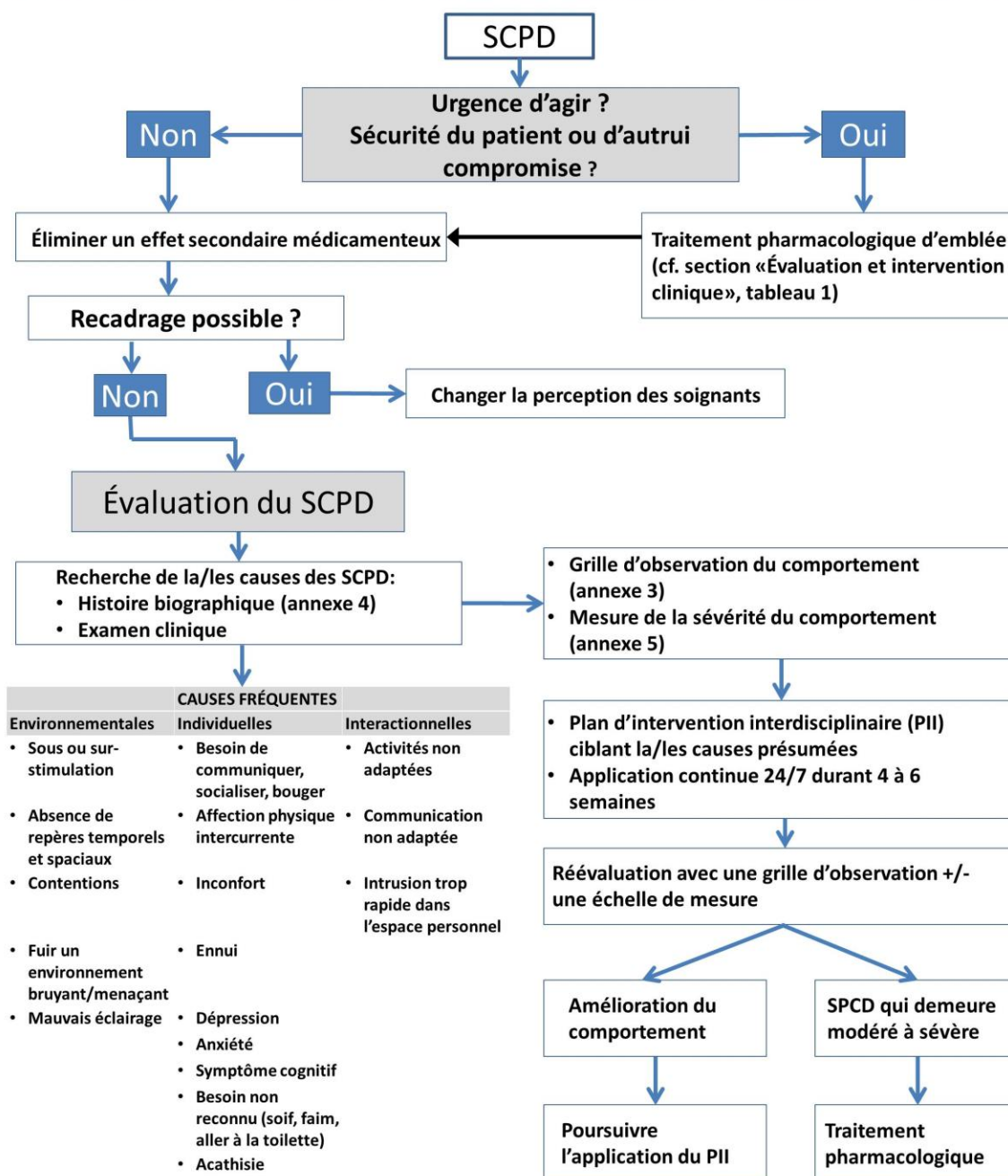
ANNEXE 1 - RÉFÉRENCES

1. Sous-comité sur la médication (sous la responsabilité du Dr Marie-Jeanne Kergoat): **Guide de gestion médicamenteuse en UCDG**. Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2015.
2. Coalition Canadienne pour la Santé Mentale des Personnes Âgées: **Outil d'évaluation et de prise en charge des comportements symptomatiques chez les aînés dans les établissements de soins de longue durée**. www.ccsmh.ca/fr.
3. Bruneau M-A: **Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD): évaluation et prise en charge globale**. Guide médical en soins de longue durée (Mdsld.ca): Institut universitaire de gériatrie de Montréal; 2013.
4. Best Practice Advocacy Centre New Zealand: **Antipsychotics in dementia. Best practice guide**. Dunedin, New Zealand: http://www.bpac.org.nz/a4d/resources/docs/bpac_A4D_best_practice_guide.pdf.
5. Paré C, Hill J, Clerc D: **Gestion des antidépresseurs en UCDG**. Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2015.
6. Ray WA, Chung CP, Murray KT, Hall K, Stein CM: **Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death**. *The New England journal of medicine* 2009, **360**(3):225-235.
7. Katz I, de Deyn PP, Mintzer J, Greenspan A, Zhu Y, Brodaty H: **The efficacy and safety of risperidone in the treatment of psychosis of Alzheimer's disease and mixed dementia: a meta-analysis of 4 placebo-controlled clinical trials**. *International journal of geriatric psychiatry* 2007, **22**(5):475-484.
8. Ballard CG, Thomas A, Fossey J, Lee L, Jacoby R, Lana MM, Bannister C, McShane R, Swann A, Juszczak E *et al*: **A 3-month, randomized, placebo-controlled, neuroleptic discontinuation study in 100 people with dementia: the neuropsychiatric inventory median cutoff is a predictor of clinical outcome**. *The Journal of clinical psychiatry* 2004, **65**(1):114-119.
9. Ballard C, Hanney ML, Theodoulou M, Douglas S, McShane R, Kossakowski K, Gill R, Juszczak E, Yu LM, Jacoby R *et al*: **The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial**. *Lancet neurology* 2009, **8**(2):151-157.
10. Bergh S, Engedal K: **The withdrawal of antipsychotics and antidepressants from patients with dementia and BPSD living in nursing homes: an open pilot study**. *International journal of geriatric psychiatry* 2008, **23**(8):877-879.
