

Soutien clinique en matière de gestion des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence dans les services de première ligne

Pratiques cliniques et organisationnelles

ÉDITION :

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

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

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte

Dépôt légal – octobre 2024

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-98956-1 (version PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2024

Travaux réalisés sous la direction scientifique de :



D^r Howard Bergman

D^r Bergman est professeur de médecine de famille, de médecine (gériatrie) et d'oncologie à l'École de santé des populations et de santé mondiale à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université McGill. Il a été jusqu'à récemment vice-doyen adjoint aux affaires internationales. Il a été le premier professeur titulaire de la chaire D^r Joseph Kaufmann en médecine gériatrique de l'Université McGill. Le D^r Bergman est un chercheur de renommée internationale en ce qui concerne le vieillissement, en particulier les services et les politiques de santé, la fragilité, les maladies chroniques et la maladie d'Alzheimer. Il a apporté d'importantes contributions en matière de politique de la santé en tant que membre de la Commission Clair, en

2000, une commission indépendante créée par le gouvernement du Québec afin de proposer des réformes au système de santé, de 2007 à 2009, à titre de président d'un groupe de travail du gouvernement du Québec chargé de présenter le plan québécois sur la maladie d'Alzheimer (connu sous le nom de rapport Bergman) et, en 2010, à titre de président de l'Initiative pour l'élaboration d'une stratégie québécoise de soins personnalisés. Le D^r Bergman a développé un programme de recherche évaluative, en collaboration avec la D^{re} Isabelle Vedel, sur la maladie d'Alzheimer et les multiples morbidités en soins de santé primaires. En 2018, il a présidé le groupe d'experts de l'Académie canadienne des sciences de la santé pour l'évaluation des données probantes et des meilleures pratiques en vue de l'élaboration de la stratégie canadienne sur les démences. Le groupe d'experts, réuni à la demande de l'Agence de la santé publique du Canada, a rendu son rapport en 2019 : « Améliorer la qualité de vie et les soins des personnes atteintes de démence et de leurs aidants. »



D^{re} Marie-Andrée Bruneau

D^{re} Bruneau a obtenu en 2001 son diplôme d'études supérieures en psychiatrie ainsi qu'un diplôme de maîtrise en Sciences biomédicales de la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Elle est certifiée gériopsychiatre par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada depuis 2013. Elle est professeure titulaire de clinique au département de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal. Ayant été directrice adjointe au département pour la division

de gériopsychiatrie de 2011 à 2021, elle a également pratiqué au CHUM comme consultante en neurologie, neurochirurgie et gériatrie, et à l'Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal, où elle a été à la tête d'un programme SCPD (Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence). À ce titre, elle a été et demeure intimement impliquée avec le MSSS et l'INESSS dans le cadre du plan Alzheimer pour plusieurs projets de révision des services, de formation clinique ainsi que de créations d'outils cliniques et guides de pratique. Elle a développé une expertise dans l'évaluation et la prise en charge des maladies psychiatriques à l'interface de la neurologie et de la gériatrie, particulièrement les symptômes neuropsychiatriques (dépression, anxiété, hallucinations, délires, changements de personnalité et de comportement) associés à la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer et autres maladies dégénératives, ainsi qu'aux maladies neurologiques (sclérose en plaques, accident cérébrovasculaire, trauma crânien). Elle s'intéresse particulièrement aux présentations psychiatriques tardives. Elle a publié de nombreux articles et donné des dizaines de conférences tant au niveau national qu'international sur le domaine.

Direction des travaux du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Geneviève Landry, sous-ministre adjointe aux aînés et aux proches aidants

Daniel Garneau, directeur général adjoint des orientations et de la planification, services aux aînés et milieu de vie

Nathalie Tremblay, direction des services aux aînés et proches aidants

Comité de rédaction

D^r Howard Bergman, Université McGill

D^{re} Marie-Andrée Bruneau, Université de Montréal

Caroline Boudreau, direction des services aux aînés et aux proches aidants, MSSS

Maude-Émilie Pépin, Université de Sherbrooke

Avec la collaboration des membres du groupe de travail

D^r Claude Patry, Clinique médicale – GMF Loretteville

Caroline Ménard, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Caroline St-Laurent, CIUSSS Estrie-CHUS

Éric Matte, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Philippe Voyer, Université Laval

Remerciements aux personnes alors membres du comité consultatif sur les TNCM lors de la rédaction de ce document

Andrée-Anne Rhéaume, direction du soutien à domicile, MSSS

Christine Fournier, Université de Montréal

D^r Claude Patry, Clinique médicale – GMF Loretteville

D^r José A. Maurais, Université McGill

D^r Olivier Beauchet, Université McGill

D^{re} Marie-Jeanne Kergoat, Université de Montréal

D^{re} Suzanne Gosselin, CIUSSS Estrie-CHUS

Éric Maubert, RUISSS de l'Université McGill

Isabelle Vedel, Université McGill

Julie Denis, RUISSS de l'Université Laval

Karine Labarre, direction des soins et services infirmiers, MSSS

Marie-Claude Sirois, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Marie-France Jobin, Ordre des ergothérapeutes du Québec

Mariève Dupont, direction de l'accès et de l'organisation intégrée des services, MSSS

Nathalie Tremblay, direction des services aux aînés et proches aidants, MSSS

Nouha Ben Gaied, Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer

Yves Couturier, Université de Sherbrooke

Table des matières

NOTES DE LECTURE.....	1
MISE EN CONTEXTE DES SCPD	2
INTRODUCTION.....	3
MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA RÉVISION DES PARAMÈTRES CLINIQUES ET ORGANISATIONNELS DES SCPD	4
1. ÉTAT DE LA SITUATION (2021-2022).....	4
1.1 Les améliorations.....	4
1.2 Les principaux constats et les difficultés qui subsistent.....	5
Figure 1 : Facteurs expliquant les difficultés.....	6
1.3 Les défis liés aux transitions dans le parcours de soins	7
Figure 2 : Transitions non optimales dans le parcours de soins.....	7
2. PRATIQUES CLINIQUES ET ORGANISATIONNELLES	7
2.1 GMF et SAD.....	7
2.1.1 Utilisation d'un processus clinique en première ligne (GMF, SAD).....	7
Processus clinique interdisciplinaire actualisé sur la gestion des SCPD en GMF.....	9
Processus clinique interdisciplinaire actualisé sur la gestion des SCPD au SAD.....	11
2.1.2 Conditions essentielles pour une prise en charge optimale des SCPD en première ligne	13
Figure 3 : Paramètres cliniques et organisationnels	13
2.1.3 Responsabilités des GMF et des directions SAPA (SAD) :.....	13
2.2 Deuxième ligne	14
2.2.1 Reconstitution ou consolidation des équipes SCPD ambulatoires.....	14
2.2.2 Des équipes SCPD soutenues par des services gériatriques spécialisés (SGS) et gériopsychiatrie.....	15
2.3 Création et consolidation d'équipes surspécialisées de gériopsychiatrie	15
2.4 Rehaussement des pratiques collaboratives interprofessionnelles et interorganisationnelles.....	15
2.5 Mise en valeur du partenariat avec l'utilisateur et ses proches et de la collaboration avec les partenaires communautaires.....	16
2.6 Conditions de succès générales	16
3. LES RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS ACTEURS	17
3.1 Établissements publics territoriaux (anciennement les CISSS et les CIUSSS)	17
3.2 MSSS	17
3.3 Santé Québec.....	18

4. CONCLUSION	18
5. LIENS UTILES	18
6. LISTE DES ABRÉVIATIONS	19
7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	19
8. ANNEXES	24
Annexe 1. Pharmacothérapie pour les SCPD en première ligne	24
Annexe 2. Rôles et responsabilités du MSSS et de Santé Québec	27
Annexe 3. Rappel - État de situation des équipes SCPD précovid au Québec.....	28

NOTES DE LECTURE

Les symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD) entraînent des **conséquences négatives importantes** sur la qualité de vie des usagers et celle de leurs proches, compromettant parfois leur maintien à domicile et précipitant le recours à un hébergement.

« **Trouble neurocognitif majeur** » est une **expression parapluie**, désormais employée pour regrouper de nombreuses maladies neurocognitives, dont la maladie d'Alzheimer. Les troubles neurocognitifs peuvent être progressifs et se situent sur un continuum allant du trouble neurocognitif léger au TNCM.

Ce document s'adresse aux équipes des groupes de médecine de famille (GMF) et aux directions SAPA offrant du soutien à domicile (SAD). Toutefois, dans le cadre de leur responsabilité populationnelle, les établissements publics territoriaux sont encouragés à partager ces bonnes pratiques auprès des autres cliniques médicales (ou services de première ligne) de leur territoire.

