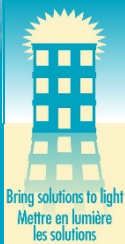




Canadian Coalition for Seniors' Mental Health  
Coalition Canadienne pour la santé mentale  
des personnes âgées



Mise à jour 2014 des  
lignes directrices

Évaluation et prise en charge des problèmes de santé  
mentale en établissement de soins de longue durée  
(particulièrement les troubles de l'humeur et du  
comportement)

## MISE À JOUR 2014 DES LIGNES DIRECTRICES

**BUT DES LIGNES DIRECTRICES** : La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) est fière d'avoir pu faciliter l'élaboration des présentes lignes directrices cliniques. Il s'agit de la première fois que des premières lignes directrices interdisciplinaires d'envergure pancanadienne sur les pratiques exemplaires abordent spécifiquement des aspects clés de la santé mentale de la personne âgée. Rédigées par une équipe interdisciplinaire, ces lignes directrices s'adressent aux équipes interdisciplinaires de professionnels de la santé de tout le Canada. Ces lignes directrices visent à améliorer l'évaluation, le traitement, la prise en charge et la prévention de problèmes de santé mentale chez les aînés en proposant des recommandations fondées sur des données probantes. Ces recommandations ont été établies en tenant compte des données probantes les plus concluantes connues au moment de la publication complétées, le cas échéant, par l'opinion consensuelle du groupe chargé d'élaborer les lignes directrices.

**BUT DES MISES À JOUR DES LIGNES DIRECTRICES** : Les mises à jour des lignes directrices rendent compte des changements importants qui sont survenus dans la pratique depuis la publication de la version originale des lignes directrices en 2006. Les mises à jour sont rédigées et revues par des experts qui sont associés au projet depuis l'élaboration de lignes directrices. Pour en savoir plus sur les recommandations relatives aux pratiques cliniques, veuillez consulter la version originale des lignes directrices dans notre site Web [www.ccsmh.ca](http://www.ccsmh.ca).

**AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ** : Le présent document est publié uniquement à des fins d'information, et il ne saurait être interprété ou utilisé à titre de norme de pratique médicale. Tous les efforts possibles ont été faits pour assurer l'exactitude du contenu du présent document. Néanmoins l'éditeur et toutes les personnes qui ont participé à la réalisation du document déclinent toute responsabilité à l'égard de l'exactitude, de l'intégralité ou de la valeur de son contenu. Le document est publié sachant que ni l'éditeur, ni les personnes ayant participé à la rédaction n'y formulent de conseils professionnels. Il incombe aux médecins et aux lecteurs de déterminer la prise en charge clinique appropriée de chaque patient compte tenu de l'ensemble des données cliniques disponibles. L'éditeur et les personnes qui ont participé à la rédaction du présent document se dégagent également de toute responsabilité à l'égard de qui que ce soit concernant le contenu ou les conséquences découlant de son utilisation dans le cadre d'une entente contractuelle ou à la suite de négligence ou d'un autre motif d'action.

**RÉFÉRENCE RECOMMANDÉE** : Conn D, Gibson M, et McCabe D. (2014). *Mise à jour 2014 des lignes directrices de la CCSMPA – Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement)*. Toronto : Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA), [www.ccsmh.ca](http://www.ccsmh.ca).

**REMERCIEMENTS** : La mise à jour des lignes directrices a été rendue possible par un prix Betty-Havens 2010 de l'application des connaissances de l'Institut du vieillissement des IRSC.

## MISE À JOUR 2014 DES LIGNES DIRECTRICES

Depuis la publication des lignes directrices 2006 de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées sur l'Évaluation et la prise en charge des problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement (Conn et al. 2006), la littérature plus récente – en grande partie – confirme les recommandations formulées en 2006 ou vient les améliorer. La présente mise à jour est axée sur les discussions et les recommandations découlant des lignes directrices de 2006 relatives à l'évaluation, aux interventions psychologiques et sociales, aux interventions médicamenteuses et aux considérations organisationnelles touchant les soins de longue durée (SLD). Elle comprend aussi deux recommandations modifiées et une nouvelle, lesquelles sont résumées ci-dessous.

### Résumé des recommandations modifiées

*Pour faciliter la consultation de ce document, le numéro de la page où figure la recommandation dans la version originale de 2006 des recommandations est fourni au début du texte pour toutes les recommandations qui sont modifiées ou ajoutées dans la présente mise à jour. Par la suite, dans chaque section, nous présentons la recommandation ainsi qu'une discussion de la littérature pertinente parue depuis la publication originale des lignes directrices en 2006. Nous encourageons vivement les lecteurs à consulter la version originale des lignes directrices et la discussion ci-dessous, plutôt que de se limiter au résumé des recommandations modifiées.*

#### Recommandations de 2006 : Symptômes dépressifs : Interventions médicamenteuses (pages 30-31)

L'antidépresseur représente le traitement de première intention de la dépression majeure conforme aux critères diagnostiques [A].

Les antidépresseurs de premier recours appropriés en ESLD comprennent les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine, comme le citalopram et la sertraline, ou la venlafaxine, la mirtazapine ou le bupropion [B].