11. Hill J: **Évaluation et rationalisation de la médication chez le patient âgé**. Rimouski (Québec, Canada): Agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent; 2011.
12. Joncas M: **Revue de la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCDP)**. *Québec Pharmacie* 2013, **60**:27-34.
13. Gauthier S, Patterson C, Chertkow H, Gordon M, Herrmann N, Rockwood K, Rosa-Neto P, Soucy JP, participants C: **4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia**. *The Canadian journal of neurological sciences Le journal canadien des sciences neurologiques* 2012, **39**(6 Suppl 5):S1-8.
14. Bezchlibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ, Procyshyn RM, Virani A: **Clinical handbook of psychotropic drugs 20th edition**. Göttingen (Germany): Hegrefe; 2014.
15. Kergoat M-J, Dupras A, Juneau L, Bourque M, Boyer D, *et al*: **Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier: cadre de référence**. Québec (province), Canada: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications 2011.
16. Bonin C, Bourque M: **Gérer les comportements perturbateurs en soins de longue durée**. *Nursing Québec* 1993, **13**(2):19-26.
17. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS: **A description of agitation in a nursing home**. *Journal of gerontology* 1989, **44**(3):M77-84.
18. Deslauriers S, Landreville P, Dicaire L, Verreault R: **Validité et fidélité de l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield**. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du vieillissement* 2001, **20**(3):373-384.
19. American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert P: **American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults**. *Journal of the American Geriatrics Society* 2012, **60**(4):616-631.
20. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P: **STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2**. *Age and ageing* 2014.

ANNEXE 2 - ALGORITHME D'ÉVALUATION ET DE PRISE EN CHARGE DES SCPD

Prévention des SCPD

- Approche de soins adaptée: respecter le besoin d'intimité, port des appareils auditifs, lunettes et dentiers; favoriser la continuité et l'individualité; offrir des occasions d'auto-contrôle;
- Application des stratégies d'intervention de base : stimulation au quotidien, validation, diversion, toucher affectif;
- Environnement adapté: éclairage, bruit ambiant et température à des niveaux confortables.