L'évolution des pratiques en matière de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) doit prévoir l'intégration de nouveaux professionnels comme les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et les infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL). De même, l'équipe de base en GMF (médecin, infirmière, travailleuse sociale, pharmacien) est bonifiée par l'ajout d'autres professionnels (ergothérapeute, psychologue, psychoéducateur, kinésiologue, nutritionniste) selon les besoins et les ressources en place.

L'équipe ambulatoire SCPD de base (médecin, infirmière clinicienne, professionnel psychosocial, personnel en soutien administratif, pharmacien) peut également inclure d'autres professionnels selon les besoins et les ressources en place.

Tout au long de ce document, le terme *proche* désigne toutes les personnes qui gravitent autour de l'utilisateur et qui occupent ou non une fonction de personne proche aidante. Leur accompagnement se traduit par le partage d'information quant à leur rôle et aux limites de celui-ci et par un soutien significatif adapté à l'évolution de la situation.

MISE EN CONTEXTE DES SCPD

Selon l'*International Psychogeriatric Association*, les SCPD sont définis comme des symptômes des troubles de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement fréquemment observés chez les personnes présentant une démence (trouble neurocognitif) (IPA 2003). Dans la littérature, ils sont catégorisés ou désignés par les auteurs sous plusieurs appellations telles que : symptômes neuropsychiatriques associés aux TNCM, comportements dysfonctionnels, comportements d'agitation ou perturbateurs, troubles du comportement liés à l'atteinte cérébrale, comportements réactionnels.

De façon générale, les auteurs font consensus pour décrire ces symptômes comme des manifestations observables étroitement liées aux TNCM. Ainsi, tant les critères diagnostiques du National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke - Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA), que les critères diagnostiques du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) considèrent que les SCPD sont des manifestations cliniques associées au diagnostic probable d'une maladie d'Alzheimer ou d'autres TNCM.

Durant l'évolution de la maladie, 90% des usagers développeront des SCPD. Ils sont associés à une aggravation et accélération de la détérioration cognitive et fonctionnelle, et à une augmentation de la mortalité. Ils augmentent la détresse des proches de façon significative et supérieure aux symptômes cognitifs, en plus de mener à de l'épuisement, à une détérioration de la qualité de vie ainsi qu'à un hébergement précoce.

Malheureusement, ils sont également liés à l'utilisation de contentions chimiques et physiques, malgré les risques induits par ces dernières, et ils entraînent des coûts additionnels pour le système de santé.

Chez les personnes présentant des SCPD, il arrive assez fréquemment d'observer une apparition de plusieurs symptômes de façon simultanée. De plus, des observations réalisées par des cliniciens et des chercheurs ont permis de comprendre que, suivant l'évolution des TNCM, les symptômes peuvent changer, s'aggraver, se résorber ou même disparaître selon certaines circonstances.

Ces symptômes sont perçus comme faisant état d'une problématique sous-jacente, et ils ne peuvent être exclusivement gérés par une approche pharmacologique. La plupart des guides de pratique recommandent d'ailleurs d'intervenir d'abord en adoptant des approches non pharmacologiques.

Un repérage précoce et une évaluation complète des causes potentielles sont d'une importance cruciale pour non seulement intervenir de la manière la plus appropriée et individualisée, mais aussi afin de prévenir la détérioration pronostique ainsi que la dégradation de la qualité de vie des usagers atteints et des proches.

INTRODUCTION

Le rapport Alzheimer de 2009¹ faisait état d'une accessibilité limitée à des interventions pour le traitement et la gestion des SCPD au Québec. Il décrivait des situations où les proches sont peu soutenus et s'épuisent à la tâche, faisant fréquemment face à des situations de crise qui exigeraient pourtant une réponse rapide et adaptée. Or, cette réponse, souvent peu adaptée, est très difficile à obtenir. Ce rapport révélait également que la prise en charge des SCPD fait régulièrement défaut, bien que cette problématique soit pratiquement omniprésente dans la plupart des milieux de vie. On y mentionnait l'absence ou la faiblesse de la formation sur les SCPD, ce qui conduirait à une prise en charge sous-optimale de cette problématique et à la surutilisation des antipsychotiques.

Pour pallier ces manques, on y recommandait entre autres la mise en place d'équipes ambulatoires (un médecin expert dans le diagnostic et le traitement de SCPD; une infirmière; un clinicien psychosocial; un coordonnateur) pour gérer les SCPD modérés et graves, accessibles aux GMF et à l'ensemble de la première ligne. De plus, on recommandait la mise en place d'équipes spécialisées de gérontopsychiatrie.

Grâce à l'initiative ministérielle Alzheimer déployée depuis 2011, les paramètres organisationnels des équipes SCPD ont été définis. Par ailleurs, des outils d'évaluation, des guides de pratiques cliniques et organisationnelles ainsi que des programmes de formation en présentiel et en ligne ont été développés. Une gamme de services destinés aux proches a été progressivement mise en place, notamment en collaboration avec l'Appui pour les proches aidants et les Sociétés Alzheimer. La phase 2 de cette initiative s'étant déroulée de 2016 à 2019 a vu le déploiement d'équipes SCPD ambulatoires sur l'ensemble du territoire québécois, sous la responsabilité des anciens CIUSSS/CISSSS. En 2021, une communauté de pratique SCPD s'est greffée à la communauté de pratique aînés.

Un état de situation des équipes SCPD a été effectué en 2020 en prépandémie et les observations issues de cette analyse ont été considérées dans la production du présent document.² Par ailleurs, la pandémie de COVID-19 a entraîné de nombreux changements et réaffectations dans le réseau, fragilisant les équipes SCPD. Il importe donc de restructurer et de consolider certaines structures de soins et services pour une clientèle qui a été particulièrement affectée par la pandémie.

¹ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000869/>

² Voir annexe 3

La prise en charge des SCPD doit s'effectuer au sein des équipes GMF et celles offrant des services de SAD. Des équipes ambulatoires SCPD et des services spécialisés de gériatrie et de gérontopsychiatrie offrent un soutien et un accompagnement pour les cas complexes.

MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA RÉVISION DES PARAMÈTRES CLINIQUES ET ORGANISATIONNELS DES SCPD

Ce groupe de travail avait pour mandat de

1. réviser les pratiques organisationnelles datant de 2014;
2. réviser les pratiques cliniques, dont les trajectoires;
3. proposer un processus interdisciplinaire de prise en charge et de suivi des SCPD basé sur les meilleures pratiques connues;
4. conseiller le MSSS sur toute mesure jugée nécessaire pour assurer aux usagers visés l'accessibilité des services cliniques sécuritaires et de qualité;
5. proposer des actions pour mettre en œuvre ces recommandations.

1. ÉTAT DE LA SITUATION (2021-2022)

1.1 Les améliorations

De manière générale, nous constatons une amélioration de l'accessibilité aux services de première ligne pour les GMF et les équipes ambulatoires des SCPD, de même que pour les équipes spécialisées de gériatrie et de gérontopsychiatrie.

Depuis la parution du rapport Bergman en 2009, nous constatons que les travaux ministériels et leur implantation ont positionné les TNCM et les SCPD comme étant des enjeux importants. Facteurs expliquant les améliorations :

- Meilleure communication entre GMF/SAD/équipes SCPD/Gérontopsychiatrie/partenaires communautaires
- Implantation des services pour les personnes présentant des SCPD : mise sur pied des équipes SCPD, formations et outils
- Implantation en GMF/SAD : processus interdisciplinaires et formations

