



Canadian Coalition for Seniors' Mental Health  
To promote seniors' mental health by connecting people, ideas and resources.

Coalition Canadienne pour la Santé Mentale des Personnes Âgées  
Promouvoir la santé mentale des personnes âgées en reliant les personnes, les idées et les ressources.

# Santé mentale des personnes âgées

Une introduction à l'évaluation des besoins en santé mentale des personnes âgées dans des centres de soins de longue durée et chez les patients à risque de delirium

François Rousseau, M.D., M.Sc., FRCPC

David Conn, M.B., B.Ch, BAO, FRCPC

**ANGLAIS** : mercredi 14 septembre 2016

**FRANÇAIS** : mercredi 21 septembre 2016

Conférence téléphonique accessible aux participants à 12 h 55, HAE

# Divulgation liée au soutien

## **Présentation conçue par :**

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) et les auteurs avec le soutien financier et la collaboration de l'Agence de la santé publique du Canada.

# Renseignements sur les enseignants/les présentateurs



**François Rousseau, M.D., M.Sc., FRCPC**

Gérontopsychiatre

Professeur agrégé de clinique

Département de psychiatrie

Faculté de médecine

Université Laval

Chef du service de gérontopsychiatrie

CIUSSS de la Capitale Nationale

Québec

Relations d'intérêt commercial : aucune

# Renseignements sur les enseignants/les présentateurs



**David Conn**, M.B., B.Ch, BAO, FRCPC  
Vice-président, Éducation, Baycrest  
Président du conseil, Coalition  
canadienne pour la santé mentale  
des personne âgées (CCSMPA)

Relations d'intérêt commercial : aucune

# Objectifs d'apprentissage

Après avoir suivi ce webinaire, vous devriez être en mesure de :

- **RECONNAÎTRE** les manifestations de problèmes de santé mentale en portant attention à l'humeur et aux comportements des personnes âgées vivant dans des centres de soins de longue durée
- **IDENTIFIER** les options de traitement (soutien social et pharmacologique) pour prendre charge des personnes âgées qui sont atteintes de problèmes de santé mentale dans des centres de soins de longue durée
- **DOCUMENTER** la gravité du delirium, les facteurs de risque, les symptômes et les causes associés
- **INTERVENIR** auprès des patients/clients âgés pour détecter, traiter et prévenir le délirium

# Ressources



Présentation fondée sur les lignes directrices nationales de la CCSMPA, qui peuvent être téléchargées gratuitement sur le site [www.ccsmh.ca](http://www.ccsmh.ca)

# La santé mentale chez les personnes âgées vivant en établissements de soins de longue durée

# Prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes âgées en établissements de longue durée : examen systématique

Dallas Seitz, Nitin Purandare et David Conn

- 74 études ont répondu aux critères d'inclusion
- 30 sur la démence, 9 sur les SCPD et plus de 26 sur la dépression
- Démence – prévalence médiane = 58 %
- SCPD – 78 % (parmi ceux atteints de démence)
- Troubles dépressifs majeurs = 10 %

# La dépression est moins dépistée et moins traitée chez les personnes âgées

- **Stigmatisation du vieillissement**
  - La dépression est « normale »
- **Stigmatisation de la dépression**
  - Faiblesse de caractère : « on ne devrait pas se sentir ainsi »
- **Symptômes « masqués » par d'autres maladies, comme la démence et les douleurs chroniques.**
  - Chevauchement des symptômes
- **Effet de cohorte**
  - Les personnes plus âgées sont moins susceptibles de signaler leurs problèmes de dépression en raison de leurs expériences de vie antérieures et de leur peur d'être envoyées à « l'asile »

(Butler-Jones, 2010; STHC, 2009; CCSMPA, 2006)

# Critères diagnostiques pour la dépression dans le DSM-5

**Présence d'un ensemble de symptômes de façon soutenue, la plupart du temps, pendant au moins 2 semaines**

- Humeur dépressive  
ou
- Perte d'intérêt ou de plaisir à l'égard d'activités habituelles que la personne trouvait agréables auparavant

Et au moins 4 des symptômes suivants :

- Énergie réduite et fatigue accrue
- Perturbation du sommeil
- Sentiments de culpabilité non justifiés
- Capacité réduite de raisonner ou de se concentrer
- Variation de l'appétit (le plus souvent, les personnes âgées subissent une perte d'appétit)
- Agitation ou retard psychomoteur
- Pensées suicidaires ou pensées morbides récurrentes ([www.dsm5.org](http://www.dsm5.org))

# Outil rapide pour diagnostiquer la dépression gériatrique

**SIG : E caps** (ordonnance de capsules d'énergie)

**S** Sommeil perturbé

**I** Intérêt diminué

**G** Sentiments excessifs de culpabilité ou de regret (guilt)

**E** Énergie diminuée

**C** Concentration difficile

**A** Appétit perturbé

**P** Changements psychomoteurs (ralentissement ou agitation)

**S** Pensées suicidaires, préoccupation avec la mort

(De Jenike, 1989)

# La dépression : une maladie multifactorielle

- **Facteurs génétiques** : antécédents familiaux
- **Facteurs biologiques** : problèmes physiques et atteinte cérébrale organique
- **Facteurs psychologiques** : décès/traumatisme pendant la petite enfance, faible estime de soi
- **Facteurs sociaux** : deuil, pertes, difficultés financières, troubles interpersonnels

(CCSMPA, 2006)