#### Recommandations modifiées de 2014

L'antidépresseur représente le traitement de première intention de la dépression majeure. Les résidents souffrant de dépression moins sévères devraient recevoir Les interventions psychosociales représentent le traitement de première intention de la dépression moins grave en ESLD. Si la dépression persiste, le traitement à l'antidépresseur est à considérer [A].

Les antidépresseurs de premier recours appropriés en ESLD comprennent les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine, comme le citalopram, l'escitalopram et la sertraline, ou la venlafaxine, la mirtazapine, le bupropion ou la duloxétine [B].

#### Recommandation ajoutée : Considérations organisationnelles (pages 39-41)

L'équipe soignante de l'ESLD devrait élaborer des initiatives d'amélioration de la qualité axées sur la prescription optimale de psychotropes [A].

# MISE À JOUR 2014 DES LIGNES DIRECTRICES

## Méthodes

Les termes de recherche retenus sont les mêmes que ceux utilisés pour élaborer les lignes directrices de 2006 (Conn *et al.* 2006). La recherche dans les bases de données a englobé Medline, Embase et PsychINFO. Elle a été restreinte aux articles de langue anglaise publiés entre juillet 2005 et juin 2014.

La recherche a recensé un total de 411 articles. Un des auteurs a passé en revue les titres et les résumés de ces documents pour établir lesquels feraient l'objet d'une revue intégrale du texte. Les essais contrôlés (en particulier les essais randomisés), les méta-analyses, les revues (en particulier systématiques) et les lignes directrices de pratique potentiellement pertinents au domaine à l'étude ont été retenus. Quatre-vingt-neuf des 411 articles dégagés de la recherche documentaire ont été choisis pour faire l'objet d'une revue intégrale. Par ailleurs, les auteurs ont identifié d'autres documents pertinents dont ils avaient connaissance. Les auteurs se sont fondés sur la revue intégrale des documents qu'ils avaient retenus pour modifier deux recommandations et en élaborer une nouvelle.

### Partie 3: Évaluation des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux : Analyse

Plusieurs études (Bruhl, Luijendijk et Muller 2007; Kallenbach et Rigler 2006; Onega 2006) publiées vers le milieu des années 2000 posent des conclusions qui viennent confirmer les recommandations d'évaluation relatives au dépistage, à

l'investigation approfondie et à l'évaluation continue parues dans les lignes directrices de pratique en établissement de soins de longue durée (ESLD) de la CCSMPA (Conn *et al.* 2006). Les revues :

- appuient le dépistage des problèmes de santé mentale à intervalles réguliers (y compris peu après l'admission);
- confirment la validité d'utiliser des échelles d'évaluation pour améliorer le dépistage des symptômes dépressifs par le personnel infirmier;
- attestent de l'importance de considérer tous les facteurs (p. ex., les comorbidités) au moment de consigner et d'interpréter l'humeur et le comportement ;
- plaident pour l'utilisation d'une démarche logique et cohérente pour associer les résultats de l'évaluation avec les interventions.

Une revue plus récente des directives et de nouvelles recherches publiées par l'International Psychogeriatric Association Task Force on Mental Health Issues in Long-term Care Homes (Koopmans, Zuidema, Leontjevas et Gerritsen 2010) comporte des recommandations relatives à des échelles d'évaluation précises, conformément à la recommandation de la CCSMPA voulant que le choix de l'instrument de dépistage repose sur les caractéristiques de la situation (p. ex., la capacité du résident à rendre compte des symptômes et la nature du problème).

Les lignes directrices de la CCSMPA posent que le diagnostic et le diagnostic différentiel sont des objectifs de l'évaluation et que l'investigation approfondie se conclut par la détermination de la nécessité d'un traitement, et de la forme et de l'intensité de ce traitement. Les études se fondent sur des méthodes de recherche descriptive pour recenser des incohérences au plan du diagnostic et du traitement des résidents en ESLD souffrant de dépression (Kramer, Allgair, Fejtikova, Mergl et Hegerl 2009; Stones, Clyburn, Gibson et Woodbury 2006). Du fait qu'un constat de prévalence élevée ne donne pas nécessairement lieu à un suivi ou un traitement additionnel, certains chercheurs suggèrent que les résultats cliniques pourraient être améliorés en jumelant les instruments d'évaluation aux protocoles d'intervention (Davison *et al.* 2011). Dans la même veine, d'autres suggèrent de mettre en œuvre des algorithmes cliniques qui intègrent l'évaluation et le traitement (Kovach *et al.* 2006; Pieper *et al.* 2011). Entre autres défis, la lourdeur des charges de travail et les besoins non satisfaits continuent d'entraver l'évaluation efficace en ESLD (Simons *et al.* 2012).

