

**Lignes directrices
de pratique clinique
canadiennes**
sur l'évaluation et la prise
en charge des symptômes
comportementaux et
psychologiques de la
démence (SCPD)

2024



CCSMH
Canadian Coalition for
Seniors' Mental Health

CCSMPA
Coalition canadienne pour la
santé mentale des personnes âgées



cagp | acgp
CANADIAN ACADEMY OF
GERIATRIC PSYCHIATRY |
ACADÉMIE CANADIENNE
DE GÉRONTOPSYCHIATRIE



Remerciements

Cette initiative a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les lignes directrices ont été élaborées indépendamment de l'organisme de financement et sans son influence. La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) souhaite exprimer sa reconnaissance envers les subventionnaires pour leur appui et leur engagement indéfectibles dans le domaine de la santé mentale des aînés.

Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

L'élaboration de ces lignes directrices de pratique clinique a également été soutenue par les Instituts de recherche en

santé du Canada par l'entremise du Consortium canadien en neurodégénérescence associée au vieillissement (CCNV) - Équipe 11 sur la prévention et le traitement des symptômes neuropsychiatriques de la démence.

La D^{re} Stacey Hatch est financée en partie par l'Institut du vieillissement des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) en tant que chercheuse postdoctorale dans le cadre du Programme de bourses d'impact sur le système de santé des IRSC.

La CCSMPA est un projet mis sur pied par l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie.

Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte. L'utilisation du genre masculin a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.

Citation suggérée :

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2024). *Lignes directrices de pratique clinique canadiennes sur l'évaluation et la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)*. Toronto, Canada.

© Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2024

20, Crown Steel Drive, bureau 6

Markham (Ontario) L3R 9X9

Téléphone : 1 888 214-7080, poste 102

Courriel : info@ccsmh.ca

www.ccsmpa.ca

Lignes directrices canadiennes sur l'évaluation et la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

Groupe d'experts des lignes directrices

Les personnes suivantes ont contribué à l'élaboration des lignes directrices de la CCSMPA sur l'évaluation et la prise en charge des SCPD. Des déclarations de conflits d'intérêts sont fournies pour chaque membre du groupe de travail sur les lignes directrices.

Co-présidents

Dallas Seitz, M.D., Ph.D.

- Gériatopsychiatre, professeur au département de psychiatrie de l'école de médecine Cumming de l'Université de Calgary; coprésident de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées

Jennifer Watt, M.D., Ph.D.

- Gériatre, St. Michael's Hospital et Providence Healthcare; professeure adjointe au département de médecine de l'Université de Toronto

Membres du groupe de travail

Marie-Andrée Bruneau, M.D., M.Sc.

- Gériatopsychiatre, professeure titulaire, département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal

Vivian Ewa, M.D.

- Médecin de famille et médecin spécialiste des soins aux personnes âgées, professeure agrégée de clinique, département de médecine familiale, école de médecine Cumming, Université de Calgary

Sid Feldman, M.D.

- Médecin de famille et médecin spécialiste des soins aux personnes âgées, département de médecine familiale et communautaire, Baycrest, Université de Toronto

Yael Goldberg, Ph.D., C.Psych.

- Psychologue clinique et neuropsychologue, programme de neuropsychologie et de santé cognitive, Baycrest

Zahra Goodarzi, M.D., M.Sc.

- Gériatre, professeure agrégée, département de médecine, école de médecine Cumming, Université de Calgary

Nathan Herrmann, M.D.

- Gériatopsychiatre, professeur, département de psychiatrie, Sunnybrook Research Institute, Université de Toronto

Debbie Hewitt Colborne, infirmière autorisée, M.Sc.inf.,

- Infirmière, conseillère de projet, bureau de coordination provincial de Soutien en cas de troubles du comportement pour l'Ontario, Centre régional de santé de North Bay

Alexandre Henri-Bhargava, MDCM, M. Sc.CH,

- Neurologue, Island Health; professeur agrégé de clinique, département de médecine, Université de Colombie-Britannique; professeur agrégé affilié, division des sciences médicales, Université de Victoria

Zahinoor Ismail, M.D.

- Gériatopsychiatre, professeur, département de psychiatrie, école de médecine Cumming, Université de Calgary

Julia Kirkham, M.D., M.Sc.

- Gériatopsychiatre, professeure adjointe, département de psychiatrie, école de médecine Cumming, Université de Calgary

Sanjeev Kumar, M.D.

- Gériatopsychiatre, division de psychiatrie adulte neurodéveloppementale et gériatopsychiatrie, Centre de toxicomanie et de santé mentale; professeur agrégé, département de psychiatrie, Université de Toronto

Krista L. Lanctôt, Ph.D.

- Pharmacologue, scientifique senior, Sunnybrook Research Institute; professeure, départements de psychiatrie et de pharmacologie/toxicologie, Université de Toronto

Wade Thompson, Pharm.D., Ph.D.

- Pharmacien, professeur adjoint, département d'anesthésiologie, de pharmacologie et de thérapeutique, faculté de médecine, Université de Colombie-Britannique



Aidants partenaires

Linda Grossman

- Proche aidante, personne ayant une expérience vécue et actuelle

Sogna Stipanov

- Proche aidante, personne ayant une expérience vécue et actuelle

Jori Warren

- Proche aidante, personne ayant une expérience vécue et actuelle

Contributeurs stagiaires

Nous remercions les stagiaires suivants pour leur contribution à la préparation des lignes directrices :

Manan Ahuja, M.D.

Kayla Atchison

Mohammad Chowdhury, M.D.

Maya Goerzen

Fardowsa Halane, M.S.P.

Stacey Hatch, Ph.D.

Natasha Lane, M.D., Ph.D.

Alaia Nazir

Mkeila Sowa

Gavin Thomas, B.Sc.

Mark Yassa

Personnel du projet de lignes directrices sur les SCPD

Jennifer Porter, M.S.P.

- Adjointe de recherche sur le projet, Université de Calgary

Réviseurs experts

Kathy Baker, B.Sc.inf., infirmière autorisée

- Directrice régionale, Providence Care Community, services de soutien comportemental en santé mentale pour les personnes âgées, Trenton, Ontario

Rhonda Collins, M.D.

- Médecin de famille, médecin-chef, Schlegel Villages

Vincent Dagenais-Beaulé, Pharm.D.

- Pharmacien, Hôpital général juif; professeur invité, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

Stewart Hutton, M.D.

- Médecin de famille, Calgary, Alberta

Theresa Iwanicki, infirmière autorisée

- Infirmière, Calgary, Alberta

Sian Lockwood

- Associée, Transfert de connaissances, Société Alzheimer du Canada

Lisa van Bussell, M.D.

- Gériatopsychiatre, St. Joseph's Health Care et Université Western, London, Ontario

Laurence Villeneuve, Ph.D.

- Psychologue, Équipe SCPD CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Abréviations utilisées dans les lignes directrices

CMAI – Cohen-Mansfield Agitation Inventory
(Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield)

CSDD – Cornell Scale for Depression in Dementia
(Échelle de Cornell pour la dépression dans la démence)

DMS – Différence moyenne standardisée

DSM – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

ECR – Essai contrôlé randomisé

ET – Écart-type

IC – Intervalle de confiance

IPA – International Psychogeriatric Association

LDPC – Lignes directrices de pratique clinique

MA – Maladie d'Alzheimer

NPI – Neuropsychiatric Inventory
(Inventaire neuropsychiatrique)

RAID – Rating Anxiety in Dementia (Évaluation de l'anxiété dans la démence)

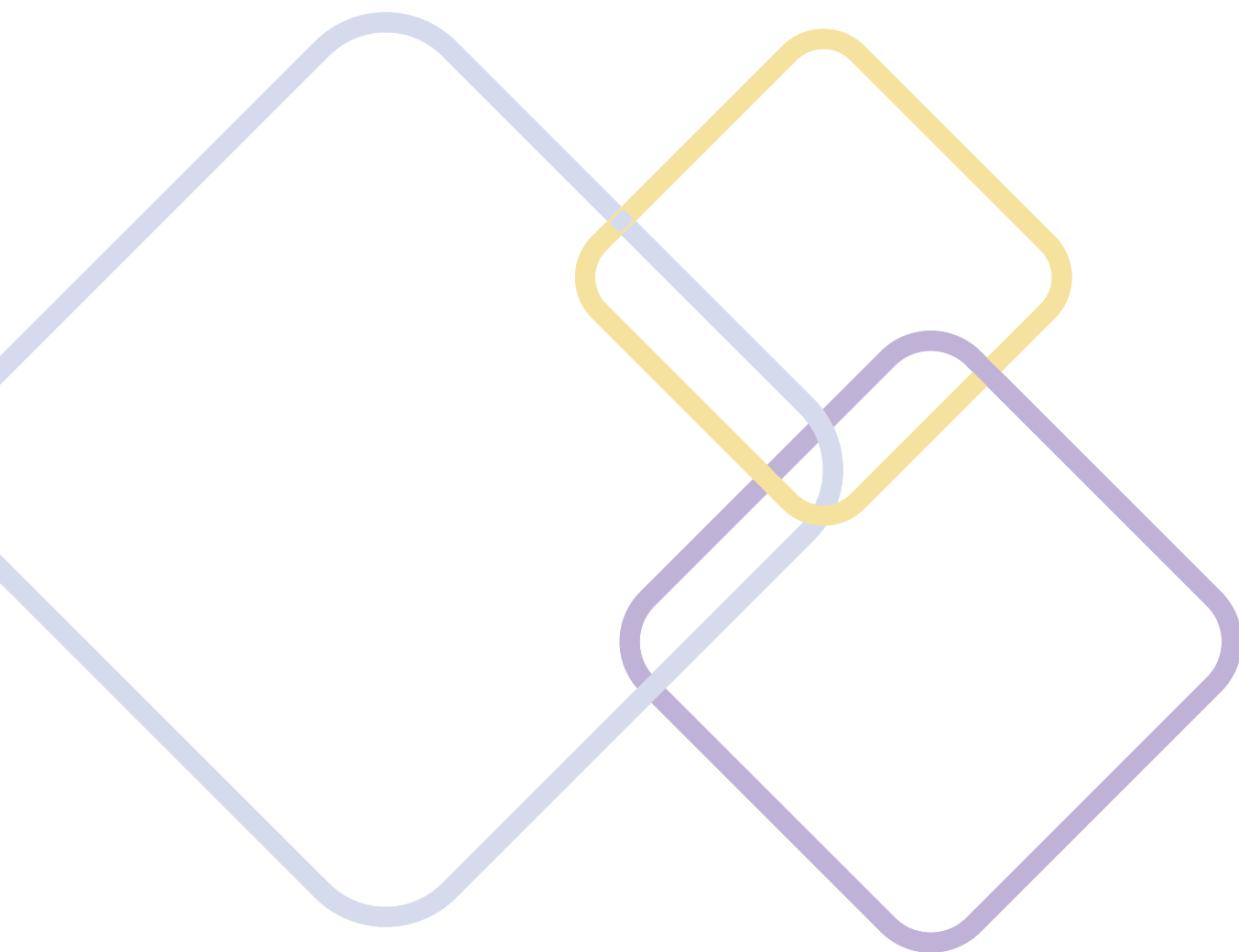
RR – Risque relatif

SASBA – St. Andrew's Sexual Behaviour Assessment Scale
(Échelle d'évaluation des comportements sexuels de St. Andrew's)

SCPD – Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence

TNCM – Trouble Neurocognitif Majeur*

Ce terme est utilisé au lieu du terme démence, cependant le terme SCPD a été conservé à des fins de compréhension.



Contenu

1. Introduction	2
2. Champ d'application des lignes directrices	3
3. Méthodologie	3
4. Principes généraux d'évaluation et de prise en charge des SCPD - Énoncés de bonnes pratiques	7
5. Recommandations pour évaluer et prendre en charge l'agitation dans les troubles neurocognitifs majeurs	14
6. Recommandations pour évaluer et prendre en charge la psychose dans les troubles neurocognitifs majeurs	25
7. Recommandations pour évaluer et prendre en charge les symptômes dépressifs et la dépression dans les troubles neurocognitifs majeurs.....	27
8. Recommandations pour évaluer et prendre en charge l'anxiété dans les troubles neurocognitifs majeurs.....	32
9. Recommandations pour l'évaluation et la prise en charge des expressions sexuelles à risque dans les troubles neurocognitifs majeurs	34
10. Recommandations sur la déprescription de médicaments dans les SCPD	36
11. Conclusions	39
12. Références	41

1. Introduction

Plus de 55 millions de personnes dans le monde vivent avec un trouble neurocognitif majeur (TNCM), et environ 10 millions de personnes reçoivent un diagnostic chaque année (OMS, 2023). Le nombre de personnes atteintes d'un TNCM devrait atteindre 131 millions d'ici 2050 (Prince et coll., 2015). Rien qu'au Canada, près d'un million de personnes seront atteintes d'un trouble neurocognitif majeur d'ici 2030, et ce nombre devrait atteindre 1,7 million de personnes d'ici 2050 (Société Alzheimer du Canada, 2024). Les TNCM constituent une expression générique désignant plusieurs conditions pouvant affecter la mémoire, la pensée, le comportement et la capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne (American Psychiatric Association, 2022; Grand, 2011; OMS, 2023). La cause des troubles neurocognitifs majeurs la plus fréquemment diagnostiquée est le TNCM dû à la maladie d'Alzheimer, dont on estime qu'elle représente environ 50 % à 70 % des cas (Lindeza et coll., 2020; OMS, 2023). Les autres troubles neurocognitifs majeurs comprennent le TNCM vasculaire, le TNCM mixte, le TNCM à corps de Lewy, le TNCM lié à la maladie de Parkinson et le TNCM du lobe frontal (Grand, 2011; OMS, 2023). Les troubles neurocognitifs majeurs peuvent également avoir d'autres causes, telles que l'alcool ou les troubles liés à la consommation de substances, la malnutrition, les lésions cérébrales répétitives, et d'autres affections neurologiques (Grand, 2011; OMS, 2023). Les facteurs de risque supplémentaires aux troubles neurocognitifs majeurs peuvent être la dépression, l'isolement social, une faible stimulation cognitive, un faible niveau d'éducation et la pollution de l'air (OMS, 2023).

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont des symptômes non cognitifs comme les changements de comportement et d'humeur qui surviennent fréquemment dans tous les troubles neurocognitifs majeurs (Grand, 2011; Kwon, 2021). La prévalence d'au moins un SCPD a été estimée jusqu'à 75 % des personnes avec TNCM vivant dans la communauté dans des études transversales (Lyketsos et coll., 2002) et à plus de 80 % chez les personnes atteintes de TNCM vivant dans des établissements de soins de longue durée (SLD) (Selbaek et coll., 2013). Les manifestations des SCPD varient en fonction du type de TNCM, ce qui nécessite d'en adapter le plan de prise en charge au type de SCPD, ainsi qu'à la fréquence et à la gravité des symptômes (Ismail, 2020; Kazui, 2016; Kim, 2017; Kogan, 2016). Les symptômes courants des TNCM sont l'agitation, la psychose, la dépression, l'anxiété, l'apathie et les variations du sommeil et de l'appétit (Cerejeira, 2012; Lyketsos et coll., 2002). De nombreux SCPD sont plus fréquents chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs sévères (Lopez et coll., 2003; Siafarikas, 2018). En particulier, l'agitation, l'irritabilité et la désinhibition peuvent se manifester davantage aux stades avancés des troubles neurocognitifs majeurs (Kazui, 2016). Le type de trouble neurocognitif majeur a également une incidence sur les SCPD. Par exemple, les hallucinations visuelles sont fréquentes dans le TNCM à corps de Lewy (Kazui, 2016).

Les SCPD sont associés à un pronostic altéré au niveau santé mentale chez les personnes atteintes de TNCM, à une charge accrue pour les proches aidants, et à une diminution de la qualité de vie et de la santé mentale des proches aidants (Cerejeira, 2012; Cummings, 1997; Grand, 2011; Kwon, 2021; Song, 2013). Les SCPD sont associés à un déclin cognitif et physique plus rapide, à une admission plus précoce en SLD (Kim et coll., 2021; Mintzer et coll., 1998; Peters et coll., 2015; Toot et coll., 2017) et à un taux de mortalité plus élevée chez les personnes atteintes de TNCM (Bränsvik, 2021). De nombreux SCPD courants sont également associés à une augmentation des coûts des soins informels et des coûts des soins de santé (Murman et coll., 2002; Rattiner et coll., 2019).

Comme il n'existe pas de cause unique aux SCPD chez un individu donné, une approche biopsychosociale holistique visant à comprendre les SCPD est nécessaire. Les SCPD découlent souvent des interactions entre la biologie d'un individu, ses expériences de vie antérieures et son environnement social et physique actuel. Il est nécessaire de tenir compte de la complexité des facteurs contribuant aux SCPD pour bien comprendre ces derniers et élaborer une approche efficace de soins à apporter à une personne atteinte de TNCM qui subit ces changements (Cloak, 2022). Certains SCPD sont associés à des changements biologiques comme des modifications du métabolisme cérébral (Alves, 2017) et des altérations des neurotransmetteurs (Ruthirakuhan, 2018); ces informations peuvent donner des indications sur les traitements non pharmacologiques et pharmacologiques à envisager. La prise en compte des facteurs psychosociaux contribuant aux SCPD, tels que les besoins non satisfaits de la personne atteinte de TNCM en matière d'activités significatives ou d'interactions interpersonnelles, peut contribuer à atténuer les SCPD (Wan et coll., 2021). L'environnement peut contribuer de la même manière au développement des SCPD et par conséquent, ces facteurs devraient être considérés lors de l'élaboration de stratégies de soins individualisées. (Cho, 2021; Kolanowski, 2017; Wan et coll., 2021). L'évaluation précoce des SCPD est recommandée pour orienter l'élaboration d'un plan de soins centré sur la personne pour les personnes atteintes de TNCM et leurs proches aidants (Cummings, 2023; Kales, 2014; Kales, 2015; Kazui, 2016; Kwon, 2021; Spring, 2024).

Les lignes directrices de pratique clinique (LDPC) sur les SCPD de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) fournissent des déclarations de bonnes pratiques et des recommandations sur l'évaluation et la prise en charge des SCPD spécifiques chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs.

Les LDPC visent à :

1. Orienter la prise de décision partagée entre les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs, les proches aidants de ces personnes et les professionnels de la santé (c'est-à-dire le personnel infirmier, les médecins de famille,

les cliniciens spécialisés et les professionnels d'autres disciplines de la santé), au Canada;

2. Aider les gestionnaires des soins de santé, les décideurs politiques et les chercheurs à comprendre les champs d'action futurs afin de développer des services de santé et des interventions visant à prévenir et à réduire les SCPD.

2. Champ d'application des lignes directrices

Les LDPC pour l'évaluation et la prise en charge des SCPD peuvent être appliquées dans les établissements communautaires, ambulatoires, hospitaliers, de soins de longue durée (SLD) et les autres établissements de soins résidentiels.

Dans ces LDPC, cinq SCPD majeurs ont été abordés :

1. agitation;
2. psychose (y compris délires et hallucinations);
3. symptômes dépressifs et dépression;
4. anxiété;
5. expressions sexuelles à risques.

Chaque symptôme fait l'objet d'une section dans les présentes lignes directrices, laquelle comprend une définition du groupe de symptômes et des recommandations pour l'évaluation et la prise en charge de chacun.

3. Méthodologie

Un groupe d'experts a élaboré les LDPC de la CCSMPA afin de fournir des conseils sur l'évaluation et la prise en charge des SCPD dans le cadre des soins prodigués aux personnes atteintes de TNCM dans un contexte canadien. Le groupe d'experts a formulé des recommandations concernant l'évaluation et la prise en charge de l'agitation, de la psychose, des symptômes dépressifs et la dépression, de l'anxiété, des expressions sexuelles à risque et de la déprescription. Les LDPC contiennent 11 déclarations de bonnes pratiques et 63 recommandations pour l'évaluation et la prise en charge des SCPD, notamment des approches non pharmacologiques et pharmacologiques organisées en fonction des groupes de symptômes des SCPD.

Le groupe d'experts a suivi le processus pour l'élaboration des lignes directrices du Guideline International Network (GIN)-McMaster Guideline Development Checklist afin d'élaborer les LDPC (Qaseem et coll., 2012; Schünemann, 2014). Le cadre Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) a été appliqué pour déterminer la force des recommandations et la qualité des données probantes (Schünemann, 2013).

L'importance relative des risques et des bénéfices de chaque recommandation, ainsi que l'équité, la faisabilité

et les considérations économiques associées à chaque recommandation ont été évaluées (Brozek, 2009; Schunemann, 2007). En ce qui concerne la force des recommandations, des recommandations fortes ont été formulées si le groupe d'experts était convaincu que les avantages l'emportaient sur les inconvénients potentiels associés à une recommandation. Des recommandations conditionnelles ont été formulées si le groupe d'experts était convaincu que les avantages l'emportaient probablement sur les inconvénients potentiels associés à une recommandation. Les recommandations fortes intègrent le terme « recommander » dans le texte de la recommandation, tandis que les recommandations conditionnelles utilisent le terme « suggérer ». Aucune recommandation n'a été formulée lorsque le groupe d'experts a estimé qu'il n'y avait pas suffisamment de données probantes pour évaluer les risques et les avantages associés à une recommandation. Tout au long des LDPC, le groupe d'experts sur les lignes directrices s'est efforcé d'intégrer des informations sur la faisabilité, l'équité, les valeurs et les préférences des patients, ainsi que sur les implications en termes de ressources, en se référant spécifiquement aux milieux de soins canadiens.

La qualité des données probantes renvoie au niveau de confiance aux évidences pour appuyer une recommandation, et la force de la recommandation renvoie à l'évaluation selon laquelle une recommandation aura des conséquences souhaitables et l'emportera sur les risques pour la personne atteinte de TNCM (Brozek, 2009). Le système GRADE fournit des critères clairs pour accroître ou diminuer le niveau de qualité et de force des données probantes et classe la qualité des données probantes comme élevée, modérée, faible ou très faible (Brozek, 2009). Un classement élevé indique qu'il est peu probable que des recherches futures augmentent la confiance dans l'effet du traitement. La catégorie modérée indique que des recherches futures pourraient avoir une incidence sur la confiance dans l'effet du traitement. Un classement faible indique que des recherches futures auront très probablement une incidence sur la confiance dans l'effet du traitement. Finalement, un classement très faible indique que les données probantes relatives à l'effet du traitement sont incertaines (Schünemann, 2014).

Constitution du groupe d'experts sur les lignes directrices et gestion des conflits d'intérêts

Conformément au processus GIN (Qaseem et coll., 2012), nous avons constitué un groupe d'experts multidisciplinaire de 15 spécialistes de l'évaluation et de la prise en charge des SCPD, dirigé par deux coprésidents du groupe d'experts sur les lignes directrices. Le groupe d'experts sur les lignes directrices compte des représentants de la gérontopsychiatrie, de la gériatrie, de la médecine familiale, de la pharmacie, de la psychologie, de la neurologie, des soins infirmiers et de la pharmacologie. Chaque membre du groupe de travail sur les lignes directrices s'est vu offrir des honoraires pour sa participation au processus d'élaboration des LDPC et les

membres du groupe ont rempli des déclarations de conflits d'intérêts au début du processus d'élaboration et à nouveau pendant la phase de rédaction (Schünemann, 2014). Les membres du groupe d'experts ont accepté un mandat qui inclut la divulgation de tous les conflits d'intérêts perçus et réels. Les membres du groupe d'experts ayant des conflits d'intérêts ont participé aux discussions du groupe et ont voté sans restrictions. Tous les membres du groupe d'experts ont suivi le niveau 1 de la formation INGUIDE : Guideline Group or Panel Member training for participants of guideline panels (Formation des membres des groupes d'experts pour les participants aux groupes d'experts sur les lignes directrices), (INGUIDE, 2023).

Le groupe d'experts s'est réuni tous les mois au cours du processus d'élaboration des lignes directrices. Les membres du groupe d'experts ont dirigé l'élaboration des thèmes des LDPC et ont participé à l'examen des données probantes issues des lignes directrices existantes, des revues systématiques récentes et des revues rapides des données probantes afin de fournir des données probantes pour les lignes directrices. Les membres du groupe d'experts ont également participé à un exercice de hiérarchisation à l'échelle du Canada afin de déterminer la terminologie privilégiée pour les SCPD et de hiérarchiser les sujets à inclure dans les LDPC. Les membres du groupe d'experts ont examiné les déclarations de bonnes pratiques et les recommandations, et ont voté sur celles-ci.

Revue systématique des lignes directrices existantes sur les soins des troubles neurocognitifs majeurs décrivant les stratégies d'évaluation et de prise en charge des SCPD

Le groupe d'experts sur les lignes directrices a mené une revue systématique des LDPC existantes sur les SCPD afin de synthétiser les recommandations sur les SCPD des lignes directrices existantes publiées entre le 1^{er} janvier 2011 et le 13 octobre 2022 (Watt et coll., 2024). Cet examen a permis de résumer les informations relatives aux recommandations existantes sur les SCPD, de recenser les lacunes dans les thèmes des lignes directrices et de passer en revue la terminologie utilisée pour décrire les SCPD. L'examen a également révélé les limites méthodologiques des lignes directrices existantes (Watt et coll., 2024). Un bibliothécaire médical a élaboré la stratégie de recherche documentaire et un second bibliothécaire a procédé à une évaluation par les pairs de cette stratégie. Deux réviseurs indépendants ont procédé à la sélection des titres et des résumés, ainsi qu'à la sélection des articles en texte intégral. Quatre réviseurs indépendants ont évalué les lignes directrices incluses à l'aide de l'outil AGREE II (Brouwers et coll., 2010). Vingt-trois lignes directrices de qualité modérée à élevée ont été incluses dans la revue systématique (Watt et coll., 2024, manuscrit en cours de révision). Une grande variabilité a été observée dans les énoncés des recommandations des LDPC. « SCPD » a été

relevé comme le terme le plus répandu utilisé dans 14 lignes directrices (Watt et coll., 2024). Cet examen a également mis en évidence de graves lacunes dans les recommandations, en particulier en ce qui concerne les expressions sexuelles à risque, ainsi qu'un manque de consensus dans la terminologie utilisée dans les lignes directrices (Watt et coll., 2024, manuscrit en cours de révision). En outre, une grande partie des données probantes dans les lignes directrices existantes sont des données anciennes qui peuvent ne pas être pertinentes pour la pratique clinique actuelle.

Exercices de hiérarchisation des thèmes des lignes directrices de pratique clinique

Un exercice de hiérarchisation à l'échelle du Canada a été mené de février à mars 2023 afin de recenser les thèmes d'intérêt pour les LDPC de la CCSMPA pour l'évaluation et la prise en charge des SCPD. 254 personnes y ont répondu, dont des professionnels de la santé, des personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs, des proches aidants de personnes atteintes de TNCM, des gestionnaires et des décideurs politiques. Ils ont priorisé le langage privilégié pour décrire les comportements associés aux TNCM. Les répondants à l'enquête ont désigné les SCPD (BPSD : Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) comme le terme privilégié à utiliser pour les LDPC parmi plusieurs options, dont les symptômes neuropsychiatriques, les comportements réactifs et autres.

Parmi les autres thèmes abordés dans l'enquête figurent les meilleures approches pour la gestion des SCPD, la détection des symptômes prodromiques et les approches efficaces pour le dépistage des SCPD, la détermination des interventions non pharmacologiques et pharmacologiques efficaces, et la formation ou le renforcement des capacités des proches aidants et des professionnels de la santé. Une analyse thématique de la partie de l'enquête consacrée au texte libre a été réalisée afin de dégager des thèmes communs. Les membres du groupe d'experts ont également voté sur les symptômes et les thèmes spécifiques des SCPD qui devaient être considérés comme prioritaires pour les LDPC de la CCSMPA. Tous les syndromes et thèmes des SCPD ont été classés par ordre de priorité comme étant « critiques » ou « importants mais pas critiques ».

Les SCPD dont la note médiane était supérieure au seuil d'importance critique comprenaient l'agitation, la psychose, la dépression, l'anxiété et les expressions sexuelles à risque. Les questions suivantes ont été élaborées dans le cadre de ces thèmes :

1. Quels sont les meilleurs critères de normes de référence pour diagnostiquer des SCPD ou des syndromes de SCPD spécifiques chez les personnes vivant avec un trouble neurocognitif majeur?
2. Quels outils présentent la meilleure précision diagnostique pour évaluer ces SCPD chez les personnes atteintes de TNCM par rapport à une norme de référence?
3. Dans quelle mesure les interventions non

pharmacologiques et pharmacologiques pour la prise en charge de ces SCPD chez les personnes atteintes de TNCM sont-elles sécuritaires et efficaces?

Tout au long des LDPC, des recommandations sont formulées sur les critères diagnostiques suggérés pour les syndromes des SCPD, les outils pouvant être envisagés pour la détection des symptômes et les stratégies de prise en charge classées en deux catégories : non pharmacologique et pharmacologique. Le terme « prise en charge » a été utilisé dans les recommandations relatives aux stratégies non pharmacologiques et le terme « traitement » pour les stratégies pharmacologiques. Le groupe d'experts sur les lignes directrices reconnaît que la majorité des recommandations relatives au traitement pharmacologique des SCPD font référence à des traitements qui ne sont **pas** approuvés par Santé Canada pour le traitement des SCPD, sauf indication contraire dans les LDPC. Les données probantes à l'appui des recommandations sont présentées par contexte, y compris les soins primaires, les soins tertiaires ou les soins spécialisés, ou les SLD lorsque ces informations sont disponibles.

Outre les recommandations des lignes directrices relatives aux SCPD, l'enquête a permis de relever un autre thème lié à la déprescription de médicaments. Le thème de la déprescription a également été jugé hautement prioritaire par notre groupe d'experts. La section des LDPC consacrée à la déprescription aborde les questions suivantes :

1. Quels sont les médicaments prescrits pour la prise en charge des SCPD dont la déprescription doit être envisagée?
2. Quels sont les facteurs cliniques à prendre en compte pour décider de déprescrire ou non les médicaments utilisés pour traiter les SCPD?
3. Quelles sont les approches organisationnelles qui se sont avérées efficaces pour soutenir la déprescription?

Survol des revues systématiques de l'évaluation et de la prise en charge des SCPD

Un survol des revues systématiques (LDPC42023437242) a été effectué afin de recenser les revues systématiques menés depuis 2017 et pertinentes pour l'élaboration des LDPC par la CCSMPA. Cette revue a notamment porté sur des études décrivant : (1) l'efficacité et la sécurité des interventions non pharmacologiques et pharmacologiques visant à réduire les symptômes d'agitation, de psychose, de dépression, d'anxiété et d'expression sexuelle à risque; et (2) la précision diagnostique des outils d'évaluation de l'agitation, de la dépression, de l'anxiété, de la psychose et de l'expression sexuelle à risque chez les personnes atteintes de TNCM. Un bibliothécaire chevronné a élaboré une stratégie de recherche documentaire et un second bibliothécaire a procédé à une évaluation par les pairs de cette stratégie. Deux réviseurs indépendants ont examiné (1) les titres et les résumés et (2) les articles en texte intégral. Un seul réviseur a évalué chaque revue systématique à l'aide

de l'outil AMSTAR 2 (Shea, 2017). Un seul réviseur a extrait les données de 246 revues systématiques afin d'éclairer les recommandations de la CCSMPA en matière de LDPC. Les résultats de ce survol des revues systématiques ont été utilisés pour recenser les données probantes en vue de l'élaboration de recommandations concernant l'agitation, la psychose, la dépression, l'anxiété et la déprescription.

Survol des interventions non pharmacologiques et pharmacologiques visant à réduire les expressions sexuelles à risque chez les personnes vivant avec des troubles neurocognitifs majeurs

Aucune revue systématique sur le traitement des expressions sexuelles à risque n'a été trouvée dans le survol des revues systématiques, bien qu'un examen de la portée ait été relevé sur la gestion pharmacologique des expressions sexuelles à risque (Klindrat, 2023). Par conséquent, un examen rapide distinct sur ce sujet a été entrepris pour passer en revue les études rapportant l'efficacité et la sécurité des interventions non pharmacologiques et pharmacologiques visant à réduire les expressions sexuelles à risque chez les personnes atteintes de TNCM (CRD42023469625) (Lane, et coll., en préparation). Un bibliothécaire chevronné a élaboré la stratégie de recherche documentaire et un second bibliothécaire a procédé à une évaluation par les pairs de cette stratégie. Deux réviseurs indépendants ont examiné (1) les titres et les résumés et (2) les articles en texte intégral. Un réviseur a résumé les données des études incluses et a évalué la qualité de l'étude avec les outils JBI pour les rapports de cas et les séries de cas (Moola et coll., 2017). La recherche n'a permis de retrouver que des rapports de cas et des séries de cas.

