

Le massage comme traitement

Ou l'impact qu'il peut avoir dans la prise en soins de l'agitation auprès de la
personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer en institution

Revue de la littérature

Réalisé par : Bochatay Sophie

Promotion : bachelor 16

Sous la direction de : Verloo Henk

Sion, le 10 juillet 2019

Résumé

Introduction : Les démences et plus particulièrement la maladie d'Alzheimer sont en augmentation dans la société actuelle vieillissante. Il n'existe aucun médicament qui permette de guérir les démences ou de les stabiliser. Les thérapies médicamenteuses utilisées dans la prise en charge de ces maladies et des troubles les accompagnant comportent de nombreux effets secondaires. Selon la connaissance actuelle, il est de bonne pratique de prioriser les thérapies non-médicamenteuses; mais les observations faites dans les domaines de soins montrent que ces recommandations ne sont que rarement appliquées. Le massage est une possibilité parmi d'autres de diminuer l'agitation dans le cadre d'un symptôme comportemental et psychologique de la démence (SCPD).

But de l'étude : L'objectif de cette revue de la littérature est de déterminer la contribution du toucher de type massage pour mieux gérer l'agitation dans le cadre d'un SCPD lié à la maladie d'Alzheimer afin de pouvoir le recommander ensuite aux soignants.

Méthode : Trois bases de données scientifiques ont été consultées et six études ont été sélectionnées. Ces dernières sont des études primaires randomisées et publiées après 2014. Elles portent sur des personnes âgées démentes institutionnalisées et présentant un état d'agitation.

Résultats : Ce travail montre un manque de preuves scientifiques solides par rapport à l'efficacité du toucher/massage dans la prise en soins de l'agitation chez la personne âgée démente. Cependant, la plupart des auteurs s'accordent sur le potentiel bénéfique du massage auprès de cette population, soit directement sur l'agitation soit sur la qualité de vie de manière générale.

Conclusion : Cette intervention est prometteuse mais mérite des recherches plus poussées pour définir les conditions dans lesquelles elle doit être appliquée.

Mots-clés : massage, agitation, démence, SCPD, Alzheimer, personnes âgées

Zusammenfassung

Einleitung : Die heutige Gesellschaft wird durchschnittlich älter und es gibt immer mehr Demenz- und insbesondere Alzheimer-Fälle. Bis jetzt wurde kein Medikament herausgefunden, das die Demenz oder deren Begleitstörungen heilen kann und die medikamentösen Therapien, die auf dem Markt sind, haben viele Nebenwirkungen. Es wird empfohlen, die nichtmedikamentösen Therapien zu priorisieren. Trotzdem, wird es in der Praxis kaum umgesetzt. Die Massage ist eine Möglichkeit, um der verhaltensbedingten und psychologischen Symptome die Demenz (BPSD) zu bekämpfen.

Ziel : Das Ziel dieser Literaturübersicht ist, die Auswirkungen der Massage/Berührung auf die Agitation/Unruhe im Rahmen einer BPSD im Zusammenhang mit Alzheimer-Krankheit zu bestimmen. Dies würde erlauben, diese Behandlung nachher den Pflegekräften zu empfehlen.

Methode : Es wurden drei wissenschaftliche Datenbanken herangezogen und sechs Studien ausgewählt. Es sind randomisierte Primärstudien, die nach 2014 veröffentlicht wurden. Die untersuchte Bevölkerung besteht aus älteren Menschen, die einen unruhigen Zustand im Rahmen einer BPSD zeigen.

Ergebnisse : Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen einen Mangel an fundierten wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Wirksamkeit von Berührung/Massage bei der Behandlung von Agitation/Unruhe bei alten dementen Menschen. Die meisten Autoren sind sich jedoch einig über das Nutzenpotenzial der Massage für diese Menschen, entweder direkt auf die Unruhe oder auf die Lebensqualität im Allgemeinen.

Schlussfolgerung : Zusammenfassend lässt sich sagen, dass diese Intervention vielversprechend ist, aber weitere Forschungsarbeiten erfordert, um die Anwendungsbedingungen zu definieren.

Stichworte : Massage, Agitation, Demenz, BPSD, Alzheimer, Senioren

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes qui m'ont assistée et soutenue durant la réalisation de ce travail.

Ce cheminement a été laborieux et le contenu a pu évoluer grâce aux précieux conseils et interactions que j'ai eus avec mon directeur M. Verloo Henk.

Je souhaite également remercier du fond du cœur ma famille et mes amis, pour leurs relectures ainsi que pour leurs encouragements qui m'ont permis de conserver ma motivation tout au long de cette formation.

Déclaration

Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers à la Haute Ecole de Santé Valais Wallis (HEdS).

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteure et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 6.0.

Sion, le 10 juillet 2019

Sophie Bochatay

Table des matières

1	Introduction	1
1.1	Problématique	1
1.2	Cadre de référence.....	3
1.3	Question de recherche	4
1.4	But de la recherche	4
2	Cadre théorique.....	5
2.1	La démence.....	5
2.1.1	Typologie de la démence.....	5
2.1.2	Maladie d'Alzheimer.....	6
2.2	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence ...	7
2.2.1	Typologie des SCPD	8
2.2.2	L'agitation	9
2.3	Approches thérapeutiques de la maladie d'Alzheimer.....	11
2.3.1	Approches non-médicamenteuses	12
2.3.2	Approches médicamenteuses	15
2.3.3	Le toucher de type massage.....	16
3	Méthode.....	21
3.1	Design de recherche	21
3.2	Collecte des données.....	21
3.2.1	Critères d'inclusion	21
4	Résultats	22
4.1	Sélection des publications par rapport à la question de recherche..	22
4.2	Considérations éthiques	22
4.3	Analyse des données.....	23
4.4	Description de l'étude 1	23
4.4.1	Validité méthodologique	24
4.4.2	Pertinence clinique	24
4.4.3	Utilité pour la pratique professionnelle.....	25
4.5	Description de l'étude 2	26
4.5.1	Validité méthodologique	26
4.5.2	Pertinence clinique	27

4.5.3	Utilité pour la pratique professionnelle	27
4.6	Description de l'étude 3	28
4.6.1	Validité méthodologique	29
4.6.2	Pertinence clinique	30
4.6.3	Utilité pour la pratique professionnelle.....	30
4.7	Description de l'étude 4	31
4.7.1	Validité méthodologique	32
4.7.2	Pertinence clinique	32
4.7.3	Utilité pour la pratique professionnelle.....	33
4.8	Description de l'étude 5	33
4.8.1	Validité méthodologique	34
4.8.2	Pertinence clinique	35
4.8.3	Utilité pour la pratique professionnelle.....	35
4.9	Description de l'étude 6	36
4.9.1	Validité méthodologique	37
4.9.2	Pertinence clinique	37
4.9.3	Utilité pour la pratique professionnelle.....	38
4.10	Synthèse des principaux résultats	38
5	Discussion	40
5.1	Discussion.....	40
5.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences	41
5.3	Limites et critiques de la revue de la littérature	42
6	Conclusions.....	44
6.1	Propositions pour la pratique	44
6.2	Propositions pour la formation	44
6.3	Propositions pour la recherche	45
7	Références bibliographiques.....	46
8	Annexes	I
Annexe I	Tableaux de recension des études	I
Annexe II	Pyramides des preuves	VII
Annexe III	Tableau récapitulatif des études retenues	VIII
Annexe IV	Echelles d'évaluation de l'agitation	IX

Précision concernant le genre

La forme masculine est utilisée dans le présent document comme générique. Cette disposition vise à faciliter la lecture et ne reflète en rien une discrimination basée sur le genre.

Liste des figures

1. Typologie des SCPD selon International Psychogeriatric Association, 2003..... page 8

Liste des abréviations

AT	Aroma-massage Therapy (traduit thérapie par massage aromathérapeutique)
AVQ	Activité de la Vie Quotidienne
BEHAVE-AD	Behavior Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale
CDR	Clinical Dementia Rating
CMAI	Cohen-Mansfield Agitation Inventory
CSDD	Cornell Scale for Depression in Dementia
CST	Cognitive Stimulation Therapy (traduit thérapie par stimulation cognitive)
EMS	Etablissement Médico-Social
HoNOS65+	Health of the Nation for people over 65j
MMSE	Mini Mental State Evaluation
NPI	Inventaire Neuro-Psychiatrique
OFS	Office Fédéral de la Statistique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAS	Echelle de Pittsburgh
RT	Reminiscence Therapy (traduit thérapie par la réminiscence)
SCPD	Symptôme Comportementaux et Psychologiques de la Démence

1 Introduction

La pratique quotidienne des infirmiers doit se baser sur les meilleures évidences scientifiques disponibles. Afin de se formater à cette démarche structurée et systématisée qui fait partie de la profession, il est demandé aux étudiants en soins infirmiers de finaliser leur formation bachelor par la réalisation d'un travail de recherche selon certaines modalités de forme et de contenu. L'une des modalités de ce travail est la revue de littérature, qui permet d'obtenir un aperçu de l'état de connaissance actuel des recherches sur un sujet défini. C'est ce mode de travail de bachelor qui a été choisi pour le document présent.

Le sujet sélectionné dans le cadre de ce travail de bachelor est l'impact du toucher/massage comme approche non-pharmacologique pour diminuer l'agitation auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en institution et manifestant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Les ambitions accompagnant cette revue de littérature sont d'éclaircir si des approches non pharmacologiques telles que le toucher/massage peuvent avoir un effet bénéfique pour réduire l'agitation des personnes âgées atteintes des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). En effet, lors des différentes périodes de formation pratique dans des institutions de soins de longue durée, j'ai pu constater un recours à la médication psychotrope comme première action face à un comportement perturbateur de type SCPD. Ce constat laisse place à une réflexion pour savoir s'il s'agit de la seule solution efficace et si cette pratique correspond aux recommandations actuelles de bonnes pratiques.

1.1 Problématique

Nous vivons dans une société où la transition démographique se fait rapidement vers une société vieillissante. L'organisation mondiale de la santé (OMS) présente le vieillissement de la population comme un défi de santé public majeur qui risque de s'intensifier dans les prochaines décennies (OMS, 2017). Ce défi se pose particulièrement aux professionnels de la santé, régulièrement en contact avec des personnes présentant des difficultés liées à la perte d'autonomie et manifestant des troubles du comportement.

La baisse du taux de natalité et la hausse de l'espérance de vie sont des facteurs qui influencent un vieillissement accéléré de la population suisse (Office fédéral de la statistique [OFS], 2015). Les démographes prévoient une forte augmentation des personnes de 65 ans ou plus au cours des prochaines décennies (OFS, 2015). L'OFS articule que 26,4% de

la population sera en âge de la retraite en 2045. En 2009, lors du dernier recensement des personnes résidant en établissement médico-social (EMS), la part des personnes de 65 ans ou plus qui vivaient dans un EMS s'élevait à 6% (OFS, 2012). Il existe une relation étroite entre le vieillissement de la population et la prévalence croissante de la démence. Parmi les personnes qui vivent dans les EMS, 39% portent un diagnostic de démence (souvent non investigué). On note également qu'une proportion importante de ces personnes présentent des SCPD (OFS, 2012). La prévalence des SCPD chez les personnes âgées atteintes de démence se situe entre 50 et 80% (Ebbing, 2016).

Il est du ressort des infirmiers de prendre en soins ces situations stressantes et de mettre en place une évaluation clinique de la personne âgée. L'appréciation de l'état somatique, mental et environnemental permet de détecter les facteurs déclenchants et d'introduire des interventions infirmières selon les bonnes pratiques basées sur des évidences. Ce processus rend possible la diminution / stabilisation des troubles du comportement. L'utilisation des approches non-pharmacologiques est privilégiée par rapport à celle des approches pharmacologiques et relève des compétences du personnel soignant (Cohen-Mansfield, 2013; Rey, Voyer, & Juneau, 2016).

Cependant, dans les EMS, la pratique courante est souvent basée sur l'utilisation et la prescription de médicaments antipsychotiques comme première stratégie d'intervention pour traiter les comportements perturbateurs (Ebbing, 2016; Kales, Gitlin, & Lyketsos, 2015; Moyle, Johnston, & O'Dwyer, 2011; Moyle, Murfield, O'Dwyer, & Wyk, 2013; Rey et al., 2016; Tible, Riese, Savaskan, & von Gunten, 2017).

Plusieurs auteurs relatent que le traitement médicamenteux de type antipsychotique entraîne des effets adverses non négligeables. Parmi les plus courants, on compte la sédation, l'excitation, le risque de chute et le développement d'un état confusionnel aigu (Savaskan et al., 2014). De plus, les antipsychotiques ont un effet délétère; ils augmentent substantiellement les taux de mortalité précoce et d'accidents vasculaires cérébraux et comportent un risque important d'accélérer le déclin cognitif (Cohen-Mansfield, 2013; Moyle et al., 2013).

L'inefficacité des approches médicamenteuses et les effets indésirables justifient l'attrait pour des approches non médicamenteuses telles que l'activité structurée, l'accompagnement des proches, l'aménagement de l'environnement, l'entraînement de la mémoire, la réminiscence, la stimulation au mouvement, la musicothérapie, la luminothérapie, l'aromathérapie ou encore la stimulation basale ou le toucher/massage

(Cohen-Mansfield, 2013; Dubois & Michon, 2015; Moyle et al., 2013; Pancrazi & Metais, 2005; Savaskan et al., 2014).

Malgré la présence des recommandations d'utiliser des approches non-pharmacologiques (Dubois & Michon, 2015; Pancrazi & Metais, 2005; Savaskan et al., 2014; Vanderheyden & Kennes, 2017) et plus particulièrement le toucher/massage, ces interventions restent souvent sous-utilisées dans les services hospitaliers et les EMS. Cette revue de la littérature propose une analyse documentaire sur les effets du massage pour faire face à l'agitation liée à des troubles du comportement dans le cadre d'un SCPD chez une personne âgée en institution de soins de longue durée.

1.2 Cadre de référence

L'approche par le toucher/massage peut s'inscrire dans le paradigme du caring de Jean Watson. Cette infirmière théoricienne a élaboré le concept du « human caring », ou « soins humains » dans l'optique de préserver l'aspect humain des soins infirmiers. Elle dénonce les technologies biomédicales et instrumentales du monde de la santé actuel et rappelle aux valeurs humanistes telles que l'altruisme, la bienfaisance et la dignité humaine (Krol & Lavoie, 2015). Selon Watson, les interventions infirmières devraient se baser sur les « facteurs caratifs : les valeurs humanistes et altruistes, la croyance et l'espoir, la prise de conscience de soi et des autres, le développement d'une relation d'aide et de confiance, l'expression de sentiments positifs et négatifs, la création d'une méthode scientifique de résolution de problème, l'enseignement-apprentissage transpersonnel, le soutien, la protection et/ou la modification de l'environnement mental, physique, socio-culturel et spirituel, la gratification des besoins humains du bénéficiaire, les forces existentielles-phénoménologiques spirituelles » (Neves, Malaquin-Pavan, & Debout, 2008). Le toucher/massage répond à ces idées en permettant de créer un contact privilégié avec le patient. Il inclut la reconnaissance du sentiment de mal-être et la volonté de vouloir prendre soin et diminuer les symptômes.

1.3 Question de recherche

Au regard des différents éléments présentés et des interrogations soulevées dans la problématique, la question de recherche suivante a été élaborée pour guider cette analyse documentaire :

Quel est l'impact du toucher de type massage, appliqué par l'infirmier/soignant, sur l'agitation auprès d'une personne âgée atteinte de la maladie Alzheimer, vivant dans un EMS et présentant des troubles du comportement de type agitation dans le cadre d'un SCPD ?

1.4 But de la recherche

Cette revue de la littérature se donne pour but d'évaluer si le toucher/massage, effectué par un soignant, a un effet bénéfique sur l'agitation auprès de la personne âgée atteinte de la maladie Alzheimer et manifestant un SCPD;

Afin d'atteindre ce but, plusieurs objectifs sont également fixés :

- Identifier les effets du toucher/massage
- Définir l'agitation et la mesurer
- Situer l'approche par le toucher dans les autres traitements de la maladie d'Alzheimer et des SCPD l'accompagnant

2 Cadre théorique

Pour permettre une meilleure analyse du sujet et favoriser la compréhension de ce travail, il est nécessaire de développer les concepts énoncés dans la question de recherche. Par conséquent, un approfondissement concernant la maladie d'Alzheimer, les SCPD et plus particulièrement l'agitation, un aperçu des traitements existants ainsi que le toucher de type massage vont être présentés dans le point présent.

2.1 La démence

Le mot démence est originaire de la langue latine et signifie littéralement ayant perdu l'esprit / la raison. Dans son étymologie, une personne démente est ainsi définie comme « vide de pensée » (Maillot, 2010, p. 7). L'OMS définit la démence comme : « un syndrome dans lequel on observe une dégradation de la mémoire, du raisonnement, du comportement et de l'aptitude à réaliser les activités quotidiennes » (OMS, 2017). Cette altération de la fonction cognitive est à distinguer de celle présente dans vieillissement normal, le délirium, l'épisode dépressif ou l'intoxication (alcool/drogue) (Vanderheyden & Kennes, 2017).

Plusieurs critères définissent le diagnostic du syndrome démentiel. Le sujet doit présenter un déclin par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement cognitif avec une déficience dans deux domaines cognitifs ou plus (comme la mémoire, les fonctions exécutives, l'attention, le langage, la cognition et le jugement sociaux, la vitesse psychomotrice, les capacités visuoperceptuelles ou visuospatiales). Cette déficience cognitive doit pouvoir être attribuée ou présumément attribuée à un trouble neurologique ou médical qui affecte le cerveau (OMS, 2018). Ces symptômes sont souvent accompagnés de troubles du comportement et de l'humeur qui se manifestent par de l'agitation, de l'anxiété, de la dépression ou des hallucinations (Haas, 2010).

2.1.1 Typologie de la démence

Il existe plusieurs typologies de démence. La plus répandue est la maladie d'Alzheimer, à l'origine de 60 à 70 % des cas de démence répertoriés. La démence vasculaire, la démence à corps de Lewy et la démence fronto-temporale sont les trois autres formes les plus communes (OMS, 2017). Nous allons nous concentrer ici sur la démence de type Alzheimer puisqu'il s'agit de la plus fréquente.

2.1.2 Maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est une démence neurodégénérative ou primaire ; c'est-à-dire due à des lésions causant une destruction du tissu cérébral (OMS, 2018). L'état de la connaissance scientifique évoque que les protéines tau et bêta-amyloïdes seraient responsables de la dégénération des cellules nerveuses du cerveau. Lors d'un dysfonctionnement métabolique cérébral, les protéines tau se massent à l'intérieur des neurones tandis que les protéines bêta-amyloïdes s'accumulent entre eux et sur les capillaires sanguins. Ces phénomènes ont pour conséquence une moins bonne conduction des influx nerveux ainsi que la mort progressive des tissus moins perfusés. Le cerveau perd d'ailleurs près de 20% de sa masse au cours de la maladie (Haas, 2010). Les différents procédés d'imagerie médicale et moléculaire jouent un grand rôle dans le dépistage et l'identification de la démence (Vanderheyden & Kennes, 2017).