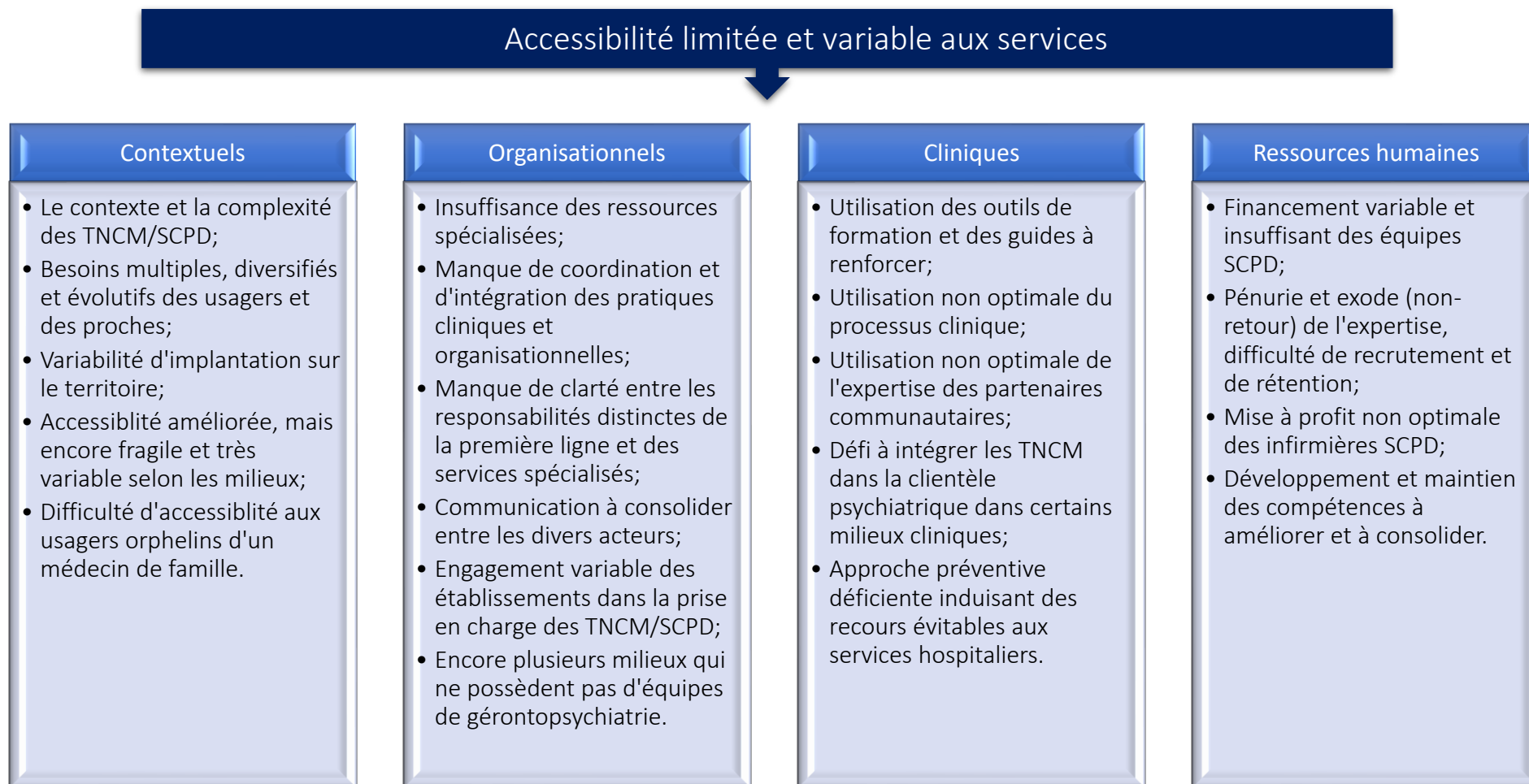
1.2 Les principaux constats et les difficultés qui subsistent

Toutefois, quelques difficultés subsistent. On constate une amélioration très variable et fragile de l'offre de services, des délais de prise en charge fluctuants et une accessibilité encore limitée aux services psychosociaux et aux services de gérontopsychiatrie de deuxième et de troisième ligne.

L'accès aux services en gérontopsychiatrie est limité par différents éléments dont : le faible effectif de gérontopsychiatres sur le territoire, l'absence de postes d'effectifs médicaux (PEM), le défi de certains milieux de santé mentale à reconnaître les TNCM comme une clientèle spécifique, l'absence de critères de référencement spécifiques.

Les figures suivantes illustrent les principaux éléments de ces constats.

Figure 1 : Facteurs expliquant les difficultés



1.3 Les défis liés aux transitions dans le parcours de soins

Depuis la mise en place des travaux ministériels sur les TNCM, différents obstacles ont été dégagés par les professionnels et les usagers, dont la fragmentation de la continuité informationnelle et relationnelle lors des transitions.

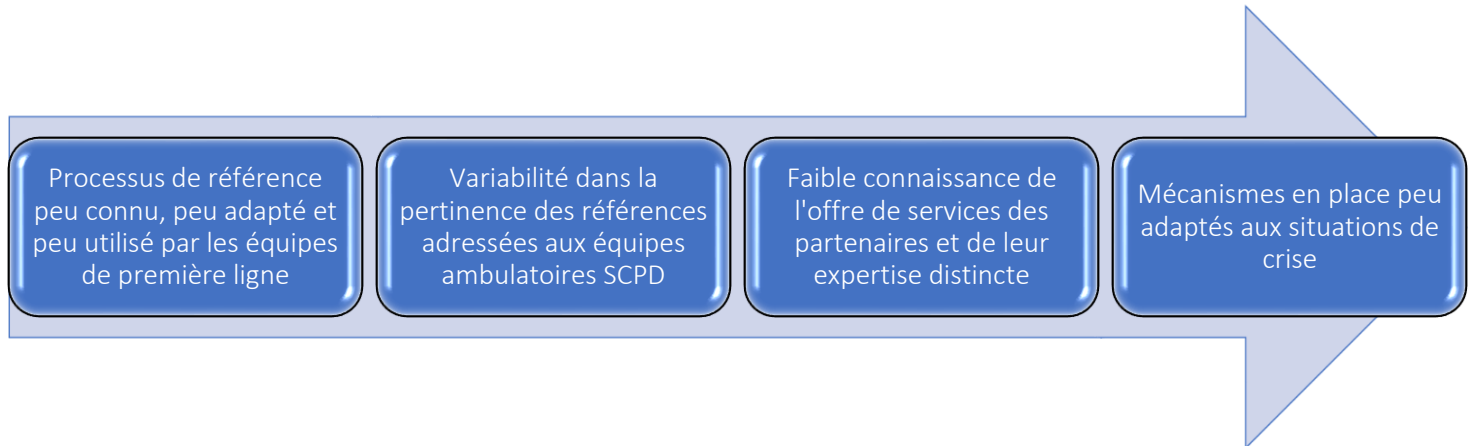


Figure 2 : Transitions non optimales dans le parcours de soins

2. PRATIQUES CLINIQUES ET ORGANISATIONNELLES

2.1 GMF et SAD

2.1.1 Utilisation d'un processus clinique en première ligne (GMF, SAD)

Dans un contexte de rareté des ressources, le processus clinique interdisciplinaire en matière de SCPD se veut un outil concret pour soutenir les équipes en première ligne. La fonction de pivot s'avère essentielle au sein d'une équipe interdisciplinaire et se retrouve très souvent sous la responsabilité d'une infirmière clinicienne. Cette dernière assure un lien direct entre l'utilisateur, les proches et le reste de l'équipe. En collaboration avec le médecin, l'infirmière clinicienne détient les compétences pour la prise en charge des usagers vivant avec des problèmes de santé complexes, dont les troubles neurocognitifs majeurs. Toutefois, selon les besoins de l'utilisateur ou le contexte organisationnel, ce rôle peut également être confié à un autre professionnel.³

À noter que le processus ici proposé tient compte principalement des ressources professionnelles habituellement disponibles en GMF et au SAD. Pour répondre à l'ensemble des besoins, d'autres types de professionnels peuvent être sollicités pour

³ Source : <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2529-ips-lignes-directrices-web.pdf>

compléter l'évaluation et le suivi en fonction de leur expertise ou de leur champ d'exercices propre.

Les partenaires du secteur communautaire sont des acteurs de premier choix au même titre que ceux du réseau, et leur apport pour combler certains besoins est essentiel.

Les consignes, les étapes de réalisation et les outils suggérés ne sont pas exhaustifs et ne sauraient, en aucun temps, remplacer le jugement clinique des professionnels.

PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE – Équipe GMF
Symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD)

Volet diagnostique : évaluation médicale et cognitive

Zone de vigilance

Porter une attention particulière aux usagers suivants :

Usagers ayant

- un diagnostic de TNCM;
- un nouveau diagnostic psychiatrique après 50 ans;
- des dépressions récurrentes;
- des changements de personnalité après 50 ans;
- des changements de comportement après 50 ans.