Processus d'élaboration des recommandations des lignes directrices

Les responsables des groupes de travail thématiques ont élaboré les recommandations des LDPC de la CCSMPA, notamment l'attribution de la force préliminaire de chaque recommandation et de la qualité des données probantes. Les groupes de travail thématiques sur les LDPC ont révisé les projets de recommandations, qui ont été présentés et votés par l'ensemble des membres du groupe de travail sur les LDPC lors d'une réunion hybride en personne et virtuelle qui s'est tenue le 1^{er} novembre 2023 à Toronto, au Canada. Le processus de vote pour chaque recommandation a consisté en un examen des tableaux de données probantes menant aux décisions concernant la force et la qualité des données pour chaque recommandation, en un examen et une analyse de chaque recommandation, et en un vote par les membres du groupe d'experts sur les lignes directrices. Un vote supplémentaire a eu lieu lors des réunions virtuelles du 27 novembre 2023, pour les recommandations qui n'avaient pas fait l'objet d'un vote lors de la réunion initiale et pour toutes les recommandations qui nécessitaient des révisions. Les recommandations ont été examinées par les coprésidents des LDPC sur la base des discussions avec les membres du

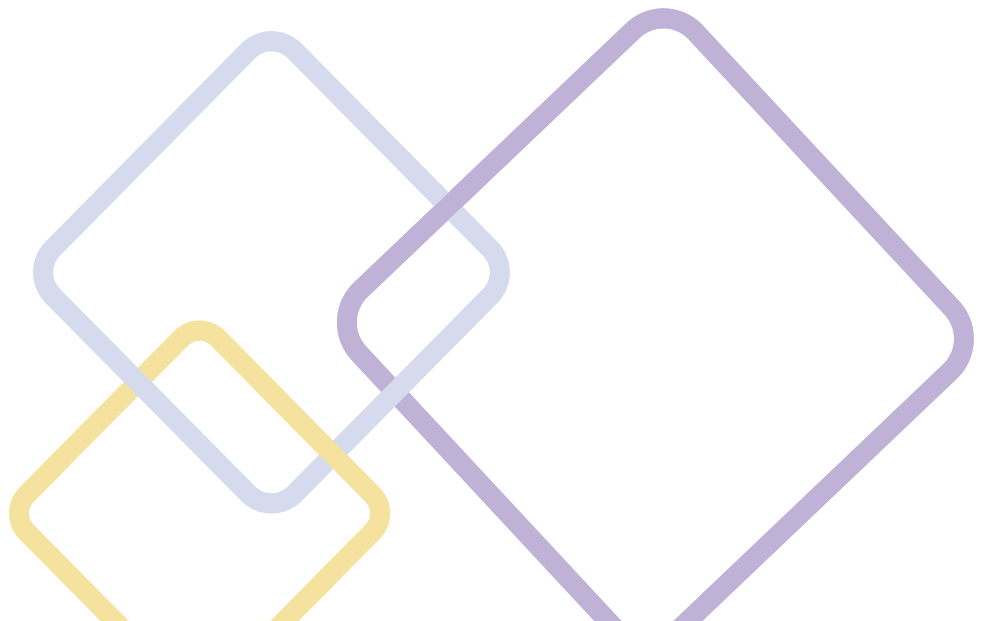
groupe d'experts, ce qui a donné l'occasion de modifier les recommandations sur la base des discussions de groupe avant le vote. Les recommandations ont été approuvées si au moins 80 % des membres du groupe d'experts avaient voté en faveur de la recommandation. Les recommandations ont été communiquées à des réviseurs externes et à des personnes ayant une expérience des troubles neurocognitifs majeurs afin d'obtenir d'autres commentaires.

Processus de mise à jour des LDPC sur les SCPD de la CCSMPA

La mise à jour des recommandations obsolètes dans les LDPC est prévue dans trois à quatre ans. La CCSMPA interrogera à nouveau les professionnels de la santé, les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs et les partenaires de soins de ces dernières afin de définir de nouvelles priorités pour les recommandations des LDPC. Des intervenants clés (p. ex. des experts cliniques, des chercheurs et des personnes ayant une expérience vécue des troubles neurocognitifs majeurs) seront interrogés sur l'évolution des données probantes dans ce domaine. Il convient de noter que, bien que l'apathie et les troubles du sommeil n'aient pas été désignés comme des résultats critiques au cours du processus d'établissement des priorités des LDPC, les intervenants ont par la suite exprimé leur préoccupation quant à l'omission des recommandations pour ces deux symptômes dans les LDPC actuelles. Les recommandations sur ces thèmes n'ont pas pu être incluses pour le moment en raison de contraintes de ressources, mais la possibilité d'inclure ces SCPD (et potentiellement d'autres) dans les futures mises à jour des LDPC fera l'objet d'un réexamen. La CCSMPA fera également des recommandations sur la manière de soutenir les proches aidants des personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs dans une prochaine version des LDPC. Le survol des revues systématiques sera mis à jour afin de recenser la documentation récente et pertinente permettant d'étayer les recommandations et de procéder à de nouvelles revues lorsque des revues pertinentes n'ont pas pu être trouvées.

Stratégie de mobilisation des connaissances et obstacles à la mise en œuvre des LDPC

Les LDPC sur les SCPD seront hébergées sur le site Web de la CCSMPA, qui comprendra également des informations sur les ressources pertinentes pour l'évaluation et la prise en charge des SCPD. Les indicateurs suivants concernant les utilisateurs seront collectés sur le site Web de la CCSMPA : le nombre d'utilisateurs, la durée de la session, les ressources consultées et la géolocalisation approximative des utilisateurs. Les stratégies de mobilisation des connaissances comprennent des webinaires en anglais et en français, des présentations lors de conférences scientifiques connexes et des publications dans des revues spécialisées. La CCSMPA a développé la trousse d'outils en ligne Behaviours in Dementia (www.behavioursindementia.ca), qui contient plus de 300 ressources gratuites pour les professionnels de la santé et les partenaires de soins, afin de les aider à mieux comprendre, évaluer et répondre avec compassion aux changements d'humeur et de comportement liés aux troubles neurocognitifs majeurs, ainsi que pour les personnes ayant une expérience vécue de ces troubles. La trousse d'outils a été élaborée sous la direction d'un groupe de travail interdisciplinaire, en consultation avec des intervenants individuels, des groupes de discussion, une étude de convivialité et un webinaire. Cette trousse d'outils fera l'objet d'une évaluation après son lancement. Comme l'adhésion aux lignes directrices de pratique clinique améliore les résultats pour les patients (Aakhus et coll., 2015), un examen exploratoire a été réalisé pour éclairer le transfert de connaissances de nos LDPC (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/VXRZM>).



4. Principes généraux d'évaluation et de prise en charge des SCPD – Énoncés de bonnes pratiques

Énoncé de bonne pratique n° 1

Fournir aux professionnels de la santé et aux proches aidants la formation et le système organisationnel de soutien nécessaires à la mise en œuvre d'une approche structurée pour l'évaluation et la prise en charge des SCPD.

Une composante essentielle de l'évaluation et de la prise en charge efficaces des SCPD passe par le développement de systèmes organisationnels permettant de répondre aux besoins éducatifs des proches aidants et des professionnels de la santé, afin qu'ils acquièrent les compétences nécessaires pour mettre en œuvre des approches structurées de la prise en charge des SCPD. Citons par exemple l'approche PIECES^{MC} (PIECES Canada, 2020), C-SIRSE![®] (Société Alzheimer de l'Ontario, 2024), l'approche DICE^{MC} (Kales et coll., 2014; Kales et coll., 2015) et l'approche proposée dans l'algorithme de consensus de l'International Psychogeriatric Association (IPA) pour la prévention et la réduction de l'agitation (Cummins et coll., 2023).

Le fait de dispenser une éducation aux proches aidants et aux professionnels de la santé est un moyen efficace de réduire les SCPD et d'améliorer les résultats pour les proches aidants (Savaskan et coll., 2014). Les programmes proposant une psychoéducation sur les troubles neurocognitifs majeurs, ainsi qu'une formation aux stratégies comportementales et à la résolution de problèmes, sont des éléments clés de la plupart des programmes éducatifs (Poon, 2022). L'élaboration de programmes éducatifs complets au niveau des organisations individuelles et des lieux de pratique devrait inclure une formation adéquate pour tous les professionnels de la santé qui soutiennent les personnes atteintes de TNCM sur la manière de pratiquer des approches structurées dans l'évaluation et le traitement des SCPD. L'alignement des valeurs et des processus organisationnels pour faciliter l'intégration de ces approches dans les structures de soins, par exemple en prévoyant suffisamment de temps et de soutien pour participer à la formation, est essentiel à la réussite de la mise en œuvre (Grinspun, 2016).

Le groupe d'experts reconnaît que la mise en place des systèmes de soutien organisationnel nécessaires à la mise en œuvre des meilleures pratiques en matière d'évaluation et de prise en charge des SCPD exige davantage de temps de la part des professionnels de la santé qui travaillent actuellement dans des milieux où les ressources sont limitées. En renforçant les capacités en repérant et en soutenant des champions au sein de l'organisation, on peut contribuer à soutenir la mise en œuvre et la pérennité des efforts éducatifs (Grinspun, 2016; Lee et coll., 2018). Les organismes éducatifs, y compris les collèges et les universités, qui participent à la formation des professionnels de la santé devraient également veiller à ce

que les programmes d'études proposent un enseignement approprié sur les soins aux personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs, notamment une formation sur l'évaluation et la prise en charge des SCPD.

Énoncé de bonne pratique n° 2

Obtenir un consentement éclairé pour l'évaluation et la prise en charge des SCPD.

Aider la personne atteinte de troubles neurocognitifs majeurs à faire des choix volontaires concernant sa santé est fondamental pour respecter son autonomie et sous-tendre la prise de décision en collaboration entre la personne atteinte de TNCM, ses proches aidants et les professionnels de la santé qui participent aux soins (Faden, 1986). Le consentement éclairé lié à l'évaluation et à la prise en charge des SCPD et à d'autres décisions est défini comme la capacité de la personne à comprendre et à mesurer l'importance de l'information, à utiliser raisonnablement l'information pour prendre des décisions et à exprimer ses choix (Dunn et coll., 2006; Karlawish et coll., 2013; Lai, 2007; Marson et coll., 1994). La capacité à consentir à des décisions est présumée pour toutes les personnes, à moins qu'une incapacité n'ait été déterminée. Le groupe d'experts a conclu que la capacité à consentir devrait être présumée lors de l'évaluation initiale des SCPD, à moins que la personne atteinte de TNCM n'ait été jugée inapte à prendre une décision spécifique lors d'évaluations antérieures.

Avant de discuter d'une décision de soins de santé avec une personne atteinte de troubles neurocognitifs majeurs, les cliniciens concernés doivent évaluer sa capacité à donner son consentement. Si les TNCM entraînent une diminution progressive des capacités, la capacité de prendre certaines décisions en matière de soins de santé peut rester intacte pendant de longues périodes (Lai et Karlawish, 2007). La capacité de prise de décision des personnes atteintes de TNCM devra être évaluée au fil du temps par une évaluation clinique et, éventuellement, des outils d'évaluation formelle de la capacité.

La capacité à consentir est le plus souvent évaluée dans les soins cliniques par des discussions verbales entre la personne atteinte de TNCM et le professionnel de la santé qui propose l'évaluation ou le traitement. Il existe également des outils plus structurés qui peuvent être utilisés pour faciliter l'évaluation de la capacité de prise de décision (Amaral, 2022). Le MacArthur Competence Assessment Tool (MacCAT-T) a été validé pour une utilisation avec des personnes atteintes de TNCM afin de déterminer la capacité à consentir (Amaral, 2022; Grisso et Appelbaum, 1998). Le MacCAT-T est un entretien semi-structuré dont la durée est comprise entre 15 et 20 minutes et qui mesure les résultats en matière de compréhension, de raisonnement et de capacité à exprimer

un choix (Grisso et Appelbaum, 1998; Prusaczyk et coll., 2017). Si une personne atteinte de TNCM est jugée incapable de prendre des décisions spécifiques liées à l'évaluation ou à la prise en charge des SCPD, il convient d'obtenir un consentement substitué auprès d'un mandataire. Ces discussions avec le mandataire devraient être faites avec la participation de la personne atteinte de TNCM aux discussions relatives à la prise de décision, même si elle en est incapable. Cette déclaration de bonne pratique préconise de réévaluer périodiquement la capacité et l'aptitude de la personne atteinte de TNCM à donner son consentement éclairé, en se fondant sur le jugement clinique du professionnel de la santé.

Énoncé de bonne pratique n° 3

Intégrer des renseignements sur les valeurs, les objectifs de soins et les souhaits préalables de la personne atteinte de troubles neurocognitifs majeurs dans l'évaluation et la prise en charge des SCPD.

Comprendre les valeurs, les préférences, les objectifs de soins et les souhaits préalables concernant l'évaluation et la prise en charge des SCPD est essentiel pour la coordination des soins de la personne atteinte de TNCM. Les professionnels de la santé devraient offrir l'occasion d'élaborer des directives de soins avancés reflétant les croyances et les préférences de la personne atteinte de TNCM en ce qui concerne les objectifs actuels et les soins futurs (NICE, 2018). Les professionnels de la santé peuvent aider la personne atteinte de TNCM à désigner les membres de sa famille ou d'autres personnes connaissant les objectifs et les préférences de la personne comme décideurs dans le cadre de la planification préalable des soins. La planification préalable des soins comprend l'intégration de renseignements comme la manière et le lieu où la personne atteinte de TNCM souhaiterait recevoir des soins si elle n'est pas en mesure de rester chez elle, ainsi que des détails sur ses souhaits concernant le transfert vers un établissement hospitalier ou d'autres établissements de soins aigus.

Les professionnels de la santé devraient veiller à ce que les valeurs et les objectifs de soins soient discutés lors du diagnostic de TNCM et aider ces personnes et les proches aidants à comprendre que leur rôle dans la prise de décision peut évoluer au fil du temps en raison des changements progressifs liés aux TNCM. En raison des TNCM, les proches aidants doivent souvent assumer un rôle croissant dans la prise de décision pour la personne atteinte de TNCM (Callahan, 2017; Edvardsson, 2015). Les professionnels de la santé devront peut-être modifier les rendez-vous cliniques pour faciliter ces discussions, notamment en réservant un temps suffisant pour les discussions, en intégrant les proches aidants dans les rendez-vous cliniques et en communiquant avec d'autres professionnels de la santé qui participeront aux soins et au soutien continu (Callahan, 2017; Edvardsson, 2015; NICE, 2018). Fournir des informations sur les organisations et les initiatives respectueuses des TNCM permettra d'apporter un soutien aux personnes atteintes de TNCM en accord avec

leurs valeurs (Ismail, 2020). Les professionnels de la santé devraient créer des occasions de communication ouverte et sensible pour comprendre les croyances, les objectifs de traitement et les directives de soins avancés de la personne atteinte de TNCM afin de s'assurer qu'elle reçoive les soins qu'elle préfère, même si elle n'est plus en mesure d'exprimer elle-même ses valeurs et ses préférences (Callahan, 2017; Edvardsson, 2015; Jeon, 2013; NICE, 2023).

Les soins aux personnes atteintes de TNCM doivent également répondre à leurs besoins en matière de soins palliatifs et intégrer les souhaits relatifs aux soins palliatifs énoncés dans les directives de soins avancés et les objectifs de soins (Timmons, 2022). L'approche palliative des soins vise à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de TNCM, en prévenant et en soulageant la souffrance par la détermination, l'évaluation et le traitement précoces des besoins physiques, psychosociaux et spirituels. Les changements de comportement comme l'agitation sont fréquents chez les personnes atteintes de TNCM sévères qui approchent de la fin de leur vie, de même que d'autres symptômes de détresse comme la douleur et la dyspnée. Les objectifs de la prise en charge des SCPD chez les personnes en fin de vie peuvent différer de la prise en charge de ces symptômes à des stades moins avancés des TNCM. La fourniture de services de soins palliatifs complets et en temps opportun fait partie intégrante des soins apportés aux personnes atteintes de TNCM, en particulier celles qui sont à un stade avancé de la maladie et dont la fin de vie est proche.

La Société Alzheimer du Canada (Société Alzheimer du Canada, 2024) et Planification préalable des soins au Canada (Planification préalable des soins au Canada, 2024) ont développé des ressources pour aider à la planification préalable de soin, y compris des ressources spécifiques aux différentes provinces canadiennes.

Énoncé de bonne pratique n° 4

Réviser l'étiologie sous-jacente des troubles neurocognitifs majeurs, leur stade (léger, modéré, avancé) et les symptômes spécifiques des SCPD préoccupants, notamment la fréquence, la durée, la sévérité et tout risque connexe lors de l'évaluation des SCPD.

L'étiologie sous-jacente et le stade des TNCM ainsi que la sévérité des SCPD sont essentiels à l'évaluation des SCPD. Lors de l'évaluation des personnes atteintes de TNCM souffrant de SCPD, il est important de confirmer l'étiologie des TNCM par des entretiens avec la personne atteinte de TNCM, les proches aidants et les professionnels de la santé impliqués, et d'inclure un examen des dossiers médicaux antérieurs et des évaluations réalisées à ce jour (p. ex. tests cognitifs, neuro-imagerie). Si l'étiologie des TNCM n'est pas claire, les prestataires de soins actuels doivent obtenir plus d'informations et demander des examens complémentaires si nécessaire pour la clarifier.

Il est important de comprendre l'étiologie, ou les causes probables des TCNM, chez une personne donnée. Différents SCPD peuvent être plus ou moins fréquents dans différents types de TCNM (Mukherjee, et coll., 2017; Schwertner et coll., 2022). La sécurité et l'efficacité de certains traitements des SCPD varient en fonction des différentes causes sous-jacentes des TCNM. Les différents types de TCNM peuvent également influencer le pronostic et orienter la planification future de la personne vivant avec les TCNM (Liang et coll., 2021). La majorité des personnes atteintes de TCNM souffrent de la maladie d'Alzheimer, de troubles cognitifs d'origine vasculaire ou de TCNM mixtes sous-jacents, qui font souvent l'objet d'une approche similaire en termes d'évaluation et de prise en charge des SCPD. Il convient de veiller tout particulièrement à distinguer ces types de TCNM d'autres causes telles que le TCNM du lobe frontal, le TCNM à corps de Lewy ou le TCNM lié à la maladie de Parkinson, dont les stratégies de prise en charge diffèrent de celles utilisées pour la maladie d'Alzheimer et les TCNM apparentés.

Il est important de comprendre le stade ou la sévérité des TCNM pour repérer les facteurs susceptibles de contribuer aux SCPD. Connaître le stade des TCNM, et donc les capacités et les limites de la personne, permettra également de définir des stratégies psychosociales efficaces. De même, l'efficacité de certains traitements pharmacologiques peut varier en fonction du stade des TCNM. La sévérité des TCNM peut être évaluée à l'aide de brèves évaluations cognitives validées combinées à des évaluations fonctionnelles (Tang-Wai et coll., 2020).

Compte tenu de l'hétérogénéité des SCPD spécifiques et de la variation de la sévérité des SCPD au sein de symptômes ou de syndromes spécifiques, l'évaluation des SCPD devrait également intégrer des évaluations de la sévérité des SCPD. Une approche suggérée pour catégoriser la sévérité des SCPD est présentée ci-dessous :

- **SCPD légers :** 1) Les SCPD causent une perturbation minimale ou nulle de l'environnement; 2) les SCPD sont associés à une détresse minimale pour la personne vivant avec les troubles neurocognitifs majeurs; et, 3) les symptômes sont intermittents ou facilement modifiables par des approches psychosociales.
- **SCPD modérés :** 1) Les SCPD causent une certaine perturbation de l'environnement; 2) les SCPD sont associés à une détresse modérée pour la personne vivant avec les troubles neurocognitifs majeurs; ou, 3) les symptômes sont difficilement modifiables par des approches psychosociales.
- **SCPD graves :** 1) Les SCPD sont associées à un risque de préjudice pour la personne atteinte de troubles neurocognitifs majeurs ou pour autrui; 2) les SCPD sont associés à une perturbation grave et fréquente de l'environnement; 3) les SCPD sont associées à une détresse grave pour la personne atteinte de troubles neurocognitifs majeurs; et, 4) une modification minimale ou nulle avec des approches psychosociales seules.

Le groupe d'experts reconnaît que l'évaluation de la sévérité des SCPD dans la pratique clinique courante est souvent subjective. Il a donc proposé une approche de la catégorisation de la sévérité des SCPD destinée à guider les discussions concernant les risques et les avantages potentiels liés à des décisions de prise en charge spécifiques. Lors de l'évaluation des personnes atteintes de TCNM pour les SCPD généraux, des outils d'analyse des symptômes tels que le Behavioural Supports Ontario-Dementia Observation System (BSO-DOS©) (Soutien en cas de troubles du comportement Ontario, 2019a) ou le Neuropsychiatric Inventory (NPI) pourraient être utilisés. Pour les SCPD et les syndromes de SCPD spécifiques inclus dans ces LDPC, les outils d'évaluation sont abordés dans les sections correspondantes des lignes directrices.

Énoncé de bonne pratique n° 5

Procéder à une évaluation approfondie des facteurs biologiques potentiels des SCPD, y compris une évaluation du délirium, des antécédents médicaux et de santé mentale, de la douleur, de la médication, de la consommation de substances, de l'audition et de la vision, ainsi que d'autres facteurs contributifs.

Plusieurs facteurs contribuent souvent au développement des SCPD chez une personne atteinte de TCNM. Il peut être utile de catégoriser les facteurs contribuant aux SCPD afin de faciliter un examen complet et holistique de ces facteurs. Parmi les façons de catégoriser les facteurs ou les causes des SCPD, on peut citer l'examen des facteurs contributifs qui peuvent être liés à la personne vivant avec les TCNM, aux proches aidants et à l'environnement (Kales et coll., 2015) ou des facteurs qui peuvent prédisposer, perpétuer et protéger (Watt, 2022). Le groupe d'experts recommande que l'évaluation des SCPD comprenne une évaluation des **facteurs biologiques**, la compréhension de **l'identité individuelle** de la personne atteinte de TCNM et la détermination des **facteurs psychosociaux ou environnementaux** contribuant aux SCPD. Parmi les approches structurées permettant d'étudier les facteurs contributifs potentiels aux SCPD figurent l'approche PIECES^{MC} (PIECES Canada, 2020), l'approche DICE^{MC} (Kales et coll., 2014; Kales et coll., 2015) ou l'approche IPA (Investigate, Plan and Assess) proposée dans l'algorithme de traitement de l'agitation de l'International Psychogeriatric Association (Cummings et coll., 2023).

Une analyse détaillée des antécédents médicaux doit être effectuée pour comprendre les facteurs potentiels des SCPD et déterminer les causes médicales possibles des changements de comportement, telles que le délirium. La première étape de l'évaluation des SCPD doit comprendre une évaluation et des investigations, si nécessaire, afin d'exclure le délirium comme cause des changements comportementaux ou psychologiques qui pourraient être diagnostiqués à tort comme des SCPD. Les personnes vivant avec un TCNM ont un risque plus élevé que la population générale de développer

un délirium (Fong, 2022). Le délirium et les SCPD peuvent parfois être confondus, car le délirium peut se manifester par un changement de comportement, comme l'apparition aiguë de symptômes psychotiques ou des changements d'humeur (Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2014; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2019). Des examens comme les analyses de sang ou la neuro-imagerie peuvent être indiqués dans l'évaluation du délirium, le choix des examens étant déterminé par les symptômes présentés et les antécédents (Laver, 2016; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2019). Un examen des habitudes de sommeil, y compris un éventuel manque de sommeil et des troubles du sommeil, doit être effectué dans le cadre de l'examen médical général. Un historique détaillé de la santé mentale de la personne vivant avec un TCNM est important pour déterminer si les symptômes psychiatriques peuvent être attribués à un TNCM ou à tout autre trouble psychiatrique (Calsolaro, 2019).

Après avoir évalué et optimisé la prise en charge des conditions médicales et de santé mentale générales, des évaluations cliniques devraient être entreprises pour recenser et supprimer les causes potentielles de douleur ou d'inconfort, qui peuvent être définies comme des besoins non satisfaits contribuant aux SCPD. Cela devrait inclure un examen des conditions de santé douloureuses potentielles (p. ex. arthrite ou blessure aiguë) et l'optimisation de la prise en charge de la douleur pour ces conditions (Achterberg, 2020). La prise en charge de la douleur peut contribuer à atténuer certains SCPD comme l'agitation (Husebo, 2014). L'évaluation de la douleur dans les TCNM doit intégrer des outils validés pour évaluer la douleur chez les personnes vivant avec un TNCM (Hadjistavropoulos, 2014) et d'autres facteurs contributifs tels que la soif et la faim, ainsi qu'un examen des fonctions intestinales et vésicales, y compris la manière dont l'état fonctionnel ou la gravité du TNCM peuvent influencer ces facteurs (Kales, 2014). Un examen des médicaments doit être effectué en mettant l'accent sur la détection des médicaments potentiellement inappropriés, ceux qui peuvent altérer la cognition ou sans indication claire (American Geriatrics Society, 2019; O'Mahony et coll., 2020). Outre les médicaments prescrits, il convient d'examiner les médicaments en vente libre, les produits de santé naturels et la consommation de substances comme l'alcool, la nicotine ou le cannabis. Un examen des changements sensoriels tels que les déficiences visuelles et auditives, tout en veillant à l'utilisation de lunettes ou de prothèses auditives, devrait être entrepris (Kales, 2014), car les déficiences sensorielles peuvent contribuer au développement des SCPD (p. ex. hallucinations auditives ou visuelles) et également constituer des obstacles à l'offre d'interventions psychosociales pour la prise en charge des SCPD.

Énoncé de bonne pratique n° 6

Procéder à un examen approfondi de l'identité individuelle de la personne atteinte de troubles neurocognitifs majeurs, y compris le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, la langue, la race, l'origine ethnique, le bagage culturel, les antécédents traumatiques, les croyances religieuses ou spirituelles et d'autres facteurs, afin de comprendre les facteurs contribuant aux SCPD et de guider l'évaluation et la prise en charge.

Le concept d'identité individuelle reconnaît que chaque personne possède une identité distincte et souligne la valeur inhérente, la dignité et l'humanité pour toutes les personnes atteintes de TNCM (Frank et coll., 2020; Kim et coll., 2021). Il est important de comprendre que les réponses actuelles à l'environnement sont influencées par l'histoire personnelle et le parcours de la personne vivant avec un TNCM (Cloak & Al Khalili, 2022). Les SCPD sont influencés par des différences intergénérationnelles et sociales plus larges, notamment les traumatismes associés aux expériences de pauvreté, de guerre, de racisme et de discrimination sexuelle ou de genre (Ward, 2016; Morais, 2021). Les expériences qu'une personne vivant avec un TNCM peut avoir en matière d'équité, de diversité et d'inclusion sont importantes pour fournir un contexte aux facteurs potentiels contribuant au développement des SCPD (Morais, 2021; Ward, 2016). Un examen approfondi de ces facteurs permettra d'élaborer un plan de traitement centré sur la personne et culturellement approprié (Vila-Castelar, 2022).

On sait que le sexe, le genre, la langue et le bagage culturel influencent les expériences des personnes vivant avec un TNCM, y compris les SCPD (Société Alzheimer du Canada, 2024b). Les femmes vivant avec un TNCM peuvent présenter des taux nettement plus élevés de symptômes d'anxiété et de dépression que les hommes (Lee, et coll., 2017; Lövheim et coll., 2009), tandis que les hommes peuvent présenter de l'irritabilité et de l'agitation (Lee, et coll., 2017; Tatsuru, 2012; Lövheim et coll., 2009). Les professionnels de la santé devraient chercher à comprendre les répercussions potentielles des identités de genre et des identités de genre non binaires des personnes atteintes de TNCM liés aux soins (Hunter, 2016). Par exemple, les personnes atteintes de TNCM issues de minorités sexuelles peuvent être plus isolées socialement ou éloignées de leur famille d'origine (Fredriksen-Goldsen, 2018). De nombreuses personnes qui s'identifient comme lesbiennes, homosexuelles, trans, bisexuelles, queers, bispituelles, intersexuées ou asexuées (également appelées 2ELGBTQIA+) peuvent avoir vécu des événements traumatisants au début de leur vie, qui doivent être pris en compte lors des évaluations des SCPD.

La langue peut avoir un impact à la fois sur l'expression des SCPD et sur les stratégies utilisées pour les évaluer et les prendre en charge. Lorsque les différences linguistiques entre la personne atteinte de TNCM et les professionnels de la santé constituent un obstacle à la communication, il convient de faire appel à des traducteurs médicaux professionnels lorsqu'ils sont disponibles pour aider à la communication (Brijnath, 2023; Dilworth-Anderson, 2011; Hughson et coll., 2016; Stone, 2008). Le bagage culturel comprend un ensemble de croyances, de valeurs, de traditions et de styles de vie partagés par des groupes spécifiques de personnes et est essentiel pour connaître l'identité individuelle de la personne vivant avec un TNCM (Vila-Castelar, 2022). La culture peut jouer un rôle important dans la manière dont les SCPD sont perçus, et parfois, la stigmatisation associée aux TNCM ou aux troubles de la santé mentale peut contribuer à retarder le recours aux soins de santé (Vila-Castelar, 2022). D'autres facteurs sont à prendre en compte lors de l'évaluation de l'identité individuelle, notamment les premières expériences de vie, les relations familiales, l'éducation, la religion et la spiritualité, ainsi que les passe-temps et les activités préférés.

La ressource « *À propos de moi* » créée par la Société Alzheimer du Canada peut aider les personnes atteintes de TNCM à partager des informations sur leur identité individuelle et à orienter les discussions sur l'identité individuelle qui permettront de guider l'évaluation et la prise en charge des SCPD avec leurs professionnels de la santé (Société Alzheimer du Canada, 2024c).

Énoncé de bonne pratique n° 7

Procéder à un examen exhaustif des facteurs psychosociaux et environnementaux contribuant aux SCPD.

Les facteurs psychosociaux et environnementaux peuvent jouer un rôle important dans le développement des SCPD (Kales, 2014; Watt, 2022; Jao, 2015). Un examen approfondi de ces facteurs est essentiel pour déterminer les interventions possibles, telles que l'éducation ou la formation des proches aidants ou des professionnels de la santé qui soutiennent la personne atteinte de TNCM, ou pour repérer les changements potentiels à apporter à l'environnement physique afin de lutter contre les SCPD (Wan et coll., 2021).

La responsabilité de la plupart des besoins en soins des personnes atteintes de TNCM incombe aux proches aidants. Cette responsabilité peut contribuer au stress du proche aidant et entraîner des tensions dans les relations interpersonnelles, en particulier lorsque la personne atteinte de TNCM présente également des SCPD importants (Kim et coll., 2021). Le rôle de proche aidant peut être de plus en plus difficile lorsque les TNCM sont à un stade plus avancé et que les proches aidants doivent accroître leur

soutien pour les activités de la vie quotidienne, et lorsque les capacités langagières deviennent plus altérées chez la personne atteinte de TNCM (Brodsky, 2009; Jao, 2015; Kim et coll., 2017; Kim, 2012; Kwon, 2013; Song, 2013; Wan et coll., 2021). Le fait d'aider les proches aidants à intégrer des stratégies de communication avec la personne atteinte de TNCM en utilisant des émotions positives, en recadrant les SCPD de manière à ce que les proches aidants ne les prennent pas personnellement, et en leur indiquant de ne pas confronter ou défier directement la personne atteinte de TNCM qui présente des SCPD peut contribuer à favoriser une communication plus positive et à réduire les facteurs psychosociaux contribuant aux SCPD (Wan et coll., 2021). Il est également important d'évaluer dans quelle mesure les proches aidants sont stressés dans leur rôle afin de leur apporter un soutien à eux, ainsi qu'à la personne atteinte de TNCM. Si un stress important ou une détresse émotionnelle sont constatés chez les proches aidants, il convient de leur proposer à la fois une psychoéducation sur les TNCM et un soutien psychologique pour remédier à leur détresse (Cheng et coll., 2020). Un environnement domestique qui offre de l'intimité, des interactions sociales et des niveaux appropriés de stimulation cognitive et sensorielle peut également contribuer à atténuer les SCPD (Cho, 2021; Wan et coll., 2021). Fournir aux proches aidants des conseils sur la manière de soutenir au mieux la personne atteinte de TNCM à différents stades, notamment en alignant les attentes des proches aidants aux capacités fonctionnelles et aux forces de la personne atteinte de TNCM, peut également contribuer à atténuer les SCPD (Kales, 2014; Kales, 2015). Des principes similaires concernant la communication et les attitudes liées aux SCPD s'appliquent au soutien des professionnels de la santé participant aux soins des personnes atteintes de TNCM.

L'examen des facteurs environnementaux devrait inclure des aspects liés à l'environnement physique, tels que la présence d'indices ou de supports environnementaux susceptibles de réduire la frustration de la personne atteinte de TNCM et de favoriser son autonomie. La température ambiante doit être examinée en tant que source potentielle d'inconfort, de même que l'éclairage qui peut influencer les cycles de sommeil et d'éveil. Une évaluation environnementale doit chercher à recenser et traiter les besoins potentiellement non satisfaits et les facteurs environnementaux modifiables. Les niveaux globaux de bruit et de stimulation environnementale doivent être examinés, car les environnements sous- ou sur-stimulants peuvent contribuer aux SCPD (Kales, 2015). L'établissement d'une grille comportementale incluant le contexte environnemental et psychosocial à l'aide d'outils tels que le BSO-DOS© (Soutien en cas de troubles du comportement Ontario, 2024) peut aider à cerner les types de SCPD qui sont liés à ces facteurs contextuels et à définir des stratégies environnementales ou interpersonnelles pour remédier aux SCPD.

Énoncé de bonne pratique n° 8

Utiliser un langage centré sur la personne et intégrer des descriptions spécifiques des SCPD en utilisant un langage adapté aux publics visés lors de la communication avec les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs, les proches aidants ou les professionnels de la santé.

Le groupe d'experts des lignes directrices reconnaît qu'il existe de nombreux termes différents, autres que SCPD, pour décrire les changements de comportement chez les personnes atteintes de TNCM, notamment : comportements difficiles, comportements réactifs, comportements préoccupants, comportements réactionnels ou expressions personnelles. Aucun terme n'a fait l'objet d'un consensus entre tous les groupes. Certaines personnes atteintes de TNCM peuvent considérer certains de ces termes comme stigmatisants et blessants. Pour favoriser une approche centrée sur la personne, demandez si possible à la personne atteinte de TNCM (ou à son proche aidant) comment elle préférerait que l'on décrive son expérience.

