
**« Comment comprendre le phénomène de l'agitation
chez les personnes âgées souffrant de démence
Alzheimer et penser le soin infirmier en institution? »**

Travail en vue de l'obtention du titre de
Bachelor of science HES-SO en soins infirmiers

Par
Anne Bruggisser
Promotion 2006-2009

Sous la direction de : Aurélie Klingshirn

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

Le 6 juillet 2009

Table des matières

Préambule.....	4
Liste des abréviations	5
Résumé	6
1 Introduction.....	7
1.1 Thématique: démence Alzheimer et SPCD.....	7
1.2 Problématique et formulation de la question de recherche	9
1.3 Cadre de référence relatif à la question de recherche.....	12
1.3.1 Le concept de l'agitation dans la démence.....	12
1.3.2 Le soin infirmier auprès de personnes Alzheimer	14
1.3.3 Qu'entend-on par « institution » ?	15
1.4 Objectifs poursuivis	16
2 Méthode	17
2.2 Stratégies de recherche.....	19
2.2.1 Stratégie 1	19
2.2.2 Stratégie 2	20
2.2.3 Stratégie 3.....	21
2.2.4 Stratégie 4	22
2.2.5 Stratégie 5	23
2.3 Critères de sélection	24
2.3.1 Critères d'inclusion	24
2.3.2 Critères d'exclusion.....	24
2.4 Méthode d'analyse des études.....	25
3 Résultats	27
3.1 Clarification du concept.....	28
3.1.1 Similitudes dans les définitions du concept.....	28
3.1.2 Divergences dans la définition du concept	30
3.2 Facteurs sous-jacents de l'agitation.....	33
3.2.1 Corrélation entre l'agitation et certains facteurs biologiques.....	33
3.2.2 Facteurs psychologiques sous-jacents à l'agitation	35
3.2.3 Facteurs sociaux en lien avec l'agitation.....	37
3.2.4 Facteurs environnementaux et agitation	39

4 Discussion	42
4.1 Qualité des résultats	42
4.2 Réponse à la question de recherche	45
4.2.1 Définition du concept d'agitation dans la démence	45
4.2.2 Impact des résultats pour la pratique infirmière	47
5 Conclusion.....	51
5.1 Conséquences pour les soins.....	51
5.2 Autres besoins de recherches.....	52
5.3 Points forts et points faibles du travail.....	53
5.4 Le mot de l'auteure.....	54
Remerciements	55
Bibliographie	56
Ouvrages et articles périodiques	56
Documents électroniques.....	60
Annexes.....	61
Annexe 1 : les définitions du concept de l'agitation dans la démence	61
Annexe 2 : Facteurs sous-jacents à l'agitation dans la démence.....	62
Annexe 3 : Tableau des résultats des recherches	63
Annexes 4 : Analyses des quinze articles	64

Préambule

*Je me suis mise en face de lui, j'ai capté son regard en lui caressant la main et
je l'ai appelé par son nom.*

*Ensuite, je lui ai souri et vous savez quoi, lui aussi m'a souri !
Je me sentais bien, je me sentais compétente...*

*Soudain il s'est agité sans que je n'y comprenne rien. Alors, j'ai essayé ou
plutôt tenté de m'adapter ;
je me suis remise en question et j'ai même innové...
Puis dépassée, je l'ai laissé seul dans sa chambre.
C'est ainsi qu'il a commencé à vociférer.*

Pourtant, je ne se savais pas comment faire autrement...

Qu'avais-je fait de faux ?

Comment comprendre ce comportement ?

*Mais surtout comment retrouver ma contenance, ma place d'infirmière auprès
de mon patient,
la place de celle qui aimerait comprendre...*

Anne B., élève de la HEdS, FR

Bachelor 2006

Liste des abréviations

AB : Aggressive behavior / comportement agressif

ABC : Antecedent-Behavior-Consequences, modèle explicatif de Hussian, 1998 in Landreville et al. (2007)

AD: Alzheimer disease / maladie d'Alzheimer

AINS: anti-inflammatoires non stéroïdiens / NSAID en anglais

APA: American Psychiatric Association / Association américaine de psychiatrie

AVQ: Activités de la vie quotidienne / équivalent anglais : ADL

CIDI: Composite International Diagnostic Interview / Interrogatoire diagnostique composite international

CMAI: Cohen-Mansfield Agitation Inventory / Inventaire de l'agitation de Cohen-Mansfield

DS-DAT: Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer's Type / Echelle d'évaluation de la douleur chez les personnes démentes

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4^{ème} édition)

EBN: Evidence Based Nursing / Critères de validité et de qualité des études dans les soins infirmiers

FAST : Functional assesment staging tool / Classification fonctionnelle de la démence en stade d'incapacité de Reisberg (1984)

IPA: International Psychogeriatric Association / Association psychogériatrique internationale

MMSE: Mini-Mental State Examination / Test utilisé pour évaluer les capacités cognitives

NDB : Need-Driven Dementia-Compromised Behavior / Modèle explicatif qui met l'accent sur les besoins insatisfaits, Algase et al. (1996) in Landreville et al. (2007)

NPI : Neuropsychiatric Inventory / Inventaire neuropsychiatrique international

OA : Overall agitation / Agitation générale

PAS : Pittsburgh Agitation Scale / Echelle construite pour évaluer l'agitation chez les personnes démentes

PLST : Progressively Lowered Stress Threshold / Modèle évoquant un excès de stress environnemental de Hall et Buckwalter (1987) in Landreville et al. (2007)

SCU : Unité spécialisée pour les résidents de maisons de retraite ayant la maladie d'Alzheimer

SPCD : Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence

VAB : Verbally agitated behavior / agitation verbale

Résumé

Cette revue de littérature étoffée porte sur l'analyse du concept de l'agitation dans la démence Alzheimer et les facteurs sous-jacents à l'émission d'agitation dans la démence.

L'auteure a tout d'abord cherché à clarifier le concept de l'agitation dans la démence. Puis, elle met en évidence les concepts qu'il ne faut pas confondre avec celui de l'agitation dans la démence. Les résultats permettent une meilleure analyse de l'agitation d'une personne démente et mettent en exergue les facteurs sous-jacents de l'agitation dans la démence que l'infirmière doit considérer et évaluer lorsqu'elle soigne une personne démente.

Une première partie est consacrée à l'état des connaissances actuelles sur le sujet de l'agitation dans la démence et sa problématique pour les soins.

Un second chapitre est entièrement consacré à la méthodologie utilisée pour réaliser cette revue de littérature. Les résultats à la question de recherche sont également exposés, critiqués et commentés dans le dernier chapitre « Discussion ». Ce travail permet d'arriver à une meilleure compréhension du phénomène de l'agitation dans la démence en général et d'appréhender dans ce contexte le soin infirmier.

1 Introduction

1.1 Thématique: démence Alzheimer et SPCD

La démence Alzheimer a été décrite pour la première fois en 1906, par le Dr Aloïs Alzheimer, qui lui a donné son nom. Il identifia en autopsiant le cerveau d'une patiente, des plaques séniles à l'intérieur de structures impliquées dans la mémoire. En effet, la démence Alzheimer se caractérise par une dégénérescence des cellules nerveuses des centres de la mémoire. Pourtant, cette perte s'étend progressivement vers d'autres zones du cerveau mettant à l'épreuve certaines fonctions comme le langage, le jugement ou le savoir-faire (apraxie et agnosie) (Verdurand, 2008). Cette atteinte du système nerveux central explique donc les pertes cognitives des individus touchés par le syndrome démentiel, mais aussi les symptômes psychologiques et comportementaux qui l'accompagnent (Moulias, R., Hervy, M.-P., Ollivet, C. & Mischlich, D., 2005).

Il faut savoir que d'un point de vue épidémiologique, l'observatoire suisse de la santé indique dans son cahier de 2003 relatif aux besoins des personnes âgées pour le 21^{ème} siècle que l'incidence des démences augmente dès l'âge de 60 ans et qu'elle s'accroît au fil des ans. Ainsi, étant donné le vieillissement de la population, il est prévu de passer de 100000 personnes démentes en 2010 à entre 114000-117000 personnes en 2020. Le progrès médical et l'amélioration des conditions de vie favorisent l'état général de nos aînés (Höpflinger, F. & Hugentobler, V., 2003).

Longtemps, les recherches consacrées à la démence se sont penchées sur les symptômes cognitifs. C'est en 1996, que l'Association psychiatrique internationale nomma les manifestations non cognitives de la démence, symptômes psychologiques et comportementaux de la démence ou SPCD. Pourtant, les conséquences de ces manifestations non cognitives retenaient déjà l'attention des chercheurs et cliniciens depuis les années 80 (Landreville,

P., Rousseau, F., Vézina, J. & Voyer, P., 2005). Les recherches de Cohen-Mansfield et al. dans les années 80 font référence dans le domaine de l'agitation dans la démence.

En raison des lésions cérébrales identifiées, la démence Alzheimer est classifiée sous maladie neuro-dégénérative par opposition à la maladie psychique bien que pour le public la démence Alzheimer se résume avant tout à son impact social (conséquences du déficit cognitif et des SPCD) (Micas, 2008).

D'un point de vue terminologique, « les scientifiques réunissent aujourd'hui sous l'appellation de « démence de type Alzheimer », la maladie d'Alzheimer stricto sensu et les démences séniles » (Petit Larousse de la médecine, 2004, p.41), définition donnée par le «diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition » (DSM III) de l'association américaine de psychiatrie (Ploton, 2004). En effet, « initialement, la communauté scientifique distinguait les démences « préséniles » : maladie d'Alzheimer, de Pick, de Creutzfeldt-Jakob, etc., survenant avant 60 ans des démences séniles » (Ploton, ibid, p.24).

1.2 Problématique et formulation de la question de recherche

Dans la pratique, la gestion des symptômes comportementaux de la démence demeure un défi quotidien dans les institutions gériatriques.

(Goutaine, 2007).

« Soigner la personne atteinte de démence Alzheimer représente tant pour la famille que pour le personnel soignant, une situation exigeante, voire énigmatique qui provoque bien souvent des sentiments de découragement et d'impuissance difficiles à tolérer » (Lévesque, L., Roux, C. & Lauzon, S., 1990, p.11). Les soins aux personnes âgées démentes sont complexes étant donné qu'il est parfois difficile de les comprendre quand bien même ces personnes communiquent autrement que par des mots (Moulias et al., 2005).

Dans une étude récente, Philippe Voyer (2005), professeur en sciences infirmières de l'Université Laval, au Québec, a mis en évidence que l'agitation et l'agressivité, tant physique que verbale, des personnes âgées démentes faisaient partie des comportements les plus problématiques à prendre en charge en institution.

L'agitation est un comportement fréquent chez la personne âgée démente. L'association américaine de psychiatrie relève une prévalence de 80% d'agitation chez les patients déments. « L'agitation est à la fois le comportement le plus fréquent et le plus persistant des SPCD » (Devenand, 1999 cité par Pradines, 2008, p.4). Le pourcentage des troubles du comportement s'accroît tout particulièrement chez les patients souffrant de démence Alzheimer jusqu'à montrer deux fois plus d'agitation (Rubin et al., 1987, cité par Goutaine, 2007).

L'agitation a été identifiée comme affligeante pour le patient. Le patient vit des émotions négatives associées à ce comportement, malgré l'atteinte cognitive. De plus, si les conséquences de l'agitation pour le malade sont importantes, elles touchent également les proches et les soignants (Kong, 2005).

Nous présentons ici un répertoire qui ne se prétend pas exhaustif, mais qui montre l'ampleur que peut prendre l'agitation sur la vie du patient dément et sur son entourage. L'agitation du patient dément contribue à la diminution de sa qualité de vie, à une diminution de la qualité des soins, à une institutionnalisation prématurée, à l'augmentation du stress de la famille et des soignants, à l'augmentation de l'isolement du patient et à des incapacités fonctionnelles (Landreville et al., 2005.).

Pour les soignants, il s'agit donc d'une problématique récurrente de terrain qui implique d'avoir des connaissances et une pratique réfléchie. En effet, comme le dit Robert Moulias (2005), professeur de médecine et président de l'Association internationale de gérontologie, « pour avoir un sens, le soin exige une compétence » (p.254). Nous ajouterions que pour prétendre comprendre quelque chose, il faut déjà pouvoir le définir. Malheureusement, l'agitation dans la démence n'est pas encore définie de façon unanime dans la littérature scientifique, ce qui ne facilite pas le travail de l'infirmière. L'exemple le plus problématique relatif au manque de consensus sur la définition de l'agitation est de savoir si l'agressivité fait partie intégrante ou non de ce concept. En effet, chercheurs et cliniciens travaillent avec acharnement afin d'identifier les causes des symptômes comportementaux dans la démence depuis plusieurs années. (Landreville et al., 2005). Pourtant, pour certains chercheurs, les lésions cérébrales n'expliquent pas à elles seules les comportements des personnes démentes. Les examens post-mortem n'ont pas pu corréler systématiquement le niveau d'atteinte du cerveau à l'émission des SPCD (Lévesques et al., 1990). Les experts considèrent la démence et tous les symptômes qui l'accompagnent comme découlant d'un phénomène multidimensionnel. (Lévesque et al., ibid). Ainsi, la démence Alzheimer et les SPCD peuvent être perçus différemment selon « la lunette » de l'examineur. De plus, la littérature propose une multitude d'actions pour gérer les comportements perturbateurs du patient dément, mais ces actions sont fondées sur des définitions souvent divergentes.

À noter que, souvent, l'agitation est étudiée en parallèle aux autres symptômes comportementaux. « Il s'agit pourtant d'une entité complexe en elle-même, qui apparaît corrélée à de nombreux antécédents et qui varie selon les patients et

la progression de l'atteinte cérébrale » (Zaudig, 1998, cité par Landreville et al. 2005, p. 5).

En résumé, le manque de consensus dans la définition du concept d'agitation, les différences dans l'émission de ce comportement entre individus et la multitude des facteurs pouvant précipiter ce comportement rendent plus difficile la relation soignant-soigné déjà complexe dans la démence. C'est pourquoi, après une recension des écrits relatifs aux SPCD, nous avons décidé de traiter de la problématique de l'agitation et avons formulé la question suivante :

Comment comprendre le phénomène de l'agitation chez les personnes âgées atteintes de démence Alzheimer et penser le soin infirmier en institution ?

1.3 Cadre de référence relatif à la question de recherche

« La recherche s'intéresse à des phénomènes abstraits, non tangibles, qu'il s'agit pourtant de définir » (Loiselle et Mc-Grath, 2007, p.35).

C'est pourquoi ce chapitre reprend les notions importantes de notre question de recherche et présente pour chacune d'elles une définition. Il s'agit des notions de « l'agitation dans la démence Alzheimer », « du soin infirmier auprès des personnes âgées démentes » et « de la notion d'institution ». Il s'agit également d'éclairer le choix concernant la terminologie de notre question et sa portée.

1.3.1 Le concept de l'agitation dans la démence

« Les SPCD désignent les symptômes de perturbations de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement qui apparaissent fréquemment chez les sujets atteints de démence. » (Finkel, 1996, cité par Landreville, 2005, p.4). Les symptômes psychologiques et les symptômes comportementaux sont les suivants :

Les symptômes psychologiques sont composés des idées délirantes, des hallucinations, de l'humeur dépressive, de l'anxiété et de la « misinterprétation » (anglicisme pour dire : perceptions erronées des stimuli externes).

Les symptômes comportementaux dans la démence se composent de l'agitation mais aussi de la déambulation, des réactions catastrophiques, des comportements culturels inappropriés, de la désinhibition sexuelle, de l'intrusion, des plaintes et du négativisme (IPA-online.org).

L'agitation apparaît, contrairement à d'autres symptômes comportementaux, à un stade déjà évolué de la maladie et peut s'accompagner d'agressivité verbale voire plus rarement d'agression physique (Moulias et al., 2005).

De plus, certaines études ont montré qu'il n'y avait pas de différence dans l'émission de l'agitation suivant le type de démence. C'est pourquoi notre étude inclut également des études menées sur l'agitation dans la démence en général. D'un point de vue étiologique, il semblerait que l'agitation soit attribuée

à deux causes : à l'état confusionnel et aux états d'inconfort comme la douleur (Goutaine, 2007). Dans la littérature scientifique, les manifestations de l'agitation sont répertoriées sous diverses dénominations qui ne facilitent pas la compréhension du concept : symptôme, comportement, perturbations comportementales, troubles neuropsychiatriques, troubles affectifs, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité, conduites neurovégétatives, etc.

Nous avons constaté un manque d'homogénéité tant dans la définition conceptuelle que dans la définition opérationnelle utilisée par les chercheurs. « La définition opérationnelle d'une variable précise les opérations auxquelles les chercheurs doivent se livrer pour recueillir l'information nécessaire. La définition opérationnelle doit donc correspondre à une définition conceptuelle. [...] La définition conceptuelle correspond au sens abstrait et théorique du concept étudié » (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p.38).

Pour commencer notre travail, nous avons donc repris la définition conceptuelle proposée par Lévesque et al. (1990) qui se base sur les travaux de Cohen-Mansfield et Billig (1986) et Cohen-Mansfield (1986), qui ont mené des recherches exhaustives sur la question de l'agitation dans la démence : « Il s'agit d'un état d'une personne en proie à des émotions et à des impulsions diverses et qui ne peut rester au repos. Il s'agit d'une manifestation extérieure, physique et motrice d'un état d'excitation » (p.151). À noter qu'il ne s'agit pas d'un comportement exclusivement réservé à la personne démente, mais bien d'un comportement présent chez tout individu normal. Le phénomène de l'agitation est complexe et les personnes démentes n'y échappent pas ! Nous limiterons cependant notre recherche aux accès d'agitation qui surviennent dans la démence, mais qui ne sont pas liés à un autre trouble psychopathologique coexistant.

Landreville relève que « la classification proposée par Cohen-Mansfield et Billig en 1986 n'est pas un concept diagnostique en soi, mais que cette précision est restée lettre morte puisque le concept est étudié et analysé comme un syndrome » (Landreville et al., 2005, p.9).

En résumé, le concept d'agitation dans la démence apparaît encore en construction, même si la littérature présente de nombreuses modalités d'interventions pour gérer ce comportement. Cependant, pour les utiliser de manière adéquate, l'infirmière doit d'abord tenter de comprendre les mécanismes sous-jacents à l'agitation et chercher à comprendre ce que peut vivre la personne soignée en se centrant sur la réalité du patient. Nous parlerons dans notre étude de facteurs antécédants ou sous-jacents et non de causes.

1.3.2 Le soin infirmier auprès de personnes Alzheimer

Le soin infirmier repose comme l'acte médical sur un diagnostic (infirmier). C'est dans le sens d'une pratique réflexive, que nous avons axé notre travail sur la dimension : penser le soin infirmier auprès d'une personne Alzheimer présentant de l'agitation en vue d'engager un professionnalisme certain.

« Le soin « sanitaire » s'adresse en général à tout ce qui touche à la personne malade ». [...] « La spécificité de l'accompagnement de la personne démente réside dans la difficulté de connaître son ressenti et ses désirs profonds » (Moulias et al., 2005, p.13-15). Il s'agit donc d'un travail minutieux, reposant sur des compétences spécifiques.

« De plus, parce qu'elle prive le malade de sa capacité de s'exprimer et entraîne parfois des comportements désagréables, la démence pose de manière aiguë le problème de la gratification professionnelle et personnelle » (Lévesque et al., 1990 p. 280). L'infirmière doit donc apprendre à être attentive à certains indices tous aussi gratifiants que la parole, lorsqu'elle soigne des personnes démentes : un sourire, le calme d'une personne, sa collaboration aux soins ou simplement un comportement moins récalcitrant que d'habitude.

« L'évitement ou la prévention des troubles du comportement par le relationnel est également un soin ». (Moulias et al. Op.cit, p.13).

Kitwood, quant à lui, insiste sur le fait de reconsidérer la démence en centrant le soin sur la personne démente. Il s'agit d'une perspective émergente qui modifie positivement la vision sur la personne (Kitwood, 2004).

Notre travail cherche à cibler plus particulièrement le concept de l'agitation dans la démence Alzheimer. Cependant, en le réalisant, nous nous sommes rendus comptes que les résultats proviennent pour la plupart de recherches basées sur la démence en général. Une recherche a mis en évidence que les résultats relatifs à l'agitation ne variaient pas selon le type de démence étudiée. Nous avons donc repris ce présupposé de départ pour notre analyse (Senanarong, Cummings, Fairbanks, Mega, Masterman, O'Connor & Strickland, 2004).

1.3.3 Qu'entend-on par « institution » ?

En utilisant le terme « institution » pour formuler la question de recherche, nous avons cherché à cibler tout établissement et toute entité de soins infirmiers susceptibles de s'occuper de patients atteints de démence Alzheimer par opposition aux soins donnés par les aidants naturels (famille, amis, proches) à domicile.

En effet, la démence Alzheimer étant une problématique chronique, les patients peuvent être amenés à fréquenter diverses structures soignantes au cours de leur vie. Le problème de l'agitation dans la démence fait donc partie de la réalité quotidienne de tout soignant, qu'il travaille en EMS, en unité spécialisée de psychogériatrie, à l'hôpital ou dans une structure de soins à domicile.

La prévalence des symptômes comportementaux dans les milieux de soins varie entre 22,6% et 91% selon les études (Beck, et coll. 1991 ; Ryden et coll. 1999, cités par Landreville et al., 2005). C'est pourquoi nous avons eu recours à une entité qui soit large et rassembleuse. Il s'agit également d'une stratégie qui pourrait nous permettre de faire émerger d'éventuels facteurs contextuels jouant un lien prépondérant dans l'émission d'agitation dans la démence.

1.4 Objectifs poursuivis

Le premier objectif de cette revue de littérature est de clarifier le concept d'agitation dans la démence. En effet, les définitions de l'agitation dans la démence varient selon les auteurs. Il s'agit de mieux délimiter ce concept pour en avoir une meilleure compréhension qui soit basée sur des références scientifiques. Une bonne compréhension de ce comportement est déjà une base pour le soin en soi, puisqu'il guide l'action infirmière.

Un deuxième objectif sera d'investiguer les différents facteurs sous-jacents de l'agitation dans la démence Alzheimer. Certains auteurs parlent d'antécédents de l'agitation. Il s'agit non seulement de les répertorier pour sensibiliser les équipes soignantes à voir au-delà du comportement de la personne démente mais aussi, de déterminer les antécédents sur lesquels les soignants peuvent avoir un impact, toujours en vue de réfléchir le soin infirmier.

Ainsi, à travers cette recherche, nous espérons d'une part mieux comprendre dans quel monde vit la personne démente et pouvoir donner du sens au comportement d'agitation dans la démence. D'autre part, nous espérons que ce travail participe à développer l'analyse réflexive des soignants pour qu'ils développent un soin respectueux centré sur la personne soignée, principal gage de qualité du bien-être physique et moral des patients.

2 Méthode

En vue de répondre à la question de recherche : **comment comprendre le phénomène de l'agitation chez les personnes âgées souffrant de démence Alzheimer et penser le soin infirmier en institution**, nous avons procédé à une revue de littérature étoffée sur la banque de donnée Pubmed / Medline.

Selon l'Université canadienne d'Ottawa, Pubmed contient plus de 16 millions de références ; Medline, sa plus large composante, est produite par la U.S. National Library of Medicine's, que nous considérons comme un gage de sources probantes dans le domaine de la recherche en soins infirmiers.

Cette recherche a été menée entre avril 2008 et janvier 2009, conformément au guide remis par la HES-FR concernant la recherche documentaire et la commande d'articles scientifiques (octobre 2008) ainsi qu'en s'appuyant sur le guide de méthodes et de recherche en sciences infirmières de Loiselle et Profetto-McGrath (2007).

Il a été décidé de ne pas élargir la recherche à d'autres banques de données, suite au nombre conséquent de résultats et de qualité scientifique trouvés sur Pubmed, mais également après avoir effectué d'autres recherches sur une banque de donnée concurrente qui n'a pu fournir de résultats différenciés de ceux identifiés sur Pubmed.

Afin d'obtenir un maximum de résultats et pour s'assurer de l'adéquation des termes [Mesh] utilisés, nous avons également en parallèle procédé à des recherches simples, par mots clés, non répertoriés dans l'index [Mesh], qui nous ont menés à des résultats pour la plupart similaires. Ces seconds résultats, bien que non exhaustifs, nous ont confortés dans l'adéquation de notre utilisation du lexique [Mesh].

En effet, toute la difficulté a été de sélectionner les « bons » termes [Mesh], ceux susceptibles de répondre de façon précise à notre question de recherche. Ainsi, le manque de consensus sur la terminologie scientifique utilisée pour parler des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence et les facteurs sous-jacents relatifs à l'agitation dans la démence a demandé une fouille importante du lexique [Mesh] pour arriver à des résultats pertinents.

Dans un premier temps, nous avons cherché à investiguer le concept d'agitation en questionnant Pubmed. Seule une revue de littérature, celle de Kong (2005) nous est apparue en résultat. Elle nous a permis de préciser notre question de recherche afin d'affiner les critères de sélection.

2.2 Stratégies de recherche

C'est ainsi qu'au final, cinq stratégies se sont avérées judicieuses. Au sein de ces cinq stratégies, deux termes [Mesh] sont apparus essentiels pour interroger la banque de données. Les deux termes [Mesh] (version originale) sur lesquels s'est fondée notre recherche sont:

“Dementia” [Mesh]: An acquired organic mental disorder with loss of intellectual abilities of sufficient severity to interfere with social or occupational functioning. The dysfunction is multifaceted and involves memory, behavior, personality, judgment, attention, spatial relations, language, abstract thought, and other executive functions. The intellectual decline is usually progressive, and initially spares the level of consciousness.

Year introduced: 1981(1963)

“Neurobehavioral Manifestations” [Mesh]: Signs and symptoms of higher cortical dysfunction caused by organic conditions. These include certain behavioral alterations and impairments of skills involved in the acquisition, processing, and utilization of knowledge or information.

Year introduced: 2000 (1998)

Par la suite, la difficulté a été d'associer à cette base constituée, le ou les termes qui permettraient d'atteindre notre objectif avec plus de précision.

2.2.1 Stratégie 1

“Dementia”[Mesh] AND **“Neurobehavioral Manifestations”** [Mesh] AND **“Psychomotor Agitation”** [Mesh] AND **“nurs*”** AND **“Risk Factors”** [Mesh] AND **“Humans”**, published in the last 10 years, English, French.

“Psychomotor Agitation” [Mesh] : A feeling of restlessness associated with increased motor activity. This may occur as a manifestation of nervous system *drug toxicity or other conditions*. Year intro: 1978

“Risk Factors” [Mesh]: An aspect of personal behavior or lifestyle, environmental exposure, or inborn or inherited characteristic, which, on the basis of epidemiologic evidence, is known to be associated with a health-related condition considered important to prevent. Year intro: 1988

Résultats : huit articles et quatre revues de littérature, un article et une revue de littérature ont été retenus sur la base des critères énoncés au chapitre 2.3 :

- Lövheim, H., Sandman, P.-O., Karlsson, S. & Gustafson, Y., (2008).
- Von Gunten, A., Alnawaqil, A-M, Abderhalden, C., Needham, I. & Schupbach, B., (2008).