2.1.2.1 Etiologie

Les causes de la maladie d'Alzheimer sont complexes. Pour une partie des sujets touchés, une prédisposition génétique est admise dans l'apparition et le déroulement de la pathologie. Cependant les gènes responsables de la transmission n'ont pas encore été identifiés. L'âge représente un facteur influençant l'apparition d'un trouble et les démences sont rares avant 65 ans (Haas, 2010). Les autres facteurs de risques liés à Alzheimer sont semblables à ceux d'autres maladies dégénératives et concernent le mode de vie. L'OMS cite par exemple : la sédentarité, l'obésité, une mauvaise alimentation, le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, le diabète sucré, l'hypertension, la dépression, l'absence d'activité cognitive et l'isolement social (OMS, 2017).

2.1.2.2 Epidémiologie

Le nombre de cas atteints par la maladie d'Alzheimer s'accroît avec l'âge ; 0.5% des personnes de 65 ans en souffrent tandis que 40% des personnes de 90 ans et plus sont touchées. (Haas, 2010). En Suisse, 151'000 personnes sont estimées atteintes de démence et on compte 28'800 nouveaux cas chaque année (Alzheimer Suisse, 2018). Au niveau mondial, on dénombre 50 millions de personnes atteintes et près de 20 millions de personnes sont diagnostiquées chaque année. La maladie d'Alzheimer représente 60 à 70% des cas (OMS, 2017).

2.1.2.3 Tableau clinique

Les premiers symptômes de la maladie d'Alzheimer se caractérisent principalement par une perte de mémoire et une modification du comportement. La personne malade peine à trouver ses mots et perd en initiative ; on observe également un retrait social. Progressivement les troubles cognitifs augmentent et créent un état de dépendance dans la vie quotidienne, jusqu'à atteindre une prise en soins continue (Haas, 2010). Pour diagnostiquer la maladie d'Alzheimer, il convient de reconnaître la présence de la démence, grâce aux critères cités précédemment, puis de faire des examens complémentaires tels que l'analyse biologique et l'imagerie cérébrale pour exclure les autres formes de démence (Dubois & Michon, 2015). Comme dans beaucoup de démences, le tableau clinique de la maladie d'Alzheimer est complexifié par la survenue des SCPD. La majorité des malades sont touchés à un moment donné par un ou plusieurs de ces symptômes, qui rendent la maladie plus complexe, stressante et coûteuse (Kales et al., 2015).

2.1.2.4 Conséquences

La conséquence principale du déclin cognitif lié à la maladie d'Alzheimer est la perte des capacités fonctionnelles. En effet, les personnes atteintes deviennent limitées dans les activités de la vie quotidienne et manifestent une perte d'autonomie (OFS, 2012). Ce dernier élément est lourd de sens pour les malades, leurs proches et les personnes leur procurant les soins. Il représente également un coût non négligeable pour les familles et la société en général (OMS, 2017).

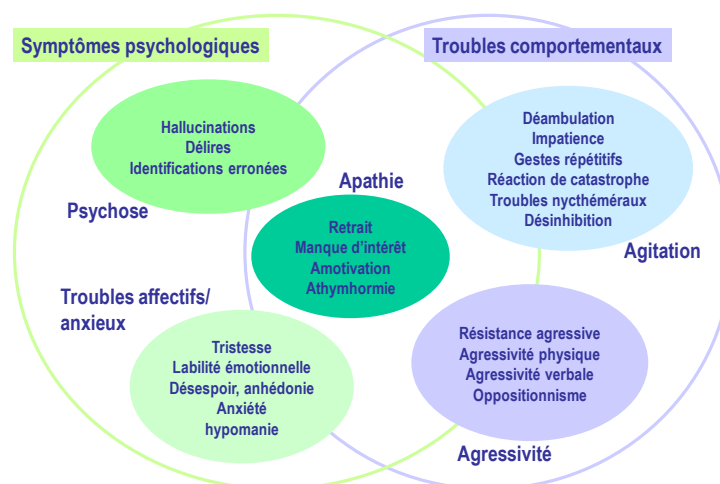
2.2 Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Les symptômes permettant le diagnostic de la démence de type Alzheimer sont souvent accompagnés d'autres troubles : les SCPD. Ces derniers font partie du tableau clinique de la maladie et doivent être évalués et traités en continu (Dubois & Michon, 2015). Le terme SCPD renferme aussi bien les troubles sensitifs que cognitifs ou liés à l'attitude des patients déments (Pancrazi & Metais, 2005, p. 667). Ces troubles influencent la progression de la maladie et augmentent le risque de comorbidité. Ils représentent aussi une augmentation des coûts liés à la maladie et alourdissent le fardeau des proches aidants et des soignants professionnels (Tible et al., 2017). Leur étiologie se trouve dans les atteintes propres à la maladie d'Alzheimer ; cependant ils peuvent aussi survenir suite à un changement d'environnement, à une affection somatique ou à un trouble psychologique (Pancrazi & Metais, 2005). Les SCPD jouent un rôle déterminant dans la décision des proches de placer une personne en institution (Dubois & Michon, 2015).

2.2.1 Typologie des SCPD

Les SCPD se manifestent sous plusieurs formes : psychose (délires et hallucinations), agitation, agressivité, dépression, anxiété, apathie, inhibition (comportement social et sexuel inapproprié), troubles de la motricité, comportements nocturnes et troubles de l'appétit et de la nutrition (Kales et al., 2015). La figure ci-dessous permet une vue d'ensemble des SCPD :

Figure 1. (International Psychogeriatric Association, 2003)



Symptômes comportementaux :

- Agitation verbale agressive (blasphémer, crier, etc.) et non agressive (répéter les mêmes mots, demandes constantes, etc.)
- Agitation physique agressive (frapper, mordre, lancer les objets, etc.) et non agressive (déambuler, errer, accumuler des objets)
- Apathie

Symptômes psychologiques :

- Anxiété
- Dépression
- Idées délirantes
- Illusions
- Hallucinations
- Apathie

2.2.2 L'agitation

L'agitation fait partie des SCPD les plus difficiles à gérer et qui pèsent le plus la prise en soins. Pour cette raison, les approches élaborées pour les SCPD concernent pour beaucoup l'agitation (Tible et al., 2017).

2.2.2.1 Définition

L'agitation a été définie en 1986 par Cohen-Mansfield et Billig comme étant une activité verbale, vocale ou motrice inappropriée qui ne s'explique pas par un besoin ou par la confusion en soi (Moyle et al., 2013). Avec d'autres mots, l'agitation est un comportement paradoxal soudain, pouvant gêner les autres personnes présentes. Il convient toujours de chercher l'étiologie du trouble avant de le traiter (Bazin, 2002). Au-delà de l'aspect comportemental, l'agitation révèle également la détresse émotionnelle de la personne âgée (Tible et al., 2017).

2.2.2.2 Epidémiologie

Dans la maladie d'Alzheimer, l'agitation fait partie des symptômes les plus fréquents, avec l'apathie, l'anxiété et la dépression (Vanderheyden & Kennes, 2017). Un état d'agitation est recensé dans 70 à 90 % des cas de démence (Moyle et al., 2013). L'apparition de SCPD est souvent difficile à gérer par les proches aidants, mais également par les professionnels de la santé. Elle s'associe fréquemment à une baisse de la qualité de vie du malade ainsi que de celle de son entourage (Vanderheyden & Kennes, 2017).

2.2.2.3 Formes d'agitation

On peut distinguer 4 types d'agitation : les comportements physiques non agressifs, les comportements physiques agressifs, les comportements verbaux non agressifs et les comportements verbaux agressifs (Cohen-Mansfield, 1997). Certains facteurs, tels que la personnalité, les déficiences fonctionnelles et cognitives ou l'environnement sont des facteurs prédisposant à contracter un type d'agitation particulier (Moyle et al., 2013). En effet, les personnes isolées développent plus facilement un comportement agressif, pouvant vraisemblablement être interprété comme une tentative de défense. Les sujets indépendants ont quant à eux une tendance à l'agitation non-agressive tandis que ceux avec des troubles dépressifs présentent majoritairement une agitation verbale (Cohen-Mansfield, 2008).

2.2.2.4 Signes et symptômes

Les signes et symptômes de l'agitation peuvent être classés selon le type d'agitation. Un comportement physique non agressif se manifeste par des gestes répétitifs, une déambulation, un habillement inopiné ou une manière inappropriée de jouer avec des objets ou de manger. Un comportement physique agressif est plus présent chez la gent masculine et s'observe par des actions telles que frapper, pousser, cracher, gratter, mordre ou lancer des objets. Un comportement verbal non agressif se traduit quant à lui par la recherche d'attention, des plaintes, du négativisme ou un manque d'entrain. Finalement, un comportement verbal agressif se reconnaît à des cris, des insultes, des éruptions de colère ou des bruits étranges (Cohen-Mansfield, 2008).

2.2.2.5 Evaluation de l'agitation

Les échelles d'évaluation sont des outils qui aident au diagnostic en permettant d'objectiver et d'évaluer des affections / comportements de la personne âgée. Elles permettent de collecter des informations et de voir l'évolution de certains symptômes. Elles servent également d'outil de communication commun à tous les intervenants auprès du patient (Bazin, 2002).

Dans le cas de l'agitation, deux types d'échelles sont appropriées : celles évaluant l'ensemble des SCPD et celles mesurant l'agitation directement (Bazin, 2002). Les échelles présentées ci-dessous sont également visibles en Annexe IV.

Inventaire Neuropsychiatrique

L'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est une des échelles les plus employées pour documenter les troubles du comportement dans les démences. Elle évalue les SCPD en douze items ; l'un d'entre eux étant consacré à l'agitation/agressivité. Chaque item positif est ensuite complété par une série de questions précisant les symptômes, leurs fréquences et leurs gravités (Cummings, 1997). Il existe, par ailleurs, une version courte de cet inventaire, mieux adaptée pour les équipes soignantes (Gold et al., 2012).

Behavior Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale

La Behavior Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD) permet de poser une appréciation globale de la manifestation de certains symptômes du tableau clinique des SCPD. Cet outil est divisé en six domaines, dont un concernant l'agressivité. Ce dernier

permet de distinguer l'agitation de l'agressivité. La BEHAVE-AD met aussi en évidence les activités inappropriées (Reusberg, 1986).

Cohen-Mansfield Agitation Inventory

La Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) est, quant à elle, une échelle d'évaluation spécifique au comportement d'agitation. Elle inventorie 29 agissements en lien avec les 4 types d'agitation cités dans le point précédent; chacun étant jugé en sept points définissant sa fréquence (Cohen-Mansfield, 1997).

Echelle de Pittsburgh

L'échelle de Pittsburgh (PAS) est également spécifique à l'agitation. Elle évalue quatre symptômes : les vocalisations, l'agitation motrice, l'agressivité et l'opposition aux soins. Chaque aspect ayant un score de zéro à quatre. Cette échelle a les avantages d'être facile à utiliser et réalisable rapidement (Rosen et al., 1994).

Marqueurs biologiques

L'évaluation de l'agitation peut également se faire par l'analyse des marqueurs biologiques. Un taux de cortisol salivaire abaissé permet par exemple d'objectiver une diminution du niveau de stress (Schaub, Gunten, & Morin, 2016).

2.3 Approches thérapeutiques de la maladie d'Alzheimer

Il n'existe pour l'instant aucun traitement qui guérisse, prévienne ou stoppe la maladie d'Alzheimer (Dubois & Michon, 2015; Haas, 2010; Tible et al., 2017). Cependant certaines thérapies et quelques médicaments offrent des bénéfices par rapport au niveau d'autonomie des malades et permettent de gérer partiellement certains symptômes perturbants (Haas, 2010). La mise en évidence des SCPD ainsi que leur prise en charge favorise également la qualité de vie des sujets atteints (OMS, 2017). Il est largement documenté de prioriser les interventions non-pharmacologiques lors de la prise en soins des SCPD (Cohen-Mansfield, 2013; Dubois & Michon, 2015; Kales et al., 2015; Pancrazi & Metais, 2005; Savaskan et al., 2014; Vanderheyden & Kennes, 2017). De plus, il convient d'éliminer le plus possible les causes somatiques ou environnementales d'un trouble avant d'introduire une mesure. L'agitation peut, par exemple, être l'expression d'une douleur ; il est alors nécessaire de traiter la douleur avant d'introduire une approche appropriée contre l'agitation (Vanderheyden & Kennes, 2017). La réalité montre néanmoins qu'il est parfois

incontournable de combiner les deux approches pour prendre en soins des situations de crises sévères et éviter une institutionnalisation (Gillès de Pélichy et al., 2018).

Les interventions non-médicamenteuses et médicamenteuses liées à la maladie d'Alzheimer sont brièvement présentées dans les deux sous-points suivants. Le toucher/massage y est ensuite développé.

2.3.1 Approches non-médicamenteuses

Les approches non-médicamenteuses peuvent être définies comme des actions visant à prévenir ou à soigner un problème de santé. Elle sont fondées sur la science mais n'emploient pas de processus pharmaceutique (Oude Engberink et al., 2018). Elle sont à distinguer des thérapies complémentaires, qui sont un large ensemble de pratiques de soins qui ne sont pas dans la tradition du pays ou qui ne sont pas intégrées dans le système de santé dominant (OMS, 2001).

La palette des thérapies non médicamenteuses existantes est très large. Afin de proposer un soin adapté et de soutenir l'implication de la personne soignée, il est utile de cibler les centres d'intérêts et loisirs de celle-ci (Vanderheyden & Kennes, 2017). L'identification des facteurs influençant les SCPD permet également d'optimiser la stratégie non-médicamenteuse. Par une approche personnalisée, les facultés conservées sont mises en évidence et les SCPD diminuent (Dubois & Michon, 2015).

Suite à cette évaluation globale du malade, plusieurs types d'interventions peuvent être proposés (Dubois & Michon, 2015).

Stimulation cognitive

La stimulation cognitive consiste en un entraînement des facultés fonctionnelles face à des situations de la vie quotidienne. La personne est par exemple encouragée à cuisiner ou à utiliser une télécommande (Dubois & Michon, 2015). En lui permettant de retrouver des automatismes, le patient est rassuré et les capacités qu'il préserve renforcent son autonomie (Pancrazi & Metais, 2005). Cette thérapie a des effets sur les SCPD mais les évidences ne sont pas uniformes. Les résultats sont toutefois meilleurs si les proches sont intégrés au processus (Tible et al., 2017).

Stimulation sensorielle

Une autre stratégie pour réduire les SCPD a pour nature de procurer du bien-être au sujet. Cette sensation peut être atteinte par la stimulation d'un ou de plusieurs sens (Dubois &

Michon, 2015). Le snoezelen consiste, par exemple, en l'envoi simultané ou non d'impulsions visuelles, acoustiques, olfactives, tactiles, vestibulaires et/ou vibratoires. Une autre technique impliquant plusieurs sens est la stimulation basale. Ce procédé permet de communiquer grâce aux sensations, principalement à travers le contact corporel (Savaskan et al., 2014). L'aromathérapie montre également un effet significatif selon certaines études, mais le nombre de preuves reste faible (Cohen-Mansfield, 2013). La musicothérapie a aussi un effet bénéfique, que le patient écoute de la musique ou qu'il en joue (Cohen-Mansfield, 2013; Savaskan et al., 2014). Cet effet est renforcé s'il s'agit d'une mélodie liée à la biographie de la personne (Tible et al., 2017). Le massage et le toucher montrent des effets positifs sur l'agitation et les troubles de la nutrition (Kales et al., 2015). Il peut également être utilisé pour renforcer le lien avec la personne soignée, comme dans la philosophie de l'humanité (« Le concept d'Humanitude® – IGM-Suisse », s. d.). La luminothérapie effectuée le matin aide à retrouver un rythme circadien et à lutter contre les troubles du sommeil (Tible et al., 2017).

Activité structurée

Selon le vécu de la personne, une activité physique régulière peut être indiquée pour maintenir l'autonomie (Vanderheyden & Kennes, 2017). La gymnastique, la danse ou toute autre stimulation au mouvement joue un grand rôle dans la prévention des chutes et permet de réduire certains SCPD comme l'agitation, l'agressivité ou l'apathie (Dubois & Michon, 2015). L'activité peut également être d'ordre fonctionnelle, comme par exemple l'incitation au dessin, à la lecture, à la cuisine ou autre occupation (Cohen-Mansfield, 2013). Cette approche non-médicamenteuse engendre une amélioration des capacités fonctionnelles et cognitives et aide à réduire les SCPD (Savaskan et al., 2014; Tible et al., 2017).

Adaptation environnementale

L'adaptation environnementale est également une intervention non-médicamenteuse dans la prise en charge des démences de type Alzheimer. Même si l'action n'est pas dirigée directement vers le patient, elle permet de sécuriser et stimuler ce dernier (Dubois & Michon, 2015). L'agencement du lieu de vie avec des repères familiers prévient la désorientation. De plus, un environnement simplifié et bien éclairé assure la sécurité et apaise ainsi la personne (Pancrazi & Metais, 2005). Une bonne structure avec des informations claires est par ailleurs efficace dans la prise en charge des SCPD et permet de préserver l'autonomie des patients (Cohen-Mansfield, 2013; Savaskan et al., 2014). La majorité des études portant sur les stratégies environnementales montrent des évidences significatives (Kales et al., 2015).

Réminiscence

Pour améliorer l'humeur, l'évocation de souvenirs positifs a un effet favorable (Savaskan et al., 2014). Cette thérapie, appelée réminiscence, permet de renforcer la mémoire en réveillant des souvenirs anciens. Elle aide parfois à réduire l'agitation ou d'autres SCPD (Dubois & Michon, 2015). La thérapie par la réminiscence peut être complétée par la Validation, qui encourage l'expression des sentiments (Tible et al., 2017).

Approche Montessori

Originellement développée pour l'éducation des enfants, l'approche Montessori propose un programme d'activités adapté à chaque personne et correspondant à son niveau de compétences et d'habileté. Des exercices de répétition guidés avec des difficultés progressives permettent de travailler la mémoire procédurale, laquelle est généralement mieux conservée. Cette approche permet de promouvoir l'implication active et peut être appliquée pour améliorer la cognition, les activités de la vie quotidienne et l'alimentation (Sheppard, McArthur, & Hitzig, 2016).

Contact social

Malgré l'impact certain du contact social sur les troubles du comportement, il existe peu d'études évaluant cette intervention. La communication peut être établie avec une autre personne, avec un animal, ou encore être simulée grâce à des photos ou vidéos (Cohen-Mansfield, 2013).

Education des proches

Puisque le comportement de l'entourage influence l'apparition des SCPD ainsi que l'attitude générale du patient, l'éducation des proches est à inclure dans les traitements non-médicamenteux de la démence de type Alzheimer (Vanderheyden & Kennes, 2017). Dans l'article concernant les recommandations pour le diagnostic et le traitement des SCPD publié dans la revue médicale suisse, on peut lire que : « Les procédures de soutien aux proches aidants sont utiles pour permettre de renforcer leurs propres ressources, ce qui procure de la sécurité au malade tout en contribuant à réduire les symptômes » (Savaskan et al., 2014, p. 5). On note une diminution significative dans la fréquence des SCPD suite aux programmes d'éducation des proches (Kales et al., 2015). Il s'agit alors principalement de transmettre des informations sur la maladie et son évolution ainsi que sur la prise en charge qu'elle implique. Des conseils concernant les aspects légaux, financiers et sociaux sont dispensés, incluant une présentation des différentes structures de soutien existantes

(Savaskan et al., 2014). Lors d'entretiens psychothérapeutiques, l'entourage apprend différents moyens pour communiquer avec le malade. La gestion des situations de crises comme l'agitation ou l'anxiété est également abordée (Pancrazi & Metais, 2005). Cette intervention est l'approche non-pharmacologique qui repose sur les données probantes les plus solides (Kales et al., 2015). Par ailleurs cette intervention montre également des effets bénéfiques lorsqu'elle est appliquée au personnel soignant (Cohen-Mansfield, 2013; Kales et al., 2015).