L'utilisation d'un langage centré sur la personne dans la communication sur les SCPD peut contribuer à atténuer la stigmatisation et permettre des approches respectueuses et favorables à la personne atteinte de TNCM et à ses proches aidants. Les professionnels de la santé devraient évaluer et élaborer des plans de prise en charge des SCPD en collaboration avec la personne atteinte de TNCM, les proches aidants et les professionnels de la santé de différentes disciplines. L'utilisation d'un langage centré sur la personne dans ces plans de prise en charge et le choix intentionnel d'un langage décrivant de manière appropriée et respectueuse les SCPD doivent être adaptés aux antécédents de la personne recevant les informations. Les professionnels de la santé devraient tenter d'utiliser un langage adapté à l'identité culturelle ou à la personne vivant avec un TNCM et s'efforcer de choisir des termes qui ne seront pas offensants ou insensibles pour cette personne (Société Alzheimer du Canada, 2017). Le choix des termes utilisés pour décrire les SCPD peut contribuer à la stigmatisation, ce qui dissuade les personnes atteintes de TNCM et leurs proches aidants de chercher de l'aide. En revanche, une communication réfléchie intégrant un langage bienveillant et culturellement adapté peut contribuer à développer la confiance et à améliorer les résultats pour les personnes atteintes de TNCM et les proches aidants (Brijnath, 2022). Les professionnels de la santé devraient proposer à la personne atteinte de TNCM et à ses proches aidants des renseignements adaptés au stade du TNCM et utiliser diverses méthodes de communication, telles qu'un langage approprié, une formulation simple et claire ou l'utilisation d'aides visuelles (NICE, 2018).

Fournir une description claire des SCPD peut aider à prévenir la stigmatisation et encourager la réflexion sur la signification potentielle des comportements (Programme gériatrique

régional de l'Ontario, 2017). Le fait que les professionnels de la santé soient sensibilisés et évitent d'étiqueter négativement les comportements des personnes atteintes de TNCM peut avoir plusieurs avantages : 1) rejeter une culture consistant à blâmer la personne atteinte de TNCM pour ses comportements; 2) favoriser la reconnaissance du fait que la personne atteinte de TNCM conserve son identité individuelle; et, 3) réduire la possibilité de créer une hiérarchie de pouvoir médical (Edvardsson, 2015; Programme gériatrique régional de l'Ontario, 2017; Spring, et coll., 2024). La Société Alzheimer du Canada et d'autres organisations ont élaboré des ressources pour favoriser un langage centré sur la personne à utiliser avec les personnes atteintes de TNCM (Société Alzheimer du Canada, 2017; Soutien en cas de troubles du comportement Ontario, 2021; Programme gériatrique régional de l'Ontario, 2017).

Énoncé de bonne pratique n° 9

Les interventions psychosociales sont recommandées pour tous les SCPD, seules ou combinées à des traitements pharmacologiques.

Les professionnels de la santé devraient mettre en œuvre des interventions psychosociales pour tous les SCPD, les interventions spécifiques étant guidées par une évaluation complète de la personne vivant avec un TNCM et des facteurs contribuant aux SCPD. Les approches psychosociales reposent sur des données probantes solides pour de nombreux SCPD, comme indiqué dans d'autres sections de ces LDPC (Brodsky, 2012; Kales, 2015; Watt, 2020; Watt, 2021). La sélection d'approches psychosociales spécifiques pour une personne vivant avec un TNCM devrait tenir compte des SCPD spécifiques, des antécédents de la personne, du contexte des SCPD tel que déterminé par une évaluation holistique des SCPD centrée sur la personne, et de la disponibilité des interventions psychosociales (Montgomery et coll., 2017; Dyer, 2016).

Parmi les interventions psychosociales fondées sur des données probantes figurent la formation et les approches de soins auxquelles participent les professionnels de santé ou les proches aidants, les psychothérapies adaptées à la personne atteinte de TNCM, l'exercice physique, les approches sensorielles (p. ex. aromathérapie, massage) et d'autres interventions comme la musique ou la thérapie assistée par l'animal (voir les sections suivantes des lignes directrices). En donnant la priorité aux approches psychosociales des SCPD les mieux adaptées aux antécédents et aux forces de la personne atteinte de TNCM, on a plus de chances d'être efficace et de renforcer son identité individuelle. La mise en œuvre de multiples interventions psychosociales pourrait constituer la stratégie la plus efficace pour atténuer les SCPD. Les interventions psychosociales utilisées pour accompagner chaque personne atteinte de TNCM peuvent différer au fil du temps en raison de l'évolution des intérêts, des capacités et de la disponibilité des ressources dans l'environnement de la personne atteinte de TNCM. Bien qu'il existe peu de

comparaisons directes entre les interventions psychosociales et les interventions pharmacologiques, 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 (Watt; 2019; Watt, 2021). Les personnes atteintes de TNCM et les proches aidants donnent la priorité aux approches psychosociales de la prise en charge des TNCM lorsqu'ils indiquent leurs préférences concernant le soutien en lien avec les TNCM (Wammes, 2021; Wehrmann, 2021).

Énoncé de bonne pratique n° 10

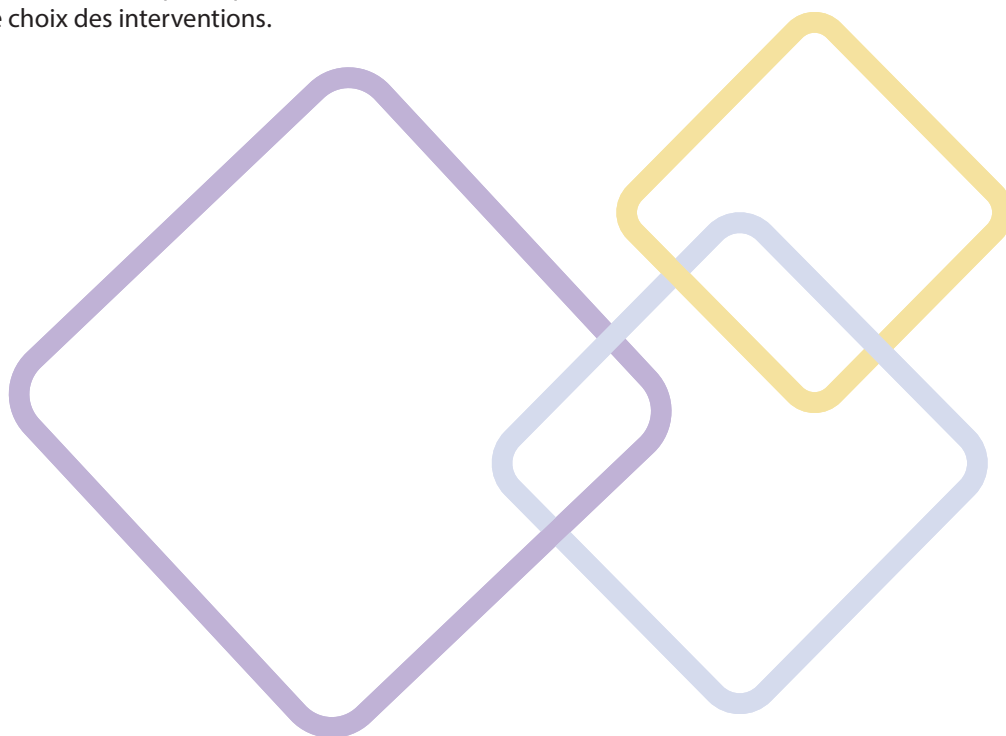
Sélectionner et adapter les interventions qui sont susceptibles d'être sécuritaires et efficaces pour les SCPD préoccupants et éviter les traitements qui ne sont ni sécuritaires ni efficaces.

Les interventions sont susceptibles de causer des dommages ou d'être inefficaces. Il convient donc d'examiner attentivement les avantages et les inconvénients possibles de la prise en charge des SCPD (NICE, 2023). Les risques et les avantages de la mise en œuvre ou non d'une intervention spécifique dépendent du niveau de sévérité et des risques associés à chaque SCPD spécifique. Les professionnels de la santé doivent déterminer la sévérité et les risques associés aux SCPD, car l'efficacité des interventions peut varier en fonction du niveau de sévérité. Le groupe d'experts recommande de choisir avec soin et d'adapter les interventions en fonction de l'évaluation des facteurs biologiques, personnels et environnementaux, afin de fournir des plans de soins individualisés, sécuritaires et efficaces pour les SCPD spécifiques. Les sections des présentes LDPC décrivent la sécurité et l'efficacité des interventions pour des SCPD spécifiques afin de guider les cliniciens dans le choix des interventions.

Énoncé de bonne pratique n° 11

Évaluer régulièrement l'efficacité du plan de prise en charge des SCPD et envisager d'ajuster, de modifier ou d'interrompre les stratégies, le cas échéant.

L'efficacité des plans de prise en charge des SCPD doit être évaluée à intervalles réguliers. Les SCPD peuvent évoluer dans le temps en raison de la nature progressive des TNCM; les risques des traitements peuvent être modifiés par des changements de l'état de santé; et les changements dans le milieu de soins peuvent influencer les risques et les bénéfices du traitement en cours. Les évaluations régulières doivent comprendre un examen approfondi des symptômes actuels et de toute évolution des SCPD, ainsi que de la réaction de la personne atteinte de TNCM aux stratégies de prise en charge, afin d'éclairer d'éventuelles modifications du plan de soins (Laver, 2016; Brecher, 2016; Frederiksen, 2020; Tavassoli, 2013; Lee et coll., 2022). L'utilisation des mêmes outils que ceux utilisés lors des évaluations initiales pour les évaluations de suivi peut s'avérer utile pour suivre de manière plus fiable l'évolution des SCPD au fil du temps. Les plans de prise en charge peuvent être actualisés après chaque évaluation en fonction des nouveaux résultats et de l'évolution des besoins de la personne atteinte de TNCM en matière de soins.



5. Recommandations pour évaluer et prendre en charge l'agitation dans les troubles neurocognitifs majeurs

L'agitation est l'un des SCPD les plus courants et peut figurer parmi les plus difficiles à évaluer et à prendre en charge (Anatchkova, 2019). Cette section présente les recommandations relatives au diagnostic, à l'évaluation et à la prise en charge de l'agitation dans les troubles neurocognitifs majeurs, en mettant l'accent sur la maladie d'Alzheimer et les troubles neurocognitifs majeurs apparentés. Les considérations cliniques relatives à d'autres types de TNCM, tels que le TNCM à corps de Lewy, le TNCM de la maladie de Parkinson et le TNCM frontotemporal, dépassent le cadre de ces LDPC et requièrent des considérations cliniques différentes en ce qui concerne l'évaluation et la prise en charge.

Recommandation n° 1

Nous recommandons d'utiliser les critères de consensus de l'International Psychogeriatric Association (IPA) pour l'agitation dans les troubles cognitifs afin de diagnostiquer l'agitation dans les troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation forte, données probantes de qualité modérée)

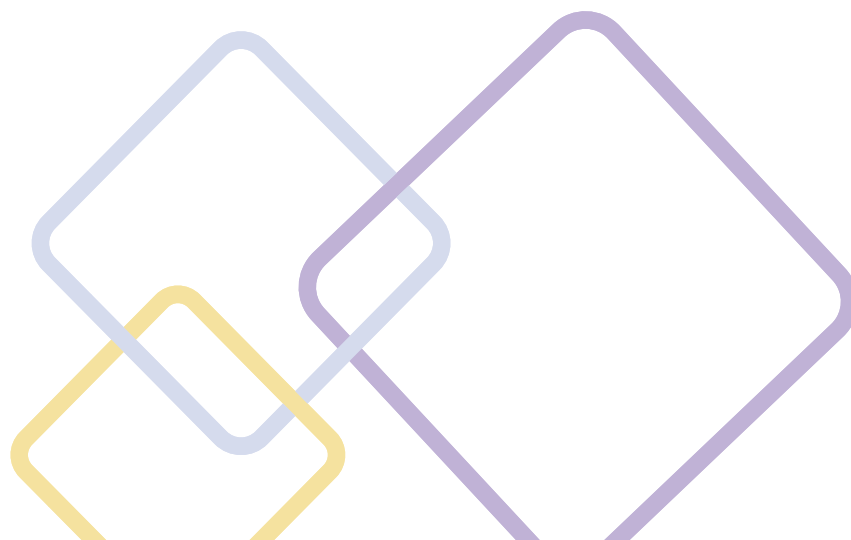
Des efforts ont été faits pour clarifier et normaliser la définition de l'agitation en tant que syndrome SCPD afin de faciliter la recherche et la prise en charge clinique des SCPD. Il s'agit de faire la distinction entre les comportements relevant des SCPD, qui peuvent nécessiter une évaluation et une prise en charge spécifiques, et d'autres comportements qui peuvent être normaux ou adaptatifs pour une personne atteinte de TNCM.

L'IPA a créé des critères provisoires pour l'agitation dans les troubles neurocognitifs (Cummings et coll., 2015) qui sont désormais acceptés comme la définition clinique et de recherche consensuelle de l'IPA pour l'agitation dans les troubles cognitifs (Sano et coll., 2023). Ces critères définissent l'agitation dans les troubles cognitifs comme présentant les caractéristiques suivantes : A) une personne répond aux critères diagnostiques d'un trouble cognitif ou d'un syndrome de TNCM; B) la personne exprime des comportements associés à une détresse observée ou déduite, présents depuis au moins deux semaines ou qui constituent un changement significatif par rapport à son comportement habituel, ce qui inclut un ou plusieurs de : activité

motrice excessive, agression verbale ou agression physique; C) les comportements provoquent une détresse et une incapacité supérieures à ce qui est attendu pour le trouble cognitif, incluant des répercussions sur les relations interpersonnelles, le fonctionnement social ou la capacité à mener des activités indépendantes; et D) les symptômes ne sont pas dus à d'autres conditions psychiatriques ou médicales générales, au délirium, au milieu de soins ou à des substances.

Ces critères ont été élaborés par un processus de consensus avec des experts cliniques et de recherche sur les SCPD et ont été intégrés dans des essais cliniques récents pour le traitement de l'agitation. Le groupe d'experts prévoit que ces critères seront largement utilisés à l'avenir pour la recherche et les soins cliniques aux personnes souffrant d'agitation. Étant donné le développement relativement récent des critères d'agitation de l'IPA, la plupart des données probantes liées à l'agitation dans les lignes directrices sur les SCPD de la CCSMPA n'ont pas utilisé ces critères cliniques.

Le groupe d'experts reconnaît que si l'adoption de ces critères présente des avantages potentiels, elle soulève également des préoccupations quant aux inconvénients potentiels liés à l'adoption de cette définition. Une opinion dissidente du groupe d'experts (D.H.C.) a soulevé des préoccupations quant aux conséquences de l'adoption de cette définition et, d'une manière générale, quant au diagnostic des comportements comme étant de « l'agitation », ce qui a également été soulevé par un réviseur externe qui est une personne ayant une expérience vécue (voir l'intégralité de la déclaration dissidente dans *l'Annexe*).



Recommandation n° 2

Nous suggérons la Neurobehavioral Rating Scale (NBRS), l'Empirical Behavioral Rating Scale (E-BEHAVE-AD), le Neuropsychiatric Inventory-Agitation (NPI-Agitation), le Spanish NPI-Agitation, la version française de la Rating Scale for Aggressive Behaviour in the Elderly (F-RAGE) ou la Psychogeriatric Assessment Scale (PAS) pour détecter l'agitation dans les TNCM dans les cliniques spécialisées. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

et

Nous suggérons la Neurobehavioral Rating Scale (NBRS), l'Empirical Behavioral Rating Scale (E-BEHAVE-AD), le Neuropsychiatric Inventory-Agitation (NPI-Agitation), le Spanish NPI-Agitation, la version française de la Rating Scale for Aggressive Behaviour in the Elderly (F-RAGE), le Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) ou la Psychogeriatric Assessment Scale (PAS) pour détecter l'agitation dans les troubles neurocognitifs majeurs dans les établissements de soins primaires ou de longue durée. (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

et

Nous suggérons d'utiliser le Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) pour détecter les symptômes d'agitation chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs dans les cliniques spécialisées, et les établissements de soins primaires et de longue durée. (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

Le groupe d'experts a réalisé une étude systématique des outils permettant de détecter les symptômes d'agitation ou d'agression, selon les critères de l'IPA. Les études qui comparaient ces outils à des normes de référence, telles que l'évaluation par un clinicien ou d'autres outils, qui incluaient des personnes atteintes de TNCM, et qui présentaient des mesures de précision comme la sensibilité, la spécificité ou les coefficients de corrélation ont été incluses. Au total, 6 056 articles ont été répertoriés, 266 ont été examinés dans leur intégralité et 32 ont été inclus; cinq ont été comparés à une norme de référence, et 27 ont examiné la corrélation entre les outils.

Sept outils ont été comparés à une norme de référence, notamment la Neurobehavioral Rating Scale (NBRS) (Ismail et coll., 2013; Rosen et coll., 1999), l'Empirical Behavioral Rating

Scale (E-BEHAVE-AD) (Ismail et coll., 2013), le Neuropsychiatric Inventory-Agitation (NPI-Agitation) (Ismail et coll., 2013), le Spanish NPI-Agitation (Vilalta-Franch et coll., 1999), la version française de la Rating Scale for Aggressive Behaviour in the Elderly (F-RAGE) (Adama et coll., 2013), le Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI), ou encore le Pittsburgh Assessment Scale (PAS) (Rosen et coll., 1999). La plupart des études ont fait état de sensibilités >80 % et de spécificités >70 % pour ces outils.

Une étude qui a évalué le CMAI et la version pour cliniciens du NPI a fait état de différences cliniquement importantes minimales (De Mauleon et coll., 2021). La qualité des données probantes a été jugée faible en raison des données issues d'une seule étude pour la plupart des outils, du risque de parti pris dans les études individuelles (p. ex. manque de clarté quant à l'assignation de l'insu entre les évaluations), et de l'écart de précision entre les outils.

Recommandation n° 3

Nous recommandons des approches de soins interdisciplinaires aux personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs, comprenant une formation des professionnels de la santé sur les SCPD, des approches structurées de l'évaluation, des plans de soins individualisés et des activités significatives personnalisées pour la prise en charge de l'agitation dans les cas de troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation forte, données probantes de niveau modéré)

Une évaluation approfondie des facteurs contribuant aux SCPD et la compréhension de l'identité individuelle de la personne atteinte de TNCM sont importantes pour l'évaluation et la prise en charge de l'agitation. Bien que les ressources disponibles puissent varier d'un milieu à l'autre, il est recommandé d'adopter une approche interdisciplinaire faisant appel à l'expertise du personnel infirmier, du personnel paramédical, du personnel non agréé, des médecins, des pharmaciens et d'autres professionnels de la santé. Les données probantes existantes issues d'essais contrôlés randomisés démontrent que les approches de soins interdisciplinaires aux personnes atteintes de TNCM intégrant des éléments tels que l'éducation sur les facteurs contribuant aux SCPD, des approches structurées de l'évaluation, des plans de soins individualisés et l'incorporation d'activités significatives personnalisées sont associées à des réductions des symptômes d'agitation (DMS : -0,5, -0,99 à -0,01, N=4, n=552) (Watt et coll., 2019). Parmi les exemples de programmes de formation qui intègrent ces approches au Canada, citons l'approche PIECES^{MC} (PIECES Canada, 2020), C-SIRSE![®] (Société Alzheimer de l'Ontario, 2024) et Gentle Persuasive Approaches[®] (Advanced Gerontological Education, 2024), comme décrit dans la section sur les principes généraux des lignes directrices sur les SCPD de la CCSMPA.

Recommandation n° 4

Nous suggérons d'envisager l'utilisation d'animaux robotisés pour la prise en charge de l'agitation dans les cas de troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation conditionnelle, données probantes de qualité modérée)

Les animaux robotisés sont efficaces pour atténuer les symptômes d'agitation chez une personne atteinte de TNCM. Une méta-analyse sur les animaux robotisés pour l'agitation chez les résidents d'établissements de soins de longue durée a révélé des réductions significatives des symptômes d'agitation avec la thérapie par animal robotisé (DMS : -0,37, -0,64 à -0,09, N=3, n=216) (Leng et coll., 2019). Les interventions comprenaient des séances de 20 à 30 minutes avec des animaux robotisés deux à trois fois par semaine.

Recommandation n° 5

Nous suggérons la zoothérapie pour la prise en charge de l'agitation dans les troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

La zoothérapie, qui fait généralement intervenir des chiens ou d'autres animaux de compagnie, peut être efficace pour réduire les symptômes d'agitation chez les personnes atteintes de TNCM. Une méta-analyse de trois essais randomisés, portant tous sur une thérapie assistée par des chiens dans un établissement de soins de longue durée, a révélé que la zoothérapie était associée à une réduction des symptômes d'agitation par rapport aux soins habituels, à un degré proche de la signification statistique (DMS : -0,28, -0,58 à 0,02, p=0,06). Les séances ont eu lieu deux fois par semaine pendant 20 à 30 minutes et certaines études comprenaient à la fois des interventions individualisées et des interventions de groupe.

Recommandation n° 6

Nous suggérons l'exercice physique pour la prise en charge de l'agitation dans les troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

Plusieurs avantages pour la santé sont associés à l'exercice physique, notamment la possibilité pour l'exercice de ralentir le rythme de déclin cognitif et fonctionnel chez les personnes atteintes de TNCM. Outre les bénéfices potentiels de l'exercice physique sur les symptômes cognitifs des TNCM, certaines données probantes montrent que l'exercice peut être bénéfique pour la prise en charge de l'agitation chez les

personnes vivant avec un TNCM (Kouloutbani et coll., 2023). Une revue systématique et une méta-analyse ont démontré que l'exercice physique, principalement l'exercice aérobique ou les interventions d'exercice à composantes multiples, était associé à une réduction de l'ensemble des symptômes neuropsychiatriques mesurés par le NPI (N=9, n=1 168, DM : -5,28, IC à 95 % : -9,46 à -1,11, p=0,01). Une étude a rapporté séparément les effets de l'exercice sur les symptômes d'agitation mesurés par l'Agitated Behaviours Scale, dans le cadre d'un programme d'exercices aérobiques comprenant la marche, avec des diminutions significatives des symptômes d'agitation rapportées par rapport aux soins habituels ou aux activités cognitives (Venturelli et coll., 2016).

Recommandation n° 7

Nous recommandons des interventions musicales en utilisant la musique préférée de la personne souffrant de TNCM pour la prise en charge de l'agitation dans les troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation forte, données probantes de qualité modérée)

Les interventions musicales ont été largement étudiées en tant qu'approches potentielles pour aider à atténuer les SCPD généraux, y compris l'agitation (Abraha et coll., 2017; Ueda et coll., 2013) (N=11; n=397; DMS : -0,49 (95 % IC -0,82 à -0,17, p=0,0003)). Plusieurs études individuelles ont établi que les interventions musicales étaient efficaces pour réduire l'agitation chez les personnes atteintes de TNCM (Gaviola et coll., 2020; Ueda et coll., 2013). Une revue systématique de la musicothérapie réceptive ou passive a été associée à une réduction de l'agitation mesurée sur le Cohen-Mansfield Agitation Inventory par rapport aux soins habituels (N=7, différence moyenne : -7,99, IC à 95 % : -15,11 à -0,87) (Pedersen et coll., 2017; Tsoi et coll., 2018). Une deuxième méta-analyse a montré que les interventions musicales étaient associées à une réduction de l'agitation (DMS : -0,61, IC à 95 % : -0,38 à -0,84). Les interventions musicales peuvent inclure une variété d'approches intégrant l'écoute de la musique, seule ou en combinaison avec d'autres activités telles que le mouvement, le chant ou la pratique d'instruments de musique (Abraha et coll., 2017). La plupart des interventions comportent des séances de musique dispensées 2 à 3 fois par semaine pendant environ 30 minutes lors de chaque séance (Abraha et coll., 2017).



Recommandation n° 8

Nous suggérons le massage pour la prise en charge de l'agitation dans les troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation conditionnelle, données probantes de qualité modérée)

Le massage consiste à soulager la douleur, la tension ou la détresse par la manipulation ou le pétrissage des muscles et des tissus mous. Une revue systématique des essais contrôlés randomisés a révélé que le massage était associé à une réduction de l'agitation mesurée par le Cohen-Mansfield Agitation Inventory (N=6, n=365, DMS : -0,56, IC à 95 % : -0,95 à -0,17, p=0,005) (Margenfeld et coll., 2019). Ces études ont porté sur une série d'interventions, dont le massage seul, le massage aromatique et l'acupression, et pouvaient concerner différentes parties du corps, notamment les mains, les pieds, les épaules et le dos. Les massages quotidiens délivrés cinq fois par semaine, chaque massage durant 10 à 30 minutes, étaient la modalité la plus fréquente (Margenfeld et coll., 2019).

Recommandation n° 9

Nous suggérons l'aromathérapie pour la prise en charge de l'agitation dans les troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

L'aromathérapie est une modalité thérapeutique consistant en l'exposition à des huiles essentielles à des fins thérapeutiques. Il a été démontré que l'aromathérapie était associée à une réduction de l'agitation (N=10, n=631; DMS : -0,45, IC à 95 % : -0,73 à -0,16, p=0,003) (Xiao et coll., 2021). Les études ont porté sur diverses applications de l'aromathérapie, notamment l'administration topique (badigeonnage), le massage et l'inhalation. Parmi les différentes applications de l'aromathérapie, les préparations à base de lavande étaient plus efficaces que l'huile de citron. La fréquence de l'aromathérapie variait d'une fois par semaine à trois fois par semaine, la durée des séances individuelles pouvant aller jusqu'à 120 minutes.

Recommandation n° 10

Nous suggérons que les inhibiteurs de la cholinestérase et la mémantine soient optimisés pour le traitement pharmacologique de la maladie d'Alzheimer et des troubles neurocognitifs majeurs apparentés. (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

Au Canada, trois inhibiteurs de la cholinestérase (donépézil, galantamine et rivastigmine) et la mémantine, un antagoniste des récepteurs NMDA, sont autorisés pour le traitement de la maladie d'Alzheimer. Il a été démontré que les inhibiteurs de la cholinestérase et la mémantine sont associés à des améliorations modestes des résultats cognitifs et fonctionnels chez les personnes ayant reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer (Birks et Evans, 2015; Birks et Harvey, 2018; Loy et Schneider, 2006; McShane et coll., 2019; Tan et coll., 2014). C'est pourquoi il est recommandé de discuter de ces médicaments avec les patients et les proches aidants dans le cadre du traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer afin de retarder la progression des troubles cognitifs et fonctionnels (Herrmann, Lanctôt, et coll., 2013). Plusieurs des études réalisées avec les inhibiteurs de la cholinestérase et la mémantine, principalement pour évaluer les paramètres cognitifs, comprenaient également des mesures des SCPD en tant que paramètres secondaires. Il convient de noter que ces études ont généralement porté sur des personnes présentant des SCPD relativement légers au départ et qu'elles n'étaient pas destinées à évaluer l'efficacité de ces médicaments chez les personnes présentant une agitation modérée à sévère ou d'autres SCPD. Une méta-analyse de la mémantine qui n'a pas recruté de personnes présentant une agitation de base importante a révélé que le traitement par la mémantine était associé à une diminution du risque d'agitation apparaissant comme un événement indésirable au cours des essais, par rapport au placebo (N=15, n=3 904 ; RR : 0,76, IC à 95 % : 0,6 à 0,96) (McShane et coll., 2019). Une revue systématique des inhibiteurs de la cholinestérase pour la psychose dans la maladie d'Alzheimer a démontré de faibles avantages sur les symptômes psychotiques par rapport au placebo (d'Angremont et coll., 2023), et que le donépézil, la galantamine et la mémantine étaient associés à des avantages modestes sur l'ensemble des SCPD, tels que mesurés par le Neuropsychiatric Inventory Scale (Jin et Liu, 2019; Tan et coll., 2014).



Recommandation n° 11

Nous déconseillons l'introduction des inhibiteurs de la cholinestérase spécifiquement pour le traitement de l'agitation modérée à sévère dans la maladie d'Alzheimer et les troubles neurocognitifs majeurs apparentés. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)
et

Recommandation n° 12

Nous déconseillons l'introduction de la mémantine spécifiquement pour le traitement de l'agitation modérée à sévère dans la maladie d'Alzheimer et les troubles neurocognitifs majeurs apparentés. (Recommandation conditionnelle, données probantes de qualité modérée)

Dans les essais contrôlés randomisés évaluant l'agitation mesurée par le CMAI, aucune différence significative n'a été notée entre le donépézil et le placebo sur les symptômes d'agitation (Jin et Liu, 2019). Un vaste essai contrôlé randomisé sur le donépézil comparé à un placebo pour traiter les symptômes importants d'agitation dans les cas de TNCM (n = 272 personnes) n'a révélé aucune différence significative dans les symptômes d'agitation chez les personnes traitées par le donépézil par rapport au placebo (différence moyenne au CMAI : -0,06, IC à 95 % : -4,35 à 4,22) (Howard et coll., 2007). De même, deux essais contrôlés randomisés axés sur le traitement de l'agitation chez les personnes atteintes de TNCM n'ont révélé aucun bénéfice pour la mémantine par rapport au placebo (Fox et coll., 2012; Herrmann, Gauthier, et coll., 2013).

Recommandation n° 13

Nous recommandons le citalopram pour le traitement de l'agitation de sévérité modérée dans la maladie d'Alzheimer et les troubles neurocognitifs majeurs apparentés. (Recommandation forte, données probantes de faible qualité)

Le citalopram est un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine fréquemment utilisé pour le traitement de la dépression et des troubles anxieux chez les adultes et les aînés. Le citalopram a été évalué comme traitement de l'agitation dans les TNCM, notamment dans le cadre d'un vaste essai contrôlé randomisé démontrant l'efficacité du citalopram pour traiter l'agitation dans les TNCM par rapport à un placebo (Porsteinsson et coll., 2014). Une méta-analyse en réseau des antidépresseurs contre l'agitation dans les TNCM a également montré que le citalopram était plus efficace que le placebo pour réduire l'agitation (DMS : -0,44, IC à 95 % : -0,72

à -0,16) et que le citalopram n'était pas associé à un risque accru d'effets indésirables par rapport au placebo (RR : 1,01, IC à 95 % : 0,51 à 1,98) (Chen et coll., 2023). Il convient de noter que la dose cible de citalopram utilisée dans la plupart des études était de 30 mg par jour, en fonction de la tolérabilité et de la réponse. Cependant, des doses supérieures à 20 mg par jour chez les aînés ne sont pas recommandées en raison des préoccupations liées à l'allongement de l'intervalle QT corrigé (Santé Canada, 2012). L'efficacité du citalopram à la dose maximale recommandée de 20 mg n'est donc pas claire, d'autant plus que la plupart des participants à l'essai (78 %) ont reçu 30 mg, ce qui indique que certains d'entre eux n'ont peut-être pas répondu de manière adéquate à des doses plus faibles. Des évaluations pharmacologiques ont permis de constater que les concentrations sériques de l'énantiomère S du citalopram, disponible sous le nom d'escitalopram, étaient associées à des avantages cliniques pour les personnes traitées par le citalopram (Ho et coll., 2016) et un vaste essai clinique de l'escitalopram pour l'agitation dans les cas de TNCM est actuellement en cours (NCT : 03108846).

Recommandation n° 14

Nous suggérons le citalopram pour l'agitation sévère lorsque les risques et les bénéfices d'autres traitements pharmacologiques de l'agitation sévère (p. ex. les antipsychotiques) empêchent l'utilisation d'autres médicaments dans la maladie d'Alzheimer et les troubles neurocognitifs majeurs apparentés. (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

Le plus grand ECR sur le citalopram pour le traitement de l'agitation dans les TNCM a démontré que si le citalopram était globalement efficace sur l'agitation (Porsteinsson et coll., 2014), il existait une hétérogénéité dans le profil de réponse, certaines populations de patients étant plus ou moins susceptibles de répondre au citalopram par rapport au placebo. Parmi les facteurs prédictifs de réponse, les personnes atteintes d'un TNCM moins avancé (défini par des scores plus élevés aux tests cognitifs) et celles présentant une agitation moins sévère au départ étaient les plus susceptibles de répondre au citalopram, contrairement aux personnes atteintes d'un TNCM plus avancé ou présentant des symptômes sévères (Schneider et coll., 2016). En outre, le délai d'apparition des bénéfices cliniques avec le citalopram peut être retardé, la majorité des personnes ayant besoin d'un traitement allant jusqu'à neuf semaines pour observer une amélioration clinique des symptômes (Weintraub et coll., 2015). L'ensemble de ces résultats pourrait indiquer que le citalopram n'est pas une option efficace pour le traitement de l'agitation sévère. Cependant, dans certaines circonstances, les risques liés aux antipsychotiques peuvent exclure leur utilisation en cas d'agitation sévère. Dans les situations où les risques d'effets secondaires peuvent potentiellement l'emporter sur les bénéfices ou lorsque le patient ou le

mandataire décide de ne pas recourir à un traitement antipsychotique, le traitement par le citalopram peut être acceptable en tant que traitement de l'agitation sévère.