# Options de traitement

Non-pharmacologiques

Pharmacologiques

# Options de traitement non-pharmacologiques

## **Adaptation du style de vie et soutien psycho-social**

- De petits changements au mode de vie peuvent améliorer l'humeur
  - Accorder la priorité à l'exercice et à l'alimentation saine
- Une intervention de soutien devrait être offerte à tous les patients qui sont déprimés, y compris des activités de groupe et de loisir. (CCSMPA, 2006)

# Options de traitement non-pharmacologiques

## **Counseling et psychothérapie**

- Pertinence de la psychothérapie de façon individuelle ou en combinaison avec un antidépresseur.
- La thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie interpersonnelle sont les deux psychothérapies les plus communément recommandées pour traiter la dépression gériatrique

(CCSMPA, 2006)

# Options de traitement pharmacologiques

- Lorsque la dépression est grave ou « majeure », la combinaison de médicaments avec des traitements psychosociaux ou psychothérapeutiques produit les meilleurs résultats
- **Traitement de première intention** : antidépresseurs indiqués pour la dépression majeure unipolaire. Dans le cadre d'une dépression bipolaire, le traitement de première intention est un stabilisateur d'humeur, comme le lithium
- Les ISRS et les IRSN dotés de faibles propriétés anticholinergiques sont considérés comme des « choix adaptés aux personnes âgées »

# Choisir le meilleur antidépresseur pour une personne âgée

- Réaction précédente au traitement
- Profil d'effets secondaires
- Problèmes médicaux existants
- Interactions médicamenteuses
- Demi-vie d'élimination raisonnable

(Mulsant et coll., 2014; Hache et coll., 2011; Max et coll., 1992)

# Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Que sont-ils?

Causes et modèles

Gestion non-pharmacologique et pharmacologique

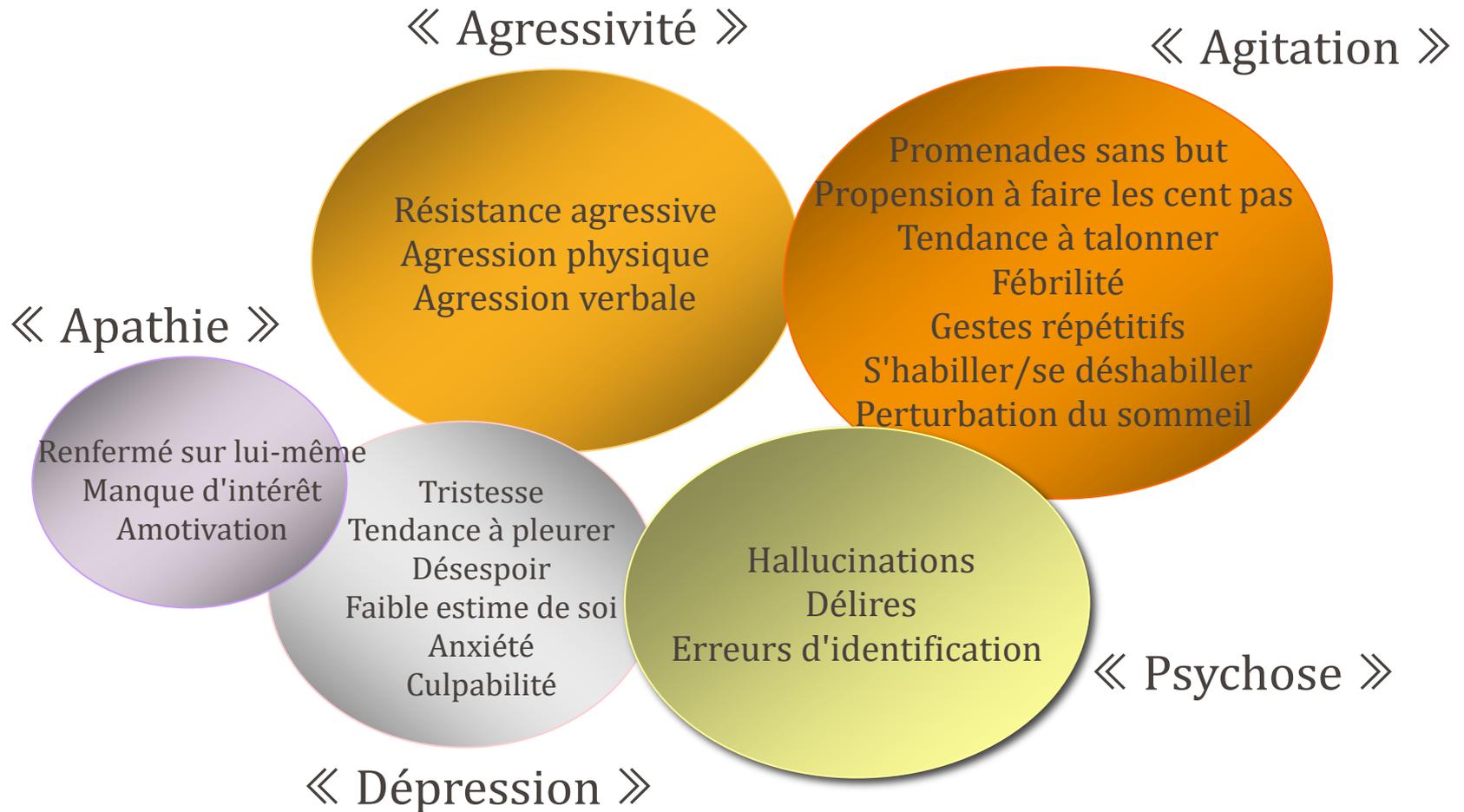
# Que sont les SCPD?

