GESTION DES ANTIPSYCHOTIQUES DANS LE TRAITEMENT DES SCPD EN UCDG

ANNEXE 4 DU DOCUMENT «GESTION MÉDICAMENTEUSE EN UCDG -4IÈME ÉDITION [1]»

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

3ième édition

Auteurs:
James Hill, Pharm.D., M.Sc., BCPS, pharmacien, CISSS du Bas-St-Laurent, Hôpital régional de Rimouski
Doris Clerc, M.D., gérontopsychiatre, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal,
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Réviseure :
Marie-Jeanne Kergoat, M.D., gériatre, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal,
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Illustrations : Victoire K-Bezeau

RUSHGQ

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

GÉNÉRALITÉS

Les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM), dont l'incidence et la prévalence sont élevés en lien avec le vieillissement de la population, sont fréquemment associés à des symptômes neurocomportementaux et psychologiques. La prévalence d'au moins un symptôme comportemental et psychologique associé à la démence[1] (SCPD) a été estimée jusqu'à 75 % des personnes avec TNCM vivant dans la communauté, et à plus de 80% chez ceux vivant en CHSLD [2]. Les SCPD représentent un enjeu de santé publique important puisqu'ils affectent la qualité de vie des personnes et de leurs proches aidants, sont associés à un déclin physique et cognitif plus rapide, à une augmentation de la mortalité, et à une augmentation du recours à l'hébergement. Ils sont également associés à une augmentation des coûts des soins de santé [2].

Les SCPD ont plusieurs étiologies et peuvent s'améliorer grâce à une approche thérapeutique structurée et multidisciplinaire, comprenant des traitements non pharmacologiques et pharmacologiques. L'environnement, l'approche de soins et les stratégies de communication doivent être adaptés, et lorsqu'ils le sont, permettent de réduire la survenue ou la persistance des SCPD. Lorsqu'un patient présente un SCPD problématique malgré l'application des stratégies préventives, un plan thérapeutique personnalisé 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). Une approche de soins interdisciplinaires est indispensable afin de bien gérer le traitement et l'accompagnement des personnes aux prises avec des SCPD. Celle-ci comprend la formation des professionnels de la santé sur les SCPD, une approche structurée d'évaluation, un plan de soins individualisé et l'incorporation d'activités significatives personnalisées [2]. Nous invitons le lecteur à consulter les *Lignes directrices de pratique clinique canadiennes sur l'évaluation et la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) [2] ainsi que de se référer au projet OPUS-AP [3] implanté dans les CHSLD du Québec afin d'avoir plus de détails sur une approche de soins interdisciplinaires efficace.

Le CCSMPA 2024 souligne que « les données probantes suggèrent que les interventions psychosociales sont généralement sécuritaires et ont une efficacité similaire ou supérieure aux effets observés avec les traitements pharmacologiques des SCPD » [2]. **L'approche non pharmacologique est donc le traitement de première intention des SCPD légers à modérés et doit tenter de corriger les causes responsables du comportement ciblé, non seulement sa simple disparition. Plusieurs SCPD répondent peu à la médication et doivent être pris en charge de manière non pharmacologique.** Parmi ces derniers, 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 [4-6]. Toutefois, dans le cas où ces comportements ont un impact important (par exemple en amenant une souffrance importante ou un risque de dangerosité pour le patient ou pour autrui), et dans le cas de SCPD modérés à graves incluant l'agitation,

[1] Selon le DSM-5, le terme démence est remplacé par la dénomination de trouble neurocognitif majeur (TNCM). Dans la présente fiche, il a été choisi d'utiliser le terme démence compte tenu qu'il est davantage utilisé dans la littérature consultée.

l'agressivité, la psychose, la dépression, l'anxiété, on peut considérer le recours à la médication psychotrope. La médication ayant une efficacité mitigée dans les SCPD, et compte tenu que les personnes âgées dont celles avec un TNCM sont souvent fragiles ou particulièrement sensibles aux effets indésirables de la médication, il importe alors de faire preuve de prudence, surtout si on envisage utiliser un antipsychotique. D'ailleurs, comme plusieurs autres organismes, la campagne Choisir avec soin, avec la Société canadienne de gériatrie, recommande de ne pas utiliser d'antipsychotiques comme premier choix pour traiter les SCPD (Choisir avec soin).

ÉVALUATION ET INTERVENTION CLINIQUE

L'approche pharmacologique **devrait être réservée aux SCPD modérés à graves réfractaires à l'approche non pharmacologique** compromettant la qualité de vie du patient ou menaçant la sécurité du patient ou de son entourage. Les approches non pharmacologiques doivent être poursuivies même lorsqu'un traitement pharmacologique est débuté [2, 7, 8]. 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). L'identification et la sévérité des symptômes ou comportements ciblés orientera le choix de la classe de médicament.

SÉVÉRITÉ DES SCPD [2]

Le CCSMPA propose une approche de catégorisation de la sévérité des SCPD destinée à guider les risques et les avantages potentiels liés aux décisions de traitement et recommande d'utiliser des outils d'analyse des SCPD tels le Neuropsychiatric Inventory (NPI) [9].

Les SCPD légers causent une perturbation minimale ou nulle de l'environnement, sont associés à une détresse minimale pour la personne et sont intermittents ou facilement modifiables par des approches psychosociales.

Les SCPD modérés causent une certaine perturbation de l'environnement, sont associés à une détresse modérée pour la personne, ou sont difficilement modifiables par des approches psychosociales.

Les SCPD graves sont associés à un risque de préjudice pour la personne atteinte d'un TNCM ou pour autrui, à une perturbation grave et fréquente de l'environnement, à une détresse grave pour la personne, et à une modification minimale ou nulle avec des approches psychosociales seules.

Les antipsychotiques peuvent être considérés pour le traitement de l'agitation grave, de l'agressivité importante et de la psychose [10, 11] [2]. Les antidépresseurs pourront être envisagés, entre autres, pour la dépression ou l'anxiété (cf. fiche RUSHGQ antidépresseurs [12] et fiche RUSHGQ sur les trouble anxieux [13]). D'autres options thérapeutiques peuvent être tentées selon les particularités du patient et la réponse aux interventions pharmacologiques antérieures (CCSMPA 2024). La fiche actuelle étant consacrée aux antipsychotiques, nous invitons le lecteur à consulter les *Lignes directrices de pratique clinique canadiennes sur l'évaluation et la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence [2]* et le guide *Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* du Ministère de la santé et des services sociaux [6] pour en connaître davantage sur les alternatives aux antipsychotiques.