### **Parties 4 et 5 : Prise en charge des symptômes dépressifs et comportementaux : analyse des interventions psychologiques et sociales**

De nombreuses revues et lignes directrices confirment les recommandations de la CCSMPA (Conn *et al.* 2006) et prêtent un appui prudent à un vaste éventail

d'interventions non médicamenteuses pour traiter les symptômes dépressifs et comportementaux en ESLD (Kong, Evans et Guevara 2009; Seitz *et al.* 2012; Turner 2005; Verkaik, van Weert et Francke 2005; Vernooij-Dassen, Vasse, Zuidema, Cohen-Mansfield et Moyle 2010). L'éventail des interventions non médicamenteuses est très large. Certaines ciblent de grands aspects de la personnalité, comme la spiritualité (Keast, Leskovar et Brohm 2010), tandis que d'autres ciblent des comportements très spécifiques, comme les vocalisations perturbantes (McMinn et Draper 2005). Considérant la prévalence élevée de la démence en ESLD (Seitz, Purandare et Conn 2010), une part importante de la littérature récente porte spécifiquement sur les résidents de ces établissements qui sont atteints de démence (Gauthier *et al.* 2010; Kverno, Black, Nolan et Rabins 2009).

Depuis la publication des lignes directrices de la CCSMPA, certaines études ont abondé dans le sens du recours aux interventions psychologiques et sociales pour traiter les troubles de l'humeur et du comportement. Des comptes rendus de nouvelles recherches recensent les bienfaits des interventions de contact social (Ballard *et al.* 2009; Cohen-Mansfield *et al.* 2010) pour prendre en charge les symptômes comportementaux des résidents d'ESLD atteints de démence. Au plan de la stimulation sensorielle, on constate une confirmation croissante de l'efficacité de la musicothérapie (Ballard *et al.* 2009; Cohen-Mansfield *et al.* 2010; Raglio *et al.*

## MISE À JOUR 2014 DES LIGNES DIRECTRICES

2008; Sung, Chang, Lee et Lee 2006), de l'acupression (Yang, Wu, Lin et Lin 2007) et du toucher thérapeutique (Hawranik, Johnston et Deatrich 2008; Woods, Craven et Whitney 2005) pour traiter les symptômes comportementaux, et de la technique snœzelen pour traiter les symptômes comportementaux et de l'humeur (van Weert, van Dulmen, Spreeuwenberg, Ribbe et Bensing 2005). Par ailleurs, la littérature s'intéresse de plus en plus à l'activité physique comme élément des interventions non médicamenteuses pour soigner les symptômes comportementaux et de l'humeur en ESLD (Tseng, Gau et Lou 2011; Williams et Tappen 2007).

Les approches structurées et institutionnelles visant la prise en charge des symptômes dépressifs et comportementaux en ESLD ont aussi fait l'objet d'une attention plus poussée. Des principes de conception basés sur les faits soutiennent la recommandation voulant que les ESLD instaurent un milieu physique adapté aux symptômes cognitifs et comportementaux de la démence (Fleming et Purandare 2010). D'autres études ont abordé l'impact de différents modèles de soins et de la programmation d'interventions non médicamenteuses en ESLD (Ballard *et al.* 2009; Chenoweth *et al.* 2009; Deudon *et al.* 2009; Earthy, MacCourt et Mitchell 2008; Kuske *et al.* 2007; Levy-Storms 2008; Snowdon 2010; Testad, Ballard, Bronnick et Aarsland 2010; Vasse, Vernooij-Dassen, Spijker, Rikkert et Koopmans 2010; Verkaik *et al.* 2011).

L'importance de la formation du personnel est une des grandes thématiques qui se dégage de ces approches. Cette formation vise notamment à :

- améliorer la communication entre le personnel et les résidents;
- dépister les besoins non satisfaits;
- comprendre et reconnaître les préoccupations liées à l'humeur et au comportement en ESLD, et y répondre;
- mieux faire connaître les stratégies d'intervention pratique comme la communication thérapeutique et la programmation d'activités agréables;
- améliorer la capacité à composer avec le stress dû à des comportements difficiles (en reconnaissance de la relation réciproque entre la qualité du milieu de travail et les comportements des résidents).

Pour s'assurer d'une utilisation plus efficace de ressources limitées, il faudra mieux comprendre les mécanismes par lesquels les interventions non médicamenteuses ont un impact sur l'humeur et le comportement. Dans le cas des interventions sensorielles, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour établir la part relative de facteurs communs (p. ex., une stimulation accrue indépendante de la modalité sensorielle) et des caractéristiques propres à l'intervention (p. ex., cibler certains sens ou suivre des protocoles spécifiques, ou les deux). Les ESLD devront aussi trouver comment intégrer des interventions discrètes, qui peuvent produire une

amélioration à court terme de symptômes précis, aux modèles de soins qui ciblent la prévention des symptômes et qui visent plus généralement à réaliser des gains soutenus du bien-être général (Livingston *et al.* 2005; Seitz *et al.* 2012).

