

Des soins particulièrement complexes

# Soigner l'agitation des personnes souffrant de démence

**Les comportements d'agitation et d'agressivité difficilement supportables par les proches aidants et les soignants sont devenus les principaux motifs d'hospitalisation en psychiatrie ces dernières années des personnes âgées présentant un syndrome démentiel. Dans ces services, l'infirmière joue un rôle essentiel dans la compréhension du comportement d'agitation et le traitement adapté au milieu particulier des soins aigus de psychiatrie de l'âge avancé.**

Les comportements d'agitation, survenant chez plus de la moitié des personnes âgées présentant un syndrome démentiel (PAD) (1, 2), font partie des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) qui compliquent la démence dans 80 à 90% des cas (3, 4). Cette agitation est difficilement supportable par les proches aidants et les soignants (5) et peut entraîner des conséquences pour les PAD telles que le rejet par les proches aidants ou leur épuisement, le placement en institution de long séjour, ou encore l'hospitalisation (1, 5, 6). D'ailleurs, les SCPD et principalement l'agitation et l'agressivité sont devenus les principaux motifs d'hospitalisation des PAD en psychiatrie ces dernières années (7, 8). Dans ces services, l'infirmière a un rôle essentiel à jouer dans la compréhension du comportement d'agitation afin que son jugement clinique lui permette de considérer les meilleures options de réponses aux besoins du patient, en regard des recommandations récentes de traitement (9) qui devraient cependant être raffinées et adaptées au milieu particulier des soins aigus de psychiatrie de l'âge avancé.

## L'agitation: Cause ou Symptôme... un Modèle explicatif

La confusion qui existe toujours dans la terminologie utilisée pour décrire ce comportement complique l'élaboration de stratégies efficaces pour la prévention et le traitement de l'agitation (10). Forte de ce constat, l'Association internationale de psychogériatrie (IPA) (11) a développé une définition consensuelle provisoire pour les patients atteints de troubles neurocognitifs dans le but de favoriser la communication et les comparaisons entre les études à ce sujet (tab.1).

Il est important de relever que dans cette définition, le comportement agité du patient est l'expression de sa colère ou d'une détresse émotionnelle (11). Les interventions infirmières doivent donc porter sur la recherche et le traitement des facteurs induisant cet état. Le modèle des besoins compromis Need-driven Dementia-compromised Behavior développé par Algase et al. (12) semble particulièrement adapté pour guider l'infirmière dans la recherche des causes de cette détresse émotionnelle. Dans ce modèle, l'agitation est ainsi vue comme une forme de communication inadaptée qui doit être interprétée comme un signe clinique (13) traduisant la souffrance, l'inconfort ou l'inquiétude des personnes qui en souffrent (12) en lien à leur difficulté à exprimer clairement des besoins et par conséquent de les satisfaire (14, 15). Il intègre plusieurs facteurs explicatifs

qui doivent être systématiquement investigués. Premièrement des facteurs contextuels (facteurs neurologiques, cognitifs, état de santé, facteurs psychosociaux tels que personnalité, réponse au stress, etc.) qui interagissent avec des facteurs personnels (émotions, besoins physiologiques, douleurs, etc.) ainsi que l'environnement physique et social dans lequel se trouve la personne. S'il est plus difficile de modifier certains facteurs contextuels par des interventions, il est en revanche plus facile d'intervenir sur les facteurs personnels et situationnels qui précipitent le comportement (9, 12).

## Recommandations de pratique

Les comorbidités fréquemment présentes chez les PAD ainsi que les changements physiologiques induits par l'âge compliquent la prise en soins et doivent inciter à la plus grande prudence en ce qui concerne les interventions médicamenteuses (9, 16, 17). Selon les recommandations suisses (9) et internationales (18), les interventions non pharmacologiques (INP) sont une composante incontournable du traitement des SCPD et devraient toujours être privilégiées ou concomitantes aux interventions pharmacologiques. Ces INP peuvent être regroupées dans huit catégories : interventions sensorielles, environnementales, soins infirmiers et médicaux, contacts sociaux, approches comportementales, formation du personnel, activités structurées, et thérapies combinées (20). Différentes INP se sont développées ces dernières années pour traiter l'agitation et malgré le fait qu'une majorité d'études présentent des limites plus ou moins importantes, elles indiquent l'impact d'un grand nombre d'INP sur la diminution de la fréquence ou de l'intensité des comportements d'agitation et il se dégage que les comportements d'agitation physique sans agressivité et d'agitation verbale seraient plus sensibles aux INP que le comportement d'agitation avec agressivité (19). Cohen-Mansfield (21) rappelle que chaque intervention semble être efficace pour autant qu'elle soit une réponse unique à un besoin d'une personne en fonction de ses capacités, habitudes et préférences. Les interventions sensorielles (toucher, massage, musicothérapie), les activités physiques et récréatives, la réminiscence, l'interaction sociale individualisée, la formation du personnel couplée avec une supervision clinique et les soins centrés sur la personne sont les interventions qui semblent avoir le plus fort impact sur l'agitation (13, 15, 19, 21).