2.2.2 Stratégie 2

“Dementia” [Mesh] AND “Neurobehavioral Manifestations” [Mesh] AND “Psychomotor Agitation” [Mesh] AND “Etiology” [Mesh] AND “nurs*” NOT “Therapy ” [Subheading] AND “Humans”, published in the last 10 years, English, French.

“Etiology” [Mesh]: Used with diseases for causative agents including microorganisms and includes environmental and social factors and personal habits as contributing factors. It includes pathogenesis. Year introduced: 1966

“Psychomotor Agitation” [Mesh] : A feeling of restlessness associated with increased motor activity. This may occur as a manifestation of nervous system drug toxicity or other conditions.

Year intro: 1978

Résultats : 11 articles et une revue de littérature ont été trouvés : deux articles et une revue de littérature ont été retenus sur la base des critères de sélection énoncés au chapitre 2.3 :

- Volicier, L., MD, PhD, Bass, A., PhD & Stephen, L., PhD, (2007).
- Kong, E.-H., MSN, RN, (2005).
- Burgio, L.D., Butler, F.R, Roth, D.L, Hardin, J.M, Hsu, C.-C. & Ung, K., (2000).

2.2.3 Stratégie 3

“Dementia” [Mesh] AND “Neurobehavioral Manifestations” [Mesh] AND “Psychomotor Agitation” [Mesh] AND “nurs*” NOT “Therapy” [Subheading] AND “Humans” AND published in the last 10 years, English, French.

“Psychomotor Agitation” [Mesh] : A feeling of restlessness associated with increased motor activity. This may occur as a manifestation of nervous system drug toxicity or other conditions.

Year intro: 1978

NOT “Therapy” [Subheading] : Used with diseases for therapeutic interventions except drug therapy, diet therapy, radiotherapy, and surgery, for which specific subheadings exist. The concept is also used for articles and books dealing with multiple therapies. Year introd: 1966

Résultats : trente-quatre articles et une revue de littérature ont été trouvés, cinq articles et la revue de littérature ont été retenus ainsi que deux articles en lien:

- Volicier, L., Bass, E. A., & Luther SL., (2007).
- Kolanowski, AM & Litaker, M., (2006).
- Kong, E.-H., (2005).
- Cohen-Mansfield, J., (2007).

- Cohen-Mansfield, J. & Libin, A., (2004), article trouvé en lien avec le précédent.
- Heeren, O., MD, Borin, L., MD, Raskin, A, PhD, Gruber-Baldini, A.L., PhD, Srikumar Menon, A., MD, PhD, Kaup, B., MD, Loreck, D., MD ; Ruskin, P.E, MD, Zimmerman, S., PhD & Magaziner, J., PhD, (2003).
- Burgio, L.D., Butler, F.R, Roth, D.L, Hardin, J.M, Hsu, C.-C. & Ung, K., (2000).
- Aubert, J., Vézina, J., Landreville, P. Broch, C., Primeau, G., Imbeault, S. & Laplante, C. (2004), article trouvé en lien avec le précédent.

2.2.4 Stratégie 4

“Dementia” [Mesh] AND **“Psychomotor Agitation”** [Mesh] AND **“Alzheimer disease”** [Mesh] AND **“Causality”** [Mesh] NOT **“Therapy”** [Subheadings] AND **“Humans”** AND **published in the last 10 years, English, French.**

“Alzheimer disease” [Mesh]: A degenerative disease of the brain characterized by the insidious onset of dementia. Impairment of memory, judgment, attention span, and problem solving skills are followed by severe apraxias and a global loss of cognitive abilities. The condition primarily occurs after age 60, and is marked pathologically by severe cortical atrophy and the triad of senile plaques; neurofibrillary tangles; and neuropil threads. Year introd: 1998.

“Causality” [Mesh]: The relating of causes to the effects they produce. Causes are termed necessary when they must always precede an effect and sufficient when they initiate or produce an effect. Any of several factors may be associated with the potential disease causation or outcome, including predisposing factors, enabling factors, precipitating factors, reinforcing factors, and risk factors. Year introd: 1990

Résultats : trente articles trouvés, trois ont été retenus ainsi qu'un article en lien

- Volicer, L., Bass, E. A. & Luther, SL., (2007).
- Archer, N., B.A ;, Brown, R.G., PhD, Reeves, S.J., MRCPsych, Boothby, H, MRCPsych, Nicholas, H., B.A., Foy, C., PhD, Williams, J., PhD & Lovestone, S., PhD, (2007).
- Fuh, J.-L., MD, Mega, M.S., MD, PhD, Binetti, G., MD, Wang, S.J., MD, Magni, E., MD & Cummings, J.L., MD., (2002).
- Senanarong, V., Cummings, J.L, Fairbanks, L., Mega, M., Masterman, D.M, O'Connor, S.M. & Strickland, T.L., (2004), article trouvé en lien avec le précédent.

2.2.5 Stratégie 5

“Dementia” [Mesh] AND “Neurobehavioral manifestations” AND “Psychomotor agitation” AND “Psychological phenomena and processes” [Subheadings] AND “Nurses” [Mesh] AND “Humans” AND published in the last 10 years, English, French.

“Psychological phenomena and process” [Subheadings] : Mechanisms and underlying psychological principles of mental processes and their applications. Year introd: 1998.

“Nurses” [Mesh] : Professionals qualified by education at an accredited school of nursing and licensed by state law to practice nursing. They provide services to patients requiring assistance in recovering or maintaining their physical or mental health. Year introduced: 1967(1965).

Résultats : cinq articles trouvés, un a été retenu ainsi qu'un article en lien :

- Zieber C.G., Hagen, B., Armstrong-Esther, C. & Aho, M. (2005).
- Pelletier, I. C. & Landreville, P. (2007), article trouvé en lien avec le précédent.

2.3 Critères de sélection

2.3.1 Critères d'inclusion

- Articles scientifiques présentant un corps méthodologique conforme aux normes scientifiques. (EBN)
- Articles publiés dans les dix dernières années
- Langues : anglais et français
- Echantillonnage : personnes démentes de type Alzheimer ou atteintes de démence en général et se trouvant en institutions gériatriques pour une longue durée.
- Abstract / Résumé faisant référence au concept de l'agitation dans la démence avec un regard axé sur tout ce qui peut précipiter le comportement d'agitation ou prévenir celui-ci.
- Différenciation entre le comportement de l'agitation et un autre trouble du comportement dans la démence
- Articles exploitables dans les soins infirmiers. C'est-à-dire amenant des solutions pour les soins infirmiers.

2.3.2 Critères d'exclusion

- Articles ne présentant pas un devis de recherche
- Articles orientés exclusivement sur la thérapeutique de l'agitation dans la démence ou son management
- Articles traitant de l'agitation dans la démence mais limité à un contexte précis, donc non généralisable à la pratique quotidienne des soignants : ex : la fin de vie d'un patient
- Articles relatifs à l'agitation mais non relatifs au contexte de démence
- Articles ne traitant pas de la démence Alzheimer ou de la démence en général (qui incluait la démence Alzheimer)
- Articles dont le titre ne comprenait pas la notion d'agitation ou de symptômes comportementaux

- Articles antérieurs aux années 2000
- Articles reprenant une thématique déjà recensée ; seule la plus récente a été retenue
- Articles strictement relatifs à des effets médicamenteux
- Articles sans Abstract/ résumé disponible en ligne
- Articles d'auteurs inconnus
- Articles que la Bibliothèque Cantonale de Fribourg ne pouvait pas commander

2.4 Méthode d'analyse des études

Pour analyser l'ensemble des 15 études répertoriées, il nous a fallu procéder à une première phase de traduction des études rédigées en anglais en vue de pouvoir effectuer une première lecture, de manière à s'assurer de la qualité de chaque recherche en vue de l'inclure dans notre corpus.

Ainsi, pour chaque recherche, tant le devis de recherche, que les parcours ou l'importance des auteurs, et la méthodologie générale utilisée, ont été observés avec attention.

Cependant nous l'avons fait dans les limites de nos compétences, s'arrêtant ainsi aux cours reçus lors du cursus en bachelor infirmier (cours de méthodologie du bachelor thésis) et en nous appuyant sur la méthode de recherche en sciences infirmières expliquées par Loiselles et Profetto-McGrath (2007). Ainsi, elles ont été observées en regard de trois critères (il en existe 4) de Cook et Campbell (1979) concernant le devis de recherche quantitatif (Loiselles & Profetto-McGrath, *ibid.*).

1. La validité statistique : « Quelle est la fiabilité des éléments attestant qu'il y a bien une relation significative entre deux variables ? » (Op.cit, p.203).

En effet, toutes les recherches reposaient sur des tests statistiques étant donné qu'il s'agit d'études descriptives de type corrélationnel, mis à part les deux

revues de littérature, pour révéler l'existence d'une relation entre variable indépendante et variable dépendante. Les auteurs ont tous donné des indicateurs concernant la validité de leurs résultats. Seules ont été retenues les études qui présentaient un échantillon suffisamment vaste pour que nous considérions comme probants leurs résultats. Les 15 recherches satisfont à ce critère.

2. La validité interne : « S'il y a bien une relation, quelle est la fiabilité des éléments attestant que c'est la variable indépendante étudiée, plutôt que des facteurs parasites (extrinsèques ou intrinsèques), qui a engendré les résultats ? » (Op.cit, p.203)

Manquant de connaissance scientifique à ce sujet, notre stratégie a été d'analyser la validité interne des études en se basant sur la façon dont les auteurs eux-mêmes auto-évaluaient leurs résultats. Ainsi nous avons pu constater une certaine rigueur dans leur appréciation, notamment dans les chapitres discussion. Les auto-évaluations des auteurs sont mentionnées en annexe dans l'analyse des recherches.

3. La validité externe : « Quelle est la fiabilité des éléments attestant que les relations observées peuvent se généraliser et s'appliquer à d'autres personnes et contextes, et ce au fil du temps ? » (Op.cit., p.203)

Les résultats obtenus dans les différentes études répertoriées présentaient des résultats probants et généralisables. Cependant, la particularité de ces résultats est qu'ils ne reposent pas tous sur la même définition du concept d'agitation dans la démence. C'est ce qui rend plus difficile l'interprétation et la comparaison des résultats entre les différentes études.

Au final, une des études a été écartée de notre panel car elle s'est avérée trop générale à la lecture et n'amenait aucune réflexion sur le concept que nous souhaitions étudier. Notre revue de littérature étoffée s'est donc basée sur 14 articles scientifiques.

3 Résultats

L'analyse des résultats a permis de clarifier le concept de l'agitation dans la démence en mettant en lien les caractéristiques convergentes et divergentes relatives à sa définition.

L'infirmière doit être capable de distinguer les différentes formes d'agitation pour penser le soin auprès de personnes souffrant de démences qui présentent ce type de comportement. L'agitation apparaît également corrélée à certaines variables cliniques que nous avons classées selon les paradigmes bio-psycho-social (relatifs à l'individu) et le paradigme environnemental (relatif au contexte dans lequel se trouve l'individu). Les résultats sont donc présentés au sein des trois chapitres suivants. Ils répondent conjointement à notre question de recherche: **comment comprendre le phénomène de l'agitation chez les personnes âgées souffrant de démence Alzheimer et penser le soin infirmier en institution ?** Par ailleurs, une analyse pour chacune des quinze études est présentée en annexe. Les résultats seront ensuite repris et commentés dans le chapitre discussion.

3.1 Clarification du concept

La littérature propose des définitions et des descriptions variables du concept de l'agitation, ce qui rend difficile son application dans la recherche (Kong, 2005). En effet, entre différents auteurs, la définition est loin d'être unanime et reflète certaines incertitudes (Senanarong et al., 2004).

De plus, jusqu'à ce jour, peu d'études ont investigué les facteurs contextuels et environnementaux liés à l'agitation excepté quelques auteurs comme Cohen-Mansfield (Burgio, Butler, Roth, Hardin, Hsu & Ung, 2000 ; Aubert, Vézina, Landreville, Brochu, Primeau, Imbeault & Laplante, 2007).

Pourtant, il apparaît essentiel d'identifier les antécédents de l'agitation pour donner un traitement approprié et proposer des actions qui soient déterminées (Kolanowski & Litaker, 2006).

3.1.1 Similitudes dans les définitions du concept

L'analyse des définitions de l'agitation dans la démence met en exergue trois similitudes importantes au travers des différentes définitions utilisées (présentées en annexe) par les chercheurs pour étudier le concept de l'agitation dans la démence :

- **l'agitation peut être physique ou verbale / vocale ;**
- **les facteurs sous-jacents de l'agitation relèvent conjointement de caractères internes et externes à la personne démente ;**
- **ce comportement a des conséquences tant pour l'individu lui-même que pour les aidants.**

Le caractère tant physique que verbal de l'agitation dans la démence a été relevé au sein de toutes les études répertoriées. En effet, cette coexistence est présente dans les définitions les plus couramment utilisées. Cohen-Mansfield (1986) parle de l'agitation comme d'un comportement physique, verbal ou vocal. Le Pittsburgh Agitation Scale (1994) définit l'agitation dans la démence par des vocalisations dérangeantes, de l'agitation motrice, de l'agressivité ou

toute forme de résistance. Quant à l'inventaire neuropsychiatrique de Cummings ou NPI (1994), les termes « coups de pied » et « prolifération de méchancetés » sont mentionnés dans sa définition. Kong parle déjà de cette dualité en 2005, dans sa revue de littérature. Il avait relevé qu'une minorité d'auteurs « excluait les conditions psychologiques sous-jacentes du comportement physique » (p.529) comme décrit dans le DSM III. En effet, « la diminution des capacités de communication des patients déments privilégie de fait, l'expression de comportements physiques qui eux-mêmes peuvent être révélateurs d'une composante de l'humeur » (Zubenko, 1998, cité par Kong, ibid, p.529). Il y a donc consensus sur le fait que l'agitation puisse être motrice mais également verbale.

Second consensus relatif à la question de l'agitation dans la littérature, les facteurs sous-jacents de l'agitation relèvent d'aspects internes et externes à la personne démente.

Cohen-Mansfield (2007) désigne notamment la fatigue comme liée à l'augmentation de l'agitation, et l'irritabilité est corrélée à plusieurs reprises, dans les études, à la variance des niveaux d'agitation (Senanarong et al., 2004). D'autres auteurs, toujours fidèles à cette perception, parlent de l'agitation comme d'une réponse humaine à des stimuli. Taft (1989) parle de réponses interne ou externe à des stimuli alors que Curl (1989) parle d'une réponse à un besoin (Curl & Taft, cités par Kong, 2005 ; Draper et al. 2005 cité par Von Gunten, Alnawaqil, Abderhalden, Needham & Schupbach, 2008). Ces éléments seront repris et détaillés au chapitre 3.4 .

L'analyse des résultats amène à un troisième constat. L'agitation inflige des conséquences tant aux aidants qu'à l'individu lui-même (Cohen-Mansfield & Libin, 2004 ; Kolanowski & Litaker, 2006.). Tous les auteurs insistent sur l'aspect affligeant pour les soignants de l'agitation dans les soins et le nécessaire besoin d'y trouver des solutions. Cependant, l'agitation provoque également d'importantes conséquences pour le principal bénéficiaire de soins qui n'est autre que la personne démente. En effet, « ce comportement dérangent provoque de nombreuses réactions notamment auprès des autres patients jusqu'à se traduire parfois, par des représailles agressives » (Von

Gunten et al., 2008, p.661). De plus, les traitements chimiques, physiques ou les interventions psychosociales peuvent être contraignantes pour le patient. Il s'agit d'une dimension à ne pas négliger et qui recentre la problématique de l'agitation autour du patient. Dans sa revue de littérature, Kong (2005) montre que la différence d'interprétation du phénomène de l'agitation a d'importantes répercussions sur les attitudes du soignant. L'agitation peut être perçue sous deux angles différents : - soit du point de vue du patient - soit du point de vue de l'observateur, le soignant dans les soins. Ainsi, une définition peut-elle démontrer une connotation positive ou négative de la part de l'auteur face à l'agitation dans la démence. La définition est négative lorsqu'elle utilise les termes « inapproprié », « perturbateur », « inadapté », « dysfonctionnel » et « gênant », montrant une vision du concept dont le patient est « excentré ». À l'inverse, elle est positive lorsque l'agitation est définie comme l'expression d'un besoin ou d'un sentiment qui met le patient au centre de l'analyse.

3.1.2 Divergences dans la définition du concept

Les divergences les plus importantes ressorties entre les différentes définitions de l'agitation dans la démence ont été répertoriées au nombre de trois. Elles concernent:

- **l'agressivité comme sous-catégorie incluse ou exclue du concept d'agitation dans la démence ;**
- **le fait de ne parler d'agitation que hors contexte interactionniste soignant-soigné (dans le cas contraire, il s'agit de refus de soin) ;**
- **le fait de considérer les besoins insatisfaits comme facteurs déclencheurs potentiels de l'agitation ou non.**

Les limites du concept de l'agitation sont floues et certaines conceptualisations élargissent ou au contraire referment les frontières en incluant l'agressivité ou non comme partie intégrante de l'agitation. Les différentes perspectives

contribuent au manque de consensus dans la définition de l'agitation dans la démence.

Cohen-Mansfield a fait le choix, au fil de ses études, de parler de comportements physiques et vocaux pouvant être agressifs ou non agressifs, plutôt que d'agitation agressive ou non agressive. Ainsi, le CMAI, instrument de mesure de l'agitation comprend le comportement agressif comme sous-catégorie de l'agitation en général.

À noter que nous avons observé une prédominance pour lier l'agressivité à l'agitation lorsque les études se centrent sur l'agitation dite verbale. Cohen-Mansfield parle d'ailleurs plus d'agitation perturbatrice (disruptiveness of agitation) en lien avec l'agitation verbale.

Pour d'autres auteurs (Volcic, Bass & Luther, 2007), l'agitation et l'agressivité sont deux concepts distincts. Leur étude caractérise l'agressivité comme la volonté d'attaquer autrui. Pour ces auteurs, la distinction entre l'agressivité et l'agitation se fait selon qu'il y a volonté ou non de s'en prendre à son interlocuteur. Ainsi, s'il y a interaction dans une situation donnée, il s'agit d'agressivité ou de refus de soin mais non d'agitation.

Une autre question qui fait débat est de savoir si l'agitation n'a lieu que lorsque la personne souffrant de démence est seule. Volcic et al. (2007) comme cité ci-dessus, parlent plutôt d'agressivité ou de refus de soin lorsque la personne est en interaction avec le corps infirmier ou toute autre personne. Il s'agit des seuls auteurs au sein de notre panel qui fassent cette nuance. Il est pourtant intéressant de ressortir que d'autres auteurs ont établi que l'agitation avait lieu dans des contextes pauvres en relations sociales ou lorsque les personnes démentes étaient seules (Cohen-Mansfield & Libin, 2004 ; Aubert et al., 2005).

Savoir si l'agitation est corrélée aux besoins insatisfaits est également sujet à distorsion dans les définitions du concept. Dans sa définition de l'agitation, Cohen-Mansfield (2007) insiste sur le fait que l'agitation ne peut s'expliquer par des besoins non satisfaits ou de la confusion. À titre d'exemple, la diminution du plaisir n'apparaît pas comme un facteur concordant avec l'augmentation de l'agitation bien qu'il s'agisse d'un besoin important pour tout individu. Pourtant,

les facteurs sous-jacents de l'agitation dans la démence identifiés dans d'autres études (basées sur des cadres de référence différents) comprennent la notion de besoins insatisfaits. Il s'agit dans la plupart des cas d'inconfort (besoin de confort non satisfait) : douleur, troubles musculo-squelettiques, difficulté à s'exprimer, faim ou soif intense, température de la pièce inappropriée (Kong, 2005 ; Pelletier & Landreville, 2007 ; Von Gunten et al., 2008). Pour Kong (2005), considérer l'agitation comme l'expression d'un besoin ou d'un sentiment, utilise la perspective du patient et implique d'avoir un point de vue positif sur l'agitation et qui inscrit le patient au centre de la réflexion.

3.2 Facteurs sous-jacents de l'agitation

3.2.1 Corrélation entre l'agitation et certains facteurs biologiques

3.2.1.1 L'état de santé de l'individu

Pour Cohen-Mansfield et Libin (2005), les personnes qui présentent de l'agitation motrice sont en meilleure santé que les autres. La raison évoquée est la diminution des troubles comorbides associés à la démence.

Pourtant, la douleur serait plus facilement exprimée au travers de l'agitation verbale (Zieber, Hagen, Armstrong-Esther & Aho, 2005). Il semblerait également que l'agitation verbale survienne de façon plus prononcée chez des patients souffrant de déficits d'ordre sensitif et auditif. (Von Gunten et al., 2008).

3.2.1.2 Le sexe de l'individu

Parmi les quinze études sélectionnées, cinq recherches ont étudié l'influence du genre comme facteur sous-jacent de l'agitation dans la démence. Les recherches montrent que le sexe féminin est davantage corrélé à l'émission d'agitation (physique et verbale) que le sexe masculin.

En effet, dans leur étude, Burgio et al. (2000) relèvent trois fois plus d'agitation auprès des femmes qu'auprès des hommes. Par ailleurs, dans la même étude, les femmes montrent également une durée plus longue des épisodes d'agitation : une moyenne de 158.4 secondes pour les femmes contre une moyenne de 48.9 secondes pour les hommes. Les femmes apparaissent également plus agitées que les hommes en présence d'une tierce personne. Pour l'équipe de Heeren, les femmes sont également plus destructrices que leurs homologues masculins (Heeren, Borin, Raskin, Gruber-Baldini, Menon, Kaup, Loreck, Ruskin, Zimmermann & Magaziner, 2003), ce que confirment Cohen-Mansfield & Libin (2004) en disant que le comportement agité est plus problématique chez les femmes que chez les hommes. Fait intéressant, Burgio et al. (2000) observaient une légère diminution du comportement d'agitation

chez les femmes qui recevaient une médication psychoactive (agitation variant de 37% à 30%). À noter que dans cette étude, les hommes recevaient plus de psychotropes que les femmes. Cependant, en conclusion, si l'on différencie l'agitation de l'agressivité, les hommes apparaissent plus agressifs que les femmes (Fuh, Mega, Binetti, Wang, Magni & Cummings, 2002).

3.2.1.3 Les facteurs neurophysiologiques

L'étude de Senanarong et al, (2004) décrit l'agitation comme un dysfonctionnement du lobe frontal. « Ainsi, ce dysfonctionnement prédispose-t-il les patients atteints de démence Alzheimer à l'agitation en exagérant les réponses comportementales provoquées par l'environnement ou par des psychopathologies coexistantes ». Von Gunten et al. (2008) corroborent cette information en disant « qu'au début de la démence, le cortex orbito-frontal est touché » (p.657). De plus, Fuh et al. (2002) rejoignent les hypothèses d'un modèle biologique pour expliquer l'agitation dans la démence. Pour eux, « les facteurs neuropathophysiologiques seraient impliqués dans les manifestations de l'agitation en raison de la relation existante entre les modifications sérotoninergiques et les comportements répétitifs d'agression (p.174). Ils appuient leurs résultats sur le fait que les hallucinations ont pu être corrélées à des caractéristiques extrapyramidales, à un déficit cholinergique cortical et à des caractéristiques corticales du corps de Lewy dans la démence. Ils font donc l'hypothèse qu'il existe certainement des liens similaires pour l'agitation qu'il reste cependant à découvrir.

3.2.2 Facteurs psychologiques sous-jacents à l'agitation

3.2.2.1 Niveau de l'atteinte cognitive

Le déficit cognitif est considéré comme un facteur sous-jacent de l'agitation dans les études. (Heeren et al., 2003 ; Cohen-Mansfield, 2007 ; Volicier et al., 2007 ; Von Gunten et al., 2008 ; Senanarong et al., 2004). L'outil le plus utilisé pour évaluer le niveau cognitif est le MMSE de Folstein. Un score entre zéro et 10 au MMSE indique un déficit cognitif très sévère. « La prévalence de l'agitation change en fonction de la sévérité de la démence » (Senanarong et al., Op.cit, p.16). Ainsi, il se produit déjà de l'agitation au stade léger d'une démence Alzheimer. Cependant, le taux d'agitation se trouve multiplié par deux au stade modéré d'une démence. Il s'agit du stade montrant la plus haute prévalence de l'agitation verbale et motrice (Volicier et al., 2007). Toutefois, si l'on considère uniquement l'agitation verbale, la plus haute prévalence n'apparaît pas au stade modéré. Elle devient plus importante au stade final de la démence. (Cohen-Mansfield et al., 1999 ; Allen et al., 2005, cités par Von Gunten et al., 2008). En ce qui concerne la démence Alzheimer, il est admis que la prévalence de l'agitation (verbale et motrice) croît en fonction de la sévérité de la démence (Senanarong et al., 2004).

3.2.2.2 L'affect comme facteur sous-jacent

Pour Heeren et al. (2003), l'agitation apparaît liée non seulement au déficit cognitif, mais aussi à un affect déprimé. Les chercheurs se sont basés sur une version modifiée de l'échelle de Cornell pour évaluer l'affect des patients déments. Plus important encore, leur étude indique que les agressions physiques et ou verbales des personnes démentes (perçues comme de l'agitation aggravée) s'accompagnent souvent d'une dépression sévère.

Dans ce cas, pour traiter l'agitation et l'agressivité, il s'agit donc avant tout de soigner la dépression. Sur la base de ce constat, les chercheurs rappellent l'importance de considérer les aspects psychiatriques co-morbides à une démence pour gérer le comportement d'agitation. Toutefois la majorité des

auteurs n'appliquent ces considérations qu'à l'agitation verbale (Draper et al., 2000, cité par Von Gunten et al., 2008 ; Cohen-Mansfield & Libin, 2004).

3.2.2.3 Facteurs prémorbides : traits de la personnalité

Une analyse de la personnalité prémorbide amène l'idée d'un impact de la personnalité dans l'expression de l'agitation (Archer, Brown, Reeves, Boothby, Nicholas, Foy, Williams, Lovestone, 2007). L'apathie et le manque de conscience d'autrui apparaissent liés à l'émission d'agitation dans la démence (Hamel (1990) et Ryden (1989), cités par Archer et al., Op.cit). Il s'agit de deux caractéristiques de l'individu névrosé. Pour les auteurs, les personnes présentant ces deux caractéristiques ont de fait une plus grande tendance à manifester une mauvaise réponse sociale face à l'adversité.

Malheureusement, comme le relève la revue de littérature de Von Gunten et al. (2008), l'influence des traits de la personnalité sur les symptômes comportementaux dans la démence est souvent absente des recherches. Une autre étude a cependant montré qu'un groupe de sujets très atteints cognitivement et présentant de l'agitation verbale était à fortiori constitué d'individus plus introvertis, plus rigides et ayant plus tendance à contrôler leurs émotions qu'un autre groupe de patients exempts d'agitation verbale.