- Délires
- Hallucinations
- Agressivité/Agitation
- Désinhibition
- Cris
- Fébrilité
- Errance
- Comportements sexuels inappropriés
- Dépression
- Anxiété
- Apathie
- Perturbation du sommeil
- Comportements compulsifs et répétitifs

# Agitation

- Activité verbale, vocale ou motrice inappropriée qui n'est pas considérée, par un observateur externe, comme résultant directement d'une expression de besoins ou liée à la confusion apparente de la personne agitée
  - Comportements agressifs
  - Comportements physiques non-agressifs
  - Agitation verbale

# Groupes de symptômes neuropsychiatriques



(Adapté de McShane R., 2000)

# Fréquence des SCPD dans les centres de soins de longue durée en utilisant l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI)

Composantes de l'échelle CMAI	(%) chaque semaine +	Composantes de l'échelle CMAI	(%) chaque semaine +
Agitation générale	44 %	Émission de bruits étranges	20 %
Blasphèmes/agression verbale	33 %	S'habiller ou se déshabiller aux mauvais moments	18 %
Recherche d'attention constante	32 %	Manipuler les objets de façon inappropriée	18 %
Négativisme/Opposition	31 %	Chercher à se rendre dans un endroit différent	16 %
Questions répétitives	30 %	Frapper	13 %
Propension à faire les cent pas	29 %	Crier	13 %
Maniérismes répétitifs	28 %	Accumulation compulsive	12 %
Tendance à agripper	24 %		

# Pourquoi les SCPD sont-ils importants?

- Ils sont fréquents
  - 60 % dans la collectivité
  - 80 % dans les établissements de soins hospitaliers
- Plus de 90 % des personnes développent des SCPD sur 5 ans
  - 85 % des cas – sérieuses conséquences cliniques

(Steinberg et coll. 2008)

# Pourquoi les SCPD sont-ils importants?

- Détérioration de la qualité de vie, accroissement des coûts des soins, déclin cognitif rapide, fardeau pour les aidants
- Réduction du délai avant d'être placé dans un établissement de soins infirmiers
- Traitement inadéquat des troubles médicaux
- Épuisement/instabilité du personnel
- Blessures aux patients et au personnel

(Jeste et coll. 2008; Salzman et coll. 2008; Rabins et coll. 2007)

# Causes des SCPD

- Facteurs biologiques
  - Génétiques
  - Neurotransmetteurs
  - Changements cérébraux structurels
- Facteurs cliniques (Condition médicale, douleur, ...)
- Facteurs psychologiques et de personnalité
- Facteurs sociaux et environnementaux
- Facteurs liés aux aidants

# Modèles

- Modèle des besoins insatisfaits
  - Incapacité d'exprimer ses besoins
- Modèle de la réduction progressive du seuil de tolérance au stress
  - Diminution de la capacité de faire face au stress ou aux stimuli
- ABC (théorie d'apprentissage)
- PIÈCES (Physique, Intellectuel, Émotionnel, Capacités, Environnement, Social)

# Évaluation

- Pierre angulaire du traitement
- Sources multiples d'information
  - Antécédents médicaux, sociaux et personnels, habitudes
  - Entretiens avec la famille, les aidants
  - Examen physique adéquat et analyses du sang et de l'urine
- Être à l'affût de tendances et de facteurs déclencheurs
- Comprendre les troubles cognitifs

# Échelle d'observation de la démence

JMA							
Heure							
7 h 30							
8 h							
8 h 30							
9 h							
9 h 30							
10 h							

# Autres outils courants

Échelle	Évaluation
<b>CMAI</b> Échelle d'agitation de Cohen-Mansfield	Évaluation de 29 comportements d'agitation par l'aidant en fonction d'un barème de fréquence de 7 points
<b>NPI-NH</b> Inventaire neuro-psychiatrique - version équipe soignante	Évaluation de 12 facteurs par l'aidant en fonction d'un barème de fréquence de 7 points et d'un barème de gravité de 3 points
<b>BEHAVE-AD</b> Échelle de l'évaluation de la pathologie comportementale de la maladie d'Alzheimer	Évaluation de 25 symptômes par l'aidant en fonction d'une échelle de gravité de 4 points

# Consigner l'ABC au dossier

- A = antécédents
- B = comportement (behavior)
- C = conséquences
  
- Y a-t-il des tendances? Sont-elles prévisibles?
  
- La majorité des membres du personnel ne sont pas en mesure de repérer une tendance par eux-mêmes
  
- Interventions fonctionnelles fondées sur des analyses du comportement.

# Troubles médicaux

- Déshydratation
- Constipation
- Infection urinaire ou pulmonaire
- Éliminer un delirium
- Douleur/infection dentaire
- Douleur systémique

# Facteurs environnementaux

- Bruits ou stimulations excessifs
- Manque de structure/de routine
- Éclairage insuffisant
- Entourage déroutant
- Exigences excessives
- Solitude/ennui
- Comportements des autres

(Lyketsos et coll. 2006)

# Aménagement de l'environnement

- Fleming et Purandare (2010) ont récemment passé en revue 57 études et résumé les données liées à l'aménagement de l'environnement dans les centres de soins de longue durée
- Recommandations
  - Espaces
  - Sécurité
  - Chambres simples
  - Lignes épurées
  - Stimulation
  - Petits espaces chaleureux, activités de la vie quotidienne, espaces extérieurs