2.3.2 Approches médicamenteuses

Inhibiteurs de la cholinestérase et mémantine

L'acétylcholine joue un rôle important dans la mémoire. C'est pourquoi une des approches médicamenteuses de la démence vise à empêcher sa destruction. Ces médicaments appartiennent à la classe des anticholinestérasiques et il existe trois molécules (donépézil, rivastigmine et galantamine) qui ont montré des effets positifs sur les fonctions cognitives (Vanderheyden & Kennes, 2017). Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase agissent également de manière positive sur les SCPD, principalement l'apathie, les hallucinations et l'anxiété (Pancrazi & Metais, 2005). Des études sur le donépézil montrent qu'il ne permet en revanche pas de traiter l'agitation dans la démence de type Alzheimer (Savaskan et al., 2014).

La mémantine est un autre inhibiteur de l'acétylcholinestérase. Dans la maladie d'Alzheimer, les récepteurs glutamatergiques sont trop activés. Le mécanisme d'action de la mémantine consiste à empêcher le glutamate de pénétrer les cellules neuronales, pour empêcher la mort du neurone (Vanderheyden & Kennes, 2017). Certaines études montrent que ces médicaments peuvent réduire l'incidence des SCPD (Tible et al., 2017).

Antipsychotiques

En cas d'hallucination ou d'agitation qui génère une souffrance chez la personne atteinte, un recours au neuroleptique est envisagé (Pancrazi & Metais, 2005). Ces médicaments sont les plus fréquemment prescrits en lien avec les SCPD (Savaskan et al., 2014). Ils peuvent parfois aider à traiter les SCPD mais ne doivent en aucun cas être pris au long terme à cause de leurs nombreux effets secondaires : effets anticholinergiques, hypotension, syndromes extrapyramidaux, risques de chute, risques cardiovasculaires, sédation (Tible et al., 2017). La littérature documente qu'un plan thérapeutique doit être élaboré et que la fin de l'administration des antipsychotiques doit être envisagée lors de la prescription (Savaskan et al., 2014; Tible et al., 2017).

Antidépresseurs

Les antidépresseurs permettent parfois d'améliorer les symptômes cognitifs mais peuvent également déclencher de nouveaux SCPD (Tible et al., 2017). En cas d'utilisation, les antidépresseurs de nouvelle génération doivent être privilégiés car leur tolérance chez la personne âgée est plus élevée. Seul le Citalopram a montré un effet efficace dans la maladie d'Alzheimer. Il convient, là encore, de faire attention aux effets secondaires de certains antidépresseurs (Pancrazi & Metais, 2005).

Benzodiazépines

En cas d'échec des neuroleptiques contre l'agitation, l'agressivité ou l'anxiété, il est fait recours aux anxiolytiques. Les principaux utilisés sont les benzodiazépines. Ces derniers ont par contre de lourds effets secondaires (Pancrazi & Metais, 2005). Par ailleurs, leur efficacité dans le cadre des SCPD n'est pas prouvée. Ils devraient par conséquent être utilisés comme sédatifs uniquement en cas de crise et si d'autres méthodes ont échoué (Tible et al., 2017).

Précautions d'usage

Il convient de faire très attention aux interactions possibles avec d'autres traitements. En effet, les personnes âgées sont souvent poly-morbides, ce qui a pour conséquence la prise concomitante de plusieurs médicaments (OFS, 2012). Il est d'autant plus important de réviser le traitement régulièrement que les SCPD sont transitoires. Les critères STOPP/START sont un outil efficace pour réévaluer le traitement médicamenteux (Lang, Dalleur, & Boland, 2015). Par ailleurs, les personnes âgées ont subi des modifications physiologiques normales au vieillissement ce qui a pour influence une plus grande sensibilité aux substances ingurgitées (Savaskan et al., 2014).

2.3.3 Le toucher de type massage

La peau et le sens du toucher

Le toucher fait partie des cinq sens qui permettent au corps humain de communiquer avec l'environnement qui l'entoure. Il est le premier à se développer lors de la croissance embryonnaire. Les récepteurs sensoriels du toucher se situent dans la peau. Ces derniers permettent les sensations tactiles, thermiques et douloureuses (Charpentier, 2014). Puisqu'elle recouvre l'ensemble du corps, la peau façonne l'image que l'individu renvoie

autour de lui. Elle constitue également une jonction entre la personne qu'elle compose et son environnement (Blanchon, 2011).

Ainsi, la peau sert de barrière de protection à l'organisme mais aussi de moyen de contact avec son environnement. Le dictionnaire Larousse définit d'ailleurs le verbe toucher par : « mettre sa main, ses doigts au contact de quelque chose, de quelqu'un, en particulier pour apprécier, par les sensations tactiles, son état, sa consistance, sa chaleur, etc. » (Larousse, s. d.).

Le massage

Le mot « masser » prend ses racines dans l'arabe et signifie « manier », « toucher » (Savatofski, 2016). On en déduit un lien très étroit entre le sens du toucher, l'action de toucher et le massage.

Le massage est une approche qui va plus loin que le toucher puisqu'il inclut un objectif thérapeutique. Les différentes techniques de pressions, pétrissage ou effleurage des tissus cutanés aspirent au soulagement et à l'apaisement de la personne massée. Cette approche permet également de construire des liens privilégiés avec le bénéficiaire (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013).

Contexte soignant

Le toucher fait partie du quotidien des soignants. Lors de toutes les interventions effectuées auprès des patients, un contact physique a lieu avec ce dernier. Le toucher peut être non intentionnel, lorsqu'il est centré sur une procédure ou un soin technique, ou intentionnel, lorsqu'il est centré sur le patient (Schaub et al., 2016).

Le massage est accessible à toute personne et peut accompagner naturellement les gestes du soignant (Poletti, Maillard, Muret-Stucky, & Dobbs-Zeller, 1978). Savatofski (2016) ajoute à cela que le toucher/massage n'exige aucun prérequis. Le même auteur explique également qu'il faut simplement que le soignant ait envie de faire du bien et qu'il fasse preuve de bienveillance envers son patient. De plus, le toucher/massage ne demande pas un long temps d'application ; 5 à 10 minutes suffisent par exemple pour les deux mains (Savatofski, 2016).

Effets thérapeutiques

Le contact présent dans le toucher/massage entraîne des réactions dans l'ensemble de la personne touchée, plus précisément sur huit niveaux. Ces derniers sont développés dans les points suivants.

2.3.3.1 Effets sur plan biologique

Effet cutané

Lors du contact avec la peau, on constate une augmentation de la production des glandes sudoripares et sébacées ainsi qu'une amélioration de l'approvisionnement cellulaire (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013). La peau devient ainsi moins sèche et plus souple.

Le contact tactile induit une augmentation de la sensibilité cutanée. Avec la multiplication des contacts, la peau devient non seulement plus sensible et réceptive mais réagit également plus rapidement aux stimuli externes (Blanchon, 2011; Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013).

Effet métabolique

Les muscles sont réchauffés et détendus par le massage (Savatofski, 2016). La pression exercée par les mains lors du toucher/massage permet une augmentation de la perméabilité des membranes cellulaires et induit ainsi un meilleur échange métabolique pour l'élimination des toxines et l'apport d'oxygène (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013).

Effet antalgique

Dans la prise en charge de la douleur, le toucher/massage permet l'activation du système de *gate-control*. La multitude de stimuli envoyés au cerveau par les récepteurs cutanés lors du contact submerge la sensation douloureuse et permet de la réduire (Anwar, 2016; Savatofski, 2016).

Effet vasculaire

Les frictions, pétrissages et effleurages provoquent également des réactions au niveau de la circulation sanguine. Les capillaires se dilatent et le sang circule plus rapidement (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013). La perfusion des organes est ainsi

augmentée et leur activité renforcée. Le toucher/massage « fait uriner » ou « redonne de l'appétit » (Savatofski, 2016, p. 27).

Effet hormonal

Certains récepteurs cutanés transmettent des signaux au nerf vague. Ce dernier activé, la fréquence cardiaque et la pression artérielle diminuent ; ce qui a pour effet une baisse de la production de cortisol (Schaub et al., 2016). Le cortisol est principalement présent dans les réactions du système nerveux sympathique ; il permet une utilisation des réserves d'énergie et intensifie la vasoconstriction. En contrepartie, il réduit les réponses inflammatoire et immunitaire (Marieb & Hohen, 2015). Le massage abaisse également le taux de noradrénaline, neurotransmetteur important dans les réactions liées au stress (Schaub et al., 2016). Parallèlement à cela, Savatofski (2016) mentionne que le toucher/massage libère des endorphines, de la sérotonine, de la dopamine, de la mélatonine et de l'ocytocine. Ces hormones du bien-être expliquent en partie la sensation de relaxation résultant d'un massage (Savatofski, 2016).

2.3.3.2 Effets sur le plan psychologique

Effet autodéterminant

La peau définissant l'enveloppe corporelle, le toucher permet le contact entre le corps et la réalité extérieure. Le massage, en touchant les différentes parties anatomiques, redéfinit le schéma corporel de la personne (Charpentier, 2014).

Puisqu'elle se sent exister dans son corps, la personne peut reprendre confiance en elle (Charpentier, 2014). La relaxation que permet le toucher/massage influence aussi une vision plus positive lors de l'autoévaluation de ses ressources (Savatofski, 2016).

Le toucher est important à tous les âges de la vie. Dès l'enfance, il joue un rôle important dans l'attachement et le fondement des traits de la personnalité. (Schaub et al., 2016). En vieillissant, le toucher reste tout aussi capital. Dans la société moderne, la perfection est définie par des critères de jeunesse, d'esthétique et de dynamisme. Cet idéal inclut difficilement les personnes âgées, ce qui a pour conséquence un isolement social et physique de ces dernières (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013). Ceci engendre un sentiment de solitude parfois lourd à supporter, c'est pourquoi les personnes âgées peuvent avoir du mal à accepter les transformations corporelles qui les affectent (Blanchon, 2011). Le massage révèle chez les aînés un « besoin inavoué d'être touché et d'être encore touchable » (Savatofski, 2016, p. 78).

Risque d'un message inapproprié

Le toucher peut aussi représenter une expérience désagréable ; un contact inattendu et brusque peut effrayer la personne touchée (Savatofski, 2016). Certaines parties du corps peuvent également faire mal lorsqu'on les touche de manière inopinée et créer une sensation de malaise et d'insécurité. Dans les soins, il est important de ne pas déshumaniser le toucher lors des contacts avec le patient. En effet, le nursing ou les gestes techniques effectués de manière automatique peuvent perturber le patient et lui donner l'impression d'être considéré comme un objet (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013).

2.3.3.3 Effets sur le plan social

Effet relationnel

Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert (2013) mentionnent que chaque contact peut engendrer un sentiment et que celui-ci marque le début d'une relation. Le toucher permet de faire passer des messages et transmet l'état d'esprit des personnes qui entrent en relation (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013). Le massage crée ainsi une atmosphère de confiance (Prayez & Savatofski, 2017). Il permet de sentir l'autre et de l'accompagner dans la réalité qu'il vit au moment présent (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013).

Effet interactionnel

Les sens permettent donc d'établir une communication non-verbale avec les autres puisqu'ils transmettent nos émotions. Le toucher représente le support par lequel les gens qui entrent en contact communiquent (Charpentier, 2014). Le massage permet l'interaction et donne un sens au contact social (Schaub et al., 2016). Comme la communication verbale, il s'agit d'un échange. Toucher demande d'être à l'écoute de ce que l'autre transmet et ressent. Lorsque l'on offre cette disponibilité à la personne massée, une relation de confiance peut alors se créer (Blanchon, 2011).

Par la communication non verbale, le massage permet, entre autres, au soignant de prendre contact avec des patients qui n'ont pas la possibilité de s'exprimer par la parole (langue, coma, démence, bébé) (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013).

3 Méthode

3.1 Design de recherche

Afin de répondre à la question de recherche de la manière la plus pertinente possible, une analyse documentaire a été effectuée en consultant différentes bases de données scientifiques. La recherche explore l'évidence du massage comme un des moyens pertinents pour prendre en charge un comportement perturbateur de type agitation dans le cadre d'un SCPD lié à la maladie d'Alzheimer.

La population de recherche doit avoir 60 ans et plus, être diagnostiquée avec la maladie d'Alzheimer ou une autre démence et présenter un état d'agitation.

3.2 Collecte des données

Les bases de données scientifiques consultées sont Embase, Cinhal et Pubmed. Les recherches ont été effectuées de mai 2018 à février 2019, dans un premier temps pour avoir un aperçu des recherches effectuées sur le sujet puis, dans un deuxième temps, de mettre en évidence les études définitives analysées dans ce travail.

La combinaison des mots-clés « massage », « agitation » et « dementia » avec l'opérateur booléen « AND » a permis de cibler les recherches. Pour obtenir un nombre supérieur d'études, le terme « dementia » a été complété par « alzheimer » grâce à l'opérateur « OR ». Les recherches n'ont pas été effectuées avec le terme « SCPD » afin de ne pas trop réduire le champ d'investigation. De plus, l'agitation dans le cadre de la démence et de la maladie d'Alzheimer est en soi considérée comme un SCPD.

3.2.1 Critères d'inclusion

- Études primaires randomisées (si possible)
- Études publiées entre 2014 et 2019
- Études publiées en anglais ou français ou allemand
- Études soumises à un comité d'éthique
- Études portant sur des personnes âgées en institution
- Études portant sur des personnes démentes et présentant un état d'agitation
- Études correspondant à la combinaison de mots-clés et opérateurs booléens : massage AND agitation AND (dementia or alzheimer)

4 Résultats

4.1 Sélection des publications par rapport à la question de recherche

Les critères d'inclusion ci-avant ont permis de sélectionner six études. Ces critères ont été définis en fonction des paramètres de la question de recherche et selon les consignes du travail de Bachelor. Certaines études ont été identifiées simultanément sur plusieurs bases de données, c'est pourquoi onze études figurent comme retenues dans ces tableaux. Un récapitulatif des études retenues est présenté en annexe III.

Les études trouvées dans les trois bases de données scientifiques consultées sont récapitulées dans les tableaux ci-dessous :

Base de données : Embase

Équation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
massage AND agitation AND (dementia or alzheimer)	22	4

Base de données : Cinahl

Équation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
massage AND agitation AND (dementia or alzheimer)	4	2

Base de données : Pubmed

Équation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
massage AND agitation AND (dementia or alzheimer)	16	5

4.2 Considérations éthiques

Toutes les études sélectionnées ont été approuvées par un comité d'éthique. De plus, les EMS participants ont donné leurs accords. Les études de Fung et al. (2018), Schaub et al. (2018), Yang et al. (2016) et Yang et al. (2016) mentionnent de surcroît que les participants et/ou leurs familles ont donné leur consentement éclairé. L'anonymat est préservé et aucun nom ne figure dans les recherches publiées. On peut également considérer que le principe de bienfaisance a été respecté par tous les chercheurs puisque le but de ces études est de chercher les meilleures solutions possibles pour apaiser l'agitation des personnes âgées.

4.3 Analyse des données

En vue de répondre à la question de recherche, chacune des études retenues est analysée dans la section suivante avec une courte description, l'analyse de la validité méthodologique, la pertinence clinique et l'utilité pour la pratique professionnelle. De plus, des tableaux de recension ont permis de classer les données de chaque étude et peuvent être consultés en annexe I.

4.4 Description de l'étude 1

Fung, J. K. K., & Tsang, H. W. (2018). Management of behavioural and psychological symptoms of dementia by an aroma-massage with acupressure treatment protocol: A randomised clinical trial. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9-10), 1812-1825. <https://doi.org/10.1111/jocn.14101>

Cet essai clinique randomisé a été mené auprès de 60 personnes âgées résidant dans des EMS non gouvernementaux de Hong Kong en Chine. Les participants sont tous âgés de plus de 60 ans et diagnostiqués avec un SCPD. Ils ont un résultat de <18, <19 ou <20 à la version chinoise du Mini Mentale State Evaluation (MMSE) s'ils sont respectivement non-scolarisés, instruits un à deux ans ou instruits plus de deux ans. Ils doivent également faire part de la volonté de participer, avoir signé un consentement éclairé et ne pas présenter d'allergies aux huiles essentielles ou d'intolérance au toucher.

Les chercheurs ont élaboré un protocole de massage aroma-thérapeutique avec acupressure. Leur objectif est d'évaluer si son utilisation est aussi efficace que celle de la stimulation cognitive dans la prise en charge des SCPD. Pour ce faire, les participants ont été randomisés de manière aléatoire en trois groupes de 20 participants. Le premier a reçu le protocole de massage aroma-thérapeutique avec acupressure ainsi que de l'exercice, considéré ici comme traitement habituel de l'institution. Le second a reçu l'entraînement cognitif ainsi que de l'exercice et le troisième le protocole de massage aroma-thérapeutique avec acupressure ainsi que l'entraînement cognitif.

Les interventions ont été standardisées et prenaient environ 20 minutes. Chaque groupe a été évalué avant et après l'intervention, ainsi que trois mois après. Les observations/analyses/évaluations ont été conduites par des thérapeutes formés. La version chinoise de l'échelle CMAI a permis de mesurer la fréquence des SCPD, le NPI les troubles neuropsychologiques, le test MMSE les fonctions cognitives et l'index de Barthel l'indépendance dans les AVQ.

Les groupes un et trois ont montré une diminution significative de la gravité/sévérité et de la détresse causée par les SCPD, ce qui suggère que le massage aroma-thérapeutique avec acupressure est aussi efficace que l'entraînement cognitif. Les auteurs proposent donc son utilisation en tant que thérapie complémentaire dans le traitement des SCPD.

4.4.1 Validité méthodologique

Pour cette étude, les sujets ont été randomisés en trois groupes. Le taux de puissance statistique, calculé à 95%, exigeait au moins 45 sujets et 60 ont été inclus dans l'étude. Il n'y a pas de différence sociodémographique et de santé significative entre les groupes, à l'exception de la « durée d'attention » qui est plus élevée chez le groupe un. Cet item a ensuite été traité comme covariable dans les analyses.

La nature du design de cette étude renforce bien la validité interne, mais diminue la validité externe (Fortin & Gagnon, 2010). La validité interne peut être compromise par l'évolution rapide et imprévisible des SCPD. Cependant, tous les participants ont pu être analysés à chaque recueil de données prévu. Les instruments de mesure sont fiables et ont une bonne validité interne selon le coefficient alpha de Cronbach. Ils sont utilisés par des personnes formées. L'aveuglement simple des assistants de recherche a été mis en place mais il existe un risque de biais par la nature de l'intervention qui est facilement identifiable.