Recommandation n° 15

Nous déconseillons l'utilisation de la trazodone, de la sertraline, de la mirtazapine et de la fluoxétine dans la prise en charge de l'agitation dans la maladie d'Alzheimer et les troubles neurocognitifs majeurs apparentés. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

et

Nous déconseillons l'utilisation de la paroxétine, de la fluvoxamine et des antidépresseurs tricycliques dans la prise en charge de l'agitation dans la maladie d'Alzheimer et les troubles neurocognitifs majeurs apparentés. (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

Bien que les antidépresseurs soient fréquemment utilisés pour la prise en charge de l'agitation dans les TNCM, il existe très peu de données probantes indiquant qu'un antidépresseur autre que le citalopram soit sûr et efficace pour le traitement de l'agitation. Une méta-analyse en réseau des antidépresseurs pour l'agitation dans les TNCM n'a pas observé de bénéfices des autres antidépresseurs par rapport au placebo. Il n'y avait notamment aucun bénéfice sur les symptômes d'agitation pour la sertraline (DMS : -0,08, -0,43 à 0,27), la trazodone (DMS : 0,03, -0,49 à 0,43), la fluoxétine (DMS : 0,31, 1,49 à -0,87) et la mirtazapine (DMS : -0,07, -0,68 à 0,55) (Chen et coll., 2023). La méta-analyse portant sur la trazodone incluait une petite étude positive pour le traitement du TNCM frontotemporal (Lebert et coll., 2004), bien que les autres essais portant sur la trazodone pour l'agitation dans les TNCM n'aient pas démontré de bénéfice par rapport au placebo (Seitz et coll., 2011; Teri et coll., 2000). La méta-analyse en réseau a également mis en évidence un risque accru d'effets indésirables pour la trazodone par rapport au placebo (RR : 4,58, 1,12 à 18,69) (Chen et coll., 2023). Les antidépresseurs tels que la paroxétine, la fluvoxamine ou les antidépresseurs tricycliques ne sont pas recommandés en raison d'effets indésirables potentiels comme les effets secondaires anticholinergiques ou leur propension à provoquer des interactions médicamenteuses.

Recommandation n° 16

Nous suggérons l'aripiprazole, le brexpiprazole ou la rispéridone dans le traitement de l'agitation sévère dans la maladie d'Alzheimer et les troubles neurocognitifs majeurs apparentés. (Recommandation conditionnelle, données probantes de qualité modérée)

Les antipsychotiques atypiques aripiprazole, brexpiprazole et rispéridone se sont tous révélés plus efficaces que le placebo dans des ECR à court terme qui ont évalué l'agitation en tant que résultat principal dans la maladie d'Alzheimer. Une méta-analyse en réseau d'ECR a mis en évidence des réductions de l'agitation sur le Cohen Mansfield Agitation Inventory pour l'aripiprazole (N=3 DMS : -0,30, IC à 95 % : -0,55 à -0,05) et la rispéridone (N=7 ; DMS : -0,26, IC à 95 % : -0,37 à -0,15) (Yunusa et coll., 2019). L'information sur le brexpiprazole n'a pas été incluse dans cette analyse en réseau bien que postérieurement à cet examen, l'information sur trois ECR du brexpiprazole pour l'agitation dans la maladie d'Alzheimer a été publiée démontrant l'efficacité du brexpiprazole à 2 mg ou 3 mg par jour (Grossberg et coll., 2020; Lee et coll., 2023). L'U.S. Food and Drug Administration a approuvé le brexpiprazole pour le traitement de l'agitation dans les TNCM (U.S. Food & Drug Administration, 2023), approbation suivie d'une recommandation similaire par Santé Canada (Otsuka Canada, 2024). Par conséquent, l'aripiprazole, le brexpiprazole ou la rispéridone pourraient être envisagés dans le traitement initial de l'agitation sévère dans la maladie d'Alzheimer. Dans les cas où l'un de ces médicaments est inefficace ou non toléré, il est suggéré de passer de la rispéridone à l'aripiprazole ou au brexpiprazole (ou vice versa si l'aripiprazole ou le brexpiprazole étaient les médicaments de choix initiaux). Compte tenu des similitudes entre l'aripiprazole et le brexpiprazole, le groupe d'experts n'a pas recommandé de passer d'un médicament à l'autre en cas d'inefficacité ou d'intolérance initiale à l'un ou l'autre.

Bien que certains antipsychotiques atypiques puissent être associés à une amélioration des symptômes d'agitation, des données probantes issues d'ECR et des données d'observation ont mis en évidence le risque d'événements indésirables graves, tels que des accidents vasculaires cérébraux et des décès, avec les antipsychotiques atypiques, par rapport au placebo. Des méta-analyses ont mis en évidence un risque élevé de mortalité associé aux antipsychotiques atypiques en tant que classe (RR : 1,54, IC à 95 % : 1,06 à 2,23) (Schneider et coll., 2005) ainsi qu'un risque accru d'événements indésirables cérébrovasculaires (RR : 2,13, IC à 95 % : 1,20 à 3,75) (Schneider et coll., 2006), ainsi que des taux élevés d'autres effets indésirables tels que la somnolence, les modifications de la démarche et la détérioration cognitive (Schneider et coll., 2006). La méta-analyse en réseau précédemment citée en référence a établi que, parmi les trois médicaments recommandés, la rispéridone pourrait présenter le risque relatif le plus élevé d'événements cérébrovasculaires par rapport au placebo, l'aripiprazole ne présentant pas de risque

accru de ces événements indésirables par rapport au placebo (Yunusa et coll., 2019). De même, le risque de symptômes extrapyramidaux avec la rispéridone était supérieur à celui du placebo, tandis que l'aripiprazole n'était pas associé à une augmentation significative du risque d'effets indésirables (Yunusa et coll., 2019). Tous les antipsychotiques atypiques ont été associés à un risque accru de somnolence (Yunusa et coll., 2019). Compte tenu de ces préoccupations en matière de sécurité, l'utilisation de tout antipsychotique pour le traitement de l'agitation dans la maladie d'Alzheimer devrait être limitée aux situations où les personnes présentent des symptômes graves d'agitation qui n'ont pas répondu aux traitements non pharmacologiques ou à d'autres interventions pharmacologiques appropriées (Watt, 2019).

Recommandation n° 17

Nous suggérons la quétiapine pour le traitement de l'agitation sévère dans la maladie d'Alzheimer et les troubles neurocognitifs majeurs apparentés si les symptômes sont réfractaires à d'autres traitements pharmacologiques ou dans les cas où d'autres traitements ne sont pas tolérés en raison d'effets secondaires extrapyramidaux. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

La quétiapine reste l'un des antipsychotiques les plus prescrits chez les personnes âgées atteintes de TNM (Maust et coll., 2021) et est fréquemment utilisée dans la pratique clinique pour la prise en charge des SCPD. La méta-analyse en réseau sur la quétiapine pour l'agitation dans les TNM n'a pas démontré que la quétiapine était plus efficace que le placebo pour réduire les symptômes d'agitation mesurés par le Cohen-Mansfield Agitation Inventory (DMS : -0,25; -0,51 à 0,11) (Yunusa et coll., 2019), bien qu'il y ait eu relativement peu d'études sur la quétiapine. Le risque d'accident vasculaire cérébral n'était pas statistiquement plus élevé que celui du placebo pour la quétiapine (RR : 1,36, IC à 95 % : 0,45 - 4,25), et le risque de décès (RR : 1,64, 0,74 - 3,63) associé à la quétiapine était similaire à celui d'autres antipsychotiques. La quétiapine a été reconnue comme ayant une propension relativement faible à provoquer des symptômes extrapyramidaux (RR : 0,59; IC à 95 % : 0,27 - 1,33) (Yunusa et coll., 2019) et, à ce titre, elle peut être envisagée dans le traitement de l'agitation sévère lorsque d'autres traitements tels que la rispéridone, l'aripiprazole ou le brexpiprazole sont inefficaces ou ne sont pas tolérés en raison d'effets indésirables extrapyramidaux.

Recommandation n° 18

Nous déconseillons l'olanzapine pour le traitement de l'agitation, à l'exception d'une utilisation potentielle comme traitement d'urgence à court terme de l'agitation sévère dans la maladie d'Alzheimer et les troubles neurocognitifs majeurs apparentés. (Recommandation forte, données probantes de faible qualité)

Dans la méta-analyse en réseau examinée dans les recommandations précédentes, l'olanzapine n'était pas plus efficace que le placebo pour réduire les symptômes d'agitation (DMS : -0,18; IC à 95 % : -0,37 à 0,02). L'olanzapine a été associée à la plus forte augmentation relative du risque de mortalité (RR : 1,74; IC à 95 % : 0,74 à 4,07) et d'événements indésirables cérébrovasculaires (RR : 4,28; IC à 95 % : 1,26 à 14,56) (Yunusa et coll., 2019). Bien que les différences entre les résultats en matière d'efficacité et de sécurité des antipsychotiques ne soient pas statistiquement significatives entre les différents antipsychotiques, les estimations de l'olanzapine par rapport aux autres antipsychotiques atypiques indiquent qu'elle pourrait être moins efficace et moins sûre que les autres antipsychotiques pour le traitement de l'agitation et qu'elle n'est pas recommandée pour le traitement continu de l'agitation. D'autres recommandations dans les sections suivantes de ces lignes directrices abordent le rôle potentiel de l'olanzapine dans la prise en charge à court terme de l'agitation aiguë, car il s'agit de l'un des rares antipsychotiques à courte durée d'action disponibles en formulation intramusculaire.

Recommandation n° 19

Nous suggérons que les antipsychotiques typiques soient envisagés pour le traitement de l'agitation dans les troubles neurocognitifs majeurs si les symptômes sont réfractaires aux autres traitements pharmacologiques, notamment l'aripiprazole, le brexpiprazole et la rispéridone. (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

Les antipsychotiques typiques, y compris des médicaments tels que l'halopéridol, peuvent être efficaces pour réduire les symptômes d'agitation dans les TNM. Une méta-analyse d'ECR a montré que les antipsychotiques typiques étaient associés à une réduction significative des symptômes d'agitation par rapport au placebo (N=4, n=361; DMS : -0,36; 95 % : -0,57 à -0,15) (Mühlbauer et coll., 2021). Trois des quatre études ont évalué l'halopéridol (doses de 1 à 6 mg par jour) et l'halopéridol a également été associé à une réduction des symptômes d'agitation (DMS : -0,29; IC à 95 % : -0,51 à -0,07). (Mühlbauer et coll., 2021). Cependant, ces médicaments ont également été associés à un risque accru de somnolence (RR : 2,62; IC à 95 % : 1,51 à 4,56) et de symptômes extrapyramidaux

(RR : 2,26; IC à 95 % : 1,58 à 3,23) par rapport au placebo (Mühlbauer et coll., 2021).

Des études observationnelles ont montré que le risque de décès (Gill et coll., 2007) et d'accident vasculaire cérébral (Gill et coll., 2005) avec les antipsychotiques typiques est similaire, voire supérieur, aux risques observés avec les antipsychotiques atypiques. De faibles doses d'antipsychotiques typiques très puissants, tels que l'halopéridol, pourraient être envisagées pour le traitement de l'agitation sévère dans la maladie d'Alzheimer lorsque les patients n'ont pas répondu à la rispéridone et à l'aripiprazole ou au brexpiprazole, à condition que ces autres médicaments n'aient pas entraîné d'effets secondaires extrapyramidaux. Le consentement éclairé relatif à l'utilisation de l'halopéridol ou d'antipsychotiques typiques similaires très puissants doit inclure des discussions sur les risques potentiels d'accident vasculaire cérébral, de décès et d'autres effets secondaires associés aux antipsychotiques atypiques.

Recommandation n° 20

Nous suggérons les cannabinoïdes synthétiques pour le traitement de l'agitation sévère dans la maladie d'Alzheimer et les troubles neurocognitifs majeurs apparentés si les symptômes sont réfractaires à d'autres traitements pharmacologiques. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

Relativement peu de classes de médicaments ont été évaluées en tant que traitements potentiels de l'agitation dans les TNCM, hormis celles qui ont été examinées dans les recommandations précédentes, telles que les stimulants cognitifs, les antidépresseurs et les antipsychotiques. Il existe plusieurs études sur les cannabinoïdes pour le traitement de l'agitation et d'autres SCPD, notamment des études évaluant des cannabinoïdes naturels ou des cannabinoïdes synthétiques (p. ex. dronabinol ou nabilone). Une méta-analyse de 7 essais contrôlés randomisés (n=251) n'a pas révélé que les cannabinoïdes étaient associés à une réduction significative de l'agitation (DMS : -0,69, -1,50 à 0,13) (Ruthirakuhan et coll., 2019). Une hétérogénéité a été relevée en lien avec le type de cannabinoïdes, les cannabinoïdes naturels n'ayant aucun bénéfice sur les symptômes d'agitation (N=3, DMS : 0,11, IC à 95 % : -0,23 à 0,46) par rapport aux cannabinoïdes synthétiques (N=4, DMS : -1,67, IC à 95 % : -3,65 à 0,30) (Ruthirakuhan et coll., 2019). Un risque significativement accru de somnolence ou de sédation a été signalé avec les cannabinoïdes (RR : 1,73, IC à 95 % : 1,02 - 2,93) (Ruthirakuhan et coll., 2019). Parmi les cannabinoïdes synthétiques évalués et disponibles au Canada, un ECR croisé a démontré une réduction significative de l'agitation avec le nabilone à une dose moyenne de 1,6 mg (ET : 0,5 mg) au cours d'un essai de 6 semaines, ainsi que des taux plus élevés de sédation par rapport au placebo (45 % c. à 16 %) (Herrmann et coll., 2019). Un vaste ECR par placebo sur le nabilone comparé à

un placebo est en cours (NCTNCT04516057). Compte tenu du nombre relativement faible d'études sur l'utilisation des cannabinoïdes synthétiques pour l'agitation dans la maladie d'Alzheimer, ils sont actuellement recommandés pour l'agitation sévère lorsque les médicaments mentionnés dans les recommandations précédentes ont été essayés et se sont révélés inefficaces.

Recommandation n° 21

Nous suggérons la carbamazépine pour le traitement de l'agitation sévère dans la maladie d'Alzheimer et les troubles neurocognitifs majeurs apparentés si les symptômes sont réfractaires à d'autres traitements pharmacologiques. (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

La carbamazépine, un anticonvulsivant, a été étudiée dans quatre petits ECR en tant que traitement des SCPD. L'ECR le plus important, portant sur 51 personnes atteintes de TNCM, a montré que la carbamazépine, à des doses d'environ 300 mg par jour, était associée à des réductions significatives des SCPD, mesurées par la Brief Psychiatric Rating Scale (DMS : 1,13, IC à 95 % : 0,54 à 1,73), avec des améliorations constatées au niveau de l'agitation (Tariot et coll., 1998). Une revue systématique non publiée a montré que la carbamazépine était associée à un taux accru d'effets indésirables par rapport au placebo (74 % contre 21 %, p=0,03) (communication personnelle, Benjamin, 2023). Un petit essai négatif sur l'oxcarbazépine pour l'agitation dans les TNCM a également été publié (Sommer et coll., 2009). Compte tenu du nombre relativement faible d'études portant sur la carbamazépine, de son profil d'effets secondaires connu et de sa forte propension à provoquer des interactions médicamenteuses par induction du métabolisme, susceptible de diminuer l'efficacité d'autres médicaments, l'utilisation de la carbamazépine pour le traitement de l'agitation dans les cas de TNCM doit être limitée aux personnes présentant une agitation réfractaire et n'ayant pas répondu à un traitement antidépresseur ou antipsychotique.



Recommandation n° 22

Nous ne sommes ni pour ni contre la prazosine pour traiter l'agitation dans les troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

La prazosine, un antagoniste alpha-1 adrénergique plus couramment utilisé pour traiter l'hypertension, a été utilisée comme traitement des symptômes du syndrome de stress post-traumatique chez des personnes ne souffrant pas de TNCM (Reist et coll., 2021). Un petit ECR incluant 22 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et souffrant d'agitation a noté une réduction significative des SCPD sur huit semaines, mesurée par le Neuropsychiatric Inventory et la Brief Psychiatric Rating Scale (dose moyenne : 5,9 mg, ET : 0,9 mg) (Wang et coll., 2009). Il n'y a pas eu de différences significatives dans les effets indésirables rapportés dans l'étude. Un vaste ECR de suivi sur la prazosine en tant que traitement de l'agitation prévoyait initialement d'enrôler 186 participants, 35 d'entre eux étant finalement randomisés entre la prazosine et un placebo (NCT : 03710642). Les résultats complets de cette étude n'étaient pas encore publiés au moment de la rédaction de ces lignes directrices, en février 2024. Compte tenu de l'incertitude, le groupe d'experts n'a pas émis d'avis favorable ou défavorable à l'utilisation de la prazosine dans le traitement de l'agitation sévère dans les TNCM.

Recommandation n° 23

Nous déconseillons l'utilisation de l'acide valproïque ou du divalproex sodique pour le traitement de l'agitation dans les troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation forte, données probantes de qualité modérée)

L'acide valproïque et le divalproex sodique sont des anticonvulsivants très proches qui ont été étudiés pour le traitement de l'agitation et des SCPD. Globalement, dans les ECR évaluant l'acide valproïque dans le traitement de l'agitation, aucune différence n'a été observée entre l'acide valproïque et le placebo sur le CMAI (N=5, n=563; DM : -1,67, -6,49 à 3,14, p=0,5) et une augmentation non significative du risque d'événements indésirables (RR : 1,27, IC à 95% : 0,97 à 1,66) (Liu et Wang, 2020). Un ECR distinct évaluant le divalproex sodique pour prévenir le développement de l'agitation dans la maladie d'Alzheimer n'a pas constaté que le divalproex retardait l'apparition des symptômes psychotiques ou de l'agitation, et il a été associé à un risque plus élevé de somnolence, de modifications de la démarche, de tremblements, d'autres effets indésirables et d'accélération de l'atrophie cérébrale (Tariot et coll., 2011).

Recommandation n° 24

Nous ne sommes ni pour ni contre l'utilisation de l'électroconvulsivothérapie dans la prise en charge de l'agitation sévère dans les troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

L'électroconvulsivothérapie (ECT) peut être très efficace pour le traitement de certains troubles psychiatriques comme la dépression majeure, et son potentiel en tant que traitement de l'agitation réfractaire dans les TNCM suscite un intérêt croissant. Des données probantes préliminaires issues d'études observationnelles ont indiqué que l'ECT pouvait être efficace pour certaines personnes souffrant d'agitation réfractaire aux traitements pharmacologiques; les études ont rapporté que la majorité des participants avaient tiré un certain bénéfice de l'ECT (van den Berg et coll., 2018). Les effets indésirables associés à l'ECT n'ont pas été fréquemment rapportés, et plusieurs études ont présenté des rapports incomplets sur les effets indésirables. Certains algorithmes de traitement des SCPD ont également recommandé l'ECT comme traitement potentiel de l'agitation sévère réfractaire aux traitements pharmacologiques (Davies et coll., 2018; Sano et coll., 2023). L'ECT peut être un traitement potentiel de l'agitation sévère, bien qu'étant donné le risque d'effets indésirables, les implications importantes en termes de ressources et le manque de données probantes, le groupe d'experts ne recommande ni pour ni contre l'utilisation de l'ECT comme traitement de l'agitation à l'heure actuelle.

Recommandation n° 25

Nous déconseillons l'utilisation de l'isolement et de la contention physique pour la prise en charge de l'agitation dans les troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation forte, données probantes de qualité modérée)

Malgré les risques connus de la contention et de l'isolement pour les personnes atteintes de TNCM, l'utilisation de la contention reste relativement élevée dans les établissements de soins cliniques. Les estimations de l'utilisation de la contention parmi les personnes vivant avec un TNCM dans les établissements de soins résidentiels dans le monde entier ont été signalées comme étant de 30 à 60 % (Pu et Moyle, 2022) et jusqu'à 8 % de toutes les personnes âgées dans les établissements de soins aigus au Canada peuvent être physiquement contraintes en cours d'hospitalisation (Jones et coll., 2022). Parmi les personnes hospitalisées atteintes de TNCM, celles qui ont été mises sous contentions ont connu des hospitalisations plus longues et plus coûteuses (Singh et coll., 2023). Les efforts visant à réduire l'utilisation de la contention dans les établissements de SLD canadiens ont permis de diminuer le recours à la contention à environ 2,5 % des résidents de ces établissements en Ontario (Qualité des services de santé Ontario, 2022). Bien que les contentions

soient souvent mises en place pour prévenir les blessures, des données probantes indiquent que le risque de blessures, de chutes et de décès augmente avec les contentions (Evans et coll., 2003). Le groupe d'experts recommande donc fortement de ne pas utiliser de moyens de contention pour la prise en charge de l'agitation ou pour réduire le risque qu'une personne se perde ou quitte un endroit. La contention peut être envisagée en dernier recours pour un usage à court terme dans des établissements spécialisés dans la prise en charge des TNCM qui emploient un personnel formé à l'utilisation appropriée de la contention en cas d'urgence, à son application et à sa surveillance, et lorsqu'il existe un risque imminent de dommages physiques graves pour la personne atteinte de TNCM ou pour son entourage.

Recommandation n° 26

Nous suggérons les antipsychotiques à courte durée d'action disponibles sous forme orale et intramusculaire pour le traitement d'urgence de l'agitation sévère associée à un risque imminent de préjudice physique envers soi-même ou autrui sur une courte durée dans la maladie d'Alzheimer et les troubles neurocognitifs majeurs apparentés. (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

et

Recommandation n° 27

Nous suggérons les benzodiazépines à courte durée d'action disponibles sous forme orale et intramusculaire pour le traitement d'urgence de l'agitation sévère associée à un risque imminent de préjudice physique envers soi-même ou autrui sur une courte durée dans la maladie d'Alzheimer et les troubles neurocognitifs majeurs apparentés si d'autres médicaments ne sont pas disponibles ou contre-indiqués. (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

Il arrive qu'une personne atteinte de TNCM soit très agitée, ce qui la met en danger ou met en danger d'autres personnes. Dans ces circonstances, un traitement immédiat par antipsychotiques peut être nécessaire pour tenter de réduire l'agitation afin de faciliter en toute sécurité une évaluation plus approfondie des facteurs contribuant à l'agitation et d'élaborer un plan de prise en charge complet (Kales et coll., 2015). Ces situations peuvent nécessiter un traitement d'urgence à court terme à l'aide de médicaments pouvant être administrés par voie intramusculaire, car les personnes souffrant d'agitation grave peuvent refuser les médicaments par voie orale. Il existe relativement peu d'études évaluant le

traitement aigu de l'agitation dans les TNCM. Un ECR a évalué les effets de l'olanzapine intramusculaire (5 mg ou 2,5 mg) comparativement au lorazépam intramusculaire (1 mg) ou au placebo chez des patients atteints de TNCM et présentant une agitation aiguë (Meehan et coll., 2002). Une réduction significative de l'agitation a été observée avec l'olanzapine 5 mg et le lorazépam 1 mg sur les symptômes d'agitation mesurés deux heures après l'injection. Les deux groupes de dosage d'olanzapine ont présenté une réduction significative de l'agitation 24 heures après l'injection, ce qui n'a pas été le cas du lorazépam.

Bien que l'olanzapine ne soit pas recommandée comme traitement à long terme de l'agitation dans la maladie d'Alzheimer, c'est le seul antipsychotique atypique actuellement disponible au Canada en formulation intramusculaire à court terme et il peut être approprié pour le traitement à court terme de l'agitation aiguë sévère. Dans les situations où les antipsychotiques intramusculaires à courte durée d'action ne sont pas disponibles ou sont contre-indiqués en raison de symptômes extrapyramidaux potentiels ou d'allergies, l'utilisation d'une faible dose de lorazépam intramusculaire (0,5 - 1 mg) peut être envisagée comme traitement alternatif.

Recommandation n° 28

Nous suggérons que si une intervention pharmacologique pour l'agitation dans les troubles neurocognitifs majeurs est inefficace après 8 semaines de traitement, dont au moins deux semaines à une dose thérapeutique, le traitement devrait être interrompu. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

Pour tous les traitements pharmacologiques, il convient d'utiliser la dose efficace la plus faible afin de minimiser le risque d'effets indésirables potentiels. Si des médicaments sont prescrits, il convient de commencer par une faible dose. Si les SCPD persistent et que le médicament est toléré, celui-ci pourrait être augmenté progressivement jusqu'à l'atteinte d'une dose minimale efficace. Les augmentations de doses ne devraient pas être plus fréquentes que toutes les 1 à 2 semaines et il faut essayer d'atteindre une dose thérapeutique minimale dans les 4 à 6 semaines suivant le début du traitement. La plupart des essais thérapeutiques portant sur les antipsychotiques, les antidépresseurs et d'autres médicaments utilisés dans le traitement de l'agitation dans les TNCM ont eu une durée totale de traitement comprise entre 6 et 12 semaines (Chen et coll., 2023; Yunusa et coll., 2019). Des études sur le délai d'action du citalopram ont indiqué que parmi les personnes qui répondaient au traitement à la fin des neuf semaines de traitement, la majorité d'entre elles n'avaient pas répondu au cours des trois semaines initiales de traitement (Weintraub et coll., 2015). Avec les antipsychotiques, l'absence de toute réponse au cours des deux premières semaines de traitement était un facteur

prédictif d'une éventuelle réponse au traitement à la huitième semaine (Yoshida et coll., 2017). Il est important de veiller à ce que les traitements pharmacologiques soient testés pendant une durée et à une dose appropriées, tout en évitant les traitements inutiles avec des médicaments inefficaces.

Recommandation n° 29

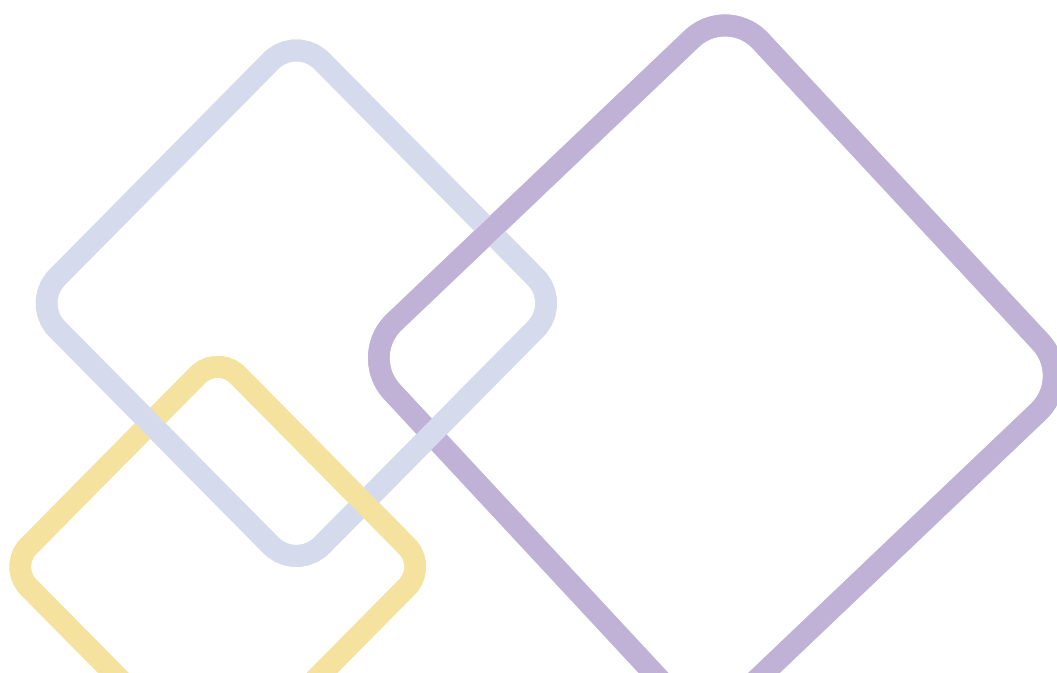
Nous déconseillons la polypharmacie pour traiter l'agitation dans les troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation forte, données probantes de faible qualité)

Il n'existe pas de données probantes issues d'ECR pour étayer l'utilisation de combinaisons de médicaments, ou polypharmacie, pour traiter l'agitation dans les TNCM, et les risques de la polypharmacie chez les personnes âgées, en particulier les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs, sont importants et peuvent inclure des chutes, un déclin fonctionnel et cognitif, et un risque accru de décès (Fried et coll., 2014). À ce titre, la polypharmacie devrait être évitée dans le traitement de l'agitation dans les TNCM, bien que certains algorithmes de traitement de l'agitation suggèrent que la polypharmacie peut être envisagée dans des circonstances limitées telles qu'une agitation réfractaire sévère qui n'a pas répondu à d'autres traitements pharmacologiques et non pharmacologiques (Cummins et coll., 2023; Davies et coll., 2018).

Recommandation n° 30

Nous déconseillons l'utilisation d'antipsychotiques injectables à longue durée d'action pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques des troubles neurocognitifs majeurs, à moins qu'il n'existe une maladie psychotique chronique concomitante nécessitant un traitement par antipsychotiques injectables à longue durée d'action. (Recommandation forte, données probantes de faible qualité)

Les antipsychotiques injectables à longue durée d'action administrés par voie intramusculaire sont des antipsychotiques qui peuvent ne nécessiter qu'une administration toutes les deux semaines ou tous les trois mois, en fonction du médicament et de sa formulation. Ces médicaments peuvent être efficaces pour gérer les symptômes de maladies psychiatriques chroniques graves, telles que la schizophrénie ou le trouble bipolaire, en particulier lorsque l'inobservance au traitement a contribué à l'aggravation des symptômes. Toutefois, en l'absence d'une maladie psychotique chronique concomitante précédant le diagnostic de TNCM, ces médicaments devraient être évités chez les personnes vivant avec un TNCM. Il n'existe pas d'ECR évaluant la sécurité et l'efficacité des antipsychotiques à longue durée d'action pour le traitement de l'agitation dans les TNCM. Les doses disponibles et les demi-vies prolongées de ces médicaments peuvent exposer les personnes atteintes de TNCM à un risque élevé d'effets indésirables graves liés aux antipsychotiques, qui peuvent persister pendant de longues périodes en raison de la longue demi-vie de ces médicaments.



6. Recommandations pour évaluer et prendre en charge la psychose dans les troubles neurocognitifs majeurs

Recommandation n° 31

Nous recommandons les critères de l'International Psychogeriatric Association pour la psychose dans les troubles neurocognitifs majeurs pour diagnostiquer la psychose dans les troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation forte, données probantes de qualité modérée)

La psychose est un SCPD relativement fréquent dans la maladie d'Alzheimer et plus fréquemment observé dans d'autres types de TNCM, comme le TNCM à corps de Lewy ou le TNCM de la maladie de Parkinson. Les critères de diagnostic de la psychose dans les TNCM ont été initialement proposés en 2000 (Jeste et Finkel, 2000) pour décrire les aspects uniques de la psychose dans le contexte des TNCM et pour distinguer les caractéristiques de la psychose dans les conditions neurodégénératives des symptômes de la psychose observés avec d'autres conditions.

Ces critères ont ensuite été mis à jour dans le cadre d'un processus de consensus international et finalisés en tant que critères de l'International Psychogeriatric Association pour la psychose dans les troubles neurocognitifs légers ou majeurs (Cummings et coll., 2020). Ces critères comprennent : A) la présence d'hallucinations ou de délires; B) un diagnostic de trouble neurocognitif majeur dû à la maladie d'Alzheimer ou à une autre étiologie; C) les symptômes psychotiques n'ont pas été présents de façon continue avant l'apparition du trouble neurocognitif majeur; D) les symptômes de la psychose sont présents depuis au moins un mois; E) les symptômes perturbent ou entravent le fonctionnement quotidien ou posent des problèmes de sécurité pour le patient ou d'autres personnes; et F) les symptômes ne s'expliquent pas par un trouble psychotique préexistant tel que la schizophrénie, ne surviennent qu'au cours d'un délirium, sont dus aux effets d'un état pathologique; les symptômes ne sont pas adaptés à la culture ou dus aux effets d'une déficience sensorielle. La psychose dans le cadre d'un trouble neurocognitif majeur peut également inclure des spécificateurs supplémentaires pour déterminer si ces symptômes se produisent également avec des symptômes d'agitation ou de dépression.

Recommandation n° 32

Nous suggérons la sous-échelle de psychose du Neuropsychiatric Inventory pour détecter les symptômes de psychose dans les troubles neurocognitifs majeurs en soins primaires, dans les cliniques spécialisées et dans les soins de longue durée. (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

Une revue systématique des études évaluant les outils de détection des symptômes de psychose dans les TNCM (p. ex. hallucinations et délires) par rapport à une norme de référence (p. ex. évaluation clinique) a été réalisée. Au total, 5 155 résumés et 471 textes intégraux ont été examinés et un seul texte intégral a été inclus (Rapoport et coll., 2001). Cette étude a examiné le Neuropsychiatric Inventory (NPI) et la Columbia University Scale for Psychopathology in Alzheimer's Disease (CUSPAD) comparativement à un entretien clinique. La sous-échelle de psychose du NPI utilisant les éléments de délire et d'hallucination du NPI avait une sensibilité de 82,6 % et une spécificité de 92,3 %, et le CUSPAD avait une sensibilité de 90 % et une spécificité de 89,7 % pour détecter la psychose (Rapoport et coll., 2001). Le risque de biais était lié au manque de clarté quant à l'assignation de l'insu et à l'intervalle de temps entre les outils et la norme de référence. Compte tenu du manque de données probantes, leur qualité était très faible.

Recommandation n° 33

Nous suggérons que les interventions psychosociales qui se sont révélées efficaces pour d'autres SCPD (p. ex. approches de soins interdisciplinaires, musique) soient prises en compte dans la prise en charge des symptômes de la psychose dans les troubles neurocognitifs majeurs (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

Il existe très peu d'études évaluant les stratégies de prise en charge non pharmacologique de la psychose dans la maladie d'Alzheimer et les TNCM. Il existe toutefois des données probantes indiquant que certaines approches non pharmacologiques, telles que les approches de soins interdisciplinaires intégrant la formation des prestataires de santé, les stratégies de communication, les activités significatives personnalisées et les interventions psychosociales (p. ex. musique), sont utiles pour plusieurs types de SCPD. L'expérience clinique suggère que ces approches peuvent être efficaces pour réduire les symptômes de la psychose. En outre, de nombreuses

études portant sur des interventions non pharmacologiques pour les SCPD ont fait état d'améliorations dans les mesures globales des SCPD, lesquelles ont pu inclure des changements dans la psychose, bien que les symptômes psychotiques n'aient pas fait l'objet de rapports distincts dans ces essais.