ANTIPSYCHOTIQUES ET RISQUES

Tout antipsychotique comporte des risques d'effets indésirables graves pour les patients atteints de TNCM. Plusieurs études ont montré que les antipsychotiques augmentent le risque de mortalité et d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) chez cette population par rapport au placebo [2]. Ce risque avec les antipsychotiques conventionnels, tels halopéridol ou loxapine, est similaire, voire supérieur, au risque associé aux antipsychotiques atypiques [2]. Les causes les plus fréquemment liées à la mortalité sont les problèmes infectieux et cardiovasculaires [6]. Publiée en 2024, une étude de cohorte effectuée à partir de données de la population du Royaume-Uni a démontré que l'utilisation d'antipsychotiques chez les patients avec TNCM à 90 jours était associée à une augmentation du risque de pneumonie, d'insuffisance rénale aigue, de thromboembolie veineuse, d'AVC, d'infarctus du myocarde et d'insuffisance cardiaque [14]. Le consentement du patient ou de sa famille doit être préalablement obtenu en raison des risques liés à l'usage des antipsychotiques. Les bénéfices escomptés et les effets indésirables possibles dont l'augmentation du risque d'AVC et de la mortalité constituent les éléments à aborder [2, 6-8].

[2] Pour une définition des termes *agitation* et *psychose* dans le contexte de troubles cognitifs, les lecteurs peuvent se référer aux consensus cliniques de l'International Psychogeriatric Association.

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2025-2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Plusieurs autres effets indésirables peuvent survenir avec les antipsychotiques dont l'altération de l'état de conscience, les troubles de la marche, les chutes, l'hypotension orthostatique, des effets anticholinergiques, les complications métaboliques et les symptômes extrapyramidaux (parkinsonisme, akathisie, dyskinésie tardive). Il est à noter que l'akathisie peut être confondue avec l'agitation [6]. Globalement, l'incidence d'effets indésirables peut différer d'un agent à l'autre et selon la dose utilisée. Certaines personnes peuvent présenter des effets indésirables même lors de l'utilisation de très faibles doses.

Les antipsychotiques pouvant causer des complications métaboliques dont la prise de poids, un suivi devrait être fait à ce niveau. Celui-ci comprend un suivi du poids, de l'indice de masse corporelle, de la circonférence abdominale, de la tension artérielle, de la glycémie à jeun et du profil lipidique. Ce suivi doit tenir compte des inconvénients possibles de faire de tels bilans par rapport aux bénéfices attendus de trouver puis traiter une complication métabolique [6]. Les auteurs de cette fiche suggèrent d'évaluer la pertinence et d'individualiser le suivi selon le niveau d'intervention médicale et de fragilité du patient.

Avant de prescrire un antipsychotique, il est souhaitable de faire un électrocardiogramme (ECG) chez le patient avec une histoire de maladie cardiovasculaire, d'arythmie cardiaque et une combinaison de médicaments pouvant prolonger l'intervalle QT, compte tenu des effets cardiaques potentiels des antipsychotiques. Cependant, il peut être difficile de le faire en raison des problèmes d'agitation, d'agressivité ou psychotiques du patient. Le jugement du clinicien demeure important lorsqu'un ECG ne peut être effectué, par manque de collaboration, avant d'administrer un antipsychotique chez cette clientèle [15].

ANTIPSYCHOTIQUE PRN

L'halopéridol est un premier choix seulement dans les situations urgentes où un danger physique est imminent ou grave en raison de la possibilité de l'administrer par voie sous-cutanée ou intra-musculaire (par exemple, quand le patient est trop agité ou qu'il crache les médicaments) [6, 8]. Le délai d'action de l'halopéridol par voie sous-cutanée ou intramusculaire est de 15-20 minutes et celui de la voie orale est de 60 minutes [6, 16]. Les doses recommandées varient beaucoup d'une référence à l'autre (0,5 à 2 mg aux 30 à 120 minutes pour une dose maximale quotidienne de 2 à 5 mg) [6, 17, 18]. Les auteurs de cette fiche recommandent les doses suivantes: 0,25 à 0,5 mg aux 60 minutes PRN pour une dose maximale de 2 mg par jour.

L'olanzapine est le seul antipsychotique atypique à courte action disponible par la voie intramusculaire. Son utilisation peut être appropriée pour le traitement de l'agitation aigüe grave [2]. Une dose appropriée pour la voie intramusculaire est 2,5 mg aux deux à quatre heures pour une dose quotidienne maximale de 7,5 mg [19]. Son délai d'action est de 15 minutes et il n'est pas possible de l'administrer par voie sous-cutanée [20]. Il faut être prudent lors de l'utilisation de benzodiazépine par voie parentérale lorsqu'on administre de l'olanzapine intramusculaire. Selon la monographie canadienne d'olanzapine intramusculaire, il faut attendre au moins une heure après l'injection d'olanzapine pour administrer une benzodiazépine par voie parentérale. Si le patient a déjà reçu une dose de benzodiazépine par voie parentérale, il faut faire une évaluation rigoureuse de l'état clinique du patient avant d'injecter l'olanzapine [21]. Certains auteurs recommandent de ne pas administrer l'olanzapine intramusculaire dans les deux heures d'une administration de benzodiazépine par voie parentérale puisqu'il y a un risque accru de dépression respiratoire [19]. L'olanzapine à dissolution rapide (Zyprexa Zydis®) ne devrait pas être prescrite sous un mode PRN en raison d'un délai d'action trop long (plus d'une heure) [6].

L'utilisation PRN d'un antipsychotique doit être une mesure temporaire (maximum deux semaines) et ne doit pas se faire sur une base quotidienne. Si tel est le cas, il doit y avoir réévaluation de la thérapie [6]. L'usage concomitant d'un anticholinergique (benztropine, trihexyphénidyl, procyclidine) dans le but de prévenir les réactions extrapyramidales est inapproprié en raison du risque élevé d'effets indésirables majeurs (délirium, chute, etc.) [6, 22] et doit être proscrite.

ADMINISTRATION SUR UNE BASE QUOTIDIENNE

Les antipsychotiques sont indiqués dans le traitement des symptômes psychotiques, de l'agitation grave et de l'agressivité grave ou lorsqu'il y a un danger pour la santé ou la sécurité du patient ou d'autrui [2, 7, 8, 23]. Les attentes doivent être réalistes puisque leur efficacité est modeste [2, 6]. On visera l'atteinte d'une dose d'entretien stable et bien tolérée qui évitera le recours fréquent aux doses sous un mode au besoin (PRN) qui sont associées à plus d'effets indésirables et de symptômes rebonds ou de sevrage [6].

La plus petite dose efficace doit être utilisée afin de minimiser le plus possible les effets indésirables [2]. Les antipsychotiques atypiques sont privilégiés aux antipsychotiques conventionnels en raison du profil d'effets indésirables plus acceptable, mais tout de même non négligeable [6].