La validité externe est à risque par la nature individuelle des SCPD. Elle est toutefois conservée car les critères d'inclusion sont précis et représentent la population que l'on retrouve dans les EMS, indépendamment de l'époque et du lieu. De plus, les participants proviennent de trois EMS différents, ce qui renforce la généralisabilité des résultats, même s'ils sont tous ancrés dans la même culture.

Le niveau de preuve selon la classification de la Haute Autorité de Santé (HAS) est de un. De même que pour toutes les études analysées dans ce travail, il est établi grâce à la graduation des preuves consultable en annexe II.

4.4.2 Pertinence clinique

L'étude ne montre pas de résultats significatifs entre les groupes, ni après l'intervention ni trois mois après. En revanche, elle met en évidence une différence significative au sein des groupes un et trois après l'intervention et après trois mois. Les auteurs concluent donc que le protocole de massage aroma-thérapeutique avec acupressure est au moins aussi efficace que les soins usuels.

Par ailleurs, les soignants ont constaté des améliorations supplémentaires chez les personnes âgées après la période de l'étude. Certains soignants ont également continué à employer le protocole, ce qui a renforcé les liens soignant-soigné au sein des institutions. Les groupes ayant reçu le protocole de massage aroma-thérapeutique avec acupressure ont également montré une tendance positive dans le MMSE. Les chercheurs pensent que la relaxation produite par cette intervention permettrait par la suite une meilleure utilisation des facultés cognitives. Les résultats analysés ne proviennent que de tests cliniques et aucun test biologique n'a été effectué pour confirmer ou réfuter les conclusions des auteurs.

Un manque de documentation est déclaré concernant l'utilisation simultanée du massage, de l'aromathérapie et de l'acupressure. Leurs résultats sont en accord avec ceux de Yang et al. (2015) qui suggèrent que la combinaison de plusieurs méthodes permet un meilleur résultat. Les auteurs se confrontent cependant à Ballard et al. (2012) ; Burns et al. (2011) et Lin et al. (2007) qui trouvent des effets positifs dans la motivation et les SCPD mais pas dans la cognition ; c'est pourquoi ils recommandent de nouvelles recherches sur le sujet.

4.4.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude fournit un protocole de massage aroma-thérapeutique avec acupressure précis. Bien que les résultats ne soient pas significatifs au niveau statistique, des effets positifs sont constatés au niveau clinique et les auteurs suggèrent d'employer cette intervention en complément à d'autres approches thérapeutiques. Les soignants qui ont continué d'appliquer le protocole l'ont appris en regardant les chercheurs, il est donc relativement facile et peut être suivi par des non-professionnels. La durée, les conditions, les techniques et les points de pression sont expliqués en détails sous forme de textes et de schémas, ce qui fait de ce protocole une intervention directement transposable dans les EMS intéressés.

Pour répondre à la question de recherche de ce travail, l'étude montre une amélioration du SCPD de type agitation. Elle ne met pas en évidence de différence significative en comparaison aux méthodes usuelles des institutions mais reconnaît plusieurs effets bénéfiques à la pratique du toucher/massage.

4.5 Description de l'étude 2

Keshavarz, S., Mirzaei, T., & Ravari, A. (2018). Effect of Head and Face Massage on Agitation in Elderly Alzheimer's Disease Patients. *Journal of Evidence-based Care*, 7(4), 46-54. <https://doi.org/10.22038/ebcj.2017.25958.1589>

Cet essai clinique randomisé a été réalisé auprès de 70 personnes âgées résidant dans deux EMS de la province de Yazd en Iran. Les participants sont des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et âgées de plus de 60 ans. Ils ont présenté un état d'agitation dans les deux semaines précédant l'étude, ne consomment pas de médicaments pouvant influencer l'agitation, ne souffrent pas de retard mental et ne présentent pas de plaies sur le visage ou la tête.

Les chercheurs ont pour objectif de déterminer l'effet du massage de la tête et du visage sur l'agitation de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer. Pour ce faire, ils ont randomisé de manière aléatoire les participants en deux groupes de 35 personnes. Le premier groupe a reçu un massage avec les techniques d'effleurage et de compression prodigué par un infirmier formé, durant dix minutes, tous les soirs, pendant dix jours consécutifs. Le deuxième groupe n'a pas subi d'intervention particulière, mais les soins habituels.

Un deuxième infirmier formé a évalué les SCPD avec l'échelle CMAI, avant et après les dix jours d'intervention, auprès des deux groupes. Les scores d'agitation des patients ont été comparés au sein du groupe ainsi qu'entre les deux groupes.

Les résultats de l'étude montrent une réduction significative des scores d'agitation au sein du groupe qui a reçu le massage, contrairement au groupe qui a reçu les soins usuels. De plus, les scores d'agitation des deux groupes sont significativement différents après l'intervention alors qu'ils ne l'étaient pas auparavant. Les auteurs concluent donc que l'utilisation du massage de la tête et du visage est une intervention efficace pour diminuer l'agitation des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

4.5.1 Validité méthodologique

Pour cette étude, les participants ont été randomisés via un logiciel en deux groupes. Le taux de puissance statistique calculé à 80% exigeait au moins 31 sujets par groupe et 35 ont été inclus par les chercheurs. Il n'y a pas de différence sociodémographique et de santé significative entre les deux groupes, ni de différence d'agitation dans les scores de l'échelle CMAI au début de l'étude.

La nature du design de cette étude renforce bien la validité interne, mais diminue la validité externe (Fortin & Gagnon, 2010). La validité interne de l'étude peut être compromise par l'influence des soignants effectuant l'intervention et le recueil de données. En effet les soignants connaissaient les patients et n'ont pas été aveuglés concernant le déroulement de l'étude ou l'intervention, ce qui peut constituer un biais important. Cependant, pour pallier au caractère individuel et évolutif des SCPD et plus particulièrement de l'agitation, les chercheurs ont effectué un pré-post-test en plus de la comparaison des deux groupes. De plus l'instrument de mesure est fiable et a une bonne cohérence interne selon le coefficient alpha de Cronbach. Il est utilisé par une personne formée.

La validité externe est soumise au risque de biais par la nature propre des SCPD. Toutefois les critères d'inclusion sont précis et indépendants de l'époque et du lieu. La population choisie se retrouve dans beaucoup d'EMS, du reste l'étude même est multi-sites.

Le niveau de preuve selon la classification de la HAS est de un.

4.5.2 Pertinence clinique

L'étude montre des résultats significatifs concernant la diminution de l'agitation mesurée avec l'échelle CMAI, tant entre les deux groupes qu'au sein du groupe d'intervention. Les mesures effectuées ne concernent que des tests cliniques et aucune observation biologique n'a été analysée.

L'efficacité du massage est également montrée par Suzuki et al. (2010) qui notent une réduction du stress et de l'agressivité, et par Bahraini et al. (2014) qui montrent une réduction des céphalées. En revanche, les recherches sur la même population que la présente étude de Snyder et al. (1995) et Molly et al. (2010) ne montrent pas de résultats significatifs. Selon l'hypothèse des chercheurs, cette contradiction peut être due au type de massage qui était différent.

4.5.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Suite aux résultats positifs de l'étude, les auteurs recommandent l'utilisation du massage de la tête et du visage dans la prise en soins de l'agitation chez les patients âgés atteints d'Alzheimer. Ils conseillent de mettre en place cette intervention en complément du traitement existant, non seulement pour son efficacité, mais aussi du fait qu'elle est sécuritaire, simple, peu coûteuse et non-invasive. Les auteurs ajoutent que les thérapies complémentaires font partie des compétences du personnel infirmier et que cette intervention peut également être enseignée aux proches des patients.

Le déroulement du massage avec la position du soignant et du soigné est décrit, ainsi que les mouvements des mains et doigts du masseur, ce qui rend facilement reproductible le massage. Les auteurs précisent également que dix minutes par jour suffisent et qu'il est préférable d'effectuer le massage le soir, puisque c'est à ce moment que les comportements agités se produisent le plus fréquemment. Ces explications rendent cette intervention transférable dans beaucoup d'EMS auprès des patients âgés concernés.

Pour répondre à la question de recherche de ce travail, l'étude montre que suite au massage, une réduction significative de l'agitation dans le cadre d'un SCPD lié à la maladie d'Alzheimer se produit.

4.6 Description de l'étude 3

Moyle, W., Cooke, M. L., Beattie, E., Shum, D. H. K., O'Dwyer, S. T., & Barrett, S. (2014). Foot massage versus quiet presence on agitation and mood in people with dementia: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 51(6), 856-864. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.019>

Cet essai contrôlé randomisé a été réalisé auprès de 55 résidents de cinq EMS de Brisbane en Australie. Les participants sont tous âgés de 65 ans ou plus et atteints d'une démence à un stade modéré ou avancé. Ils ont un score inférieur à 18 au MMSE et ont des antécédents récents d'agitation objectivés sur l'échelle de Pittsburgh. De plus, ils ne présentent pas d'autres maladies graves et n'ont pas de douleur ou d'affection des pieds.

L'objectif de cette étude est de comparer l'effet du massage des pieds avec celui d'une présence calme auprès du patient sur l'agitation et l'humeur des personnes atteintes de démence. Pour ce faire, les participants ont été randomisés de manière aléatoire par un logiciel informatique en deux groupes. Le groupe d'intervention a reçu un massage des pieds de dix minutes et le groupe de contrôle une présence calme, tous les jours de la semaine pendant trois semaines. Les chercheurs émettent l'hypothèse que les scores d'agitation du groupe d'intervention vont diminuer au fil du temps tandis que ceux du groupe de contrôle vont rester stables.

L'échelle CMAI a été utilisée pour mesurer l'agitation, tandis que l'Observed Emotion Rating Scale (OERS) a été utilisée pour mesurer l'humeur. Un modèle croisé était prévu par les chercheurs mais il a été abandonné suite à l'identification d'un effet de report (carryover effect). L'étude s'est ainsi déroulée comme deux essais contrôlés randomisés parallèles et chaque groupe a été analysé avant et après l'intervention.

Les résultats de cette étude vont à l'encontre des hypothèses émises au début de la recherche. En effet, les scores d'agitation mesurés avec l'échelle CMAI ont augmenté dans les deux groupes. Cependant, le groupe avec présence calme présente une augmentation plus marquée. Concernant l'humeur, aucun changement significatif n'a été mis en évidence sur l'échelle OERS mais la vigilance des participants tend vers une amélioration pour les patients recevant le massage des pieds et vers une détérioration pour les patients subissant la présence calme.

4.6.1 Validité méthodologique

Pour cette étude, les participants ont été randomisés de manière aléatoire par un logiciel informatique en deux groupes. Aucune différence significative n'existe entre les caractéristiques sociodémographiques et de santé des groupes. Le taux de puissance statistique basé à 95% prévoyait 60 participants pour l'étude, seuls 55 ont rempli les critères d'inclusions et ont été randomisés.

La nature du design de cette étude renforce bien la validité interne, mais diminue la validité externe (Fortin & Gagnon, 2010). La validité interne aurait pu être compromise par un effet de report (carry over effect) mais les chercheurs s'en sont aperçus et ont abandonné le modèle croisé. Les instruments de mesures sont fiables et utilisés par des assistants de recherche spécialisés et formés. Tous les assistants de recherche sont, de plus, aveuglés concernant le déroulement de l'étude, tout comme les familles des patients et les soignants des institutions concernées. La nature de l'intervention ne permet pas plus qu'un aveuglement simple. Dans chaque groupe, une personne est décédée avant le début des interventions, ce qui a réduit le nombre de personnes analysées à 53, au lieu des 55 prévues initialement.

La validité externe est renforcée par des critères d'inclusion précis qui reflètent la population potentielle des EMS, indépendamment de l'époque et du lieu. Les participants proviennent de cinq sites différents mais tous situés dans le même pays. Cependant les SCPD sont individuels et chaque patient est susceptible de réagir différemment à une intervention, ce qui constitue un biais potentiel. Les assistants de recherche n'étant par ailleurs pas des soignants, le contact qu'ils ont eu avec les personnes âgées était peut-être particulier et donc difficile à reproduire.

Le niveau de preuve selon la classification de la HAS est de un.

4.6.2 Pertinence clinique

Cette étude ne démontre aucun résultat significatif, à l'exception de l'item « agression verbale » de la CMAI, qui augmente. Les résultats n'affirment pas les hypothèses formulées par les chercheurs.

Cependant, les assistants de recherche notent que l'utilisation de sédatifs a interféré avec les mesures. De plus, les interventions ont parfois dû être stoppées à la demande des participants et certains comportements agités ont été ressentis avant l'intervention, simplement suite à la présence d'une personne étrangère à l'environnement habituel des participants. Finalement, les observations des chercheurs révèlent une diminution de l'agitation directement après le massage mais qui s'est estompée avant que le post-test ne soit effectué. Les résultats apportés proviennent uniquement d'observations cliniques et aucun test biologique n'a été mené auprès des participants.

Les conclusions de cette étude n'affirment pas les résultats préalables de l'étude pilote qu'avaient fait les auteurs. Selon eux, ces résultats non convaincants sont causés par la présence d'assistants de recherche non familiers aux patients. Les études de Cullen et Barlow (2005) sur des massages des pieds dispensés par des membres de la famille ou des soignants montrent l'importance de connaître les participants pour avoir des résultats positifs. Holliday-Welsh et al. (2009) témoignent également des effets bénéfiques du massage des extrémités, directement après l'intervention, sur les personnes démentes.

4.6.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Les auteurs revendiquent avoir effectué la première étude clinique randomisée sur le massage des pieds dans le traitement de l'agitation chez la personne démente. C'est pourquoi ils recommandent de faire des recherches complémentaires à haut niveau de preuve sur le sujet avant de l'implanter dans la pratique professionnelle. Ils mentionnent cependant, en s'appuyant sur deux revues de la littérature (Hansen et al., 2006 ; Moyle et al., 2012), que le massage est une thérapie prometteuse pour les SCPD.

Pour répondre à la question de recherche de ce travail, l'étude ne montre pas de résultats bénéfiques du toucher/massage sur l'agitation auprès d'une personne démente présentant des SCPD.

4.7 Description de l'étude 4

Schaub, C., Von Gunten, A., Morin, D., Wild, P., Gomez, P., & Popp, J. (2018). The Effects of Hand Massage on Stress and Agitation Among People with Dementia in a Hospital Setting: A Pilot Study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 43(4), 319-332. <https://doi.org/10.1007/s10484-018-9416-2>

Cet essai contrôlé randomisé a été réalisé auprès de 40 personnes âgées hospitalisées dans un service de psychogériatrie en Suisse. Tous les patients sont âgés de 65 ans ou plus et souffrent de démence et d'un SCPD de type agitation. Plus objectivement, ils présentent un score de minimum un sur l'échelle Clinical Dementia Rating (CDR) et au moins un trouble du comportement de l'échelle Health of the Nation (HoNOS65+). Les participants ont été admis à l'hôpital dans les deux semaines précédant l'étude et n'ont pas de sortie prévue durant le déroulement de l'étude. Ils n'ont pas de problèmes connus avec le contact physique ni de plaies sur les mains et ne sont pas en décompensation psychique sévère requérant une stimulation physique réduite.

L'objectif de cette étude est d'étudier l'effet du massage des mains sur l'agitation et les marqueurs biologiques du stress (cortisol salivaire et alpha-amylase) chez les patients atteints de démence hospitalisés dans un service de psychiatrie aiguë de l'âge avancé. Pour ce faire, les participants ont été randomisés en deux groupes de 20 personnes. Le groupe d'intervention a reçu sept massages de huit à dix minutes en trois semaines et le groupe de contrôle les soins usuels.

La collecte de données a été effectuée une fois par semaine pendant trois semaines pour les deux groupes ; lors du premier, quatrième et septième massage. L'agitation a été mesurée à l'aide de l'échelle CMAI, avant le massage et trois heures après. Le stress a été évalué grâce aux taux de cortisol et d'alpha-amylases présents dans la salive avant le massage, 20 minutes après le massage et 40 minutes après le massage. Les résultats ont ensuite été comparés au sein de chaque groupe et entre les deux groupes.

Les résultats de cette étude montrent une élévation des marqueurs biologiques cortisol salivaire et alpha-amylase chez le groupe d'intervention après la première semaine, ce qui signifie une augmentation du stress. Cependant ces biomarqueurs diminuent par la suite durant la deuxième et troisième semaine d'intervention. Concernant l'agitation des participants, aucune différence significative n'a été mise en évidence lors des différentes mesures. Néanmoins les résultats du score de l'échelle CMAI tendent à diminuer davantage dans le groupe d'intervention que dans le groupe de contrôle. Les chercheurs notent également que l'agitation évolue significativement en fonction du moment de la journée.

4.7.1 Validité méthodologique

Pour cette étude, les participants ont été randomisés de manière aléatoire par un logiciel informatique en deux groupes. Différents tests ont été effectués pour prouver l'homogénéité sociodémographique entre les groupes. La taille de l'échantillon est largement supérieure au minimum de douze personnes fixé par Van Belle (2002) pour une étude pilote.

La nature du design de cette étude renforce bien la validité interne, mais diminue la validité externe (Fortin & Gagnon, 2010). La validité interne est compromise par l'abandon de 10 participants durant l'étude. De plus, certains échantillons de salive n'étaient pas suffisants et n'ont pas pu être analysés. Les instruments de mesures utilisés sont fiables et valides et le personnel formé pour les utiliser. Les assistants de recherche et soignants participant ont également reçu une formation pour travailler auprès de cette population et ont au minimum six mois d'expérience en psycho-gériatrie. Concernant l'aveuglement des chercheurs, la sélection des participants a été effectuée par des psychiatres ne faisant pas partie de l'étude et les échantillons de salive ont été codés et analysés par un laboratoire externe. Un double aveuglement n'est pas faisable en raison de la nature de l'intervention.

La validité externe est renforcée par les critères d'inclusion précis. La population est ciblée et peut se retrouver dans tous les services gériatriques actuels. Les participants proviennent d'un seul site. Les infirmiers dispensant les massages ont suivi un cours de formation avec un masseur certifié et le déroulement précis du massage est décrit par étapes dans leur bureau. Le caractère imprévisible des SCPD et les interactions entre patients et soignants peuvent malgré tout influencer l'étude.

Le niveau de preuve selon la classification de la HAS est de deux.

4.7.2 Pertinence clinique

Les chercheurs mettent en évidence une différence significative entre les groupes d'intervention et de contrôle concernant les marqueurs biologiques au fil des semaines et selon le moment de la journée. Ils admettent que plusieurs massages sont nécessaires avant de percevoir un résultat. Cet élément est en accord avec l'impression des soignants qui trouvent les patients moins stressés durant la troisième semaine. Les résultats des auteurs sont confortés par ceux de Maratos et al. (2017) et de Strahler et al. (2010) qui ont fait des études similaires sur des sujets en bonne santé.

En revanche, cette étude ne révèle pas de différences statistiquement significatives concernant l'agitation. Elle rejoint d'autres auteurs, comme Khychiyants et al. (2011), qui

indiquent une augmentation des comportements agités en fin d'après-midi. Les conclusions des auteurs s'opposent à celles de Remington (2002) et Sandee et Bryn (2008) qui démontrent une diminution statistique de l'agitation suite au massage.