3.2.3 Facteurs sociaux en lien avec l'agitation

3.2.3.1 Le niveau d'interaction sociale

Le niveau d'interaction sociale joue également un rôle important comme facteur sous-jacent de l'agitation dans notre contexte. Les études ont toutes relevé des taux faibles d'interaction sociale durant leurs observations auprès de patients souffrant de démence en institutions. Pourtant, pour certains observateurs, « les sujets montraient rarement une envie d'être seuls » (Kolanowski & Litaker, 2006, p.16).

Les indicateurs d'une mauvaise qualité de relations interpersonnelles relevés dans les études, et responsables d'une augmentation de l'agitation sont:

- pour l'agitation verbale : la diminution des appels téléphoniques et des visites, la diminution de la communication (Burgio et al., 2000 ; Cohen-Mansfield & Libin, 2004.), l'activité en groupe notamment durant les repas (Burgio et al., 2001, cité par Von Gunten et al., 2008.), les interactions sociales trop courtes même si elles sont nombreuses (McMinn & Draper, 2005, cités par Von Gunten et al., *ibid*), laisser une personne seule dans une chambre (Cohen-Mansfield et al., 1990, cité par Von Gunten et al., *Op.cit*).
- pour l'agitation en général (verbale et motrice) : ne pas utiliser le toucher pour communiquer avec une personne démente (Burgio et al., 2000), le manque d'interaction et au contraire, une interaction trop intense (Kolanowski & Litaker, 2006).

En résumé, la présence d'une tierce personne a tendance à diminuer le temps des épisodes d'agitation, et l'infirmière devrait préférer le toucher pour communiquer avec la personne démente par rapport à l'expression verbale en vue de prévenir des épisodes d'agitation. Comme relevé par Kolanowski et Litaker (2006), il faut également se questionner quant à l'intérêt des patients pour les activités proposées.

3.2.3.2 Facteurs transculturels

Certaines études se sont également intéressées aux différences transculturelles concernant l'émission d'agitation dans la démence. L'équipe de Jong-Ling Fuh (2002) a mis en évidence des différences entre des personnes démentes vivant respectivement en Italie, à Taiwan et aux USA tout en prenant garde à former des groupes qui soient comparables (même niveau de sévérité dans la démence). La prévalence de l'agitation était de 70% aux USA, pour 64% en Italie, et seulement 50% à Taiwan. Les auteurs excluent d'associer ces différences au niveau d'éducation. Ils pensent que la prévalence de l'agitation peut être attribuée « aux variances neuro-biologiques entre les groupes ethniques tandis que la variabilité des comportements agités peut être attribuée à des influences socioculturelles » (p.174). Ainsi, les patients déments agités taiwanais présentent-ils plus d'hallucinations que les autres groupes ; le groupe italien est plus apathique et l'irritabilité est plus présente au sein du groupe américain. « Cependant, davantage d'investigations sont encore nécessaires» (Fuh et al. 2002, p.174) .

Par ailleurs, trois autres études (Senanarong et al. 2004 ; Heeren et al. 2003 ; Sink et al., 2004, cité par Von Gunten et al., 2008) avancent également les facteurs socioculturels et biologiques comme sous-jacents à l'agitation dans la démence. Leurs résultats montrent une prévalence de l'agitation en général chez les américains blancs par rapport aux afro-américains, et une prévalence de l'agitation verbale auprès des populations afro-américaines et latines comparativement à la population blanche.

En conclusion, les études ayant été menées dans différentes cultures (USA, Angleterre, Canada, Taiwan, Italie etc.) montrent que l'agitation est présente quelle que soit la nationalité ou la culture de l'individu dément.

3.2.4 Facteurs environnementaux et agitation

3.2.4.1 L'heure de la journée

Le facteur temps a également été très étudié comme facteur sous-jacent de l'agitation dans la démence, notamment le phénomène du « sundowning » ou crépuscule en français. Pourtant les conclusions sont loin de faire l'unanimité. Les études qui mettent en avant le syndrome crépusculaire montrent clairement dans leurs résultats des pics d'agitation entre 14 et 16h et entre 19 et 20h. L'idée du syndrome crépusculaire fait ainsi référence à un état de sous-stimulation comme facteur sous-jacent à l'émission d'agitation chez les personnes démentes (Aubert et al., 2007 ; Von Gunten et al., 2005).

Une des quinze études de notre panel, « temporal patterns of agitation in dementia » a clairement montré une relation entre la fin de l'après-midi et le pic d'agitation chez des patients déments. Ce pic se composait essentiellement d'agitation physique (Cohen-Mansfield, 2007). « Cependant, le pic d'agitation était identique à l'heure d'hiver et à l'heure d'été » [...] « Ce constat laisse alors penser qu'une association entre le coucher du soleil et l'augmentation de l'agitation chez les patients déments est erronée » (Cohen-Mansfield, *ibid*, p.403). D'autres hypothèses ont été avancées par Cohen-Mansfield (*Op.cit.*) pour expliquer ce pic d'agitation en fin d'après-midi : la fatigue des résidents et des soignants et le changement d'effectif au sein de l'équipe soignante.

3.2.4.2 L'inactivité comme facteur sous-jacent de l'agitation

Les études relèvent de manière inquiétante l'inactivité des patients déments dans les institutions de soins (Cohen-Mansfield et al., 2007 ; Aubert et al., 2007 ; Cohen-Mansfield, 2005 ; Kolanowski & Litaker, 2006 ; Volicier et al., 2007 ; Senanarong et al., 2004 ; etc.).

L'étude d'Aubert et al. (2007) a ainsi relevé que « 69% des personnes passaient leur temps dans leur chambre, que 58% du temps elles étaient

seules et qu'elles passaient 73% de leur temps à ne rien faire » (p.157). Une autre étude a relevé jusqu'à « 96% des personnes qui n'étaient pas engagées dans une activité durant le temps d'observation. Pourtant, il semblerait que les personnes démentes soient influencées à 91.57% par l'environnement » (...) En ce qui concerne leur comportement, ces personnes étaient assises tranquillement (environ 67%), ne faisaient rien (6.24%), ne faisaient que rarement des gestes (32.5%), ne semblaient pas chercher à faire quelque chose (6.63%). (Kolanowski & Litaker, 2006).

Ainsi les personnes étaient souvent laissées à elles-mêmes et prenaient part à peu d'activités sociales ou de loisirs en dehors des repas et des périodes de soins (Auber et al., 2007). Les interactions observées sont également très fragmentées. Elles consistent à se lever pour aller et venir alors que le bruit et la densité de l'environnement sont connus pour précipiter l'agitation » (Kolanowski & Litaker, 2006). De plus, le manque d'activité est corrélé à une augmentation de la mortalité et de la dépression ainsi qu'évidemment, à une baisse de la qualité de vie en institutions. (Mitchelle et al. 2000, cités par Kolanowski & Litaker, 2006)

3.2.4.3 Des réactions infirmières comme facteurs sous-jacent

Dans sa revue de littérature de 2005 concernant le concept de l'agitation dans la démence, Kong cite les facteurs sous-jacents à l'agitation. Il s'agit des facteurs « patients » (intrinsèques), de l'environnement, des relations interpersonnelles, des besoins insatisfaits, des difficultés de communication mais aussi des facteurs relatifs à la contention ou des mesures prises par les soignants pour gérer l'agitation d'un patient dément. C'est de ce dernier point dont nous allons parler dans ce chapitre.

En effet, « l'attitude (ou réaction) des soignants peut également être corrélée à l'agitation des patients. La question primordiale est de savoir comment le personnel cause ou renforce l'agitation verbale par son interaction » Halberg et al. 1999, cité par Von Gunten et al. 2008, p.658).

Il a été constaté que face à l'agitation, les soignants en arrivent soit à éviter les cris, soit à utiliser les contraintes physiques et chimiques (Sloane et al., 1997 ; Dwyer & Byrne, 2000, cités par Von Gunten et al. Op.cit.). Des attitudes correctrices ont souvent été observées de la part des soignants alors que la gentillesse amène plus de calme et de paix auprès des personnes âgées (Halberg et al., 1990, cité par Von Gunten et al., Op.cit.).

Par ailleurs, les interventions psychosociales comme le savoir-être, les interventions environnementales et les interventions indirectes par du personnel formé montrent également des résultats satisfaisants (Barton et al., 2005, cités par Von Gunten et al., Op.cit). Par exemple, une étude a montré que les équipes ont plus tendance à répondre verbalement à l'agitation que par le toucher, alors que l'agitation semble exacerbée par l'interaction verbale. Ses auteurs recommandent donc de ne pas utiliser la parole mais le toucher pour faire face à l'agitation (Burgio et al., 2000).

Par ailleurs, « le personnel infirmier a exprimé beaucoup plus de frustration, d'anxiété et de colère envers les résidents montrant de l'agitation verbale qu'envers ceux qui n'en montraient pas. [...] Ils ont également tendance à se distancer des premiers » (Draper et al., 2000, cités par Von Gunten et al. Op.cit., p. 661). De plus, les soignants travaillant à un plus petit pourcentage disent qu'il est plus facile pour eux d'endurer l'agitation (verbale) de façon récurrente que pour leurs collègues qui travaillent à un pourcentage plus élevé (Hantikainen et al., 1998, cités par Von Gunten et al., Op.cit.).

4 Discussion

Dans ce chapitre, nous allons non seulement examiner la qualité des résultats trouvés mais également les commenter en vue de répondre à la question de recherche et évaluer l'impact des résultats pour la pratique infirmière.

4.1 Qualité des résultats

Comme déjà mentionné précédemment, notre revue littéraire repose sur un panel de quatorze études sélectionnées. Notre analyse a été réalisée sur la base de deux revues littéraires et douze études quantitatives non expérimentales qui présentent un devis de recherche de type descriptif corrélationnel et transversal. Il s'agit d'un devis de recherche utilisé communément par les chercheurs pour analyser le comportement d'un individu. Ce type de devis permet d'étudier simultanément un grand nombre de variables et de fournir des informations sur le degré des relations. De plus, les deux revues de littérature (Kong, 2005 & Von Gunten et al., 2008) nous ont permis plus particulièrement de clarifier l'état actuel des connaissances relatives au concept de l'agitation dans la démence.

La différence dans les méthodes de recherche relève du mode d'évaluation utilisé pour analyser l'agitation. La majorité des études sont fondées sur des observations directes (en terrain) alors qu'une minorité reposent sur des questionnaires relatifs aux comportements d'agitation soumis aux soignants et à leurs familles. Contrairement aux questionnaires donnés aux familles et aux soignants, l'observation directe permet, selon nous, d'éviter certains biais dans la recherche comme le manque de partialité des soignants ou des familles fournisseuses d'informations. Cependant, l'observation directe, en milieu naturel pose une autre question. Il s'agit de savoir dans quelle mesure, la présence d'un observateur, aussi discret soit-il, influence, de quelque manière que ce soit, le comportement de la personne observée. Dans notre contexte, nous faisons l'hypothèse que le patient dément peut vouloir attirer le regard de

l'observateur ou communiquer avec lui au travers d'un comportement agité . Cela peut représenter une variable parasite d'ordre extrinsèque à la recherche. Cependant, il s'agit d'une question récurrente lors de toute analyse fonctionnelle. C'est pourquoi nous considérons les résultats présentés comme fiables et utilisables pour la pratique infirmière. À noter que certains chercheurs combinent ces différentes stratégies d'évaluation.

Par ailleurs, en additionnant les différents échantillons (nous n'avons comptabilisé que les individus certifiés âgés, déments et placés en institution pour personnes âgées), notre recherche repose sur un échantillon minimal de 24'845 personnes âgées démentes en institution ; une des études inclut à elle seule plus de 23'000 personnes Alzheimer. En outre, il est important de relever que tous les individus inclus dans les études n'étaient pas forcément atteints de démence Alzheimer. Une étude centrée sur la relation entre la dépression et l'agitation (Heeren et al., 2003) comporte dans son échantillon un groupe de personnes témoins non démentes. Dans ce cas, cette comparaison apporte plus de valeurs aux résultats de l'étude. Seules quatre études ont exclusivement centré leur analyse sur des patients Alzheimer. Ainsi un tiers des études quantitatives (revues de littératures non incluses) répondent précisément à notre question de recherche, ce qui nous paraît satisfaisant étant donné qu'au sein des études relatives à la démence en général, la démence Alzheimer prévalait. Nous rappelons également notre présupposé de départ : les facteurs en lien avec l'agitation ne semblent pas différer d'une démence à une autre. C'est pourquoi, nous parlons plus souvent de « démence » que de « démence Alzheimer ».

Nous avons également été attentifs à ce que chaque étude soit conforme aux règles déontologiques demandées pour ce type de recherche. Ainsi, le consentement libre et éclairé avait été obtenu auprès des institutions de soins et auprès des patients ou de leur représentant légal (étant donné l'incapacité de discernement en cas de démence profonde). Les études ont par ailleurs été approuvées par des comités d'éthique universitaires agrégés. Toutes ces données sont reprises dans l'analyse des études insérées en annexe.

De plus, les outils utilisés pour l'analyse des données et les calculs statistiques ont été réalisés sur des modèles souvent identiques dans les recherches et qui sont recensés dans les manuels relatifs à la recherche quantitative scientifique. Il s'agit notamment des tests statistiques suivants : T-tests, khi carré, des coefficients de corrélations de Spearman et de Pearson. Les chercheurs ont également à chaque fois appuyé la validité de leurs résultats en énonçant les mesures de contrôle utilisées, ce que nous avons considéré comme un gage de sérieux pour les études.

Il nous semble également important de rappeler que la visée de notre travail a été de mettre en valeur les facteurs prédisposant à l'agitation dans la démence et nullement de traiter de relation causale, bien que « l'objectif de la recherche corrélationnelle soit le même que celui de la recherche expérimentale : étudier les relations entre les variables » (Loiselle & Profetto Mc-Grath, 2007, p.193). La différence demeure dans le fait que les chercheurs ne maîtrisent pas la variable indépendante. Autrement dit, notre travail relève d'un processus corrélationnel. La cause de l'agitation demeure la démence. Les processus étiologique et corrélationnel ne doivent pas être confondus. Ainsi nos résultats doivent être utilisés comme des facteurs qui prédisposent à l'agitation et non considérés comme de véritables causes.

En regard de ces données déontologiques, méthodologiques et relatives au devis de recherche, les résultats trouvés dans ces recherches et leurs analyses sont donc probants et généralisables selon le contexte et les spécificités individuelles.

4.2 Réponse à la question de recherche

4.2.1 Définition du concept d'agitation dans la démence

Toutes les études corroborent le fait que l'agitation est une problématique récurrente pour les soignants travaillant en gériatrie. Cependant, les résultats montrent que le concept de l'agitation dans la démence n'apparaît pas encore clairement défini. (Aubert et al., 2007 ; Burgio et al., 2000 ; Kolanowski & Litaker, 2006 ; Kong, 2005 ; Senanarong et al., 2004). Nous concluons que ce manque de consensus dans la définition rend difficile l'établissement d'un diagnostic infirmier face à l'agitation d'un patient dément dans la pratique. Les outils qui font référence dans le domaine sont des outils strictement diagnostiques créés par des psychologues ou des gérontologues qui n'apportent pas de solutions réelles pour le domaine des soins infirmiers.

Cependant, incontestablement, les définitions de ces méthodes diagnostiques aident à comprendre le phénomène de l'agitation dans la démence. Il s'agit prioritairement du NPI (Inventaire Neuropsychiatrique de Cummings) du CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) et du Pittsburgh Agitation Scale. Ainsi, c'est sur la base des définitions utilisées au travers des recherches que nous avons pu articuler la définition suivante de l'agitation :

L'agitation dans la démence est l'expression de tensions intrinsèques ou extrinsèques (Cohen-Mansfield, 2007 ; Senanarong et al., 2004 ; Kong, 2005 ; Von Gunten et al., 2008 ; Taft & Curl, 1989, cités par Kong, 2005) sous-jacentes à des facteurs **que l'individu exprime par un comportement verbal ou physique** (CMAI, 1986 ; Pittsburgh Agitation Scale, 1994; NPI, 1994) **étant donné les difficultés qu'il rencontre pour communiquer en cas de démence** (Kong, 2005). **Ce comportement peut devenir problématique pour l'entourage mais également pour l'individu lui-même lorsque le patient n'arrive pas à se faire comprendre** (Cohen-Mansfield & Libin, 2004 ; Kolanowski & Litaker, 2006 ; Von Gunten et al, 2008 ; Kong, 2005). **Il s'agit donc non seulement d'un moyen de communiquer pour le patient mais également d'un moyen d'exprimer son ressenti ou des besoins**

insatisfaits (Kong, 2005 ; Pelletier & Landreville, 2007 ; Von Gunten et al., 2008). **Bien que problématique dans les soins, l'agitation est un comportement qui ne revêt donc pas systématiquement d'une composante négative** (Kong, 2005) **puisqu'elle permet également au patient de se faire entendre ou parfois d'appivoiser le milieu dans lequel il vit** (Aubert et al., 2007 ; Von Gunten et al., 2008 ; Kong, 2005). **Cependant l'agitation doit être distinguée de concepts qui lui sont proches notamment dans leurs symptomatologies tels que l'agressivité et le refus de soin qui requièrent une prise en charge différente** (Voliciet et al. 2007, Kong, 2005 ; Von Gunten et al., 2008 ; Zieber et al., 2005). **L'émission d'agitation dans la démence apparaît également corrélée à des facteurs sous-jacents d'ordres bio-psycho-social et environnemental.**

Sur la base des résultats trouvés, il nous semble important de différencier le phénomène de l'agressivité de celui de l'agitation étant donné que l'agressivité, contrairement à l'agitation, ne peut se résumer à une manière de se défendre, aussi légitime soit-elle (Voliciet et al., 2007 ; Kong, 2005 ; Von Gunten et al., 2008). Les résultats sont cependant unanimes pour considérer la résistance aux soins comme un concept à part entière (Voliciet et al., *ibid* ; Zieber et al., 2005). De fait, « la résistance aux soins demande des prises en charge différenciées de l'agitation » (Voliciet et al., *Op.cit*, p.531). Cependant, des études supplémentaires sont nécessaires en ce qui concerne le caractère non interactionniste de l'agitation proposé par Voliciet et al. (2007) étant donné qu'ils sont les seuls à avancer cet impératif. Par ailleurs, comme l'expriment de nombreux chercheurs, il nous semble également prioritaire d'analyser l'agitation et les autres symptômes comportementaux de la démence de façon singulière.

Pour finir, il nous semble important de rappeler l'importance qu'il y a à percevoir l'agitation du point de vue du patient (Kong, 2005). L'agitation apparaît alors comme l'expression d'un besoin ou d'un sentiment quand bien même Cohen-Mansfield insiste sur le fait que l'agitation ne peut découler d'un besoin insatisfait. Les études s'appuyant sur la définition du CMAI n'amènent malheureusement pas plus d'explications pour appuyer ce point de vue, qui par ailleurs, apparaît critiqué par des auteurs dont les recherches sont plus

récentes que l'élaboration du CMAI (1986). La perception proposée et explicitée par Kong rejoint les écrits de Kitwood, gérontologue américain cité en introduction, qui appelle notre société actuelle à reconsidérer notre vision de la démence. Ces considérations impliquent que l'infirmière place le patient au centre des soins, soit qu'elle considère le caractère individuel de l'agitation bien que l'agitation chez ces patients s'inscrive toujours dans un même contexte : la démence. Nous ajouterions qu'en adhérant à cette perception l'infirmière quitte une position de victime face à un comportement qu'elle perçoit comme problématique pour devenir actrice et résoudre une difficulté en reprenant la place de celle qui est à l'écoute de son patient. Il s'agit de la considération principale relevée au sein de notre revue littéraire.

4.2.2 Impact des résultats pour la pratique infirmière

Ce travail décrit et documente le phénomène de l'agitation. Il apporte ainsi une contribution à la compréhension de l'influence des facteurs sous-jacents lors d'épisodes d'agitation d'une personne démente. Ainsi, il revêt un intérêt pour l'infirmière qui voit non seulement la difficulté de faire face à des situations d'agitation reconnue de façon unanime par tous les auteurs cités, mais sait également davantage avec quoi elle doit composer lors d'agitation d'un patient dément : des facteurs bio-psycho-sociaux et environnementaux également répertoriés comme facteurs intrinsèques et extrinsèques. Les résultats, bien que n'amenant pas à une conclusion péremptoire, invitent tout soignant à se questionner sur les facteurs sous-jacents corrélés à l'émission d'agitation, comme l'adéquation du niveau de stimulation offert à un patient et la satisfaction des besoins de celui-ci.

Sur la base des résultats trouvés, l'infirmière doit reprendre les interrogations cliniques suivantes pour l'analyse et la compréhension de l'agitation de patients déments:

- **Le toucher est-il systématiquement utilisé par les soignants pour communiquer ?**

En effet, les sujets montrent moins d'agitation en présence des soignants lorsque ceux-ci utilisent le toucher pour communiquer. De plus lorsque l'agitation est là, il est démontré que la réponse verbale exacerbe l'agitation (Burgio et al., 2000).

- **En cas de douleurs concomitantes, le patient reçoit-il une antalgie suffisante ?**

L'agitation peut être un moyen pour le patient dément d'exprimer de la douleur. Il semblerait que les patients privilégient l'agitation verbale pour communiquer une douleur ressentie. Les auteurs concluent que « les infirmières devraient suivre plus de cours pour évaluer la douleur des personnes démentes notamment auprès d'infirmières spécialisées en oncologie » (Zieber et al., 2005 p. 71).

- **Le patient exprime-t-il de l'inconfort ou des besoins insatisfaits au travers de l'agitation ?**

L'agitation est également un moyen de communiquer des besoins insatisfaits pour le patient dément (Landreville & Pelletier, 2007) ; au travers de l'agitation, « le patient utilise ses capacités restantes » (Algase et al. cités par Landreville & Pelletier, 2007, p.15).

- **Le patient reçoit-il une médication susceptible de provoquer de l'agitation ?**

Certains anti-psychotiques sont susceptibles de provoquer de l'agitation. Les soignants doivent donc être vigilants et en parler avec le médecin en vue de diminuer les effets secondaires. La contention bien que parfois inévitable est également un facteur corrélé à l'agitation des patients déments (Aubert et al., 2007).

- **Le patient reste-t-il souvent seul dans sa chambre ?**

Les études montrent que « la chambre est un lieu où la personne démente est laissée seule à ne rien faire » (Aubert et al., 2005, p.162). Ainsi, elle représente un lieu très peu stimulant et où il faut éventuellement crier pour espérer recevoir de l'attention ou des soins. L'isolement est un facteur sous-jacent d'agitation dans la démence (Burgio et al., 2000 ; Cohen-Mansfield & Libin, 2005 ; Kolanowski & Litaker, 2006).

- **Le patient bénéficie-t-il d'interaction sociale suffisante et adaptée ?**

Le manque d'interaction sociale ou les interventions sociales inadaptées sont des facteurs sous-jacents de l'agitation dans la démence. Le terme « inadapté » s'applique aux interactions sociales trop courtes, trop nombreuses où qui ne correspondent pas aux aspirations des patients (Kolnawoski & Litaker, 2006 ; Von Gunten et al., 2008).

- **Le patient souffre-t-il de dépression sous-jacente ou d'autres psychopathologies ?**

L'agitation perturbatrice cache souvent une dépression sous-jacente qui demande un traitement (Heeren et al., 2003 ; Cohen-Mansfield, 2007).

- **La fatigue des personnes âgées et des soignants est-elle suffisamment considérée dans le service ?**

Tant la fatigue des résidents que celle des soignants peuvent être corrélées à l'augmentation du taux d'agitation dans la démence (Cohen-Mansfield, 2007). Cela implique de mettre en place des mesures simples pour diminuer la fatigue des résidents en fin de journée comme par exemple de leur proposer des siestes. La fatigue des soignants doit également être prise en compte et le niveau des effectifs ajusté en conséquence (Draper et al., 2000 ; Hantikainen et al., 1998, cités par Von Gunten et al., 2008).

Ces considérations cliniques s'appliquent à l'agitation dans la démence et demandent donc que tout diagnostic différentiel soit préalablement écarté (délirium, état confusionnel).

Cependant, les études relèvent également une diversité de facteurs sous-jacents à l'émission d'agitation dans la démence sur lesquels l'infirmière n'a aucun impact : association du genre à l'émission d'agitation (Burgio et al., 2000 ; Cohen-Mansfield & Libin, 2005 ; Heeren et al., 2003, Fuh et al., 2002), influence du caractère prémorbide de l'individu comme prévalent dans l'émission d'agitation dans la démence (Archer et al., 2007), diminution des capacités comportementales causée par un dysfonctionnement du lobe frontal (Senanarong et al., 2004, Von Gunten et al., 2008), et prévalence d'agitation lors de déficit cognitif sévère (Cohen-Mansfield & Libin, 2005 ; Volicier et al., 2007 ; Heeren et al., 2003).

Ceci valide la difficulté que représente l'agitation d'une personne démente dans les soins et parfois son caractère inéluctable. Car, comme nous l'avons déjà précisé, l'analyse de facteurs corrélationnels ne permet pas d'atteindre l'étiologie (Cohen-Mansfield & Libin, 2005).

L'infirmière doit donc se questionner et tout mettre en œuvre pour le confort de son patient, mais également dans certains cas éviter de se culpabiliser car les épisodes d'agitation d'une personne démente ne signifient pas forcément l'échec de soins, mais parfois simplement une façon d'être de la personne démente, manière d'exister que les soignants doivent alors tolérer.

C'est pour pouvoir comprendre le phénomène qu'il nous semble important de définir le phénomène de l'agitation de façon unanime. Nous faisons également l'hypothèse que ces facteurs sous-jacents à l'agitation, bien que non modifiables, permettent d'arriver à une meilleure compréhension et peut-être à une meilleure acceptation de l'agitation de certains patients. Il s'agit notamment dans ce sens de ne pas négliger le facteur des influences culturelles dont l'individu est emprunt, facteur mis en évidence par l'étude de Fuh et al, (2002) .

5 Conclusion

Dans ce chapitre, nous reviendrons sur les conséquences des résultats de cette recherche pour la pratique infirmière. Il s'agira également de ressortir les points forts et les points faibles de notre travail ainsi que d'énoncer les besoins de recherche que nous avons pu identifier pour la pratique infirmière.

5.1 Conséquences pour les soins

Les résultats montrent des champs d'action différents et complémentaires pour diminuer l'agitation dans la démence et pour comprendre ce qui est sous-jacent à ce comportement. Cependant, comme les facteurs sous-jacents de l'agitation sont pluriels dans la démence, les manières de les gérer le sont par conséquent également. Ainsi, pour être attentif aux facteurs sous-jacents de l'agitation dans la démence, le soignant doit avoir une vision centrée sur le patient et qui prenne en compte le contexte. En effet, il semble dangereux de réduire la compréhension de l'agitation à une simple conséquence de la démence ou de l'assigner strictement à des détériorations neurologiques. Cette perception exclut le contexte dans lequel se trouve la personne démente, réduit l'individu à sa pathologie et dénie à la pratique infirmière la capacité d'entreprendre des actions pour faire face à l'agitation.