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2025-2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Les symptômes peuvent s'atténuer rapidement, mais l'effet maximal apparent d'un antipsychotique peut prendre de deux à quatre semaines avant de survenir [6]. Ainsi, à moins que des effets indésirables ne mandatent l'arrêt du traitement, il faut tenter l'antipsychotique pour une durée valable afin d'évaluer son efficacité. Si l'intervention pharmacologique est inefficace après 8 semaines de traitement, dont au moins deux semaines à une dose considérée thérapeutique, le traitement devrait alors être interrompu [2].

Seulement deux antipsychotiques ont des indications officielles pour le traitement des SCPD au Canada, la rispéridone et le brexpiprazole. Selon la monographie de la rispéridone, celle-ci est indiquée pour la prise en charge à court terme des symptômes d'agressivité ou des symptômes psychotiques chez les patients atteints de démence grave de type Alzheimer qui ne répondent pas aux approches non pharmacologiques, en présence d'un risque d'automutilation ou de blessure à autrui [24]. Selon la monographie du brexpiprazole, celui-ci est indiqué pour le traitement symptomatique de l'agitation associée à la démence d'Alzheimer chez les patients démontrant un comportement agressif et n'ayant pas répondu aux interventions non pharmacologiques [25]. La monographie du brexpiprazole mentionne qu'il n'est pas possible de l'administrer sous un mode au besoin (PRN) [25].

Les *Lignes directrices de pratique clinique canadiennes sur l'évaluation et la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* publiées en 2024 par la CCSMPA font une différence entre le traitement de l'agitation grave et la prise en charge des symptômes psychotiques graves [2].

L'aripiprazole, le brexpiprazole ou la rispéridone sont les antipsychotiques suggérés pour le traitement de l'agitation grave en première ligne [2]. Si inefficacité ou intolérance à la rispéridone, il est suggéré de tenter l'aripiprazole ou le brexpiprazole. Compte tenu de la similarité entre ces deux derniers agents, si inefficacité ou intolérance à un de ceux-ci, il est suggéré de tenter directement la rispéridone si elle n'a pas été tentée. Si l'agitation est réfractaire aux options de la première ligne ou qu'il y a présence d'effets extrapyramidaux, la quétiapine devient alors un choix acceptable selon la CCSMPA même si les évidences sont faibles concernant son efficacité. L'olanzapine est déconseillée à long terme par la CCSMPA puisqu'elle est jugée moins sécuritaire et moins efficace que les autres antipsychotiques atypiques. La CCSMPA suggère qu'un antipsychotique conventionnel tel que l'halopéridol, peut être utilisé si l'agitation est réfractaire aux traitements de première ligne et s'il ne cause pas de réactions extrapyramidales chez l'usager.

Concernant la gestion des symptômes psychotiques graves, l'aripiprazole et la rispéridone sont les deux molécules suggérées par la CCSMPA [2].

Une méta-analyse incluant le brexpiprazole a été publiée en 2024 [26]. Elle comparait l'efficacité, la tolérance et l'acceptabilité de l'aripiprazole, du brexpiprazole, de l'olanzapine, de la quétiapine, de la rispéridone et du placebo utilisés pour les SCPD. Dix-neuf essais randomisés contrôlés ont été inclus dans l'analyse. La majorité des études concernait des patients vivant avec la maladie d'Alzheimer. Le brexpiprazole serait le plus efficace parmi les antipsychotiques et serait plus efficace que la quétiapine, l'olanzapine et l'aripiprazole. Les résultats ne sont pas significatifs lorsque comparés avec la rispéridone. L'olanzapine est l'antipsychotique le moins bien toléré. Concernant l'acceptabilité (définie comme toute cause d'abandon du traitement, englobant ainsi l'efficacité et la tolérance), l'aripiprazole est mieux acceptée que le placebo et le brexpiprazole.

Il est à noter que 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, sauf si indiqué pour une comorbidité psychiatrique chronique [2, 8, 18].

BONNES PRATIQUES ENTOURANT LA PRESCRIPTION D'ANTIPSYCHOTIQUES

Voici un résumé des principes généraux recommandés par divers organismes et lignes directrices lors de la prescription d'antipsychotiques dans un cadre de SCPD [2, 6, 19, 23]:

- Prescrire un seul antipsychotique sur une base quotidienne à la fois
- Débuter avec de petites doses
- Augmenter la dose lentement
- Identifier clairement les symptômes ou les comportements visés
- Réviser régulièrement toute la médication et les effets indésirables
- Éviter la polypharmacie pour traiter les SCPD, sauf si agitation ou agressivité réfractaire grave
- Limiter la durée d'utilisation (jusqu'à une durée de 12 semaines) et réévaluer la pertinence d'un sevrage
- Lors d'un congé de l'hôpital, dans le sommaire d'hospitalisation

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2025-2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

- Aviser le médecin de famille du besoin de réviser le traitement
- Fournir un plan de sevrage
- Inscrire l'indication de l'antipsychotique

Tableau 1 : Antipsychotiques par voie orale et SCPD chez le patient âgé [2, 6, 17, 24, 25, 27, 28]

Antipsycho-tiques	Utilisation acceptable**	Dose initiale (mg/jr)	Intervalle d'augmentation (mg/jr)	Gamme posologique usuelle (mg/jr)	Effets indésirables				Plus petite forme orale disponible****
					Séda-tion	SEP	AntiCh	HTO	
Aripiprazole	1ère ligne agitation grave et symptômes psychotiques graves	1-5***	1-5***q1-2 semaines	5-15	+	+	+	+	Co. 2 mg
Brexpiprazole*	1ère ligne agitation grave	0,5	0,5 Jours 1-7, 1 Jours 8-14, 2 pendant au moins 14 jours	2-3 *Max 2 mg si Cl Cr < 60 ml/min	+	+	+	+	Co. 0,25 mg
Rispéridone	1ère ligne agitation grave et symptômes psychotiques graves	0,125-0,5	0,125-0,25 q3-7 jrs	0,25-2	+	++	+	++	- Co. 0,25 mg - Sol. orale 1 mg/ml
Quétiapine	Alternative si agitation réfractaire à 1ère ligne ou SEP 1er choix pour TNCM lié à la maladie de Parkinson et TNCM à corps de Lewy	12,5-25	12,5-25 q3-7 jrs	25-200	++	+	+	++	- Co. 25 mg - Co. longue action 50 mg (non sécable, non écrasable)
Halopéridol	Alternative si agitation réfractaire à 1ère ligne sans SEP	0,25-0,5	0,25-0,5 q3-7 jrs	0,5-2	+	+++	+	+	Co. 0,5 mg
Olanzapine	Déconseillé à long terme	1,25-5	1,25-2,5 q3-7 jrs	2,5-10	++	++	++	++	- Co. 2,5 mg - Co. diss. rapide 5 mg