### Partie 4.4 : Traitement médicamenteux des symptômes et troubles dépressifs : Analyse et recommandations modifiées

Depuis la parution des lignes directrices de 2006 de la CCSMPA, de nombreuses études sur la prescription de psychotropes en ESLD ont constaté un maintien des taux d'utilisation élevés. En Norvège, une étude relève que la prévalence pour tous les psychotropes confondus a évolué de 57,6 % à 70,5 % de 1997 à 2009, l'augmentation la plus forte ayant touché les antidépresseurs (la prescription étant passée de 31,5 % to 50,9 %) (Ruths *et al.* 2012). Une étude en Autriche a montré qu'un antipsychotique avait été prescrit à 45,9 % des résidents, et un antidépresseur, à 36,8 % (Mann *et al.* 2009). Des analyses récentes de l'enquête nationale de 2004 auprès des établissements de soins aux États-Unis rapportent qu'un antipsychotique avait été administré à 24,8 % des résidents (âgés de plus de 65 ans) et un antidépresseur, à 46,2 % (Kamble *et al.* 2008, Karkare *et al.* 2011). Des études menées aux États-Unis et en Allemagne suggèrent également que les antidépresseurs sont sous-utilisés, sur-utilisés ou mal utilisés, selon le cas (Hanlon *et al.* 2011; Kramer *et al.* 2009).

En ce qui concerne les recommandations de 2006 sur le traitement de la dépression, quelques modifications mineures sont proposées. Comme nous l'avons indiqué plus haut, nous suggérons au lecteur de consulter aussi les *Lignes directrices sur l'évaluation et le traitement de la dépression chez les personnes âgées* de la CCSMPA pour lire d'autres recommandations (CCSMPA 2006a; CCSMPA à paraître). Les directives de 2006 sur les soins en établissement de longue durée recommandent que « L'antidépresseur représente le traitement de première intention de la dépression majeure conforme aux critères diagnostiques » (Conn *et al.* 2006: 30).

Les lignes directrices de 2006 de la CCSMPA relative au traitement de la dépression comportaient des recommandations légèrement différentes pour la dépression mineure ou modérée, comparativement à la dépression majeure grave. Dans le premier cas, les lignes directrices recommandaient un antidépresseur ou la psychothérapie, ou encore une combinaison des deux. Selon la disponibilité de services, la combinaison des deux était recommandée en cas de dépression majeure grave. Une récente étude de l'efficacité des antidépresseurs pour soigner des résidents déprimés en établissement de soins a recensé les résultats de 11 études admissibles, y compris quatre essais randomisés et sept essais non randomisés ouverts (Boyce *et al.* 2012). Les auteurs concluent que la faible quantité de données probantes suggère une réponse modeste aux antidépresseurs

chez les résidents déprimés. Il est à noter que les deux seuls essais randomisés contrôlés par placebo étaient tous deux négatifs. Récemment, il y a aussi eu des méta-analyses qui ont mis en doute l'efficacité des antidépresseurs pour soigner les formes légères de dépression (Fournier *et al.* 2010).

### **Recommandation modifiée : Symptômes dépressifs : Interventions médicamenteuses (pages 30-31)**

L'antidépresseur représente le traitement de première intention de la dépression majeure. Les résidents souffrant de dépression moins sévères devraient recevoir Les interventions psychosociales représentent le traitement de première intention de la dépression moins grave en ELS. Si la dépression persiste, le traitement à l'antidépresseur est à considérer **[A]**.

Les antidépresseurs de premier recours appropriés en ELS comprennent les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine, comme le citalopram, l'escitalopram et la sertraline, ou la venlafaxine, la mirtazapine, le bupropion ou la duloxétine **[B]**.

L'escitalopram et la duloxétine seront ajoutés à la liste des antidépresseurs de premier recours appropriés (page 30). La duloxétine peut apporter un soulagement additionnel aux patients souffrant de syndromes de douleur chronique (Gaynor *et al.* 2011). Les cliniciens devraient avoir connaissance des préoccupations associées

au prolongement possible de l'intervalle QTc qui ont été soulevées au sujet de l'administration de fortes doses de citalopram (excédant 20 mg par jour) et d'escitalopram (excédant 10 mg par jour) à des personnes âgées.

De nouvelles données confirment l'utilisation de psychostimulants (p. ex., le méthylphénidate) pour traiter l'apathie associée à la maladie d'Alzheimer (Herrmann *et al.* 2008; Rosenberg *et al.* 2013), en appui à la recommandation originale (Conn *et al.* 2006: 31).

### **Partie 5 : Prise en charge des symptômes comportementaux : Analyse**

Il n'y a pas eu, au cours des sept dernières années, d'avances importantes touchant le traitement médicamenteux des symptômes comportementaux qui justifieraient d'apporter des changements profonds aux recommandations de 2006. Nous réitérons l'importance d'infirmier l'existence d'un autre problème médical (p. ex. délire, douleur, toxicité médicamenteuse) et d'avoir recours aux interventions psychosociales avant d'opter pour les interventions médicamenteuses. Nous soulignons également le besoin de peser soigneusement les avantages potentiels de l'intervention médicamenteuse, compte tenu de la dangerosité potentielle. Des préoccupations persistent au sujet de la prescription excessive des psychotropes (en particulier les antipsychotiques) pour soigner les personnes atteintes de démence. Dans certains pays, par exemple le Royaume-Uni, des cibles nationales de