Le groupe d'experts n'a pas recensé d'ECR sur les traitements non pharmacologiques de la psychose dans les TNCM et une seule étude de cohorte prospective a été répertoriée (Chen et coll., 2014). Cette étude de cohorte a évalué les effets d'un programme interdisciplinaire non pharmacologique sur les SCPD, notamment les symptômes de psychose chez 104 hommes dans deux établissements de soins de longue durée pour anciens combattants à Taiwan (Chen et coll., 2014). L'intervention comprenait des séances bihebdomadaires d'activités musicales et artistiques, ainsi que de l'exercice. Le personnel des établissements de soins de longue durée a reçu une formation sur les TNCM pendant 12 semaines dans l'un des établissements d'intervention. Dans le groupe de contrôle, le personnel n'a reçu qu'une formation sur les soins aux personnes atteintes de TNCM. Les participants à l'établissement d'intervention ont connu une réduction significative de l'ensemble des SCPD, telle que mesurée par le NPI, ainsi qu'une réduction des scores des sous-échelles pour les délires, les hallucinations et l'agitation (Chen et coll., 2014).

Recommandation n° 34

Nous suggérons le citalopram pour le traitement des symptômes psychotiques de sévérité modérée chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles neurocognitifs majeurs apparentés. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

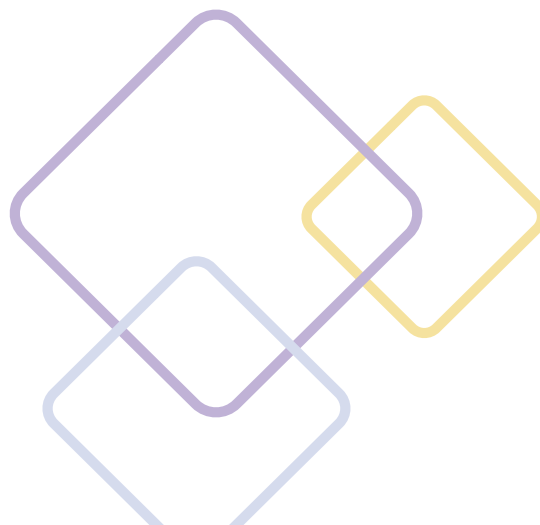
Un vaste ECR sur le citalopram pour le traitement de l'agitation dans la maladie d'Alzheimer a évalué l'évolution des symptômes de la psychose pendant le traitement (Leonpacher et coll., 2016). Cette étude de neuf semaines a comparé le citalopram, jusqu'à 30 mg par jour, à un placebo et a rapporté que les personnes du groupe citalopram étaient moins susceptibles de signaler des délires que celles du groupe placebo, selon le Neuropsychiatric Inventory (RR : 0,4, IC à 95 % : 0,18 à 0,91). On a également observé une réduction du sous-score médian d'hallucinations (Leonpacher et coll., 2016). Des études comparant le citalopram à l'antipsychotique typique perphénazine (Pollock et coll., 2002) et à l'antipsychotique atypique rispéridone (Pollock et coll., 2007) ont indiqué que les changements dans les symptômes de la psychose étaient comparables pour le citalopram par rapport aux antipsychotiques. Les doses moyennes de citalopram utilisées dans toutes ces études étaient supérieures à 20 mg par jour, ce qui est plus élevé que les doses quotidiennes maximales recommandées de citalopram chez les personnes âgées (en raison des problèmes de sécurité liés

à l'allongement de l'intervalle QTc). Des renseignements supplémentaires sur la sécurité du citalopram sont présentés dans la section sur l'agitation de ces lignes directrices.

Recommandation n° 35

Nous suggérons l'aripiprazole ou la rispéridone pour le traitement des symptômes sévères de la psychose associée à la maladie d'Alzheimer et aux troubles neurocognitifs majeurs apparentés si les symptômes sont sévères ou n'ont pas répondu à d'autres traitements. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

À l'instar de la recommandation relative aux traitements de l'agitation sévère (voir section 5, recommandation 16), il existe des données probantes en faveur de l'utilisation de la rispéridone et de l'aripiprazole en tant que traitement de la psychose si les approches thérapeutiques précédentes se sont révélées inefficaces. Une méta-analyse en réseau a relevé des réductions des symptômes de psychose dans les études utilisant un comparateur placebo pour la rispéridone (N=5, DMS : -0,16, -0,28 à -0,05) et l'aripiprazole (N=4, DMS : -0,17, -0,32 à -0,02) (Huang et coll., 2022). La section sur l'agitation de ces lignes directrices (section 5) fournit des renseignements supplémentaires sur les effets indésirables potentiels associés à l'utilisation de tous les antipsychotiques, ainsi que des considérations spécifiques liées à l'utilisation de la rispéridone et de l'aripiprazole. Le groupe d'experts reconnaît que les données probantes relatives aux traitements pharmacologiques de la psychose dans les TNCM sont limitées et qu'il faudra parfois envisager d'autres traitements pharmacologiques en fonction de l'efficacité et de la tolérance des médicaments recommandés dans ces LDPC.



7. Recommandations pour évaluer et prendre en charge les symptômes dépressifs et la dépression dans les troubles neurocognitifs majeurs

Recommandation n° 36

Nous recommandons les critères des National Institutes of Mental Health – dépression dans la maladie d’Alzheimer pour diagnostiquer la dépression dans les troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation forte, données probantes de faible qualité)

Les critères diagnostiques de la dépression dans les TNCM ont été proposés pour la première fois afin de tenir compte des manifestations uniques de la dépression chez les personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer (Olin et coll., 2002). Ces critères ont été modifiés à partir des critères de dépression du DSM-5. Les principaux changements cliniques apportés aux critères ont consisté à modifier les critères initiaux de la dépression de manière à ce qu’une diminution de l’affect positif ou du plaisir lié aux contacts sociaux ou aux activités habituelles puisse être utilisée à la place de l’anhédonie dans le DSM-5-TR. Le critère initial de symptôme de dépression lié à une réduction de la concentration a été supprimé des critères de dépression dans la maladie d’Alzheimer et deux symptômes supplémentaires d’irritabilité et d’isolement social ou de retrait ont été ajoutés. Le nombre total de critères dépressifs requis pour un diagnostic de dépression a été ramené de cinq à trois symptômes, dont au moins un doit inclure soit de la tristesse, soit une diminution du plaisir dans les activités, et doit avoir duré deux semaines (Olin et coll., 2002). Les symptômes de dépression doivent seulement être présents à un moment donné au cours de la période de deux semaines, contrairement aux critères du DSM-5 qui exigent que les symptômes soient présents pendant la majeure partie de la période de deux semaines. Les critères exigent également un diagnostic de TNCM et excluent les changements d’humeur qui se produisent dans le cadre d’un délirium, ou les changements d’humeur mieux expliqués par une condition médicale, la consommation de substances ou un autre problème de santé mentale. Des études de validation ultérieures de ces critères de dépression dans les TNCM ont été menées, lesquelles ont conservé les critères diagnostiques originaux (Teng et coll., 2008) et ont démontré que la prévalence de la dépression selon ces critères était plus élevée que les estimations fournies avec les critères du DSM-5-TR pour la dépression majeure (44 % contre 13 %) (Teng et coll., 2008).

Recommandation n° 37

Nous recommandons la Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) pour détecter les symptômes dépressifs dans les troubles neurocognitifs majeurs dans les cliniques spécialisées. (Recommandation forte, données probantes de qualité modérée)

et

Nous suggérons le CSDD pour détecter les symptômes dépressifs dans les troubles neurocognitifs majeurs dans les établissements de soins de longue durée. (Recommandation conditionnelle, données probantes de qualité modérée)

et

Nous suggérons le CSDD pour détecter les symptômes dépressifs dans les troubles neurocognitifs majeurs dans les soins primaires. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

Une revue systématique réalisée en 2015 (Goodarzi et coll., 2017) et mise à jour en 2023 par notre groupe d’experts a examiné la précision diagnostique des outils de détection des symptômes dépressifs dans les TNCM par rapport à une norme de référence. Neuf outils différents ont été examinés dans les études incluses, qui ont été menées dans des cliniques spécialisées et des établissements de soins de longue durée.

Douze études ont examiné le CSDD. Cinq études ont rapporté des seuils spécifiques pour lesquels les estimations regroupées étaient les suivantes : seuil de ≥ 6 (sensibilité = 0,90 [IC à 95 % 0,82-0,95]; spécificité = 0,74 [IC à 95 % 0,50-0,89]) et ≥ 8 (sensibilité = 0,79 [IC à 95 % 0,69-0,87]; spécificité = 0,81 [IC à 95 % 0,60-0,93]). Le CSDD a été développé spécifiquement pour évaluer les symptômes de la dépression chez les personnes vivant avec un TNCM. La sensibilité la plus élevée a été obtenue avec un seuil de 6 sur le CSDD, sans hétérogénéité significative. Le GDS et le MADRS, dans les estimations groupées, présentaient une faible sensibilité pour tous les seuils.

Bien que nos LDPC n’aient pas abordé l’apathie en tant que SCPD, il est également important que les évaluations cliniques et les outils d’évaluation utilisés dans la dépression soient en mesure de distinguer la dépression de l’apathie (Lancôt et coll., 2023).

Prise en charge des symptômes dépressifs dans les troubles neurocognitifs majeurs

Recommandation n° 38

Nous recommandons des approches de soins interdisciplinaires aux personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs, comprenant une formation des professionnels de la santé, des approches structurées de l'évaluation, des plans de soins individualisés et des activités significatives personnalisées pour le traitement des symptômes dépressifs dans les troubles neurocognitifs majeurs dans les établissements communautaires. (Recommandation forte, données probantes de qualité modérée)

et

Nous suggérons des approches de soins interdisciplinaires aux personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs, comprenant une formation des professionnels de la santé, des approches structurées de l'évaluation, des plans de soins individualisés et des activités significatives personnalisées pour le traitement des symptômes dépressifs dans les troubles neurocognitifs majeurs dans les établissements de soins de longue durée. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

Une revue systématique et une méta-analyse en réseau de 256 études (28 483 personnes atteintes de TNM) ont comparé l'efficacité des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques pour réduire les symptômes de la dépression chez les personnes atteintes de TNM avec ou sans diagnostic concomitant de dépression (Watt et coll., 2021). Les soins interdisciplinaires ont été définis comme une évaluation et un plan de soins élaborés et mis en œuvre par plusieurs professionnels de la santé en collaboration (p. ex. médecin, personnel infirmier, ergothérapeute). Les évaluations structurées prennent en compte les facteurs qui contribuent aux comportements et les approches visant à aider l'équipe interdisciplinaire à élaborer et à évaluer l'efficacité des plans de soins individualisés, qui peuvent comprendre des interventions non pharmacologiques ou pharmacologiques. Cette revue a révélé que les approches interdisciplinaires étaient plus efficaces que les soins habituels pour réduire les symptômes dépressifs chez les personnes vivant avec un TNM sans diagnostic concomitant de dépression (différence moyenne sur le CSDD -1,98, IC à 95 % -3,80 à -0,16) (Watt et coll., 2021). La probabilité d'atteindre une différence minimale cliniquement significative (c'est-à-dire le seuil à partir duquel les personnes atteintes de

TNCM et les cliniciens percevaient une amélioration des symptômes) sur le CSDD était de 49,1 % sur la base de cette revue et de la méta-analyse en réseau (Watt et coll., 2021).

Une méta-analyse en réseau d'essais randomisés menés en clinique ou en milieu communautaire a révélé que les soins interdisciplinaires réduisaient les symptômes dépressifs chez les personnes atteintes de TNM par rapport aux soins habituels (différence moyenne sur le CSDD : -3,99, IC à 95 % : -6,92 à -1,18); en revanche, une méta-analyse similaire en sous-groupes d'essais randomisés menés en SLD n'a pas révélé que les soins multidisciplinaires réduisaient les symptômes dépressifs par rapport aux soins habituels (Watt et coll., 2021). La mise en œuvre d'approches interdisciplinaires pourrait diminuer le recours aux médicaments psychoactifs pour traiter les symptômes dépressifs chez les personnes atteintes de TNM, ce qui est important compte tenu du risque de nocivité des médicaments psychoactifs chez les personnes atteintes de TNM (Watt et coll., 2018).

Recommandation n° 39

Nous suggérons la zoothérapie pour la prise en charge des symptômes dépressifs chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs dans les établissements de soins de longue durée (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité) ou dans les établissements communautaires. (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

Une méta-analyse a montré que la zoothérapie (p. ex. interactions avec des chiens, des chats ou des oiseaux dans un cadre individuel ou collectif) était plus efficace que les soins habituels pour réduire les symptômes dépressifs chez les personnes atteintes de TNM sans diagnostic concomitant de dépression (différence moyenne sur le CSDD -4,82, IC à 95 % -8,97 à -0,8). Ces effets du traitement étaient à la fois cliniquement et statistiquement significatifs (Watt et coll., 2021). La probabilité d'atteindre une différence minimale cliniquement significative sur le CSDD était de 90,9 % d'après cette revue systématique et cette méta-analyse (Watt et coll., 2021). Les personnes atteintes de TNM qui ont participé à des séances de zoothérapie ont rencontré un chien deux fois par semaine en petit groupe pendant 30 minutes chaque fois (Olsen et coll., 2016).

Recommandation n° 40

Nous suggérons des animaux robotisés pour la prise en charge des symptômes dépressifs dans les troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation conditionnelle, données probantes de qualité modérée)

Le survol des revues systématiques a permis de recenser quatre revues systématiques, notamment des études comparant l'efficacité des animaux robotisés aux soins habituels ou à une autre intervention non pharmacologique chez les personnes vivant avec un TNCM et présentant des symptômes dépressifs (Aarskog et coll., 2019; Ardelean et Redolat, 2023; Hirt et coll., 2021; Yu et coll., 2022). Une méta-analyse des données issues de trois ECR comparant l'efficacité des animaux robotisés aux soins habituels chez les personnes atteintes de TNCM n'a pas détecté d'amélioration statistiquement significative des symptômes dépressifs; toutefois, les données étaient hétérogènes en ce qui concerne la durée du suivi et les conditions cliniques comorbides (Yu et coll., 2022). Les études individuelles synthétisées narrativement dans chaque revue systématique ont soutenu l'efficacité de la zoothérapie par animal robotisé pour réduire les symptômes dépressifs chez les personnes vivant avec un TNCM.

Recommandation n° 41

Nous recommandons la thérapie de stimulation cognitive pour la prise en charge des symptômes dépressifs dans les troubles neurocognitifs majeurs qui sont légers à modérés dans les établissements communautaires et de soins de longue durée. (Recommandation forte, données probantes de qualité modérée)

Une revue systématique et une méta-analyse en réseau ont montré que la thérapie de stimulation cognitive, définie comme une thérapie de stimulation cognitive structurée (p. ex. une ou deux séances par semaine, pendant un nombre d'heures défini) avec des séances destinées à promouvoir la fonction cognitive, était plus efficace que les soins habituels pour réduire les symptômes dépressifs chez les personnes vivant avec un TNCM sans diagnostic concomitant de dépression (différence moyenne sur le CSDD -2,93, IC à 95 % -4,35 à -1,52). Ces effets du traitement étaient à la fois cliniquement et statistiquement significatifs (Watt et coll., 2021). La probabilité d'atteindre une différence minimale cliniquement significative sur le CSDD était de 90,4 % d'après cette revue systématique et cette méta-analyse en réseau (Watt et coll., 2021).

Recommandation n° 42

Nous recommandons le massage et le toucher thérapeutique pour la prise en charge des symptômes dépressifs dans les troubles neurocognitifs majeurs qui sont légers à modérés dans les établissements communautaires et de soins de longue durée. (Recommandation forte, données probantes de qualité modérée)

et

Nous suggérons le massage et le toucher thérapeutique pour la prise en charge des symptômes dépressifs dans les troubles neurocognitifs majeurs sévères dans les établissements communautaires et de soins de longue durée. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

Une revue systématique a montré que la thérapie par le massage et le toucher était plus efficace que les soins habituels pour réduire les symptômes dépressifs chez les personnes atteintes de TNCM sans diagnostic concomitant de dépression (différence moyenne sur le CSDD -9,03 IC à 95 % -12,28 à -5,88) (Watt et coll., 2021). Ce bénéfice était à la fois statistiquement et cliniquement significatif. La probabilité d'atteindre une différence minimale significative sur le CSDD était de 100 % d'après cette revue systématique et cette méta-analyse en réseau (Watt et coll., 2021). La thérapie par le massage et le toucher a été définie comme un massage, une acupression ou un toucher thérapeutique.

Recommandation n° 43

Nous recommandons l'exercice physique pour le traitement des symptômes dépressifs dans les troubles neurocognitifs majeurs dans les établissements communautaires et de soins de longue durée. (Recommandation forte, données probantes de qualité modérée)

Une revue systématique et une méta-analyse en réseau ont montré que l'exercice physique, défini comme un entraînement actif en aérobic, en résistance ou en équilibre, était plus efficace que les soins habituels pour réduire les symptômes dépressifs chez les personnes atteintes de TNCM sans diagnostic concomitant de dépression (différence moyenne sur le CSDD : -2,42, IC à 95 % : -4,55 à -0,34) (Watt et coll., 2021). Ce bénéfice était à la fois statistiquement et cliniquement significatif et la probabilité d'atteindre une différence minimale cliniquement significative sur le CSDD était de 63,9 % d'après cette revue systématique et cette méta-analyse (Watt et coll., 2021).

Recommandation n° 44

Nous recommandons la thérapie par réminiscence pour la prise en charge des symptômes dépressifs des troubles neurocognitifs majeurs dans les établissements de soins de longue durée. (Recommandation forte, données probantes de qualité modérée)

et

Nous suggérons la thérapie par réminiscence pour la prise en charge des symptômes dépressifs des troubles neurocognitifs majeurs dans les établissements communautaires. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

La thérapie par réminiscence comprend les interventions qui permettent aux personnes atteintes de TNCM de se remémorer leur passé ou les membres de leur famille. Une revue systématique et une méta-analyse en réseau ont montré que la thérapie par réminiscence était plus efficace que les soins habituels pour réduire les symptômes dépressifs chez les personnes atteintes de TNCM sans diagnostic concomitant de dépression majeure (différence moyenne sur le CSDD -2,30, IC à 95 % -3,68 à -0,93) (Watt et coll., 2021). Ce bénéfice était à la fois statistiquement et cliniquement significatif. La thérapie par réminiscence a été définie comme toute intervention visant à rappeler aux personnes atteintes de TNCM leur passé ou des membres de leur famille. Une méta-analyse de neuf essais randomisés menés dans un établissement de soins de longue durée ou de soins résidentiels a révélé que la thérapie par réminiscence réduisait les symptômes dépressifs chez les personnes atteintes de TNCM par rapport aux soins habituels (différence moyenne sur le CSDD -3,01, IC à 95 % -4,61 à -1,35). Une analyse similaire de sous-groupes d'essais randomisés menés dans un cadre communautaire ou clinique n'a pas révélé que la thérapie par réminiscence réduisait les symptômes dépressifs quand elle était comparée aux soins habituels (Watt et coll., 2021).

Recommandation n° 45

Nous suggérons l'ergothérapie pour le traitement des symptômes dépressifs dans les troubles neurocognitifs majeurs dans les établissements communautaires et de soins de longue durée. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

L'ergothérapie a été définie comme la gestion de cas ou les activités visant à améliorer l'indépendance fonctionnelle réalisées par un ergothérapeute. Une revue systématique et une méta-analyse en réseau ont montré que l'ergothérapie était plus efficace que les soins habituels pour réduire les symptômes dépressifs chez les personnes atteintes de TNCM sans diagnostic concomitant de dépression (différence moyenne sur le CSDD -2,59, IC à 95 % -4,70 à -0,40) (Watt et coll., 2021). Ce bénéfice était à la fois statistiquement et cliniquement significatif. Du point de vue de la mise en œuvre, des évaluations en ergothérapie peuvent être disponibles dans certains établissements communautaires et de SLD, bien qu'elles ne soient que rarement intégrées à la mise en œuvre de stratégies visant spécifiquement à réduire les symptômes de la dépression dans les TNCM.

Recommandation n° 46

Nous déconseillons les interventions pharmacologiques pour le traitement des symptômes dépressifs chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui ne présentent pas de diagnostic concomitant de dépression. (Recommandation forte, données probantes de faible qualité)

Une revue systématique et une méta-analyse en réseau recensées dans notre survol des revues systématiques ont trouvé des évidences directes provenant d'essais randomisés comparant l'efficacité des antidépresseurs (n=9 études), des antipsychotiques (n=8), des stabilisateurs de l'humeur (n=2), des stimulants (n=1), des inhibiteurs de la cholinestérase (n=5), d'antagonistes des récepteurs NMDA (n=2) et de thérapies hormonales (n=9) avec un placebo qui n'ont pas démontré que les interventions pharmacologiques étaient plus efficaces que le placebo pour réduire les symptômes dépressifs chez les personnes atteintes de TNCM sans diagnostic concomitant de dépression majeure, pas plus que les données probantes issues de comparaisons de traitements mixtes (Watt et coll., 2021). La qualité des données probantes a été jugée faible en raison du risque de biais dans les essais randomisés inclus et des différences méthodologiques et cliniques entre les essais randomisés inclus. Toutefois, en raison du risque de préjudice associé à l'utilisation de certaines interventions pharmacologiques chez les personnes atteintes de TNCM, le



groupe d'experts a formulé une forte recommandation contre la prescription d'antidépresseurs et d'autres médicaments psychotropes pour le traitement des symptômes dépressifs chez les personnes atteintes de TNCM.

Prise en charge de la dépression dans les troubles neurocognitifs majeurs

Recommandation n° 47

Nous suggérons la thérapie d'adaptation aux problèmes (*Problem adaption therapy: PATH*) à domicile et la thérapie comportementale à domicile pour la prise en charge de la dépression chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs en milieu communautaire. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

Une revue systématique et une méta-analyse en réseau ont montré que la thérapie d'adaptation aux problèmes (PATH) et la thérapie comportementale à domicile étaient efficaces pour réduire la dépression chez les personnes vivant dans un logement communautaire et atteintes de TNCM, dans un essai randomisé recensé pour chaque approche thérapeutique (Kiosses et coll., 2015; Teri et coll., 1997). La thérapie d'adaptation aux problèmes est une intervention active non pharmacologique qui tente d'améliorer la régulation émotionnelle par une approche individualisée qui tient compte des limitations cognitives, fonctionnelles et physiques de chacun, en faisant participer la personne vivant avec le TNCM, et son proche aidant si nécessaire (Kiosses et coll., 2015). Dans le cadre d'un essai randomisé au cours duquel une séance a été administrée chaque semaine pendant 12 semaines, la thérapie d'adaptation aux problèmes a fait appel à des approches de résolution des problèmes, à des stratégies de compensation et à des outils d'adaptation environnementale tels que des calendriers et des cahiers (Kiosses et coll., 2015). La thérapie comportementale comportait des événements agréables ou la résolution de problèmes dans l'essai randomisé axé sur cette approche (Teri et coll., 1997). Au cours de neuf séances hebdomadaires d'une heure, les proches aidants ont appris à multiplier les événements agréables et à mettre en œuvre des stratégies de résolution des problèmes afin d'améliorer les comportements associés à la dépression chez la personne atteinte de TNCM (Teri et coll., 1997). Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre l'efficacité des interventions non pharmacologiques visant à réduire la dépression chez les personnes atteintes de TNCM vivant dans des établissements de SLD.

Recommandation n° 48

Nous suggérons les antidépresseurs pour le traitement de la dépression modérée à sévère dans les troubles neurocognitifs majeurs qui n'ont pas répondu aux interventions psychosociales. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

Les données permettant d'orienter le traitement de la dépression chez les personnes atteintes de TNCM sont limitées et des études démontrant l'efficacité et la sécurité comparées des interventions pharmacologiques pour traiter la dépression chez les personnes atteintes de TNCM sont urgemment nécessaires. Un survol des revues systématiques a permis de recenser une méta-analyse en réseau (Watt et coll., 2021) qui a mis en évidence des données probantes mitigées concernant l'efficacité de la sertraline chez les personnes souffrant de dépression et de TNCM (Lyketsos et coll., 2003; Magai et coll., 2000; Rosenberg et coll., 2010). Un essai randomisé (Lyketsos et coll., 2003) a démontré que la sertraline, à des doses allant jusqu'à 150 mg par jour, était efficace par rapport au placebo pour réduire la dépression chez les personnes âgées vivant dans la communauté et atteintes de la maladie d'Alzheimer (Lyketsos et coll., 2003). Cette revue systématique a également répertorié un ECR démontrant l'efficacité de la clomipramine par rapport au placebo chez les personnes souffrant de dépression et de TNCM (Petracca et coll., 1996). Cependant, compte tenu des effets secondaires anticholinergiques importants et du risque d'aggravation des troubles cognitifs associés à l'utilisation de la clomipramine, cette dernière n'a pas été considérée comme un traitement acceptable pour les personnes souffrant de dépression et de TNCM par le groupe d'experts (Petracca et coll., 1996).

Les informations incluses dans les *Lignes directrices nationales sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la dépression chez les personnes âgées* de la CCSMPA ont également été prises en compte (Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2021). Ces lignes directrices recommandent la sertraline ou la duloxétine comme traitement de première intention de la dépression majeure chez les personnes âgées ne souffrant pas de TNCM. La recommandation d'utiliser la duloxétine pour les personnes âgées souffrant de dépression était basée sur une revue systématique et une méta-analyse qui ont relevé trois essais randomisés comparant l'efficacité de la duloxétine à un placebo chez les personnes âgées souffrant de dépression récurrente (Tham et coll., 2016). Les personnes âgées sans TNCM qui souffraient de dépression récurrente avaient de plus grandes chances d'obtenir une réponse et une rémission, mais la duloxétine était associée à un taux accru d'effets secondaires, notamment la sécheresse de la bouche, la diarrhée, les vertiges et la constipation, par rapport au placebo (Tham et coll., 2016).

8. Recommandations pour évaluer et prendre en charge l'anxiété dans les troubles neurocognitifs majeurs

Recommandation n° 49

Nous suggérons les critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux –5– Texte révisé (DSM–5–TR) pour les troubles anxieux afin de diagnostiquer l'anxiété dans les troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

Contrairement à l'agitation, à la psychose et à la dépression, le groupe d'experts n'a pas été en mesure de définir des critères spécifiques pour le diagnostic de l'anxiété dans les TNCM. La plupart des études qui ont évalué les échelles d'évaluation de l'anxiété chez les personnes atteintes de TNCM ont utilisé les critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) 5 pour le trouble d'anxiété généralisée comme norme de référence pour l'évaluation de l'anxiété. Jusqu'à ce que des changements et des critères soient établis, le groupe d'experts recommande d'utiliser les critères du DSM-5-TR pour les troubles anxieux afin de diagnostiquer l'anxiété chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de TNCM apparentés (American Psychiatric Association, 2022).

Recommandation n° 50

Nous recommandons l'échelle Rating Anxiety in Dementia (RAID) pour détecter les symptômes d'anxiété dans les troubles neurocognitifs majeurs dans les cliniques spécialisées. (Recommandation forte, données probantes de qualité modérée)

et

Nous suggérons l'échelle RAID pour détecter les symptômes d'anxiété dans les troubles neurocognitifs majeurs dans les établissements de soins primaires et de soins de longue durée. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

Une revue systématique des outils relatifs aux symptômes ou troubles anxieux chez les personnes atteintes de TNCM par rapport aux normes de référence a été réalisée pour la première fois en 2017 (Goodarzi et coll., 2019), puis mis à jour en 2023. L'examen initial a porté sur 9 626 résumés, 1 101 textes intégraux et a inclus quatre études. Un nouvel article a été trouvé dans la mise à jour de 2023.

Cinq outils ont été trouvés : Geriatric Anxiety Inventory (GAI), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), Neuropsychiatric Inventory (NPI-anxiety item), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) et l'échelle Rating Anxiety in Dementia (RAID).

Trois études ont porté sur l'échelle RAID. Une méta-analyse a révélé qu'à un seuil ≥ 11 , l'échelle RAID avait une sensibilité regroupée de 89 % (IC à 95 % : 78 %-95 %, $I^2=1,68$ %) et une spécificité regroupée de 73 % (IC à 95 % : 60 %-82 %, $I^2=7,58$ %) (Feghali et coll., 2020; Goyal et coll., 2017; Shankar et coll., 1999). Les critères du Manuel diagnostique et statistique - 5 pour le trouble d'anxiété généralisée ont constitué la norme de référence. L'échelle RAID a été étudiée principalement dans des cliniques spécialisées, ce qui laisse planer une incertitude quant à sa précision dans les soins primaires ou les SLD. L'échelle RAID a été spécifiquement conçue pour les personnes atteintes de TNCM. Elle présente le plus grand nombre de données probantes, la sensibilité la plus élevée et, dans les méta-analyses, une hétérogénéité minimale.

Recommandation n° 51

Nous suggérons des programmes d'éducation et de formation pour les proches aidants des personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs pour la prise en charge de l'anxiété dans les troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

Une revue systématique des interventions auprès des proches aidants et des personnes vivant avec un TNCM pour les SCPD a permis de trouver deux ECR qui ont évalué les effets des interventions auprès des proches aidants sur les symptômes d'anxiété, tels que mesurés sur l'échelle RAID (Poon, 2022). Ces interventions ont fait appel à des proches aidants pour aider les personnes atteintes de TNCM à appliquer des stratégies visant à réduire les symptômes d'anxiété grâce à l'apprentissage de compétences de réduction de l'anxiété avec la personne atteinte de TNCM et au renforcement des stratégies cognitivo-comportementales entre les séances de traitement (Spector et coll., 2015; Stanley et coll., 2013). Une méta-analyse de ces interventions a montré une réduction significative des symptômes d'anxiété mesurés par l'échelle RAID (DMS : -0,66, -1,16 à -0,15) (Poon, 2022).

Recommandation n° 52

Nous suggérons la thérapie cognitivo-comportementale, adaptée aux personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs, pour la prise en charge de l'anxiété dans les troubles neurocognitifs majeurs qui sont légers à modérés. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

Un petit ECR a comparé la thérapie cognitivo-comportementale aux soins habituels pour les symptômes d'anxiété chez les personnes vivant avec un TNCM (Stanley et coll., 2013). L'intervention comprenait des adaptations thérapeutiques pour les personnes atteintes de TNCM et a été dispensée chaque semaine pendant 12 semaines à des patients ambulatoires souffrant de TNCM et d'anxiété. Les participants à cette étude ont été limités à ceux présentant une sévérité légère à modérée de TNCM, définie par un score de 0,5 à 2 sur l'échelle Clinical Dementia Rating. Au bout de 12 semaines, une réduction significative des symptômes d'anxiété mesurés par l'échelle RAID a été constatée pour les personnes du groupe de thérapie cognitivo-comportementale par rapport aux soins habituels (ampleur de l'effet : 0,99) (Stanley et coll., 2013).

Recommandation n° 53

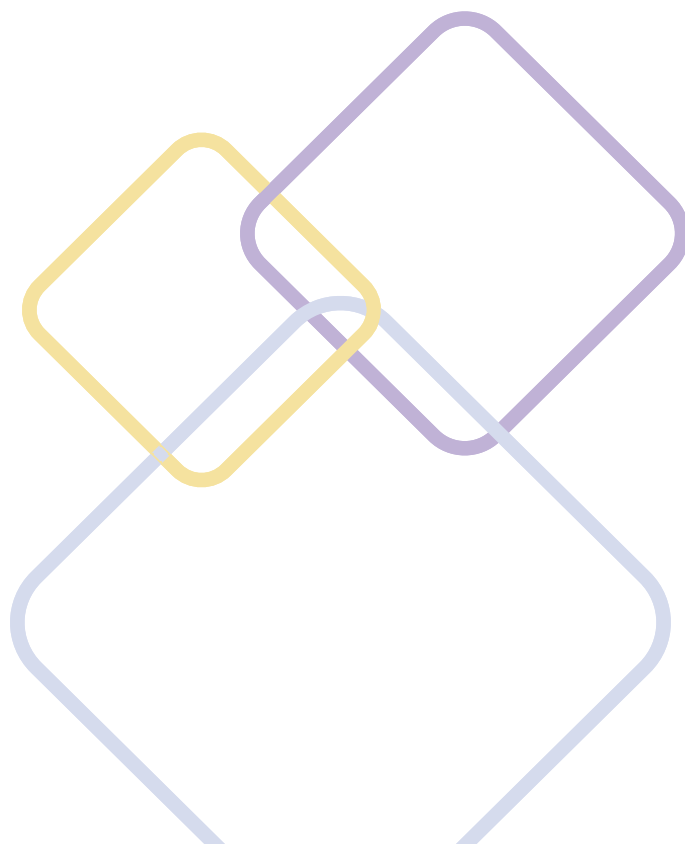
Nous recommandons l'intervention musicale avec la musique préférée pour la prise en charge de l'anxiété dans les troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation forte, données probantes de qualité modérée)

L'intervention musicale a été évaluée pour plusieurs SCPD, y compris les symptômes d'anxiété. Une méta-analyse des interventions musicales pour les symptômes d'anxiété a révélé que la musique était associée à une réduction significative des symptômes d'anxiété (N=8, n=258; DMS : -0,64, IC à 95 % : -1,05 à -0,24) (Abraha et coll., 2017). Des considérations supplémentaires relatives à l'intervention musicale sont fournies dans la section sur l'agitation de ces lignes directrices (section 5).