**Daniel Ducreux**

Lausanne

**TAB. 1** Consensus provisoire sur la définition de l'agitation dans le cadre des troubles cognitifs

A. Le patient présente les critères pour un trouble cognitif ou un syndrome démentiel (ex : DTA, DFT, démence à corps de Lewy, démence vasculaire, autres démences, un syndrome de troubles cognitifs pré-démenciels tel que le mild cognitive impairment ou autre trouble cognitif)	
B. Le patient présente au moins un des comportements suivants, qui sont associés avec une détresse émotionnelle observée ou dont l'inférence est évidente (ex : changements rapides de l'humeur, irritabilité, accès de colère). Le comportement est persistant ou fréquemment récurrent pendant au moins deux semaines et représente un changement par rapport au comportement habituel du patient.	a. activité motrice excessive (les exemples incluent : faire les cent pas, se balancer, gesticuler, menacer du doigt, turbulence générale, maniérisme répétitif).
	b. Agressivité verbale (ex : hurler, parler d'une voix excessivement forte, en blasphémant, criant ou vociférant).
	c. Agressivité physique (ex : saisir, bousculer, pousser, résister, frapper les autres, donner des coups de pied à des objets ou des personnes, gratter, mordre, lancer des objets, se frapper soi-même, claquer les portes, arracher les choses et détruire les affaires).
C. Les comportements sont assez graves pour produire une incapacité excessive qui, selon l'opinion du clinicien, va au-delà de celle consécutive aux troubles cognitifs et inclut au moins un des éléments suivants :	a. Des difficultés significatives sur le plan des relations interpersonnelles.
	b. Des difficultés significatives dans d'autres aspects du fonctionnement social.
	c. Des difficultés significatives pour réaliser ou participer aux activités de la vie quotidienne.
D. Alors que des affections comorbides peuvent être présentes, l'agitation n'est pas imputable uniquement à un autre trouble psychiatrique ou somatique, à des conditions de soins sous-optimales, ou aux effets physiologiques d'une substance.	

Traduction libre. Source: Cummings et al. (11)

**Pratique infirmière avancée**

Les soins infirmiers spécialisés jouent un rôle essentiel dans la prise en soins des personnes souffrant d'une démence et l'amélioration de la qualité des soins (22). Plusieurs modèles de rôles infirmiers de pratique avancée ont permis, par ailleurs, d'améliorer l'évolution des patients vivant dans des institutions de long séjour (23). Par exemple celui des „Admiral Nurses“ au Royaume-Uni, qui sont des infirmières spécialisées dans la démence selon un modèle de compétences qui recouvrent plusieurs domaines: l'intervention clinique, le partage de l'information sur les démences et les soins, l'évaluation spécialisée, la priorisation des soins, la promotion de la santé, les soins centrés sur la personne et éthiques, équilibrer les besoins des proches et du patient et promouvoir les pratiques basées sur les preuves (24). En revanche, les soins spécialisés en psychiatrie aiguë de l'âge avancé sont un domaine de spécialisation émergeant pour les infirmiers qui doivent faire face à des situations de soins de plus en plus complexes auprès de personnes âgées souffrant à la fois de morbidités physiques aiguës ou chroniques liées à l'âge et de comorbidités psychiatriques (25) et ce, dans un contexte de crise. Toutes les compétences citées précédemment sont donc nécessaires car, en raison de la complexité des causes des SCPD, et plus spécifiquement de l'agitation, il n'existe pas une solution „tout en un“. Le traitement nécessite une approche standardisée fondée sur les preuves afin d'évaluer et traiter les différents symptômes, analyser attentivement les causes possibles et proposer un traitement qui intègre les interventions non pharmacologiques et pharmacologiques (17). L'infirmière en pratique avancée (PIA) est donc amenée à exercer un rôle central dans les soins aux PAD en partenariat étroit avec l'équipe multidisciplinaire.

**Conclusion**

L'extrême vulnérabilité de certaines personnes âgées démentes dans leur incapacité à satisfaire ou communiquer leurs besoins compromis autrement que par des comportements d'agitation rend leurs soins particulièrement complexes. Les soins infirmiers spécialisés, de par les champs de compétences qu'ils recouvrent, jouent un rôle essentiel dans la réduction de la fréquence et l'inten-

sité de ces comportements d'agitation par des interventions alternatives ou complémentaires aux interventions pharmacologiques. En collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, la PIA doit centrer les soins sur la personne par des interventions ciblant les facteurs induisant l'agitation favorisant ainsi une diminution de la détresse morale dont souffrent ces personnes.