réduction ont été fixées (Banerjee 2009), et des données récentes confirment d'importantes réductions (Martinez *et al.* 2013). Nous continuons de croire que pour certains, les antipsychotiques atypiques peuvent être bénéfiques. Les données les plus probantes, en ce qui concernent les interventions médicamenteuses ciblant l'agression et la psychose, demeurent liées à cette classe de médicaments (Seitz *et al.* 2013). Il demeure que les préoccupations concernant l'augmentation des taux de décès et de l'incidence d'événements vasculaires cérébraux, ainsi que d'autres effets indésirables, soulignent la nécessité d'obtenir un consentement pleinement informé avant de commencer le traitement. Conformément aux lignes directrices de 2006, les antipsychotiques ne sont indiqués que s'il y a un risque marqué, une incapacité ou une souffrance occasionnée par les symptômes. La CCSMPA a récemment produit un outil de poche pour aider les cliniciens à déterminer les interventions médicamenteuses pour soigner les symptômes comportementaux de la démence (Seitz *et al.* 2012, dans le site [www.ccsmh.ca](http://www.ccsmh.ca)).

Certaines données indiquent que les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS – le citalopram et la sertraline) peuvent réduire l'agitation associée à la démence (Seitz *et al.* 2011). Les cliniciens pourraient vouloir commencer par prescrire un ISRS puisque le risque d'effets néfastes graves semble moindre que celui posé par les antipsychotiques. Cela dit, une récente

étude rapporte que même à faible dose, les ISRS sont associés à un risque accru de chute causant des blessures chez les résidents atteints de démence, et que ce risque suit la courbe d'augmentation de la dose (Sterke *et al.* 2012). Les données probantes relatives à l'utilisation du trazodone pour soigner l'agitation restent relativement peu convaincantes.

Les données probantes concernant les avantages possibles des inhibiteurs de la cholinestérase pour les symptômes comportementaux sont relativement faibles. Il n'y a eu qu'un seul essai aléatoire contrôlé par placebo faisant intervenir le comportement comme critère principal (Howard *et al.*, 2007). Dans cet essai, le donépézil n'était pas plus efficace que le placebo. Dans une récente revue systématique de 14 études examinant l'effet des inhibiteurs de la cholinestérase sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (issue secondaire dans 13 études), 11 n'ont relevé aucune réduction marquée des symptômes comportementaux par rapport au placebo (Rodda *et al.* 2009). Les données probantes quant aux bienfaits possibles de la mémantine sont aussi faibles (Maidment *et al.* 2008), en dépit de certains signes que la mémantine pourrait retarder l'apparition de symptômes comportementaux (Wilcock *et al.* 2008).

### Partie 6 : Considérations organisationnelles et systémiques : Analyse et recommandation

Certains progrès ont été réalisés quant à la compréhension de l'optimisation des

## MISE À JOUR 2014 DES LIGNES DIRECTRICES

pratiques de prescription en ESLD. Une analyse Cochrane des interventions psychosociales visant à réduire l'utilisation d'antipsychotiques suggère qu'une réduction est possible grâce à l'éducation et à la formation du personnel ou à des rencontres de l'équipe multidisciplinaire (Richter *et al.* 2012). Une autre analyse Cochrane des interventions visant à optimiser les pratiques de prescription en ESLD a englobé huit études (Allred *et al.* 2013). Elles faisaient intervenir tant des examens des médicaments que des consultations multidisciplinaires, la formation du personnel et le recours à des technologies pour appuyer la prise de décisions. Les auteurs ont conclu que les interventions ont permis de déceler et de régler des problèmes liés aux médicaments, mais sans qu'il ait été possible de confirmer un impact sur les issues associées aux résidents. Une troisième analyse Cochrane s'est penchée sur les données appuyant le retrait ou le maintien de l'utilisation des antipsychotiques au sein de cette population (Declercq *et al.* 2013). Cette analyse a englobé neuf études. Les auteurs ont conclu que l'utilisation chronique d'antipsychotiques peut être suspendue

pour de nombreuses personnes sans effets néfastes sur leur comportement. Cependant, deux études portant sur des personnes qui avaient auparavant bien réagi à l'utilisation d'un antipsychotique pour traiter l'agitation ou la psychose ont constaté un risque accru de rechute ou une réduction du délai de rechute après l'arrêt du médicament. Deux autres études ont révélé que les personnes ayant des symptômes plus sévères au départ pouvaient bénéficier de continuer à prendre un antipsychotique. Force donc de conclure que les cliniciens devraient être particulièrement prudents lorsqu'ils suspendent l'utilisation d'antipsychotiques pour soigner ce groupe de résidents. Ces études ont abouti à l'ajout d'une recommandation supplémentaire liée à la prescription optimale de psychotropes en ESLD.

### Recommandation ajoutée : Considérations organisationnelles (pages 39-41)

L'équipe soignante de l'ESLD devrait élaborer des initiatives d'amélioration de la qualité axées sur la prescription optimale de psychotropes [A].

## Références relatives à l'évaluation

Bruhl KG, Luijendijk HJ et Muller MT. (2007). Nurses' and nursing assistants' recognition of depression in elderly who depend on long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(7), 441-445.