Légende : Risque relatif d'effets indésirables : + : bas, ++ : modéré, +++ : élevé. SEP : symptômes extrapyramidaux, AntiCh : effets anticholinergiques, Cl Cr : clairance à la créatinine, HTO : hypotension orthostatique, TNCM: trouble neurocognitif majeur.
* Non remboursé par la RAMQ pour le traitement des SCPD
**Le CCSMPA n'indique pas le terme agressivité dans leurs recommandations. Les auteurs de cette fiche sont d'avis que ce qui est jugé acceptable pour l'agitation grave ou réfractaire l'est également pour l'agressivité grave ou réfractaire.
***Les doses usuelles d'aripiprazole dans la littérature sont de 2 à 5 mg. Les auteurs de cette fiche tiennent à souligner que pour certains patients, il peut être pertinent d'individualiser avec une dose plus petite de 1 mg.
**** Tous les comprimés à courte action sont sécables et écrasables.
Notes :
1) La clozapine comporte beaucoup trop d'effets indésirables (anticholinergiques, hypotension orthostatique (HTO), sédation, agranulocytose, etc.) pour être une option valable dans le traitement des SCPD. La seule utilisation acceptable est comme alternative à la quétiapine chez les patients atteints de TNCM lié à la maladie de Parkinson ou de TNCM à corps de Lewy. Une diminution des antiparkinsoniens doit être envisagée tout en évaluant la balance risques/bénéfices avant de considérer l'ajout de clozapine ou de quétiapine. De faibles doses de clozapine sont alors efficaces (6,25 à 50 mg/jour). Les effets indésirables sont beaucoup moindres que lors de l'utilisation de doses plus élevées [29].

RÉÉVALUATION ET DÉPRESCRIPTION DE L'ANTIPSYCHOTIQUE

Les antipsychotiques utilisés chez les personnes atteintes de TNCM doivent être prescrits seulement lors d'antécédents d'agitation grave, d'agressivité grave, de psychose grave ou de certaines maladies psychiatriques graves telles que la schizophrénie. Ainsi, plusieurs patients reçoivent des antipsychotiques pour des indications potentiellement inappropriées. Il faut donc déprescrire les

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2025-2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

antipsychotiques dans ces circonstances [2]. Des approches telles que le programme OPUS-AP au Québec en soins de longue durée ont permis de diminuer les taux d'utilisation inappropriée d'antipsychotique chez cette clientèle [3].

Il faut également tenter de déprescrire les antipsychotiques chez les patients atteints de TNCM qui en prenaient pour traiter initialement de l'agitation, de l'agressivité ou de la psychose. Cette déprescription doit tenir compte de plusieurs points: les symptômes actuels, la durée totale de la prise d'antipsychotiques, la dose nécessaire pour stabiliser le SCPD et la sévérité initiale de l'agitation, de l'agressivité ou de la psychose [2].

Comme les SCPD ont tendance à s'atténuer naturellement avec le temps et que la plupart des études d'efficacité des antipsychotiques pour cette utilisation s'effectue sur une période de douze semaines, la pertinence de la poursuite du traitement doit être **réévaluée dans les trois à quatre mois** suivant l'initiation de l'antipsychotique [6, 8, 15, 19]. Un retrait progressif doit être tenté si le comportement est stable depuis trois à six mois [6, 8, 30]. Plusieurs études démontrent aucune aggravation des SCPD lors du retrait des antipsychotiques chez une proportion d'environ 70% des patients [2, 31, 32].

Aucune approche n'a été démontrée meilleure qu'une autre pour cesser ou réduire les doses d'antipsychotique [30]. La plupart des références suggère de réduire graduellement la dose de 25% à 50% toutes les une à deux semaines en collaboration avec le patient ou le soignant [2, 30, 33]. La vitesse de réduction doit être adaptée selon le contexte clinique d'introduction et le risque de récidive du trouble de comportement. Par exemple, si un antipsychotique a été débuté récemment et qu'il n'est pas jugé nécessaire de le poursuivre (comme dans le contexte d'un délirium), il est possible de le sevrer et cesser plus rapidement. En cas de réapparition des SCPD en cours de réduction des doses, l'antipsychotique peut être repris à la plus faible dose efficace [2]. Une nouvelle déprescription pourra être tentée à nouveau trois mois plus tard. Au moins deux tentatives de déprescription doivent être faites avant de conclure à un échec [30].

MÉDICAMENTS À ÉVITER

Parmi les critères de Beers 2023 [22]:

Les critères de Beers soulignent que les antipsychotiques sont à risque de provoquer des chutes et peuvent aggraver les symptômes parkinsoniens. Le lecteur est invité à voir le tableau 1 pour des informations complémentaires concernant le TNCM lié à la maladie de Parkinson et le TNCM à corps de Lewy.

Selon les critères de Beers, la combinaison de trois médicaments ou plus agissant sur le système nerveux central augmente le risque de chutes et de fractures, surtout lorsque combinés avec des benzodiazépines et les hypnotiques non-benzodiazépines (ou hypnotiques en Z tels zopiclone, eszopiclone et zolpidem). Ceci renforce l'idée de réévaluer les traitements chez le patient âgé et de bien sélectionner les agents dont ceux pour le traitement des troubles anxieux et de l'insomnie. Pour plus de détails, voir la fiche sur les troubles anxieux [13] et la fiche sur la gestion des hypnosédatifs [34].

Les détails des critères de Beers pour les différents antipsychotiques sont inscrits à l'annexe 6.

Parmi les critères STOPP-START 2023 [35]:

Les critères STOPP soulignent plusieurs conditions pour lesquelles les antipsychotiques sont jugés potentiellement inappropriés. Ils nous rappellent, entre autres, les risques de pneumonie d'aspiration chez les patients atteints de dysphagie et les risques d'événements cardiovasculaires chez les patients atteints de trouble neurocognitif majeur. Ils nous rappellent la nécessité de réévaluation si le patient prend un antipsychotique pour SCPD depuis plus de 12 semaines. Il est à remarquer qu'aucun critère START n'a été créé. Les détails des critères STOPP-START sont inscrits à l'annexe 6.

Parmi les critères U.S.-FORTA 2020 pour SCPD (paranoia, hallucination) [36] :

- Médicaments classés C, soit « les médicaments présentant des profils d'efficacité/sécurité discutables chez les personnes âgées, doivent être évités ou omis en présence d'une polypharmacie importante, d'une absence de bénéfices ou d'apparition d'effets secondaires; explorez des alternatives »: rispéridone, halopéridol, quétiapine, olanzapine
  - Selon les critères U.S.-FORTA, halopéridol devrait être évité si possible dû au risque accru de réactions extrapyramidales chez la population âgée

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2025-2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

- Médicaments classés D, soit « à éviter autant que possible chez la personne âgée, éviter en première intention, utiliser des alternatives »: aripiprazole, clozapine
  - Selon les critères U.S.-FORTA, les auteurs écrivent que ce n'est pas clair pourquoi ce serait différent des autres antipsychotiques sauf la clozapine et les antipsychotiques de 1ère génération. Ils mentionnent également que les réactions extrapyramidales sont moindres lorsqu'on compare l'aripiprazole à la rispéridone, la quétiapine et l'olanzapine. La position de U.S.-FORTA est différente des dernières lignes directrices de la CCSMPA [2]. Les auteurs de cette fiche tiennent à corriger la position de U.S.-FORTA et à souligner que l'aripiprazole présente plus de réactions extrapyramidales que la quétiapine.