Recommandation n° 54

Nous suggérons le citalopram pour la prise en charge de l'anxiété modérée à sévère dans la maladie d'Alzheimer ou les troubles neurocognitifs majeurs apparentés. (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

Un vaste essai contrôlé randomisé portant sur le citalopram pour le traitement de l'agitation dans la maladie d'Alzheimer a évalué les effets du citalopram sur les symptômes d'anxiété chez les participants à l'essai, tels que mesurés sur l'élément anxiété du NPI (Leonpacher et coll., 2016). Parmi les participants présentant des symptômes d'anxiété au départ, 49 % des personnes du groupe citalopram ne présentaient plus de symptômes d'anxiété à la semaine 9. En revanche, seulement 12 % des personnes du groupe placebo présentant des symptômes d'anxiété au départ ne présentaient plus ces symptômes à la semaine 9. L'anxiété était également moins susceptible de se manifester au cours de l'étude chez les personnes ayant reçu le citalopram (36 %) que chez celles ayant reçu le placebo (18 %). Compte tenu du peu de données probantes disponibles sur la prise en charge de l'anxiété chez les personnes atteintes de TNCM, des conseils supplémentaires liés à la prise en charge de l'anxiété chez les personnes âgées sont disponibles dans les LDPC de la CCSMPA sur l'anxiété chez les personnes âgées (Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2024).



9. Recommandations pour l'évaluation et la prise en charge des expressions sexuelles à risque dans les troubles neurocognitifs majeurs

Recommandation n° 55

Nous suggérons de définir une expression sexuelle à risque comme un acte verbal ou physique perturbateur de nature sexuelle explicite ou perçue comme telle, qui est soit intrusif, soit pratiqué sans le consentement de l'entourage de la personne atteinte de troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

Il n'existe pas de définition ou de terminologie largement acceptée pour classer les comportements sexuellement désinhibés chez les personnes vivant avec un TNCM (Johnson et coll., 2006). Cependant, la définition d'un comportement sexuel inapproprié comme « un acte verbal ou physique de nature sexuelle explicite ou perçue comme telle, qui est inacceptable dans le contexte social dans lequel il est effectué » est largement citée dans la documentation décrivant l'évaluation et la prise en charge d'un comportement sexuellement désinhibé chez les personnes souffrant de lésions cérébrales ou de TNCM (Johnson et coll., 2006). Cette définition englobe les domaines mesurés du comportement sexuellement désinhibé, y compris l'hypersexualité, les comportements sexuels obscènes ou abusifs, les avances sexuelles inappropriées, les commentaires sexuels inappropriés et les comportements sexuels désinhibés socialement perturbateurs (Chapman et Spitznagel, 2019). Afin d'éviter de qualifier les comportements « d'appropriés » ou « d'inappropriés », ce qui peut être très subjectif, le groupe d'experts a mis l'accent sur la détection des comportements sexuels susceptibles de présenter un risque pour la personne concernée ou pour autrui.

Le terme « expressions sexuelles à risque » a été adopté par Soutien en cas de troubles du comportement Ontario (STCO) (Soutien en cas de troubles du comportement Ontario, 2019b). Ce terme intègre à la fois les expressions sexuelles verbales à risque (p. ex. commentaires sexuels explicites, questions sexuelles intrusives, demandes de faveurs sexuelles, langage sexualisé) et les expressions sexuelles physiques à risque (p. ex. gestes sexuels, contacts physiques intrusifs, initiation non consensuelle à l'activité sexuelle, masturbation en présence d'autres personnes sans leur consentement) (Soutien en cas de troubles du comportement Ontario, 2019b). STCO reconnaît qu'étant donné que ce ne sont pas tous les comportements sexuels qui présentent un risque, il est essentiel d'évaluer si le comportement sexuel d'une personne présente des risques, s'il est nécessaire que l'entourage de la personne atteinte de TNCM réagisse à ces comportements et comment réagir efficacement.

Cette terminologie a été jugée acceptable par le groupe d'experts, avec la modification « expression sexuelle à risque potentiel », car elle sous-entend que les expressions sexuelles qui ne présentent pas de risque pour la personne atteinte de TNCM ou pour d'autres personnes ne nécessitent pas d'intervention. D'autres recherches seront nécessaires pour mieux comprendre l'acceptabilité de cette définition par les professionnels de la santé, les personnes atteintes de TNCM et les proches aidants.

Recommandation n° 56

Nous suggérons l'échelle St. Andrew's Sexual Behaviour Assessment Scale (échelle SASBA) pour détecter les expressions sexuelles à risque potentiel chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

L'échelle St. Andrew's Sexual Behaviour Assessment Scale (SASBA) recense les comportements (p. ex. commentaires verbaux, attouchements, exposition, absence de contact), les événements antérieurs contribuant au comportement et les interventions visant à réduire le comportement après qu'il s'est produit chez les personnes atteintes d'une déficience neurologique progressive ou acquise (Knight et coll., 2008). L'échelle SASBA a été évaluée en termes de validité de contenu, de validité apparente et de fiabilité inter-évaluateurs, mais aucune étude n'a été trouvée pour décrire la précision diagnostique du test (Knight et coll., 2008). Une revue systématique des outils de mesure des expressions sexuelles à risque potentiel chez les personnes atteintes de TNCM a été trouvée lors du survol des revues systématiques (Chapman et Spitznagel, 2019); cependant, aucun des outils recensés ne se concentrait exclusivement sur la détection ou la mesure des expressions sexuelles à risque potentiel chez les personnes atteintes de TNCM, raison pour laquelle la SASBA est suggérée comme l'outil à privilégier (Chapman et Spitznagel, 2019). La ressemblance de l'approche à trois volets de la SASBA avec d'autres approches d'évaluation comportementale telles que le BSO-DOS®, qui est familier à de nombreux cliniciens s'occupant de personnes atteintes de TNCM, a permis de penser que les professionnels de la santé pourraient mettre en œuvre cet outil moyennant une éducation et une formation adéquates. D'autres recherches sont nécessaires pour décrire les propriétés métrologiques de la SASBA chez les personnes atteintes de TNCM au Canada, en particulier chez celles qui vivent en établissement de SLD.

Recommandation n° 57

Nous suggérons des approches psychosociales, notamment l'éducation du patient et du proche aidant, la suppression des déclencheurs environnementaux ou le changement d'environnement, et des stratégies visant à faire participer les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs à d'autres activités pour la prise en charge des expressions sexuelles à risque potentiel. (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

Un survol des principales études décrivant l'efficacité et la sécurité des interventions non pharmacologiques et pharmacologiques visant à réduire les expressions sexuelles à risque potentiel chez les personnes vivant avec un TNCM (PROSPERO 2023 CRD42023469625) a été effectué. L'éducation du patient et du proche aidant, l'élimination des déclencheurs environnementaux, le changement d'environnement, les stratégies visant à faire participer la personne atteinte de TNCM présentant des expressions sexuelles à risque potentiel à une autre activité, et le fait de permettre à la personne atteinte de TNCM d'exprimer sa sexualité d'une manière qui ne présente pas de risques pour les autres (p. ex. en exprimant sa sexualité dans un endroit privé ou seul) ont été reconnus comme des interventions efficaces (Lane et coll., manuscrit en cours de préparation). Toutefois, ce survol n'a permis de retrouver que des rapports de cas et des séries de cas; ainsi, il s'agit d'une recommandation conditionnelle.

Recommandation n° 58

Nous ne sommes ni pour ni contre l'utilisation d'interventions pharmacologiques pour réduire les expressions sexuelles à risque potentiel dans les troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

Un survol des principales études décrivant l'efficacité et la sécurité des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques visant à réduire les expressions sexuelles à risque potentiel chez les personnes vivant avec un TNCM (CRD42023469625) a été effectué. Cet examen n'a permis de trouver que des rapports de cas et des séries de cas, sans aucun essai contrôlé randomisé. C'est pourquoi le groupe d'experts a estimé qu'il ne pouvait pas recommander ou déconseiller l'utilisation d'interventions pharmacologiques pour réduire les expressions sexuelles à risque potentiel chez les personnes atteintes de TNCM (Lane et coll., en cours de préparation). Les études retrouvées décrivent les effets des thérapies hormonales, des antipsychotiques, des antidépresseurs, des benzodiazépines, des anticonvulsivants, du lithium, de la mémantine, des inhibiteurs de la cholinestérase, des cannabinoïdes synthétiques, des inhibiteurs de la 5-alpha réductase et de la buspirone (Lane et coll., en préparation). Bien que certaines classes de médicaments aient été décrites comme efficaces dans un ou plusieurs rapports de cas ou séries de cas, le risque d'effets nocifs liés aux interventions pharmacologiques suscite des préoccupations, et l'équilibre entre les risques et les avantages n'est pas clair. D'autres recherches faisant appel à des modèles d'étude plus rigoureux (p. ex. des études comparatives randomisées ou non randomisées) sont nécessaires.



10. Recommandations sur la déprescription de médicaments dans les SCPD

Recommandation n° 59

Nous suggérons de déprescrire les antipsychotiques chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui n'ont pas d'antécédents d'agitation sévère ou de psychose sévère ou d'autres indications potentiellement appropriées d'utilisation d'antipsychotiques telles que des antécédents de maladie psychiatrique grave. (Recommandation forte, données probantes de faible qualité)

Comme indiqué dans les sections précédentes de ces lignes directrices (sections 5 et 6), l'utilisation d'antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNCM devrait être limitée aux circonstances où il existe une indication appropriée pour leur utilisation (p. ex. agitation sévère ou psychose sévère qui n'a pas répondu à d'autres stratégies de prise en charge). La réduction de l'utilisation inappropriée des antipsychotiques suscite un intérêt croissant et les taux d'utilisation inappropriée des antipsychotiques ont considérablement diminué au Canada et dans d'autres pays grâce à ces efforts (Kirkham et coll., 2017). Les antipsychotiques étant associés à des risques importants tels que la mortalité et les accidents vasculaires cérébraux, il est fortement recommandé de déprescrire les antipsychotiques dans les situations où il n'y avait pas d'indication appropriée pour leur utilisation, comme une agitation ou une psychose sévère dans le cadre d'un TNCM, ou des antécédents de maladie psychiatrique grave (p. ex. schizophrénie) pour lesquels un traitement par antipsychotiques est considéré comme approprié.

Recommandation n° 60

Nous suggérons de déprescrire les antipsychotiques chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui présentaient initialement une agitation ou une psychose, en tenant compte de leurs symptômes actuels, de la durée totale du traitement antipsychotique, de la dose de médicament nécessaire pour stabiliser les SCPD et de la sévérité initiale des symptômes. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

De nombreuses personnes atteintes de TNCM qui avaient initialement des indications appropriées pour des médicaments antipsychotiques peuvent se faire déprescrire des médicaments antipsychotiques en toute sécurité. Une revue systématique des ECR a inclus 10 ECR uniques portant

sur 632 personnes. La plupart des essais ont inclus des personnes qui avaient reçu des antipsychotiques pendant au moins trois mois et la majorité d'entre eux ont utilisé un calendrier de réduction progressive des antipsychotiques lorsque les personnes recevaient des doses relativement élevées de médicaments (van Leeuwen, 2022). Dans les ECR examinant la déprescription des antipsychotiques (souvent mise en œuvre sous la forme d'une substitution du placebo au traitement actif) par rapport à la poursuite du traitement, les antipsychotiques ont été interrompus avec succès chez ~70 % des personnes sans aggravation des SCPD (Ballard, 2004; Van Leeuwen et coll., 2018). La plupart des essais portant sur l'évolution des SCPD dans le temps n'ont pas mis en évidence d'aggravation significative des symptômes chez les participants qui avaient interrompu le traitement par rapport à ceux qui l'avaient poursuivi. Un ECR a mis en évidence une réduction d'environ 50 % du risque de mortalité sur 12 mois chez les personnes dont le traitement antipsychotique a été interrompu, par rapport à celles qui l'ont poursuivi (Ballard et coll., 2009). Les facteurs prédictifs d'un arrêt réussi des antipsychotiques comprennent des SCPD moins sévères au départ (Ballard et coll., 2009; Ballard, 2004) et des doses plus faibles d'antipsychotiques nécessaires au départ pour stabiliser les SCPD (Ruths, et coll., 2008). Par conséquent, bien qu'il soit important d'examiner périodiquement si des antipsychotiques sont nécessaires pour chaque personne vivant avec un TNCM, les personnes à qui des médicaments ont été prescrits depuis plus longtemps, celles qui présentaient des symptômes moins sévères au départ ou celles qui se sont stabilisées avec des doses plus faibles pourraient être les plus indiquées pour un essai de déprescription.

Le groupe d'experts reconnaît que certaines personnes atteintes de TNCM peuvent présenter des SCPD, tels que l'agitation, qui ont été traités avec succès par des médicaments qui ne sont pas recommandés dans le cadre de ces LDPC. À moins qu'il n'y ait d'autres raisons de déprescrire les médicaments qui ont stabilisé les SCPD, comme des effets secondaires ou une perte d'efficacité, ces médicaments ne devraient pas être déprescrits, ou remplacés par d'autres médicaments, à moins qu'il n'y ait une indication de déprescription. La déprescription injustifiée de médicaments efficaces, y compris la substitution par d'autres médicaments, peut entraîner un risque inutile d'aggravation des SCPD.

Recommandation n° 61

Nous suggérons de déprescrire les antipsychotiques en diminuant la dose de 25 à 50 % toutes les 1 à 2 semaines jusqu'à l'arrêt du traitement, et d'arrêter la réduction de la dose à la dose minimale efficace si les SCPD s'aggravent. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

Si l'on décide d'essayer de déprescrire les antipsychotiques, il est recommandé de les diminuer progressivement. Parmi les études évaluant l'arrêt des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNCM, la majorité des essais (7 sur 10) ont utilisé une stratégie de réduction progressive de la dose (Van Leeuwen et coll., 2018). Les organisations de déprescription (deprescribing.org, 2024) et les précédentes lignes directrices sur la déprescription des antipsychotiques (Bjerre et coll., 2018) recommandent une diminution progressive des antipsychotiques. Une réduction progressive de la dose est recommandée par rapport à un arrêt soudain des antipsychotiques, et ce pour plusieurs raisons. Une réduction progressive de la dose peut permettre de surveiller la réapparition des SCPD au cours du processus de sevrage, ce qui peut permettre de réintroduire la dose précédemment efficace d'un antipsychotique ou d'initier des interventions non pharmacologiques avant l'émergence de SCPD plus sévères qui peuvent être plus difficiles à stabiliser. Certaines personnes souffrant de SCPD qui ne sont pas en mesure d'arrêter complètement les antipsychotiques sans que les SCPD ne réapparaissent peuvent être stabilisées avec une dose plus faible que celle qui leur a été prescrite initialement, ce qui peut être bénéfique pour réduire le risque associé aux effets indésirables des antipsychotiques liés à la dose, même sans un arrêt complet du traitement.

Recommandation n° 62

Nous suggérons que d'autres médicaments psychotropes soient examinés régulièrement en vue d'une éventuelle interruption chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs, y compris les benzodiazépines et les antidépresseurs. (Recommandation conditionnelle, données probantes de très faible qualité)

Les médicaments tels que les benzodiazépines ne sont pas recommandés pour le traitement des SCPD en raison de l'absence de données probantes sur leur efficacité et des risques connus associés à l'utilisation des benzodiazépines tant chez les personnes âgées sans TNCM que chez les personnes vivant avec un TNCM (Ng et coll., 2018). À l'instar des données probantes sur l'arrêt réussi des antipsychotiques, de nombreuses personnes âgées à qui l'on prescrit des benzodiazépines peuvent voir ces médicaments arrêtés, même si des stratégies de réduction très progressive de la dose doivent être employées pour éviter les symptômes

de sevrage qui peuvent être graves, en particulier avec des doses élevées et une utilisation prolongée (Ng et coll., 2018; Pottie et coll., 2018). Les études évaluant l'arrêt des benzodiazépines chez les personnes âgées ont montré que 60 % des personnes peuvent bénéficier d'une réduction des benzodiazépines, le plus souvent par une réduction progressive de la dose, seule ou associée à une thérapie cognitivo-comportementale (Paquin et coll., 2014). De même, les agonistes des récepteurs des benzodiazépines (c'est-à-dire les « hypnotiques Z ») devraient également être envisagés pour une déprescription avec des calendriers de réduction progressive conformes à ceux recommandés pour les benzodiazépines (Pottie et coll., 2018). Un ECR comparant l'arrêt des benzodiazépines ou des antipsychotiques chez les personnes en soins résidentiels a démontré qu'une réduction relative de 21 % des benzodiazépines a été observée sur 6 mois à la suite d'un programme d'intervention à composantes multiples, bien que la proportion de personnes atteintes de TNCM dans l'étude n'ait pas été rapportée (Westbury et coll., 2018).

On en sait moins sur la déprescription des antidépresseurs chez les personnes âgées atteintes de TNCM. Les lignes directrices sur la dépression pour les personnes ayant des antécédents de trouble dépressif majeur, en particulier avec des symptômes graves ou des épisodes récurrents de dépression, peuvent nécessiter un traitement indéfini avec des antidépresseurs en raison du risque élevé de rechute des symptômes (Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2006). Cependant, de nombreuses personnes atteintes de TNCM peuvent avoir eu un traitement initié pour des SCPD tels que l'agitation ou d'autres indications, comme des changements du sommeil, et il existe très peu d'essais de traitement antidépresseur à long terme pour les SCPD ou d'ECR évaluant l'arrêt des antidépresseurs (Bergh et coll., 2012). Un ECR comparant l'arrêt des antidépresseurs à leur poursuite chez des personnes âgées atteintes de TNCM et hébergées en SLD a révélé que les personnes chez qui les antidépresseurs ont été interrompus étaient plus susceptibles de connaître une aggravation légère, mais statistiquement significative, des symptômes dépressifs par rapport à celles qui les ont poursuivis (Bergh et coll., 2012). Une augmentation des SCPD en général a également été constatée dans le groupe ayant abandonné le traitement sur le NPI, bien que le seuil de signification statistique n'ait pas été atteint (Bergh et coll., 2012). La majorité des personnes du groupe ayant interrompu leur traitement n'ont pas connu d'aggravation significative de leurs symptômes dépressifs. Les auteurs de l'étude concluent que de nombreuses personnes atteintes de TNCM peuvent être autorisées à interrompre leur traitement antidépresseur, mais qu'elles doivent être surveillées afin de détecter une éventuelle aggravation de leurs symptômes au cours de ce processus.

Les membres du groupe d'experts ont dirigé l'élaboration d'une ligne directrice sur la déprescription des traitements cognitifs (inhibiteurs de la cholinestérase et memantine) dans les cas de TNCM, qui inclut des considérations relatives aux SCPD (Herrmann et coll., 2022).

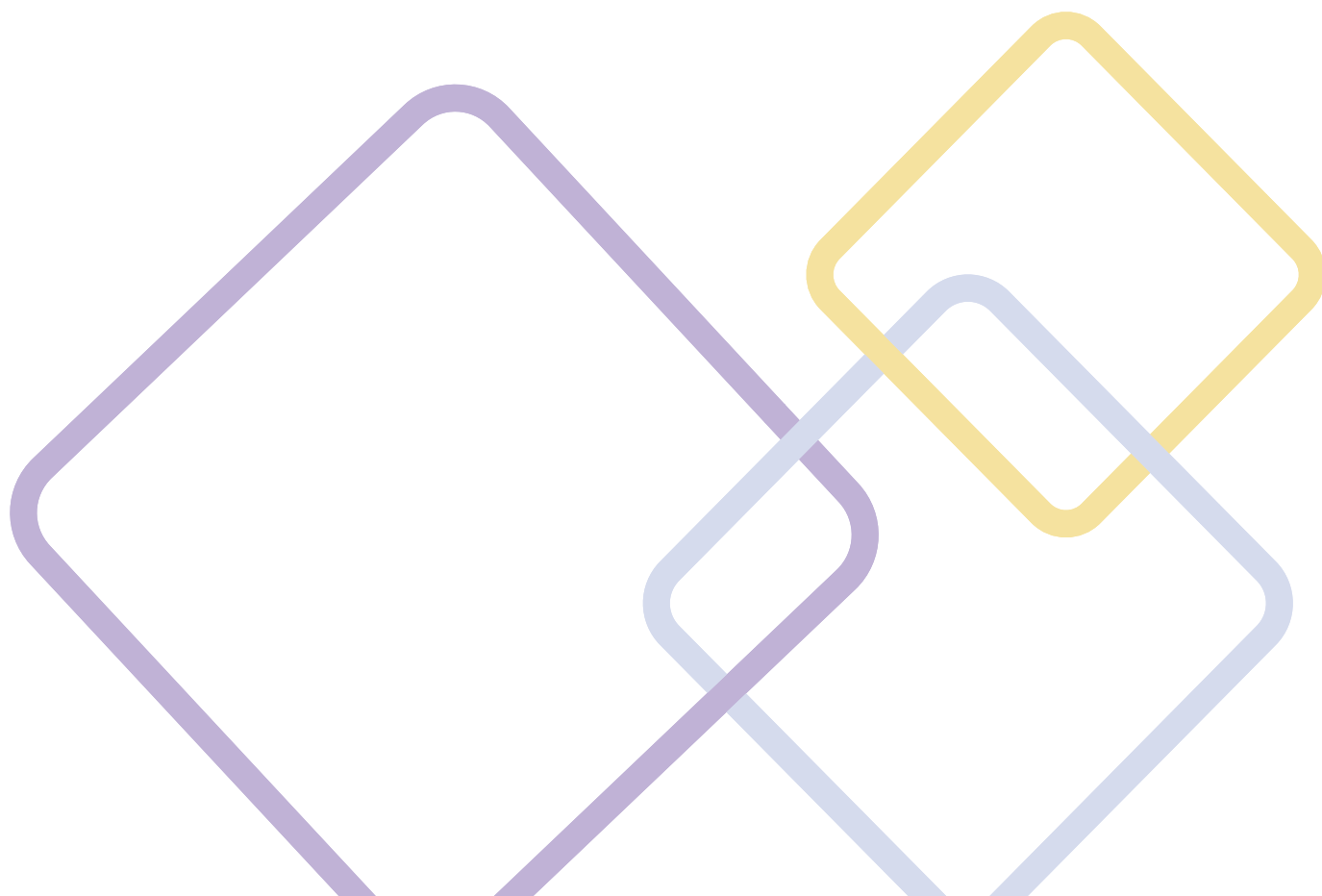
Recommandation n° 63

Nous suggérons des interventions éducatives interdisciplinaires, des bilans de médication interdisciplinaires, des interventions éducatives pour les médecins de famille et des bilans de médication dirigés par des pharmaciens pour faciliter la déprescription d'antipsychotiques chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs au niveau organisationnel dans les établissements de soins de longue durée et autres établissements de soins résidentiels. (Recommandation conditionnelle, données probantes de faible qualité)

Des réductions durables de l'utilisation inappropriée des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TNCM en soins de longue durée sont possibles, comme le prouve la baisse de leur utilisation au Canada, aux États-Unis et dans d'autres pays (Kirkham et coll., 2017). Les recommandations précédentes relatives à la déprescription des antipsychotiques dans ces lignes directrices sont basées sur des essais cliniques randomisés comparant des personnes qui ont continué à prendre des antipsychotiques à des personnes qui ont cessé de prendre des antipsychotiques ou qui ont été randomisées pour recevoir un placebo. Les données probantes relatives aux stratégies efficaces pour réduire la consommation d'antipsychotiques au niveau organisationnel évaluent

généralement les effets des interventions administrées au niveau organisationnel, par exemple dans les établissements de SLD individuels ou dans d'autres environnements de soins résidentiels. Ces études font également état de résultats au niveau organisationnel, tels que la proportion de résidents de SLD à qui l'on prescrit des antipsychotiques dans les établissements ayant fait l'objet d'une intervention, par rapport aux établissements témoins.

Une revue systématique des ECR évaluant la prescription optimale dans les SLD a permis de recenser 25 études portant sur diverses mesures de résultats liés à la prescription, notamment sur la prescription d'antipsychotiques dans les SLD (Almutairi et coll., 2020). Cet examen a permis de recenser plusieurs stratégies organisationnelles associées à une réduction de l'utilisation des antipsychotiques, notamment : la formation du personnel interdisciplinaire à l'évaluation et à la prise en charge des SCPD (N=5); les bilans de médication interdisciplinaires (N=2); les interventions éducatives auprès des médecins de famille (N=2); et les bilans menés par les pharmaciens pour déterminer les candidats potentiels à la déprescription (N=2). De nombreuses interventions réussies comprenaient plus d'une composante (Almutairi et coll., 2020). Peu d'études examinant les interventions visant à réduire les antipsychotiques au niveau des établissements de SLD ont fait état des résultats concernant les SCPD, bien qu'aucune aggravation des SCPD n'ait été signalée dans les études qui en faisaient état (Almutairi et coll., 2020; Cosette et coll., 2022).



11. Conclusions

Les Lignes directrices de pratique clinique canadiennes sur l'évaluation et la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) de la CCSMPA offrent aux professionnels de la santé des données probantes et des recommandations actualisées sur la prise en charge des SCPD dans un contexte canadien. Les présentes lignes directrices fournissent des conseils et des orientations qui sous-tendent l'évaluation et la prise en charge de tous les SCPD, ainsi que des orientations spécifiques relatives à la prise en charge des syndromes de SCPD, notamment l'agitation, la psychose, la dépression, l'anxiété et les expressions sexuelles à risques potentiels. Les lignes directrices fournissent également des recommandations relatives à la déprescription des antipsychotiques et d'autres médicaments fréquemment utilisés dans la prise en charge des SCPD.

Ces lignes directrices présentent des limites, notamment le fait que, pour certains domaines, il existe relativement peu d'études de qualité permettant de formuler des recommandations fondées sur des données probantes, en particulier en ce qui concerne les interventions non pharmacologiques pour les SCPD autres que l'agitation et la dépression, et les interventions pharmacologiques pour les SCPD autres que l'agitation. Il existe un besoin urgent de recherche dans ces domaines, en particulier pour améliorer les données probantes actuelles dans ces domaines importants, ainsi qu'un besoin de recherche plus général.

Les présentes lignes directrices n'abordent pas non plus tous les aspects des SCPD, tels que les troubles du sommeil et l'apathie, en raison des priorités définies au départ et des limites de temps et de ressources des lignes directrices.

Pour des raisons similaires, ces lignes directrices traitent des données probantes relatives à la maladie d'Alzheimer et aux formes de TNCM apparentés, telles que le TNCM vasculaire ou le TNCM mixte. Il pourrait être nécessaire d'élaborer des recommandations ou des lignes directrices distinctes pour d'autres types de TNCM, tels que le TNCM à corps de Lewy, le TNCM de la maladie de Parkinson, le TNCM frontotemporal et d'autres types de TNCM moins fréquents.

La mise en œuvre et l'évaluation des lignes directrices sera un processus continu après la publication des LDPC en mars 2024. La CCSMPA prévoit que ces lignes directrices stimuleront l'amélioration des soins cliniques et le groupe d'experts espère que les professionnels de la santé, les organisations et les chercheurs envisageront de mettre en œuvre et d'évaluer les effets de ces lignes directrices sur les SCPD dans le cadre de leurs travaux actuels et futurs.

La CCSMPA a développé une ressource de transfert de connaissances pour rassembler les données probantes relatives aux SCPD sur le site Web Behaviours in Dementia Toolkit (www.behavioursindementia.ca) afin d'aider les personnes atteintes de TNCM, les proches aidants et les professionnels de la santé à identifier les ressources susceptibles de contribuer à la mise en œuvre pratique des recommandations des lignes directrices sur les SCPD.

Annexe

Opinion dissidente relative à la recommandation n° 1

Nous recommandons d'utiliser les critères de consensus de l'International Psychogeriatric Association (IPA) pour l'agitation dans les troubles cognitifs afin de diagnostiquer l'agitation dans les troubles neurocognitifs majeurs. (Recommandation forte, données probantes de qualité modérée)

Je suis respectueusement en désaccord avec la décision majoritaire fournie par le groupe d'experts pour cette recommandation et je suis généralement en désaccord avec le fait de diagnostiquer des comportements comme étant de « l'agitation ». Bien que je comprenne les avantages de la normalisation du vocabulaire, l'adoption d'un tel vocabulaire comporte des risques importants pour les comportements qui ne correspondent pas à la définition de l'IPA et pour ceux qui y correspondent. De nombreux comportements exprimés par les personnes atteintes de TNCM sont pénibles pour elles et pour leur entourage, mais ne répondent pas aux critères de l'IPA (p. ex. un comportement qui se manifeste depuis moins de deux semaines); ils ne sont donc pas couverts par les recommandations de ces lignes directrices. Cette lacune laisse les prestataires de soins sans conseils sur la meilleure façon de réagir.

Les comportements qui répondent aux critères de l'IPA et qui conduisent à diagnostiquer ou étiqueter les personnes atteintes de TNCM comme étant « agitées » sont plus préoccupants. Ce vocabulaire reflète un point de vue biomédical qui pathologise les réactions comportementales exprimées par les personnes atteintes de TNCM. Au lieu de considérer les comportements comme l'expression de besoins non satisfaits ou de réactions humaines normales à des situations (p. ex. un étranger qui tente de vous déshabiller et de laver vos parties génitales sans que vous le lui demandiez), la personne reçoit un nouveau diagnostic qui doit être « traité ». En revanche, dans l'optique des besoins non satisfaits, il incombe à l'équipe soignante de prendre en compte le contexte et les éventuels facteurs contribuant aux comportements spécifiques, et de trouver des approches individualisées pour répondre aux besoins.

Debbie Hewitt-Colborne, infirmière autorisée, M.Sc.inf.