C'est pourquoi, il nous semble important que des recherches infirmières soient entreprises en vue d'élaborer une grille d'évaluation des facteurs sous-jacents de l'agitation dans la démence. Cet outil aiderait à la construction de diagnostics infirmiers dans la pratique. Nous fondons notre hypothèse sur le fait que des méthodes d'intervention de qualité sont proposées aux infirmières (interventions psychosociales, interventions environnementales et biomédicales) mais que cependant, comme le relèvent les chercheurs, celles-ci ne semblent pas suffisamment utilisées pour gérer la problématique de l'agitation dans la démence en regard des observations obtenues dans les quatorze recherches (). Il est probable qu' en établissant les facteurs sous-

jacents de l'agitation les infirmières pourraient intervenir de façon plus ciblée et mieux choisir parmi les méthodes et concepts proposés. Toutefois, étant donné le caractère unique de chaque être humain, la conception d'une grille exhaustive semble irréaliste et prétentieux.

Cette grille amènerait des pistes de compréhension du phénomène de l'agitation dans la démence et serait garante d'une réflexion infirmière qui place le patient dément au centre de l'analyse. Nous faisons l'hypothèse que cet outil serait précieux pour la réflexion infirmière. Il inviterait les infirmières à reconsidérer davantage les épisodes d'agitation de leurs patients déments, à émettre des diagnostics infirmiers et à repenser leurs actions par un travail d'équipe. Cette grille d'analyse inclurait les considérations cliniques présentées dans la discussion.

5.2 Autres besoins de recherches

La clarification du concept d'agitation dans la démence demande l'entreprise d'un travail interdisciplinaire de façon à ce que les résultats obtenus par les chercheurs de disciplines différentes puissent être comparés. Il semble également important que des infirmières produisent elles-mêmes des recherches pour trouver des solutions à cette problématique, et qu'elles construisent leurs propres outils d'évaluation en fonction des besoins qu'elles rencontrent dans leur pratique.

Sur le plan infirmier, il nous semblerait également intéressant d'approfondir la façon dont les infirmières perçoivent cette problématique. En effet, les résultats semblent indiquer que les infirmières peuvent appuyer leur pratique sur de bonnes connaissances théoriques (cf. : résultats trouvés) mais que dans la pratique l'application de ces recommandations théoriques ne soit pas suffisamment généralisée et que l'agitation dans la démence demeure un fardeau important dans l'exercice de notre profession. L'hypothèse sous-jacente est qu'elles ne considèrent peut-être pas suffisamment la question de l'agitation du point de vue du patient. De plus, la création d'un outil d'analyse

diagnostique comme expliqué au point 5.1 nous semblerait pertinent et utile pour la pratique en gérontologie.

5.3 Points forts et points faibles du travail

Les points forts de notre travail résident dans la possibilité de transférer les résultats dans tous les contextes de soin où l'on rencontre des personnes démentes. Il s'agit également d'un travail qui recense les facteurs sous-jacents de l'agitation étudiés souvent un par un dans les recherches littéraires.

Dans son ensemble ce travail constitue une véritable réflexion sur la démence en générale et, conformément aux recommandations de Kitwood, elle invite le praticien à reconsidérer la démence. Comme nous l'avons dit précédemment, les études correspondent aux exigences d'evidence based nursing (EBN).

Nous relevons cependant également des points négatifs d'ordres différents pour notre travail.

Premièrement, il est clair que nous ne pouvons pas prétendre avoir suffisamment de connaissances relatives à la recherche quantitative et à toutes les connaissances mathématiques qui s'y rattachent pour évaluer et critiquer la pertinence des recherches incluses dans notre revue littéraire.

Au fil du temps, d'autres recherches pertinentes sont apparues sur la banque de données Pubmed que nous aurions pu inclure dans notre recherche. La recherche a une composante inévitable et au demeurant contraignante : le facteur temps.

Nous désirons également présenter toutes nos excuses aux auteurs des différentes recherches au cas où notre traduction aurait modifié quelque peu leurs propos. Il s'agit tout de même de la première recherche littéraire effectuée par l'auteure, qui s'est appliquée à traduire toutes les recherches avec rigueur, malgré un niveau modeste de connaissance de la langue anglaise.

5.4 Le mot de l'auteure

La problématique de l'agitation des patients déments m'a questionnée depuis mes premières expériences dans les soins.

J'espérais au travers de cette revue littéraire trouver des réponses à mes questions de façon à pouvoir mieux gérer ces situations d'agitation vécues souvent comme un échec. Cependant, je ne cacherai pas ma déception quant aux résultats trouvés dans les recherches ; la solution miracle que j'attendais, certainement naïvement, n'est pas apparue. Les résultats correspondent aux connaissances théoriques apprises dans mon cursus infirmier à la HEdS-Fribourg.

Toutefois, j'ai pris conscience que l'infirmière peut diminuer l'agitation d'une personne démente si elle est capable de déceler les facteurs sous-jacents de l'agitation dans la démence. Ce travail valorise donc la réflexion infirmière et met en valeur la complexité des soins infirmiers en gériatrie, parfois encore insuffisamment reconnue.

Par ailleurs, j'ai eu beaucoup de plaisir à réaliser ce travail qui m'a permis d'approfondir mes connaissances en lien avec la démence Alzheimer et qui m'a confronté à l'exercice ardu de la recherche et de sa méthodologie.

J'ai pu ainsi me rendre compte que l'agitation d'une personne démente n'est pas une chose si dramatique en soi et que les soignants doivent modifier leur regard sur ce comportement pour ne plus le subir comme un fardeau mais le percevoir comme un moyen de se rapprocher de la personne démente.

Pour finir, je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées.

Remerciements

Je remercie très sincèrement Mme Klingshirn, professeure à la HEdS-FR, pour m'avoir guidée dans l'élaboration de cette revue de littérature et pour m'avoir soutenue tout au long de ce périple. Je remercie également chaleureusement mes chers correcteurs d'orthographe ainsi que Mme Noth, élève de la promotion 2003/2007 de la HEdS-FR, pour avoir accepté de donner son travail de mémoire à titre d'exemple à l'ensemble de la promotion bachelor 2006.

Bibliographie

Ouvrages et articles périodiques

- 1 Archer, N., B.A., Brown, R.G., PhD, Reeves, S.J., MRCPsych., Boothby, H., MRCPsych., Nicholas, H., B.A., Foy, C., PhD., Williams, J. PhD & Lovestone, S., PhD (2007). Premorbid personality and behavioral and psychological symptoms in probable Alzheimer disease. *American Journal of Psychiatry Geriatric*, 15 (3), 202-213.
- 2 Aubert, J., Vézina, J., Landreville, P., Brochu C., Primeau, G., Imbeault, S. & Laplante, C. (2007). Eléments contextuels associés à l'émission de comportements d'agitation verbale présentés par des personnes âgées institutionnalisées atteintes de démence. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 57, 157-165.
- 3 Burgio, L.D., Butler, F.R., Roth, D.L., Hardin, J.M., Hsu C-C. & Ung, K. (2000). Agitation in nursing home residents : the role of gender and social context. *International Psychogeriatric Association*, 12 (4), 495-511.
- 4 Cohen-Mansfield, J. PhD, (2007). Temporal patterns of agitation in dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15 (5), 395-405.
- 5 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, 64-69.
- 6 Cohen-Mansfield, J. & Libin A. (2005). Verbal and physical non-aggressive agitated behaviors in elderly persons with dementia : robustness of syndromes. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 325-332.
- 7 Cappeliez, P., Landreville, P & Vézina, J. (2000). *Psychologie clinique de la personne âgées*, Masson. Paris.

- 8 Defontaines, B., (2004). *Les démences : classification, clinique, physiopathologie et traitements*. Paris : Editions Med-line.
- 9 Delamarre, C., (2007). *Démence et projet de vie : accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*. Paris : Dunod.
- 10 Fuh, J-L., MD, Mega, M.S., MD, PhD, Binetti, G, MD, Wang, S.J., MD, Magni, E., MD & Cummings J.L., MD (2002). A transcultural study of agitation in dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 15, 171-174.
- 11 Heeren, O., MD., Borin, L., MD, Raskin, A., PhD, Gruber-Baldini, A.L., PhD, Srikumar, M., MD, Kaup, B., MD, Loreck, D., MD, Ruskin, P.E, MD., Zimmerman, S., PhD & Magaziner, J., PhD. (2003). Association of depression with agitation in elderly nursing home residents. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 16, 4-7.
- 12 Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2003). Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé : prévisions et scénarios pour le 21^e siècle. *Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse*. Bern : Editions Hans Huber.
- 13 Khosravi, M., (2007). *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés : guide pratique*. Paris : Doin.
- 14 Kitwood, T. (2004), *Dementia Reconsidered, the person comes first*, Open University Press.
- 15 Kolanowski, A. & Litaker, M. (2006). Social interaction, premorbid personality and agitation in nursing home resident with dementia. *Archives of psychiatric nursing*, 20 (1), 12-20.

- 16 Kong, E-H., doctoral student. (2005). Agitation in dementia : concept of clarification. *Blackwell Publishing Ltd, Journal of Advanced Nursing*, 52 (5), 526-536.
- 17 Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J. & Voyer P. (2005). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Canada : Maloine.
- 18 Larousse, (2004), *Petit Larousse de la médecine*, Larousse-Bordas.
- 19 Lévesque, L., Roux, C. & Lauzon, S. (1990). *Alzheimer : comprendre pour mieux aider*. Canada : Editions du Renouveau Pédagogique.
- 20 Loiselle, C.C. & Profetto-McGrath J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières, approches quantitatives et qualitatives*. Polit et Beck. Canada : Editions ERPI.
- 21 Lövheim, H., Sandman, P-O., Karlsson, S. & Gustafson, Y. (2008). Behavioral and psychological symptoms of dementia in relation to level of cognitive impairment. *International Psychogeriatric Association*, 20 (4), 777-789.
- 22 Micas, M., Dr (2008). *Alzheimer : prévention, causes et symptômes au quotidien. Conseils pratiques*. Paris : Editions Josette Lyon.
- 23 Mitty, E. & Flores, S. (2007). Assisted Living Nursing Practice : the language of dementia : theories and interventions, *Geriatric Nursing*, 28, 283-288.
- 24 Moulias, R., Hervy, M.-P., Ollivet, C. & Mischlich, D. (2005). *Alzheimer et maladies apparentées : traiter, soigner et accompagner au quotidien*. Paris : Masson.

- 25 O'Neill, R.E., Horner R. H., Albin W.R., Sprague J.R., Storey, K. & Newton J. S. (2008). *Evaluation fonctionnelle et développement de programmes d'assistance pour les comportements problématiques : manuel pratique*. Bruxelles : De boeck.
- 26 Pelletier I.C. & Landreville, P. (2007). Discomfort and agitation in older adults with dementia. *In BMC Geriatrics*, 22, 7-27.
- 27 Ploton, L. Dr., (1991). *La personne âgée : son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*. Chronique Sociale. Paris.
- 28 Ploton, L. Dr., (2004). *Maladie d'Alzheimer, à l'écoute d'un langage*. France : Chronique Sociale.
- 29 Santé Mentale, (2009). Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie. *Dossier Alzheimer et troubles cognitifs*, 137.
- 30 Senanarong, V., Cummings, J.L., Fairbanks, L., Mega, M., Masterman, D.M., O'Connor, S.M. & Strickland, T.L. (2003). Agitation in Alzheimer's disease is a manifestation of frontal lobe dysfunction. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 17, 14-20.
- 31 Talpin, J-M., Péruchon, M., Charazac, P., Joubert, C., Brouillet, D., Martin, S. & Chevance, A. (2005). *Cinq paradigmes cliniques du vieillissement*. Paris : Dunod.
- 32 Volicier, L., MD, PhD, Bass, E.A., PhD & Luther S.L., PhD. (2007). Agitation and resistiveness to care are two separate behavioral syndromes of dementia. *American Medical Directors Association*, 8, 527-532.
- 33 Von Gunten, A., Alnawaqil, A-M., Abderhalden, C., Needham, I. & Schupbach, B. (2008). Vocally disruptive behavior in the elderly : a systematic review. *International Psychogeriatric Association*, 20 (4), 653-672.

34 Zieber, C.G., Hagen, B., Armstrong-Esther, C. & Aho, M. (2005). Pain and agitation in long-term care residents with dementia : use of the pittsburgh agitation scale. *International Journal of Palliative Nursing*. 11 (2), 71-78.

Documents électroniques

35 Association Alzheimer Suisse, (26 février, 2009). [Page Web]. Accès : <http://www.alz.ch/f/html/> (Page consultée le 10 juin 2008).

36 Association Daniel Goutaine, Albi Gériatrie, (21 juin 2007). *Les troubles du comportement* [Page Web]. Accès : <http://www.geriatrie-albi.fr/> (Page consultée le 10 juin 2008).

37 Finkel, S, (2000). *Présentation des SCPD*, [Page Web]. Accès : <http://www.ipa-online.org> (Page consultée le 10 juin 2008).

38 Pradines, B. Dr., (2008). *Symptômes psycho-comportementaux au cours des démences chez la personne âgée*. [Page Web]. Accès : <http://users.aol.com/Dgeriatrie/> (Page consultée le 15 août 2008).

39 Site Web de la Bibliothèque de l'Université Laval, (14 août, 2007). *Les indispensables* [Page Web]. Accès : http://www.bibl.ulaval.ca/mieux/chercher/bd/bd_guides_utilisation/guide_medline (Page consultée le 5 janvier 2009).

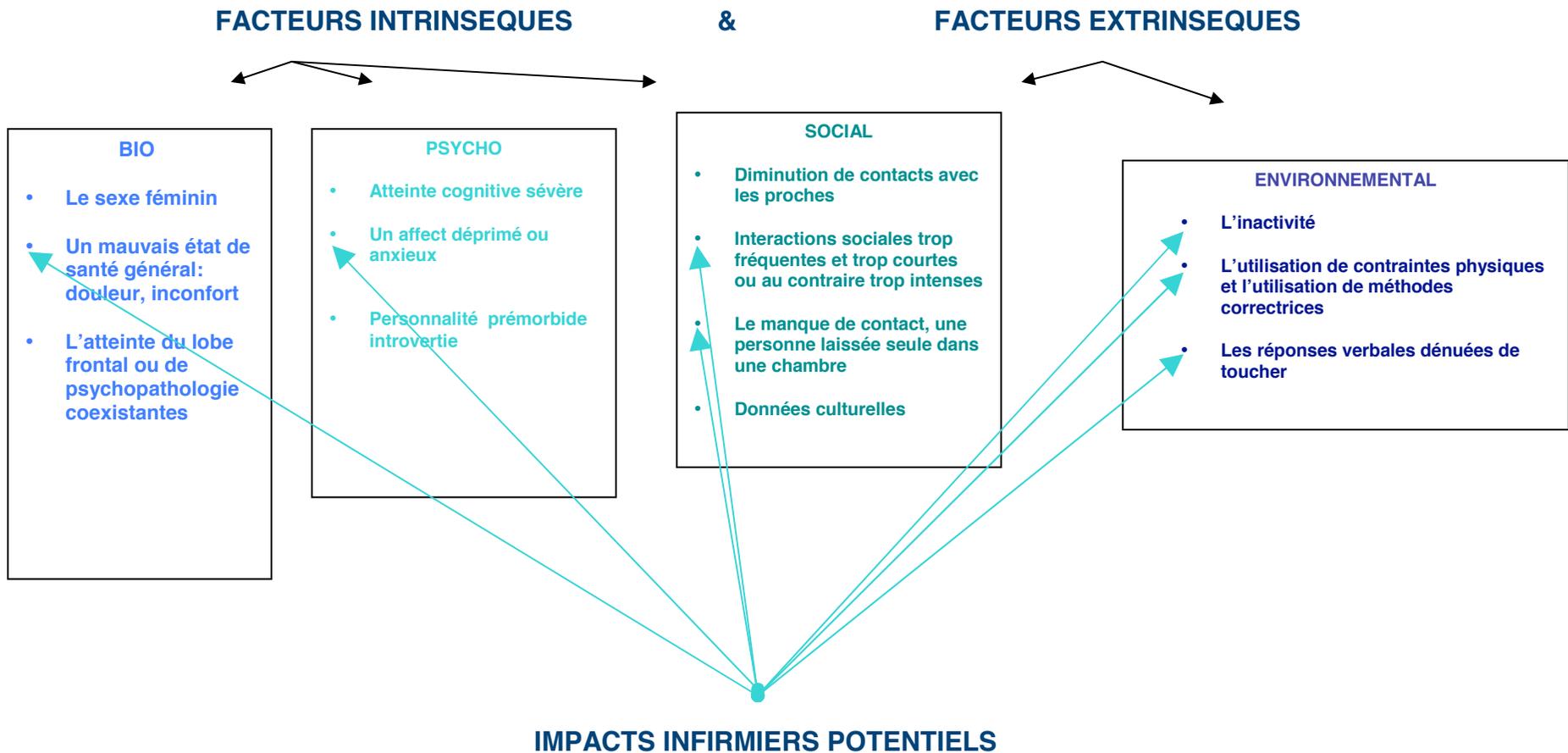
40 Verdurand, M., (22 décembre 2008). *Thèse de Doctorat de l'Université Claude Bernard-Lyon 1 : Vers l'image TEP de la neurotransmission sérotoninergique dans la maladie d'Alzheimer*. [Page Web]. Accès : http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/34/89/75/PDF/These_MV.pdf (Page consultée le 20 février 2009).

Annexes

Annexe 1 : les définitions du concept de l'agitation dans la démence

Cohen-Mansfield (1986) / CMAI	Mentionné dans 7/15 études	L'agitation est définie comme un comportement inapproprié (verbal, vocal ou physique) ne pouvant pas s'expliquer par des besoins non satisfaits ou de la confusion et qui est nuisible pour l'individu lui-même ou pour d'autres personnes. À noter que cette définition prend en compte l'agressivité comme un sous-groupe de l'agitation en général.
APA (american psychiatric association) & DSM III (1980): diagnostic and statistical manual of mental disorders	Mentionné dans 1/15 études	Le DSM III définit l'agitation comme une activité motrice excessive associée à des sensations de tensions internes. La notion d'agitation verbale n'est pas comprise dans cette définition.
Hurley et al. (1996)	Mentionné dans 2/15 études	Il s'agit d'un état désagréable d'excitation vécu par le patient souffrant d'Alzheimer. La personne démente est seule ; l'agitation est un comportement qui n'est pas provoqué par une interaction avec d'autres personnes. L'agitation apparaît comme un comportement qui communique un état d'excitation interne dérangerant pour la personne démente. Ainsi ce comportement ne présente aucune intention motivationnelle ni ne découle d'un besoin physique.
NPI : inventaire neuropsychiatrique de Cummings, échelle standardisée pour l'analyse des SPCD, (1994)	Mentionné dans 3/15 études	Le NPI regroupe l'agitation sous les comportements suivants : refus ou non compliance aux soins, refus de coopérer avec les soignants, résistance, obstination, coups de pieds et de mains, personnes difficilement gérables, profération de méchancetés. Cummings et al. (1994) définissent l'agitation comme un composé d'agression physique et d'abus verbal.
The Pittsburgh Agitation Scale, PAS , (1994)	Mentionné dans 1/15 études	Pour le PAS, l'agitation comprend les vocalisations dérangerantes, l'agitation motrice, l'agressivité et la résistance aux soins.
PGDRS : Dependency Rating Scale Psychogeriatric , (1988).	Mentionné dans 1/15 étude	L'agitation comprend l'agression passive, l'hostilité, la recherche d'attention, l'errance et la peur qui incluent et le caractère physique ou verbale de ces comportements.

Annexe 2 : Facteurs sous-jacents à l'agitation dans la démence



Annexe 3 : Tableau des résultats des recherches

Termes de recherche	Résultats	Nombre d'études retenues
<p>"Dementia" [Mesh] AND "Neurobehavioral Manifestations" [Mesh] AND "Psychomotor Agitation" [Mesh] AND "nurs*" AND "Risk Factors" [Mesh] AND "Humans", published in the last 10 years, English, French.</p>	12	<p>2</p> <p>Lövheim, H., Sandman, P.-O., Karlsson, S. & Gustafson, Y. (2008)</p> <p>Von Gunten, A., Alnawaqil, A-M, Abderhalden, C., Needham, I. & Schupbach, B. (2008)</p>
<p>"Dementia" [Mesh] AND "Neurobehavioral Manifestations" [Mesh] AND "Psychomotor Agitation" [Mesh] AND "Etiology" [Mesh] AND "nurs*" NOT "Therapy" [Subheading] AND "Humans", published in the last 10 years, English, French.</p>	12	<p>3</p> <p>Volicier, L., MD, PhD, Bass, A., PhD & Stephen, L., Phd (2007)</p> <p>Kong, E.-H., MSN, RN, (2005)</p> <p>Burgio, L.D., Butler, F.R, Roth, D.L, Hardin, J.M, Hsu, C.-C. & Ung, K. (2000)</p>
<p>"Dementia" [Mesh] AND "Neurobehavioral Manifestations" [Mesh] AND "Psychomotor Agitation" [Mesh] AND "nurs*" NOT "Therapy" [Subheading] AND "Humans" AND published in the last 10 years, English, French.</p>	35	<p>8 (dont 2 articles en lien)</p> <p>Volicier, L., Bass, E. A., & Luther SL. (2007)</p> <p>Kolanowski, AM & Litaker, M. (2006)</p> <p>Kong, E.-H. (2005)</p> <p>Cohen-Mansfield, J. (2007)</p> <p>Cohen-Mansfield, J. & Libin, A. (2004), (article en lien avec le précédent)</p> <p>Heeren, O., MD, Borin, L., MD, Raskin, A, PhD, Gruber-Baldini, A.L., PhD, Srikumar Menon, A., MD, PhD, Kaup, B., MD, Loreck, D., MD ; Ruskin, P.E, MD, Zimmerman, S., PhD & Magaziner, J., PhD (2003)</p> <p>Burgio, L.D., Butler, F.R, Roth, D.L, Hardin, J.M, Hsu, C.-C. & Ung, K. (2000)</p> <p>Aubert, J., Vézina, J., Landrevill, P. Broch, C., Primeau, G., Imbeault, S. & Laplante, C. (2004), (article en lien avec le précédent)</p>
<p>"Dementia" [Mesh] AND "Psychomotor Agitation" [Mesh] AND "Alzheimer disease" [Mesh] AND "Causality" [Mesh] NOT "Therapy" [Subheadings] AND "Humans" AND published in the last 10 years, English, French.</p>	30	<p>4 (dont 1 article en lien)</p> <p>Volicier, L., Bass, E. A. & Luther, SL. (2007)</p> <p>Archer, N., B.A ; Brown, R.G., PhD, Reeves, S.J., MRCPsych, Boothby, H, MRCPsych, Nicholas, H., B.A., Foy, C., PhD, Williams, J., PhD & Lovestone, S., PhD (2007).</p> <p>Fuh, J.-L., MD, Mega, M.S., MD, PhD, Binetti, G., MD, Wang, S.J., MD, Magni, E., MD & Cummings, J.L., MD (2002).</p> <p>Senanarong, V., Cummings, J.L, Fairbanks, L., Mega, M., Masterman, D.M, O'Connor, S.M. & Strickland, T.L. (2004), (article en lien)</p>
<p>"Dementia" [Mesh] AND "Neurobehavioral manifestations" AND "Psychomotor agitation" AND "Psychological phenomena and processes" [Subheadings] AND "Nurses" [Mesh] AND "Humans" AND published in the last 10 years, English, French.</p>	5	<p>2 (dont 1 article en lien)</p> <p>Zieber, C.G., Hagen, B., Armstrong-Esther, C. & Aho, M. (2005)</p> <p>Pelletier, I.-C. & Landreville, P. (2007), (article en lien avec le précédent)</p>

Annexes 4 : Analyses des quinze articles

Bibliographie & devis de l'étude	Problématique et visée de l'étude	Définition de l'agitation	Méthode de collecte des données : échantillon et type de démence étudiée	Méthode d'analyse des données : instruments
<p>Aubert, J., Brochu, C., Imbeault, S., Laplante, C., Landreville, P., Primeau, G. & Vézina, P. (2007)</p> <p>Eléments contextuels associés à l'émission de comportements d'agitation verbale présentés par des personnes âgées institutionnalisées atteintes de démence.</p> <p><i>In Revue européenne de psychologie appliquée</i>, 57, 157-165.</p> <p>Devis : il s'agit d'une étude quantitative de type observationnelle.</p> <p><u>ETUDE N°1</u></p>	<p>Question de recherche : « Dans quels contextes sont émis les comportements d'agitation verbale ? » (Aubert et al., 2007, pp.167)</p> <p>Buts de l'étude : La visée principale était de documenter l'association d'éléments contextuels ou environnementaux à l'émission de comportements d'agitation verbale étant donné le manque de données observationnelles sur le sujet.</p> <p>De plus, les auteurs ont cherché à décrire le contexte dans lequel évoluaient les participants agités, à mesurer la durée de l'agitation verbale et à étudier la répartition de l'agitation au cours de la journée (en vue de faire le lien avec la théorie du crépuscule).</p>	<p>Cette étude traite exclusivement de l'agitation verbale.</p> <p>L'agitation verbale est définie « comme un ensemble de comportements verbaux ou vocaux répétitifs, dérangeants ou encore inappropriés étant donné les circonstances dans lesquelles ils sont émis » (Cohen-Mansfield & Werner, 1994 in Aubert et al., ibid).</p> <p>Ainsi, les cris, les menaces verbales, les injures et les demandes répétées sont des exemples d'agitation verbale.</p>	<p>Les auteurs ont procédé à une observation directe de 15 patients souffrant de démence en général et qui présentaient régulièrement des comportements d'agitation verbale et physique dans une structure de soins de longue durée.</p>	<p>L'observation a été réalisée par cinq observateurs, formés et entraînés à l'observation comportementale en milieu naturel. Les observateurs évitaient autant que possible toute intrusion dans les activités des patients étudiés ainsi que tout contact verbal ou physique avec eux.</p> <p>Pour éviter que l'étude ne soit biaisée par des effets attribuables à la réactivité des patients face aux observateurs, une période de désensibilisation précéda le début de l'étude.</p> <p>Variables : Cette étude comportait 5 variables dépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'état d'agitation verbale • le lieu • le contexte social • la nature de l'activité pratiquée par le participant • l'utilisation de contention physique. <p>L'observateur notait la présence d'agitation verbale (demandes constantes d'aide, répétitions de phrases, bruits étranges, cris, hurlement ou élévations de la voix, plaintes, attitudes négatives, le fait de ne rien aimer ou le fait de trouver que rien n'est correct) en enregistrant le début et la fin de chaque épisode et son lieu.</p>