Les résultats de la présente étude peuvent être biaisés par la dose élevée de médicaments durant l'hospitalisation. Toutefois, elle présente des résultats pertinents car les résultats proviennent d'une combinaison d'observations cliniques et de tests biologiques.

4.7.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Avec cette étude, les chercheurs décrivent clairement comment mettre en place le massage des mains dans la prise en soins des patients atteints de démence et des SCPD l'accompagnant. Les six étapes à respecter pour l'intervention sont décrites et les références de la formation suivie par les infirmiers sont disponibles. Les auteurs conseillent une atmosphère calme et précisent de plus que l'interaction entre soignant et soigné joue un grand rôle dans l'effet que produit le massage. L'infirmier prend ensuite contact avec le patient avec des techniques de massage douces et applique de la crème sur les mains avant de poursuivre avec un massage à pression modérée durant huit à dix minutes. La même procédure est répétée pour la deuxième main. Bien que cette étude soit un projet pilote, cette méthode peut être transférée à d'autres contextes de soins.

Pour répondre à la question de recherche de ce travail, l'étude ne montre pas de résultats cliniques significatifs sur l'agitation dans le cadre d'un SCPD. Cependant, elle apporte des évidences significatives concernant les bénéfices du toucher/massage sur les marqueurs biologiques du stress.

4.8 Description de l'étude 5

Yang, Y.-P., Lee, F.-P., Chao, H.-C., Hsu, F.-Y., & Wang, J.-J. (2016). Comparing the Effects of Cognitive Stimulation, Reminiscence, and Aroma-Massage on Agitation and Depressive Mood in People With Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(8), 719- 724. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.03.021>

Cette étude de cohorte a été réalisée auprès de 102 personnes résidant dans 10 EMS similaires de Taiwan. Tous les participants présentent un degré léger à sévère de démence sur un questionnaire court d'évaluation mentale, ou un MMSE entre 10 et 17 pour les gens n'ayant pas fait d'études secondaires et entre 10 et 24 pour les gens ayant fait des études secondaires. Ils n'ont en revanche pas de troubles psychiques empêchant l'interaction avec les chercheurs ou autres participants.

L'objectif de cette étude est de comparer les effets de la thérapie par la stimulation cognitive (CST), de la thérapie par la réminiscence (RT) et de la thérapie par le massage aromathérapeutique (AT) dans la prise en soin de l'agitation et de l'humeur dépressive chez la personne atteinte de démence. Toutes les personnes résidant dans les EMS concernés et remplissant les critères d'inclusion étaient invitées à participer et ont été randomisées dans les groupes d'intervention. 43 sujets ont été assignés à la thérapie par la réminiscence, 29 à la thérapie par la stimulation cognitive et 29 à la thérapie par le massage aromatique.

Les versions chinoises de l'échelle CMAI et de l'échelle CSDD (Cornell Scale for Depression in Dementia) ont été utilisées pour évaluer respectivement l'agitation et les troubles de l'humeur des participants. Les mesures ont été effectuées avant l'intervention et une semaine après. Les résultats ont été comparés au sein de chaque groupe ainsi qu'entre les groupes. La CST et la RT ont eu lieu en groupe durant 50 minutes avec un assistant de recherche, une fois par semaine durant dix semaines tandis que l'AT a été effectuée de manière individuelle une fois par semaine durant huit semaines avec deux assistants de recherche. Toutes les interventions ont eu lieu au même moment de la journée.

Une différence significative a été établie suite à chacune des interventions. De plus, il est montré que le massage aromatique est plus efficace que la stimulation cognitive et la réminiscence, tant pour réduire l'agitation que pour atténuer les troubles de l'humeur.

4.8.1 Validité méthodologique

Les critères d'inclusion de l'étude étaient remplis par 113 participants mais onze d'entre eux n'étaient plus aptes à participer lors du début des interventions. Les chercheurs ont randomisé les 102 personnes restantes de manière aléatoire en trois groupes. Le taux de puissance statistique n'a pas été calculé. Le groupe recevant l'AT présente des différences démographiques concernant l'âge moyen et le degré de démence des participants ; c'est pourquoi une analyse de la covariance a été effectuée. Les différences dans les conditions du déroulement de l'intervention (groupe ou individuel et un ou deux intervenants) peuvent représenter un biais pour les résultats.

Pour s'assurer de la validité interne de l'étude, les chercheurs n'ont pris en compte que les sujets ayant subi $\geq 70\%$ de l'intervention, c'est pourquoi 99 participants ont été réellement analysés. Pour éviter un biais de croisement, les patients n'ont reçu qu'une intervention. Personne n'a été aveuglé lors du déroulement de l'étude. Les deux instruments de mesures

sont fiables et leurs validités internes sont confirmées par d'autres auteurs. De plus, ils sont utilisés par des infirmiers ou assistants de recherche formés.

La validité externe est renforcée par le grand nombre de participants provenant de différents EMS. Cet élément permet de mieux généraliser les résultats, malgré le caractère individuel des SCPD. Cependant les EMS choisis sont tous situés à Taiwan ce qui confère une unité culturelle aux participants.

Le niveau de preuve selon la classification de la HAS est de deux.

4.8.2 Pertinence clinique

Les résultats montrent une différence cliniquement significative de l'agitation et des symptômes dépressifs suite à l'intervention. La comparaison des résultats permet d'établir le massage aroma-thérapeutique comme intervention la plus efficace au niveau des manifestations cliniques. Aucun test biologique n'a été effectué pour confirmer ce résultat.

Les auteurs n'ont pas trouvé d'autres études mettant en parallèle ces trois interventions afin de comparer leurs résultats. Cependant l'efficacité de ces trois méthodes a également été prouvée par d'autres auteurs (Aguirre et al., 2013 ; Holt et al., 2003 ; Baillon et al., 2004 ; Fung et al., 2012 ; Cotelli et al., 2012 ; Wang et al., 2007 ; Yamanaka et al., 2013 ; Lin et al., 2007 ; Smallwood et al., 2001 ; Woods et al., 2005).

4.8.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude décrit clairement les interventions effectuées auprès des patients. Les durées d'intervention, un listing des thèmes abordés pour la RT et la CST et l'huile utilisée pour l'AT sont mentionnés dans la méthode. Les chercheurs précisent les zones massées mais ne fournissent pas de protocole de massage. Il n'y a pas non plus d'information concernant la formation reçue par les assistants de recherche ce qui rend l'intervention difficilement transférable dans la pratique.

Pour répondre à la question de recherche de ce travail, l'étude montre un impact significativement bénéfique du massage sur l'agitation dans le cadre d'un SCPD auprès d'une personne âgée démente.

4.9 Description de l'étude 6

Yang, Y.-P., Wang, C.-J., & Wang, J.-J. (2016). Effect of Aromatherapy Massage on Agitation and Depressive Mood in Individuals With Dementia. *Journal of Gerontological Nursing, 42*(9), 38-46. <https://doi.org/10.3928/00989134-20160615-03>

Cet essai contrôlé randomisé a été effectué auprès de 59 personnes résidant dans 5 EMS de Taiwan. Les participants présentent un degré léger à sévère de démence, objectivé grâce au Short Portable Mental Status Questionnaire ou au Mini-Mental State Examination. Ils ont tous montré un SCPD de type agitation ou des troubles de l'humeur sur la CMAI ou respectivement la CSDD durant les deux semaines précédant l'étude. En revanche, ils ne présentent pas de troubles empêchant l'interaction avec les chercheurs.

L'objectif de cette étude est d'examiner les effets du massage aroma-thérapeutique sur le soulagement de l'agitation et des troubles de l'humeur chez les personnes atteintes de démence. Les chercheurs ont randomisé les participants en deux groupes. Le premier, servant de groupe témoin, a participé aux activités habituelles de l'EMS. Le second en a fait de même, mais a reçu en sus un massage de 30 minutes par semaine, durant huit semaines.

Les versions chinoises de l'échelle CMAI et de l'échelle CSDD ont été utilisées pour mesurer respectivement l'agitation et les symptômes dépressifs. Les massages ont été dispensés de la deuxième à la neuvième semaine et les collectes de données ont été effectuées durant la première, deuxième, cinquième et neuvième semaine. Afin de déterminer l'effet du massage dans le temps, les chercheurs ont également rempli une échelle CMAI durant 24 heures le jour suivant le massage de la deuxième, cinquième et neuvième semaine.

Les résultats de la présente étude montrent une diminution statistiquement et cliniquement significative des comportements agités entre la première et la cinquième semaine. Cependant, ils restent stables à la neuvième semaine. La dégression des comportements agités n'est donc pas significative à long terme. En ce qui concerne l'effet immédiat du massage, le nombre de comportements agités a tendance à diminuer après le massage aroma-thérapeutique dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin. De plus, les symptômes dépressifs globaux ont diminué de façon significative pour le groupe d'intervention comparativement au groupe témoin.

4.9.1 Validité méthodologique

Les personnes atteintes de démence ont été assignées au hasard au groupe témoin ou au groupe d'intervention par les chercheurs. L'homogénéité entre les groupes est prouvée concernant les caractéristiques démographiques, le degré de démence sur le Short Portable Mental Status Questionnaire ou le Mini-Mental State Examination et le traitement médicamenteux psychotrope. Initialement, 61 participants ont été sélectionnés pour participer à l'étude. Deux d'entre eux ont été hospitalisés avant le début de l'intervention, c'est pourquoi 59 sujets ont été randomisés. Trois personnes se sont désistées par la suite et 56 ont finalement été analysées. Le taux de puissance statistique a été calculé à 80% et exigeait un minimum de 51 participants.

La nature du design de cette étude renforce bien la validité interne, mais diminue la validité externe (Fortin & Gagnon, 2010). La validité interne de l'étude est renforcée par des instruments de mesure reconnus avec une validité interne confirmée par d'autres auteurs. Ils sont utilisés par des infirmiers car ceux-ci ont plus d'expérience avec la population étudiée. De plus les infirmiers concernés ont suivi une formation pour utiliser les outils de recherche. Tous les chercheurs et assistants de recherche récoltant et analysant les données sont aveuglés concernant la répartition des participants. La nature de l'intervention ne permet pas plus qu'un aveuglement simple.

La validité externe de l'étude peut être compromise par la nature des SCPD qui sont en constante évolution. Cependant les critères d'inclusion reflètent la population démente usuelle des EMS, indépendamment de l'époque et du lieu. Les participants proviennent d'ailleurs de différents sites, même s'ils sont tous situés dans le même pays.

Le niveau de preuve selon la classification de la HAS est de un.

4.9.2 Pertinence clinique

Cette étude montre l'efficacité significative du massage aromatique sur les troubles de l'humeur. Elle apporte également des évidences concernant l'effet positif qu'il peut avoir sur l'agitation. Les résultats se basent uniquement sur des observations cliniques et aucun test biologique n'a été effectué auprès des participants.

Les conclusions présentes sont en accord avec celles de Smallwood et al. (2001) mais opposées à celles de Burns et al. (2011). Les auteurs suggèrent que ces différences proviennent de l'huile utilisée, des facteurs environnementaux, du personnel impliqué et de la posologie des massages administrés. Ils soulignent aussi le niveau de preuve plus élevé

de leur étude par rapport aux précédentes, principalement en lien avec le design et la taille de l'échantillon.

4.9.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Les évidences concernant l'efficacité du massage sur l'agitation dans le cadre des SCPD restent peu concluantes et les auteurs encouragent à faire d'autres recherches sur le sujet avant que les EMS utilisent le massage dans les interventions courantes de prise en soins de la démence.

Cette étude fournit quelques éléments nécessaires à la transférabilité du massage aromathérapeutique dans la pratique. Les personnes prodiguant le massage doivent suivre une journée de cours chez un thérapeute expérimenté et certifié. Les chercheurs fournissent un protocole expliquant le déroulement du massage et le matériel nécessaire. Le massage doit durer environ 30 minutes et est effectué avec 3 gouttes d'essence de lavande et 3 gouttes d'essence d'orange diluées dans 5ml d'huile neutre.

Pour répondre à la question de recherche de ce travail, l'étude montre une amélioration des signes cliniques de l'agitation d'une personne âgée atteinte de démence et présentant des SCPD, suite au massage.

4.10 Synthèse des principaux résultats

Parmi les SCPD, cette revue de la littérature s'intéresse à l'agitation. Pour cette raison, seul ce paramètre est traité dans la synthèse des résultats.

Tous les chercheurs ont utilisé l'échelle CMAI pour mesurer l'agitation auprès des participants, facilitant la comparaison entre les résultats et indiquant la pertinence de cet outil pour une utilisation dans la pratique quotidienne. Les études de Keshavarz et al. (2018), Yang et al. (2016) et Yang et al. (2016) présentent une diminution significative des scores d'agitation et celles de Fung et al. (2018) et Schaub et al. (2018) décrivent une tendance à la diminution. A l'opposé, l'étude de Moyle et al. (2014) exhibe une augmentation significative des scores moyens sur l'échelle CMAI.

L'analyse de ces six études montre des résultats encourageant mais le niveau de preuve scientifique reste moyen à faible. Seule la moitié des résultats montrent une efficacité significative du toucher/massage. De surcroit, dans la partie discussion de chacune des publications, les auteurs citent d'autres chercheurs et leurs conclusions discordent également. Les études disponibles sont hétérogènes de par leur design/échantillon/setting

et ne permettent ainsi pas d'en faire une méta-analyse pour apporter une meilleure évidence.

Par ailleurs, le massage administré est différent dans chaque étude, tant au niveau de la durée d'intervention que de la zone massée ou du nombre de massages. La moitié des études sélectionnées prodiguent les massages avec de l'huile essentielle, ce qui peut influencer les résultats, ne sachant pas si c'est le massage, l'aromathérapie ou la combinaison des deux qui influence un changement. Les multiples variables confondantes présentes dans les études nécessiteraient une analyse des covariances pour permettre d'ajuster les résultats et de statuer sur les effets du massage comme approche efficace pour diminuer l'agitation dans le cadre d'un SCPD.

5 Discussion

Cette section présente la discussion des résultats mis en évidence précédemment. Ils seront mis en lumière avec la question de recherche de cette revue de la littérature ainsi qu'avec d'autres études.

5.1 Discussion

L'approche par le toucher a déjà montré quelques évidences et s'intègre dans la théorie de soins reconnue du caring. Cette revue de la littérature cherche l'impact du toucher de type massage, appliqué par l'infirmier/soignant, sur l'agitation auprès d'une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer, vivant dans un EMS et présentant des troubles du comportement de type agitation dans le cadre d'un SCPD. Les résultats des études analysées apportent quelques preuves cliniques de l'impact bénéfique que peut avoir le massage. Une partie des recherches montre une diminution significative de l'agitation et deux autres études décrivent une tendance à la diminution.

Nos résultats montrent que les études récentes n'apportent pas toujours des évidences scientifiques unanimes par rapport à l'efficacité du toucher/massage dans la prise en soins de l'agitation chez la personne âgée démente. Pour comparer les évidences des études primaires analysées dans ce travail, cinq revues systématiques de la littérature ont été identifiées.

Anderson et al. ont analysé sept des 510 études qu'ils ont sélectionnées concernant les médecines complémentaires pour traiter douleurs et agitation chez les personnes démentes (Anderson, Deng, Anthony, Atalla, & Monroe, 2017). Les résultats qu'ils trouvent concernant le toucher/massage sont hétérogènes concernant l'efficacité de cette méthode. Cependant, toutes les études traitant de ce sujet notent une amélioration de la qualité de vie des patients, majoritairement induite par l'amélioration de la relation soignant-soigné. Les auteurs recommandent l'utilisation de cette intervention dans les EMS comme dans les unités de soins aigus (Anderson et al., 2017). On retrouve des résultats similaires chez Strøm et al., qui ont analysé 55 études portant sur les thérapies stimulant les sens chez les personnes démentes (Strøm, Ytrehus, & Grov, 2016). Ces auteurs recommandent toutefois des études plus poussées qui préciseraient mieux le stade de démence et qui proposeraient une standardisation du massage (Strøm et al., 2016). L'umbrella review effectuée par Abraha et al. concerne les interventions non-pharmacologiques pour les troubles du comportement dans la démence (Abraha et al., 2017). Elle met également en évidence une grande variation dans les types d'interventions, la durée du suivi, les résultats primaires

mesurés, la rigueur méthodologique et l'échantillonnage. Les auteurs en concluent une certaine difficulté à prononcer des évidences fiables concernant le toucher/massage (Abraha et al., 2017).

Portant uniquement sur le massage, les revues systématiques de Margenfeld et al. et Schaub et al. montrent des résultats plus positifs (Margenfeld, Klocke, & Joos, 2019; Schaub et al., 2016). Margenfeld et al. ont analysé onze études et déduisent une réduction significative de l'agitation suite au massage. Ils encouragent les soignants et les proches à prodiguer des massages aux patients souffrant de démence mais conseillent des recherches plus poussées pour formuler des recommandations plus claires en ce qui concerne la fréquence et les types de massages (Margenfeld et al., 2019). Schaub et al. restent nuancés : ils parlent de diminution « plus ou moins avérée » de l'agitation. Par contre, ils mettent en évidence l'apaisement et le bien-être des patients suite au massage, ainsi que le renforcement du lien de confiance entre les infirmiers et les patients (Schaub et al., 2016).

Nos résultats sont en accord avec les résultats de ces chercheurs. Dans notre revue de la littérature, une partie des résultats montrent un effet bénéfique du massage pour calmer l'agitation (Keshavarz et al., 2018; Yang, Lee, et al., 2016; Yang, Wang, et al., 2016). De plus, deux études (Fung & Tsang, 2018; Schaub et al., 2018) constatent une amélioration de l'agitation mesuré sur l'échelle CMAI. Par ailleurs, les résultats de nos six études soulignent le manque de standardisation concernant le massage (type, fréquence, durée). Cet élément est également soulevé par les chercheurs de ces cinq revues systématiques.

Finalement, la problématique de cette revue de la littérature évoque une transition démographique avec un vieillissement de la population et une augmentation des cas de démence et des SCPD l'accompagnant. Elle présente également que les bonnes pratiques consistent à prioriser les traitements non-pharmacologiques mais que cette approche a de la peine à se mettre en place dans les EMS. Il s'agit également du constat fait dans les six études analysées ainsi que dans les revues systématiques de la littérature sur le même sujet.

5.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Les études quantitatives analysées ont toutes un haut niveau de preuve, démontrant une bonne rigueur dans les recherches. Les outils servant pour mesurer l'effet sont validés psychométriquement et reconnus par d'autres auteurs. Les études ont toutes été randomisées et les différents groupes de contrôle et d'intervention sont homogènes, ou les

différences ont été traitées comme covariances. Cet élément assure une bonne validité interne des résultats qui est également renforcée par la nature du design des études. La validité externe est influencée par le caractère de l'intervention qui ne peut pas être aveuglée plus que par un aveuglement simple et qui est complexe à appliquer sur le terrain. Elle est également réduite par des échantillons localisés dans une région ou un pays. Cependant, les critères d'inclusion sont similaires et applicables dans la majorité des EMS du monde. Les conditions dans lesquelles doivent se dérouler le massage sont partout décrites, avec parfois un manque de précision. Les études de Fung et al. (2018), Keshavarz et al. (2018), Schaub et al. (2018) et Yang et al. (2016) fournissent un protocole de massage, ce qui les rend facilement reproductibles. L'hétérogénéité des protocoles et des résultats ne permet pas de faire une méta-analyse.