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 accessoire de marche et reçoit quotidiennement de l'aide pour ses soins d'hygiène. Ses antécédents médicaux sont constitués d'un TNCM mixte et d'une hypertension artérielle contrôlée par médicament. Sa médication est composée de galantamine ER 16 mg PO DIE, de périndopril 4 mg PO DIE et de rispéridone 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 la salle d'urgence, le patient n'apparaissait pas en delirium, les signes vitaux étaient normaux, l'examen physique ne démontrait aucune évidence de traumatisme à la suite des chutes et le bilan para-clinique de base était dans les limites de la normale.

Approche initiale

À l'arrivée du patient à l'unité de gériatrie (UCDG), une HTO est mise en évidence (Tension artérielle (TA) couchée à 142/78mmHg, TA debout à 1 et 3 minutes 110/62mmHg) et des signes extra-pyramidaux sont observables (ralentissement psychomoteur, faciès hypomimique, rigidité de type roue dentée, démarche à petits pas). L'hypothèse de chutes induites par les effets indésirables de la rispéridone 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 rispéridone 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 à la suite d'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 rispéridone 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 rispéridone 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 la 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 toilette. Le plan d'intervention est expliqué et transmis à la résidence qui est encouragée à le poursuivre. Une référence au CLSC est faite dans le but de soutenir les proches et le personnel de la résidence dans le suivi et l'ajustement du plan d'intervention.

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2025-2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

ANNEXE 1 - RÉFÉRENCES

1. Kergoat MJ, Desforges K, Firoozi F: **Guide de gestion médicamenteuse en UCDG - 4ième édition**. Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2026, https://rushgq.org/wp-content/uploads/2026/01/RUSHGQ_Guide_gestion_medicamenteuse_4ieme_edition_5janvier2026_FINAL.pdf.
2. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées: **Lignes directrices de pratique clinique canadiennes sur l'évaluation et la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)**. Totonto (Ontario, Canada): Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées; 2024, https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2024/04/V4-CCSMH-FRENCH-BPSD-Clinical-Guidelines_Final-April-24.pdf.
3. Cossette B, Bruneau MA, Morin M, Gilbert S, Boyer D, Donald TM, Rheaume AA, Ben Gaied N, Tousignant M, Turcotte JP *et al*: **Optimizing Practices, Use, Care, and Services-Antipsychotics (OPUS-AP) in Long-Term Care Centers in Quebec, Canada: A Successful Scale-Up**. *J Am Med Dir Assoc* 2022, **23**(6):1084-1089.
4. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées: **Outil d'évaluation et de traitement du delirium**. Toronto (Ontario, Canada): Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées 2010, http://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/ccsmh_delirium_tool_v6-1.pdf.
5. Bruneau M-A: **Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD): évaluation et prise en charge globale**. In: *Guide médical en soins de longue durée (Mdsldca).* Montréal (Québec): Institut universitaire de gériatrie de Montréal; 2013.
6. Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux: **Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence**. Québec (Québec): Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2014, http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-07W.pdf.
7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): **Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers**. London, United Kingdom; 2018, https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/resources/dementia-assessment-management-and-support-for-people-living-with-dementia-and-their-carers-pdf-1837760199109.
8. Reus VI, Fochtmann LJ, Eyler AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, Jibson MD, Lopez OL, Mahoney J, Pasic J, Tan ZS *et al*: **The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia**. *The American journal of psychiatry* 2016, **173**(5):543-546.
9. Cummings JL: **The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients**. *Neurology* 1997, **48**(5 Suppl 6):S10-16.
10. Cummings J, Mintzer J, Brodaty H, Sano M, Banerjee S, Devanand DP, Gauthier S, Howard R, Lanctot K, Lyketsos CG *et al*: **Agitation in cognitive disorders: International Psychogeriatric Association provisional consensus clinical and research definition**. *International psychogeriatrics / IPA* 2015, **27**(1):7-17.
11. Cummings J, Pinto LC, Cruz M, Fischer CE, Gerritsen DL, Grossberg GT, Hwang TJ, Ismail Z, Jeste DV, Koopmans R *et al*: **Criteria for Psychosis in Major and Mild Neurocognitive Disorders: International Psychogeriatric Association (IPA) Consensus Clinical and Research Definition**. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2020, **28**(12):1256-1269.
12. Hill J, Clerc D: **Gestion des antidépresseurs en UCDG - 3ième édition**. Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2025.
13. Hill J, Clerc D: **Gestion des troubles anxieux en UCDG - 2ième édition**. Montréal (Québec,

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2025-2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2025.