Résultats	Discussion et seuil de signification	Commentaires
<p><u>Résultats obtenus concernant la durée d'un épisode d'agitation:</u></p> <p>La durée moyenne d'un épisode d'agitation verbale était de 29.6 sec. dans cette étude, ce qui correspond au 26 sec. observées dans l'étude de Burgio et al. (1994) dont la méthodologie était semblable.</p> <p>De plus, le temps global d'agitation enregistré est également voisin pour les deux études (10% versus 17%). Cependant, ces résultats se distinguent de ceux de Halberg et al. (1993) dont les enregistrements avaient révélés une agitation vocale dépassant le tiers du temps. « Cette disparité pourrait venir du fait que : - l'étude de Halberg et al. (1993) englobait sous l'agitation, un ensemble de comportements plus larges; - les patients étaient atteints de démence plus profondes ; -les soignants ne présentaient pas la même disponibilité» (Aubert et al., Op., cit, p.162).</p> <p><u>Résultats obtenus concernant l'influence des facteurs environnementaux:</u></p> <p>L'étude montre que les sujets sont souvent livrés à eux-mêmes, qu'ils sont très peu actifs et prennent part à peu d'activités sociales en dehors des activités de soins et d'alimentation. En moyenne, un participant ne faisait rien pendant 73 % du temps de l'étude.</p> <p><u>Résultats obtenus concernant la répartition de l'agitation au cours de la journée :</u></p> <p>Dans cette étude, des pics d'agitation verbale apparaissent clairement entre 14h et 16h et entre 19 et 20h. Ceci évoque le syndrome crépusculaire faisant référence à un état de sous stimulation qui expliquerait le comportement du patient pour les auteurs.</p>	<p>Pour les auteurs, cette étude apporte une contribution à la compréhension de l'influence des facteurs environnementaux sur l'agitation verbale. Elle revêt un intérêt pour le praticien qui sait ainsi mieux à quoi s'attendre lorsqu'il est face à de l'agitation verbale chez un patient dément. Cette recherche permet ainsi au praticien de se questionner, en présence d'agitation verbale sur l'adéquation du niveau de stimulation proposée au patient et sur la difficulté de communiquer ses besoins. L'étude fait référence à des cadres conceptuels pouvant guider les soignants vers une intervention adaptée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • NDB (Algase et al., 1996) : accent sur les besoins non satisfaits • PLST (Hall et Buckwalter, 1987) : évocation de l'excès de stress induit par l'environnement • ABC (Hussian, 1988) : stimulus déclencheur du comportement problématique. <p><u>Limites et forces de l'étude énoncées par les auteurs:</u></p> <p>Les forces de cette étude résident pour les auteurs dans la rigueur de la méthodologie déployée, la précision et la validité des résultats, la qualité de l'échantillon et le fait que l'étude ait ciblé une forme d'agitation précise plutôt que l'agitation en général.</p> <p>Les limites de l'étude sont son petit échantillon, le fait qu'elle se soit déroulée dans un seul milieu. Les auteurs relèvent également le fait qu'une analyse encore plus précise serait à faire et que certaines composantes de l'environnement comme la température ou la luminosité n'ont pas été considérées dans cette étude.</p>	<p>Premièrement, il nous semblait important d'utiliser cette étude puisqu'il s'agit d'une des seules études trouvées en langue française.</p> <p>Deuxièmement, à notre connaissance, les auteurs Landreville et Vézina sont des auteurs de référence sur la question de l'agitation dans la démence.</p> <p>Cette étude traite spécifiquement de l'agitation verbale comme d'autres études insérées dans notre revue de littérature. Il était alors intéressant de comparer leurs résultats.</p> <p>Les auteurs étudient le concept de l'agitation dans la démence et amènent également des cadres de référence pour l'activité infirmière dans ce contexte. Ces informations nous ont permis de répondre à notre deuxième but: comment penser le soin infirmier auprès de patients déments agités.</p> <p>Pour finir, il s'agit d'une étude conforme à la structure usuelle proposée par EBN bien que l'échantillon soit restreint et qu'une étude à plus large échelle permettrait d'assurer plus pleinement la validité des résultats.</p>

Bibliographie & devis de l'étude	Problématique et visée de l'étude	Définition de l'agitation	Méthode de collecte des données : échantillon et type de démence étudiée
<p>Archer, N, B.A, Brown, R.G. Ph.D., Reeves, S.J., M.R.C.Psych., Boothby, M.R.C.Psych., Nicholas, H., B.A., Foy, C., Ph.D., Williams, J. , Ph.D., Lovestone , S., Ph.D. (2007)</p> <p>Premorbid personality and behavioral and psychological symptoms in probable Alzheimer disease.</p> <p><i>In Am J Geriatr Psychiatry, 15 (3), 202-213.</i></p> <p>Devis : il s'agit d'une étude descriptive corrélative.</p> <p><u>ETUDE N2</u></p>	<p>Malgré une présence presque universelle des SPCD dans la maladie d'Alzheimer, il semble y avoir hétérogénéité entre les patients en fonction de la nature et l'étendue des symptômes (Archer et al., 2007, pp. 203-204).</p> <p>Pour les auteurs, les études antérieures ont tenté d'établir une relation entre la névrose et l'émission des SPCD. Cependant, les résultats demeurent encore controversés. Les chercheurs ont ainsi cherché à surmonter un certain nombre de limitations des études précédentes pour enquêter davantage sur cette relation.</p> <p>L'objectif de l'étude était d'étudier la relation entre les SPCD et le type de personnalité prémorbide en testant un certain nombre de prédictions concernant la personnalité prémorbide de l'individu (névrose/ conscience des autres).</p> <p>L'étude reposait sur les hypothèses suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. une névrose prémorbide importante serait associée à un score augmenté au NPI 2. une névrose prémorbide importante serait associée à des scores plus élevés de dépression et d'anxiété au NPI 3. une faible conscience des autres serait associée à des scores plus élevés pour l'agitation et l'irritabilité 	<p>L'agitation fait référence dans cette étude aux symptômes psycho-comportementaux répertoriés dans le NPI.</p>	<p>Deux cent huit patients britanniques ont participé à cette étude. Ils étaient âgés au minimum de 65 ans et atteints de démence Alzheimer de stade léger à sévère.</p> <p>Le diagnostic d'une probable maladie d'Alzheimer a été fait en fonction des critères du NINCDS-ADRDA. Si des cas restaient équivoques, un diagnostic supplémentaire a été réalisé par un deuxième expert psychiatre.</p> <p>Les informations ont ainsi été recueillies au cours d'une entrevue avec un membre de la famille. Ensuite, la personnalité prémorbide a été évaluée par questionnaire auprès des informateurs suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) conjoint, enfant, frère ou sœur ayant été régulièrement en contact avec le patient durant les quarante dernières années 2) toute autre personne ayant vécu avec le patient pendant au moins un an au cours des quarante dernières années et étant toujours en contact régulier avec lui depuis dix ans <p>Les chercheurs avaient préalablement donné des instructions pour chaque énoncé proposé et chaque point pouvait être attribué sur une échelle de cinq points (fortement en désaccord, pas d'accord, neutre, d'accord, fortement d'accord). Ensuite, 12 points étaient attribués à chacun des cinq domaines de la personnalité.</p> <p>Le consentement éclairé des patients a été obtenu et l'étude a été approuvée par les comités d'éthique de la recherche.</p>

Méthode d'analyse des données : instruments	Résultats	Discussion et seuil de signification	Commentaires
<p>Le NPI a été utilisé pour évaluer les 10 domaines des SCPD survenant au cours de la maladie : idées délirantes, hallucinations, agitation, dépression, anxiété, euphorie, apathie, désinhibition, irritabilité, et des anomalies du comportement moteur.</p> <p>L'échelle de Cornell a permis d'investiguer une éventuelle dépression dans la démence.</p> <p>L'évaluation de la personnalité prémorbide s'est faite par le questionnaire NEO-FFI soumis aux proches.</p> <p>Les analyses corrélationnelles ont été obtenues sur la base du modèle de Spearman. La validité des résultats a été contrôlée par un two-tailed test ; le niveau de signification a donc été fixé à p inférieur à 0,05. Les résultats sont également présentés sous forme de tableau pour aider le lecteur dans l'interprétation des résultats.</p> <p>La gravité du déficit cognitif a été mesurée à l'aide du Reisberg Global Deterioration Scale (RGDS), une mesure qui tient compte de la fonction ainsi que du déclin cognitif.</p>	<p>Les SCPD suivants se sont révélés fréquents auprès des patients étudiés: la dépression, l'anxiété, l'agitation, et l'irritabilité. Une prévalence allant de 37% pour l'irritabilité et de 57% pour la dépression a été observée .</p> <p>La névrose apparaît comme un facteur prémorbide à l'agitation. La relation semblerait d'autant plus forte si le patient est sous traitement constitué de psychotropes. Par contre la névrose n'apparaît pas comme un facteur prémorbide de l'état dépressif ou de l'anxiété</p> <p>En conclusion, la conscience de l'autre et l'apathie apparaissent dans cette étude comme des facteurs prémorbides de l'agitation et de l'irritabilité dans la maladie d'Alzheimer.</p>	<p>Les résultats (une faible conscience des autres comme personnalité prémorbide est associée à de l'agitation et à de l'irritabilité) soutiennent les conclusions de Hamel et Ryden (1990), même si elles diffèrent des résultats d'autres petites études.</p> <p>Les auteurs appuient leurs résultats par le fait que les personnes décrites comme ayant peu de conscience des autres comme trait de personnalité ont une plus grande tendance à manifester une mauvaise réponse sociale face à l'adversité. Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, cette réponse inadaptée est exacerbée par la perte de mémoire, les difficultés de communication et la perte de l'indépendance.</p> <p><u>Limitations énoncées par les auteurs :</u></p> <p>Les auteurs mentionnent quelques paramètres critiquables concernant leur méthodologie. En effet, les évaluateurs étant des personnes familières des patients étudiés pourraient avoir évalué les patients de façon subjective.</p> <p>En résumé, pour les chercheurs, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour obtenir une meilleure compréhension des mécanismes par lesquels une faible conscience des autres (comme facteur prémorbide) peut influencer les SCPD. Ils cherchent également à savoir si cette relation peut-être modifiée par des facteurs biologiques, psychologiques et des prestations de soins.</p>	<p>Cette étude nous a paru intéressante puisqu'elle traitait des SCPD exclusivement dans la démence Alzheimer, prérequis de départ pour notre revue de littérature.</p> <p>Pourtant, il est vrai que tous les résultats de cette recherche ne peuvent pas être inclus dans notre travail puisque cette étude ne répond que partiellement à notre question de recherche. Elle ne s'intéresse pas seulement à l'agitation mais à tous les SCPD.</p> <p>Cependant, il nous semblait important d'utiliser ces données se rapportant aux composantes psychologiques comme facteurs sous-jacents de l'agitation chez une personne démente. Il s'agit de la seule étude, à notre connaissance, qui ait étudié la question de l'agitation dans la démence sous cet angle.</p> <p>De plus, il s'agit d'une étude récente dont la structure est conforme aux normes EBN.</p>

Bibliographie & devis de l'étude	Problématique et visée de l'étude	Définition de l'agitation	Méthode de collecte des données : échantillon et type de démence étudiée
<p>Burgio, L. D., Butler, F.R., Roth, L.D., Hardin, J. M., Hsu C.-C., Ung, K. (2000).</p> <p>Agitation in nursing home residents : the role of gender and social context.</p> <p><i>In International Psychogeriatrics.</i></p> <p>Devis : Il s'agit d'une étude descriptive de type corrélationnelle.</p> <p><u>ETUDE N°3</u></p>	<p>L'agitation est un problème récurrent dans les institutions pour personnes âgées et dans la littérature relative à la démence. Il existe cependant une grande variabilité entre les taux de prévalence de l'agitation selon les niveaux cognitifs des aînés (Burgio et al., 2000).</p> <p>« Différents facteurs peuvent expliquer cette différence dont la diversité des définitions de l'agitation et l'utilisation de différentes méthodes de mesures utilisées dans les études ». (Goddaer & Abraham, 1994 in Burgio et al., ibid).</p> <p>Pourtant à ce jour peu d'études ont investigué les facteurs contextuels et environnementaux pouvant être liés à l'agitation si ce n'est Cohen-Mansfield. Ce dernier suggère que l'agitation n'est que rarement déclenchée chez les personnes démentes par un élément observable de l'environnement. L'agitation apparaît davantage lié au type d'interaction.</p> <p>Burgio et al. (Op.,cit.) ont investigué plus précisément d'autres facteurs environnementaux tels que la présence de musique, la télévision, le genre d'activité, la mise en contention. Les résultats montraient que la présence d'une personne avait tendance à diminuer le temps des épisodes d'agitation verbale.</p> <p>Jusqu'à présent le sexe et le type d'interaction sociale ont fait l'objet de peu d'études précises. Une étude n'a pas vu de différence entre les sexes (Swearer et al., 1988 in Burgio et al., Op.cit.) bien qu'une autre ait remarqué que les femmes étaient moins agitées que les hommes dans la démence (Spector & Jack, 1994 in Burgio et al., Op.cit).</p> <p>Le but de cette étude était donc de mieux comprendre la relation entre les comportements agités -et le sexe - ou l'interaction sociale avec l'équipe soignante. Les auteurs ont ainsi évalué a) la fréquence et la durée de l'agitation, b) le contexte social et c) les effets du toucher et de l'interaction verbale sur les personnes démentes et inversement les effets de l'agitation des résidents sur l'interaction verbale et tactile de l'équipe.</p>	<p>Le concept de l'agitation dans cette étude regroupe les aspects de l'agitation verbale, physique ainsi que l'agression physique.</p> <p>Plus précisément :</p> <p>« l'agitation verbale est le fait de parler seul de façon sonore, de crier, de pleurer, de maudire, de répéter des mots ou des phrases, de se plaindre, de gémir, d'émettre des vocalisations fortes et des demandes incessantes d'attention » (Burgio et al., Op.cit, p. 498).</p> <p>« L'agitation physique se définit par des comportements tels que le martèlement de la main, le fait de frapper (seulement si une autre personne est présente dans la pièce) et le fait se déshabiller ». L'errance n'a pas été incluse comme comportement agité parce que le système d'enregistrement exigeait que les comportements soient enregistrés dès leur commencement. Il aurait fallu faire la différence entre l'errance pragmatique et l'errance sans but (Burgio et al., Op, cit, p.498).</p>	<p>Cette recherche fait partie d'un large projet de l'Institut National Américain de recherche en soins infirmiers. Elle approfondit la relation entre l'agitation -et le sexe de l'individu -et le type d'interaction sociale.</p> <p>Cette étude a été menée dans trois maisons de retraite aux USA. Les données ont été collectées auprès de 46 résidents dans les années 1992-1993. Les sujets ont été observés durant un total de 6h. La fiabilité entre observateurs a été évaluée entre .93 et .99, ce qui indique une excellente fiabilité entre observateurs.</p> <p>Les critères d'inclusion à l'étude ont été identiques pour tous les résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) diagnostic de démence émis par un psychiatre b) agitation du patient identifiée par l'équipe soignante c) individu présent dans l'établissement depuis au moins 3 mois d) individu considéré par la direction médicale comme présentant un état de santé général stable

Méthode d'analyse des données : instruments	Résultats	Discussion et seuil de signification	Commentaires
<p>Les observations sur les comportements d'agitation et les facteurs environnementaux et contextuels ont été évalués selon le système développé par Burgio et al. (1994, 1996) qui se focalise sur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. le type d'acteurs 2. le type d'interaction (toucher, interaction verbale) 3. le type d'agitation : verbale, agression physique et agitation physique <p>Tous les éléments observés ont été enregistrés sur un ordinateur avec précision (exactitude de la durée et du moment à l'exception du toucher et de l'agression physique, pour lesquels un temps arbitraire d'une seconde a été décidé). L'ordinateur avait été programmé pour permettre l'enregistrement de plusieurs comportements successifs en milieu naturel tout en respectant la chronologie et la durée de ces événements.</p> <p>Le MMSE de Folstein (1975) a été utilisé pour évaluer le fonctionnement cognitif et le Barthel pour évaluer les AVQ.</p> <p>Par ailleurs, les chercheurs ont mis en place une mesure pour évaluer le suivi de la médication.</p> <p>Les statistiques ont été faites selon le SAS (Statistic Analysis System : Institute Cary, NC).</p>	<p>L'agitation est corrélée négativement au déficit cognitif mais positivement avec le score de Barthel. Ces résultats indiquent que les patients les plus agités ont besoin de plus d'aide dans les AVQ.</p> <p>Par ailleurs, les soignants ont montré le même type d'interaction auprès des deux sexes. Les femmes apparaissent cependant plus agitées en présence d'autres personnes que les hommes: 36.1% versus 14.9%. Par contre, aucune différence entre les deux sexes apparaît lorsque les résidents sont seuls. Les femmes montrent une durée plus longue des événements d'agitation que les hommes : 158.4 secondes versus 48.9. Cependant, les hommes recevaient globalement plus de psychotropes que les femmes.</p> <p>Les analyses montrent que les épisodes d'agitation sont plus susceptibles de se produire lors d'interaction verbale avec l'équipe soignante que lors d'interaction par le toucher chez une majorité des résidents bien que le contraire ait été observé auprès d'une petite minorité.</p> <p>Constatation importante : Une fois que l'agitation se produit, le personnel a plus tendance à répondre par de l'interaction verbale.</p>	<p>Les femmes montraient trois fois plus d'agitation que les hommes. Cependant les résultats concernant le genre et l'agitation restent controversés dans la littérature.</p> <p>Les auteurs proposent deux explications possibles à cela : le manque d'objectivité dans les précédentes études reposant sur des questionnaires remplis par les équipes soignantes ; une autre explication est le manque d'homogénéité quant à la définition de l'agitation entre les études.</p> <p>La relation entre l'agitation et l'environnement est intéressante dans cette étude. L'étude montre en effet, que les patients des deux sexes confondus passent 75% du temps d'observation en présence d'une tierce personne.</p> <p>Par ailleurs, les résultats montrent que les équipes ont plus tendance à répondre verbalement face à l'agitation des patients plutôt que par le toucher. Pourtant l'agitation semble être exacerbée par l'interaction verbale. Les chercheurs pensent ainsi qu'il soit inapproprié de la part des équipes d'utiliser l'interaction verbale pour répondre à un comportement d'agitation.</p> <p>Limitations de l'étude énoncées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> -L'échantillon contenait en moyenne plus d'hommes qu'il y en a en général dans les homes. De plus, la majorité était de race blanche. -L'agitation a été étudiée au sens large ; des résultats différents auraient pu être trouvés par rapport à une définition plus ciblée du comportement agité. -Un certain nombre de problèmes de comportement bien que grave n'apparaît que rarement étant donné le choix de faire une analyse séquentielle. 	<p>Cette étude nous a amenés des observations non seulement relatives aux comportements des patients mais aussi relatives aux comportements des soignants. Ces données nous ont permis d'enrichir notre réflexion.</p> <p>La structure de l'étude est conforme aux normes usuelles. La méthodologie utilisée par les auteurs est très précisément retranscrite et les différences obtenues dans les résultats par rapport à d'autres études sont commentées et expliquées par les auteurs. Il s'agit d'un élément précieux pour le lecteur.</p>

Bibliographie & devis de l'étude	Problématique et visée de l'étude	Définition de l'agitation	Méthode de collecte des données : échantillon et type de démence étudiée	Méthode d'analyse des données : instruments
<p>Cohen-Mansfield, J. PhD (2007).</p> <p>Temporal patterns of agitation in dementia</p> <p><i>In Am J Geriatr Psychiatry, 15 (5), 395-405.</i></p> <p>Il s'agit d'une étude descriptive de type corrélacionnelle.</p> <p><u>ETUDE N°4</u></p>	<p>La recension des écrits, menée préalablement par l'auteur, a montré que l'agitation est un comportement très présent chez les résidents déments en institution. Le syndrome crépusculaire ou « sundowning » en anglais a souvent été nommé dans la littérature comme un facteur sous-jacent de l'agitation.</p> <p>Cependant, ce syndrome reste controversé notamment en raison du manque de définitions homogènes et donc de convergence pour parler de ce concept.</p> <p>Ainsi, les auteurs ont voulu poursuivre la recherche en se basant sur les questions suivantes :</p> <p>1.« Quelle est l'heure de pointe de l'agitation ? Ces heures de pointe sont-elles comparables entre les différents types d'agitation ? Ces pics sont-ils associés au coucher du soleil ? »</p> <p>2. « Quel est le pourcentage de résident qui présente des pics d'agitation ? Ces pics temporels sont-ils en lien avec le niveau de fonctionnement cognitif des résidents ? »</p> <p>Cette étude fait une comparaison entre les modèles temporels de l'agitation dans la démence et ceux du plaisir, de l'intérêt, de l'environnement et du sommeil.</p>	<p>L'agitation est définie comme « un comportement inapproprié (verbal, vocal ou physique), ne pouvant pas s'expliquer par des besoins non satisfaits ou de la confusion ». (Cohen-Mansfield & Billig, 1986).</p>	<p>L'échantillon se compose de 174 participants âgés en moyenne de 86.6 ans provenant de 11 institutions pour personnes âgées dont la majorité (74%) sont des femmes. Il fallait également que pour chaque patient une infirmière puisse participer à l'étude. Le nombre d'infirmière inscrite par résident était de 0.59. Ainsi, ces dernières ont pu couvrir l'observation entre 7h et 15h30.</p> <p>Pour pouvoir participer à l'étude, les résidents ont dû présenter les données suivantes : âge, sexe, origine, éducation, état matrimonial, performances dans les AVQ, fréquence et niveau de douleur, niveau de vision et d'audition et capacité à parler à l'aide du Minimum Data Set. Des informations ont également été recueillies dans les dossiers médicaux relatifs aux traitements (analgésiques et psychotropes).</p> <p>L'étude centre son analyse sur la démence en général.</p>	<p>- L'évaluation du fonctionnement cognitif a été faite sur la base du dossier médical et du MMSE.</p> <p>- La dépression a été évaluée par le Raston Depression Scale lors d'entrevues avec les patients et les soignants.</p> <p>- L'agitation a été évaluée par observation directe avec l'ABMI (instrument permettant de mesurer l'agitation) qui comprend un descriptif de 14 items sur l'agitation en général.</p> <p>- L'affect a été évalué sur la base d'observations directes également à l'aide d'une échelle spécifique : LBMS.</p> <p>- Le niveau d'éveil a été codé durant les observations selon les dénominations « endormi » ou « éveillé ». La qualité des interactions a été évaluée sur la base d'un questionnaire soumis aux équipes, aux familles, aux autres résidents et aux visiteurs.</p>

Résultats	Discussion et seuil de signification	Commentaires
<p>Les résultats de l'étude montrent une augmentation de l'agitation entre le matin et 16h pour l'agitation physique. Cependant, seulement 26% de l'échantillon est concerné par cette augmentation de l'agitation en fin de journée. De plus, la courbe de l'agitation verbale ne permet pas une interprétation aussi tranchée étant donné la différence de résultats entre le groupe 1 et le groupe 2.</p> <p>La diminution du plaisir n'apparaît pas comme un facteur concordant avec l'augmentation de l'agitation étant donné le pic d'agitation observé durant les repas.</p> <p>Par contre, bien qu'il existe une relation entre le niveau cognitif et l'agitation, il n'en existe pas entre le niveau du fonctionnement cognitif et le temps d'agitation ni entre la structure temporelle et la baisse de l'affect. Cependant, une corrélation positive a été trouvée entre la structure temporelle et le plaisir.</p> <p>En résumé, les taux d'agitation diffèrent en fonction du niveau cognitif mais non en fonction du syndrome crépusculaire.</p>	<p>Globalement, un pic d'agitation a été observé vers 16h comme dans l'étude de McCann et al. (2004). Ce pic se composait de comportements d'agitation physique. Cependant, 16h correspond également à un changement d'effectif dans l'équipe soignante. L'augmentation de l'agitation paraît par conséquent plus liée à la fatigue des soignants.</p> <p>De plus, le pic d'agitation était identique à l'heure d'hiver et à l'heure d'été. Une association entre le coucher du soleil et l'agitation des patients déments semble donc erronée pour les chercheurs comme le confirme l'étude de Mc Cann et al. (idid). Mais, il est important de souligner que la fatigue apparaît corrélée à l'augmentation de l'agitation.</p> <p>Bien que cette étude ne visait pas à examiner le taux d'activité des patients, les auteurs relèvent une réalité inquiétante d'inactivité de la part des patients au sein des institutions.</p> <p>En conclusion, bien que la littérature face référence au syndrome crépusculaire, il ne doit pas être considéré en tant que facteur expliquant l'agitation des patients étant donné les résultats de l'étude.</p> <p>Une piste proposée pour le futur dans la recherche est de savoir si l'agitation des patients peut être corrélée au stress du personnel soignant.</p> <p>Intérêts et limitations de l'étude énoncés par les auteurs :</p> <p>Cette étude a plusieurs atouts indicateurs de sa validité : similarités des résultats avec ceux de l'étude de McCann et al. (Op., cit), un nombre substantiel de participants provenant de diverses institutions et n'incluant que des patients connus pour avoir des épisodes d'agitation.</p>	<p>Il s'agit d'une étude importante et récente qui fait la lumière sur tout ce qui a été écrit dans la littérature en lien avec la théorie crépusculaire et l'agitation dans la démence. La fatigue des résidents et des soignants prend le devant sur un éventuel effet du crépuscule.</p> <p>Cohen-Mansfield a beaucoup étudié les SPCD. Il s'agit d'une figure de proue dans ce domaine.</p> <p>Toute la structure de l'étude est bien présentée et les principaux résultats sont synthétisés sous forme de tableaux.</p> <p>Pour toutes ces raisons, bien que la recherche cible la démence en général et non pas seulement la démence Alzheimer, nous avons voulu inclure cette recherche dans notre revue de littérature.</p>