Plainte de l'usager/des proches/observation clinique

- Symptômes dépressifs ou anxieux, irritabilité, labilité affective
- Hallucinations, délire
- Apathie
- Désinhibition verbale, agressive ou sexuelle
- Trouble du jugement, impulsivité, perte d'empathie
- Changement dans les habitudes alimentaires
- Trouble du sommeil
- Compulsions, accumulation, comportements répétitifs
- Augmentation de consommation d'alcool, drogues

Suspicion de SCPD : déterminer l'urgence de la prise en charge

ÉVALUATION DE L'URGENCE

- Dangerosité suicidaire ou hétéroagressivité
- Perte d'autonomie et dangerosité à domicile
- Épuisement du réseau
- Instabilité médicale aiguë

URGENT : Intervention rapide infirmière/médecin

- Évaluation de la disponibilité des ressources pour une intervention rapide et soutenue
 - SAD/équipe SCPD/urgence psychosociale
- Décision si recours à l'urgence hospitalière est nécessaire

Évaluation SCPD

Infirmière GMF

- Description des symptômes/comportements
- Recherche des causes
 - [Examen clinique infirmier](#)
- Histoire de vie
- Liaison avec le SAD au besoin

Médecin GMF

- Révision des antécédents médicaux et psychiatriques
- Évaluation des symptômes
- Examen physique/psychiatrique/cognitif
- Bilan laboratoire/imagerie au besoin
- Révision de la pharmacopée
- Diagnostic cognitif (si pas déjà connu)

Si l'évaluation ne démontre pas de TNCM : évaluer/traiter comme une condition psychiatrique

Équipe interdisciplinaire GMF : médecin traitant, infirmière, IPSPL, travailleuse sociale, pharmacien, etc.

- Consultation des évaluations des autres professionnels
- Collaboration, élaboration et coordination du plan d'intervention
- Plan d'intervention non pharmacologique personnalisé
 - Approche de base
 - Modification de l'environnement
 - Approche occupationnelle
 - Intervention en lien avec les causes identifiées
- Psychoéducation
- Intervention psychosociale : soutien aux usagers et aux proches
- Référence aux partenaires communautaires

Médecin (en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire)

- Traitement des conditions médicales sous-jacentes et des symptômes comme la douleur
- Évaluation de la pertinence d'une médication pour le traitement des SCPD
 - Voir indication/contre-indication
- Tableau rx en 1^{re} ligne (*voir annexe 1*)

Suivi de l'évolution

Médications

- A. Évaluer si effets indésirables, observance, besoin titrage
- B. Informer l'usager et la personne proche aidante de la surveillance à exercer
- C. Surveiller et optimiser le reste de la médication

Conditions physiques et psychiatriques

- D. Évaluer la condition physique, particulièrement le délirium
- E. Évaluer la condition psychiatrique

Sécurité

- F. Évaluer le niveau de dangerosité auto/hétéro-agressive
- G. Conduite automobile : discuter précocement de l'arrêt éventuel de la conduite
- H. Apprécier la sécurité à domicile
- I. Revoir et vérifier au besoin la capacité à consentir aux soins
- J. Surveiller si signes de négligence et de maltraitance

Préservation de la qualité de vie pour le maintien à domicile le plus longtemps possible

- K. Encourager différents moyens pour maintenir une qualité de vie au domicile
- L. Informer sur les aides possibles offertes par les organismes communautaires
- M. Diriger vers le soutien à domicile (SAD)
- N. Discuter des alternatives au maintien à domicile si nécessaire

Personne proche aidante

- O. Informer sur les stratégies d'approches et de communication de base en présence de SCPD
- P. Diriger vers les ressources de formation et d'accompagnement à ce sujet
- Q. Évaluer l'épuisement, les besoins prioritaires et prévoir une personne substitute en cas d'urgence

Si aucune amélioration :

- Reprise de l'évaluation et intervention
- Référence à une équipe SCPD de 2^e ligne
- Consultation gériopsychiatrie (ou en psychiatrie) ou en gériatrie

Réévaluer le contexte psychosocial et informer des ressources disponibles.

Processus clinique interdisciplinaire actualisé sur la gestion des SCPD au SAD

PROCESSUS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE – Équipe interdisciplinaire SAD
Symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD)

Volet repérage

Zone de vigilance

Porter une attention particulière aux usagers suivants :

Usagers ayant

- un diagnostic de TNCM;
- un nouveau diagnostic psychiatrique après 50 ans;
- des dépressions récurrentes;
- des changements de personnalité après 50 ans;
- des changements de comportement après 50 ans.

Plainte de l'usager/des proches/observation clinique

- Symptômes dépressifs ou anxieux, irritabilité, labilité affective, perte d'empathie
- Hallucinations, délire
- Apathie
- Désinhibition verbale, agressive ou sexuelle
- Trouble du jugement, impulsivité, perte d'empathie
- Changement dans les habitudes alimentaires
- Trouble du sommeil
- Compulsions, accumulation, comportements répétitifs
- Augmentation de la consommation d'alcool, drogues

Suspicion de SCPD : déterminer urgence de la prise en charge

ÉVALUATION DE L'URGENCE

- Dangersité suicidaire ou hétéroagressivité
- Perte d'autonomie et dangersité à domicile
- Épuisement du réseau
- Instabilité médicale aiguë

URGENT : Intervention rapide

- Évaluation de la disponibilité des ressources pour une intervention rapide et soutenue
 - Équipe SAD
 - Équipe SCPD
 - Urgence psychosociale
- Décision si urgence hospitalière

Évaluation SCPD

- Contact avec le médecin traitant
- Référence au guichet d'accès à la première ligne (GAP)
- Demande de consultation à l'équipe SCPD
- Liaison avec les partenaires communautaires
 - Entente de référencement <https://referenceaidancequebec.ca>

Crise résorbée

- Mise en place d'un plan d'intervention (voir volet intervention du processus clinique en GMF)
- Suivi de l'évolution
- Collaboration avec l'équipe ambulatoire SCPD
- Soutien aux proches

Infirmière ou professionnel pivot SAD

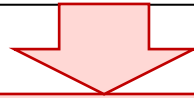
- Description des symptômes/comportements
- Recherche des causes
 - Examen clinique infirmier (*ajouter hyperlien*)
- Histoire de vie
- Liaison avec le SAD au besoin

Médecin

- Révision des antécédents médicaux et psychiatriques
- Évaluation des symptômes
- Examen physique/psychiatrique/cognitif
- Bilan laboratoire/imagerie au besoin
- Révision de la pharmacopée
- Diagnostic cognitif (si pas déjà connu)

Plainte de l'utilisateur/des proches/observations

- Symptômes dépressifs ou anxieux, irritabilité, labilité affective, perte d'empathie
- Hallucinations, délire
- Apathie
- Désinhibition verbale, agressive ou sexuelle
- Trouble du jugement, impulsivité, perte d'empathie
- Changement dans les habitudes alimentaires
- Trouble du sommeil
- Compulsions, accumulation, comportements répétitifs
- Augmentation de la consommation d'alcool, drogues
- Etc.



Restez à l'affût de situations préoccupantes qui vous apparaissent compromettantes pour la santé et la sécurité des usagers et de leurs proches

- Si vous êtes témoin d'une situation que vous jugez préoccupante, contactez sans délai votre gestionnaire ou les services d'urgence.