# Techniques non-pharmacologiques

- Thérapie de réminiscence
- Thérapie de validation
- Orientation vers la réalité
- Stimulation cognitive
- Soins de base axés sur la personne
- Économie de jetons
- Relaxation musculaire progressive
- Indices écrits
- Renforcement du comportement
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Musique
- Snoezelen
- Bruits de fond
- Stimulation sensorielle
- Exercice physique
- Changements physiques /adaptation de la chambre

# Difficultés d'interprétation des résultats des recherches

- Beaucoup d'études
- Petits échantillons, pouvoir insuffisant
- Modèles quasi-expérimentaux
- Façons différentes d'évaluer les résultats
- Aucun groupe témoin
- Mauvaise randomisation
- Interventions pas toujours pratiques

# Examen systématique

- Examen de 40 études :
- Formation du personnel, consultation en santé mentale et planification du traitement, exercice, activités récréatives, thérapie musicale et autres formes de stimulation sensorielle
- 16 études sur 40 étaient positives
- 75 % exigeaient des ressources considérables et beaucoup de temps

(Seitz et coll. 2012)

# Techniques comportementales

- Extinction
  - Ex. : un homme crie et l'infirmière l'apaise → les cris persistent
  - Évitez d'offrir de renforcer positivement les comportements indésirables!
- Renforcement d'autres comportements
  - Ex. : l'homme qui crie obtient l'attention de l'infirmière quand il est calme

# Gestion pharmacologique

- Antipsychotiques (typiques/atypiques)
- Antidépresseurs
- Inhibiteurs de cholinestérase
- Anticonvulsivants
- Mémantine
- Benzodiazépines
- Hormones
- Autres

# Antipsychotiques atypiques

- Meilleurs résultats pour les perturbations comportementales en démence
  - **Rispéridone** jusqu'à 1-2 mg ID (Indication au Canada pour les SCPD)
  - **Aripiprazole** jusqu'à 5-10 mg ID
  - **Olanzapine** jusqu'à 7,5 mg ID
  - \*Quétiapine : résultats mixtes – on pourrait l'essayer pour le parkinsonisme (ex. : Maladie de Parkinson (MP), démence à corps de Lewy (DCL); récente méta-analyse de six ensembles de données -> les avantages sur le plan clinique sont indéterminés (3 points sur l'échelle NPI)

(\*Cheung et coll. 2011)

# Antipsychotiques atypiques

Revue systématique Cochrane (Ballard et coll., 2012)

- 16 essais contrôlés contre placebo (9 inclus)
- Agressivité : risp et olz > placebo
- Psychose : risp > placebo
- Effets indésirables : incidence supérieure de manifestations cérébrovasculaires et d'effets secondaires extrapyramidaux avec risp et olz

# Risques associés à la prise des antipsychotiques atypiques

- Augmentation de 2 à 3 fois du risque relatif de manifestations cérébrovasculaires indésirables (AVC, ICT)
- Augmentation de 1,7 fois du risque de décès (FDA, 2005)
- Le risque de décès atteint le niveau le plus élevé avec l'halopéridol et est le moins élevé avec la quétiapine (Kales et coll., AM J Psych 2012)
- Chutes, effets métaboliques, effets secondaires extrapyramidaux, hypotension, troubles cognitifs, pneumonie

# Antidépresseurs

- Meilleurs résultats – citalopram
  - Essai randomisé contrôlé (ERC) placebo c. citalopram c. perphénazine (Pollock et coll. 2002)
  - Essai avec médicament de comparaison citalopram c. rispéridone (Pollock et coll. 2007)
  - ERC placebo c. citalopram (Porsteinsson et coll. 2014)
    - 186 patients, citalopram 10-30 mg
    - Les deux mesures principales des résultats étaient positives : (NBR5-A et mADCS-GCIC)

# Sommaire: pharmacothérapie: SCPD

- 1<sup>re</sup> ligne de défense :
  - \*Antipsychotiques atypiques
  - Citalopram (remarque : la sertraline est maintenant utilisée plus souvent en raison des craintes concernant le citalopram et l'intervalle QTc)
- 2<sup>e</sup> ligne de défense :
  - Carbamazépine (rarement utilisée en raison des effets secondaires), trazodone