14. Mok PLH, Carr MJ, Guthrie B, Morales DR, Sheikh A, Elliott RA, Camacho EM, van Staa T, Avery AJ, Ashcroft DM: **Multiple adverse outcomes associated with antipsychotic use in people with dementia: population based matched cohort study**. *BMJ* 2024, **385**:e076268.
15. Zuidema SU, Johansson A, Selbaek G, Murray M, Burns A, Ballard C, Koopmans RT: **A consensus guideline for antipsychotic drug use for dementia in care homes. Bridging the gap between scientific evidence and clinical practice**. *International psychogeriatrics / IPA* 2015, **27**(11):1849-1859.
16. UpToDate Lexidrug: **Haloperidol**: UpToDate Inc. Version 8.4.2; 26 février 2025.
17. Procyshyn RM, Halpape K, Kim DD: **Clinical handbook of psychotropic drugs 26th edition**. Göttingen (Germany): Hogrefe; 2025.
18. Société Française de gériatrie et gérontologie; Fédération des Centres Mémoire; Société Francophone de Psychogériatrie et Psychiatrie de la Personne âgée: **Nouvelles recommandations pour la prise en soins des Symptômes Psychologiques et Comportementaux (SPC) dans les maladies cognitives**. France: Société Française de gériatrie et gérontologie, Fédération des Centres Mémoire, Société Francophone de Psychogériatrie et Psychiatrie de la Personne âgée; 2024, https://www.calameo.com/read/006250597d2c0891998b6?page=1.
19. New South Wales (NSW) Goverment: **Assessment and Management of Behaviours and Psychological Symptoms associated with Dementia (BPSD): A Summary Handbook for NSW Health Clinicians providing services for people experiencing BPSD**. St Leonards (New South Wales, Australie): NSW Ministry of Health; 2022, https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/resources/Publications/assessment-mgmt-people-bpsd-2022-summary-handbook.pdf.
20. UpToDate Lexidrug: **Olanzapine**: UpToDate Inc. Version 8.4.2; 26 février 2025.
21. Eli Lilly Canada Inc: **Monographie de produit: PrZYPREXA Intramusculaire©, version du 20 avril 2018**. Toronto (Ontario, Canada); 2018, https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00045041.PDF.
22. American Geriatrics Society Beers Criteria® update expert panel (2023): **American geriatrics society 2023 updated AGS beers criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults**. *J Am Geriatr Soc* 2023, **71**(1):2052-2081.
23. Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS): **Usage approprié des antipsychotiques chez les personnes qui ont des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et qui résident en CHSLD**. Québec (Canada): Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS); 2017, https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/Outil_Amorce_antipsychotiques.pdf.
24. Janssen Inc: **Monographie avec renseignements destinés aux patients RISPERDAL**. Toronto (Ontario, Canada): Janssen Inc; 17 décembre 2020, https://www.janssen.com/canada/sites/www_janssen_com_canada/files/prod_files/live/risperdal_cpmf.pdf.
25. Otsuka Canada Pharmaceutique: **Monographie de produit incluant les renseignements destinés aux patient.e.s REXULTI (version du 23 ajnvier 2024)**. Saint-Laurent (Québec, Canada): Otsuka Canada Pharmaceutique; 2024, https://rexultimonographie.ca/pdf/REXULTI-FR-PM-HC-APPROVED.pdf.
26. Lu W, Liu F, Zhang Y, He X, Hu Y, Xu H, Yang X, Li J, Kuang W: **Efficacy, acceptability and tolerability of second-generation antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia: a systematic review and network meta-analysis**. *BMJ Ment Health* 2024, **27**(1).
27. Burns K, Casey AN, Brodaty H: **A clinician's BPSD guide 2023: Understanding and helping people experiencing changed behaviours and psychological symptoms associated with dementia (2nd ed.)**. Sydney (Australie): Centre for Healthy Brain Ageing (CHeBA), University of NSW; 2023, https://www.cheba.unsw.edu.au/clinicians-bpsd-guide-2023.
28. Bruneau M-A, Létourneau G: **Les symptômes comportementaux et psychologiques de la**

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2025-2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

démence (SCPD): évaluation et prise en charge globale. In: *Guide médical en soins de longue durée (Mdsldca).* Montréal (Québec): Institut universitaire de gériatrie de Montréal; 2022.

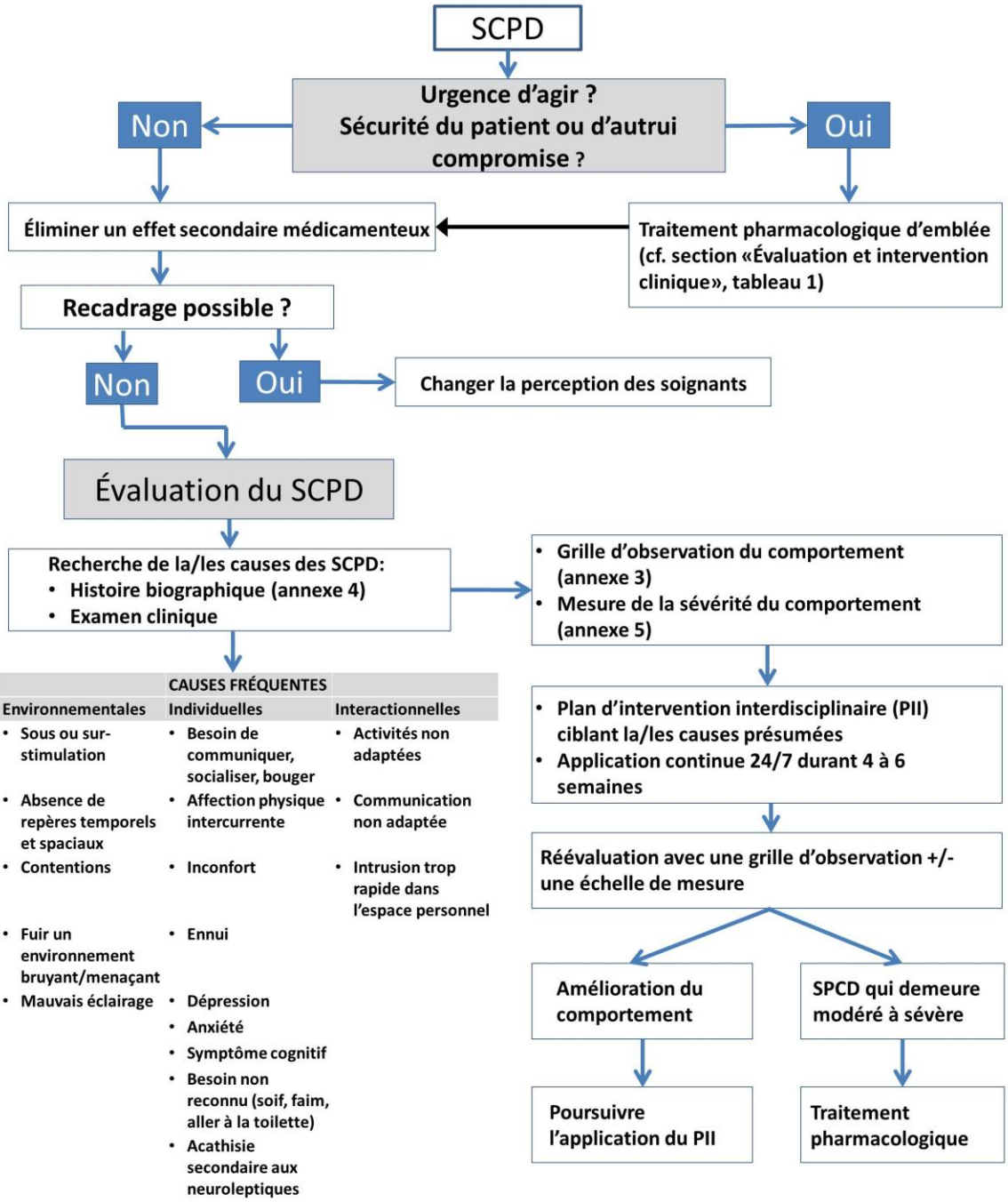
29. Friedman JH: **Brief commentary: Under-recognition of underuse of clozapine in treating psychotic symptoms in Parkinson's disease**. *Schizophr Res* 2024, **268**:282-284.
30. Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L, Raman-Wilms L, Rojas-Fernandez C, Sinha S, Thompson W *et al*: **Déprescription des antispychotiques pour les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et l'insomnie. Guide de pratique clinique fondé sur des données probantes**. *Can Fam Physician* 2018, **64**:e1-12.
31. Van Leeuwen E, Petrovic M, van Driel ML, De Sutter AI, Vander Stichele R, Declercq T, Christiaens T: **Withdrawal versus continuation of long-term antipsychotic drug use for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia**. *Cochrane database of systematic reviews* 2018, **3**(3):CD007726.
32. 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.
33. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS): **Déprescription des antipsychotiques chez les personnes qui ont des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et qui résident en CHSLD**. Montréal (Québec, Canada): Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS); 2017, https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/Outil_Deprescription_antipsychotiques.pdf.
34. Hoang LUA, Gravel J, Kergoat MJ: **Gestion des hypnosédatifs en UCDG** In: *Guide de gestion médicamenteuse en UCDG, 3ième édition.* Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec; 2021.
35. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denkinger M, Beuscart JB, Onder G, Gudmundsson A, Cruz-Jentoft AJ, Knol W, Bahat G *et al*: **STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3**. *Eur Geriatr Med* 2023, **14**(4):625-632.
36. Pazan F, Gercke Y, Weiss C, Wehling M, Raters F: **The U.S.-FORTA (Fit fOR The Aged) List: Consensus Validation of a Clinical Tool to Improve Drug Therapy in Older Adults**. *J Am Med Dir Assoc* 2020, **21**(3):439 e439-439 e413.
37. Bonin C, Bourque M: **Gérer les comportements perturbateurs en soins de longue durée**. *Nursing Québec* 1993, **13**(2):19-26.
38. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS: **A description of agitation in a nursing home**. *J Gerontol* 1989, **44**(3):M77-84.
39. Deslauriers S, Landreville P, Dicaire L, Verreault R: **Validité et fidélité de l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield**. *Canadian Journal on Aging* 2001, **20**(3):373-384.