**Daniel Ducraux, Inf. Msc.**<sup>1</sup>

**Claudia Ortoleva Bucher, Inf. Ph. D.(c)**<sup>2,3</sup>

**Pr Diane Morin, Inf. Ph. D.**<sup>2,3</sup>

**Pr Armin von Gunten, MD, M. Phil.**<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Service Universitaire de Psychiatrie de l'Age Avancé (SUPAA), Département de psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) Route du Mont, 1008 Lausanne

<sup>2</sup> Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins (IUFRS) Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) Route du Mont, 1008 Lausanne

<sup>3</sup> Université de Lausanne (UNIL) Biopôle II, Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne

**+** **Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

**Messages à retenir**

- ◆ Des personnes âgées démentes dans leur incapacité à satisfaire ou communiquer leurs besoins sont particulièrement vulnérables
- ◆ Leur comportement d'agitation rend leurs soins particulièrement complexes. Les soins infirmiers spécialisés jouent un rôle essentiel dans la réduction de la fréquence et l'intensité de ces comportements d'agitation
- ◆ Les interventions alternatives ou complémentaires aux interventions pharmacologiques jouent un rôle important dans le traitement
- ◆ La collaboration d'une équipe interdisciplinaire doit centrer les soins sur la personne
- ◆ Cibler les facteurs induisant l'agitation peut souvent diminuer la détresse morale dont souffrent ces patients

**Références:**

1. von Gunten A. Le syndrome démentiel : typologie, sémiologie et approches thérapeutiques. In: Giannakopoulos P, Gaillard M, editors. *Abrégé de Psychiatrie de l'Age Avancé*. Médecine et Hygiène 2010;97-108
2. Ballard C et al. Management of agitation and aggression associated with Alzheimer's disease: Controversies and possible solutions. *Curr Opin Psychiatr* 2009;22(6):532-40
3. Inserm. *Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux*. Rapport2007. Accessible sur: <http://hdl.handle.net/10608/113>
4. International Psychogeriatric Association. *The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Specialist Guide2012*. Accessible sur: <http://www.ipa-online.org/wordpress/publications/guides-to-bpsd/>
5. Landreville P et al. Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. *Edisem/Maloine ed2005*:352
6. Bourque M, Voyer P. La gestion des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence. In: Voyer P, editor. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie Une approche adaptée aux CHSLD*. Saint-Laurent (QC) : Editions du Nouveau Pédagogique Inc 2006:355-74
7. ECOPLAN. *Principes sous-tendant l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de démence : La démence en Suisse : bilan de la situation actuelle*. Berne 2013
8. Soto ME et al. Improving care of older adults with dementia: description of 6299 hospitalizations over 11 years in a special acute care unit. *J Am Med Dir Assoc* 2012;13(5):486.e1-6
9. Savaskan E et al. [Recommendations for diagnosis and therapy of behavioral and psychological symptoms in dementia (BPSD)]. *Praxis* 2014;103(3):135-48
10. Volicer L. Toward Better Terminology of Behavioral Symptoms of Dementia. *J Am Med Dir Assoc* 2012;13(1):3-4
11. Cummings J et al. Agitation in cognitive disorders: International Psychogeriatric Association provisional consensus clinical and research definition. *Int Psychogeriatr* 2015;27(1):7-17
12. Algase DL et al. Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *Am J Alzheimer's Dis Other Demen* 1996;11(6):10-9
13. Bidewell JW, Chang E. Managing dementia agitation in residential aged care. *Dementia* 2011;10(3):299-315
14. Kovach CR et al. A model of consequences of need-driven, dementia-compromised behavior... including commentary by Ellis J. *J Nurs Scholarsh* 2005;37(2):134-40
15. Livingston G et al. Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: Systematic review of randomised controlled trials. *Brit J Psychiatr* 2014;205(6):436-42
16. Adamis D, Ball C. Physical morbidity in elderly psychiatric inpatients: prevalence and possible relations between the major mental disorders and physical illness. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15(3):248-53
17. Kales HC et al. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ* 2015;350:h369
18. Azermai M et al. Systematic appraisal of dementia guidelines for the management of behavioural and psychological symptoms. *Ageing Res Rev* 2012;11(1):78-86
19. Seitz DP et al. Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc* 2012;13(6):503-6.e2
20. Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9(4):361-81
21. Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic treatment of behavioral disorders in dementia. *Curr Treat Options Neurol* 2013;15(6):765-85
22. Griffiths P et al. The role of the dementia specialist nurse in acute care: a scoping review. *J Clin Nurs* 2015;24(9-10):1394-405
23. Bakerjian D. Care of nursing home residents by advanced practice nurses. A review of the literature. *Res Gerontol Nurs* 2008;1(3)
24. Dewing J, Traynor V. Admiral nursing competency project: practice development and action research. *J Clin Nurs* 2005;14(6):695-703
25. Smith M et al. Geropsychiatric inpatient care: what is state of the art. *Issues Ment Health Nurs* 2005;26:11-22