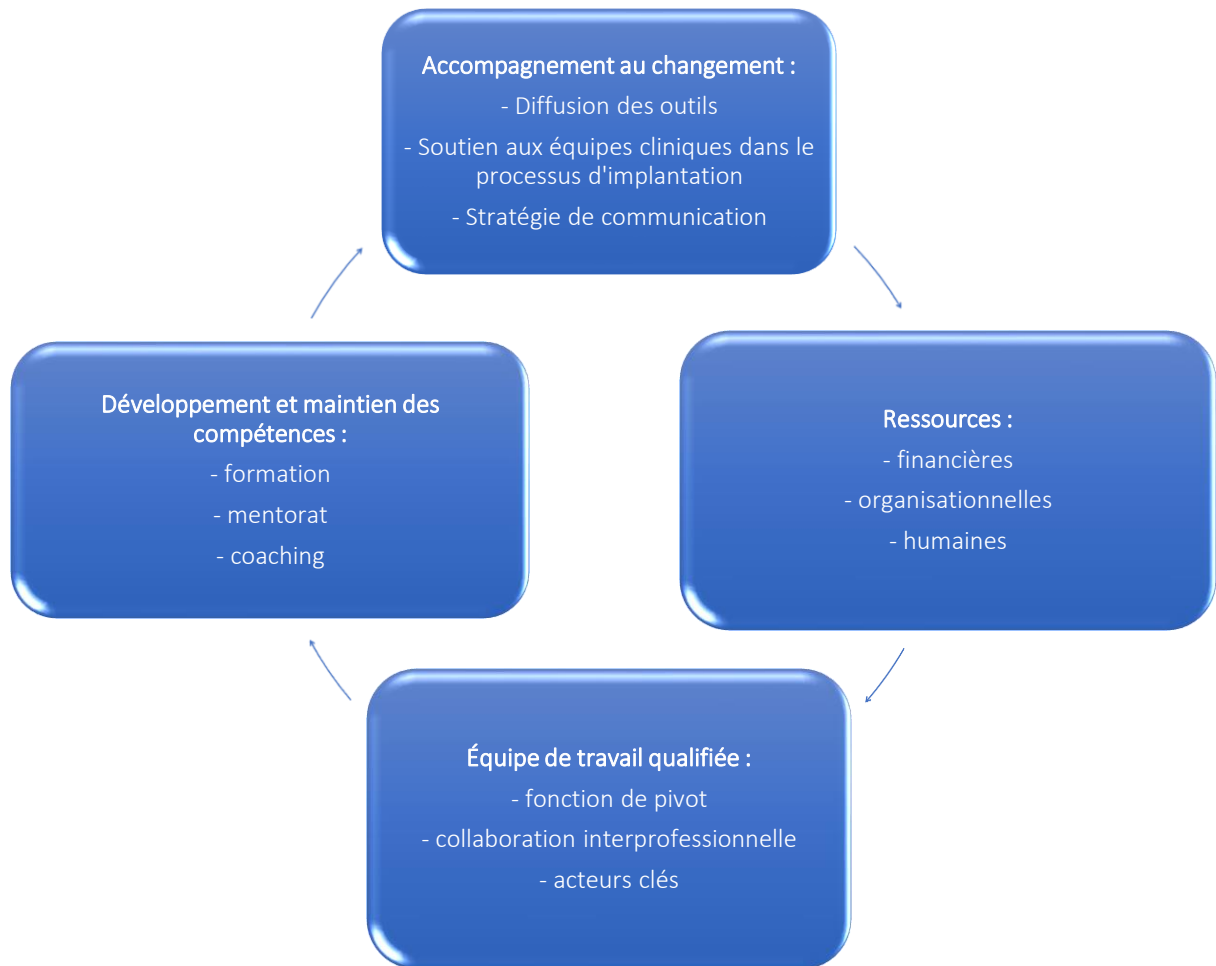


Diriger vers le processus interdisciplinaire au SAD

2.1.2 Conditions essentielles pour une prise en charge optimale des SCPD en première ligne

Par ses orientations, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) encourage et soutient le développement et la consolidation des meilleures pratiques en matière de gestion des SCPD sur tout le territoire québécois. Le défi en matière de gestion des SCPD repose à la fois sur l'engagement du personnel clinique et sur une volonté organisationnelle de consolider une offre de service qui répond aux besoins des usagers et à ceux des proches.

Figure 3 : Paramètres cliniques et organisationnels



2.1.3 Responsabilités des GMF et des directions SAPA (SAD) :

- Poursuivre la mise en place progressive des pratiques reconnues comme étant optimales en matière de SCPD par des activités de formation, de coaching et de mentorat.

- Favoriser la collaboration interprofessionnelle dans l'utilisation des divers outils et processus cliniques interdisciplinaires.
- Consolider la fonction de pivot en identifiant le professionnel qui accompagnera l'utilisateur et ses proches dans la trajectoire de soins et de services.
- Mettre en place des mesures favorisant l'implication des médecins dans le processus d'évaluation et d'intervention interdisciplinaire.
- Mettre en place des stratégies d'amélioration continue des pratiques en matière de SCPD.
- Participer à la définition des corridors de service, des modalités de communication et de monitoring avec les équipes ambulatoires SCPD.

2.2 Deuxième et troisième ligne

2.2.1 Reconstitution ou consolidation des équipes SCPD ambulatoires

Dans le Rapport Bergman (2009)⁴, l'action prioritaire 2 préconisait d'assurer l'accessibilité à des services personnalisés et coordonnés d'évaluation et de traitement pour les usagers et leurs proches. À ce jour, l'accessibilité à des soins et services en matière de gestion des SCPD demeure un défi. Par conséquent, il est recommandé de mettre en œuvre les conditions nécessaires pour optimiser la pratique des équipes SCPD ambulatoires.

Mandat des équipes SCPD ambulatoires

- Évaluer et établir un diagnostic de la personne présentant des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la maladie, dans son milieu de vie.
- Élaborer, avec l'équipe traitante (GMF ou SAD), un plan d'intervention individualisé, pharmacologique, non pharmacologique, psychosocial et environnemental.
- Offrir du soutien, des conseils et de l'accompagnement aux proches.
- Contribuer à la mise en œuvre du plan d'intervention en offrant de l'accompagnement clinique, de la formation et du coaching aux équipes de première ligne.
- Assurer un suivi, à court et moyen terme, jusqu'à la stabilisation de la situation problématique.

L'équipe de base devrait être composée essentiellement

- d'un médecin ayant les connaissances requises pour effectuer le diagnostic et le traitement des SCPD;
- d'une infirmière clinicienne;

⁴ Source : Rapport Bergman (p.16) : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000869/>

- d'un professionnel psychosocial;
- du personnel en soutien administratif;
- d'un pharmacien (à titre consultatif).

2.2.2 Des équipes SCPD soutenues par des services gériatriques spécialisés (SGS) et gérontopsychiatrie

Les professionnels des GMF et du SAD, ainsi que les équipes SCPD, doivent être en mesure de recourir aux SGS de leur territoire. Ces consultations sont nécessaires et doivent être accessibles pour une clarification diagnostique (type de TNCM, interface psychiatrie-TNCM), un accès à un plateau technique d'investigations et pour des recommandations d'une prise en charge pharmacologique ou non pharmacologique pour ce qui est des cas plus complexes.

2.3 Création et consolidation d'équipes surspécialisées de gérontopsychiatrie

En phase avec la recommandation 2.3.2 du Rapport Bergman (2009), chaque RUISSS devrait se doter d'une équipe spécialisée de gérontopsychiatrie, dont le mandat serait le suivant :

- Soutenir les équipes SCPD ambulatoires locales pour les cas complexes.
- Offrir des activités de formation continue aux équipes SCPD ambulatoires locales.
- Assurer la compatibilité ainsi que la qualité de la démarche et des approches des équipes SCPD ambulatoires locales sur le territoire du RUISSS.
- Aider les établissements publics territoriaux (autrefois nommés CISSS/CIUSSS) à assurer la couverture des services professionnels des équipes SCPD locales et régionales, y compris la mise en place de la télésanté sur le territoire du RUISSS.
- Assumer le leadership du développement de la recherche sur le territoire du RUIS.
- Élaborer, selon un mandat ministériel, des guides de pratique, des outils d'intervention, un site Web avec portail pour les cliniciens.
- Participer à l'élaboration des programmes de formation.
- Participer à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention dans le domaine des SCPD.

2.4 Rehaussement des pratiques collaboratives interprofessionnelles et interorganisationnelles

Afin d'optimiser la collaboration interprofessionnelle en GMF, le Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI) estime qu'il existe certaines particularités à considérer. En outre, le RCPI mentionne que « *c'est le degré de complexité de la situation qui influence l'intention de collaboration et le besoin*

d'associer les savoirs disciplinaires pour répondre aux besoins de l'utilisateur, de ses proches et de la communauté de façon adaptée » (RCPI, 2016)⁵. Il est important de retenir que le suivi de l'évolution doit être fait en fonction de la complexité du cas.

Il importe de mettre en place les conditions favorables afin que la collaboration interprofessionnelle sous-tende l'ensemble des processus cliniques et l'ensemble des interactions avec les partenaires externes dans une perspective interorganisationnelle.

2.5 Mise en valeur du partenariat avec l'utilisateur et ses proches et de la collaboration avec les partenaires communautaires

Le partenariat avec l'utilisateur et ses proches est au cœur du continuum de soins. Dans le cadre des travaux ministériels⁶, les proches sont reconnus au même titre que les usagers eux-mêmes dans la prise en compte des besoins et dans le choix des meilleures stratégies cliniques et organisationnelles à privilégier⁷. En outre, les partenaires communautaires, tels que les Sociétés Alzheimer et l'APPUI pour les proches aidants, contribuent à la mise en place de l'offre de service pour soutenir les personnes vivant avec un TNCM et les personnes proches aidantes. Cette approche de partenariat intersectoriel permet de dégager une compréhension commune des besoins et de définir conjointement les actions à entreprendre pour offrir une réponse adéquate, tant dans un contexte de prestation de services qu'à un niveau administratif ou organisationnel.

2.6 Conditions de succès générales

- **Un personnel stable** en nombre suffisant, bien formé et possédant l'expertise nécessaire.
- Une meilleure **coordination et collaboration dans les services en SAPA et en santé mentale** pour la prise en charge des clientèles avec SCPD.
- La disponibilité et la flexibilité des ressources nécessaires de même qu'un **fonctionnement** permettant de répondre aux besoins rapidement et en temps opportun.
- Une **démarche et des approches reconnues**, fondées sur des faits probants, ainsi que des normes et des indicateurs de qualité.
- Une offre de **formation complète et évolutive** en fonction des meilleures pratiques cliniques.
- Des **mécanismes et des critères** de référence **explicites et harmonisés** vers les équipes ambulatoires SCPD, connus des professionnels de la santé.