ANNEXE 3 - EXEMPLE DE GRILLE D'OBSERVATION COMPORTEMENTALE

Nom de la personne : _____ No de chambre : _____

Date d'admission : _____

Raison d'utilisation de la grille : _____

Médication actuelle : _____

Changements dans la médication : _____

Date et heure	Description du comportement	Éléments déclencheurs (contexte de soins, environnement physique et humain)	Interventions	Résultats	Initiales de l'intervenant

Référence [16]

Reproduit de Bonin C, Bourque M: Gérer les comportements perturbateurs en soins de longue durée. Nursing Québec 1993, 13(2):19-26. Droit d'auteur ©1993 OIIQ. Reproduit avec la permission de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

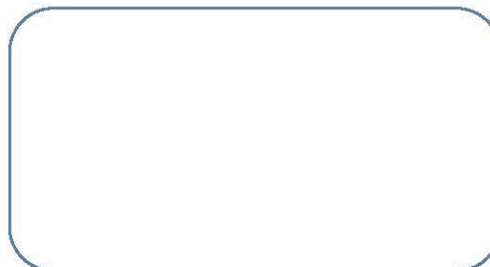
ANNEXE 4 - HISTOIRE BIOGRAPHIQUE

Exemple de formulaire d'histoire de vie. Reproduit avec l'autorisation de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.



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"/>	Séparée <input type="checkbox"/>	Divorcée <input type="checkbox"/>	Mariée <input type="checkbox"/>
depuis : ans	depuis : ans	depuis : ans	depuis : ans	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 :	
La personne a-t-elle eu des enfants? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				Combien?
Nom et rang des enfants	Reconnaît	Sexe	Proximité et lien	Vivant ou non
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Personne mandataire <input type="checkbox"/> ou représentant légal <input type="checkbox"/>				
Nom :				
Personnes significatives autres que ses enfants				
Nom :		Lien :	Disponibilité :	



Formulaire d'histoire de vie (suite)

Travail antérieur (noter aussi l'horaire de travail)
1 - Entre l'âge de 15 et 35 ans :
2 - Entre l'âge de 35 et 55 ans :
3 - Entre l'âge de 55 ans et maintenant :

Personnalité	
AVANT les déficits connus (Caractère : sociable, tranquille, autoritaire, déterminée, douce, travaillante, etc)	
APRÈS les déficits connus	
Type de comportements ou problèmes émotionnels connus tout au long de sa vie (gêne excessive, impulsivité, manies, peurs, dépression) et manière particulière de s'exprimer	
Moyens de détente ou de compensation	
Évènements marquants dans la vie de la personne (immigration, traumatisme, perte importante, grand bonheur, etc.)	

Activités de la vie quotidienne (Déterminer les préférences historiques depuis ses 20 ans à maintenant)					
Hygiène	Bain <input type="checkbox"/>	Douche <input type="checkbox"/>	Lavabo seulement <input type="checkbox"/>	N'aimait pas se laver <input type="checkbox"/>	
	Matin <input type="checkbox"/>		Après midi <input type="checkbox"/>	Soir <input type="checkbox"/>	Peu avant le coucher <input type="checkbox"/>
	Se parfumait <input type="checkbox"/>	Se rasait <input type="checkbox"/>	Se maquillait Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	S'épilait le menton Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Quand :	Fréquence :	
	Soins des cheveux : /sem. Comment :			Coiffeuse Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Alimentation	Prenait trois repas par jour Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Collation Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> quand :	
	Mets préférés :			Habitudes (desserts, etc) :	
	Mets non appréciés :			Heures : déjeuner:	heures
				dîner:	heures
				souper:	heures
Habillement	Vêtements préférés et habitudes particulières (Ex : portait toujours une camisole) :				
Sommeil	Qualité du sommeil :			Heures coucher :	lever :



Formulaire d'histoire de vie (suite)

Activités favorites : loisirs, passe-temps (ex : musique, peinture, bricolage, etc.), voyage, sport
Ce qu'elle aimait le plus faire :
Période ou moment où l'activité était pratiquée :
Capable de la pratiquer encore ?
Activités à éviter ou ce qu'elle aimait le moins faire :
Musique préférée :
*****Photos anciennes ou objets significatifs : demande faite : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, remise? <input type="checkbox"/> Spécifier :

Commentaires (Autres éléments que la personne ou son proche estime pertinent pour mieux connaître la personne.