Bibliographie & devis de l'étude	Problématique et visée de l'étude	Définition de l'agitation	Méthode de collecte des données : échantillon et type de démence étudiée	Méthode d'analyse des données : instruments
<p>Cohen-Mansfield J. & Libin Alexander, (2005).</p> <p>Verbal and physical non-aggressive agitated behaviors in elderly persons with dementia : robustness of syndromes</p> <p><i>In Journal of Psychiatric Research 39, 325-332.</i></p> <p>Devis de l'étude : il s'agit d'une étude quantitative de type corrélationnel.</p> <p><u>ETUDE N° 5</u></p>	<p>Jusqu'à présent les chercheurs ont déterminé que les différents syndromes de l'agitation sont associés à une variété de variables médicales, cognitives et psychosociales (Cohen Mansfield & Libin, 2005).</p> <p>En ce qui concerne l'agitation verbale, une précédente étude menée par les mêmes chercheurs (Cohen-Mansfield & Libin, ibid) rapportait que « les personnes les plus susceptibles de manifester de l'agitation verbale étaient les femmes, souffrant de déficience cognitive avec un plus grand nombre de diagnostics médicaux corrélés, présentant des niveaux de douleur élevés, une baisse des capacités fonctionnelles et souffraient de déprime » (pp. 325-326). De plus, l'agitation avait souvent lieu dans un contexte pauvre en relation sociale.</p> <p>L'existence d'une relation significative entre l'agitation motrice et le niveau de fonctionnement cognitif avait également été présentée.</p> <p>Le but de cette étude est d'approfondir les résultats sus mentionnés provenant d'une étude précédente en augmentant l'échantillon pour non seulement les vérifier mais aussi assurer des résultats probants.</p> <p>De plus cette étude apporte des informations relatives à « the disruptivness of these behaviors », que nous avons traduit par agitation perturbatrice.</p>	<p>Deux des syndromes de l'agitation de Cohen-Mansfield ont été analysés dans cette étude.</p> <p>« L'agitation verbale comprend les demandes constantes d'attention, les plaintes, la répétition de phrases ou de questions, et les cris ».</p> <p>L'agitation motrice n'inclut pas le caractère de l'agression physique (Cohen-Mansfield & Libin, Op., cit., p.326)..</p>	<p>Sur 17 établissements de soins infirmiers du Maryland, 11 ont accepté de participer à l'étude. Ainsi les comportements de 175 résidents atteints de démence et présentant de l'agitation ont fait l'objet d'observations directes par des assistants formés à ce type d'analyse.</p> <p>L'étude a centré son analyse sur la démence en générale (démence Alzheimer incluse).</p> <p>Le consentement éclairé a été obtenu auprès de chaque participant en utilisant le protocole décrit par Cohen-Mansfield et al 1988. Seuls 2.3% des participants étaient capables de donner leur consentement. Pour les autres 97.7%, le consentement éclairé a été obtenu auprès d'un proche parent ou d'un représentant légal.</p> <p>Pour chaque individu les données suivantes ont été préalablement recueillies : l'âge, le genre, le dossier médical, les informations concernant leur niveau de dépendance dans les AVQ (sur la base des cartes de soins des institutions). Ces données ont été recueillies par un assistant de recherche formé à cet effet.</p> <p>Les assistants de recherche ont observé les comportements des patients, leur affect et toute interaction sociale à raison de treize heures par jour. Ensuite, ils ont posé des questions aux infirmiers sur la base de questionnaires pré-établis tout en s'appuyant sur les cartes de soins des patients pour compléter les réponses des soignants.</p>	<p>Le logiciel ABMI a permis d'évaluer la fréquence de l'agitation. Celle-ci a été enregistrée sur la base des 14 items décrivant l'agitation verbale et motrice de Cohen-Mansfield et al., (1989).</p> <p>Le fonctionnement cognitif a été évalué par le MMSE de Folstein et le BCRS.</p> <p>L'affect a été évalué dans cette étude par l'échelle de dépression de Raskin.</p> <p>Le type d'interaction sociale a été évalué par the hebrew home social network rating scale et une échelle de Likert a permis d'évaluer la fréquence des interactions sociales.</p> <p>L'agitation considérée comme perturbatrice ou « disruptivness of agitation » a été évaluée sur une échelle de 5 points allant de 1 (pas du tout) jusqu'à 5 (extrêmement).</p> <p>Les AVQ ont été évalués selon l'index de Morris et al., 1999.</p> <p>Au final, les corrélations entre l'agitation et les différentes variables étudiées ont été calculées à l'aide de la méthode de Pearson et du t-test.</p>

Résultats	Discussion et seuil de signification	Commentaires
<p>L'agitation verbale est associée positivement à l'âge et au sexe féminin. Les troubles cognitifs évalués par le MMSE et le BCRS sont corrélés de manière significative avec l'agitation verbale démontrant ainsi une augmentation des manifestations de l'agitation verbale en lien avec le déclin cognitif et le déclin de l'indépendance dans cette étude.</p> <p>Les résultats montrent que les manifestations de l'agitation verbale sont également associées aux diminutions d'appels téléphoniques, à la diminution des visites et à la diminution de la communication avec les autres résidents. Ce sont tous des indicateurs d'une mauvaise qualité des relations interpersonnelles.</p> <p>De plus, les résultats suggèrent que les personnes qui font preuve d'agitation motrice sont en meilleure santé que les autres étant donné qu'elles ont moins de maladies ou de troubles associés à la démence</p> <p>D'importantes corrélations ont également été constatées entre l'agitation motrice et l'augmentation des troubles cognitifs. Quant à la déprime elle est corrélée positivement à l'agitation motrice pour autant qu'il s'agisse de déprime légère.</p> <p>Sur le plan social, seule la fréquence des appels téléphoniques reçus apparaît liée à l'émission d'agitation motrice.</p> <p>Au final, le comportement agité des femmes a été plus problématique que celui des messieurs. L'agitation perturbatrice est par ailleurs corrélée positivement à l'agitation verbale et au nombre de diagnostics médicaux mais pas à l'agitation motrice.</p> <p>L'agitation perturbatrice a été corrélée négativement avec le nombre de visites rendues au résident ($r = -0.248$, $p = 0.0006$), avec la fréquence de communication entre résidents, avec la qualité de la relation à l'équipe soignante et à la qualité des rapports avec les autres résidents.</p>	<p>Les résultats valident les conclusions antérieures concernant les différents liens entre l'agitation et certaines composantes et caractéristiques présentées dans le chapitre résultat.</p> <p>En conclusion, l'analyse des paramètres environnementaux, personnels et des liens qui existent entre différents types de problèmes peut aider à comprendre les mécanismes de l'agitation des patients déments.</p> <p>Cette explication possible de l'agitation peut amener des pistes de prise en charge dans les soins. Par exemple, les interventions pour l'agitation verbale nécessitent de s'attaquer à l'isolement social et à l'affect déprimé alors qu'il n'en va pas de même pour l'agitation motrice.</p> <p>Pour intervenir lors de comportements agités, les soignants doivent agir sur d'autres causes que l'inconfort. Les comportements perturbateurs semblent être associés à la souffrance du patient. La cible primaire est donc soulager cette souffrance.</p> <p>Limitations de l'étude énoncées par les auteurs :</p> <p>Une limitation de l'étude réside dans le fait que ce sont les mêmes assistants de recherche qui ont observé les résidents et mené les entretiens avec les membres du personnel. Les perspectives ethniques et culturelles n'ont pas été prises en considération.</p>	<p>Cohen-Mansfield fait figure de pionnier dans le domaine des SPCD. De plus, la structure est conforme aux normes EBN et les résultats principaux sont présentés sous forme de tableaux.</p> <p>Une des difficultés rencontrées a été de traduire le terme « disruptiveness » en français de façon à être le plus proche possible des auteurs. Nous avons fait le choix de parler d'agitation perturbatrice. Pourtant, nous aurions apprécié que les auteurs différencient l'agitation perturbatrice et l'agressivité. Nous ne savons pas s'il s'agit d'une même notion ou non. En effet, le CMAI intègre l'agressivité comme une sous-catégorie de l'agitation et nous ne savons pas en quoi l'agitation perturbatrice se distingue de l'agressivité et de la résistance aux soins.</p> <p>Les commentaires des auteurs nous ont également confortés sur le bien-fondé de notre revue de littérature. En effet, ils disent l'importance d'examiner l'agitation selon d'autres perspectives, d'autres facteurs sous-jacents notamment sous les angles ethnique et culturel.</p>

Bibliographie & devis de l'étude	Problématique et visée de l'étude	Définition de l'agitation	Méthode de collecte des données : échantillon et type de démence étudiée	Méthode d'analyse des données : instruments
<p>Heeren, O., MD, Borin, L., MD, Raskin, A, PhD, Gruber-Baldini A.L, PhD, Srikumar, Menon, A., MD, PhD, Kaup, B., MD, Loreck, D., MD, Ruskin P.E., MD, Zimmerman, S., PhD & Magaziner J., PhD (2003)</p> <p>Association of depression with agitation in elderly nursing home residents</p> <p><i>In J Geriatr Psychiatry Neurol</i>, 29, 4-7.</p> <p>Il s'agit d'une étude corrélationnelle.</p> <p><u>ETUDE N°6</u></p>	<p>L'introduction de cet article relève que l'agitation est un problème grave pour les personnes âgées démentes. Il s'agit souvent d'un motif pour les placer dans un environnement restrictif, tel l'EMS ou l'hôpital.</p> <p>Généralement, l'agitation est étudiée à l'aide d'échelles du comportement qui permettent une mesure directe du comportement moteur que ce soit de façon rationnelle ou empirique. Cependant, le nombre de facteurs extraits de ces échelles varient entre trois et huit étant donné la large définition donnée à l'agitation dans les articles.</p> <p>C'est pourquoi, les objectifs de la présente étude étaient d'identifier les composantes de l'agitation dans le Psychogeriatric Dependency Rating Scale (PGDRS) afin de trouver des corrélats avec les variables suivantes : la race, le sexe, la dépression et les déficits cognitifs.</p>	<p>L'agitation a été décrite à l'aide de 5 facteurs provenant du PGDRS :</p> <p>l'agression passive, l'hostilité, la recherche d'attention, l'errance, la peur.</p>	<p>Les sujets ont été recrutés auprès de 59 maisons de soins infirmiers du Maryland (USA). Ainsi, tous les nouveaux résidents arrivés entre le mois de septembre 1992 et le mois de mars 1995, âgés d'au moins 65 ans et n'ayant pas résidés dans un foyer durant l'année précédente étaient éligibles.</p> <p>Le consentement éclairé a été obtenu auprès du résident lui-même ou auprès d'un proche. L'institut de Review Board de l'Université du Maryland a approuvé la recherche. Ainsi, sur un total de 3283 sujets éligibles, 2285 ont donné leur accord et ont été inclus dans l'étude.</p> <p>Les données ont été recueillies à partir de sources multiples : interviews auprès des résidents et du personnel infirmier, consultations des dossiers médicaux.</p> <p><u>Méthodes utilisées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le degré du déficit cognitif a été évalué par le MMSE - Les symptômes dépressifs ont été évalués avec une version modifiée de l'échelle de Cornell adaptée à la dépression dans la démence (CSDD) par une infirmière préalablement formée. - Le fonctionnement comportemental a été évalué en utilisant cinq facteurs du PGDRS qui ont permis de relever la présence d'agression passive, la présence d'hostilité, la recherche d'attention, l'errance, et la peur du sujet comme comportement agité. <p>Attention, cette étude n'inclut pas seulement des personnes démentes dans son échantillon mais tout un ensemble de personnes âgées dont certaines sont atteintes de déficits cognitifs.</p>	<p>Jusqu'ici les études se concentraient sur trois facteurs de la PGDRS pour traiter de l'agitation dans la démence. Les auteurs ont entrepris une analyse factorielle à l'aide d'une rotation varimax et ont ainsi fait ressortir cinq facteurs de la PGDRS. Il s'agit d'un parti pris de leur part mais qui leur semble justifié en raison des résultats obtenus et des nombreux tests effectués. Des analyses séparées de la variance ont été calculées pour chacune des cinq variables indépendantes aux variables dépendantes (race, genre, dépression, score obtenu au MMSE)</p> <p>Un test de Scheffé, (permettant de comparer plusieurs échantillons et d'établir des relations entre plusieurs variables indépendantes et dépendantes) a montré des résultats similaires en utilisant la totalité du PGDRS.</p>

Résultats	Discussion et seuil de signification	Commentaires : structure de l'étude et utilisation pour notre revue de littérature
<p>Voici les résultats significatifs trouvés lors de cette étude :</p> <p>L'agitation apparaît liée au déficit cognitif et à la dépression ; l'errance apparaît liée au déficit cognitif ; l'intrusion apparaît liée à la dépression ; le comportement psychotique apparaît lié au déficit cognitif ; la destruction plus fortement corrélée au sexe.</p> <p>En conclusion, la lecture du tableau permet de mettre en exergue qu'un haut niveau de déficit cognitif apparaît comme le facteur sous-jacent qui conduit à l'agitation verbale et/ou physique et aux autres comportements étudiés (errance, intrusion, psychose et destruction).</p> <p>Les facteurs de risque de l'agitation dans la démence sont en regard à l'étude:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un déficit cognitif modéré (MMSE) • une dépression sévère (CSDD de Cornel) • le sexe féminin • être de race blanche <p>Faits importants de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats indiquent que les agressions physiques et ou verbales accompagnent souvent une dépression sévère suggérant que le traitement de la dépression pourrait atténuer le problème de l'agitation. • Toutefois, l'errance et le comportement psychotique pourraient être moins facilement traités étant donné qu'ils sont associés à de graves troubles cognitifs, pour lesquels il n'existe actuellement aucun traitement efficace. 	<p>L'analyse factorielle de 5 items tirés de la PGDRS a confirmé que l'agitation se compose d'éléments différents allant de l'agression physique et/ou verbale jusqu'à l'errance. Cette constatation est en cohérence avec les résultats d'autres analyses, comme les travaux de Bogner et al. (1999) qui considèrent l'agitation comme la construction unitaire de trois facteurs sous-jacents.</p> <p>Les résultats ont permis d'identifier les déficits cognitifs et la dépression en tant que précurseurs et corrélats de l'agitation. L'étude a complété ses résultats en identifiant le niveaux de déficits cognitifs et de dépression associés. Cette information est utile pour identifier les facteurs sous-jacents comme les problèmes psychiatriques.</p> <p><u>Limitations énoncées par les auteurs de l'article :</u></p> <p>Les auteurs relèvent que l'échantillon étudié était principalement composé d'individus blancs et de sexe féminin. Ceci pourrait expliquer, en partie, pourquoi de nombreux résultats semblent destinés à cette catégorie de résidents.</p>	<p>Il s'agit d'une recherche qui repose sur un large échantillon de personnes âgées. Cependant des personnes non démentes y sont incluses.</p> <p>Il nous a pourtant semblé intéressant de comparer ces résultats avec des études ayant investigué l'agitation exclusivement auprès de personnes démentes. Nous avons donc utilisé ces résultats avec précautions et seulement à titre comparatif. De plus, il s'agit de la seule étude parmi les articles retenus qui montre l'agitation comme liée au déficit cognitif et à la dépression chez la personne âgée.</p> <p>Quant à la structure de l'étude, elle est conforme aux exigences de EBN.</p>

Bibliographie & devis de l'étude	Problématique et visée de l'étude	Définition de l'agitation	Méthode de collecte des données : échantillon et type de démence étudiée	Méthode d'analyse des données : instruments
<p>Kolanowski, A. & Litaker, M. (2006). Social interaction, premorbid personality and agitation in nursing home residents with dementia. <i>In Archives of psychiatric nursing.</i> Devis : il s'agit d'une étude transversale : Cross-sectional study.</p> <p><u>ETUDE N°7</u></p>	<p>Problématique décrite dans l'étude : « identifier les antécédents de l'agitation est essentiel pour donner un traitement approprié et proposer des actions déterminées » (Kolanowski & Litaker, 2006, pp.12-13).</p> <p>Bien qu'il soit connu que les déficits cognitifs et les pertes fonctionnelles placent les résidents à risque devant l'agitation, l'influence de leurs antécédents tant environnementaux que comportementaux est moins décrite dans la littérature.</p> <p>Le but de l'étude est donc d'investiguer les relations entre l'interaction sociale, la personnalité prémorbide et le trait d'extraversion avec l'agitation.</p>	<p>L'agitation est définie comme un comportement physique ou verbal, nuisible pour l'individu ou pour d'autres personnes. (Cohen-Mansfield & Billib, 1986)</p>	<p>Trente personnes âgées démentes de maisons de retraite de Pennsylvanie ont été filmées quotidiennement pendant vingt minutes sur une période de douze jours. Ainsi au total, chaque personne âgée a été observée durant quatre heures.</p> <p>L'étude centre son analyse sur la démence en général.</p> <p>Ce sont des assistants de recherche qui ont filmé les sujets, en aveugle. Pour être inclus dans l'étude, les sujets devaient parler anglais, avoir un diagnostic de démence sur la base des critères du DSM-4, avoir un MMSE de 24 points ou moins, avoir un informateur qui connaissait bien sa personnalité avant la maladie (épouse, enfant adulte), avoir reçu des doses stables de médicaments psychotropes lors du recueil de données et que l'équipe soignante ait rapporté des épisodes d'agitation dans leurs dossiers. Les participants présentant une démence vasculaire ou consécutive à la maladie de Parkinson ont été exclus de l'étude. Le protocole de recherche a été approuvé par un institut de recherche universitaire. Le consentement écrit du sujet pour la participation à l'étude a été obtenu auprès des parties responsables.</p>	<p>Une infirmière a été préparée pour l'obtention de renseignements sur la personnalité prémorbide des sujets auprès de leurs familles à l'aide du NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI). Cet instrument évalue la personnalité de l'adulte dans cinq domaines: la névrose, l'extraversion, l'ouverture, la conscience de l'autre et sa propre conscience.</p> <p>L'interaction sociale a été mesurée en utilisant trois items de l'échelle de passivité dans la démence (PDS) et le MOSES. Ainsi, la cohérence interne a été évaluée entre .71 et .94 et la fiabilité entre évaluateurs notée à .80. Les évaluateurs ont dû indiquer les épisodes d'agitation qui avaient duré plus de cinq minutes durant les vingt minutes d'observation quotidienne. Ainsi plus le score était élevé, plus grande était l'interaction sociale.</p> <p>L'agitation a été mesurée en utilisant the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) qui contient 29 types de comportements agités et qui a été adapté pour permettre l'observation directe dans cette étude. La fiabilité entre évaluateurs a été jugée très bonne.</p> <p>À chaque fois, l'évaluation des chercheurs a été comparée à celle des infirmiers et des statistiques descriptives ont été calculées pour chaque variable. De plus, pour déterminer l'effet des différents niveaux d'extraversion (NEO-E) et d'interaction sociale (PDS subscales) sur l'agitation (CMAI), les chercheurs ont construit quatre catégories de NEO-E et trois échelles PDS pour évaluer l'interaction avec l'environnement des personnes démentes.</p>

Résultats	Discussion et seuil de signification	Commentaires
<p>L'agitation a été présente au moins une fois durant la période d'observation chez la plupart des sujets (26/30) mais ce comportement n'était pas persistant.</p> <p>De plus, tant l'équipe de recherche que les infirmières ont indiqué que les sujets affichaient de faibles niveaux d'interaction sociale en utilisant les échelles d'évaluation PDS et MOSES. Les résultats pour l'extraversion quant à eux sont un échantillon représentant bien ce que l'on trouve en général dans la population.</p> <p>Les comportements agités les plus observés au sein de cette étude ont été l'errance répétée sans but précis (20.18%), les maniérismes répétés (17.77%) et l'agitation (6.33%). L'agressivité physique quant à elle a été rarement observée.</p> <p>Les résultats, présentés également sous forme de tableaux montrent que plus de 96% des sujets observés n'étaient pas engagés dans une activité alors que les sujets sont influencés à 91.57% par l'environnement.</p> <p>De plus, les sujets montraient rarement une envie d'être seuls (15.66%). En ce qui concerne le comportement des personnes durant les activités, plus de la moitié était assise tranquillement (67-68%) et ne faisait rien (60.24%) ou rarement des gestes (32.53%) ou alors cherchait quelque chose à faire (6.63%).</p>	<p>Avant tout, les résidents étaient souvent inoccupés pendant la journée et n'avaient que peu d'interactions entre eux. Ces résultats concordent avec les résultats de Logdson (2000). Pourtant, le manque d'engagement est corrélé à une augmentation de la mortalité et de la dépression et à une baisse de qualité de vie dans les institutions de soins. (Mitchelle et al., 2000).</p> <p>Fait intéressant, bien que ces résidents ne puissent pas engager activement une interaction avec leur environnement social, les observateurs ont relevé qu'ils ne se mettaient pas en retraite ni n'évitaient une stimulation lorsqu'elle se présentait. Malheureusement, durant la période d'observation peu de tentatives pour engager les résidents dans des activités ont été relevées auprès du personnel soignant. Les sujets étaient seuls durant la moitié du temps d'observation.</p> <p>De plus, lors des observations, une grande partie du personnel soignant n'utilise pas les techniques psychosociales pour répondre à l'agitation des patients invoquant un manque de temps. Il est pourtant admis que le déclin fonctionnel augmente lors d'inactivité chez les résidents. Ainsi des programmes d'éducation qui motiveraient et qui habiliteraient les équipes à substituer l'utilisation de drogues psychoactives (susceptibles de déclencher un éroussement comme de l'agitation) par des interactions sociales sont grandement nécessaires (Kolanowski & Litaker, Op. cit.).</p> <p>Leur première analyse (mêmes auteurs) avait pourtant révélé que l'interaction sociale était associée à de l'agitation. En effet, un niveau trop élevé d'activité va provoquer de l'agitation tant chez les personnes connues pour être extraverties que chez les personnes introverties. Cependant, la différence apparaît entre ces deux catégories de personnes devant un niveau d'interaction faible à modéré, où les personnalités connues pour être extraverties seront beaucoup moins agitées.</p> <p>De plus, les observations cliniques indiquent que le bruit et l'environnement dense précipitent l'agitation (Algase et al 1996). Les interactions observées durant l'étude étaient très fragmentées : venir, se lever et venir encore. Ce schéma d'interaction peut être frustrant et source d'agitation pour les personnes démentes.</p> <p>En conclusion, cette étude indique que l'interaction sociale est importante à surveiller étant donné qu'un manque d'interaction peut amener à un déclin fonctionnel. Mais à contrario, une interaction trop intense peut entraîner une augmentation de l'agitation et de graves dépréciations entre résidents.</p> <p>Limitation de l'étude énoncée par les auteurs : L'étude n'a pas cherché à savoir si les interactions et les activités observées correspondaient aux intérêts des patients. Il s'agit de mesures indicatives. Les résultats ne sont pas absolus étant donné qu'il ne s'agit pas d'une recherche étiologique.</p>	<p>Cette étude récente a analysé des aspects très importants qui répondaient à notre question de recherche (impact de la personnalité prémorbide et l'interaction sociale comme facteurs sous-jacents de l'agitation).</p> <p>De plus, l'analyse de la personnalité prémorbide de l'individu n'apparaît quasiment pas dans les autres recherches relatives à la question de l'agitation dans la démence.</p> <p>Cette étude nous a également fait prendre conscience de l'importance de la terminologie utilisée lorsqu'on parle d'agitation et de faire la différence entre la notion de facteurs sous-jacents avec la relation causale.</p> <p>La structure de l'étude est conforme aux normes scientifiques. Elle repose cependant sur un petit échantillon provenant d'une même région. Nous faisons l'hypothèse que les relations sociales pourraient être différentes et avoir un impact différents selon les régions.</p>

Bibliographie & devis de l'étude	Problématique et visée de l'étude	Définition de l'agitation	Méthode de collecte des données : échantillon et type de démence étudiée	Méthode d'analyse des données : instruments
<p>Jong-Ling Fuh, MD, M.S., Mega, MD, PhD, G. Binetti, MD, S.J. Wang, MD, E., Magni, MD & J.L., Cummings, MD. (2002)</p> <p>A transcultural study of Agitation in Dementia</p> <p><i>In J Geriatr Psychiatry Neurol.</i>, 15, 171-174.</p> <p>Devis de l'étude : il s'agit d'une étude comparative de type exploratoire (quantitative).</p> <p><u>ETUDE N°8</u></p>	<p>Problématique sous-jacente à la recherche comme décrite par les auteurs: l'agitation est un comportement hétérogène chez les patients Alzheimer mais les comportements associés sont variés.</p> <p>« Le but de l'étude est d'explorer les différences transculturelles dans la manifestation de l'agitation chez les personnes démentes en vue de préciser sa complexité » (Fuh et al., 2002, pp.171-172).</p>	<p>Les auteurs ont repris la définition de Cohen-Mansfield (1989) : l'agitation est définie comme une activité verbale, vocale ou motrice qui ne peut s'expliquer par de la confusion ou des besoins insatisfaits.</p> <p>Ils ont également repris la définition de Cummings et al. (1994) qui définit l'agitation comme un composé d'agression physique et d'abus verbal.</p>	<p>Cette étude comprend trois groupes de patients déments atteints de la maladie d'Alzheimer provenant de Taiwan (Veterans General Hospital-Taipei), du centre de recherche de la maladie d'Alzheimer de l'Université de Californie et d'un centre de recherche et de soin scientifique italien à Brescia (San Giovanni di Dio Fatebenefratelli). Toutes les données ont été obtenues sur la base de questions posées aux soignants.</p> <p>Tous les patients correspondaient aux critères du National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA) sur la maladie d'Alzheimer. Ils présentaient un historique médical complet, un examen physique et neurologique, un IRM ou une imagerie cérébrale tomographique, un électroencéphalogramme, les tests sanguins de routine (thyroïde, taux de vit B 12, et test de syphilis) et avaient un déclin cognitif persistant dans au moins trois des domaines suivants : langage, mémoire, repères spatiaux, cognition, émotion ou un trouble de la personnalité. La sévérité du déficit cognitif a été mesurée chez chaque patient en utilisant le MMSE.</p>	<p>La fréquence et la sévérité des comportements relevant du NPI (délires, hallucinations, agitation, dysphorie, anxiété, euphorie, apathie, désinhibition, irritabilité et comportement moteur anormal des patients ont été évaluées . Par la suite, certains patients ont été éliminés de façon à ce que les trois échantillons soient comparables et donc que le groupes présentent un même niveau de sévérité dans la démence.</p> <p>Pour l'analyse des données, la méthode bootstrap a été utilisée de façon à pouvoir rendre les résultats statistiques généralisables et significatifs étant donné les scores différents obtenus lors de l'évaluation du NPI auprès des sujets. Les autres comparaisons ont été faites avec un two-tailed-t-test.</p>