# Optimisation du recours aux médicaments psychotropes

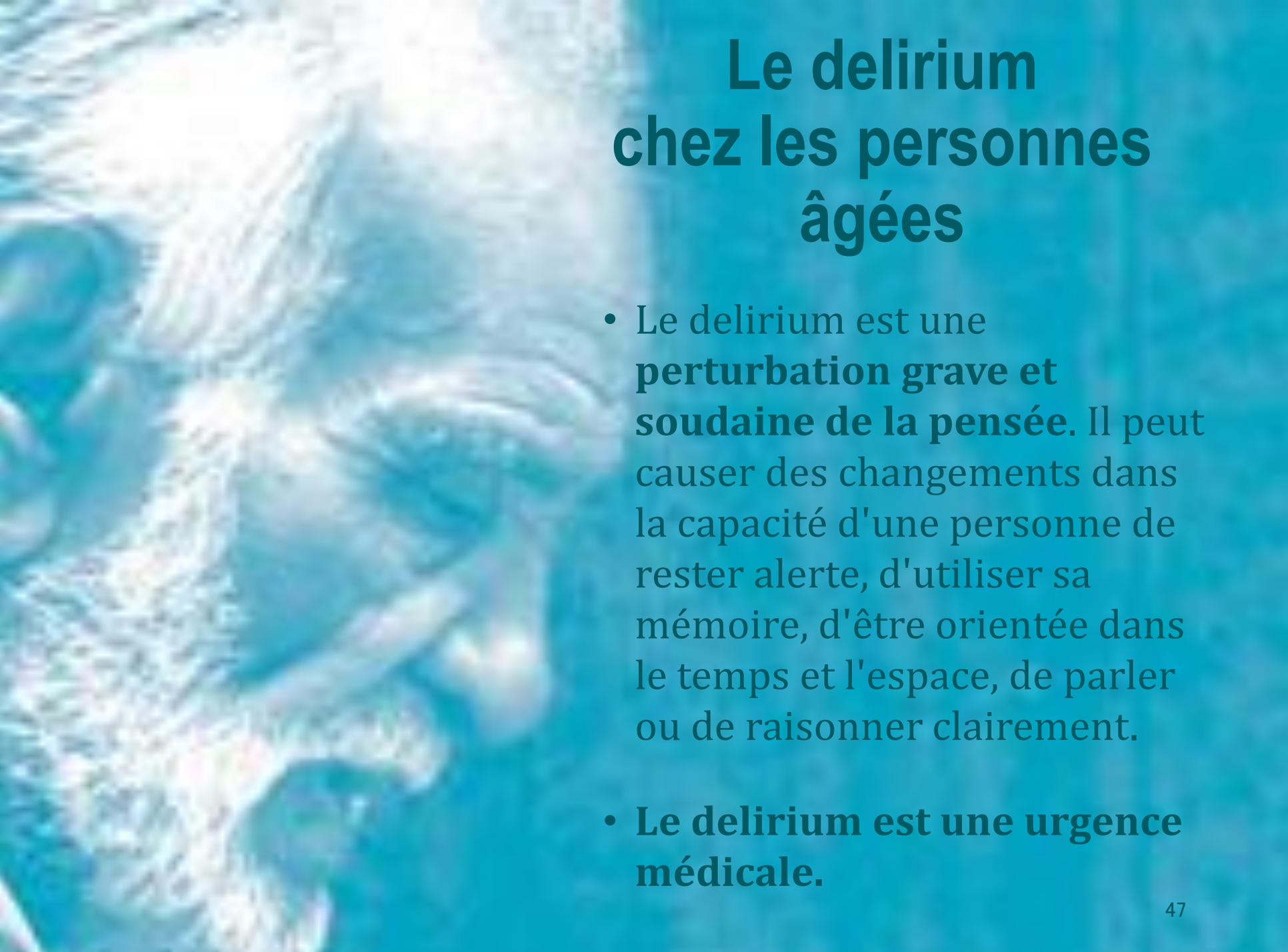
Stratégies pour envisager l'optimisation / l'interruption de la prise de psychotropes:

- Éducation
- Révision périodique des médicaments / vérification des pratiques
- Soins psychosociaux améliorés
- Législation
- Interruption des essais thérapeutiques

# Résumé

- Évaluation complète
- Des médicaments sont recommandés lorsque la personne présente un risque de dangerosité imminente pour elle et les autres
- Les traitements non-pharmacologiques sont souvent fructueux
- Une approche d'équipe est requise

# Dépistage, soins et prévention du delirium

A close-up, slightly blurred photograph of an elderly person's face, showing their eyes and nose. The image has a strong blue color cast. The person's expression is neutral, and their skin appears aged.

# Le delirium chez les personnes âgées

- Le delirium est une **perturbation grave et soudaine de la pensée**. Il peut causer des changements dans la capacité d'une personne de rester alerte, d'utiliser sa mémoire, d'être orientée dans le temps et l'espace, de parler ou de raisonner clairement.
- **Le delirium est une urgence médicale.**

# Critères diagnostiques pour le delirium dans le DSM-V

- A. Une perturbation de l'attention et de la vigilance (orientation réduite)
- B. Cette perturbation se développe sur une courte période, représente un changement par rapport au comportement de base et sa gravité a tendance à fluctuer pendant la journée
- C. Une perturbation d'autres facultés cognitives (ex. : mémoire, désorientation, langage altéré, habileté visuospatiale ou perceptuelle)
- D. Les facteurs A et C ne s'expliquent pas à l'aide d'un autre trouble neurocognitif préexistant, établi ou évolutif et ne se manifestent pas dans le contexte d'un niveau de conscience gravement réduit (ex. : un coma)
- E. Selon les antécédents médicaux de la personne, un examen physique ou des résultats de laboratoire, la perturbation représente la conséquence physiologique directe d'un autre trouble médical, d'une intoxication, des effets de sevrage ou de l'exposition à une toxine, ou elle est attribuable à des causes multiples.

([www.dsm5.org](http://www.dsm5.org))

# Caractéristiques cliniques

- Apparition soudaine
  - Se développe habituellement en l'espace de quelques heures ou de quelques jours
  - Les symptômes peuvent se manifester de façon abrupte
- Phase prodromique
  - Les symptômes initiaux peuvent être faibles/transitoires si leur manifestation est plus graduelle
    - Fatigue/somnolence pendant la journée
    - Concentration réduite
    - Irritabilité
    - Fébrilité/anxiété
    - Légers troubles cognitifs

(Cole 2004, CCSMPA 2006)

# Caractéristiques cliniques

- Fluctuation
  - Imprévisibilité
    - Pendant un entretien
    - Sur une période de 1 jour ou plus
  - Intermittent
  - Souvent plus prononcé la nuit
  - Périodes de lucidité
    - Peut fonctionner à un niveau « normal »
- Perturbation psychomotrice
  - Fébrilité/agitation
  - Léthargie/inactivité