Signature de la personne ayant complété le formulaire : _____ date : ____/____/____

Confidentialité
J'autorise les intervenants prenant soin de _____ à prendre connaissance des renseignements contenus dans ce formulaire d'histoire de vie. J'accepte qu'ils soient disponibles à tous les intervenants offrant des soins à mon proche. Je comprends que ceci favorise une approche de soins intégrée, proactive et flexible. Le contenu de ce formulaire permettra de personnaliser les interventions en fonction des habitudes de vie de mon proche.
Nom du résident ou de la personne le représentant : _____
_____ / ____ / ____ Date
Signature du résident ou de la personne le représentant : _____
Signature de l'intervenant ayant aidé à compléter le formulaire, s'il y a lieu : _____

Sources : M.Dubé et C. Lemieux, *Laboratoire de Gériologie* Université du Québec à Trois-Rivières, (1997)
C. J. Murphy, *It started with a sea-shell. Life story work and people with dementia*. University of Stirling, Stirling, Écosse. (1994)
Élaboré par Linda Thibeault, conseillère en soins infirmiers spécialisés en gériatrie psychiatrie en collaboration avec les membres des unités du 3e Est, pavillon Cote des Neiges et 3e -4e étages du Pavillon Alfred-DesRochers.

N.B. Afin de ne pas alourdir le texte, le féminin est employé dans le texte car on parle ici de la personne





Lignes directrices relatives au Formulaire d'histoire de vie

<p>Ce formulaire s'adresse</p> <p>À tout intervenant œuvrant auprès d'une clientèle aux prises avec une atteinte cognitive ou psychologique ou auprès de toute personne présentant des symptômes comportementaux et psychologiques actuels ou potentiels. (<i>terme englobant entre autre la résistance aux soins, l'agitation verbale et physique, l'errance, les propos désinhibés etc.</i>)</p>
<p>Buts et utilisation du formulaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Le fait de mieux connaître la personne et ses goûts dès son admission permet l'application, lors des soins, d'une approche intégrée, flexible et individualisée. Cette approche vise à améliorer la relation entre la personne et les soignants et à prévenir l'apparition des symptômes comportementaux et psychologiques. Les renseignements recueillis : <ul style="list-style-type: none"> Visent à mieux connaître la personne que nous accompagnons afin de personnaliser les interventions. Visent à fournir l'information pertinente pour établir une communication significative entre la personne et les soignants. Permettent de connaître les moments marquants et significatifs dans la vie de la personne, qui sont à la fois des souvenirs agréables, importants et majoritairement anciens. Plus la maladie cognitive progresse, plus l'information évoquée sera ancienne, particulièrement chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Complètent la collecte de données en soins infirmiers sans la remplacer. Il est probable que la personne se souviendra d'éléments emmagasinés dans sa mémoire dans la mesure où il y trouve une association affective importante. Plus le souvenir évoqué aura une forte puissance affective, plus le fait de répéter des éléments reliés à ce souvenir fera resurgir l'émotion qui y est associée, du moins un certain temps. Nous tenons donc à connaître les souvenirs à connotation agréable et les éléments marquants dans la vie de la personne pour faire ressentir ces moments de bien-être en orientant la personne sur ces sujets lors des échanges au cours des soins. Nous visons à utiliser ces renseignements afin de développer des conversations agréables, distrayantes et significatives auprès de la clientèle concernée, soit en grande partie les personnes aux prises avec une atteinte cognitive ou psychologique. Bien que conçu pour l'hébergement, ce formulaire peut être utilisé dans différents milieux (centre de jour, soutien à domicile, etc.).
<p>Quand le compléter?</p> <ul style="list-style-type: none"> En préparant de l'admission Le jour de l'admission En cours de séjour lorsque le manque de données portant sur l'histoire de vie vient altérer la relation entre la personne et les soignants.
<p>Qui peut le compléter? Où le conserver ?</p> <p>Le formulaire peut être complété par :</p> <ul style="list-style-type: none"> La personne elle-même, quand son état de santé le permet. Un ou plusieurs membres de sa famille, son représentant légal ou, toute personne proche qui connaît son histoire de vie et peut la transmettre en s'inspirant le mieux possible de ce qu'il croit que la personne concernée aurait répondu. <p>Il est préférable qu'il soit complété avec l'aide d'un membre de l'équipe de soins infirmiers.</p> <p>En complétant ce formulaire, il est suggéré d'obtenir des photos anciennes car elles peuvent servir d'amorces à des échanges ou même servir comme instruments de diversion.</p> <p>Le document, une fois complété, est conservé au dossier de la personne ou à tout endroit permettant l'accès réservé aux personnes concernées par les soins.</p>
<p>Confidentialité</p> <p><i>Toutes les personnes qui ont accès à ces renseignements sont tenues à la confidentialité. Ces renseignements ne demeurent qu'au lieu où réside la personne et ne doivent être utilisés que par le personnel lui procurant des soins directs.</i></p>