⁵ Source : [Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles \(RCPI\) | CIUSSSCN \(gouv.qc.ca\)](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003346/)

⁶ Source : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003346/>

⁷ Source : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002061/>

3. LES RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS ACTEURS⁸

Afin de faciliter la mise en œuvre des orientations ministérielles en matière de SCPD, des mesures de soutien sont prévues de la part des diverses parties dans une optique de complémentarité, en fonction de leurs responsabilités respectives. Les rôles et responsabilités de chaque partie prenante sont énumérés ci-dessous.

Selon la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, le MSSS a pour responsabilités de déterminer les orientations en matière de santé et de bien-être, en plus de donner des directives relatives à l'organisation des services ainsi qu'à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières du réseau. Il est également responsable de demander une reddition de comptes à Santé Québec, puis d'apprécier la performance du RSSS concernant l'évaluation des résultats.

Pour sa part, Santé Québec a pour mission d'offrir les services de santé et les services sociaux par l'entremise des établissements ainsi que de réguler et de coordonner l'ensemble des activités du RSSS pour en assurer la performance et veiller à la satisfaction des usagers. Il a aussi comme responsabilités l'application des orientations ministérielles et la mise à disposition des ressources nécessaires pour y arriver.

3.1 Établissements publics territoriaux (anciennement les CISSS et les CIUSSS)

- Soutenir l'accompagnement du changement et renforcer les stratégies de communication pour une appropriation optimale du processus clinique interdisciplinaire.
- Assurer l'organisation des services sur son territoire en matière de structures.
- Favoriser l'instauration et l'appropriation de pratiques cliniques exemplaires.
- Collaborer étroitement au déploiement et à l'application des pratiques optimales dans les GMF.
- Assurer aux GMF un accès équitable et raisonnable en temps opportun
 - o au SAD;
 - o aux services spécialisés, dont les cliniques de cognition et les équipes ambulatoires de gestion des SCPD selon les paramètres d'organisation établis; ainsi qu'aux équipes de gérontopsychiatrie.
- Assurer le suivi des activités cliniques au SAD et dans les différents GMF.

3.2 MSSS

- Rédiger les orientations et en assurer la diffusion.
- Accorder aux établissements publics territoriaux un soutien financier adapté aux réalités territoriales.

⁸ Voir annexe 2

- Promouvoir l'amélioration continue de l'offre de service, dont l'accessibilité aux équipes SCPD et aux services spécialisés.
- Susciter la participation des organisations compétentes pouvant offrir un apport aux travaux et en baliser les contours.
- Soutenir la recherche sur les SCPD, en cohérence avec le principe de pertinence clinique inclus dans les orientations ministérielles de la phase 3 sur les TNCM.

3.3 Santé Québec

- Assurer la répartition budgétaire en fonction des cibles prioritaires déterminées et avec le souci de préserver les services directs aux usagers.
- Identifier les indicateurs d'organisation des services, de volume et de qualité des services et en assurer le suivi en instaurant un processus de reddition de compte.
- Coordonner les services de santé et de services sociaux offerts par l'entremise des établissements publics territoriaux.
- Soutenir le déploiement des activités clinico-administratives et en assurer le suivi en incluant un plan de communication pour les directions concernées (directions programmes-services, directions cliniques et directions de soutien) et les intervenants de l'ensemble des établissements publics territoriaux.

4. CONCLUSION

Le défi d'améliorer les pratiques cliniques et organisationnelles en matière de SCPD repose sur l'engagement du personnel clinique et sur la volonté collective de consolider une offre de service qui répond aux besoins multiples et évolutifs des personnes vivant avec un TNCM et présentant des SCPD ainsi qu'aux besoins de leurs proches.

En manifestant un souci constant de parfaire les connaissances et en agissant promptement, il est possible de prévenir et de limiter l'intensité des SCPD.

En définitive, il importe d'améliorer la gestion des SCPD dans le continuum de soins et services au bénéfice des usagers et de leurs proches. À cette fin, les efforts de tous les acteurs clés doivent se conjuguer à ceux des usagers eux-mêmes et de leurs proches qui, en toute légitimité, souhaitent participer de manière toujours plus autonome à la gestion de leur santé globale.

5. LIENS UTILES

[Orientations ministérielles sur les troubles neurocognitifs majeurs - Phase 3](#)

[Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer](#)

6. LISTE DES ABRÉVIATIONS

- CEVQ** : centre d'excellence sur le vieillissement de Québec
- CHSLD** : centre d'hébergement de soins longue durée
- CISSS** : centre intégré de santé et de services sociaux
- CIUSSS** : centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
- GMF** : groupe de médecine de famille
- INESSS** : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
- OPUS-AP** : Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – Antipsychotiques
- PAQ** : Plan Alzheimer Québec
- RLS** : réseau local de services
- RPA** : résidence privée pour aînés
- RUISSS** : réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux
- SAD** : soutien à domicile
- SAPA** : soutien à l'autonomie des personnes âgées
- SCPD** : symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence
- TNCM** : trouble neurocognitif majeur

7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Academy of Cognitive Disorders of China (ACDC), Han, Y., Jia, J., Li, X., Lv, Y., Sun, X., Wang, S., Wang, Y., Wang, Z., Zhang, J., Zhou, J., & Zhou, Y. (2020). Expert Consensus on the Care and Management of Patients with Cognitive Impairment in China. *Neuroscience Bulletin*, 36(3), 307-320.
- Austrom, M. G., Boustani, M., & LaMantia, M. A. (2018). Ongoing Medical Management to Maximize Health and Well-being for Persons Living With Dementia. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S48-S57.
- Backhouse, T., Killett, A., Penhale, B., & Gray, R. (2016). The use of non-pharmacological interventions for dementia behaviours in care homes : Findings from four in-depth, ethnographic case studies. *Age and Ageing*, 45(6), 856-863.

- Backhouse, T., Penhale, B., Gray, R., & Killett, A. (2018). Questionable practices despite good intentions : Coping with risk and impact from dementia-related behaviours in care homes. *Ageing and Society, 38*(9), 1933-1958.
- Bonin, C., Fortier, V. et St-Laurent, C. (2016). *Maladie D'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs : symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), Alzheimer : SCPD, aide-mémoire à l'intervention*, Gouvernement du Québec, 50p.
- Bonin, C., Fortier, V. et St-Laurent, C. (2016). *Maladie D'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs : symptômes comportementaux et psychologiques de la démence – Rôle des infirmières-ressources SCPD, Alzheimer : SCPD, aide-mémoire à l'intervention*, Gouvernement du Québec, 2p.
- Braun, A., Trivedi, D. P., Dickinson, A., Hamilton, L., Goodman, C., Gage, H., Ashaye, K., Illife, S., & Manthorpe, J. (2019). Managing behavioural and psychological symptoms in community dwelling older people with dementia : 2. A systematic review of qualitative studies. *Dementia, 18*(7-8), 2950-2970.
- Caspar, S., Davis, E. D., Douziech, A., & Scott, D. R. (2017). Nonpharmacological Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : What Works, in What Circumstances, and Why? *Innovation in Aging, 1*(3), igy001.
- CIUSSSCN. (2016). *Cadre de référence de l'équipe ambulatoire des troubles du comportement.docx*. (s. d.).
- Cousins, J. M., Bereznicki, L. R., Cooling, N. B., & Peterson, G. M. (2017). Prescribing of psychotropic medication for nursing home residents with dementia : A general practitioner survey. *Clinical Interventions in Aging, Volume 12*, 1573-1578.
- Doyle, C., Jackson, D., Loi, S., Malta, S., & Moore, K. (2016). Videoconferencing and telementoring about dementia care : Evaluation of a pilot model for sharing scarce old age psychiatry resources. *International Psychogeriatrics, 28*(9), 1567-1574.
- Dyer, S. M., Harrison, S. L., Laver, K., Whitehead, C., & Crotty, M. (2018). An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics, 30*(3), 295-309.
- Fleury, F.-C., Québec (Province), ministère de la Santé et des Services sociaux, & Direction des communications (1999-). (2014). *Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*.
- Furuno, T., Fujino, N., Fujimoto, Y., Shirai, H., Iwamoto, Y., Kamada, Y., & Yamaguchi, F.

(2020). Development of a Visiting Nursing Practice Self-Evaluation Scale : Assessment of Skill for Caring for Individuals With Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Research in Gerontological Nursing*, 13(1), 49-60.