Résultats	Discussion et seuil de signification	Commentaires
<p>La prévalence de l'agitation (score NPI supérieur ou égal à 1) en Italie est de 64%, de 70% aux USA et de 50% à Taiwan.</p> <p>Les chercheurs ont pu faire ressortir les faits suivants de l'étude:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les patients agités taiwanais ont significativement plus d'hallucinations que les deux autres groupes -Les patients déments agités italiens sont plus apathiques que les autres groupes. De plus, il apparaît que la dysphorie et l'apathie sont plus sévèrement présentes au sein de la cohorte italienne. -Pour le groupe américain, seule l'irritabilité montre une association significative avec l'agitation. <p>Par dessus tout, la distinction culturelle montre que les comportements sont différents selon les trois groupes ethniques et que ces distinctions augmentent d'autant plus lors d'agitation sévère.</p> <p>Pour les auteurs de l'article, tant les facteurs socioculturels que biologiques contribuent à l'agitation dans la maladie d'Alzheimer. De futures études leur semblent cependant nécessaires pour étudier la contribution relative de ces facteurs.</p>	<p>Lors de cette étude, différents profils de comportement agités ont été trouvés dans les trois groupes culturels étudiés. Ainsi l'agitation est significativement associée à de l'hallucination dans le groupe taiwanais et à de l'apathie dans le groupe italien. Par ailleurs, les auteurs excluent que la différence de niveau d'éducation puisse expliquer à elle seule les différences entre les groupes ethniques. De plus, l'agitation a été liée à un état dépressif, à de la psychose, et à des troubles anxieux généralisés. Ces résultats suggèrent que les facteurs environnementaux ou culturels peuvent déterminer le spectre des comportements associés à l'agitation dans la démence comme cela a été démontré dans une étude précédente.</p> <p>Cette précédente étude aurait comparé les caractéristiques de l'agitation dans deux différents groupes ethniques vivant aux États-Unis. Les résultats montraient une communauté blanche nettement plus exposée à des comportements d'agitation verbale que la communauté afro-américaine. De plus, dans les EMS, les patients afro-américains, en majorité des hommes, présentaient un taux plus élevé de comportements agressifs que la communauté blanche. Cette étude suggérait donc que des différences de comportements peuvent dépendre au moins en partie de l'environnement du patient (Mintzer & Brawman-Mintzer, 1996).</p> <p>Pour les auteurs, deux modèles expliquent ces écarts au sein des groupes de population :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les hypothèses du modèle biologique sont que des facteurs neuro-pathophysiologiques peuvent jouer un rôle dans les manifestations de l'agitation. Il existe une relation entre les modifications sérotoninergiques et les comportements répétitifs d'agression. Par ailleurs, les hallucinations sont associées à des caractéristiques extrapyramidales, à des caractéristiques corticales du corps de Lewy et à un déficit cholinergique cortical. Ainsi le taux plus élevé d'hallucinations présent dans le groupe taiwanais peut s'expliquer par des facteurs biologiques. -Le modèle culturel amène l'hypothèse d'une relation entre les facteurs socioculturels et l'agitation. L'approche de la famille élargie tant à Taiwan qu'en Italie pourrait diminuer la charge des soignants et ainsi réduire les comportements agités <p>En résumé, le taux élevé d'agitation à travers les cultures peut être attribué à des changements neuro-biologiques, tandis que la variabilité des comportements agités peut être attribuée à des influences socioculturelles superposées.</p> <p>Limitations de l'étude énoncées par les auteurs :</p> <p>Les auteurs n'excluent pas la possibilité que l'écart entre les différents groupes ethniques puisse être dû à la façon dont les soignants de ces trois pays ont considéré les symptômes. Les limites de l'étude sont donc la petite taille de l'échantillon et le manque de concordance entre évaluateurs dans les trois populations étudiées. Cependant, Le NPI est un standard d'inventaire d'une grande fiabilité même entre évaluateurs de différents pays.</p>	<p>Il s'agit d'une étude qui s'est centrée exclusivement sur la démence Alzheimer ce qui correspond à notre question de recherche.</p> <p>De plus cette étude est la seule à avoir étudié les différences culturelles comme facteurs sous-jacents dans l'expression d'agitation dans la démence Alzheimer. Il s'agit cependant d'une problématique délicate à évaluer. Les conclusions appuient le facteur environnemental comme sous-jacent à l'agitation.</p> <p>La structure de l'étude correspond aux normes de EBN. L'article est court mais il met bien en évidence les résultats principaux.</p>

Bibliographie & devis de l'étude	Problématique et visée de l'étude	Définition de l'agitation	Méthode de collecte des données : échantillon et type de démence étudiée	Méthode d'analyse des données : instruments
<p>Kong, E.-H., doctoral student, school of nursing, University of Pennsylvania (2005).</p> <p>Agitation in dementia : concept clarification</p> <p><i>In Journal of Advanced Nursing, Blackwell Publishing.</i></p> <p>Devis : il s'agit d'une revue de littérature.</p> <p><u>ETUDE N°9</u></p>	<p>Pour Kong (2005), l'agitation est un symptôme fréquent chez la personne âgée démente et souvent identifiée comme affligeante tant pour le patient que pour le soignant (restrictions physiques, chimiques, institutionnelles, et baisse de la qualité de vie).</p> <p>Cependant, la littérature propose des définitions et des descriptions variables du concept de l'agitation ce qui rend difficile son application dans la recherche. Par conséquent, il apparaît des contradictions dans les mesures d'interventions proposées. Ainsi, il reste une certaine confusion en ce qui concerne les attributs, les limites et les antécédents du concept d'agitation.</p> <p>L'auteur a voulu pallier à ce manque de cohérence, en cherchant à conceptualiser, à clarifier le terme de l'agitation dans la démence au moyen d'une évaluation critique de la littérature.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Définition de l'agitation du DSMIII : activité motrice excessive associée à des sensations de tensions internes. • Définition de l'agitation de Hurley et al. (1999) : état désagréable d'excitation vécu par le patient souffrant d'Alzheimer. • En dépit des contradictions concernant les nombreuses définitions de l'agitation, il y a consensus sur le fait que l'on observe à chaque fois, une activité motrice et / ou verbale. 	<p>L'auteur a fait ses recherches dans les banques de données Medline, Cinhal, psych-Info et Aartp en entrant les mots clés suivants: agitation, agitated, dementia, demented, Alzheimer.</p> <p>L'échantillon s'est limité aux articles publiés en anglais. De plus, étant donné le grand nombre d'articles trouvés, seuls ceux qui présentaient les termes -agitation ou -agité dans le titre, ont été retenus.</p> <p>Ainsi, après suppression de doublons dans les lectures des résumés et l'élimination des articles ne présentant ni définitions ni hypothèses, un total de 86 articles a été retenu ainsi qu'un livre.</p>	<p>Le chercheur a utilisé la méthode de recherche de Morse, méthode homologuée tout en signifiant qu'il n'existait pas de guideline méthodologique exhaustif concernant la méthode d'une revue de littérature.</p> <p>La méthode de Morse insiste sur 4 points :</p> <ul style="list-style-type: none"> • être au clair sur l'objet de l'enquête • garantir la validité des sources • identifier des questions d'analyse • synthétiser les résultats <p>Kong a ainsi conçu les 3 questions suivantes sur le modèle de Morse, afin d'établir le concept de l'agitation dans la démence :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'agitation se réfère-t-elle uniquement à une composante physique ? 2. Sous quelle(s) perspective(s) l'agitation est-elle interprétée ? 3. Quelles sont les limites de l'agitation ?

Résultats	Discussion et seuil de signification	Commentaires
<p>Réponse à la question 1 : Certains auteurs ont limité leurs définitions à la composante physique, excluant ainsi les conditions psychologiques sous-jacentes. Pourtant, la diminution des capacités de communication privilégie auprès des patients déments, les comportements physiques, et ainsi, comme le souligne Zubenko, l'agitation peut apparaître révélatrice d'une composante de l'humeur.</p> <p>Réponse à la question 2: Les descriptions de l'agitation reflètent les perspectives sous-jacentes des auteurs comme lorsqu'ils parlent de comportement inapproprié, indéterminé, perturbateur, inadapté, dysfonctionnel et gênant. De telles descriptions démontrent une connotation négative de la part d'un observateur. A contrario, la description de l'agitation comme l'expression d'un besoin ou d'un sentiment utilise la perspective du patient et implique d'avoir un point de vue positif sur l'agitation dans la démence.</p> <p>Réponse à la question 3 : Les limites du concept d'agitation sont floues en raison des diverses conceptualisations dans la littérature. Certains auteurs ont élargi les frontières en incluant l'agression, la résistance aux soins, les comportements associés aux troubles du sommeil et les comportements abusifs. Pour d'autres encore, l'agitation est une sous-catégorie de l'agression.</p> <p>En résumé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les facteurs déclencheurs de l'agitation dans la démence sont les facteurs patients, les facteurs interpersonnels, les facteurs environnementaux et les facteurs relatifs à la contention. • Les facteurs déclencheurs de l'agitation à court terme sont la contrainte, l'environnement et les relations interpersonnelles • Les facteurs déclencheurs de l'agitation à moyen terme sont l'inconfort, les besoins insatisfaits et la mauvaise compréhension /interprétation. (En sachant que l'inconfort est le facteur précipitant le plus l'agitation. 	<p>L'étude de Kong ne présente pas concrètement un chapitre intitulé « discussion ». Cependant, l'étude se termine par une conclusion qui fait ressortir les points émergents du travail et qui sont intéressants pour la pratique infirmière comme le fait que la différence de perspective dans l'interprétation de l'agitation a d'importantes implications dans les attitudes des soignants face à l'agitation de patients déments. En effet, la différence de perception de l'agitation selon l'angle du patient ou de l'observateur n'est pas tout à fait la même.</p> <p>L'étude de Kong encourage également les chercheurs et les cliniciens à éviter d'étiqueter le comportement agité des patients déments comme un comportement troublant.</p> <p>En conclusion, la différence de perceptions a des implications importantes car elle peut changer les attitudes et les réponses à l'agitation de la part du soignant de façon à aller vers des soins individualisés pour chaque patient. De plus toutes ces définitions discordantes et variées rendent difficile, la comparaison des effets des interventions proposées pour l'agitation dans les différentes études et pour les soignants de baser leur pratique sur des résultats probants.</p> <p>D'autres études complémentaires concernant les antécédents de l'agitation permettraient de continuer à développer les modèles théoriques sur l'agitation dans la démence.</p> <p>Limitations et pertinence de la recherche énoncées par l'auteur:</p> <p>L'étude de Kong a été validée par l'Université de Pennsylvanie, gage d'un bon niveau de recherche. Cependant, l'auteur insiste sur l'importance de combiner les données trouvées avec une recherche empirique sur l'agitation dans la démence.</p>	<p>Pour définir notre question de recherche, nous avons eu besoin de clarifier le concept de l'agitation dans la démence. La recherche de Kong (Op.,cit.) nous a fourni les différentes définitions de référence pour l'agitation dans la démence, utilisées par les chercheurs (Cohen-Mansfield, APA, Rosen et al., etc). Cette recherche nous a également aidé à définir notre question de recherche et à réfléchir sur la bonne terminologie à utiliser.</p> <p>En effet, cette revue de littérature reprenait une partie de notre question de recherche : définition de l'agitation et limites dans sa conception. C'est pourquoi, nous avons tenté d'aller plus loin dans notre travail et d'axer notre questionnement sur la réalité des soins infirmiers.</p> <p>À noter que Kong (ibid) insiste sur l'importance de combiner ses données avec une recherche empirique sur l'agitation dans la démence.</p> <p>Cette étude a également été un exemple de revue littéraire menée dans le cadre des soins infirmiers. Les auteurs ont assuré la fidélité et la validité de leurs instruments de collecte de données en utilisant la méthode de Morse (présentée ci-dessus).</p>

Bibliographie & devis de l'étude	Problématique et visée de l'étude	Définition de l'agitation	Méthode de collecte des données : échantillon et type de démence étudiée	Méthode d'analyse des données : instruments
<p>Lövheim, H., Sandman, P.-O., Karlsson, S. & Gustafson Y. (2008)</p> <p>Behavioral and psychological symptoms of dementia in relation to level of cognitive impairment</p> <p><i>In International Psychogeriatrics Association, 20 (4), 777-789.</i></p> <p>Il s'agit d'une étude corrélationnelle (cross-sectional study)</p> <p><u>ETUDE N°10</u></p>	<p>L'introduction de l'étude relève que de nombreuses personnes atteintes de démence présentent à un moment donné de la maladie des SPCD comme l'agressivité ou un comportement moteur aberrant, de la dépression ou des hallucinations.</p> <p>L'objectif de cette étude est donc de décrire la probabilité de la survenue de ces symptômes dans la démence ainsi que leur fréquence en fonction du niveau de déficience cognitive.</p>	<p>Aucune définition n'est donnée dans l'article pour le concept de l'agitation dans la démence.</p>	<p>L'échantillon de la présente étude est constitué de 3404 résidents d'institutions gériatriques de Suède.</p> <p>L'étude a été menée entre 1982 et 2000.</p> <p>L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la faculté de médecine d'Umea en Suède.</p>	<p>Les SPCD ont été évalués grâce au Multi-Dimensional Dementia Assessment Scale (MDDAS).</p> <p>Le MDDAS est connu pour sa grande fiabilité (Sandam et al., 1988, cité par Lövheim et al., 2008)</p> <p>Un formulaire a été envoyé à tout le personnel soignant qui a été invité à remplir tous les paramètres concernant les personnes âgées pour les retourner ensuite aux chercheurs. Le personnel a reçu des instructions écrites sur la façon de mener les évaluations. Ils ont également été informés qu'ils pourraient être contacté par téléphone pour répondre à des questions ou pour fournir des informations supplémentaires.</p> <p>C'est le membre du personnel qui connaissait le mieux le résident qui a rempli l'échelle d'évaluation. Il lui a été demandé de donner des informations relatives aux observations de la semaine précédente.</p>

Résultats	Discussion et seuil de signification	Commentaires
<p>Les résultats de l'étude montrent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le facteur de la passivité est corrélé de façon presque linéaire au niveau de déficience cognitive. Pour l'errance, le comportement agressif, l'agitation verbale, le comportement de recherche d'attention, le comportement régressif, le comportement inapproprié, les symptômes hallucinatoires et les symptômes dépressifs, il n'y a par contre pas de relation linéaire avec le niveau d'atteinte cognitive. <p>En résumé, l'étude montre une relation non linéaire entre les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et le niveau d'atteinte cognitive.</p> <p>En effet, des taux de prévalence plus élevée ont été observés lors de démence de stade modérée sauf pour le symptôme de la passivité. Ce dernier augmente presque linéairement avec la sévérité des troubles cognitifs.</p>	<p>La relation entre les SPCD et le niveau d'atteinte cognitive n'est pas linéaire. Une plus forte prévalence a été observée entre un niveau de démence modéré sauf pour le symptôme de la passivité qui lui augmente de façon linéaire avec la sévérité de l'atteinte cognitive.</p> <p>Pour les auteurs, il s'agit d'un fait important à considérer dans les soins. L'utilisation de médicaments antipsychotiques doit donc être évaluée en fonction du niveau cognitif de la personne âgée.</p> <p><u>Limitations de l'étude énoncées par les auteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Du fait que l'évaluation ait eu lieu seulement sur une semaine d'observation, la prévalence des comportements peut ne pas représenter la réalité à long terme. - L'influence quoique modeste des changements dus aux fluctuations dans les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques pourrait avoir modifier légèrement la prévalence des symptômes comportementaux et psychologiques. Les auteurs considèrent cependant cette influence comme minime dans leur étude. 	<p>Nous n'avons pas inséré cette étude dans notre revue de littérature étoffée pour les raisons suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Cette étude ne définit pas le concept d'agitation dans la démence. 2) Il s'agit d'une étude intéressante mais qui s'intéresse à tous les SPCD sans avoir amener de résultats spécifiques sur l'agitation en générale. 3) De plus, même en parlant de SPCD, cette étude a été faite auprès des personnes âgées, qu'elles soient démentes ou non. Ce qui ne correspond pas à notre but de recherche qui lui étudie la démence Alzheimer voir la démence en général. <p>Cependant la structure de l'étude est conforme aux exigences de EBN.</p>

Bibliographie & devis de l'étude	Problématique et visée de l'étude	Définition de l'agitation	Méthode de collecte des données : échantillon et type de démence étudiée	Méthode d'analyse des données : instruments
<p>Pelletier, I. C, & Landreville, P., (2007).</p> <p><i>Discomfort and agitation in older adults with dementia.</i></p> <p><i>In BMC geriatrics, 22 ; 7-27.</i></p> <p>Devis : Il s'agit d'une étude corrélationnelle transversale. (cross-selectional design); étude quantitative.</p> <p><u>ETUDE N°11</u></p>	<p>« Bien que des facteurs internes, comme l'inconfort puissent être associés à de l'agitation chez les personnes atteintes de démence, peu de recherches ont encore examiné cette question et les déterminants spécifiques de l'agitation restent flous » (Pelletier & Landreville, 2007, pp 5-6).</p> <p>Ainsi, le but de cette étude est de documenter la relation entre l'inconfort et les différents types d'agitation chez les personnes âgées souffrant de démence.</p> <p>Les hypothèses testées par les auteurs sont les suivantes:</p> <p>a) la fréquence de l'agitation globale est liée positivement au degré d'inconfort du patient dément.</p> <p>b) le degré d'inconfort du patient dément est lié positivement à la fréquence de l'agitation verbale.</p> <p>Pour assurer des résultats précis, trois autres variables ont également été mesurées par les chercheurs : le sexe, la gravité du syndrome démentiel et le niveau dans les AVQ.</p>	<p>Le concept de l'agitation est défini dans cette étude par 4 sous catégories :</p> <p>OA pour l'agitation en général</p> <p>AB pour le comportement agressif</p> <p>NAPB pour le comportement agressif mais sans composante physique</p> <p>VAB pour l'agitation verbale</p> <p>A noter que l'agitation est ici définie comme englobant les comportements agressifs.</p> <p>Autre concept défini dans cette étude : l'inconfort</p> <p>« L'inconfort est défini comme un état physique ou psychique négatif soumis à variation en réponse à des variations externes ou environnementales mais pouvant agir également comme un facteur interne qui précipite l'apparition de l'agitation » (Pelletier & Landreville, ibid, p 9).</p>	<p>Les 49 résidents de cette étude ont été sélectionnés sur la base des critères suivants :</p> <p>(a) avoir au moins 65 ans</p> <p>(b) avoir reçu un diagnostic médical de démence (toutes étiologies confondues).</p> <p>(c) avoir vécu dans le même établissement pendant au moins 3 mois.</p> <p>À noter que les résidents souffrant de psychose ont été exclus.</p> <p>Préalablement, les directeurs des établissements de soins ont également donné leurs accords à l'étude, laquelle a été approuvée par le comité d'éthique de l'unité de recherche de l'Université Laval.</p>	<p>Utilisation d'un « cross-selectional design » par 13 infirmières travaillant dans les soins de longue durée (ayant reçu les informations nécessaires pour procéder à l'utilisation de tous les outils cités ci-dessous) et qui ont fourni des données relatives à la question de recherche pour les 49 résidents de l'échantillon.</p> <p>Le pouvoir de corrélation de Pearson est estimé valable à 50. Ce quota a donc été atteint dans cette étude.</p> <p>En résumé, après avoir répertorié les données auprès des résidents et les plans de soins médicaux (notamment par rapport à la prise d'analgésiques susceptible d'influencer l'expérience de l'inconfort), les infirmières ont mesuré successivement : le niveau cognitif de chaque résident à l'aide du FAST, le niveau de dépendance dans les AVQ avec le SMAF, la fréquence de l'agitation à l'aide du CMAI et l'inconfort a été mesuré par le DS-DAT.</p> <p>Tous les formulaires cités ci-dessus ont été remplis par des infirmières qui avaient pu s'exercer à leur utilisation et qui connaissaient très bien les résidents.</p>

Résultats	Discussion et seuil de signification	Commentaires
<p>Les résultats de cette étude montre que la majorité des résidents étaient sous traitement médicamenteux et que 60% d'entre eux recevaient un analgésique quotidiennement. Les scores obtenus grâce au FAST montraient que les résidents étaient très atteints cognitivement.</p> <p>L'inconfort explique une part importante de la variance (moyenne des carrés des écarts à la moyenne) pour l'agitation en général, pour l'agitation agressive non physique et l'agitation verbale. Cependant, aucun résultat significatif n'a été trouvé entre l'agressivité et l'inconfort. Par ailleurs, les résultats révèlent une association particulièrement forte entre l'inconfort et l'agitation verbale (30 %).</p> <p>Voici les coefficients de corrélation fournis par l'étude entre l'inconfort et les différents types d'agitation :</p> <p>OA (agitation en général) : 0,56 AB (comportement agressif) : 0,23 NAPB (comportement agressif mais non physique) : 0,47 VAB (agitation verbale) : 0,54.</p> <p>La puissance des analyses pour OA et pour VAB a été un essai pour les chercheurs en raison des hypothèses concernant ces variables, alors que les analyses pour NAPB et AB ont été vérifiées par contre-test. Le niveau de pertinence est élevé pour les tests OA (0,99), VAB (0,99) et PNAB (0,95) mais pas pour AB (0,37). Comme on le voit, l'inconfort contribue de manière significative à la prédiction de la variance OA, NAPB et VAB dans chaque équation. L'écart entre les différents scores de l'agitation est attribuable à l'inconfort et varie donc entre 18% et 30%.</p>	<p>Les résultats montrent une relation positive et importante entre le degré d'inconfort et la fréquence de l'agitation en général. L'hypothèse de départ qui consistait à considérer l'agitation comme un facteur interne précipitant l'agitation est également confirmée par les résultats de précédentes études.</p> <p>Cependant, les résultats montrent que la relation varie selon le type d'agitation : l'inconfort est associé positivement et de manière significative avec le VAB et le NAPB. Cependant, il n'y a pas de relation observée pour le comportement agressif et l'inconfort bien que le pouvoir de détecter cette relation reste faible.</p> <p>VAB (l'agitation verbale) peut être un moyen pour le patient de communiquer son inconfort. Compte tenu des résultats, la nécessité de confort apparaît comme un besoin dans cette étude. Pour les auteurs, d'un point de vue pratique, l'apparition de l'agitation mérite une attention particulière de la part des soignants puisqu'elle est susceptible de communiquer de l'inconfort. Par exemple, un patient souffrant de démence modérée et qui progressivement devient aphasique pourrait crier, émettre des bruits étranges, devenir indiscipliné ou frapper ceux qui sont autour de lui pour leur faire savoir qu'il ressent des douleurs au cours de l'habillage ou de la baignade ».</p> <p>De plus, les mesures obtenues pour l'inconfort par le DS-DAT ne donnent aucune information précise sur la nature et l'origine de l'inconfort, concept qui demeure vaste. En effet, diverses conditions y contribuent : douleur, détresse, dépression, solitude, manque de stimulation et de sommeil. Pour les auteurs, des études à venir devraient donc identifier les déterminants de l'inconfort qui sont liés à l'agitation dans la démence et comparer les résultats en fonction des différentes périodes de la journée.</p> <p>Limitations de l'étude énoncées par les auteurs :</p> <p>Les limitations à la généralisation de ces conclusions pour leurs auteurs sont la petite taille de l'échantillon, le fait que les données n'aient pas été récoltées sur l'ensemble de la journée, que l'utilisation du FAST ait été réalisée par des infirmières.</p>	<p>La structure de l'étude est conforme aux normes scientifiques en vigueur. Nous nous sommes questionnés sur le fait que les chercheurs n'aient pas limité l'échantillon aux personnes démentes qui présentaient de l'agitation. En effet, nous faisons l'hypothèse que les résultats auraient pu être plus représentatifs pour cette catégorie.</p> <p>Cependant, l'étude énonce d'autres facteurs sous-jacents à l'agitation excepté l'inconfort. Cela rend le lecteur plus averti sur la question de l'agitation dans la démence. Les composantes bio-psycho-sociales et environnementales sont représentées.</p> <p>Il apparaît cependant encore difficile de nuancer l'inconfort de la notion de besoins insatisfaits. Cohen-Mansfield insiste dans ses études pour que l'agitation ne soit pas considérée comme découlant d'un besoin insatisfait. Ce débat n'est malheureusement pas mentionné dans cette recherche.</p>

Bibliographie & devis de l'étude	Problématique et visée de l'étude	Définition de l'agitation	Méthode de collecte des données : échantillon et type de démence étudiée	Méthode d'analyse des données : instruments
<p>Senanarong, V., Cummings, J.L., Fairbanks, L., M.M., Masterman, D.M., O'Connor, S.M., Strickland, T.L. (2004)</p> <p>Agitation in Alzheimer's disease is a manifestation of frontal lobe dysfunction.</p> <p><i>In Dement Geriatr Cogn Disord</i>, 17, 14-20.</p> <p>Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle.</p> <p><u>ETUDE N°12</u></p>	<p>« L'agitation est une barrière pour les soins et une charge pour les soignants » (Senanarong et al, 2004, p.14). Cependant, sa définition est loin d'être unanime dans la littérature et « reflète l'incertitude quant à savoir s'il s'agit d'un syndrome similaire à la dépression, à la psychose ou à un comportement perturbateur associé à d'autres psychopathologies » (Senanarong et al., ibid, p.14).</p> <p>Les résultats divergent également non seulement à cause des différences dans la définition de l'agitation mais également en raisons des diverses stratégies utilisées pour l'analyse et en raison des différences au sein des échantillons étudiés.</p> <p>Buts de l'étude :</p> <p>Premièrement, investiguer la prévalence et les caractéristiques de l'agitation chez des patients ayant la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence.</p> <p>Deuxièmement, explorer l'association entre l'agitation et les autres variables cliniques : sévérité de la maladie, déficience fonctionnelle et autres symptômes neuropsychiatriques.</p> <p>Et troisièmement, déterminer les facteurs prédisposant à l'agitation et l'impact de ce comportement sur les soignants.</p>	<p>Pour le NPI l'agitation regroupe les comportements suivants : le refus ou la non compliance aux soins, le refus de coopérer avec les soignants, la résistance, l'obstination, les coups de pieds ou de mains (agressivité), les personnes difficilement gérables et la profération de méchancetés de la part des patients.</p>	<p>L'échantillon de l'étude se compose de 427 personnes démentes provenant de cliniques de Californie et de Los Angeles. 277 patients étaient atteints de la maladie d'Alzheimer, 43 de démence vasculaire, 47 de démence mixte, 45 de démence fronto-temporale et 15 du syndrome du corps de Lewy.</p> <p>L'étude centre essentiellement son analyse sur la démence Alzheimer.</p>	<p>Instruments utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> -MMSE : pour évaluer le niveau cognitif. Les patients ont par ailleurs été divisés en trois groupes selon les scores au MMSE : <ul style="list-style-type: none"> 1^{er} groupe : MMSE entre 21-30 2^{ème} groupe : MMSE entre 11-20 3^{ème} groupe : MMSE entre 0 et 10. - NPI : pour évaluer l'agitation - FAQ : questionnaire permettant d'évaluer le niveau d'activités fonctionnelles : AVQ - Test neuropsychosocial - Instrument d'évaluation des soignants. Il s'agit d'un questionnaire qui investiguait les observations de soins durant le mois précédant. - Le programme SPSS10 a été utilisé pour faire les analyses statistiques. Les données ont été analysées suivant le Duncan's multiple range test et les tests de Kendall's. <p>Pour évaluer la relation entre l'agitation et les facteurs supposés prédictifs au sein du groupe des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, les corrélations de Pearson et le principe de régression linéaire par étapes ont été utilisés.</p>