# Caractéristiques cliniques

- Perturbation de la conscience
  - Hyperalerte (sensibilité excessive aux stimuli)
  - Alerté (niveau normal)
  - Léthargique (somnolent, mais facilement stimulé)
  - Comateux (pas stimuable)
- Inattention
  - Capacité réduite de se concentrer, ou de maintenir ou réorienter son attention
  - Facilement distrait
    - Les stimuli externes nuisent à la cognition
  - Peut expliquer tous les autres déficits cognitifs

(Cole 2004, CCSMPA 2006)

# Caractéristiques cliniques

- Perturbation du sommeil et de l'état d'éveil
  - Fragmentation/perturbation du sommeil
  - Rêves et cauchemars vivides
    - Difficulté à faire la distinction entre les rêves et les perceptions réelles
  - Les expériences en état de vigilance réduite pendant la journée sont « oniriques » (Rêves éveillés)
- Perturbation émotionnelle
  - Peur
  - Anxiété
  - Dépression

# Caractéristiques cliniques

- Troubles de la pensée
  - Proéminence d'anormalités dans la forme et le contenu de la pensée
    - Troubles d'organisation et d'utilisation de la pensée
    - La pensée peut devenir bizarre ou illogique
    - Son contenu peut être appauvri ou psychotique
      - Les délires de persécution sont courants
    - Le jugement et l'autocritique peuvent être médiocres

# Caractéristiques cliniques

- Troubles de langage
  - Élocution lente et mauvaise articulation
  - Difficultés à trouver ses mots
  - Difficultés à écrire
- Troubles de mémoire et d'orientation
  - Mauvaise perception
  - Troubles de la mémoire récente et ancienne
  - Confabulation possible
  - Désorientation par rapport au temps, à l'espace et (parfois) aux personnes

# Caractéristiques cliniques

## **Perturbations perceptuelles**

- Distorsions
  - Macropsie/micropsie
  - Déréalisation/dépersonnalisation

## **Illusions**

- Mauvaise interprétation des stimuli sensoriels externes

## **Hallucinations**

- Peut réagir comme si les perceptions sont réelles
- Visuelles
  - Se manifestent souvent pendant la nuit seulement
  - De simples à complexes
- Auditives
  - Sons, musique, voix simples
- Tactiles (moins courantes)

(Cole 2004, CCSMPA 2006)

# Variantes cliniques

## **Hyperactivité**

- Fébrilité/agitation
- Agressivité/hyper-réactivité
- Stimulation autonome

## **Combinaison des deux**

## **Hypoactivité**

- Léthargie/somnolence
- Apathie/inactivité
- Silence/confusion
- Plus difficile à diagnostiquer
- Souvent confondue avec la dépression

# Outils de dépistage du delirium

Mini-examen de l'état mental (MMSE)

MÉTHODE D'ÉVALUATION DE LA CONFUSION (CAM)

TEST D'ÉVALUATION COGNITIVE DE MONTRÉAL (MoCA)

*Entrevue sur les symptômes du delirium (cas complexes)*

*CIWA-Ar (sevrage d'alcool)*

(CCSMPA, 2006)

# Delirium à l'hôpital

- Services d'urgence ~ 10 %
- Au moment d'être admis à l'hôpital (médical) ~ 10-20 %
- Pendant une hospitalisation, une autre tranche de ~ 5-10 % développera le syndrome.
- Post-opératoire ~ 10-15 % (fracture de la hanche ~ 40-50 %)
- Taux élevé parmi certaines populations
  - Soins palliatifs/cancer avancé (80 % +)
  - Unité de soins intensifs (70 %)
  - Ceux atteints de démence qui sont hospitalisés

(Hustey et coll. 2002, Cole 2004, CCSMPA 2006)

# Le delirium dans les centres de soins de longue durée

- A fait l'objet de peu d'études

- Prévalence ~ 10%

(Voyer et coll. 2008)

# Dans quelle mesure dépistons-nous le delirium?

- Seulement de 30 à 50 % des personnes présentent des symptômes/signes documentés par les médecins
- Le personnel infirmier dépiste 60 à 90 % des cas
- Même si les symptômes/signes sont détectés, ils donnent souvent lieu à un diagnostic erroné de démence ou de dépression
- Plus difficile à détecter chez les personnes de 80 ans ou plus qui ont la forme hypo active de delirium, ou qui ont des troubles de vision ou encore qui sont déjà atteintes de démence

(Inouye et coll. 2001)

# Pourquoi la détection est difficile?

- Fluctuation des symptômes
- Chevauchement avec la démence
- Absence d'une évaluation cognitive officielle
- Négligence de déterminer la gravité des changements cognitifs
- Sous-estimation de son importance/de ses conséquences
- Âgisme (attente : « Les personnes âgées ne sont-elles pas toutes confuses? »)

(Voyer 2008, Inouye et coll. 2001)

# Facteurs prédisposants

- Démographique – âge croissant, hommes
- Cognition – **démence/trouble cognitif**, antécédents de delirium, dépression
- Fonctionnement – trouble/invalidité
- Trouble sensoriel – vision et ouïe
- Consommation – déshydratation, malnutrition
- Drogues et médicaments – nombre, psychotropes, abus d'alcool
- États concomitants – **condition médicale grave**

(CCSMPA, 2006)

# Facteurs environnementaux modifiables

- Déprivation sensorielle (chambre sans fenêtres, chambre simple)
- Surcharge sensorielle (trop de bruit et d'activités)
- Isolation de la famille/des amis, objets familiers
- Changements fréquents de chambre
- Absence de moyens pour favoriser l'orientation (montre, horloge ou calendrier)
- Absence d'aides visuelles ou auditives
- Utilisation de moyens de contention