5.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Comme tout travail, cette revue de la littérature comporte des points forts et des points faibles. Tout d'abord, six études ont été analysées, ce qui n'est pas exhaustif. De plus, les recherches ont été effectuées sur trois bases de données et il se peut que des études intéressantes sur le sujet ne se trouvent pas sur celles-ci. Malgré cela, les études choisies ont toutes été publiées durant les cinq dernières années, ce qui garantit l'actualité des résultats. La comparaison avec d'autres revues de la littérature renforce de surcroît la validité de ces derniers.

Ensuite, dans la question de recherche, il est précisé que l'on s'intéresse à l'agitation dans le cadre d'un SCPD lié à la maladie d'Alzheimer. Or, lors de la recherche et de l'analyse de données, la maladie d'Alzheimer est souvent élargie à toutes les démences. De surcroît, le diagnostic de ces maladies est parfois non-investigué. Seule l'étude de Keshavarz et al. (2018) s'intéresse spécifiquement aux patients souffrant de la maladie d'Alzheimer. La population de cette revue de la littérature est donc imprécise. Cet élément induit une moins bonne précision dans la réponse à la question de recherche. Toutefois, les SCPD et leur prise en soins sont un problème récurrent dans toutes les démences et cette revue de la littérature ouvre des pistes prometteuses au traitement de l'agitation, tant pour la maladie d'Alzheimer que pour d'autres démences.

Enfin, à l'exception de l'étude de Schaub et al. (2018), les études sélectionnées se déroulent dans des pays éloignés de la Suisse (Chine, Iran, Australie, Taiwan). Cet éloignement géographique et le design des études impliquent des différences culturelles qui pourraient compromettre la généralisabilité des résultats dans les soins en Suisse et plus particulièrement en Valais. En effet, certaines communautés sont plus ouvertes que

d'autres aux médecines naturelles ou au contact physique. Cependant la majorité des résultats vont dans la même direction. La problématique de cette revue de la littérature est la même que celle dépeinte par les différents auteurs cités. On peut donc admettre qu'il s'agit d'un problème universel auquel toutes les nations tentent de trouver des solutions.

6 Conclusions

Cette revue de la littérature a permis un aperçu des recherches concernant l'utilisation des thérapies non-médicamenteuses dans la prise en soins des troubles du comportement auprès des personnes atteintes d'une démence et plus particulièrement le toucher/massage en lien avec l'agitation. Ce travail corrobore avec d'autres revues systématiques sur le sujet.

Personnellement, cette revue de la littérature m'a permis d'effectuer une réalisation concrète de la matière enseignée durant ce bachelor. J'ai pu m'entraîner à la recherche sur diverses bases de données afin de sélectionner des études pour ensuite les analyser. J'ai également pu approfondir mes connaissances sur un sujet qui m'intéresse et qui représente à mon sens une part de l'avenir des soins infirmiers.

Pour clôturer ce travail et pouvoir apporter des évidences fortes et univoques concernant l'effet du toucher/massage sur l'agitation dans le cadre d'un SCPD, diverses propositions sont effectuées dans les points suivants pour la pratique, la formation et la recherche.

6.1 Propositions pour la pratique

Il n'existe actuellement en Valais ou en Suisse romande aucune formation en toucher/massage spécifique à la pratique soignante. Chaque personne est libre d'entreprendre des cours de massage dans un cadre privé mais ceux-ci ne sont pas proposés dans le cadre des Certificate of Advanced Studies / Diploma of Advances Studies. L'intégration d'une formation post-grade au programme des Hautes Ecoles Spécialisées de Suisse romande aiderait, d'une part, à faire connaître cette pratique dans les différents milieux de soins. D'autre part, elle permettrait de faire reconnaître le toucher/massage comme thérapie complémentaire dans le traitement des SCPD et plus particulièrement de l'agitation. Elle ouvrirait également la voie aux approches non-médicamenteuses comme partie intégrante de la formation infirmière de pratique avancée. Finalement, une formation reconnue pourrait offrir la possibilité de dégager du temps de travail consacré au massage dans le quotidien chargé des soignants. Ce dernier élément rendrait l'application sur le terrain mieux envisageable.

6.2 Propositions pour la formation

Au cours de la formation en soins infirmiers, l'importance des thérapies complémentaires dans la prise en charge infirmière est évoquée à plusieurs reprises. Cependant, aucun cours pratique n'est dispensé les concernant. Une proposition pertinente pour la formation

consiste ainsi à introduire un module dédié aux approches non-médicamenteuses. Il pourrait comprendre les notions de bases de différentes méthodes ayant montré quelques évidences, ainsi que leurs champs d'application. Concrètement, ce module pourrait comprendre la stimulation cognitive, le contact social, la réminiscence, l'approche Montessori et les différentes méthodes de stimulation sensorielle. Il pourrait alors y figurer le massage comme traitement de l'agitation, avec la présentation et l'entraînement d'un protocole de massage réalisable facilement.

6.3 Propositions pour la recherche

Afin de rendre les propositions pour la pratique et la formation plus facilement réalisable, il serait judicieux d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques concernant le toucher de type massage. Celles-ci devraient comporter les indications d'un massage mais aussi sa durée, sa fréquence, le type de massage, les conditions dans lesquelles l'appliquer et la formation nécessaire à la personne dispensant l'intervention. Pour ce faire, il serait bénéfique d'analyser différentes études présentant des résultats statistiquement et cliniquement significatifs et d'en tirer les éléments avec les meilleurs résultats (soit de faire une méta-analyse). En se basant sur les six études analysées, on peut déduire que le massage dans le traitement de l'agitation a un meilleur effet sur le haut du corps (tête, nuque, épaules) que sur les pieds. On note également que les effets cliniques sont le plus observables dans un court laps de temps après le massage mais que l'efficacité est supérieure lors d'une application régulière (une fois par semaine). Cette revue de la littérature est cependant limitée et des recherches plus importantes et à plus large spectre sont nécessaires pour établir des directives précises.

Comme l'ont recommandé plusieurs des auteurs cités, de nouvelles recherches sont également nécessaire pour renforcer les évidences concernant l'efficacité du massage dans la prise en charge de l'agitation dans le cadre d'un SCPD. En effet, toutes les preuves ne sont actuellement pas univoques et des évidences sont indispensables pour mettre en place une intervention.

7 Références bibliographiques

- Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., ... Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*, 7(3), e012759. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012759>
- Alzheimer Suisse. (2018, janvier 7). Les démences en Suisse 2018, Faits et chiffres. Consulté 23 février 2019, à l'adresse alz.ch website: <https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/les-demences/article/des-chiffres-et-des-faits-sur-les-demences/>
- Anderson, A. R., Deng, J., Anthony, R. S., Atalla, S. A., & Monroe, T. B. (2017). Using Complementary and Alternative Medicine to Treat Pain and Agitation in Dementia: A Review of Randomized Controlled Trials from Long-Term Care with Potential Use in Critical Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 29(4), 519-537. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2017.08.010>
- Anwar, K. (2016). Pathophysiology of pain. *Disease-a-Month*, 62(9), 324-329. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2016.05.015>
- Bazin, N. (2002). Diagnostic des états d'agitation des sujets âgés. *La Revue de Gériatrie, Tome 27*(6), 451-456.
- Blanchon, C. (2011). *Le toucher relationnel au coeur des soins*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Bonneton-Tabariés, F., & Lambert-Libert, A. (2013). *Le Toucher dans la relation soignant-soigné* (3e édition). Paris: MED-LINE.
- Charpentier, E. (2014). *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*. De Boeck Supérieur.
- CMRR de Nice. (2011). *NPI - Réduit*. Consulté à l'adresse <https://www.cmrr-nice.fr/doc/NPI-R.pdf>
- Cohen-Mansfield, J. (1997). Conceptualization of Agitation: Results Based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory and the Agitation Behavior Mapping Instrument. *International Psychogeriatrics*, 8(S3), 309-315. <https://doi.org/10.1017/S1041610297003530>
- Cohen-Mansfield, J. (2008). Agitated behavior in persons with dementia: The relationship between type of behavior, its frequency, and its disruptiveness. *Journal of Psychiatric Research*, 43(1), 64-69. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.02.003>
- Cohen-Mansfield, J. (2013). Nonpharmacologic Treatment of Behavioral Disorders in Dementia. *Current Treatment Options in Neurology*, 15(6), 765-785. <https://doi.org/10.1007/s11940-013-0257-2>
- Cummings, J. L. (1997). The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*, 48(5 Suppl 6), S10-16.
- Dubois, B., & Michon, A. (2015). *Démences*. Doin - John Libbey Eurotext.
- Ebbing, K. (2016). Symptômes comportementaux et psychologiques dans les démences : quelles alternatives à la pharmaco- thérapie ? *Rev Med Suisse*, 12, 786-789.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière Education.
- Fung, J. K. K., & Tsang, H. W. (2018). Management of behavioural and psychological symptoms of dementia by an aroma-massage with acupressure treatment protocol: A randomised clinical trial. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9-10), 1812-1825. <https://doi.org/10.1111/jocn.14101>
- Gillès de Pélichy, E., Ebbing, K., Matos Queiros, A., Hanon, C., von Gunten, A., Sellah, Z., & Verloo, H. (2018). Demographics, Clinical Characteristics, and Therapeutic Approaches among Older Adults Referred to Mobile Psychiatric Crisis Intervention Teams: A Retrospective Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 402-413. <https://doi.org/10.1159/000493525>

- Gold, G., Fazio, L., Gattelet, P., Hermann, F. R., Hua Stolz, J., & Zekry, D. (2012). Evaluation du comportement en milieu somatique : utilisation d'une méthode simple et fiable. *Revue Médicale Suisse*, 8, 2119-2121.
- Haas, J. (2010). Formes fréquentes de démence: maladie d'Alzheimer et démence vasculaire. *Association Alzheimer Suisse*.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique*. Service des bonnes pratiques professionnelles.
- 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. <https://doi.org/10.1136/bmj.h369>
- Keshavarz, S., Mirzaei, T., & Ravari, A. (2018). Effect of Head and Face Massage on Agitation in Elderly Alzheimer's Disease Patients. *Journal of Evidence-based Care*, 7(4), 46-54. <https://doi.org/10.22038/ebcj.2017.25958.1589>
- Krol, P. J., & Lavoie, M. (2015). De l'humanisme au nihilisme : une dialectique sur la théorie du caring de Jean Watson. *Recherche en soins infirmiers*, N° 122(3), 52-66.
- Lang, P. O., Dalleur, O., & Boland, B. (2015). Prescription médicamenteuse inappropriée : les nouveaux critères STOPP/START. *Revue Médicale Suisse*, 11(494), 2115-2123.
- Larousse, É. (s. d.). Définitions : toucher - Dictionnaire de français Larousse. Consulté 24 novembre 2018, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/toucher/78627>
- Le concept d'Humanitude® – IGM-Suisse. (s. d.). Consulté 11 novembre 2018, à l'adresse http://igm-suisse.ch/home/?page_id=32
- Maillot, J. (2010). *Regarde moi, parle moi, touche moi, je suis comme toi: la communication avec la personne atteinte de démence sénile de type alzheimer par l'humanité*. Saarbrücken: Ed. universitaires européennes.
- Margenfeld, F., Klocke, C., & Joos, S. (2019). Manual massage for persons living with dementia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.012>
- Marieb, E., & Hohen, K. (2015). *Anatomie et physiologie humaines* (Adaptation de la 9e édition américaine; L. Moussakova & R. Lachaine, Trad.). Pearson Education.
- Micas, M., Ousset, P.J., & Vellas, B. (1997). *Evaluation des troubles du comportement. présentation de l'échelle de Cohen-Manfield*. Consulté à l'adresse <http://www.sgca.fr/outils/Echelle%20de%20Cohen%20Mansfield.pdf>
- Moyle, W., Cooke, M. L., Beattie, E., Shum, D. H. K., O'Dwyer, S. T., & Barrett, S. (2014). Foot massage versus quiet presence on agitation and mood in people with dementia: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 51(6), 856-864. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.019>
- Moyle, W., Johnston, A. N. B., & O'Dwyer, S. T. (2011). Exploring the effect of foot massage on agitated behaviours in older people with dementia: A pilot study. *Australasian Journal on Ageing*, 30(3), 159-161. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2010.00504.x>
- Moyle, W., Murfield, J. E., O'Dwyer, S., & Wyk, S. V. (2013). The effect of massage on agitated behaviours in older people with dementia: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(5-6), 601-610. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04234.x>
- Neves, C., Malaquin-Pavan, E., & Debout, C. (2008). Modèles conceptuels et théories de soins, caractéristiques et utilisation pratique. *Soins*, (724), 38-43.
- OFS. (2012, septembre 12). Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social - Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09 | Publication. Consulté 11 novembre 2018, à l'adresse Office fédéral de la statistique website: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.348097.html>
- OFS. (2015, novembre 12). Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse - 2015 - 2045

- | Publication. Consulté 11 novembre 2018, à l'adresse Office fédéral de la statistique website: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.350327.html>
- OMS. (2001). Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review: Introduction: Terminology. Consulté 7 juin 2019, à l'adresse <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2943e/3.html#Jh2943e.3.1>
- OMS. (2017, décembre 12). La démence. Consulté 4 décembre 2018, à l'adresse <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- OMS. (2018, juin 18). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, Eleventh Version*. Consulté à l'adresse <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2f%2f546689346>
- Oude Engberink, A., Bourrel, G., Carbonnel, F., Pavageau, S., Clotet, L., & Lognos, B. (2018). Approche centrée patient et interventions non médicamenteuses (INM) en médecine générale. *HEGEL - HEpato-GastroEntérologie Libérale*, 8(1). <https://doi.org/10.4267/2042/65111>
- Pancrazi, M.-P., & Metais, P. (2005). Maladie d'Alzheimer, traitement des troubles psychologiques et comportementaux. *La Presse Médicale*, 34(9), 667-672. [https://doi.org/10.1016/S0755-4982\(05\)84011-4](https://doi.org/10.1016/S0755-4982(05)84011-4)
- Poletti, R., Maillard, F., Muret-Stucky, G., & Dobbs-Zeller, B. (1978). *Acta Nursologica 2 ; vers un enrichissement des interventions de soins infirmiers*.
- Prayez, P., & Savatofski, J. (2017). *Le toucher apprivoisé* (4e édition). Lamarre.
- Reusberg, B. (1986). Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD). Consulté 10 mars 2019, à l'adresse cgakit website: <https://www.cgakit.com/p-3-behave-ad>
- Rey, S., Voyer, P., & Juneau, L. (2016, octobre). Prise en charge des SCPD. *vol.13 / no 4*, p. 56-60.
- Rosen, J., Burgio, L., Kollar, M., Cain, M., Allison, M., Fogleman, M., ... Zubenko, G. S. (1994). A user-friendly instrument for rating agitation in dementia patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 2(1), 52-59.
- Savaskan, E., Bopp-Kistler, I., Buerge, M., Fischlin, R., Georgescu, D., Giardini, U., ... Wollmer, M. A. (2014). Recommandations pour le diagnostic et le traitement des symptômes comportementaux et psychologique de la démence (SCPD). *Rev Med Suisse*, 10, 0-0.
- Savatofski, J. (2016). *Le toucher-massage* (3e éd. augm). Rueil-Malmaison: Lamarre.
- Schaub, C., Gunten, A. von, & Morin, D. (2016). Examen de la portée des connaissances sur les concepts du toucher et du massage et de leurs effets sur l'agitation et le stress des personnes âgées hospitalisées atteintes de démence. *Recherche en soins infirmiers*, (126), 7-23. <https://doi.org/10.3917/rsi.126.0007>
- Schaub, C., Von Gunten, A., Morin, D., Wild, P., Gomez, P., & Popp, J. (2018). The Effects of Hand Massage on Stress and Agitation Among People with Dementia in a Hospital Setting: A Pilot Study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 43(4), 319-332. <https://doi.org/10.1007/s10484-018-9416-2>
- Sheppard, C. L., McArthur, C., & Hitzig, S. L. (2016). A Systematic Review of Montessori-Based Activities for Persons With Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(2), 117-122. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.10.006>
- Strøm, B. S., Ytrehus, S., & Grov, E.-K. (2016). Sensory stimulation for persons with dementia: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 25(13-14), 1805-1834. <https://doi.org/10.1111/jocn.13169>
- 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. <https://doi.org/10.1177/1756285617712979>
- Vanderheyden, J.-E., & Kennes, B. (2017). *Démence et perte cognitive: Prise en charge du patient*

et de sa famille. De Boeck Supérieur.