Élaboré par Linda Thibeault, conseillère en soins infirmiers spécialisés en gériatrie psychiatrie
© 2007 Institut universitaire de gériatrie de Montréal

IUGM - 188 - R



IUG313

33318800

Page 4 sur 4

ANNEXE 5 - INVENTAIRE D'AGITATION DE COHEN-MANSFIELD

Consigne : indiquez pour chaque personne la fréquence à laquelle elle a manifesté chacun des comportements suivants durant votre quart de travail ou au cours des 2 dernières semaines.

Encercler le chiffre correspondant à la meilleure réponse aux 29 items en vous référant aux définitions suivantes :

- 1= n'a jamais manifesté ce comportement;
- 2= a manifesté ce comportement moins d'une fois par semaine
- 3= a manifesté ce comportement une ou deux fois par semaine
- 4= a manifesté ce comportement plusieurs fois par semaine
- 5= a manifesté ce comportement une ou deux fois par jour
- 6= a manifesté ce comportement plusieurs fois par semaine
- 7= a manifesté ce comportement plusieurs fois par heure

1	Faire les cent pas	1	2	3	4	5	6	7
2	Habillage ou déshabillage inapproprié	1	2	3	4	5	6	7
3	Cracher	1	2	3	4	5	6	7
4	Sacrer ou agresser verbalement	1	2	3	4	5	6	7
5	Demandes constantes d'attention	1	2	3	4	5	6	7
6	Répétitions de phrases ou de questions	1	2	3	4	5	6	7
7	Frapper	1	2	3	4	5	6	7
8	Donner des coups de pieds	1	2	3	4	5	6	7
9	Empoigner	1	2	3	4	5	6	7
10	Pousser	1	2	3	4	5	6	7
11	Émettre des bruits étranges	1	2	3	4	5	6	7
12	Crier	1	2	3	4	5	6	7
13	Égratigner	1	2	3	4	5	6	7
14	Essayer de se rendre ailleurs	1	2	3	4	5	6	7
15	Turbulence générale	1	2	3	4	5	6	7
16	Se plaindre	1	2	3	4	5	6	7
17	Négativisme	1	2	3	4	5	6	7
18	Manipuler des choses incorrectement	1	2	3	4	5	6	7
19	Cacher des choses	1	2	3	4	5	6	7
20	Amasser des choses	1	2	3	4	5	6	7
21	Déchirer ou arracher des choses	1	2	3	4	5	6	7
22	Maniérisme répétitif	1	2	3	4	5	6	7
23	Avances sexuelles verbales	1	2	3	4	5	6	7
24	Avances sexuelles physiques	1	2	3	4	5	6	7
25	Chuter intentionnellement	1	2	3	4	5	6	7
26	Lancer des choses	1	2	3	4	5	6	7
27	Mordre	1	2	3	4	5	6	7
28	Manger des substances inappropriées	1	2	3	4	5	6	7
29	Se faire mal à soi-même	1	2	3	4	5	6	7

Signature : _____

Date : _____

Complété avec : _____

Reproduit de Deslauriers, S., Landreville, P., Dicaire, L., et Verreault, R. (2001). Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement. 20(03), 373-384. Droit d'auteur © 2001 Canadian Association on Gerontology. Reproduit avec la permission de Cambridge University Press.