(CCSMPA 2006, McCusker et coll. 2001)

# Facteurs déclencheurs

- Drogues et médicaments – psychotropiques, narcotiques, anticholinergiques, nombre, sevrage (ex. : alcool, benzodiazépines)
- Maladie intercurrente – infections
- Chirurgie – orthopédique, cardiaque
- Facteurs physiologiques – sodium anormal
- Environnement/interventions – unité de soins intensifs, utilisation d'appareils de contention, cathétérisme
- Facteurs psychologiques – déficit de sommeil, stress, contrôle inadéquat de la douleur

(CCSMPA, 2006)

# Conseils pratiques pour les fournisseurs de soins de santé

Que pouvez-vous faire demain, dans l'exercice de vos fonctions, pour appuyer vos clients plus âgés atteints de dépression et/ou à risque de délirium?

# Prévention

- Les efforts de prévention devraient être axés sur les facteurs de risque de delirium individuels de la personne âgée (D)
- Une intervention à plusieurs volets ciblant de multiples facteurs de risque devrait être mise en œuvre chez les personnes âgées hospitalisées qui affichent un risque de moyen à élevé de développer un delirium (A)
- On devrait songer à tenir des consultations proactives de dépistage du delirium avec les personnes âgées subissant une chirurgie d'urgence (B)

(CCSMPA 2006, CCSMPA 2009, CCSMPA 2014)

# Interventions basées sur les facteurs de risque

## **Trouble cognitif**

- Orientation p/r à la réalité
- Programme d'activités thérapeutiques

## **Trouble de la vision/de l'ouïe**

- Aides visuelles/auditives
- Environnement adapté

## **Immobilisation**

- Mobilisation précoce
- Minimiser l'utilisation des mesures de contention

## **Utilisation de médicaments psychoactifs**

- Approches non-pharmacologiques à l'égard du sommeil/de l'anxiété
- Usage limitée de médicaments pour le sommeil

## **Déshydratation**

- Dépistage précoce
- Corriger les problèmes de déshydratation

## **Déprivation du sommeil**

- Stratégies de réduction des bruits
- Programme d'amélioration du sommeil

# Évaluation

L'évaluation devrait tenir compte :

- des conditions médicales connues (aigues et chroniques)
- des chirurgies récentes
- des antécédents médicamenteux complets, y compris la prise de médicaments sans ordonnance
- d'un examen approfondie des habitudes de consommation d'alcool et d'autres substances
- du fonctionnement cognitif antérieur
- des capacités fonctionnelles (ex. : activités de de la vie domestique et quotidienne)
- Des manifestations et de l'évolution du delirium du client

# Évolution du delirium

- Moins bon pronostic chez les personnes âgées
- Lié indépendamment à :
  - un accroissement de l'incapacité fonctionnelle
  - des hospitalisations plus longues
  - la probabilité accrue d'une admission à un centre de soins de longue durée
  - un risque de mortalité accru
    - 1 mois : 16 %
    - 6 mois : 26 %
- Les symptômes persistent souvent six mois plus tard

(Cole 2004)

# Conclusions

- Les maladies mentales NE sont **PAS** un aspect normal du vieillissement
- La dépression peut être traitée à l'aide de méthodes de soutien social, de psychothérapie et de pharmacothérapie
- Le delirium peut parfois être prévenu
- Le delirium est une urgence médicale – il faut faire preuve de diligence pour le prévenir, le dépister et le traiter

# Références

# Recherches générales sur la santé mentale

Butler-Jones, D. (2010). Rapport sur l'état de la santé publique au Canada, de l'administrateur en chef de la santé publique, 2010 : Vieillir — Ajouter de la vie aux années. Agence de la santé publique du Canada : Ottawa.

Butler-Jones, D. (2012). Rapport sur l'état de la santé publique au Canada, de l'administrateur en chef de la santé publique, 2012 : Le sexe et le genre - Leur influence importante sur la santé. Agence de la santé publique du Canada : Ottawa.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2010). La dépression chez les personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement. Auteur : Ottawa.

Gilmour, H. (2014). Santé mentale positive et maladie mentale, *Rapports sur la santé*, Statistique Canada : Ottawa.

Commission de la santé mentale du Canada. (2015). Tracer la voie de l'avenir : indicateurs de la santé mentale pour le Canada : rapport technique. Auteur : Calgary.

Société pour les troubles de l'humeur du Canada. (2009). Quelques faits : maladie mentale et toxicomanie au Canada. Auteur : Guelph.

Pearson, C, Janz, T et Ali, J. (2013). Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada, Statistique Canada : Ottawa.

Agence de la santé publique du Canada. (2006). Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada. Auteur : Ottawa.

# Références sur la dépression

Abarno AC, et coll. (2012). Psychotropic drug-related problems in the elderly. *Aging Health* 8.2: 147+. *Academic OneFile*.

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA). (2006). *Évaluation et traitement de la dépression*. Auteur : Toronto. [www.ccsmh.ca](http://www.ccsmh.ca).

Ballard et coll. (2012).

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA). (2014, 2006). *Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement)*. Auteur : Toronto. [www.ccsmh.ca](http://www.ccsmh.ca).

Chemali Z, Chahine LM, et Fricchione G. (2009). The Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Elderly Patients, *Harv Rev Psychiatry*, 17(4), 242-253.