Giguere, A. M. C., Lebel, P., Morin, M., Proust, F., Rodríguez, C., Carnovale, V., Champagne, L., Légaré, F., Carmichael, P.-H., Martineau, B., Karazivan, P., & Durand, P. J. (2018). What Do Clinical Supervisors Require to Teach Residents in Family Medicine How to Care for Seniors? *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 37(1), 32-49.

Griffiths, P. C., Whitney, M. K., Kovaleva, M., & Hepburn, K. (2016). Development and Implementation of Tele-Savvy for Dementia Caregivers : A Department of Veterans Affairs Clinical Demonstration Project. *The Gerontologist*, 56(1), 145-154.

Holst, A., & Skär, L. (2017). Formal caregivers' experiences of aggressive behaviour in older people living with dementia in nursing homes : A systematic review. *International Journal of Older People Nursing*, 12(4), e12158.

Husebo, B. S., Heintz, H. L., Berge, L. I., Owoyemi, P., Rahman, A. T., & Vahia, I. V. (2020). Sensing Technology to Monitor Behavioral and Psychological Symptoms and to Assess Treatment Response in People With Dementia. A Systematic Review. *Frontiers in Pharmacology*, 10, 1699.

Janus, S. I., van Manen, J. G., van Til, J. A., Zuidema, S. U., & IJzerman, M. J. (2017). Pharmacological and non-pharmacological treatment preferences of healthcare professionals and proxies for challenging behaviors in patients with dementia. *International Psychogeriatrics*, 29(8), 1377-1389.

Jennings, A. A., Foley, T., Walsh, K. A., Coffey, A., Browne, J. P., & Bradley, C. P. (2018). General practitioners' knowledge, attitudes, and experiences of managing behavioural and psychological symptoms of dementia : A mixed-methods systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(9), 1163-1176.

Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, 350(mar02 7), h369-h369.

Koder, D. (2018). The use of cognitive behaviour therapy in the management of BPSD in dementia (Innovative practice). *Dementia*, 17(2), 227-233.

Legere, L. E., McNeill, S., Schindel Martin, L., Acorn, M., & An, D. (2018). Nonpharmacological approaches for behavioural and psychological symptoms of dementia in older adults : A systematic review of reviews. *Journal of Clinical*

Nursing, 27(7-8), e1360-e1376.

- Lindberg, T., & Fagerström, C. (2020). Nonpharmacological methods : Frequency of use and follow-up actions among healthcare staff in the care of older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(3), 622-626.
- Low, L.-F., Fletcher, J., Goodenough, B., Jeon, Y.-H., Etherton-Ber, C., MacAndrew, M., & Beattie, E. (2015). A Systematic Review of Interventions to Change Staff Care Practices in Order to Improve Resident Outcomes in Nursing Homes. *PLOS ONE*, 10(11), e0140711.
- Magierski, R., Sobow, T., Schwertner, E., & Religa, D. (2020). Pharmacotherapy of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : State of the Art and Future Progress. *Frontiers in Pharmacology*, 11, 1168.
- McCabe, M. P., Mellor, D., Karantzas, G., Von Treuer, K., Davison, T. E., & O'Connor, D. (2017). Organizational factors related to the confidence of workers in working with residents with dementia or depression in aged care facilities. *Aging & Mental Health*, 21(5), 487-493.
- McConnell, E. S., & Karel, M. J. (2016). Improving Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Acute Care : Evidence and Lessons Learned From Across the Care Spectrum. *Nursing Administration Quarterly*, 40(3), 244-254.
- Mellor, D. (2015). *Staff compliance with protocols to improve management of BSPD.pdf*. (s. d.).
- Nybakken, S., Strandås, M., & Bondas, T. (2018). Caregivers' perceptions of aggressive behaviour in nursing home residents living with dementia : A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 74(12), 2713-2726.
- Ostaszkiwicz, J., Lakhan, P., O'Connell, B., & Hawkins, M. (2015). Ongoing challenges responding to behavioural and psychological symptoms of dementia : Responding to challenging behaviours in aged care. *International Nursing Review*, 62(4), 506-516.
- Peisah, C., Strukovski, J.-A., Wijeratne, C., Mulholland, R., Luscombe, G., & Brodaty, H. (2015). The development and testing of the quality use of medications in dementia (QUM-D) : A tool for quality prescribing for behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). *International Psychogeriatrics*, 27(8), 1313-1322.
- Penko, M., Quirt, H., Schindel Martin, L., & Iaboni, A. (2020). Behaviour assessment tools in long-term care homes in Canada : A survey. *Aging & Mental Health*, 1-12.

- Resnick, B., Kolanowski, A., Van Haitsma, K., Boltz, M., Galik, E., Bonner, A., Vigne, E., Holtzman, L., & Mulhall, P. M. (2016). Pilot Testing of the EIT-4-BPSD Intervention. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 31(7), 570-579.
- Rey, S. (2016). *Perturbation ou besoin à combler ? Une étude descriptive analyse la concordance entre les pratiques planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et les étapes suggérées par les lignes directrices*. 13, 5.
- Roberts, G., Morley, C., Walters, W., Malta, S., & Doyle, C. (2015). Caring for people with dementia in residential aged care : Successes with a composite person-centered care model featuring Montessori-based activities. *Geriatric Nursing*, 36(2), 106-110.
- Scales, K., Zimmerman, S., & Miller, S. J. (2018). Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S88-S102.
- Schaub, C., Morin, D., & von Gunten, A. (2016). L'agitation chez les personnes atteintes de démence : Examen de la portée des connaissances et mise en perspective du phénomène selon la théorie du confort et le concept de l'attachement. *Recherche en soins infirmiers*, N° 125(2), 68.
- Tible, O. P., Riese, F., Savaskan, E., & von Gunten, A. (2017). Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, 10(8), 297-309.
- Villez, M. (2017). Relier le séparé, séparer le relié. Enquête sur l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD. *Lien social et Politiques*, 79, 113-132.
- White, N., Leurent, B., Lord, K., Scott, S., Jones, L., & Sampson, E. L. (2017). The management of behavioural and psychological symptoms of dementia in the acute general medical hospital : A longitudinal cohort study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(3), 297-305.

8. ANNEXES

Annexe 1. Pharmacothérapie pour les SCPD en première ligne

Pharmacothérapie pour les SCPD en première ligne

* Tableau mis à jour en avril 2024 par D^{re} Marie-Andrée Bruneau, gérontopsychiatre

Indications :

- l'agitation/l'agressivité sévère
- les symptômes psychotiques sévères
- les symptômes anxiodépressifs
- les troubles du sommeil

Symptômes qui ne répondent pas à la médication ou vis-à-vis desquels la médication n'est pas un premier choix d'intervention :

- la résistance aux soins
- l'errance et les comportements de fugue
- les verbalisations et mouvements répétitifs
- les rituels d'accumulation
- les comportements d'oralité, d'élimination ou d'habillement inappropriés
- la désinhibition verbale

Pour l'agitation/agressivité sévère et les symptômes psychotiques sévères dans le TNC de type Alzheimer, vasculaire ou mixte:

Antipsychotiques atypiques	Indication	Dose de départ (mg) die	Dose maximale (mg) die	Effets secondaires	Risques associés
Risperidone	Agitation /psychose	0,25-0.5	2	Symptômes extrapyramidaux	Augmentation du risque d'AVC
Aripiprazole	Agitation/psychose	2-5	10	Dyskinésie tardive	Augmentation de mortalité
Brexpiprazole	Agitation	0,5	3	Sédation	
Quetiapine (2 ^{ème} ligne si les précédents ne sont pas tolérés ou contre-indiqués)	Agitation	12,5-25	200	Hypotension orthostatique Troubles de la marche et chutes Symptômes anticholinergiques Allongement QT Infection Œdème périphérique Syndrome métabolique	

NB : Un consentement éclairé ou substitut doit être obtenu vu les risques associés.