Conn D, Gibson M, Feldman S, Hirst S, Leung S et MacCourt P. (2006). National guidelines for seniors' mental health: The assessment and treatment of mental health issues in long-term care homes (focus on mood and behaviour symptoms). Toronto: Canadian Coalition for Seniors Mental Health.

Davison T E, Snowdon J, Castle N, McCabe MP, Mellor D, Karantzas G et Allan J. (2011). An evaluation of a national program to implement the Cornell Scale for Depression in Dementia into routine practice in aged care facilities. *International Psychogeriatrics / IPA*, 24(4):631-641.

Kallenbach LE et Rigler SK. (2006). Identification and management of depression in nursing facility residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(7), 448-455.

Koopmans RT, Zuidema SU, Leontjevas R et Gerritsen DL. (2010). Comprehensive assessment of depression and behavioral problems in long-term care. *International Psychogeriatrics / IPA*, 22(7), 1054-1062.

Kovach CR, Logan BR, Noonan PE, Schlidt AM, Smerz J, Simpson M et Wells T. (2006). Effects of the serial trial intervention on discomfort and behavior of nursing home residents with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 21(3), 147-155.

Kramer D, Allgaier AK, Fejtikova S, Mergl R et Hegerl U. (2009). Depression in nursing homes: Prevalence, recognition, and treatment. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39(4), 345-358.

Onega LL. (2006). Assessment of psychoemotional and behavioral status in patients with dementia. *The Nursing Clinics of North America*, 41(1), 23-41.

Pieper MJ, Achterberg WP, Francke AL, van der Steen JT, Scherder EJ et Kovach CR. (2011). The implementation of the serial trial intervention for pain and challenging behaviour in advanced dementia patients (STA OP!): A clustered randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 11, 12.

Simons K, Connolly RP, Bonifas R, Allen PD, Bailey K, Downes D et Galambos C. (2012). Psychosocial assessment of nursing home residents via MDS 3.0: Recommendations for social service training,

staffing, and roles in interdisciplinary care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(2), 190.e9-190.e15.

Stones MJ, Clyburn LD, Gibson MC et Woodbury MG. (2006). Predicting diagnosed depression and antidepressant treatment in institutionalized older adults by symptom profiles: A closer look at anhedonia and dysphoria. *Canadian Journal on Aging*, 25(2), 153-159.

## Références relatives aux interventions psychologiques et sociales

Ballard C, Brown R, Fossey J, Douglas S, Bradley P, Hancock J, James IA, Juszcak E, Bentham P, Burns A, Lindsay J, Jacoby R, O'Brien J, Bullock R, Johnson T, Holmes C et Howard R. (2009). Brief psychosocial therapy for the treatment of agitation in Alzheimer disease (the CALM-AD trial). *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 17(9), 726-733.

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA). (2006a). Lignes directrices nationales. La santé mentale de la personne âgée - Évaluation et prise en charge de la dépression. Toronto: CCSMPA.

CCSMH. (à paraître). Mise à jour 2014 des lignes directrices: Évaluation et prise en charge de la dépression. Toronto: CCSMPA.

Chenoweth L, King MT, Jeon YH, Brodaty H, Stein-Parbury J, Norman R, Haas M et Luscombe G. (2009). Caring for aged dementia care resident study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: A cluster-randomised trial. *Lancet Neurology*, 8(4), 317-325.

Cohen-Mansfield J, Marx MS, Dakheel-Ali M, Regier NG, Thein K et Freedman L. (2010). Can agitated behavior of nursing home residents with dementia be prevented with the use of standardized stimuli? *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(8), 1459-1464.

Conn D, Gibson M, Feldman S, Hirst S, Leung S et MacCourt P. (2006). National guidelines for seniors' mental health: The assessment and treatment of mental health issues in long-term care homes (focus on mood and behaviour symptoms). Toronto, Ontario: Canadian Coalition for Seniors Mental Health.