• Infirmière, conseillère de projet, bureau de coordination provincial de Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario, Centre régional de santé de North Bay

12. Références

- À propos de moi. (2024c). <https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/All-About-Me-fr-Alzheimer-Society.pdf> (consultée le 14 février 2024).
- Aakhus, E., Granlund, I., Oxman, A. D., & Flottorp, S. A. (2015). Tailoring interventions to implement recommendations for the treatment of elderly patients with depression: a qualitative study. *International journal of mental health systems*, 9, 1-24. <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0027-5>
- Aarskog, N. K., Hunskaar, I., & Bruvik, F. (2019). Animal-Assisted Interventions With Dogs and Robotic Animals for Residents With Dementia in Nursing Homes: A Systematic Review. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 37(2), 77-93. <https://doi.org/10.1080/02703181.2019.1613466>
- Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., Gudmundsson, A., Soiza, R., O'Mahony, D., & Guaita, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*, 7(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012759>
- Achterberg, W., Lautenbacher, S., Husebo, B., Erdal, A., & Herr, K. (2020). Pain in dementia. *Pain Reports*, 5(1): E803. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000803>
- Adama, B., Benjamin, C., Jean-Pierre, C., Michel, D.-C., & Annie, P.-J. (2013). French version of the Rating Scale for Aggressive Behaviour in the Elderly (F-RAGE): Psychometric properties and diagnostic accuracy. *Dementia & Neuropsychologia*, 7, 278-285.
- Advanced Gerontological Education. Gentle Persuasive Approaches. <https://ageinc.ca/about-gpa-2/> (consultée le 14 février 2024).
- Akrour, R., et al. (2022). Prevention and management of behavioural and psychological symptoms in patients with dementia in acute care: a best practice implementation project. *JBI Evidence Implementation*, 20(4), pp. 289-300. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000329>
- Almutairi, H., Stafford, A., Etherton-Bear, C., & Flicker, L. (2020). Optimisation of medications used in residential aged care facilities: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC geriatrics*, 20(1), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01634-4>
- Alves, G. S., Carvalho, A. F., de Amorim de Carvalho, L., Sudo, F.K., Siqueira-Neto, J.I., Oertel-Knochel, V., Jurcoane, A., Knochel, C., Boecker, H., Laks, J., Pantel, J. (2017). Neuroimaging Findings Related to Behavioral Disturbances in Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Current Alzheimer Research*, 14(1), 61-75.
- Amaral, A. S., et al. (2022). Decision-Making Capacity in Healthcare: Instruments Review and Reflections About Its Assessment in the Elderly with Cognitive Impairment and Dementia. *Psychiatric Quarterly*, 93(1), 35-53. <https://doi.org/10.1007/s1126-020-09867-7>
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (Fifth edition, text revision). (2022). American Psychiatric Association Publishing.
- Anatchkova, M., Brooks, A., Swett, L., Hartry, A., Duffy, R. A., Baker, R. A., Hammer-Helmich, L., & Sanon Aigbogun, M. (2019). Agitation in patients with dementia: a systematic review of epidemiology and association with severity and course. *International Psychogeriatrics*, 31(9), 1305-1318. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001898>
- Appelbaum, P. S. (2007). Assessment of patients' competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*, 357(18), 1834-1840. <https://doi.org/10.1056/NEJMc074045>
- Ardelean, A., & Redolat, R. (2023). Supporting Behavioral and Psychological Challenges in Alzheimer Using Technology: A Systematic Review. *Activities, Adaptation & Aging*, 1-32. <https://doi.org/10.1080/01924788.2023.2172900>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2021). *JBI manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Atee, M., Morris, T., Macfarlane, S., & Cunningham, C. (2021). Pain in Dementia: Prevalence and Association With Neuropsychiatric Behaviors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(6), 1215-1226. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.011>
- Ballard, C. G., Thomas, A., Fossey, J., Lee, L., Jacoby, R., Lana, M. M., Bannister, C., McShane, R., Swann, A., Juszcak, E., & O'Brien, J. T. (2004). 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*, 65(1), 114-119. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0120>
- Ballard, C., Hanney, M. L., Theodoulou, M., Douglas, S., McShane, R., Kossakowski, K., Gill, R., Juszcak, E., Yu, L.-M., & Jacoby, R. (2009). The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. *The Lancet Neurology*, 8(2), 151-157.
- Benjamin, S., Williams, J., Cotton, C., Tung, J., An, H., Sanger, S., & Ho, J. M.-W. (2019). Anticonvulsants for behavioral and psychological symptoms in dementia: protocol for a systematic review. *Systematic Reviews*, 8(1), 118-7. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1025-5>
- Bergh, S., Selbæk, G., & Engedal, K. (2012). Discontinuation of antidepressants in people with dementia and neuropsychiatric symptoms (DESEP study): double blind, randomised, parallel group, placebo-controlled trial. *BMJ*, 344(7851), 21-21. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1566>
- Birks, J. S., & Harvey, R. J. (2018). Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018 (6), 1-245. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001190.pub3>
- Birks, J. S., Chong, L., & Grimley Evans, J. (2015). Rivastigmine for Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(3), CD001191. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001191.pub4>

- Bjerre, L. M., Farrell, B., Hogel, M., Graham, L., Lemay, G., McCarthy, L., Raman-Wilms, L., Rojas-Fernandez, C., Sinha, S., & Thompson, W. (2018). Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Family Physician*, 64(1), 17-27.
- Bränsvik, V., Granvik, E., Minthon, L., Nordström, P., & Nägga, K. (2021). Mortality in patients with behavioural and psychological symptoms of dementia: a registry-based study. *Ageing & Mental Health*, 25(6), 1101–1109. <https://doi.org/10.1080/0/13607863.2020.1727848>
- Brecher, D. B., & West, T. L. (2016). Underrecognition and Undertreatment of Pain and Behavioral Symptoms in End-Stage Dementia. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 33(3), 276–280. <https://doi.org/10.1177/1049909114559069>
- Brijnath, B., Gilbert, A. S., Antoniadis, J., Croy, S., Kent, M., Ellis, K., Browning, C., Goeman, D., & Adams, J. (2022). Boundary Crossers: How Providers Facilitate Ethnic Minority Families' Access to Dementia Services. *The Journals of Gerontology, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 77(2), 396–406. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab073>
- Brijnath, N. M., C., Antoniadis, J., & Gilbert, A. S. (2023). Culturally Adapting Evidence on Dementia Prevention for Ethnically Diverse Communities: Lessons Learnt from co-design. *Clinical Gerontologist*, 46(2). <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2101968>
- Brodady, H., & Donkin, M. (2009). Family Caregivers of People with Dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217-228. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty>
- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I. D., Grimshaw, J., Hanna, S. E., Littlejohns, P., Makarski, J., & Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting, and evaluation in health care. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(5), 421–424. <https://doi.org/10.1016/j.jepmed.2010.08.005>
- Brozek, J. L., Akl, E. A., Guyatt, G. H., Schunemann, H. J., Alonso-Coello, P., Lang, D., Jaeschke, R., Williams, J. W., Phillips, B., Lelgemann, M., Lethaby, A., & Bousquet, J. (2009). Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines Part 1 of 3. An overview of the GRADE approach and grading quality of evidence about interventions. *Allergy (Copenhagen)*, 64(5), 669–677. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2009.01973.x>
- Callahan, C. M. (2017). Alzheimer's Disease: Individuals, Dyads, Communities, and Costs. [Review of Alzheimer's disease: individuals, dyads, communities and costs.] *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 65(5), 892–895. <https://doi.org/10.1111/jgs.14808>
- Calsolaro, V., Antognoli, R., Okoye, C., & Monzani, F. (2019). The use of antipsychotic drugs for treating behavioral symptoms in Alzheimer's disease. *Frontiers in Pharmacology*, 10, 1465–1465. <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.01465>
- Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, 3(73). <https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00073>
- Chang, Y.-P., Edwards, D. F., & Lach, H. W. (2011). The Collateral Source version of the Geriatric Depression Scale: evaluation of psychometric properties and discrepancy between collateral sources and patients with dementia in reporting depression. *International Psychogeriatrics*, 23(6), 961-968. <https://doi.org/10.1017/S1041610211000147>
- Chapman, K. R., & Spitznagel, M. B. (2019). Measurement of sexual disinhibition in dementia: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(12), 1747-1757. <https://doi.org/10.1002/gps.5208>
- Chen, K., Li, H., Yang, L., Jiang, Y., Wang, Q., Zhang, J., & He, J. (2023). Comparative efficacy and safety of antidepressant therapy for the agitation of dementia: A systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 15, 1103039.
- Chen, R. C., Liu, C. L., Lin, M. H., Peng, L. N., Chen, L. Y., Liu, L. K., & Chen, L. K. (2014). Non-pharmacological treatment reducing not only behavioral symptoms, but also psychotic symptoms of older adults with dementia: A prospective cohort study in Taiwan. *Geriatrics & gerontology international*, 14(2), 440-446.
- Cheng, S.-T., Li, K.-K., Losada, A., Zhang, F., Au, A., Thompson, L. W., & Gallagher-Thompson, D. (2020). The effectiveness of nonpharmacological interventions for informal dementia caregivers: An updated systematic review and meta-analysis. *Psychology and Aging*, 35(1), 55–77. <https://doi.org/10.1037/pag0000401>
- Cho, E., Kim, S., Hwang, S., Kwon, E., Heo, S.-J., Lee, J. H., Ye, B. S., & Kang, B. (2021). Factors associated with behavioral and psychological symptoms of dementia: Prospective observational study using actigraphy. *Journal of Medical Internet Research*, 23(10), e29001. <https://doi.org/10.2196/29001>
- Cloak, N., Al Khalili, Y. (2022). Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551552/>
- Cossette, B., Bruneau, M.-A., Morin, M., Gilbert, S., Boyer, D., Donald, T. M., Rhéaume, A. A., Ben Gaided, N., Tousignant, M., Turcotte, J. P., Rodrigue, C., Rouleau, R., & Couturier, Y. (2022). Optimizing Practices, Use, Care, and Services-Antipsychotics (OPUS-AP) in Long-Term Care Centers in Quebec, Canada: A Successful Scale-Up. *Journal of the American Medical Directors Association*, S1525-8610(21)01105-1. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.12.031>
- Cummings, J. L. (1997). The Neuropsychiatric Inventory: Assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*, 48(5), S10–S16. https://doi.org/10.1212/wnl.48.5_suppl_6.10s
- Cummings, J., Mintzer, J., Brodaty, H., Sano, M., Banerjee, S., Devanand, D.P., Gauthier, S., Howard, R., Lanctôt, K., Lyketsos, C. G., Peskind, E., Porsteinsson, A. P., Reich, E., Sampaio, C., Steffens, D., Wortmann, M., & Zhong, K. (2015). Agitation in cognitive disorders: International Psychogeriatric Association provisional consensus clinical and research definition. *International Psychogeriatrics*, 27(1), 7-17. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001963>

- Cummings, J., Pinto, L. C., Cruz, M., Fischer, C. E., Gerritsen, D. L., Grossberg, G. T., Hwang, T.-J., Ismail, Z., Jeste, D. V., & Koopmans, R. (2020). Criteria for psychosis in major and mild neurocognitive disorders: International Psychogeriatric Association (IPA) consensus clinical and research definition. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(12), 1256-1269. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.09.002>
- Cummings, J., Sano, M., Auer, S., Bergh, S., Fischer, C. E., Gerritsen, D., Grossberg, G., Ismail, Z., Lanctôt, K., & Lapid, M. I. (2023). Reduction and prevention of agitation in persons with neurocognitive disorders: an international psychogeriatric association consensus algorithm. *International Psychogeriatrics*, 1-12. <https://doi.org/10.1017/S104161022200103X>
- d'Angremont, E., Begemann, M. J., van Laar, T., & Sommer, I. E. (2023). Cholinesterase Inhibitors for Treatment of Psychotic Symptoms in Alzheimer Disease and Parkinson Disease: A Meta-analysis. *JAMA neurology*. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2023.1835>
- Davies, S. J., Burhan, A. M., Kim, D., Gerretsen, P., Graff-Guerrero, A., Woo, V. L., Kumar, S., Colman, S., Pollock, B. G., & Mulsant, B. H. (2018). Sequential drug treatment algorithm for agitation and aggression in Alzheimer's and mixed dementia. *Journal of Psychopharmacology*, 32(5), 509-523. <https://doi.org/10.1177/0269881117744996>
- De Mauleon, A., Ismail, Z., Rosenberg, P., Miller, D., Cantet, C., O'Gorman, C., Vellas, B., Lyketsos, C., & Soto, M. (2021). Agitation in Alzheimer's disease: Novel outcome measures reflecting the International Psychogeriatric Association (IPA) agitation criteria. *Alzheimer's & Dementia*, 17(10), 1687-1697. <https://doi.org/10.1002/alz.12335>
- Dilworth-Anderson, P. (2011). Introduction to the Science of Recruitment and Retention Among Ethnically Diverse Populations. *The Gerontologist*, 51(Supplement 1), S1-S4. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr043>
- Dunn, L. B., Nowrangi, M. A., Palmer, B. W., Jeste, D. V., & Saks, E. R. (2006). Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1323-1334. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1323>
- Dyer, S. M., Laver, K., Pond, C. D., Cumming, R. G., Whitehead, C., & Crotty, M. (2016). Clinical practice guidelines and principles of care for people with dementia in Australia. *Australian Family Physician*, 45(12), 884-889. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.577322425689666>
- Edvardsson, D. (2015). Notes on person-centered care: What it is and what it is not. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(2), 65-66. <https://doi.org/10.1177/0107408315582296>
- Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2003). Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *Journal of advanced nursing*, 41(3), 274-282.
- Faden, R. B. T., Beauchamp, L., King, N. (1986). *Part I. Foundations. A history and theory of informed consent*.
- Feghali, Y., Koubaissy, H., Fares, Y., & Abbas, L. A. (2020). Cross-cultural adaptation and validation of the arabic version of the rating anxiety in dementia scale. *Clinical Gerontologist*, 43(3), 320-330. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1678083>
- Fick, D. M., Semla, T. P., Steinman, M., Beizer, J., Brandt, N., Dombrowski, R., DuBeau, C. E., Pezzullo, L., Epplin, J. J., Flanagan, N., Morden, E., Hanlon, J., Hollmann, P., Laird, R., Linnebur, S., & Sandhu, S. (2019). American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 67(4), 674-694. <https://doi.org/10.1111/jgs.15767>
- Fredriksen-Goldsen, K.I., Jen, S., Bryan, A.E.B., Goldsen, J. (2018). Cognitive impairment, Alzheimer's disease, and other dementias in the lives of lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) older adults and their caregivers: needs and competencies. *Journal of Applied Gerontology*, 37(5), 545-569.
- Fried, T. R., O'Leary, J., Towle, V., Goldstein, M. K., Trentalange, M., & Martin, D. K. (2014). Health Outcomes Associated with Polypharmacy in Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 62(12), 2261-2272. <https://doi.org/10.1111/jgs.13153>
- Fong, T. G., & Inouye, S. K. (2022). The inter-relationship between delirium and dementia: the importance of delirium prevention. *Nature Reviews: Neurology*, 18(10), 579-596. <https://doi.org/10.1038/s41582-022-00698-7>
- Fox, C., Crugel, M., Maidment, I., Auestad, B. H., Coulton, S., Treloar, A., Ballard, C., Boustani, M., Katona, C. & Livingston G. (2012). Efficacy of Memantine for Agitation in Alzheimer's Dementia: A Randomised Double-Blind Placebo Controlled Trial. *PLoS One*, 7(5): e35185. <https://doi:10.1371/journal.pone.0035185>
- Gaviola, M. A., Inder, K. J., Dilworth, S., Holliday, E. G., & Higgins, I. (2020). Impact of individualised music listening intervention on persons with dementia: A systematic review of randomised controlled trials. *Australasian Journal on Ageing*, 39(1), 10-20. <https://doi:10.1111/ajag.12642>
- Gill, S. S., Bronskill, S. E., Normand, S. L. T., Anderson, G. M., Sykora, K., Lam, K., Bell, C. M., Lee, P. E., Fischer, H. D., & Herrmann, N. (2007). Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Annals of internal medicine*, 146(11), 775-786. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-11-200706050-00006>
- Gill, S. S., Rochon, P. A., Herrmann, N., Lee, P. E., Sykora, K., Gunraj, N., Normand, S.-L. T., Gurwitz, J. H., Marras, C., Wodchis, W. P., & Mamdani, M. (2005). Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study. *BMJ*, 330(7489), 445-448. <https://doi.org/10.1136/bmj.38330.470486.8F>
- Goodarzi, Z., et al. (2018). Barriers and Facilitators for Guidelines with Depression and Anxiety in Parkinson's Disease or Dementia. *Canadian Journal on Aging*, 37(2), pp. 185-199. <https://doi.org/10.1017/S0714980818000053>
- Goodarzi, Z., Samii, L., Azeem, F., Sekhon, R., Crites, S., Pringsheim, T., Smith, E. E., Ismail, Z., & Holroyd-Leduc, J. (2019). Detection of anxiety symptoms in persons with dementia: A systematic review. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 11(1), 340-347. <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2019.02.005>

- Goodarzi, Z. S., Mele, B. S., Roberts, D. J., & Holroyd-Leduc, J. (2017). Depression Case Finding in Individuals with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 65(5), 937–948. <https://doi.org/10.1111/jgs.14713>
- Goyal, A. R., Bergh, S., Engedal, K., Kirkevold, M., & Kirkevold, Ø. (2017). Norwegian version of the rating anxiety in dementia scale (RAID-N): a validity and reliability study. *Aging & mental health*, 21(12), 1256-1261. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1220921>
- Grand, J. H., Caspar, S., & Macdonald, S. W. (2011). Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 4(15), 125–147. <https://doi-org.ezproxy.lib.ucalgary.ca/10.2147/JMDH.S17773>
- Grill, J. D., & Karlawish, J. (2010). Addressing the challenges to successful recruitment and retention in Alzheimer's disease clinical trials. *Alzheimer's research & therapy*, 2(6), 34. 1-11. <https://doi: 10.1186/alzrt58>
- Grinspun, D., Bajnok, I., & Rey, M. (2016). *Le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées*. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Grisso, T., & Appelbaum, P. S. (1998). *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T)*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Grossberg, G. T., Kohegyi, E., Mergel, V., Josiassen, M. K., Meulien, D., Hobart, M., Slomkowski, M., Baker, R. A., McQuade, R. D., & Cummings, J. L. (2020). Efficacy and safety of brexpiprazole for the treatment of agitation in Alzheimer's dementia: two 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trials. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(4), 383-400. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.09.009>
- Haberstroh, J., Müller, T., Knebel, M., Kaspar, R., Oswald, F., & Pantel, J. (2014). Can the Mini-Mental State Examination Predict Capacity to Consent to Treatment? *GeroPsych*, 27(4), 151–159. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000113>
- Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Prkachin, K. M., Craig, K. D., Gibson, S. J., Lukas, A., & Smith, J. H. (2014). Pain assessment in elderly adults with dementia. *Lancet Neurology*, 13(12), 1216–1227. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70103-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70103-6)
- Han, Q. Y. C., Rodrigues, N. G., Klainin-Yobas, P., Haugan, G., & Wu, X. V. (2022). Prevalence, Risk Factors, and Impact of Delirium on Hospitalized Older Adults With Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(1), e23-32.e27. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.09.008>
- Hatch, S., Seitz, D., Watt, J., & Halane, F. (2023). *Knowledge mobilization strategies related to clinical practice guidelines on mental health conditions for older adults: A scoping review protocol*. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/Y45C9>
- Hatch, S., Watt, J., Halane, F., McGowan, J. & Seitz, D. (In Preparation). Knowledge mobilization strategies related to clinical practice guidelines on mental health conditions for older adults: A scoping review.
- Herrmann, N., Gauthier, S., Boneva, N., & Lemming, O. M. (2013). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of memantine in a behaviorally enriched sample of patients with moderate-to-severe Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 25(6), 919-927. <https://doi.org/10.1017/S1041610213000239>
- Herrmann, N., Ismail, Z., Collins, R., Desmarais, P., Goodarzi, Z., Henri-Bhargava, A., Iaboni, A., Kirkham, J., Massoud, F., Moser, A., Silvius, J., Watt, J., Seitz, D. CCCDTD recommendations on the deprescribing of cognitive enhancers in dementia. *Alzheimers Dement*. 2022, 8(1):e12099. <https://doi.org/10.1002/trc2.12099>
- Herrmann, N., Lanctôt, K. L., & Hogan, D. B. (2013). Pharmacological recommendations for the symptomatic treatment of dementia: the Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia 2012. *Alzheimer's research & therapy*, 5(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/alzrt201>
- Herrmann, N., Ruthirakuhan, M., Gallagher, D., Verhoeff, N. P. L., Kiss, A., Black, S. E., & Lanctôt, K. L. (2019). Randomized placebo-controlled trial of nabilone for agitation in Alzheimer's disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(11), 1161-1173.
- Hirt, J., Ballhausen, N., Hering, A., Kliegel, M., Beer, T., & Meyer, G. (2021). *Social Robot Interventions for People with Dementia: A Systematic Review on Effects and Quality of Reporting*. *Journal of Alzheimers Disease*, 79(2), 773-792. <https://doi.org/10.3233/JAD-200347>
- Ho, T., Pollock, B. G., Mulsant, B. H., Schantz, O., Devanand, D. P., Mintzer, J. E., Porsteinsson, A. P., Schneider, L. S., Weintraub, D., & Yesavage, J. (2016). R- and S-citalopram concentrations have differential effects on neuropsychiatric scores in elders with dementia and agitation. *British journal of clinical pharmacology*, 82(3), 784-792.
- Howard, R. J., Juszcak, E., Ballard, C. G., Bentham, P., Brown, R. G., Bullock, R., Burns, A. S., Holmes, C., Jacoby, R., & Johnson, T. (2007). Donepezil for the treatment of agitation in Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine*, 357(14), 1382-1392.
- Huang, Y.Y., Teng, T., Shen, X.N., Chen, S.D., Wang, R.Z., Zhang, R.Q., Dou, K.X., Zhong, X.L., Wang, J., & Chen, K.L. (2022). Pharmacological treatments for psychotic symptoms in dementia: A systematic review with pairwise and network meta-analysis. *Ageing research reviews*, 75, 101568.
- Hughson, J. A., Woodward-Kron, R., Parker, A., Hajek, J., Bresin, A., Knoch, U., Phan, T., & Story, D. (2016). A review of approaches to improve participation of culturally and linguistically diverse populations in clinical trials. *Trials*, 17(1).1-10. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1384-3>
- Hunter, C., Bishop, J-A., & Westwood, S. L. (2016). The complexity of trans*/gender identities: Implications for dementia care. In S. Westwood, & E. Price (Eds.), *Lesbian, Gay, Bisexual and Trans* Individuals Living with Dementia: Concepts, Practice and Rights* (pp. 124-137). Routledge.
- Husebo, B. S., Ballard, C., Cohen-Mansfield, J., Seifert, R., & Aarsland, D. (2014). The Response of Agitated Behavior to Pain Management in Persons with Dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(7), 708–717. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.12.006>

- Ihl, R., Frölich, L., Winblad, B., Schneider, L., Burns, A., & Möller, H.-J. (2011). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Alzheimer's disease and other dementias. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12(1), 2–32. <https://doi.org/10.3109/15622975.2010.538083>
- INGUIDE. (2023). Program Overview. International Guideline Training and Certification Program. <https://inguide.org/program-overview/>
- Ismail, Z., Black, S. E., Camicioli, R., Chertkow, H., Herrmann, N., Laforce Jr., R., Montero-Odasso, M., Rockwood, K., Rosa-Neto, P., Seitz, D., Sivananthan, S., Smith, E. E., Soucy, J.-P., Vedel, I., Gauthier, S., & CCCDTD5 participants. (2020). Recommendations of the 5th Canadian Consensus Conference on the diagnosis and treatment of dementia. *Alzheimer's & Dementia*, 16(8), 1182–1195. <https://doi.org/10.1002/alz.12105>
- Ismail, Z., Emeremni, C. A., Houck, P. R., Mazumdar, S., Rosen, J., Rajji, T. K., Pollock, B. G., & Mulsant, B. H. (2013). A comparison of the E-BEHAVE-AD, NBR5, and NPI in quantifying clinical improvement in the treatment of agitation and psychosis associated with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), 78–87. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.10.013>
- Jao, Y. L., Algase, D. L., Specht, J. K., & Williams, K. (2015). The association between characteristics of care environments and apathy in residents with dementia in long-term care facilities. *The Gerontologist*, 55(Suppl 1), S27–S39. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu166>
- Jeon, Y. H., Govett, J., Low, L. F., Chenoweth, L., McNeill, G., Hoolahan, A., Brodaty, H., & O'Connor, D. (2013). Care planning practices for behavioural and psychological symptoms of dementia in residential aged care: A pilot of an education toolkit informed by the Aged Care Funding Instrument. *Australian Nursing Profession*, 44(2), 156–169. <https://doi.org/10.5172/conu.2013.44.2.156>
- Jeste, D. V., & Finkel, S. I. (2000). Psychosis of Alzheimer's disease and related dementias: diagnostic criteria for a distinct syndrome. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(1), 29–34. <https://doi.org/10.1097/00019442-200002000-00004>
- Jin, B., & Liu, H. (2019). Comparative efficacy and safety of therapy for the behavioral and psychological symptoms of dementia: a systemic review and Bayesian network meta-analysis. *Journal of neurology*, 266, 2363–2375. <https://doi.org/10.1007/s00415-019-09200-8>
- Johnson, C., Knight, C., & Alderman, N. (2006). Challenges associated with the definition and assessment of inappropriate sexual behaviour amongst individuals with an acquired neurological impairment. *Brain Injury*, 20(7), 687–693. <https://doi.org/10.1080/02699050600744137>
- Jones, A., Goodarzi, Z., Lee, J., Norman, R., Wong, E., Dasgupta, M., Liu, B., & Watt, J. (2022). Chemical and physical restraint use during acute care hospitalization of older adults: A retrospective cohort study and time series analysis. *PloS one*, 17(10), e0276504. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276504>
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. Detroit Expert Panel on Assessment and Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia Collaborators. (2014). *J Am Geriatr Society*. 62(4):762-769. <https://doi:10.1111/jgs.12730>
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ (Online)*, 350(mar02), h369. <https://doi.org/10.1136/bmj.h369>
- Karlawish, J., Cary, M., Moelter, S. T., Siderowf, A., Sullo, E., Xie, S., & Weintraub, D. (2013). Cognitive impairment and PD patients' capacity to consent to research. *Neurology*, 81(9), 801–807. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3182a05ba5>
- Kazui, H., Yoshiyama, K., Kanemoto, H., Suzuki, Y., Sato, S., Hashimoto, M., Ikeda, M., Tanaka, H., Hatada, Y., Matsushita, M., Nishio, Y., Mori, E., Tanimukai, S., Komori, K., Yoshida, T., Shimizu, H., Matsumoto, T., Mori, T., Kashibayashi, T., Yokoyama, K., Shimomura, T., Kabeshita, Y., Adachi, H., & Tanaka, T. (2016). Differences of behavioral and psychological symptoms of dementia in disease severity in four major dementias. *PLoS One*, 11(8), e0161092–e0161092. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161092>
- Kim, B., Noh, G. O., & Kim, K. (2021). Behavioural and psychological symptoms of dementia in patients with Alzheimer's disease and family caregiver burden: a path analysis. *BMC Geriatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02109-w>
- Kim, E. S., Kawachi, I., Chen, Y., & Kubzansky, L. D. (2017). Association between purpose in life and objective measures of physical function in older adults. *JAMA Psychiatry*, 74(10), 1039–1045. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2145>
- Kim, H., Chang, M., Rose, K., Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 846–855. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x>
- Kim, S. K., & Park, M. (2017). Effectiveness of person-centered care on people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 381–397. <https://doi.org/10.2147/CIA.S117637>
- Kim, S. Y., Karlawish, J. H., Kim, H. M., Wall, I. F., Bozoki, A. C., & Appelbaum, P. S. (2011). Preservation of the capacity to appoint a proxy decision maker: implications for dementia research. *Archives of General Psychiatry*, 68(2), 214–219. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.191>
- Kiosses, D. N., Rosenberg, P. B., McGovern, A., Fonzetti, P., Zaydens, H., & Alexopoulos, G. S. (2015). Depression and Suicidal Ideation During Two Psychosocial Treatments in Older Adults with Major Depression and Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 48(2), 453–462. <https://doi.org/10.3233/jad-150200>
- Kirkham, J., Sherman, C., Velkers, C., Maxwell, C., Gill, S., Rochon, P., & Seitz, D. (2017). Antipsychotic use in dementia: is there a problem and are there solutions? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(3), 170–181.
- Klindrat, A., & Frank, C. (2023). Pharmacological management of inappropriate sexual behaviours in patients with dementia residing in long-term care: Review of the evidence. *CGS Journal of CME*, 12(2).
- Knapp, M., Bauer, A., Wittenberg, R., Comas-Herrera, A., Cyhlarova, E., Hu, B., Jagger, C., Kingston, A., Patel, A., Spector, A., Wessel, A., & Wong, G. (2022). What are the current and projected future cost and health-related quality of life implications of scaling up cognitive stimulation therapy? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37(1). <https://doi.org/10.1002/gps.5633>

- Knight, C., Alderman, N., Johnson, C., Green, S., Birkett-Swan, L., & Yorstan, G. (2008). The St. Andrew's Sexual Behaviour Assessment (SASBA): development of a standardised recording instrument for the measurement and assessment of challenging sexual behaviour in people with progressive and acquired neurological impairment. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18(2), 129-159. <https://doi.org/10.1080/09602010701822381>
- Kogan, A. C., Wilber, K., Mosqueda, L. (2016). Person-centered care for older adults with chronic conditions and functional impairment: A systematic literature review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), e1-e7. <https://doi.org/10.1111/JGS.13873>
- Kolanowski, A., Boltz, M., Galik, E., Gitlin, L. N., Kales, H. C., Resnick, B., Van Haitsma, K. S., Knehans, A., Sutterlin, J. E., Sefcik, J. S., Liu, W., Petrovsky, D. V., Massimo, L., Gilmore-Bykovskiy, A., MacAndrew, M., Brewster, G., Nalls, V., Jao, Y-L., Duffort, N. & Scerpella, D. (2017). Determinants of behavioral and psychological symptoms of dementia: A scoping review of the evidence. *Nursing Outlook*, 65(5), 515-529. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.06.006>
- Kørner, A., Lauritzen, L., Abelskov, K., Gulmann, N., Marie Brodersen, A., Wedervang-Jensen, T., & Marie Kjeldgaard, K. (2006). The geriatric depression scale and the Cornell scale for depression in dementia. A validity study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(5), 360-364.
- Kouloutbani, K., Venetsanou, F., Karteroliotis, K. E., & Politis, A. (2023). Physical Exercise as a Nonpharmacological Intervention for the Treatment of Neuropsychiatric Symptoms in Persons With Dementia: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 37(1), 73-81. <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000544>
- Kwon, C.Y., & Lee, B. (2021). Prevalence of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Community-Dwelling Dementia Patients: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-20. 741059-741059. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.741059>
- Kwon, O. D., Kim, T. W., Park, M. Y., Yi, S. D., Yi, H.-A., Lee, H. W., et al. (2013). Factors affecting caregiver burden in family caregivers of patients with dementia. *Dementia and Neurocognitive Disorders*, 12(4), 107-113. <https://doi.org/10.12779/dnd.2013.12.4.107>
- Lai, J. M., & Karlawish, J. (2007). Assessing the capacity to make everyday decisions: a guide for clinicians and an agenda for future research. *The American journal of geriatric psychiatry*, 15(2), 101-111. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000239246.10056.2e>
- Lam, C. K., Joy Lim, P. I. P., Low, B. L., Ng, L. L., Chiam, P. C., & Sahadevan, S. (2004). Depression in dementia: a comparative and validation study of four brief scales in the elderly Chinese. *International journal of geriatric psychiatry*, 19(5), 422-428.
- Lane, N. E., Seitz, D., Hatch, S., & Watt, J. A. (In Preparation). Pharmacologic and nonpharmacologic interventions for reducing sexual expressions of potential risk: A systematic review.
- Laver, K., Cumming, R. G., Dyer, S. M., Agar, M. R., Anstey, K. J., Beattie, E., Brodaty, H., Broe, T., Clemson, L., Crotty, M., Dietz, M., Draper, B. M., Flicker, L., Friel, M., Heuzenroeder, L. M., Koch, S., Kurrle, S., Nay, R., Pond, C. D., Yates, M. W. (2016). Clinical practice guidelines for dementia in Australia. *Medical Journal of Australia*, 204(5), 191-193. <https://doi.org/10.5694/mja15.01339>
- Lebert, F., Stekke, W., Hasenbroekx, C., & Pasquier, F. (2004). Frontotemporal dementia: a randomised, controlled trial with trazodone. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 17(4), 355-359.
- Lee, D., Slomkowski, M., Hefting, N., Chen, D., Larsen, K. G., Kohegyi, E., Hobart, M., Cummings, J. L., & Grossberg, G. T. (2023). Brexpiprazole for the Treatment of Agitation in Alzheimer Dementia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA neurology*, 80(12), 1307-1316.
- Lee, J., Lee, K. J., & Kim, H. (2017). Gender differences in behavioral and psychological symptoms of patients with Alzheimer's disease. *Asian journal of psychiatry*, 26, 124-128.
- Lee, L., Molnar, F., Hillier, L. M., Patel, T., & Slonim, K. (2022). Multispecialty Interprofessional Team Memory Clinics: Enhancing Collaborative Practice and Health Care Providers' Experience of Dementia Care. *Canadian Journal on Aging*, 41(1), 96-109.
- Lee, L., Weston, W. W., & Hillier, L. M. (2018). Education to improve dementia care: Impact of a structured clinical reasoning approach. *Family Medicine*, 50(3), 195-203. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2018.221401>
- Leng, M., Liu, P., Zhang, P., Hu, M., Zhou, H., Li, G., Yin, H., & Chen, L. (2019). Pet robot intervention for people with dementia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry research*, 271, 516-525. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.032>
- Leonpacher, A. K., Peters, M. E., Drye, L. T., Makino, K. M., Newell, J. A., Devanand, D., Frangakis, C., Munro, C. A., Mintzer, J. E., & Pollock, B. G. (2016). Effects of citalopram on neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's dementia: evidence from the CitAD study. *American Journal of Psychiatry*, 173(5), 473-480.
- Li, Z., Jeon, Y.-H., Low, L.-F., Chenoweth, L., O'Connor, D. W., Beattie, E., & Brodaty, H. (2015). Validity of the geriatric depression scale and the collateral source version of the geriatric depression scale in nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 27(9), 1495-1504.
- Liang, C.-S., Li, D.-J., Yang, F.-C., Tseng, P.-T., Carvalho, A. F., Stubbs, B., Thompson, T., Mueller, C., Shin, J. I., Radua, J., Stewart, R., Rajji, T. K., Tu, Y.-K., Chen, T.-Y., Yeh, T.-C., Tsai, C.-K., Yu, C.-L., Pan, C.-C., & Chu, C.-S. (2021). Mortality rates in Alzheimer's disease and non-Alzheimer's dementias: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Healthy Longevity*, 2(8), e479-e488. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00140-9](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00140-9)
- Lignes directrices nationales sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la dépression chez les personnes âgées. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2006) https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2021/06/CCSMH_Depression_Guidelines_FR_FINAL.pdf

- Lignes directrices nationales sur l'évaluation et le traitement du délirium. (2014). Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. <https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/2014-ccsmh-Guideline-Update-Delirium.pdf>
- Lindeza, P., Rodrigues, M., Costa, J., Guerreiro, M., & Rosa, M. M. (2020). Impact of dementia on informal care: a systematic review of family caregivers' perceptions. *BMJ Supportive & Palliative Care*. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002242>
- Liu, J., & Wang, L. (2020). Efficacy and safety of valproic acid in dementia: A systematic review with meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89, 104091–104091. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104091>
- Lopez, O. L., Jagust, W. J., DeKosky, S. T., Becker, J. T., Fitzpatrick, A., Dulberg, C., Breitner, J., Lyketsos, C., Jones, B., Kawas, C., Carlson, M., & Kuller, L. H. (2003). Prevalence and Classification of Mild Cognitive Impairment in the Cardiovascular Health Study Cognition Study: Part 1. *Archives of Neurology*, 60(10), 1385-1389.
- Lövheim, H., Sandman, P. O., Karlsson, S., & Gustafson, Y. (2009). Sex differences in the prevalence of behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 21(3), 469-475. <https://doi.org/10.1017/S1041610209008497>
- Loy, C., & Schneider, L. (2006). Galantamine for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD001747.
- Lu, D. F., Hart, L. K., Lutgendorf, S. K., Oh, H., & Schilling, M. (2013). Slowing progression of early stages of AD with alternative therapies: A feasibility study. *Geriatric Nursing*, 34(6), 457-464. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.07.003>
- Lyketsos, C., Lopez, O., Jones, B., Fitzpatrick, A. L., Breitner, J., & DeKosky, S. (2002). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: Results from the cardiovascular health study. *JAMA*, 288(12), 1475-1483.
- Lyketsos, C. G., DelCampo, L., Steinberg, M., Miles, Q., Steele, C. D., Munro, C., Baker, A. S., Sheppard, J. M., Frangakis, C., Brandt, J., & Rabins, P. V. (2003). Treating depression in Alzheimer disease: efficacy and safety of sertraline therapy, and the benefits of depression reduction: the DIADS. *Arch Gen Psychiatry*, 60(7), 737-746. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.7.737>
- Magai, C., Kennedy, G., Cohen, C. I., & Gombert, D. (2000). A controlled clinical trial of sertraline in the treatment of depression in nursing home patients with late-stage Alzheimer's disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(1), 66-74. <https://doi.org/10.1097/00019442-200002000-00009>
- Margenfeld, F., Klocke, C., & Joos, S. (2019). Manual massage for persons living with dementia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 96, 132–142. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.012>
- Marson, D. C., Schmitt, F. A., Ingram, K. K., & Harrell, L. E. (1994). Determining the competency of Alzheimer patients to consent to treatment and research. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 8, 5-18.
- Maust, D.T., Strominger, J., Langa, K.M., Bynum, J.P.W., Chang, C-H., Kales, H.C., Zivin, K., Solway, E., Marcus, S.C. (2021). Prevalence of central nervous system-active polypharmacy among older adults with dementia in the US. *JAMA*. 325(10):952-961. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.1195>
- McShane, R., Westby, M. J., Roberts, E., Minakaran, N., Schneider, L., Farrimond, L. E., Maayan, N., Ware, J., & Debarros, J. (2019). Memantine for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019 (3), 1-291. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003154.pub6>
- Meehan, K. M., Wang, H., David, S. R., Nisivocchia, J. R., Jones, B., Beasley Jr, C. M., Feldman, P. D., Mintzer, J. E., Beckett, L. M., & Breier, A. (2002). Comparison of rapidly acting intramuscular olanzapine, lorazepam, and placebo: a double-blind, randomized study in acutely agitated patients with dementia. *Neuropsychopharmacology*, 26(4), 494-504.
- Mintzer, J. E., Hoernig, K. S., & Mirski, D. F. (1998). Treatment of agitation in patients with dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*, 14(1), 147-176.
- Montgomery, W., Ueda, K., Jorgensen, M., Stathis, S., Cheng, Y., & Nakamura, T. (2018). Epidemiology, associated burden, and current clinical practice for the diagnosis and management of Alzheimer's disease in Japan. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, 10, 13–28. <https://doi.org/10.2147/CEOR.S146788>
- Moola, S., Munn, Z., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Lisy, K., Tufanaru, C., Qureshi, R., Mattis, P., & Mu, P. (2015). Conducting systematic reviews of association (etiology): The Joanna Briggs Institute's approach. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 163–169. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000064>
- Morais, J. A. (2021). Chapter 20: Sex, gender and cultural factors. Alzheimer's Disease International, World Alzheimer Report 2021. Journey through the diagnosis of dementia. (pp. 231-237). <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2021/>
- Mühlbauer, V., Moehler, R., Dichter, M. N., Zuidema, S. U., Koepke, S., & Luijendijk, H. J. (2021). Antipsychotics for agitation and psychosis in people with Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021 (12), 1-182. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013304.pub2>
- Mukherjee, A., Biswas, A., Roy, A., Biswas, S., Gangopadhyay, G., & Das, S. K. (2017). Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia: Correlates and Impact on Caregiver Distress. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 7(3), 354–365. <https://doi.org/10.1159/000481568>
- Murman, D. L., Chen, Q., Powell, M. C., Kuo, S. B., Bradley, C. J., & Colenda, C. C. (2002). The incremental direct costs associated with behavioral symptoms in AD. *Neurology*, 59(11), 1721–1729. <https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000036904.73393.E4>
- Naarding, P., Leentjens, A. F., van Kooten, F., & Verhey, F. R. (2002). Disease-specific properties of the Hamilton Rating Scale for depression in patients with stroke, Alzheimer's dementia, and Parkinson's disease. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 14(3), 329-334.

- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Our principles: The principles that guide the development of NICE guidance and standards*. <https://www.nice.org.uk/about/who-we-are/our-principles>
- Ng, B. J., Le Couteur, D. G., & Hilmer, S. N. (2018). Deprescribing benzodiazepines in older patients: impact of interventions targeting physicians, pharmacists, and patients. *Drugs & Aging*, 35, 493-521.
- Noyes, A. L. (2022). Navigating the Hierarchy: Communicating Power Relationships in Collaborative Health Care Groups. *Management Communication Quarterly*, 36(1), 62-91. <https://doi.org/10.1177/08933189211025737>
- Olin, J. T., Katz, I. R., Meyers, B. S., Schneider, L. S., & Lebowitz, B. D. (2002). Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease: rationale and background. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(2), 129-141.
- Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M. J., Patil, G., & Ihlebaek, C. (2016). Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a cluster randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*, 31(12), 1312-1321. <https://doi.org/10.1002/gps.4436>
- Organisation mondiale de la Santé. (2023). Fiche d'information sur la démence. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Otsuka Canada (2024). Santé Canada approuve REXULTI(MD) (brexpiprazole), un médicament d'Otsuka et de Lundbeck, pour le traitement symptomatique de l'agitation associée à la démence d'Alzheimer. <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/sante-canada-approuve-rexulti-md-brexpiprazole-un-medicament-d-otsuka-et-de-lundbeck-pour-le-traitement-symptomatique-de-l-agitation-associee-a-la-demence-d-alzheimer-848648828.html> (consultée le 14 février 2024).
- Pedersen, S.K.A., Andersen, P.N., Lugo, R.G., Andreassen, M. & Sütterlin, S. (2017). Effects of Music on Agitation in Dementia: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 8(742), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00742>
- Peters, E. M., Schartz, S., Han, D., Rabins, P., Steinberg, M., Tschanz, J. T., & Lyketsos, C. G. (2015). Neuropsychiatric Symptoms as Predictors of Progression to Severe Alzheimer's Dementia and Death: The Cache County Dementia Progression Study. *American Journal of Psychiatry*, 172(5), 460-465. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14040480>
- Peters, S., Sukumar, K., Blanchard, S. et al. (2022). Trends in guideline implementation: an updated scoping review. *Implementation Science*, 17(50), 1106-1112.
- Petracca, G., Tesón, A., Chemerinski, E., Leiguarda, R., & Starkstein, S. E. (1996). A double-blind placebo-controlled study of clomipramine in depressed patients with Alzheimer's disease. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 8(3), 270-275. <https://doi.org/10.1176/jnp.8.3.270>
- PIECES Canada (2020). The PIECES Approach. www.piecescanada.com (consultée le 15 février 2024).
- Planification préalable des soins Canada. (2024). Mon plan. <https://www.planificationprealable.ca/faire-un-plan/> (consultée le 5 mars 2024).
- Pollock, B. G., Mulsant, B. H., Rosen, J., Mazumdar, S., Blakesley, R. E., Houck, P. R., & Huber, K. A. (2007). A double-blind comparison of citalopram and risperidone for the treatment of behavioral and psychotic symptoms associated with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(11), 942-952.
- Pollock, B.G., Mulsant, B.H., Rosen, J., Sweet, R.A., Mazumdar, S., Bharucha, A., Marin, R., Jacob, N.J., Huber, K.A., Kastango, K.B., & Chew, M.L. (2002). Comparison of citalopram, perphenazine, and placebo for the acute treatment of psychosis and behavioral disturbances in hospitalized, demented patients. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 460-465. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.460>
- Poon, E. (2022). A Systematic Review and Meta-Analysis of Dyadic Psychological Interventions for BPSD, Quality of Life and/or Caregiver Burden in Dementia or MCI. *Clinical Gerontologist*, 45(4), 777-797. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1694117>
- Porsteinsson, A. P., Drye, L. T., Pollock, B. G., Devanand, D., Frangakis, C., Ismail, Z., Marano, C., Meinert, C. L., Mintzer, J. E., & Munro, C. A. (2014). Effect of citalopram on agitation in Alzheimer disease: the CitAD randomized clinical trial. *Jama*, 311(7), 682-691.
- Pottie, K., Thompson, W., Davies, S., Grenier, J., Sadowski, C.A., Welch, V., Holbrook, A., Boyd, C., Swenson, R., Ma, A., & Farrell, B. (2018). Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: Evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Family Physician*, 64(5), 339-351.
- Poznyak, V., Fleischmann, A., Rekke, D., Rylett, M., Rehm, J., & Gmel, G. (2013). The World Health Organization's global monitoring system on alcohol and health. *Alcohol Research*, 35(2), 244-249.
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G. C., Wu, Y. T., & Prina, M. (2015). *World Alzheimer report 2015. The global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends (Thèse de doctorat)*, *Alzheimer's disease international*. <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
- Programme gériatrique régional de l'Ontario. (2017). *Person centred language for responsive behaviours*. <https://www.rgptoronto.ca/wp-content/uploads/2021/01/Person-Centred-Language-FINAL-march-2017.pdf>
- Prusaczyk, B., Cherney, S. M., Carpenter, C. R., & DuBois, J. M. (2017). Informed Consent to Research with Cognitively Impaired Adults: Transdisciplinary Challenges and Opportunities. *Clinical Gerontologist*, 40(1), 63-73. <https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1201714>
- Pu, L., & Moyle, W. (2022). Restraint use in residents with dementia living in residential aged care facilities: A scoping review. *Journal of clinical nursing*, 31(13-14), 2008-2023.

- Qaseem, A., Forland, F., Macbeth, F., Ollenschläger, G., Phillips, S., van der Wees, P., & Board of Trustees of the Guidelines International Network. (2012). Guidelines International Network: toward international standards for clinical practice guidelines. *Annals of Internal Medicine*, 156(7), 525-531.
- Qualité des services de santé Ontario. (2022). Percentage of long-term care home residents in daily physical restraints over the last 7 days. <https://indicatorlibrary.hqontario.ca/Indicator/Summary/Recours-%c3%a0-des-moyens-de-contention-chez-les-pensionnaires/FR>
- Rapoport, M. J., van Reekum, R., Freedman, M., Streiner, D., Simard, M., Clarke, D., Cohen, T., & Conn, D. (2001). Relationship of psychosis to aggression, apathy and function in dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 16(2), 123-130.
- Rattinger, G. B., Sanders, C. L., Vernon, E., Schwartz, S., Behrens, S., Lyketsos, C. G., & Tschanz, J. T. (2019). Neuropsychiatric symptoms in patients with dementia and the longitudinal costs of informal care in the Cache County population. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 5(1), 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.trci.2019.01.002>
- Reist, C., Streja, E., Tang, C. C., Shapiro, B., Mintz, J., & Hollifield, M. (2021). Prazosin for treatment of post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *CNS spectrums*, 26(4), 338-344.
- Reus, V. I., Fochtmann, L. J., Eyler, A. E., Hilty, D. M., Horvitz-Lennon, M., Jibson, M. D., Lopez, O. L., Mahoney, J., Pasic, J., Tan, Z. S., Wills, C. D., Rhoads, R., & Yager, J. (2016). The American Psychiatric Association practice guideline on the use of antipsychotics to treat agitation or psychosis in patients with dementia. *American Journal of Psychiatry*, 173(5), 543-546. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.173501>
- Rosen, J., Bobys, P., Mazumdar, S., Mulsant, B., Sweet, R., Yu, K., Kollar, M., & Pollock, B. (1999). OBRA regulations and neuroleptic use: Defining agitation using the Pittsburgh Agitation Scale and the Neurobehavioral Rating Scale. *Nursing Home Medicine*, 7, 429-436.
- Rosenberg, P. B., Drye, L. T., Martin, B. K., Frangakis, C., Mintzer, J. E., Weintraub, D., Porsteinsson, A. P., Schneider, L. S., Rabins, P. V., Munro, C. A., Meinert, C. L., & Lyketsos, C. G. (2010). Sertraline for the treatment of depression in Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*, 18(2), 136-145. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181c796eb>
- Ruthirakuhan, M., Lanctôt, K. L., Vieira, D., & Herrmann, N. (2019). Natural and synthetic cannabinoids for agitation and aggression in Alzheimer's disease: a meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 80(2), 2246.
- Ruths, S., Straand, J., Nygaard, H. A., & Aarsland, D. (2008). Stopping antipsychotic drug therapy in demented nursing home patients: a randomized, placebo-controlled study—The Bergen District Nursing Home Study (BEDNURS). *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 23(9), 889-895.
- Sano, M., Cummings, J., Auer, S., Bergh, S., Fischer, C. E., Gerritsen, D., Grossberg, G., Ismail, Z., Lanctôt, K., & Lapid, M. I. (2023). Agitation in cognitive disorders: Progress in the International Psychogeriatric Association consensus clinical and research definition. *International Psychogeriatrics*, 1-13.
- Santé Canada : Renseignements importants en matière d'innocuité approuvés par Santé Canada concernant Celexa (citalopram) : L'association de Celexa (bromhydrate de citalopram) à l'allongement dose-dépendant de l'intervalle QT (2012). <https://recalls-rappels.canada.ca/fr/avis-rappel/celexa-citalopram-association-anomalies-du-rythme-cardiaque-pour-professionnels-sante>
- Savaskan, E., Bopp-Kistler, I., Buerge, M., Fischlin, R., Georgescu, D., Giardini, U., Hatzinger, M., Hemmeter, U., Justiniano, I., Kressig, R. W., Monsch, A., Mosimann, U. P., Mueri, R., Munk, A., Popp, J., Schmid, R., & Wollmer, M. A. (2014). Recommendations for diagnosis and therapy of behavioral and psychological symptoms in dementia (BPSD). *Praxis*, 103(3), 135–148. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001547>
- Schneider, L. S., Dagerman, K., & Insel, P. S. (2006). Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(3), 191-210.
- Schneider, L. S., Dagerman, K. S., & Insel, P. (2005). Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Jama*, 294(15), 1934-1943.
- Schneider, L. S., Frangakis, C., Drye, L. T., Devanand, D., Marano, C. M., Mintzer, J., Mulsant, B. H., Munro, C. A., Newell, J. A., & Pawluczyk, S. (2016). Heterogeneity of treatment response to citalopram for patients with Alzheimer's disease with aggression or agitation: the CiTAD randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 173(5), 465-472.
- Schünemann, H., Brozek, J., Guyatt, G. & Oxman, A. (2013). *GRADE handbook. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach.* <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>
- Schunemann, H. J., Hill, S. R., Kakad, M., Vist, G. E., Bellamy, R., Stockman, L., Wisloff, T. F., Del Mar, C., Hayden, F., Uyek, T. M., Farrar, J., Yazdanpanah, Y., Zucker, H., Beigel, J., Chotpitayasunondh, T., Hien, T. T., Ozbay, B., Sugaya, N., & Oxman, A. D. (2007). Transparent Development of the WHO Rapid Advice Guidelines. *PLoS Medicine*, 4(5), 786-e119. <https://doi.org/10.1371/Journal.pmed.0040119>
- Schünemann, H.J., Wiercioch, W., Etzeandia, I., Falavigna, M., Santesso, N., Mustafa, R., Ventresca, M., Brignardello-Petersen, R., Laisaar, K-T., Kowalski, S., Baldeh, T., Zhang, Y., Raid, U., Neumann, I., Norris, S.L., Thornton, J., Harbour, R., Treweek, S., Guyatt, G., Alonso-Coello, P., Reinap, M., Brožek, J., Oxman, A., & Akl, E.A. (2014). Guidelines 2.0: systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise. *CMAJ*, 186(3), E123-E142. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131237>
- Schwertner, E., Pereira, J. B., Xu, H., Secnik, J., Winblad, B., Eriksdotter, M., Nägga, K., & Religa, D. (2022). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Different Dementia Disorders: A Large-Scale Study of 10,000 Individuals. *Journal of Alzheimer's Disease*, 87(3), 1307–1318. <https://doi.org/10.3233/JAD-215198>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2019). *Sign 157 Risk reduction and management of delirium: A national management strategy.* <https://www.sign.ac.uk/media/1423/sign157.pdf> (consultée le 5 mars 2024).

- Seitz, D. P., Adunuri, N., Gill, S. S., Gruneir, A., Herrmann, N., & Rochon, P. (2011). Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(2), 1-42. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008191.pub2>
- Selbæk, G., Engedal, K., & Bergh, S. (2013). The Prevalence and Course of Neuropsychiatric Symptoms in Nursing Home Patients With Dementia: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(3), 161-169. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.09.027>
- Shankar, K., Walker, M., Frost, D., & Orrell, M. (1999). The development of a valid and reliable scale for rating anxiety in dementia (RAID). *Aging & mental health*, 3(1), 39-49.
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ (Online)*, 358, j4008-j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- Siafarikas, N., Selbaek, G., Fladby, T., Saltyte Benth, J., Auning, E., & Aarsland, D. (2018). Frequency and subgroups of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment and different stages of dementia in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 30(1), 103-113. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001879>
- Singh, A., Gupta, I., Wright, S. M., & Harris, C. M. (2023). Outcomes among hospitalized patients with dementia and behavioral disturbances when physical restraints are introduced. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(9), 2886-2892. <https://doi.org/10.1111/jgs.18422>
- Société Alzheimer de l'Ontario. C-SIRSE®. (2024) <https://alzheimer.ca/on/fr/les-aides-et-le-soutien/nos-programmes-et-services/C-SIRSE> (consultée le 14 février 2024).
- Société Alzheimer du Canada. Les multiples facettes des troubles neurocognitifs au Canada. (2024b). <https://alzheimer.ca/fr/multiples-facettes-troubles-neurocognitifs-canada-etude-phare-rapport-2> (consultée le 14 février 2024).
- Société Alzheimer du Canada (2017). *Lignes directrices sur le langage centré sur la personne*. <https://alzheimer.ca/fr/agissez/devenez-allie-des-personnes-atteintes-dun-trouble-neurocognitif/utiliser-un-langage-centre>
- Société Alzheimer du Canada (2024a). Planifier l'avenir. <https://alzheimer.ca/fr/les-aides-et-le-soutien/je-suis-atteint-dun-trouble-neurocognitif/planifier-lavenir> (consultée le 5 mars 2024).
- Sommer, O. H., Aga, O., Cvanarova, M., Olsen, I. C., Selbaek, G., & Engedal, K. (2009). Effect of oxcarbazepine in the treatment of agitation and aggression in severe dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 27(2), 155-163.
- Song, J., Park, J.W., Kim, H.J. (2013). Impact of behavioral and psychological symptoms of dementia on caregiver burden in nursing homes. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 15(1), 62-74.
- Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (BSO) - Système d'observation de la démence (DOS). Manuel de ressources des soins éclairés, centrés sur la personne et la famille, grâce à la consignation d'observations directes, objectives et mesurables. Behavioural Supports Ontario Provincial Coordinating Office, North Bay Regional Health Centre, Ontario, Canada. (2019a). https://brainxchange.ca/Public/Special-Pages/BSO/Files/DOS/2021-04-19-BSO-DOS-French-Formatted-Version_FINAL.aspx
- Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario. (2021). Person Centred Language Initiative. <https://brainxchange.ca/BSOPCL> (consultée le 4 mars 2024).
- Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario : Sexual Expression and Dementia. (2019b). <https://brainxchange.ca/Public/Special-Pages/BSO/Clinical-Tools-and-Resources/Sexual-Expression/Sexual-Expressions-and-Intimacy>
- Spector, A., Charlesworth, G., King, M., Lattimer, M., Sadek, S., Marston, L., Rehill, A., Hoe, J., Qazi, A., & Knapp, M. (2015). Cognitive-behavioural therapy for anxiety in dementia: pilot randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 206(6), 509-516.
- Spring, L., Funk, L., Kuryk, K., Warner, G., Macdonald, M., Burke, R., & Keefe, J. M. (2024). Person-Centered Home Care: Exploring Worker-Client Relationships Using an Intersectional and Critical Disability Framework. *Journal of applied gerontology: the official journal of the Southern Gerontological Society*, 43(1), 101-109. <https://doi.org/10.1177/07334648231201837>
- Stanley, M. A., Calleo, J., Bush, A. L., Wilson, N., Snow, A. L., Kraus-Schuman, C., Paukert, A. L., Petersen, N. J., Brenes, G. A., & Schulz, P. E. (2013). The Peaceful Mind program: A pilot test of a cognitive-behavioral therapy-based intervention for anxious patients with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(7), 696-708.
- Stone, J. R. (2008). Healthcare Inequality, Cross-Cultural Training, and Bioethics: Principles and Applications. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 17(2), 216-226.
- Tan, C. C., Yu, J. T., Wang, H. F., Tan, M. S., Meng, X. F., Wang, C., Jiang, T., Zhu, X. C., & Tan, L. (2014). Efficacy and safety of donepezil, galantamine, rivastigmine, and memantine for the treatment of Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 41(2), 615-631.
- Tang-Wai, D., Smith, E.E., Bruneau, M-A., Burhan, A., Chatterjee, A., Chertkow, H., Choudury, S., Dorri, E., Ducharme, S., Fischer, C.E., Ghodasara, S., Herrmann, N., Hsiung, G-Y. R., Kumar, S., Laforce, R., Lee, L., Massoud, F., Shulman, K., Stiffel, M., Gauthier, S. Ismail, Z. (2020). CCCDTD5 recommendations on early and timely assessment of neurocognitive disorders using cognitive, behavioral, and functional scales. *Alzheimer's Dementia*. 2020; 6(1) : E12057. <https://DOI.10.1002/trc2.12057>
- Tariot, P. N., Erb, R., Podgorski, C. A., Cox, C., Patel, S., Jakimovich, L., & Irvine, C. (1998). Efficacy and tolerability of carbamazepine for agitation and aggression in dementia. *American Journal of Psychiatry*, 155(1), 54-61.
- Tariot, P. N., Schneider, L. S., Cummings, J., Thomas, R. G., Raman, R., Jakimovich, L. J., Loy, R., Bartocci, B., Fleisher, A., & Ismail, M. S. (2011). Chronic divalproex sodium to attenuate agitation and clinical progression of Alzheimer disease.

Archives of General Psychiatry, 68(8), 853-861.

Tatsuru, K., Maki, K., Shoryoku, H., Nana, T., & Kpichi, K. (2012). Gender difference in clinical manifestations and outcome among hospitalized patients with behavioral and psychological symptoms of dementia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 1548-1554.

Tavassoli, N., Perrin, A., Berard, E., Gillette, S., Vellas, B., Rolland, Y., & REAL. FR Group. (2013). Factors associated with undertreatment of atrial fibrillation in geriatric outpatients with Alzheimer disease. *American Journal of Cardiovascular Drugs*, 13(6), 425-433. <https://doi.org/10.1007/s40256-013-0040-5>

Teng, E., Ringman, J. M., Ross, L. K., Mulnard, R. A., Dick, M. B., Bartzokis, G., Davies, H. D., Galasko, D., Hewett, L., & Mungas, D. (2008). Diagnosing depression in Alzheimer disease with the national institute of mental health provisional criteria. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(6), 469-477.

Teri, L., Logsdon, R., Peskind, E., Raskind, M., Weiner, M., Tractenberg, R., Foster, N., Schneider, L., Sano, M., & Whitehouse, P. (2000). Treatment of agitation in AD: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Neurology*, 55(9), 1271-1278.

Teri, L., Logsdon, R. G., Uomoto, J., & McCurry, S. M. (1997). Behavioral treatment of depression in dementia patients: a controlled clinical trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 52(4), P159-166. <https://doi.org/10.1093/geronb/52b.4.p159>

Tham, A., Jonsson, U., Andersson, G., Söderlund, A., Allard, P. et Bertilsson, G. (2016). Efficacy and tolerability of antidepressants in people aged 65 years or older with major depressive disorder - A systematic review and a meta-analysis. *J Affect Disord*, 205, 112. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.013>

Timmons, S., Fox, S., Drennan, J., Guerin, S., & Kernohan, W. G. (2022). Palliative care for older people with dementia—we need a paradigm shift in our approach. *Age and Ageing*, 51(3). <https://doi.org/10.1093/ageing/afac066>

Toot, S., Swinson, T., Devine, M., Challis, D., & Orrell, M. (2017). Causes of nursing home placement for older people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 29(2), 195-208. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001654>

Tsoi, K. K., Chan, J. Y., Ng, Y. M., Lee, M. M., Kwok, T. C., & Wong, S. Y. (2018). Receptive music therapy is more effective than interactive music therapy to relieve behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(7), 568-576.

Ueda, T., Suzukamo, Y., Sato, M., & Izumi, S.-I. (2013). Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, 12(2), 628-641.

U.S. Food & Drug Administration. (2023). *FDA Approves First Drug to Treat Agitation Symptoms Associated with Dementia due to Alzheimer's Disease*. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-drug-treat-agitation-symptoms-associated-dementia-due-alzheimers-disease>

van den Berg, J. F., Kruihof, H. C., Kok, R. M., Verwijk, E., & Spaans, H.-P. (2018). Electroconvulsive therapy for agitation

and aggression in dementia: a systematic review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(4), 419-434.

Van Leeuwen, E., Petrovic, M., van Driel, M. L., De Sutter, A. I., Vander Stichele, R., Declercq, T., & Christiaens, T. (2018). 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). 1-95. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007726.pub3>

Venturelli, M., Sollima, A., Cè, E., Limonta, E., Biscconti, A. V., Brasioli, A., Muti, E., & Esposito, F. (2016). Effectiveness of exercise- and cognitive-based treatments on salivary cortisol levels and sundowning syndrome symptoms in patients with Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 53(4), 1631-1640.

Vila-Castelar, C., Fox-Fuller, J. T., Guzmán-Vélez, E., Schoemaker, D., & Quiroz, Y. T. (2022). A cultural approach to dementia — insights from US Latino and other minoritized groups. *Nature Reviews Neurology*, 18(5), 307–314. <https://doi.org/10.1038/s41582-022-00630-z>

Vilalta-Franch, J., Lozano-Gallego, M., Hernández-Ferrándiz, M., Llinas-Regla, J., López-Pousa, S., & López, O. (1999). The Neuropsychiatric Inventory. Psychometric properties of its adaptation into Spanish. *Revista de neurologia*, 29(1), 15-19.

Wammes, J.D., Labrie, N.H., Agogo, G.O., Monin, J.K., de Bekker-Grob, E.W. & MacNeil Vroomen, J.L. (2021). Persons with dementia and informal caregivers prioritizing care: A mixed-methods study. *Alzheimer's Dement*. 7(1): e12193. <https://doi.10.1002/trc2.12193>

Wan, Z., Dong, W., Sun, D., Ma, D., Zhao, Y., Li, H., & Sun, J. (2021). Modifiable factors associated with behavioural and psychological symptoms of dementia among patients residing at home: the impacts of patient, caregiver and environmental variables. *Geriatric Nursing*, 42(2), 358-365. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.01.008>

Wang, L. Y., Shofer, J. B., Rohde, K., Hart, K. L., Hoff, D. J., McFall, Y. H., Raskind, M. A., & Peskind, E. R. (2009). Prazosin for the treatment of behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease with agitation and aggression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 744-751.

Watt, J. A., Gomes, T., Bronskill, S. E., Huang, A., Austin, P. C., Ho, J. M., & Straus, S. E. (2018). Comparative risk of harm associated with trazodone or atypical antipsychotic use in older adults with dementia: a retrospective cohort study. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 190(47), E1376–E1383. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180551>

Watt, J. A., Goodarzi, Z., Veroniki, A. A., Nincic, V., Khan, P. A., Ghassemi, M., Lai, Y., Treister, V., Thompson, Y., Schneider, R., Tricco, A. C., & Straus, S. E. (2021). Comparative efficacy of interventions for reducing symptoms of depression in people with dementia: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*, 372, n532. <https://doi.org/10.1136/bmj.n532>

Watt, J. A., Goodarzi, Z., Veroniki, A. A., Nincic, V., Khan, P. A., Ghassemi, M., Thompson, Y., Tricco, A. C., & Straus, S. E. (2019). Comparative efficacy of interventions for aggressive and agitated behaviors in dementia: a systematic review and network meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 171(9), 633-642.

Watt, J.A., Porter, J., Tavilsup, P., Chowdhury, M., Hatch, S., Ismail, Z., Kumar, S., Kirkham, J., Goodarzi, Z. & Seitz, D. (2024). Guideline recommendations on behavioural and psychological symptoms of dementia: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*. Mar 12, 2024 (in press).

Wehrmann, H., Micalowsky, B., Lepper, S., Mohr, W., Raedke, A. & Hoffman, W. (2021). Priorities and Preferences of People Living with Dementia or Cognitive Impairment – A Systematic Review. *Patient Prefer Adherence*. 14(15): 2793-2807.

Weintraub, D., Drye, L. T., Porsteinsson, A. P., Rosenberg, P. B., Pollock, B. G., Devanand, D. P., Frangakis, C., Ismail, Z., Marano, C., & Meinert, C. L. (2015). Time to response to citalopram treatment for agitation in Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(11), 1127-1133.

Westbury, J. L., Gee, P., Ling, T., Brown, D. T., Franks, K. H., Bindoff, I., Bindoff, A., & Peterson, G. M. (2018). RedUSe: reducing antipsychotic and benzodiazepine prescribing in residential aged care facilities. *Medical Journal of Australia*, 208(9), 398-403.

Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2013). Cornell Scale for depression in dementia: Study of residents in a northern Thai

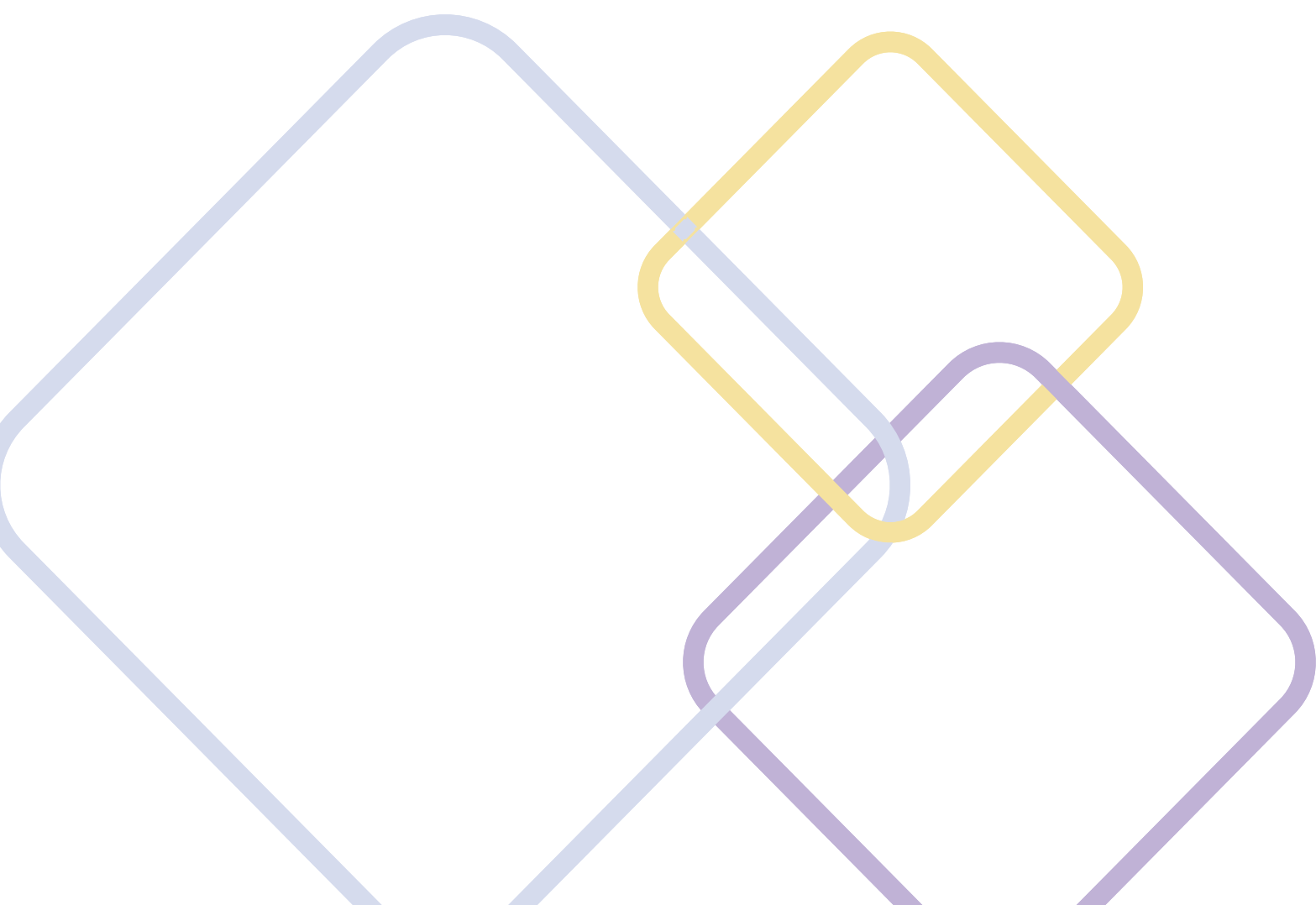
long-term care home. *Psychiatry investigation*, 10(4), 359.

Xiao, S., Wang, Y., Duan, S., & Li, B. (2021). Effects of aromatherapy on agitation and aggression in cognitive impairment: A meta-analysis. *Journal of clinical nursing*, 1-15. <https://doi.org/10.1111/jocn.15984>

Yoshida, K., Roberts, R., Suzuki, T., Lebowitz, B., Reeves, S., Howard, R., Abe, T., Mimura, M., & Uchida, H. (2017). Lack of early improvement with antipsychotics is a marker for subsequent nonresponse in behavioral and psychological symptoms of dementia: analysis of CATIE-AD data. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(7), 708-716.

Yu, C., Sommerlad, A., Sakure, L., & Livingston, G. (2022). Socially assistive robots for people with dementia: Systematic review and meta-analysis of feasibility, acceptability and the effect on cognition, neuropsychiatric symptoms and quality of life. *Ageing Res Rev*, 78(101633), 1-24. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101633>

Yunusa, I., Alsumali, A., Garba, A. E., Regestein, Q. R., & Eguale, T. (2019). Assessment of reported comparative effectiveness and safety of atypical antipsychotics in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a network meta-analysis. *JAMA network open*, 2(3), e190828-e190828.







**Coalition canadienne pour la
santé mentale des personnes
âgées (CCSMPA)**

info@ccsmh.ca

1-888-214-7080 poste 102

www.ccsmpa.ca



CCSMH
Canadian Coalition for
Seniors' Mental Health

CCSMPA

Coalition canadienne pour la
santé mentale des personnes âgées