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2025-2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

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.



	CAUSES FRÉQUENTES	
Environnementales	**Individuelles**	**Interactionnelles**
• Sous ou sur-stimulation	• Besoin de communiquer, socialiser, bouger	• Activités non adaptées
• Absence de repères temporels et spaciaux	• Affection physique intercurrente	• Communication non adaptée
• Contentions	• Inconfort	• Intrusion trop rapide dans l'espace personnel
• Fuir un environnement bruyant/menaçant	• Ennui	
• Mauvais éclairage	• Dépression	
	• Anxiété	
	• Symptôme cognitif	
	• Besoin non reconnu (soif, faim, aller à la toilette)	
	• Acathisie secondaire aux neuroleptiques	

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2025-2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

ANNEXE 3 – EXEMPLES 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 [37]

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.

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2025-2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

iugm
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

IUG360

GRILLE D'OBSERVATIONS COMPORTEMENTALES
(sept jours)

Motif d'observation: _____

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

CHCN (1993, révisé 1996), FRANCOEUR, Louise # 33500360

Reproduit avec la permission de l'auteure et de l'IUGM faisant partie du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2025-2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

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

iugm
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

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 ☐	Veuve ☐ depuis : ans	Séparée ☐ depuis : ans	Divorcée ☐ depuis : ans	Mariée ☐ 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 ☐ non☐	Sait écrire oui ☐ non ☐			
Religion :	Pratiquante oui ☐ non ☐	Langue connue :		Intérêt politique :

La personne a-t-elle eu des enfants? oui ☐ non ☐				**Combien?**
Nom et rang des enfants	Reconnaît	Sexe	Proximité et lien	Vivant ou non
	Oui ☐ Non ☐	M ☐ F ☐		Oui ☐ Non ☐
	Oui ☐ Non ☐	M ☐ F ☐		Oui ☐ Non ☐
	Oui ☐ Non ☐	M ☐ F ☐		Oui ☐ Non ☐
	Oui ☐ Non ☐	M ☐ F ☐		Oui ☐ Non ☐
	Oui ☐ Non ☐	M ☐ F ☐		Oui ☐ Non ☐
Personne mandataire ☐ ou représentant légal ☐ Nom :				

Personnes significatives autres que ses enfants		
Nom :	Lien :	Disponibilité :

© 2007 Institut universitaire de gériatrie de Montréal
IUGM - 188 - R

33318800

IUG313

Page 1 sur 4

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2025-2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

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 ❒ Douche ❒	Lavabo seulement ❒	N'aimait pas se laver ❒	
	Matin ❒	Après midi ❒	Soir ❒	Peu avant le coucher ❒
	Se parfumait ❒	Se rasait ❒	Se maquillait Oui ❒ Non ❒	
	S'épilait le menton Oui ❒ Non ❒ Quand :		Fréquence :	
	Soins des cheveux : /sem. Comment :		Coiffeuse Oui ❒ Non ❒	
Alimentation	Prenait trois repas par jour Oui ❒ Non ❒		Collation Oui ❒ Non ❒ 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 :	

© 2007 Institut universitaire de gériatrie de Montréal
IUGM - 188 - R

33318800

IUG313

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2025-2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

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 ☐ Non ☐*** ***Si oui, remise? ☐ 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 Gérontologie* 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 géronto 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

© 2007 Institut universitaire de gériatrie de Montréal
IUGM - 188 - R

33318800

IUG313

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2025-2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Lignes directrices relatives au Formulaire d'histoire de vie

Ce formulaire s'adresse

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. ***(terme englobant entre autre la résistance aux soins, l'agitation verbale et physique, l'errance, les propos désinhibés etc.)***

Buts et utilisation du formulaire

- **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 :
  - 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.).**

Quand le compléter?

- **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.**

Qui peut le compléter? Où le conserver ?

Le formulaire peut être complété par :

- 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.

Il est préférable qu'il soit complété avec l'aide d'un membre de l'équipe de soins infirmiers.

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.

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.

Confidentialité

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.

Élaboré par Linda Thibeault, conseillère en soins infirmiers spécialisés en géronto psychiatrie

© 2007 Institut universitaire de gériatrie de Montréal

33318800

IUGM - 188 – R

Page 4 sur 4

IUG313

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.

Encerclez 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 UniversityPress.