- Deudon A, Maubourguet N, Gervais X, Leone E, Brocker P, Carcaillon L, Riff S, Lavallart B et Robert PH. (2009). Non-pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(12), 1386-1395.
- Earthy A, MacCourt P et Mitchell J. (2008). Promoting a cultural shift and a system change to respond to agitated and excessive behaviours (REAB). *Perspectives (Gerontological Nursing Association (Canada))*, 32(3), 5-13.
- Fleming R et Purandare N. (2010). Long-term care for people with dementia: Environmental design guidelines. *International Psychogeriatrics / IPA*, 22(7), 1084-1096.
- Gauthier, S., Cummings, J., Ballard, C., Brodaty, H., Grossberg, G., Robert, P., et Lyketsos, C. (2010). Management of behavioral problems in alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics / IPA*, 22(3), 346-372.
- Hawranik P, Johnston P et Deatrich J. (2008). Therapeutic touch and agitation in individuals with Alzheimer's disease. *Western Journal of Nursing Research*, 30(4), 417-434.
- Keast K, Leskovar C et Brohm R. (2010). A systematic review of spirituality and dementia in LTC. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*, 18(10), 41-47.
- Kong EH, Evans LK et Guevara JP. (2009). Nonpharmacological intervention for agitation in dementia: A systematic review and meta-analysis. *Aging et Mental Health*, 13(4), 512-520.
- Kuske B, Hanns S, Luck T, Angermeyer MC, Behrens J et Riedel-Heller SG. (2007). Nursing home staff training in dementia care: A systematic review of evaluated programs. *International Psychogeriatrics / IPA*, 19(5), 818-841.
- Kverno KS, Black BS, Nolan MT et Rabins PV. (2009). Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: A systematic literature review. *International Psychogeriatrics / IPA*, 21(5), 825-843.
- Levy-Storms L. (2008). Therapeutic communication training in long-term care institutions: Recommendations for future research. *Patient Education and Counseling*, 73(1), 8-21.
- Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG, et Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 162(11), 1996-2021.
- McMinn B et Draper B. (2005). Vocally disruptive behaviour in dementia: Development of an evidence based practice guideline. *Aging et Mental Health*, 9(1), 16-24.
- Raglio A, Bellelli G, Traficante D, Gianotti M, Ubezio MC, Villani D et Trabucchi M. (2008). Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 22(2), 158-162.
- Seitz DP, Purandare N et Conn D. (2010). Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: A systematic review. *International Psychogeriatrics / IPA*, 22(7), 1025-1039.
- Seitz DP, Brisbin S, Herrmann N, Rapoport MJ, Wilson K, Gill SS, Rines J, Le Clair K et Conn D. (2012). Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long-term care: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(6), 503-506.e2.
- Snowdon J. (2010). Mental health service delivery in long-term care homes. *International Psychogeriatrics / IPA*, 22(7), 1063-1071.
- Sung HC, Chang SM, Lee WL et Lee MS. (2006). The effects of group music with movement intervention on agitated behaviours of institutionalized elders with dementia in Taiwan. *Complementary Therapies in Medicine*, 14(2), 113-119.
- Testad I, Ballard C, Bronnick K et Aarsland D. (2010). The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: A single-blind, randomized controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(1), 80-86.
- Tseng CN, Gau BS et Lou MF. (2011). The effectiveness of exercise on improving cognitive function in older people: A systematic review. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 19(2), 119-131.
- Turner S. (2005). Behavioural symptoms of dementia in residential settings: A selective review of non-pharmacological interventions. *Aging & Mental Health*, 9(2), 93-104.
- van Weert JC, van Dulmen AM, Spreeuwenberg PM, Ribbe MW et Bensing JM. (2005). Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour

dementia care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(1), 24-33.

Vasse E, Vernooij-Dassen M, Spijker A, Rikkert MO et Koopmans R. (2010). A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes. *International Psychogeriatrics / IPA*, 22(2), 189-200.

Verkaik R, Francke AL, van Meijel B, Spreeuwenberg PM, Ribbe MW et Bensing JM. (2011). The effects of a nursing guideline on depression in psychogeriatric nursing home residents with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(7), 723-732.

Verkaik R, van Weert JC et Francke AL. (2005). The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(4), 301-314.

Vernooij-Dassen M, Vasse E, Zuidema S, Cohen-Mansfield J et Moyle W. (2010). Psychosocial interventions for dementia patients in long-term care. *International Psychogeriatrics / IPA*, 22(7), 1121-1128.

Williams CL et Tappen RM. (2007). Effect of exercise on mood in nursing home residents with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 22(5), 389-397.

Woods DL, Craven RF et Whitney J. (2005). The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 11(1), 66-74.

Yang MH, Wu SC, Lin JG et Lin LC. (2007). The efficacy of acupressure for decreasing agitated behaviour in dementia: A pilot study. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 308-315.

## Références relatives aux interventions pharmacologiques

Allred DP, Raynor DK, Hughes C, Barber N, Chen TF et Spoor P. (2013). Interventions to optimize prescribing for older people in care homes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Feb 28; 2:CD009095.

Ballard C et Waite J. (2006). The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jan 5; (1):CD003476.

Boyce RD, Hanlon JT, Karp JF, Kloke J, Saleh A et Handler SM. (2012). A review of the effectiveness of antidepressant medications for depressed nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc*. 2012 May; 13(4):326-31.

Declercq T, Petrovic M, Azermai M, Vander Stichele R, De Sutter AI, van Driel ML et Christiaens T. (2013). Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Mar 28; 3:CD007726.

Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC et Fawcett J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*. 2010 Jan 6; 303(1):47-53.

Gaynor PJ, Gopal M, Zheng W, Martinez JM, Robinson MJ et Marangell LB. (2011). A randomized placebo-controlled trial of duloxetine in patients with major depressive disorder and associated painful physical symptoms. *Curr Med Res Opin*. 2011 Oct; 27(10):1849-58.

Hanlon JT, Wang X, Castle NG, Stone RA, Handler SM, Semla TP, Pugh MJ, Berlowitz DR et Dysken MW. (2011). Potential underuse, overuse, and inappropriate use of antidepressants in older veteran nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Aug; 59(8):1412-20.

Herrmann N, Rothenburg LS, Black SE, Ryan M, Liu BA, Busto UE et Lanctôt KL. (2008). Methylphenidate for the treatment of apathy in Alzheimer disease: prediction of response using dextroamphetamine challenge. *J Clin Psychopharmacol*. 2008 Jun; 28(3):296-301.