Cheung et coll., *NZMA* 2011; 124: 139-150

Chong WW, Aslani P, Chen T. (2011). Effectiveness of interventions to improve antidepressant medication adherence: a systematic review. *Int J Clin Pract*. 65:954-975.

Fleming and Purandare (2010)

Hache G, Coudore F, Gardier AM, et Guiard BP. (2011). Monoaminergic Antidepressants in the Relief of Pain: Potential Therapeutic Utility of Triple Reuptake Inhibitors (TRIs), *Pharmaceuticals*; 4(2): 285-342.

Hefner G et coll., (2015). Side effects related to potentially inappropriate medications in elderly psychiatric patients under everyday pharmacotherapy, *European Journal of Clinical Pharmacology*, 71(2), 165-172.

Husebo, Ballard et coll., *BMJ* 2011; 343

Jeste et coll., *Neuropsychopharmacology* 2008;33:957-970

Kong et coll., *Aging and Mental Health* 2009; 13(4):512-520

# Références sur la dépression

Lebert et coll. 2004, Dem Ger Cog Dis

Mark TL et coll., (2011). Antidepressant Use in Geriatric Populations: The Burden of Side Effects and Interactions and Their Impact on Adherence and Costs, *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(3), 211-221.

McShane R. *Int Rpsychogeriatr* 2000, 12(Suppl 1):147-54.

Mulsant BH, Blumberger DM, Ismail Z, Rabheru K, Rapoport MJ. (2014). A Systematic Approach to Pharmacotherapy for Geriatric Major Depression, *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(3), p. 517-534.

Nelson et coll., 2011 JAGS

O'Connor et coll., *International Psychogeriatrics* 2009 21:2 225-240

Olfson M, Marcus SC, Tedeschi M, Wan GJ. (2006). Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States. *Am J Psychiatry* 163:101-8.

Pollock et coll., 2002 *Amer J Psych*

Pollock et coll., 2007 *Amer J Psych*

Porsteinsson et coll., 2014. *JAMA*

Rabins et coll., *Am J Psychiatry* 2007;164(Suppl12):5-56

Renoir T. (2013). Selective serotonin reuptake inhibitor antidepressant treatment discontinuation syndrome: a review of the clinical evidence and the possible mechanisms involved. *Front. Pharmacol.* 4:45.

# Références sur la dépression

Salzman et coll., J Clin Psychiatry 2008;69(6):889-898

Sansone RA, Sansone LA. (2012). Anti-depressant adherence: are patients taking their medications? *Innov Clin Neurosci*. 9(4-5):41-46.

Seitz et coll., JAMDA 13 (2012) 503-506

Steinberg et coll., Int J Geriatr Psychiatry 2008; 23:170-177

Taylor D, Paton C et Kapur S. (co-éditeurs). (2012). *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*, 11<sup>e</sup> édition. New Jersey : John Wiley and Sons.

Tedeschini E, Levkovitz Y, Iovieno N, Ameral VE, Nelson JC, Papakostas GI. (2011). Efficacy of antidepressants for late-life depression: a meta-analysis and meta-regression of placebo-controlled randomized trials, *The Journal of clinical psychiatry*, 72(12), 1660-8.

Warner CH, Bobo W, Warner C, Reid S et Rachal J. (2006). Antidepressant discontinuation syndrome, *American Family Physician*, 74(3), 449-56.

Wiese BS. (2011). Geriatric depression: The use of antidepressants in the elderly, *BCMj*, 53, 7, 341-347.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et coll. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*; 17(1):37-49.

Yokoyama E et coll., (2010). Association between depression and insomnia subtypes: a longitudinal study on the elderly in Japan, *Sleep*, 33(12):1693-1702.

Zuidema et coll. 2007

# Références sur le delirium

Bergeron N, MJ Dubois, M Dumont, S Dial, et Y Skrobik (2001). Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Medicine* 27: 859-864.

Cole MG. (2004). Delirium in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 12(1):7-21.

Elie M, et coll. (1998). Delirium risk factors in elderly hospitalized patients, *J Gen Intern Med*, 13:204–212.

European Delirium Association et American Delirium Society. (2014). The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC Medicine*, 12:141. DOI: 10.1186/s12916-014-0141-2.

Givens JL, Jones RN, Inouye SK. (2009). The overlap syndrome of depression and delirium in older hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc* 57(8), 1347-1353.

Hogan et coll. (2006). *Lignes directrices nationales de la CCSMPA pour la santé mentale chez les aînés : Évaluation et traitement du délirium*. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées.

Hogan et coll. (2010). *The Assessment and Treatment of Delirium at the End of Life*. CCSMPA.

Hogan D et Gage L. (2014). *Évaluation et traitement du délirium – Mise à jour de 2014*. CCSMPA.

Hustey et coll. (2002). The Prevalence and Documentation of Impaired Mental Status in Elderly Emergency Department Patients. *Ann Emerg Med* 39:248-253.

Inouye SK, et coll. (2001). Nurses' recognition of delirium and its symptoms. *Arch Intern Med*, 161:2467-73.

Inouye SK. (2004). A practical program for preventing delirium in hospitalized elderly patients. *Cleve Clin J Med*, 71:890-6.

Plaschke K, et coll. (2008). Comparison of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) with the Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) for delirium in critical care patients gives high agreement rate(s). *Intensive Care Medicine* 34(3): 431-436.

Voyer P, Richard S, Doucet L, Danjou C et Carmichael P-H. (2008). Detection of delirium by nurses among long-term care residents with dementia, *BMC Nursing*, 7:4. DOI: 10.1186/1472-6955-7-4.