Résultats	Discussion et seuil de signification	Commentaires
<p>Les résultats de l'étude relatifs à l'agitation ne varient pas selon le type de démence. (Cependant, ci-dessous ne sont exposés que les résultats relatifs à la démence Alzheimer ou à la démence en général répertoriés dans l'étude).</p> <p>Les résultats montrent que 45% des patients atteints de AD présentent des symptômes d'agitation. Pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, la prévalence de l'agitation augmente clairement avec la sévérité de la démence.</p> <p>Une différence est apparue pour l'agitation en fonction du genre de la personne démente (les femmes présentaient plus de comportements d'agitation que les hommes) et entre les groupes ethniques. Les blancs présentaient plus d'agitation que le corpus afro-américain. Il n'y a cependant pas de lien observé entre l'âge et l'agitation. Les patients agités ont également de moins bons scores à l'évaluation des AVQ.</p> <p>Des corrélations significatives sont apparues entre l'agitation et les différents items du NPI. Les liens entre l'agitation et – l'apathie – la dépression étaient cependant faibles.</p> <p>L'irritabilité, l'illusion, et la désinhibition étaient corrélées fortement à l'agitation dans la démence et ceci à travers tous les degrés de la maladie. Il s'agit par ailleurs des comportements reliés au dysfonctionnement du lobe frontal qui eux-mêmes apparaissent corrélés à la variance des niveaux d'agitation. (FAQ). L'apathie a été le seul symptôme à être corrélé de façon égale chez les personnes agitées et chez les personnes non agitées. En définitive, l'agitation n'apparaît jamais seule mais toujours associée à un autre type de psychopathologie dans cette étude.</p>	<p>Etant donné que l'agitation apparaît commune à toutes les formes de démence, les auteurs pensent que ce comportement n'est pas en lien avec une étiologie particulière de la démence.</p> <p>L'agitation apparaît reliée à la sévérité de la démence et à certains symptômes neuropsychiatriques surtout ceux impliquant un dysfonctionnement du lobe frontal. En effet, aucune forme d'agitation n'a été observée chez les personnes ne présentant pas d'autres troubles psychopathologiques en concomitance dans cette étude. Ceci suggère pour l'équipe de Senanarong et al. (Op.cit) que l'agitation n'est pas un syndrome indépendant mais une dimension du comportement qui se produirait en réponse à une psychopathologie, à un dysfonctionnement du lobe frontal. De plus, plusieurs enquêtes ont mis en évidence une corrélation neurobiologique de l'agitation. Dans cette étude, c'est la désinhibition, signe de dysfonction de la partie sous-corticale du lobe frontal qui montrait le plus de pouvoir prédictif en ce qui concerne l'agitation.</p> <p>Les auteurs mentionnent cependant que tous les comportements associés à l'agitation étant donné le large panel des définitions, comme l'agressivité ne peuvent cependant pas être corrélés avec certitude à un dysfonctionnement du lobe frontal.</p> <p>Les résultats suggèrent que l'agitation dans la maladie d'Alzheimer est une manifestation du dysfonctionnement du lobe frontal. Ainsi, ce dysfonctionnement prédispose les patients atteints de la maladie d'Alzheimer à l'agitation « en exagérant les réponses comportementales provoquées par l'environnement ou par des psychopathologies coexistantes ». « La relation de l'agitation avec d'autres types de psychopathologie est alors essentielle pour comprendre et gérer ce comportement. Ainsi, le dysfonctionnement du lobe frontal réduirait le seuil de réaction, aux impulsions générées par les idées délirantes, l'irritabilité et la dépression, psychopathologie coexistantes. L'environnement dans ce cas interviendrait comme élément déclencheur chez des individus déjà plus sensibles »(pp.18-20). En d'autres termes, les auteurs conçoivent l'agitation dans la maladie d'Alzheimer comme un syndrome du lobe frontal qui s'exprime par une modulation réduite du comportement préalablement initié par des symptômes neuropsychiatriques.</p> <p>Limitations et intérêt de l'étude énoncées par les auteurs : Cette étude est pour les auteurs, la plus grande et la plus complète évaluation de l'agitation réalisée jusqu'à ce jour (étude datant de 2004).</p>	<p>Cette recherche est conforme aux critères scientifiques d'EBN. Le devis de recherche n'est cependant pas exprimé clairement par les auteurs. Il s'agit cependant d'une étude descriptive de type corrélationnelle.</p> <p>Il s'agit d'une étude qui amène un point de vue plus médical qu'infirmier sur la question de l'agitation dans la démence. Il nous semblait donc important d'inclure dans notre travail cette dimension neurophysiologique bien que l'étude n'apporte pas réellement de solutions pour l'activité infirmière dans notre contexte. Nous considérons que ces données rappellent encore une fois l'importance de considérer l'ensemble bio-psycho-social d'un individu dans une prise en charge qui se veut globale.</p>

Bibliographie & devis de l'étude	Problématique et visée de l'étude	Définition de l'agitation	Méthode de collecte des données : échantillon et type de démence étudiée	Méthode d'analyse des données : instruments
<p>Volicer, L. MD. PhD, Bass E.A. PhD. & Luther S. L. PhD. 2007.</p> <p>Agitation and Resistiveness to care are two separate behavioral syndromes of dementia</p> <p><i>In American Medical Directors Association, 8, 527-532.</i></p> <p>Devis : il s'agit d'une étude descriptive corrélationnelle.</p> <p><u>ETUDE N°13</u></p>	<p>Les auteurs relèvent dans l'introduction que le plus difficile dans les soins auprès de personnes démentes est de prendre en charge les problèmes comportementaux.</p> <p>De plus, pour eux, l'agitation n'est pas définie de façon unanime par tous dans la littérature et cette définition n'est pas centrée sur le patient.</p> <p>« Le but de l'étude est de distinguer l'agitation et la résistance aux soins, deux syndromes comportementaux de la démence » (Volicier et al., 2007, p.527).</p> <p>Il s'agit également pour les auteurs de vérifier l'hypothèse que les personnes démentes, considérées comme agressive physiquement ou verbalement, font en fait de la résistance aux soins.</p>	<p>Les auteurs proposent de parler d'agitation seulement lorsque la personne démente est seule. Ils reprennent la définition de Hurley et al. (1999) qui elle aussi réserve l'agitation à des comportements qui ne sont pas provoqués par une interaction avec d'autres personnes. Ainsi, pour ces auteurs, l'agitation apparaît comme un comportement qui communique un état d'excitation dérangeant pour la personne démente. Ce comportement ne présente aucune intention motivationnelle ni ne découle d'un besoin physique.</p> <p>L'agressivité survient quant à elle lors d'interaction avec autrui mais elle implique également de la part du patient une volonté d'attaquer l'autre personne, l'infirmière dans les soins (Volicier et al., Op. cit, p.527).</p> <p>Le refus de soin doit être distingué de l'agressivité. Le refus de soin intervient également lors d'interaction avec d'autres personnes. La différence est que la personne démente ne comprend pas l'intention de son interlocuteur et donc agit pour tenter de se défendre ou d'éviter un soin. « Il n'y a aucunement intention d'initier une attaque contre un tiers » (Volicier et al., Op. cit, p.527).</p>	<p>L'échantillon de l'étude se compose de 23837 résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence.</p> <p>Le MDS (Minimum Data Set) ne mentionne pas le comportement d'agitation à proprement parlé mais parle de comportements socialement inappropriés ou dérangeants. Cette définition a été complétée par d'autres indicateurs du MDS : questions répétitives, vocalisations répétitives, expressions de peurs irréalistes, plaintes répétitives de santé, mouvements physiques répétitifs et plaintes répétitives.</p> <p>Le MDS fait cependant mention d'une définition pour la résistance aux soins : « résistances aux soins, résiste à la prise de médication / résister aux injections, résister à l'aide pour manger ou dans les AVQ ».</p>	<p>« Toutes les analyses ont été réalisées par le SAS.91 (SAS Institute, Cary, NC) » (Volicier et al., Op., cit. p.528)</p> <p>La sévérité du niveau cognitif a été mesurée par the Cognitive Performance Scale</p> <p>Les statistiques ont été établies grâce au Cognitive Performance Scale (CPS) et par un chi-square test pour vérifier la présence de 4 groupes distincts dans l'étude : un groupe considéré comme résistant aux soins, un autre comme agité, un entre encore comme à la fois agité et résistant aux soins et un dernier comme ne présentant aucun des deux comportements.</p>

Résultats	Discussion et seuil de signification	Commentaires
<p>L'agitation est présente dans 17% des cas, la résistance aux soins chez 9% des résidents et le cumul des deux chez 8% des résidents.</p> <p>En effet, l'analyse de la présence ou de l'absence d'agitation et de résistance aux soins sépare les sujets en 4 groupes distincts dans cette recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'agitation seule était présente chez 17% des patients (n=3712) • La résistance aux soins était présente chez 9% des patients (n=1951) • La combinaison des deux étaient présente dans 8% des cas (n= 1717) <p>La prévalence des deux comportements change en fonction de la sévérité de la démence.</p> <p>L'agitation était assez présente chez les patients présentant de bonnes capacités cognitives et s'intensifie lors de déficits cognitifs modérés pour redescendre lorsque ce déficit s'intensifie durement. Par contraste, la résistance aux soins était relativement rare chez les personnes ayant des capacités cognitives bonnes à modérées mais augmente graduellement avec la détérioration cognitive.</p> <p>En résumé, dans cette étude, l'agitation était présente chez des patients ayant encore un bon niveau cognitif alors qu'au contraire la résistance aux soins n'apparaît que rarement lors de troubles cognitifs légers mais augmente et atteint son paroxysme avec les troubles cognitifs sévères. La prévalence de la résistance aux soins augmente avec la détérioration des capacités cognitives. Ainsi nombreux sont les patients considérés comme agités alors qu'ils sont en fait résistants aux soins.</p>	<p>L'agitation et la résistance aux soins sont deux comportements différents qui peuvent cependant survenir conjointement. Il est important de les distinguer étant donné qu'ils nécessitent des stratégies différentes de prise en charge.</p> <p>Il y a 2 deux raisons principales pour qu'une personne démente face de la résistance aux soins : les difficultés de compréhension et la présence de délirs.</p> <p>Difficultés de compréhension : les personnes démentes ne comprennent pas les explications données pour justifier un soin et ne comprennent donc pas la visée du soignant. Les raisons sont l'aphasie, la déficience auditive, la barrière du langage ou la combinaisons de ces causes. La perte de fonctions cognitives pourrait également jouer un rôle.</p> <p>Délires : Il a été établi que 80% des personnes démentes qui présentent un épisode d'agression physique plus d'une fois par mois présentent également des délirs. Au contraire, les hallucinations ne sont pas corrélées à l'agression physique. Le délire apparaît comme un barrage au soin surtout s'il est de caractère paranoïde et empêche l'individu encore une fois de percevoir le but du soin. Cependant, seul un cinquième des personnes démentes résistantes aux soins présentent des délirs. Cette raison apparaît donc secondaire à la difficulté de compréhension.</p> <p>La résistance aux soins, ayant un caractère défensif, peut prendre un tournant vers des comportements dits agressifs ou abusifs tant verbaux que physiques. Ainsi, entre 50 et 70% des épisodes agressifs arrivent lors de contextes de soins personnels. À titre d'exemple, les auteurs disent que le toucher, composante du soin, serait associé à l'augmentation des cris et des comportements agressifs chez les personnes démentes.</p> <p>Une autre différence est que la résistance aux soins arrive durant les soins alors que l'agitation apparaît lorsque la personne est seule et inoccupée. Le concept de la résistance aux soins n'est cependant pas nouveau et la distinction avec l'agitation a déjà été mentionnée auparavant. Pourtant, le CMAI ne différencie pas l'agitation de la résistance aux soins et regroupe le tout sous le label « agitation ». L'échelle Rage fait la distinction entre l'agressivité et la résistance aux soins en parlant de peu de volonté de coopérer pour l'agressivité.</p> <p>Limites de l'étude énoncées par les auteurs : L'étude comporte plus d'hommes que de femmes dans l'échantillon ; la présence d'agitation a été déterminée à l'aide de 6 items non validés cliniquement.</p>	<p>La structure de cette recherche est conforme aux normes usuelles décrites par EBN. La recherche est par ailleurs concise et la méthodologie expliquée au lecteur avec précision.</p> <p>Cette recherche nous a permis de différencier deux concepts très proches qui peuvent se ressembler dans leurs manifestations chez les personnes démentes.</p> <p>De plus, les auteurs amènent des pistes d'action pour les infirmières dans les deux cas. Ceci nous a permis de répondre à notre question : comment penser le soin infirmier.</p> <p>Les propositions mentionnées concernant la résistance aux soins sont : reporter le soin, utiliser la distraction, l'utilisation des réminiscences et de la relaxation,.</p> <p>Celles relatives à l'agitation sont : faire participer la personne à des activités, ne pas la laisser seule.</p> <p>La difficulté de cette recherche est qu'elle amène une toute autre définition de l'agitation par rapport aux autres auteurs puisqu'elle lie l'agitation à la notion de solitude. C'est dans ce sens qu'elle se différencie des autres recherches dont nous avons connaissances.</p>

Bibliographie & devis de l'étude	Problématique et visée de l'étude	Définition de l'agitation	Méthode de collecte des données : échantillon et type de démence étudiée	Méthode d'analyse des données : instruments
<p>Von Gunten, A., Alnawaqil, A.-M., Abderhalden, C., Needham I. & Schupbach B. (2008)</p> <p>Vocally disruptive behavior in the elderly : a systematic review</p> <p><i>In International Psychogeriatrics, 20 (4), 653-672.</i></p> <p>Devis : Revue de littérature systématique</p> <p><u>ETUDE N°14</u></p>	<p>Pour les auteurs, la recherche pathogénique est encore à ses débuts en ce qui concerne l'agitation verbale. Ils ont donc décidé de procéder à une étude plus approfondie de l'agitation verbale.</p>	<p>Cette étude investigate l'agitation verbale qui n'est pas définie de façon homogène dans la littérature scientifique.</p> <p>L'agitation verbale comporte elle-même de nombreuses catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ « les crieurs » ➤ « les parleurs » ➤ « les personnes présentant de l'agitation de manière cyclique » (en début de journée ou en fin de journée) ➤ etc. <p>Attention, dans cette étude, l'investigation de l'agitation verbale s'est faite autant auprès de personnes démentes que de personnes non démentes afin de pouvoir dégager les caractéristiques de chaque groupe.</p>	<p>La revue de littérature s'est construite sur la banque de données Pubmed (essentiellement Medline et Cochrane database).</p>	<p>Les mots utilisés pour la recherche étaient : « vocally disruptive behavior » OR vocally disruptive behavior OR (disturbing AND vocal*) OR verbal agitation OR screaming, OR muttering OR yelling OR shrieking OR nois-mak*.</p> <p>La recherche se limitait aux langues françaises, anglaises et allemandes, aux patients âgés entre 65 ans et plus, aux articles datés entre 1980 et 2006 et en accord avec le « snoball system ».</p>

Résultats	Discussion et seuil de signification	Commentaires
<p><u>Facteurs apparaissant comme déclencheurs d'agitation verbale dans cette recherche:</u></p> <p>La démence apparaît comme une condition liée à l'émission d'agitation verbale mais n'est pas pour autant exhaustive. En effet, « 59% des personnes démentes présentent de l'agitation verbale pour 37% au sein du groupe comparatif non dément ». (Cariaga et al., 1991 in Von Gunten et al., ibid, pp. 656-657).</p> <p>Bien qu'il paraisse évident que la démence soit associée à l'émission d'agitation verbale, le type de démence dont il s'agit n'est pas encore suffisamment défini. (Von Gunten et al., Op, cit.). Ceci s'expliquant par le fait que pour chaque type de démence, des régions spécifiques du cerveau sont lésées.</p> <p>L'étude de Senanarong et al, (2004) a décrit l'agitation comme un dysfonctionnement du lobe frontal. Or, la démence d'Alzheimer est caractérisée par une lésion du lobe temporal médian (Von Gunten et al., Op, cit). D'autres études ont corrélé l'agitation verbale à de sévères déficits de performances dans les AVQ (Cohen-Mansfield et al., 1990 in Von Gunten et al. Op, cit), à des sujets ayant un déficit du niveau cognitif modéré (Cariga et al., 1988 in Von Gunten et al., Op, cit).</p> <p>L'agitation verbale peut également être perçue comme un moyen de communication pour des personnes démentes ou non démentes qui ont des difficultés à s'exprimer. Elles communiquent alors un besoin ou de l'inconfort causé par de la douleur, de la faim ou de la soif ou encore une température inappropriée dans une pièce ignorée par les soignants (McMind & Draper, 2005 in Von Gunten et al., Op, cit.) ou peut être une réponse à un stimulus physique ou psychique inapproprié (Draper et al., 2000, in Von Gunten et al., Op, cit.). Ainsi souvent les patients présentant de l'agitation verbale reçoivent en fait moins d'analgésiques que ceux qui ne présentant pas d'agitation verbale.</p> <p>Pour les auteurs, l'attitude des soignants peut également être corrélée à l'agitation verbale des patients. La question est de savoir si oui ou non, le personnel renforce ou diminue l'agitation verbale par son interaction.</p>	<p>Pour les auteurs de cette recherche, de nombreux aspects de l'agitation verbale sont encore insuffisamment compris. Ils estiment, en raison de l'hétérogénéité et du nombre de facteurs contributifs à l'agitation verbale, qu'une panoplie de différentes interventions de mesures sont nécessaires pour faire face à l'agitation verbale et à la souffrance qui s'y rattache.</p> <p>L'agitation verbale provoque de nombreuses réactions comme de l'agitation verbale ou autres représailles agressives de la part des autres patients. Les soignants en arrivent à soit éviter les cris ou utiliser des moyens de contrainte physique ou chimique. (Sloane et al., 1997 ; Dwyer and Byrne, 2000 in Von Gunten et al., Op., cit.).</p> <p>Lors d'une étude, le personnel infirmier a exprimé beaucoup plus de frustration, d'anxiété et de colère envers les résidents montrant de l'agitation verbale. Le personnel semblait avoir tendance à prendre de la distance (Draper et al. 2000). Dans des situations extrêmes, le risque de maltraitance peut survenir (Jeandel, 2004).</p> <p>Par ailleurs, les soignants travaillant à un plus petit pourcentage disent qu'il est plus facile pour eux d'endurer de l'agitation verbale répétitive que pour leurs collègues qui travaillent à de hauts pourcentages. (Hantikainen et al., 1998, in Von Gunten et al., Op., cit.)</p> <p>Les interventions se constituent de traitements physiques ou chimiques bien qu'ils augmentent en fait les comportements dérangeants. (Werner et al., 1989, in Von Gunten et al., Op., cit.)</p> <p>Commentaires des auteurs de l'article :</p> <p>Cependant, pour les auteurs de cette étude, une analyse des causes de l'agitation verbale devrait être faite de façon à tirer des conclusions en vue de comprendre ce qui précipite l'agitation de la personne et en vue d'adapter la médication.</p>	<p>Il s'agit également d'une revue de littérature sur la question de l'agitation dans la démence cependant focalisée sur la dimension verbale. C'est donc non seulement pour sa construction (structure et méthode) que nous l'avons utilisée mais aussi pour comparer certains de nos résultats.</p> <p>La spécificité de l'étude est d'avoir analysé ce phénomène en comparant un groupe dément et groupe non dément. Ce qui semble enrichir la validité des résultats de l'étude. De plus, cette étude recense un large panel de moyens d'interventions infirmières comparativement à d'autres études. Elle nous a donc également permis d'enrichir notre cadre de référence sur le sujet de l'agitation dans la démence.</p>

Bibliographie & devis de l'étude	Problématique et visée de l'étude	Définition de l'agitation	Méthode de collecte des données	Méthode d'analyse des données : instruments
<p>Zieber, C.G, Hagen, B., Armstrong-Esther C. & Aho M. (2005)</p> <p>Pain and agitation in long-term care residents with dementia : use of the Pittsburgh Agitation Scale.</p> <p><i>In International Journal of Palliative Nursing.</i> 11 (2), 71-78</p> <p>Il s'agit d'une étude descriptive de type corrélational.</p> <p><u>ETUDE N°15</u></p>	<p>La recension des écrits a montré à l'équipe de Zieber et al. (2005) que la majeure partie des résidents des unités de soins de longue durée souffrait conjointement de démence et d'atteintes physiques douloureuses, aux USA. Par ailleurs, la douleur apparaît également sous-évaluée par les soignants.</p> <p>Pour les équipes s'ajoutent les difficultés causées par l'agitation, les agressions physiques et les comportements perturbés des patients. (Sengstaken & King, 1993 ; Bachino et al., 2001 ; Manfredi et al. 2003 cités par Zieber et al., 2005).</p> <p>Cette étude explore donc la relation entre l'agitation et la douleur auprès de patients déments en établissements de soins de longue durée.</p> <p>Elle vise également à savoir si plus précisément, l'un des quatre items de l'agitation (vocalisations dérangeantes, agitation motrice, agressivité et résistance aux soins) est plus étroitement lié à l'expression de l'agitation chez les patients déments.</p>	<p>L'agitation est définie dans cette étude selon le PAS.</p> <p>Elle comprend les vocalisations dérangeantes, l'agitation motrice, l'agressivité et la résistance aux soins.</p> <p>L'étude centre son analyse sur la démence en général</p>	<p>L'échantillon de la présente étude se constitue de 58 résidents provenant de trois établissements de soin de longue durée de l'ouest canadien. Les individus présentent un niveau cognitif qui est modéré à sévère sur l'échelle FAST.</p> <p>En effet, pour les auteurs, à ce stade, la personne présente des difficultés de communication et de compréhension.</p> <p>Il s'agissait de personnes âgées en moyenne de 83,9 ans et dont la majorité (69%) étaient des femmes.</p> <p>Les diagnostics associés à la démence indiquaient qu'une douleur localisée était présente chez 79,3% des patients, suivie par l'arthrose chez 48,3% puis par l'ostéoporose chez 43,1%.</p> <p>Ainsi, six infirmières travaillant dans les établissements de soins de longue durée ont collaboré à cette étude ainsi que trois infirmières spécialisées en soins palliatifs en vue d'évaluer les conditions de l'agitation et de la douleur.</p>	<p>L'échelle de Pittsburgh (PAS) a été utilisée par les infirmières, préparées à cet effet, pour évaluer l'agitation.</p> <p>La douleur a été évaluée lorsque cela était possible par deux observateurs pour limiter l'arbitraire.</p> <p>Le premier outil utilisé était le Long Term Care Pain Assessment Tool qui comprend une échelle allant de 1 (pour aucune douleur) à 7 (pour la douleur la plus forte possible). Parallèlement, le DS-DAT a été utilisé pour évaluer la douleur chez les personnes démentes.</p> <p>Cette échelle fait référence aux comportements suivants : respiration bruyante, vocalisations négatives, expression faciale contenue, visage triste, expression glaciale, tension corporelle ou au contraire la bougeotte. Une note entre 0 et 3 a été donnée pour évaluer la fréquence, l'intensité et la durée de ce comportement dans l'étude.</p> <p>La médication antalgique a été évaluée selon une échelle de 6 points :</p> <p>0 = no analgesic medications / 1= either paracetamol or AINS / 3 = only opioid medication / 4 = opioid analgesic and paracetamol or AINS / 5 = opioid analgesic and paracetamol and AINS.</p> <p>Les deux infirmières spécialisées en soins palliatifs ont ensuite également observé les résidents pendant 2h et ceci à trois reprises, pour évaluer leur douleur et l'antalgie reçue.</p> <p>Les statistiques ont été calculées selon le mode de corrélations de Pearson. D'un point de vue éthique, cette étude est conforme aux standards du Tri-Council Working Group (2000).</p>

Résultats	Discussion et seuil de signification	Commentaires
<p>Une forte relation a été observée entre l'agitation et l'inconfort causé souvent par une douleur sous évaluée.</p> <p>L'agitation verbale, en particulier, semblait être liée à la résistance aux soins. L'agitation verbale apparaît donc pour les chercheurs comme un moyen pour le patient de communiquer sa désapprobation. A noter que dans cette étude, la résistance aux soins fait partie intégrante du concept d'agitation.</p> <p>Ainsi, pour diminuer l'agitation, il convient parfois de traiter la douleur par une médication adaptée.</p> <p>Il faut ensuite réévaluer le niveau d'agitation comme indicateur d'une douleur encore persistante.</p> <p>Les infirmières devraient donc recevoir des formations supplémentaires relatives à la douleur chez la personne démente.</p>	<p>« Les résultats sont conformes à ceux de précédentes études » (Zieber et al., Op. cit, pp. 75-76). Il avait déjà été relevé dans la littérature scientifique que les personnes démentes pouvaient exprimer leur douleur à travers des grimaces faciales, comportements difficilement distinctifs de l'agitation (Porter et al., 1996 ; Brignell, 1999 in Zieber et al., Op.cit, p.76).</p> <p>Les auteurs rappellent « que le PAS et le DS-DAT sont incapables à 100% de distinguer l'agitation causée par la douleur de l'agitation causée par d'autres causes chez les personnes démentes » (p.76).</p> <p>Pour les chercheurs, les scores obtenus au PAS (évaluation de l'agitation chez les personnes démentes) ne sont pas corrélés positivement à la quantité d'analgésiques données aux patients. « Ces résultats sont difficiles à interpréter étant donné qu'un haut score d'analgésique donné sous-entend une bonne prise en charge de la douleur mais un score plus faible devrait cependant se traduire par moins d'agitation » (p. 74) Par rapport à l'antalgie, l'étude montre que le résident exprime souvent sa douleur et son besoin de recevoir une antalgie par de l'agitation sous plusieurs formes.</p> <p>Cette étude exploratrice met en évidence que certains types d'agitation (ex. : résistance aux soins) peuvent être plus fortement associés à la douleur des personnes atteintes de démence que d'autres types. Les auteurs encouragent donc la recherche à aller dans ce sens. L'étude de Douzjian et al. (1998) avait démontré que de petites doses d'analgésique diminuaient l'agitation et le besoin en médicaments psychotropes.</p> <p>La douleur minimisée ou non reconnue par les soignants est une importante cause de l'agitation et des comportements d'agression physique chez les personnes démentes.</p> <p>Conclusion des auteurs de l'article : « le PAS ne devrait plus uniquement être utilisé pour mesurer l'agitation chez les personnes démentes mais également lorsque le patient ne peut exprimer verbalement une douleur. Il faut alors donner un antalgique au patient et non pas un psychotrope. Les soins palliatifs apparaissent comme « leader » pour aider à assurer l'évaluation et la gestion optimale de la douleur chez les personnes démentes ».</p> <p>Limitations de l'étude énoncées par les auteurs :</p> <p>« Les résultats se basent sur un petit échantillon aux seins d'EMS ruraux et non en pleine ville et les échelles de la douleur utilisées n'ont pas fait l'objet d'étude quant à leur fiabilité » (pp.77-78).</p>	<p>L'étude repose sur un petit échantillon. Pourtant, elle est bien structurée, récente et respecte l'éthique s'appliquant à un tel devis de recherche (relatif au Tri-Council Working Group, 2000).</p> <p>Les points-clés sont repris en synthèse dans un tableau pour faciliter la compréhension du lecteur. Les auteurs sont tous des chercheurs et professeurs en soins provenant soit d'hôpitaux ou d'universités canadiennes. Il s'agit d'un gage de qualité pour l'étude.</p> <p>Cependant, l'étude se concentre plus sur les soins palliatifs que sur la démence en général. Notre hypothèse est qu'elle passe peut-être à côté d'autres significations pour l'agitation dans la démence bien que la douleur en soit une d'importance dans le contexte des soins palliatifs.</p> <p>Toutefois, cette étude nous a permis de signifier l'importance de considérer la douleur au travers de l'agitation. L'agitation est un moyen de communiquer une douleur pour la personne démente.</p>