Pour l'agitation, l'agressivité sévère et les symptômes psychotiques sévères dans le TNC à Corps de Lewy ou secondaires à la maladie de Parkinson :

Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase	Indications	Dose de départ (mg) die	Dose maximale (mg) die	Risques associés
Rivastigmine Donepezil Galantamine ER	Agitation/agressivité Symptômes psychotiques	Patch 4.6 mg die 2.5-5 mg die am 8 mg die	Patch 9.5 mg die 10 mg die am 24 mg die	Bradyarythmies Symptômes digestifs et perte de poids Exacerbation MPOC
Antipsychotiques atypiques				
Quetiapine	Symptômes psychotiques sévères	6,25-12,5 mg die	300 mg (die HS ou divisé en BID, TID)	Sédation HTO Effets anticholinergiques Prise de poids

Pour les symptômes anxiodépressifs modérés, ou pour l'agitation et les symptômes psychotiques modérés dans le TNC de type Alzheimer, vasculaire ou mixte, ne répondant pas aux approches non-pharmacologiques

Antidépresseurs	Indication	Dose de départ (mg) die	Dose maximale (mg) die	Risques associés
Citalopram Escitalopram	Symptômes anxieux Symptômes psychotiques modérés	10 mg die 5 mg die	20 mg die 10 mg die	Saignements digestifs Hyponatrémie (SIADH) Allongement de l'intervalle QTc
Sertraline Duloxetine	Première ligne de traitement dans le trouble dépressif majeur (TDM) gériatrique	25 30	200 60	Saignements digestifs Hyponatrémie (SIADH)

Pour la désinhibition et les comportements stéréotypés dans le TNC frontotemporal (TNC-FT):

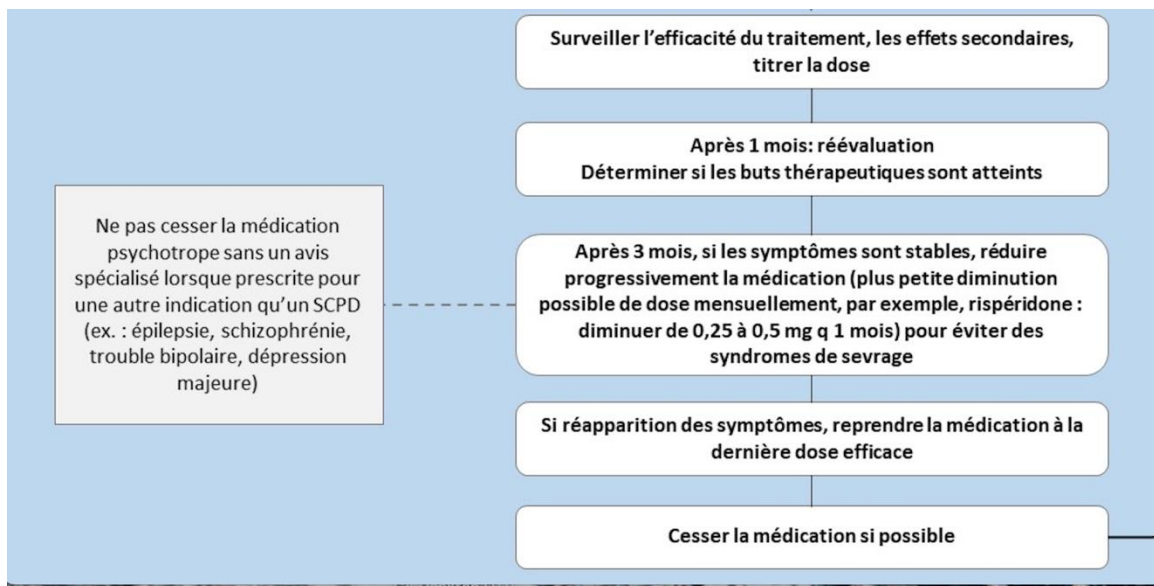
Antidépresseurs de type ISRS	Indication	Dose de départ (mg) die	Dose maximale (mg) die	Risques associés
Citalopram Escitalopram?		10 mg die 5 mg die	20 mg die 10 mg die	Saignements digestifs Hyponatrémie (SIADH) Allongement de l'intervalle QTc (citalopram/escitalopram)
Trazodone		12.5 mg-25 mg HS	150 mg die	Symptômes anticholinergiques Arythmies cardiaques Augmentation du QTc SIADH HTO Priapisme

Pour les troubles du sommeil associés aux TNC :

Ne pas prescrire de Benzodiazépines, Z-drugs ou antipsychotiques sédatifs pour un trouble du sommeil sans comorbidité dans TNC

	Indication	Dose de départ (mg) die	Dose maximale (mg) die	Risques associés
Trazodone	-Insomnie	12.5-25 mg HS	150 mg HS	Symptômes anticholinergiques Arythmies cardiaques Augmentation du QTc SIADH HTO Priapisme
Melatonine	Trouble du cycle éveil-sommeil Trouble du comportement en sommeil paradoxal	3-5 mg HS	10 mg HS	Céphalées Cauchemars

Lors de l'introduction d'un traitement psychotrope pour SCPD :



Si les essais pharmacologiques de 1^{ère} ligne sont inefficaces : référer en psychiatrie, gériatrie ou gérontopsychiatrie.

Annexe 2. Rôles et responsabilités du MSSS et de Santé Québec

	MSSS	Santé Québec
Gouvernance	Élaborer les orientations ministérielles	Mise en œuvre et application des orientations ministérielles
Requis populationnels	Projection et détermination en fonction des besoins populationnels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi de l'écart entre le réel et le requis ▪ Soutien opérationnel visant la diminution de ces écarts
Données/cibles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Détermination des indicateurs et des cibles ▪ Suivi des données stratégiques sur la performance 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi des données opérationnelles ▪ Vigie des indicateurs
Meilleures pratiques	Référence aux meilleures pratiques dans les orientations ministérielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identification des mesures et des projets à mettre en œuvre pour favoriser l'accès et l'utilisation optimale des équipes ambulatoires SCPD en respect des orientations ministérielles ▪ Implantation des mesures et des projets
Financement		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réception des demandes de financement du RSSS
Reddition de comptes	À déterminer avec Santé Québec	À déterminer avec le MSSS
Soutien et suivi auprès des établissements	---	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place d'une structure de coordination permettant de soutenir les établissements dans l'application des orientations ministérielles ▪ Soutien opérationnel adapté aux enjeux <ul style="list-style-type: none"> - d'accès et de fluidité aux services; - de développement des compétences du personnel; - etc.

Annexe 3. Rappel - État de situation des équipes SCPD précovid au Québec⁹

État de la situation des équipes SCPD - Portrait 2020	
Thèmes	Principaux résultats du Rapport Pépin et Couturier (2020)
1. Besoins de la clientèle	<ul style="list-style-type: none"> - L'accessibilité aux services de deuxième ligne demeure un enjeu important pour la majorité des régions. - Davantage de prévention et d'intervention précoce sont souhaitées pour la clientèle SCPD orpheline (sans médecin de famille) à domicile et pour celle atteinte d'un trouble de santé mentale chronique. - Des préoccupations majeures concernent le manque de personnel qualifié et le manque de formation SCPD en première ligne.
2. Portrait actuel des équipes SCPD	<ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs initiatives locales en matière de SCPD existaient depuis plusieurs années. Le PAQ¹⁰ a permis de consolider les équipes SCPD. - Les équipes sont constituées en majorité de deux ou trois professionnels, dont principalement des infirmières cliniciennes, des techniciennes en éducation spécialisée ou travailleurs sociaux et des gériatres/gérontopsychiatres ou neuropsychologues (en consultation uniquement). - La principale difficulté vécue par les équipes SCPD se situe au niveau du recrutement de personnel qualifié et de la stabilité des équipes. - Les équipes SCPD sont présentes essentiellement dans les résidences intermédiaires, les résidences pour personnes âgées et à domicile. Elles sont très peu en CHSLD puisque des compétences internes y sont disponibles. - La collaboration avec les GMF constitue un enjeu important pour toutes les équipes SCPD.
3. Impacts du Plan Alzheimer Québec	<ul style="list-style-type: none"> - Assurément, le PAQ a permis la formalisation et la consolidation des équipes SCPD. - Un potentiel de développement est à envisager dans les CHSLD. - Un travail d'optimisation de la mise en œuvre du PAQ reste à faire, notamment pour les régions plus éloignées

⁹ Pour plus d'informations, consulter : Pépin, M-É. & Couturier, Y. (2020). *Projet d'amélioration continue de la qualité : portrait des pratiques organisationnelles et professionnelles actuelles en contexte de Symptômes comportementaux et psychologiques de la Démence (SCPD) au Québec*, Rapport de recherche présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux, Université de Sherbrooke, Novembre 2020, 37 p.

¹⁰ Ici, le Plan Alzheimer Québec (PAQ) réfère à l'ensemble des travaux ministériels qui ont cours depuis 2013.

	<p>qui ont moins accès à des ressources universitaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afin d'accomplir tout ce que le PAQ recommande, la question des budgets est à explorer.
<p>4. Formation et besoin d'accompagnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La formation reçue à propos des SCPD est pertinente et de qualité. - Il faut maintenant envisager la pérennisation des acquis et le transfert de connaissances vers la première ligne et ses partenaires, notamment pour les préposés aux bénéficiaires, ainsi que les autres intervenants de la santé. - Les communautés de pratique sont nécessaires pour toutes les équipes SCPD, notamment dans un objectif de formation continue (ex. : discussions de cas), car elles sont accessibles et efficaces.