Article original : cf. référence [38]; Traduction française : cf. référence [39]
Mode d'utilisation détaillé et autre versions (courte, pour une personne âgée vivant en communauté, etc.):http://www.dementia-assessment.com.au/symptoms/cmai_manual.pdf
Interprétation : cf. référence [38]

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2025-2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

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 [22]:

A. Classes de médicaments	Justifications
Antiparkinsoniens • Benztropine • Trihexyphénidyl	Non recommandé pour la prévention ou le traitement des symptômes extrapyramidaux lors de prescription d'antipsychotiques.
Antipsychotiques conventionnels et atypiques	Augmentation du risque d'évènements vasculaires cérébraux, de plus grand déclin cognitif et de mortalité chez les patients atteints de TNCM. Des évidences suggèrent une association d'augmentation du risque indépendant du TNCM entre les antipsychotiques et la mortalité. Éviter l'utilisation pour le traitement des SCPD ou délirium sauf si les mesures non pharmacologiques ont échoué ou ne sont pas possibles *et* que le comportement du patient menace sa sécurité ou celle d'autrui. Si utilisé, des tentatives périodiques de déprescription doivent être considérées pour évaluer le besoin et/ou d'utiliser la plus petite dose efficace.
Antipsychotiques, diurétiques, carbamazépine, mirtazapine, oxcarbazépine, IRSN, ISRS, ATC, tramadol	- Peut exacerber ou causer un SIADH ou une hyponatrémie. - La natrémie doit être surveillée de près lors du début ou du changement de dose.

B. Conditions cliniques	Médicaments à éviter	Justifications
Syncope	- Inhibiteurs de la cholinestérase - Alpha bloquants non sélectifs (doxazosine, prazosine, térazosine) - ATC tertiaires - Antipsychotiques (chlorpromazine, olanzapine)	- Les antipsychotiques listés augmentent le risque d'hypotension orthostatique.
Délirium	- Anticholinergiques - Benzodiazépines - Antipsychotiques - Corticostéroïdes (oraux et parentéraux) - Antagonistes des récepteurs H2 - Opioïdes - Hypnotiques en Z	- Éviter chez les patients âgés avec ou à haut risque de délirium, car peut potentiellement induire ou exacerber le délirium. - Éviter les antipsychotiques pour le traitement des SCPD et/ou délirium sauf si les mesures non pharmacologiques ont échoué ou ne sont pas possibles *et* que le comportement du patient menace sa sécurité ou celle d'autrui. Si utilisé, des tentatives périodiques de déprescription doivent être considérées pour évaluer le besoin et/ou d'utiliser la plus petite dose efficace.
Troubles neurocognitifs	- Anticholinergiques - Benzodiazépines	- Éviter à cause des effets nuisibles au système nerveux central.

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2025-2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

	- Hypnotiques en Z - Antipsychotiques, utilisation chronique ou au besoin	- Augmentation du risque d'évènements vasculaires cérébraux, de plus grand déclin cognitif et de mortalité chez les patients atteints de TNCM. Éviter les antipsychotiques pour le traitement des SCPD et/ou délirium sauf si les mesures non pharmacologiques ont échoué ou ne sont pas possibles *et* que le comportement du patient menace sa sécurité ou celle d'autrui. Si utilisé, des tentatives périodiques de déprescription doivent être considérées pour évaluer le besoin et/ou d'utiliser la plus petite dose efficace.
Antécédent de chutes ou fractures	- Anticonvulsivants - Antipsychotiques - Benzodiazépines - ATC - ISRS - IRSN - Hypnotiques en Z - Opioïdes	- Peut produire ataxie, dysfonction psychomotrice, syncope ou chutes additionnelles. - Si un agent doit être prescrit, considérer la réduction des autres agents qui agissent sur le système nerveux central qui peuvent causer des chutes et fractures et considérer d'autres stratégies pour réduire le risque de chute.
Maladie de Parkinson	- Antiémétiques (métoclopramide, prochlorpérazine, prométhazine) - Tous les antipsychotiques sauf quétiapine et clozapine	- Les antagonistes des récepteurs dopaminergiques ont le potentiel d'aggraver les symptômes parkinsoniens. - Exceptions : La clozapine et la quétiapine semblent moins aggraver les symptômes parkinsoniens que les autres antipsychotiques.
Symptômes du tractus urinaire bas, hyperplasie bénigne de la prostate	- Médicaments avec fort potentiel anticholinergique, dont chlorpromazine, clozapine, loxapine, olanzapine, perphénazine, trifluopérazine	- Peut réduire le débit urinaire et causer de la rétention urinaire - Éviter chez l'homme

IRSN : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine; ATC : antidépresseurs tricycliques. TNCM: trouble neurocognitif majeur

2) Parmi les critères STOPP [35]:

- Duplication d'une classe pharmacologique pour une prise quotidienne régulière (donc pas une prise PRN), par exemple, concomitamment deux anti-inflammatoires non stéroïdiens, ISRS, diurétiques de l'anse, IECA, anticoagulants, antipsychotiques, opioïdes (optimisation d'une monothérapie avec un seul agent par classe devrait être faite avant de considérer l'ajout d'un nouvel agent)
- Antipsychotiques à long terme avec histoire connue de maladie coronarienne, vasculaire cérébrale ou périphérique (risque accru de thrombose)
- Antipsychotiques avec effets anticholinergiques/antimuscariniques modérés (chlorpromazine, clozapine, flupenthixol, fluphénazine, zuclopenthixol) avec une histoire de symptôme urinaire bas associée à une hypertrophie bénigne de la prostate ou de la rétention urinaire antérieure (haut risque de rétention urinaire)

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2025-2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

- Anticholinergiques en traitement des symptômes extrapyramidaux induit par les antipsychotiques (risque de syndrome anticholinergique)
- Antipsychotiques prescrit pour SCPD à une dose inchangée pour plus de trois mois sans révision de la médication (risque augmenté d'effets extra-pyramidaux, de détérioration cognitive chronique, de morbidité cardiovasculaire majeure et de mortalité)
- Antipsychotiques chez patients avec SCPD pour plus de 12 semaines sauf si les SCPD sont graves et que les autres mesures non pharmacologiques aient échoué (risque accru d'AVC et d'infarctus du myocarde)
- Antipsychotiques autres que clozapine ou quétiapine chez les sujets atteints de parkinsonisme ou de TNCM à corps de Lewy (risque de symptômes extrapyramidaux graves)
- Antipsychotiques comme traitement hypnotique, sauf si trouble du sommeil lié à une psychose ou à SCPD relié à une démence (non recommandé dans les monographies; risque de confusion, hypotension, risque de syndrome extrapyramidal, chutes)
- Phénothiazines en première ligne pour psychose ou symptômes non cognitifs de la démence, 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)
- Antipsychotiques avec dysphagie (risque accru de pneumonie d'aspiration)
- Antipsychotiques chez patients avec chutes récurrentes (peut causer du parkinsonisme)
- Usage concomitant de deux médicaments ou plus avec effets anticholinergiques/antimuscariniques (antispasmodiques urinaires ou intestinaux, antidépresseurs tricycliques, antihistaminiques de première génération, antipsychotiques) (risque accru de toxicité anticholinergique/antimuscarinique)

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2025-2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.