Howard RJ, Juszcak E, Ballard CG, Bentham P, Brown RG, Bullock R, Burns AS, Holmes C, Jacoby R, Johnson T, Knapp M, Lindesay J, O'Brien JT, Wilcock G, Katona C, Jones RW, DeCesare J, Rodger M et CALM-AD Trial Group. (2007). Donepezil for the treatment of agitation in Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 2007 Oct 4; 357(14):1382-92.

Kamble P, Chen H, Sherer J et Aparasu RR. (2008). Antipsychotic drug use among elderly nursing home residents in the United States. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2008 Oct; 6(4):187-97.

Karkare SU, Bhattacharjee S, Kamble P et Aparasu R. (2011). Prevalence and predictors of antidepressant prescribing in nursing home

residents in the United States. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2011 Apr; 9(2):109-19.

Kramer D, Allgaier AK, Fejtkova S, Mergl R et Hegerl U. (2009). Depression in nursing homes: prevalence, recognition, and treatment. *Int J Psychiatry Med.* 2009; 39(4):345-58.

Maidment ID, Fox CG, Boustani M, Rodriguez J, Brown RC et Katona CL. (2008). Efficacy of memantine on behavioral and psychological symptoms related to dementia: a systematic meta-analysis. *Ann Pharmacother.* 2008 Jan; 42(1):32-8.

Mann E, Köpke S, Haastert B, Pitkälä K, Meyer G. (2009). Psychotropic medication use among nursing home residents in Austria: a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2009 May 21; 9:18.

Martinez C, Jones RW et Rietbrock S. (2013). Trends in the prevalence of antipsychotic drug use among patients with Alzheimer's disease and other dementias including those treated with antidementia drugs in the community in the UK: a cohort study. *BMJ Open.* 2013 Jan 7; 3(1).

Richter T, Meyer G, Möhler R et Köpke S. (2012). Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Dec 12; 12:CD008634.

Rosenberg P *et al.* (2013). Safety and efficacy of methylphenidate for apathy in Alzheimer's Disease: A Randomized placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry.* 74(8): 810-816.

Ruths S, Sørensen PH, Kirkevold O, Husebø BS, Krüger K, Halvorsen KH et Selbaek G. (2013). Trends in psychotropic drug prescribing in Norwegian nursing homes from 1997 to 2009: a comparison of six cohorts. *Int J Geriatr Psychiatry.* 28(8):868-76.

Rodda J, Morgan S et Walker Z. (2009). Are cholinesterase inhibitors effective in the management of the behavioral and psychological symptoms of dementia in Alzheimer's disease? A systematic review of randomized, placebo-controlled trials of donepezil, rivastigmine and galantamine. *Int Psychogeriatr.* 21(5):813-24.

Seitz DP, Adunuri N, Gill SS, Gruneir A, Herrmann N, Rochon P. (2011). Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Feb 16; (2):CD008191.

Seitz D, Herrmann N, Rapoport MJ, Le Clair K, Conn D, Gill SS et Wilson K. (2012). Tool on Pharmacological Treatment of Behavioural

Symptoms of Dementia in Long-term Care Facilities for Older Adults. Toronto: CCSMH.

Seitz DP, Gill SS, Herrmann N, Brisbin S, Rapoport MJ, Rines J, Wilson K, Le Clair K et Conn DK. (2013). Pharmacological treatments for neuropsychiatric symptoms of dementia in long-term care: a systematic review. *Int Psychogeriatr.* 25(2):185-203.

Wilcock GK, Ballard CG, Cooper JA et Loft H. (2008). Memantine for agitation/aggression and psychosis in moderately severe to severe Alzheimer's disease: a pooled analysis of 3 studies. *J Clin Psychiatry.* 2008 69(3): 341-8.

# À PROPOS DE LA CCSMPA

**MISSION :** Promouvoir la santé mentale des personnes âgées en reliant les personnes, les idées et les ressources.

**ÉNONCÉ DE VALEUR :** La maladie mentale n'est pas un aspect normal du vieillissement. Toutes les personnes âgées ont le droit et méritent de recevoir des services et des soins qui favorisent leur bonne santé mentale et répondent à leurs besoins en matière de maladie mentale.

**PRINCIPES :** Nos actions et décisions sont guidées par :

- la collaboration
- l'inclusivité multidisciplinaire
- l'intégrité
- la reddition de comptes
- l'efficacité
- la transparence

**PRIORITÉS STRATÉGIQUES :** Les secteurs suivants sont des priorités actuelles de la CCSMPA :

- la défense des intérêts et la sensibilisation du public
- l'éducation
- la recherche
- la promotion des pratiques exemplaires ou prometteuses en soins
- le perfectionnement et l'enrichissement des capacités

**POUR RENSEIGNEMENTS :**

				
director @ccsmh.ca	ccsmh.ca	@ccmsh	ccsmh	



**Canadian Coalition for Seniors' Mental Health**  
**Coalition Canadienne pour la santé mentale des personnes âgées**