Yang, Y.-P., Lee, F.-P., Chao, H.-C., Hsu, F.-Y., & Wang, J.-J. (2016). Comparing the Effects of Cognitive Stimulation, Reminiscence, and Aroma-Massage on Agitation and Depressive Mood in People With Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(8), 719-724. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.03.021>

Yang, Y.-P., Wang, C.-J., & Wang, J.-J. (2016). Effect of Aromatherapy Massage on Agitation and Depressive Mood in Individuals With Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 42(9), 38-46. <https://doi.org/10.3928/00989134-20160615-03>

8 Annexes

Annexe I : Tableaux de recension des études

Fung, J. K. K., & Tsang, H. W. (2018). Management of behavioural and psychological symptoms of dementia by an aroma-massage with acupressure treatment protocol: A randomised clinical trial. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9-10), 1812-1825. <https://doi.org/10.1111/jocn.14101>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Essai clinique randomisé avec un modèle à 3 groupes parallèles</p> <p>Niveau de preuve 1</p>	<p>60 personnes âgées présentant un SCPD et résidant dans des EMS non gouvernementaux à Hong Kong</p> <p>Echantillonnage</p> <p>Les participants ont été répartis équitablement et de manière aléatoire en 3 groupes</p> <p>Critères d'inclusion et d'exclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> - être âgé de ≥ 60 - avoir un CMMSE <18 si illettré, <19 si instruit 1 à 2 ans et <20 si instruit plus de 2 ans - être diagnostiqué avec un SCPD - avoir la volonté de participer ainsi qu'avoir un consentement éclairé signé par le représentant légal - ne pas présenter d'allergies aux huiles essentielles ou d'intolérance au toucher 	<p>Évaluer l'efficacité clinique d'un massage aromatique avec un protocole de traitement par acupressure et le comparer à un entraînement cognitif dans la gestion des SCPD</p> <p>Hypothèses</p> <p>(i) le protocole nouvellement élaboré est aussi efficace que l'entraînement cognitif pour réduire les SCPD</p> <p>(ii) le protocole nouvellement élaboré renforcerait l'effet de l'entraînement cognitif.</p> <p>Variables</p> <ul style="list-style-type: none"> - groupe 1 : protocole de massage aromatique avec acupressure + exercice - groupe 2 : entraînement cognitif + exercice - groupe 3 : protocole de massage aromatique avec acupressure + entraînement cognitif 	<p>Les interventions pharmacologiques ne donnent pas satisfaction dans la prise en charge des SCPD, c'est pourquoi des recherches approfondies sont nécessaires dans le domaine des médecines complémentaires.</p>	<p>Des recueils de données démographiques ont été remplis par des thérapeutes formés pour évaluer les SCPD. Des observations ont été faites avant et après l'intervention et trois mois après l'intervention</p> <p>Ethique</p> <p>Une approbation éthique a été demandée au département des sciences de la réadaptation de l'université polytechnique de Hong-Kong et auprès des institutions concernées. Un consentement éclairé écrit individuel a également été obtenu des tuteurs ou soignants des participants.</p>	<p>Le test ANOVA a été effectué pour détecter les différences dans les scores de base</p> <p>Le test du chi-squared et la statistique descriptive pour analyser les données démographiques</p> <p>Des comparaisons multiples par mesures répétées ont été effectuées par analyse de covariance avec le test ANCOVA</p> <p>Logiciels</p> <p>SPSS version 22</p>	<p>Les groupes ayant reçu le traitement avec le protocole combinant le massage aromatique et l'acupression ont démontré une diminution significative de la gravité et de la détresse causée par les SCPD</p> <p>Conclusions</p> <p>Le massage aromatique avec protocole d'acupression est sûr, bien toléré et facile à administrer par le personnel non professionnel. Avec d'autres preuves à l'appui, il pourrait être recommandé comme thérapie complémentaire dans la prise en charge des SCPD</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Petit échantillon, pas de mesure des symptômes positifs, pas de contrôle de la médication des participants, les évaluateurs n'ont pas été complètement aveugles.</p>

Keshavarz, S., Mirzaei, T., & Ravari, A. (2018). Effect of Head and Face Massage on Agitation in Elderly Alzheimer's Disease Patients. *Journal of Evidence-based Care*, 7(4), 46-54. <https://doi.org/10.22038/ebcj.2017.25958.1589>

<p>Design</p> <p>Essai clinique randomisé avec un groupe témoin et un plan pré-test et post-test</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>1</p>	<p>Échantillon</p> <p>70 personnes âgées résidants dans deux EMS de la province de Yazd en Iran</p> <p>Echantillonnage</p> <p>Les participants ont été répartis de manière aléatoire en deux groupes</p> <p>Critères d'inclusion et d'exclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> - porter le diagnostic de la maladie d'Alzheimer - être âgé \geq 60 - être d'accord de participer - ne pas souffrir de retard mental - ne pas avoir de plaies sur le visage ou la tête - avoir présenté un état d'agitation sur le CMAI dans les deux semaines précédant l'étude - ne pas consommer de médicaments influençant l'agitation 	<p>But, objectifs</p> <p>Déterminer l'effet du massage de la tête et du visage sur l'agitation des patients malade d'Alzheimer</p> <p>Question de recherche</p> <p>Quel est l'effet du massage de la tête et du visage sur l'agitation de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ?</p> <p>Variables</p> <ul style="list-style-type: none"> - groupe 1 : massage avec des techniques de compression et d'effleurage - groupe 2 : pas d'intervention 	<p>Cadre de référence</p> <p>La gestion de l'agitation chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer par des méthodes de traitement non invasives, comme le massage, est d'une importance capitale car la population est vieillissante et le nombre de personnes touchées croissant</p>	<p>Méthode de collecte des données</p> <p>Un infirmier formé a rempli l'évaluation de l'agitation grâce au CMAI avant et après l'intervention sur les deux groupes tandis que le deuxième infirmier effectuait les massages au groupe d'intervention</p> <p>Ethique</p> <p>Cet article est extrait d'un mémoire de maîtrise en soins infirmiers gériatriques soumis à l'Université des sciences médicales de Rafsandjan, qui a été approuvé par le Comité régional d'éthique de la recherche de l'Université des sciences médicales de Rafsandjan, de plus les EMS concernés ont donné leur approbation</p>	<p>Méthodes d'analyse</p> <p>Les scores d'agitation des patients ont été comparés entre les groupes ainsi qu'au sein du groupe avant et après l'intervention</p> <p>Logiciels</p> <p>Wilcoxon et Mann-Whitney tests in SPSS, version 18</p>	<p>Résultats</p> <p>Il existe une différence significative entre les deux groupes après l'intervention alors qu'il n'y en avait pas auparavant.</p> <p>Conclusions</p> <p>L'utilisation du massage de la tête et du visage comme intervention infirmière est efficace pour diminuer l'agitation chez les personnes âgées atteintes d'Alzheimer. Cette méthode est simple, sécuritaire et peu coûteuse et devrait être appliquée en complément du traitement existant.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Influence des soignants présents, généralisation des résultats limitée à une partie des patients Alzheimer</p>
---	--	--	---	---	---	--

Moyle, W., Cooke, M. L., Beattie, E., Shum, D. H. K., O'Dwyer, S. T., & Barrett, S. (2014). Foot massage versus quiet presence on agitation and mood in people with dementia: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 51(6), 856-864. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.019>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Un essai contrôlé randomisé utilisant un modèle croisé gardant les mêmes sujets.</p> <p>Niveau de preuve 1</p>	<p>55 résidents de 5 EMS de Brisbane en Australie</p> <p>Echantillonnage</p> <p>Les participants ont été répartis de manière aléatoire par un programme informatique pour recevoir un massage des pieds de 10 minutes (intervention) ou une présence calme (contrôle), tous les jours de la semaine pendant 3 semaines.</p> <p>Critères d'inclusion et d'exclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> - être âgé de ≥ 65 - être atteint de démence au stade modéré à avancé - avoir obtenu un score inférieur à 18 au MMSE - avoir des antécédents récents d'agitation >3 sur la PAS - ne pas présenter d'autres maladies graves ou qui affectent les pieds 	<p>Comparer l'effet du massage des pieds (intervention) et de la présence calme (contrôle) sur l'agitation et l'humeur des personnes atteintes de démence.</p> <p>Hypothèses</p> <p>Les participants recevant le massage des pieds vont présenter une baisse des scores d'agitation au fil du temps, alors que les participants du groupe témoin n'en subiront pas.</p> <p>Variables</p> <ul style="list-style-type: none"> - 26 personnes dans le groupe du massage des pieds - 29 personnes dans le groupe de la présence calme 	<p>De plus en plus de gens s'intéressent à l'utilisation de traitements complémentaires et parallèles pour gérer les SCPD, tels que l'agitation, l'agressivité et l'humeur dépressive. Il n'existait jusqu'à présent pas de d'essai contrôlé randomisé sur le massage des pieds dans le traitement de l'agitation chez la personne âgée démente</p>	<p>Dans les deux semaines précédant l'intervention et dans la semaine suivant l'intervention, les participants ont été évalués selon la CMAI pour l'agitation et selon le OERS pour l'humeur.</p> <p>Ethique</p> <p>Griffith University Human Research Committee, en Australie, a donné son approbation éthique à l'étude.</p>	<p>Chaque groupe a été analysé en pré et post-test. Un test de ANOVA a été effectué pour analyser les différences entre les résultats.</p> <p>Logiciels</p> <p>SAS version 9.2</p>	<p>Le CMAI moyen a augmenté de manière significative pour les deux groupes, mais plus importante dans le groupe avec la présence calme. La vigilance générale de l'OERS indique quant à elle des effets positifs pour le groupe du massage et négatifs pour le groupe de la présence calme.</p> <p>Conclusions</p> <p>Il est nécessaire de faire d'autres recherches pour déterminer les conditions dans lesquelles le massage peut favoriser la relaxation et améliorer l'humeur</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Beaucoup de chercheurs et de nouvelles personnes ont pu modifier le comportement des participants, une seule échelle de mesure a été utilisée par concept, le modèle croisé est mal applicable à la population avec une détérioration cognitive progressive</p>

Schaub, C., Von Gunten, A., Morin, D., Wild, P., Gomez, P., & Popp, J. (2018). The Effects of Hand Massage on Stress and Agitation Among People with Dementia in a Hospital Setting: A Pilot Study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 43(4), 319-332. <https://doi.org/10.1007/s10484-018-9416-2>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Essai contrôlé randomisé</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>2</p>	<p>40 patients âgés hospitalisés dans le service de psychogériatrie d'un hôpital universitaire en Suisse</p> <p>Echantillonnage</p> <p>Les patients ont été répartis de manière aléatoire en deux groupes de 20 participants par un programme informatique.</p> <p>Critères d'inclusion et d'exclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> - être âgé de ≥ 65 - souffrir de démence et d'agitation - avoir un score de minimum 1/3 sur l'échelle de mesure CDR de la démence - présenter au moins un trouble du comportement de l'échelle HoNOS65+ - être entré à l'hôpital dans les 2 semaines précédant l'étude et sans transfert prévu avant la fin de l'étude - ne pas avoir de problèmes connus avec le contact physique ou être en décompensation sévère - ne pas présenter de plaies sur les mains 	<p>Etudier l'effet du massage des mains sur l'agitation et les marqueurs biologiques du stress (cortisol salivaire et alpha-amylase) chez les patients atteints de démence hospitalisés dans un service de psychiatrie gériatrique aiguë.</p> <p>Hypothèse</p> <p>des massages répétés et positifs effectués par des infirmiers induisent une diminution des concentrations de sC et de sAA chez les patients et une amélioration de leurs comportements d'agitation.</p> <p>Variables</p> <ul style="list-style-type: none"> - groupe d'intervention reçoit 7 massage en 3 semaines - groupe de contrôle ne reçoit rien 	<p>L'agitation chez les personnes atteintes de démence est une préoccupation croissante, car elle cause de la détresse aux patients et à leurs infirmiers et peut contribuer à des troubles relationnels. Des études antérieures portant sur des patients atteints de démence vivant dans des établissements de soins de longue durée ont fait état d'une diminution de l'agitation après le massage.</p>	<p>La collecte de donnée a été effectuée une fois par semaine pendant trois semaines pour les deux groupes. Pour l'agitation la CMAI a été remplie avant le massage et trois heures après. Pour le sC et le sAA les prélèvements ont eu lieu avant, 20 mn après et 40mn après le début du massage</p> <p>Ethique</p> <p>Les patients et leurs proches ont été informés et ont donné leur consentement, les chefs de services étaient également informés et d'accord avec le déroulement de l'étude, la confidentialité a été respectée, l'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche sur l'homme et est conforme aux normes de la déclaration d'Helsinki</p>	<p>Les données concernant l'échantillon ont été analysées avec les tests Wilcoxon, Pearson Chi square et Fisher's exact.</p> <p>Les taux de SC, sAA et les résultats du CMAI ont été analysés de manière linéaire. Le test de Student a permis d'analyser les différences au sein des groupes et le test de Cohen les différences entre les groupes</p> <p>Logiciels</p> <p>Stata 14</p>	<p>le groupe d'intervention a présenté une augmentation de sC et de sAA à la semaine 1 après le massage, mais des diminutions aux semaines 2 et 3, avec un effet de groupe significatif pour le sAA à la semaine 2. Les scores d'agitation n'étaient pas significativement différents d'un groupe à l'autre, mais avaient tendance à diminuer davantage dans le groupe d'intervention que dans le groupe témoin.</p> <p>Conclusions</p> <p>Les premiers résultats sont encourageants et le massage pourrait avoir un effet sur le stress et l'agitation mais d'autres études sont nécessaires pour confirmer ces résultats.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Les chercheurs effectuant le CMAI n'étaient pas en aveugle, la validité interne est compromise par le manque de salive de certains participants et par la variation de la durée des massages et des masseurs</p>

Yang, Y.-P., Lee, F.-P., Chao, H.-C., Hsu, F.-Y., & Wang, J.-J. (2016). Comparing the Effects of Cognitive Stimulation, Reminiscence, and Aroma-Massage on Agitation and Depressive Mood in People With Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association, 17*(8), 719-724. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.03.021>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>étude de cohorte avec pré-tests et post-tests</p> <p>Niveau de preuve 2</p>	<p>102 personnes atteintes de démence de 10 EMS similaires de Taiwan</p> <p>Echantillonnage Toutes les personnes résidant dans les EMS concernés et remplissant les critères d'inclusion et d'exclusion étaient invitées à participer et étaient assignées de manière aléatoire à un groupe d'intervention</p> <p>Critères d'inclusion et d'exclusion - présenter un degré léger à sévère de démence sur un questionnaire court d'évaluation mentale, ou un MMSE entre 10 et 17 pour les gens n'ayant pas fait d'études secondaires et entre 10 et 24 pour les gens ayant fait des études secondaires - ne pas présenter de troubles psychiques empêchant l'interaction</p>	<p>Comparer les effets de la thérapie par la stimulation cognitive, de la thérapie par la réminiscence et de la thérapie par le massage aromatique dans le traitement de l'agitation et de l'humeur dépressive chez les personnes atteintes de démence.</p> <p>Question de recherche Quel sont les effets de ces trois thérapies et laquelle faut-il conseiller aux soignants ?</p> <p>Variabiles - groupe assigné à la stimulation cognitive - groupe assigné à la réminiscence - groupe assigné au massage aromatique</p>	<p>La démence et les SCPD l'accompagnant sont en augmentation et il est de bonne pratique de prioriser les approches non pharmacologiques pour leur prise en charge. La stimulation cognitive, la réminiscence et le massage aromatique ont déjà montré des effets positifs. Pourtant, jusqu'à présent, aucune étude n'a comparé l'effet de ces trois interventions.</p>	<p>Les versions chinoises de la CMAI et de la CSDD (Cornell Scale for Depression in Dementia) ont été utilisées pour évaluer respectivement l'agitation et l'humeur dépressive des participants. Les données ont été récoltées avant et après l'intervention par du personnel soignant formé, car ils ont plus l'habitude de travailler avec les participants que les chercheurs</p> <p>Ethique Consentement éclairé écrit des participants ou de leurs familles et le Conseil d'examen institutionnel du National Cheng-Kung University Hospital, à Tainan, a donné son approbation éthique</p>	<p>Les tests t et x2 ont été utilisés pour déterminer les différences au sein de l'échantillon.</p> <p>Des tests t appariés ont été utilisés pour examiner les résultats des pré-tests et des post-tests pour les trois groupes.</p> <p>L'analyse de variance à sens unique (ANOVA) et l'analyse de covariance (ANCOVA) ont été utilisées pour comparer les effets des trois interventions sur l'agitation et l'humeur dépressive.</p> <p>Seules les données des participants ayant suivi $\geq 70\%$ de l'étude sont prises en compte</p> <p>Logiciels /</p>	<p>Une différence significative a été démontrée suite à chacune des interventions.</p> <p>De plus, il est démontré que le massage aromatique est plus efficace que la stimulation cognitive et la réminiscence, tant pour réduire l'agitation que pour atténuer l'humeur dépressive.</p> <p>Conclusions Le massage aromatique est l'intervention la plus efficace pour atténuer l'agitation et l'humeur dépressive et devrait être plus largement utilisé dans les contextes soignants, d'autant plus qu'il s'agit d'une intervention facile à apprendre pour le personnel soignant</p> <p>Limites de l'étude Il faut beaucoup de ressources pour reproduire l'étude, les groupes n'ont pas reçu la même quantité d'intervention, les conditions d'intervention ne sont pas les mêmes suivant l'intervention (en groupe ou en privé), les participants ont continué la prise habituelle de médicaments psychotropes, une observation de deux semaines ne donne pas un aperçu complet puisque les SCPD évoluent constamment</p>

Yang, Y.-P., Wang, C.-J., & Wang, J.-J. (2016). Effect of Aromatherapy Massage on Agitation and Depressive Mood in Individuals With Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 42(9), 38-46. <https://doi.org/10.3928/00989134-20160615-03>

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Essai contrôlé randomisé et à mesures répétées</p> <p>Niveau de preuve 1</p>	<p>59 résidents de 5 EMS de Taiwan</p> <p>Echantillonnage</p> <p>Les participants ont été répartis de manière aléatoire entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle</p> <p>Critères d'inclusion et d'exclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> - présenter un degré léger à sévère de démence sur un questionnaire court d'évaluation mentale, ou un MMSE ≤ 17 pour les gens n'ayant pas fait d'études secondaires et ≤ 23 pour les gens ayant fait des études secondaires - avoir démontré un comportement d'agitation sur la version chinoise de la CMAI ou de la CSDD dans les 2 semaines précédentes - ne pas présenter des troubles empêchant l'interaction avec les chercheurs 	<p>Examiner les effets du massage aromathérapeutique sur le soulagement de l'agitation et de l'humeur dépressive chez les personnes atteintes de démence.</p> <p>Question de recherche</p> <p>Le massage aromathérapeutique permet-il de réduire l'agitation et les symptômes dépressifs ?</p> <p>Variabes</p> <ul style="list-style-type: none"> - le groupe de contrôle participe aux activités habituelles de l'EMS - le groupe d'intervention participe aux mêmes activités mais reçoit en plus un massage par semaine pendant 8 semaines 	<p>La population est vieillissante et la prévalence de la démence et des SCPD est croissante. Il est recommandé d'utiliser en première instance les méthodes non-pharmacologiques pour traiter des SCPD comme l'agitation ou l'humeur dépressive. Le massage aromathérapeutique est une alternative intéressante mais les preuves sont limitées et de surcroit pas unanimes</p>	<p>Les données sont collectées à l'aveugle par un soignant formé de chaque établissement. Les massages ont été effectués toutes les semaines de la semaine 2 à la semaine 9 pendant 30mn et les collectes de donnée ont eu lieu les semaines 1, 2, 5 et 9</p> <p>Ethique</p> <p>Le consentement écrit et éclairé des personnes concernées et de leurs proches a été obtenu.</p> <p>Le chercheur a obtenu l'approbation du comité d'examen de l'établissement universitaire participant</p>	<p>Les versions chinoises de la CMAI et de la CSDD ont été utilisées pour mesurer respectivement l'agitation et les symptômes dépressifs.</p> <p>Un modèle linéaire général a été utilisé pour déterminer les différences dans les mesures.</p> <p>Le test du chi-carré a été utilisé pour analyser les changements entre le groupe de contrôle et d'intervention.</p> <p>Logiciels</p> <p>SPSS 17</p>	<p>Aucun résultat significatif n'a été révélé entre les deux groupes concernant l'agitation globale, mais l'agitation a diminué de la semaine 1 à la semaine 5 pour le groupe d'intervention. Des changements dans l'agitation ont par contre pu être observés dans les 24h suivant le massage.</p> <p>Les symptômes dépressifs globaux ont quant à eux diminué de manière significative avec le temps dans le groupe d'intervention comparativement au groupe témoin</p> <p>Conclusions</p> <p>Le massage aromathérapeutique peut être une intervention efficace et sécuritaire pour soulager les comportements agités et l'humeur dépressive chez les personnes atteintes de démence, mais les preuves restent insuffisantes</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Les effets du massage et de l'aromathérapie ne sont pas distingués, une période d'observation de 2 semaines est trop courte pour juger des SCPD en constante évolution, un massage par semaine n'est peut-être pas le dosage adéquat</p>

Annexe II : Pyramides des preuves

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

(Haute Autorité de Santé (HAS), 2013)

Annexe III : Tableau récapitulatif des études retenues

N°	Auteur	Titre	Année de publication	Base de donnée	Niveau de preuve
1	Fung Jo Kamen Kaman ; Tsang Hector Wing-hong	Management of behavioural and psychological symptoms of dementia by an aromamassage with acupressure treatment protocol: A randomised clinical trial	2018	Embase, Pubmed	1
2	Keshavarz Saeid ; Mirzaei Tayebah ; Ravari Ali	Effect of Head and Face Massage on Agitation in Elderly Alzheimer's Disease Patients	2018	Cinahl	1
3	Moyle Wendy ; Cooke, Marie Louise ; Beattie Elizabeth ; Shum, David H. K. ; O'Dwyer Siobhan T. ; Barrett Sue	Foot massage versus quiet presence on agitation and mood in people with dementia: A randomised controlled trial	2014	Embase, Cinahl, Pubmed	1
4	Schaub Corinne ; Von Gunten Armin ; Morin Diane ; Wild Pascal ; Gomez Patrick ; Popp Julius	The Effects of Hand Massage on Stress and Agitation Among People with Dementia in a Hospital Setting: A Pilot Study	2018	Pubmed	2
5	Yang Ya-Ping ; Lee Feng-Ping ; Chao Hui-Chen ; Hsu Fang-Yu ; Wang Jing-Jy	Comparing the Effects of Cognitive Stimulation, Reminiscence, and Aromamassage on Agitation and Depressive Mood in People with Dementia	2016	Embase, Pubmed	2
6	Yang Ya-Ping ; Wang Chi-Jane ; Wang Jing-Jy	Effect of Aromatherapy Massage on Agitation and Depressive Mood in Individuals with Dementia	2016	Embase, Pubmed	1

Le niveau de preuve de chaque étude mentionnée dans ce tableau est établi grâce à la graduation des preuves de la Haute Autorité de Santé (HAS) sise en annexe II.