Article original : cf. référence [17]; Traduction française : cf. référence [18]

Mode d'utilisation détaillé et autre versions (courte, pour une personne âgée vivant en communauté, etc.): http://www.dementia-assessment.com.au/symptoms/cm_ai_manual.pdf

Interprétation : cf. référence [17]

ANNEXE 6 - MÉDICAMENTS À ÉVITER DANS LE TRAITEMENT DES SCPD

1) Selon les critères de Beers, en fonction des classes de médicaments ou de conditions cliniques [19]:

A. Classes de médicaments	Justifications
Antiparkinsoniens <ul style="list-style-type: none"> • Benzotropine • Trihexyphenidyl 	Non recommandé pour la prévention des symptômes extrapyramidaux lors de prescription d'antipsychotiques.
Antipsychotiques classiques et atypiques	Augmentation du risque d'évènements vasculaires cérébraux et de mortalité chez les patients atteints de démence. Éviter l'utilisation pour le traitement des SCPD sauf si les mesures non pharmacologiques ont échoué et que le comportement du patient menace sa sécurité ou celle d'autrui.

B. Conditions cliniques	Médicaments à éviter	Justifications
Épilepsie	<ul style="list-style-type: none"> - Bupropion - Chlorpromazine - Clozapine - Olanzapine 	<ul style="list-style-type: none"> - Abaisse le seuil convulsif - Peut être acceptable chez les patients dont l'état épileptique est bien contrôlé et que les traitements alternatifs sont inefficaces.
Delirium	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les ATC - Anticholinergiques - Benzodiazépines - Chlorpromazine - Corticostéroïdes - Antagonistes des récepteurs H2 - Mépéridine - Hypnotiques sédatifs 	<ul style="list-style-type: none"> - Éviter chez les patients âgés à haut risque de délirium, car peut induire ou exacerber le délirium. - Un sevrage graduel doit être effectué lorsqu'on désire cesser ces thérapies.
Démence ou troubles cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> - Anticholinergiques - Benzodiazépines - Antagonistes des récepteurs H2 - Zolpidem 	Éviter à cause des effets nuisibles au système nerveux central.
Chutes ou fractures	<ul style="list-style-type: none"> - Antipsychotiques - ATC - ISRS 	<ul style="list-style-type: none"> - Peut produire ataxie, dysfonction psychomotrice, syncope et chutes. - Éviter ces agents sauf si aucune alternative plus sécuritaire disponible.
Maladie de Parkinson	Tous les antipsychotiques sauf quetiapine et clozapine	Potentiel d'aggraver les symptômes parkinsoniens.
Constipation chronique	<ul style="list-style-type: none"> - Antipsychotique avec effets anticholinergiques - ATC tertiaires 	Risque augmenté de constipation.

IRSN : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine; ATC : antidépresseur tricyclique

Traduit et adapté de American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. (2012). J Am Geriatr Soc, 60(4), 616-631. Droit d'auteur © 2012 The American Geriatrics Society. Reproduit avec la permission de Wiley.

2) Parmi les critères STOPP [20]:

- Antipsychotiques avec effets anticholinergiques/antimuscariniques modérés (chlorpromazine, clozapine, flupenthixol, fluphenazine, pipothiazine, zuclopenthixol) chez sujet avec une histoire de prostatisme ou de rétention urinaire antérieure (haut risque de rétention urinaire)
- Antipsychotiques (autres que quetiapine et clozapine) chez un sujet avec un syndrome parkinsonien ou une démence à corps de Lewy (risque de symptômes extrapyramidaux graves)
- Anticholinergiques en traitement des symptômes extrapyramidaux induit par les antipsychotiques (risque de syndrome anticholinergique)
- Antipsychotiques chez les sujets avec SCPD sauf si les symptômes sont graves et que les mesures non-pharmacologiques sont inefficaces (risque augmenté d'AVC)
- Antipsychotiques comme traitement hypnotique, sauf si trouble du sommeil lié à une psychose ou à une démence (risque de confusion, hypotension, risque de syndrome extrapyramidal, chutes)
- Phénothiazines en première ligne, puisque des alternatives plus sécuritaires et plus efficaces existent (les phénothiazines ont des propriétés sédatives et présentent une toxicité antimuscarinique chez le sujet âgé). Les exceptions sont la prochlorpérazine pour nausée/vomissement/vertige et la chlorpromazine pour soulager le hoquet persistant)
- Neuroleptiques sont associés à un risque accru de chute (apraxie à la marche et syndrome parkinsonien)