Annexe IV : Echelles d'évaluation de l'agitation

Inventaire Neuropsychiatrique

NPI - R

Inventaire NeuroPsychiatrique - Réduit

Nom du patient : _____ **Age :** _____ **Date de l'évaluation :** _____

Le but de l'Inventaire NeuroPsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence, la gravité et le retentissement des troubles du comportement.
Le NPI permet d'évaluer 12 types de comportement différents.

PRESENCE :
La présence de chaque trouble du comportement est évaluée par une question.
Les questions se rapportent aux **changements** de comportement du patient qui sont apparus depuis le début de la maladie ou depuis la dernière évaluation.
Si le sujet (votre femme, votre mari, ou la personne que vous aidez) **ne présente pas ce trouble**, entourez la réponse **NON** et passez à la question suivante.

GRAVITE :
Si le sujet **présente** ce trouble entourez la réponse **OUI** et **évaluez la GRAVITE** du trouble du comportement avec l'échelle suivante :

1. Léger : changement peu perturbant
2. Moyen : changement plus perturbant
3. Important : changement très perturbant

RETENTISSEMENT :
Pour chaque trouble du comportement qui est présent, il vous est aussi demandé **d'évaluer le RETENTISSEMENT**, c'est-à-dire à quel point ce comportement est éprouvant pour vous, selon l'échelle suivante.

0. Pas du tout
1. Minimum
2. Légèrement
3. Modérément
4. Sévèrement
5. Très sévèrement, extrêmement

NPI – R
Inventaire NeuroPsychiatrique - Réduit

RECAPITULATIF

Nom du patient :

Age:

Date de l'évaluation :

Type de relation avec le patient :

X très proche/ prodigue des soins quotidiens

X proche/ s'occupe souvent du patient

X pas très proche/ donne seulement le traitement ou a peu d'interactions avec le patient

Items	NA	Absent	Gravité	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Comportement moteur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Score total			/ 36	/ 60

NA = question inadaptée (non applicable)

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, J.L. Cummings, 1994
NPI-R : Questionnaire Version Réduite / Traduction Française P.H.Robert- 2000.

IDEES DÉLIRANTES

« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Est-il/elle vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger Changement peu important	2 – Moyen Changement plus important	3 – Important Changement très important
--	---	---

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0	Modérément 3
Minimum 1	Sévèrement 4
Légalement 2	Très sévèrement, extrêmement 5

HALLUCINATIONS

«Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ?

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger Changement peu important	2 – Moyen Changement plus important	3 – Important Changement très important
--	---	---

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0	Modérément 3
Minimum 1	Sévèrement 4
Légalement 2	Très sévèrement, extrêmement 5

AGITATION / AGRESSIVITÉ

« Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger Changement peu important	2 – Moyen Changement plus important	3 – Important Changement très important
--	---	---

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0	Modérément 3
Minimum 1	Sévèrement 4
Légalement 2	Très sévèrement, extrêmement 5

DEPRESSION / DYSPHORIE

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ?
Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Evaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger	2 – Moyen	3 – Important
Changement peu important	Changement plus important	Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légerement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

ANXIETE

« Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? A-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Evaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger	2 – Moyen	3 – Important
Changement peu important	Changement plus important	Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légerement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? (Il ne s'agit pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille). Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Evaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger	2 – Moyen	3 – Important
Changement peu important	Changement plus important	Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légerement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

APATHIE / INDIFFERENCE

« Le patient/la patiente semble-il/elle montrer moins d'intérêt pour ses activités ou pour son entourage ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Evaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger Changement peu important	2 – Moyen Changement plus important	3 – Important Changement très important
--	---	---

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0	Modérément 3
Minimum 1	Sévèrement 4
Légerement 2	Très sévèrement, extrêmement 5

DESINHIBITION

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ?
Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Evaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger Changement peu important	2 – Moyen Changement plus important	3 – Important Changement très important
--	---	---

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0	Modérément 3
Minimum 1	Sévèrement 4
Légerement 2	Très sévèrement, extrêmement 5

IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR

« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ?
Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Evaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger Changement peu important	2 – Moyen Changement plus important	3 – Important Changement très important
--	---	---

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0	Modérément 3
Minimum 1	Sévèrement 4
Légerement 2	Très sévèrement, extrêmement 5

COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

« Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme par exemple ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Evaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger	2 – Moyen	3 – Important
Changement peu important	Changement plus important	Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légerement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

SOMMEIL

« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil ?
(Ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)
Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Evaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger	2 – Moyen	3 – Important
Changement peu important	Changement plus important	Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légerement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

APPETIT / TROUBLES DE L'APPETIT

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires ?
(Coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir)
Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Evaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger	2 – Moyen	3 – Important
Changement peu important	Changement plus important	Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légerement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

(CMRR de Nice, 2011)

Behavior Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale

NAME: _____ ID#: _____ DATE: ____/____/____ PERIOD: _____

BEHAVIORAL PATHOLOGY IN ALZHEIMER'S DISEASE (BEHAVE-AD)^{1,2}

[BASED UPON INFORMATION OBTAINED FROM CAREGIVER AND OTHER INFORMANTS]

INFORMANT: _____ RELATIONSHIP TO PATIENT: _____

PART 1: Symptomatology

(In preceding 2 weeks unless otherwise specified below)

Assessment Interval: _____ weeks

Circle the highest applicable severity rating [0 to 3] for each item. Each category of symptomatology [A to G] is scored independently.

A. Paranoid and Delusional Ideation*(a delusion is a false conviction, not a misidentification)*1. "People are stealing things" delusion.

- (0) Not present.
- (1) Delusion that people are hiding objects.
- (2) Delusion that people are coming into the home and hiding or stealing objects.
- (3) Talking and listening to people coming into the home.

2. "One's house is not one's home" delusion.

- (0) Not present.
- (1) Conviction that the place in which one is residing is not one's home (e.g., packing to go home, complaints while at home of "take me home").
- (2) Attempt to leave domiciliary to go home.
- (3) Violence in response to attempts to forcibly restrict exit.

3. "Spouse (or other caregiver) is an imposter" delusion.

- (0) Not present.
- (1) Conviction that spouse (or other caregiver) is an imposter.
- (2) Anger towards spouse (or other caregiver) for being an imposter.
- (3) Violence towards spouse (or other caregiver) for being an imposter.

4. Delusion of abandonment (e.g.: to an institution).

- (0) Not present.
- (1) Suspicion of caregiver plotting abandonment or institutionalization (e.g., on the telephone).
- (2) Accusation of a conspiracy to abandon or institutionalize.
- (3) Accusation of impending or immediate desertion or institutionalization.

¹ Adapted from Reisberg et al., "Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: Phenomenology and treatment," *J. Clin. Psychiatry*, 1987; 48:5 (Suppl), 9-15.
² © 1986 by Barry Reisberg, M.D. (all rights reserved).

BEH - 02

5. Delusion of infidelity (social and/or sexual unfaithfulness).

- (0) Not present.
- (1) Conviction that spouse, children, and/or other caregivers are unfaithful.
- (2) Anger towards spouse, relative, or other caregiver for their infidelity.
- (3) Violence toward spouse, relative, or other caregiver for their infidelity.

6. Suspiciousness/Paranoia other than above.

- (0) Not present.
- (1) Suspiciousness (e.g., hiding objects which they may later be unable to locate or a statement such as "I don't trust you").
- (2) Paranoid (i.e., fixed conviction with respect to suspicions and/or anger as a result of suspicions).
- (3) Violence as a result of suspicions.

Unspecified? _____

Describe: _____

7. Delusions (non-paranoid) other than above.

- (0) Not present.
- (1) Delusional.
- (2) Verbal or emotional manifestations as a result of delusions.
- (3) Physical actions or violence as a result of delusions.

Unspecified? _____

Describe: _____

B. Hallucinations

8. Visual hallucinations.

- (0) Not present.
- (1) Vague, not clearly defined.
- (2) Clearly defined hallucinations of objects and persons (e.g., sees other people at the table).
- (3) Verbal or physical actions or emotional responses to the hallucinations.

9. Auditory hallucinations.

- (0) Not present.
- (1) Vague, not clearly defined.
- (2) Clearly defined hallucinations of words and phrases.
- (3) Verbal or physical actions or emotional responses to the hallucinations.

10. Olfactory hallucinations.

- (0) Not present.
- (1) Vague, not clearly defined.
- (2) Clearly defined hallucinations (e.g., smells a fire or "something burning").
- (3) Verbal or physical actions or emotional responses to the hallucinations.

11. Haptic (sense of touch) hallucinations.

- (0) Not present.
- (1) Vague, not clearly defined.
- (2) Clearly defined hallucinations (e.g., "something is crawling on my body").
- (3) Verbal or physical actions or emotional responses to the hallucinations.

12. Other hallucinations.

- (0) Not present.
- (1) Vague, not clearly defined.
- (2) Clearly defined hallucinations.
- (3) Verbal or physical actions or emotional responses to the hallucinations.

Unspecified? _____

Describe: _____

BEH-04

C. Activity Disturbances.

13. Wandering (e.g., away from home or caregiver).

- (0) Not present.
- (1) Somewhat, but not sufficient as to require restraint.
- (2) Sufficient as to require restraint.
- (3) Verbal or physical actions or emotional responses to attempts to prevent wandering.

14. Purposeless activity (cognitive abulia).

- (0) Not present.
- (1) Repetitive, purposeless activity (e.g., opening and closing pocketbook, packing and unpacking clothing, repeatedly putting on and removing clothing, insistent repeating of demands or questions).
- (2) Pacing or other purposeless activity sufficient to require restraint.
- (3) Abrasions or physical harm resulting from purposeless activity.

15. Inappropriate activity.

- (0) Not present.
- (1) Inappropriate activities (e.g., storing and hiding objects in inappropriate places, such as throwing clothing in wastebasket or putting empty plates in the oven, inappropriate sexual behavior such as inappropriate exposure).
- (2) Present and sufficient to require restraint.
- (3) Present and sufficient to require restraint, and accompanied by anger or violence when restraint is used.

Unspecified? _____

Describe: _____

BEH - 05

D. Aggressiveness.

16. Verbal Outbursts.

- (0) Not present.
- (1) Present (including unaccustomed use of foul or abusive language).
- (2) Present and accompanied by anger.
- (3) Present, accompanied by anger, and clearly directed at other persons.

17. Physical threats and/or violence.

- (0) Not present.
- (1) Threatening behavior.
- (2) Physical violence.
- (3) Physical violence accompanied by vehemence.

18. Agitation (other than above).

(e.g. non-verbal anger; negativity including refusal to bathe, dress, continue walking, take medications, etc. ; hyperventilation).

- (0) Not present.
- (1) Present.
- (2) Present with emotional component.
- (3) Present with emotional and physical component.

E. Diurnal Rhythm Disturbances

19. Day/Night disturbance.

- (0) Not present.
- (1) Repetitive waking during night (except for purpose of toileting).
- (2) 50% to 75% of former sleep cycle at night.
- (3) Complete disturbance of diurnal rhythm (less than 50% of former sleep cycle at night).

BEH-06

F. Affective Disturbance

20. Tearfulness (or whimpering or other "crying sounds").

- (0) Not present.
- (1) Present.
- (2) Present accompanied by a clear affective component.
- (3) Present and accompanied by affective and physical component (e.g., wringing of hands or other gestures).

21. Depressed mood, other.

- (0) Not present.
- (1) Present (e.g., occasional statement "I wish I were dead," or "I'm going to kill myself," or "I feel like nothing," without clear affective concomitants).
- (2) Present with clear concomitants (e.g., thoughts of death).
- (3) Present with emotional and physical concomitants (e.g., suicidal gestures).

Unspecified? _____

Describe: _____

G. Anxieties and Phobias

22. Anxiety regarding upcoming events (Godot syndrome).

- (0) Not present.
- (1) Present with repeated queries and/or other activities regarding upcoming appointments and/or events (e.g., when are we going?).
- (2) Present and disturbing to caregivers.
- (3) Present and intolerable to caregivers.

BEH-07

23. Other anxieties.

(e.g., regarding money, the future, being away from home, health, memory, etc. ; or generalized anxiety such as thinking everything is "terribly wrong").

- (0) Not present.
- (1) Present.
- (2) Present and disturbing to caregivers.
- (3) Present and intolerable to caregivers.

Unspecified? _____

Describe: _____

24. Fear of being left alone.

- (0) Not present.
- (1) Present with vocalized fear of being alone.
- (2) Vocalized and sufficient to require specific action on the part of caregiver.
- (3) Vocalized and sufficient to require patient to be accompanied at all times (e.g., patient must see the caregiver at all times).

25. Other phobias.

(e.g. fear of crowds, travel, darkness, people/strangers, bathing, etc.)

- (0) Not present.
- (1) Present
- (2) Present and of sufficient magnitude to require specific action by caregiver.
- (3) Present and sufficient to prevent patient activities.

Unspecified? _____

Describe: _____

TOTAL SEVERITY SCORE: _____

BEH - 08

PART 2: Global Rating

Circle one choice. Are the symptoms which have been noted of sufficient magnitude as to be:

- (0) Not at all troubling to the caregiver or dangerous to the patient.
- (1) Mildly troubling to the caregiver or dangerous to the patient.
- (2) Moderately troubling to the caregiver or dangerous to the patient.
- (3) Severely troubling to the caregiver or dangerous to the patient.

Symptom most troubling to caregiver

"With respect to the symptoms which have been noted, which is the biggest problem for you and/or other caregivers?" (More than one symptom can be listed, but please give numerical order.)

Clinician: _____ Date: ____/____/____

Comments: _____

(Reusberg, 1986)

Cohen-Mansfield Agitation Inventory

COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY - CMAI 29 items version longue

Date :

Nom et prénom du patient :

Nom du référent : (conjoint – enfant – soignant - autre)

Fréquence	0	1	2	3	4	5	6	7
1- Déambule								
2 - S'habille, se déshabille								
3 - Crache (y compris au cours des repas)								
4 -Jure, parle grossièrement								
5 - Recherche constante d'attention ou d'aide								
6 - Répète des questions, des phrases								
7 - Donne des coups (y compris à soi-même)								
8 - Donne des coups de pied								
9 - Cherche à saisir								
10 - Bouscule								
11 - Lance des objets								
12 - Emet des bruits bizarres (rires bizarres ou pleurs)								
13 - Pousse des hurlements								
14 - Mord								
15 - Griffé								
16 - Essaie d'aller ailleurs (fugues)								
17 - Tombe volontairement								
18 - Se plaint								
19 - Est opposant								
20 - Mange/boit des produits non comestibles								
21 - Se blesse ou blesse les autres								
22 - Manipulation non conforme des objets								
23 - Cache les objets								
24 - Amasse les objets								
25 - Déchire les affaires								
26 - Attitude répétitives								
27- Fait des avances sexuelles verbales								
28 - Fait des avances sexuelles ou physiques								
29 - Agitation généralisé								
<i>Sous score</i>								
TOTAL								

Cotation de la fréquence des 7 jours précédents

0 - non évaluable

1 - jamais

2 - moins d'une fois par semaine à plusieurs fois par jour

3 - une à deux fois par semaine

4 - quelquefois au cours de la semaine

5 - une à deux fois par jour

6 - plusieurs fois par jour

7 - plusieurs fois par heure

© PJ OUSSET : ousset.pj@chu-toulouse.fr

Version française traduite et validée par Micas M., Ousset PJ, Vellas B.

Référence : Micas M., Ousset PJ, Vellas B. Evaluation des troubles du comportement. présentation de l'échelle de Cohen Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale. 1997. : 151-157.

(Micas, Ousset, & Vellas, 1997)

Echelle de Pittsburgh

Tableau 1. Version française de l'échelle de Pittsburgh		
Vociférations		
Demandes itératives, vociférations non verbales telles que cris, gémissements		
0	Absent	
1	Faible volume, non dérangeant pour le milieu, inclure les pleurs	
2	Volume plus élevé que celui de la conversation, légèrement dérangeant, canalisable	
3	Fort, dérangeant, difficile à canaliser	
4	Crie très fort, hautement dérangeant, impossible à canaliser	
Agitation motrice		
Déambulation, errance, remue sur sa chaise, se déshabille, cogne sa chaise, prend les affaires des autres. Dérangeant selon les normes sociales habituelles et non par rapport aux autres patients. Si dérangeant du fait du bruit, noter sous vociférations		
0	Absente	
1	Déambule ou remue sur sa chaise à un rythme normal (semble chercher un réconfort, cherche son épouse, activités sans objet)	
2	Rythme accru des mouvements, faiblement dérangeants, facilement canalisables	
3	Mouvements rapides, modérément dérangeants, difficiles à canaliser	
4	Mouvements intenses, extrêmement dérangeants, impossibles à canaliser verbalement	
Agressivité		
0	Absente	
1	Violence verbale	
2	Comportement menaçant, n'essaie pas de frapper	
3	Violence physique envers les objets	
4	Violence physique envers les personnes, y compris soi-même	
NB: si l'agressivité survient uniquement lors des soins, le score est 0		
Résistance aux soins		
0	Absente	
1	Evitement, repousse l'échéance ou procrastination	
2	Refus verbal ou geste de refus	
3	Repousse le soignant pour éviter la tâche	
4	Agresse physiquement le soignant	
Entourer la ou les activités en rapport avec un score > 0 dans une ou plusieurs des rubriques ci-dessus		
• Se laver	• S'habiller	• Manger
• Prise de médicaments	• Activités techniques (phlébotomie, pansements...)	• Autre
Entourer les interventions effectuées durant la période d'évaluation		
• Isolement	• Médicaments de réserve	• Contention • Autre

(Gold et al., 2012)