

APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE
ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER

ÉTAT COGNITIF ET COMPORTEMENTAL

AGITATION DANS LES DÉMENCES



AGITATION DANS LES DÉMENCES

DÉFINITIONS

Les troubles de comportement liés à l'atteinte cérébrale dans les démences sont des manifestations observables, potentiellement dangereuses pour la personne ou les autres, qui engendrent du stress ou de la frustration chez la personne ou son entourage. Ils sont considérés comme étant socialement inacceptables. Ces comportements s'ajoutent fréquemment au tableau clinique des déficits cognitifs et perceptuels des démences. L'Association internationale de psychogériatrie suggère d'utiliser l'expression « symptômes psychologiques et comportementaux de la démence » pour désigner cette réalité. L'agitation et l'agressivité dans la démence de type Alzheimer peuvent survenir chez 40 à 60 % des patients selon les milieux de soins. De plus, leur fréquence augmente à mesure que progresse la maladie.

CONSÉQUENCES DES SYMPTÔMES D'AGITATION

Les conséquences des symptômes comportementaux sont considérables puisqu'elles touchent non seulement la personne agitée, mais aussi ses proches, les autres personnes hospitalisées et les soignants. Toutefois, c'est la personne agitée qui en souffrira le plus (contention physique et chimique, déclin de l'autonomie fonctionnelle, anxiété, incontinence urinaire, chutes, rejet de l'entourage, stigmatisation et précipitation de l'institutionnalisation).

MANIFESTATIONS CLINIQUES SELON LA CLASSIFICATION DE L'AGITATION DE COHEN-MANSFIELD Cohen-Mansfield et Billig (1986), Beck et autres (1998)

- **Agitation verbale sans agressivité** : crier (sans contenu hostile), parler constamment, effectuer des demandes répétitives ou émettre des sons répétitifs, marmonner, fredonner sans arrêt.
- **Agitation verbale avec agressivité** : crier ou hurler (avec propos hostiles), menacer, blasphémer, employer un langage hostile ou accusateur envers les autres.
- **Agitation physique sans agressivité** : errer, déambuler, fouiller et s'emparer des objets des autres, uriner ou déféquer dans des endroits inappropriés, cogner des objets sans les briser, manger la nourriture des autres (piger dans l'assiette de l'autre), lancer des objets ou de la nourriture, cracher ses médicaments, avoir des comportements sexuels inappropriés, se déshabiller à répétition.
- **Agitation physique avec agressivité** : pincer, griffer, mordre, cracher sur les autres, frapper, donner des coups de pied, briser ou tordre des objets, bousculer ou empoigner les autres, utiliser un objet pour le lancer ou pour frapper, s'automutiler.

PRINCIPES D'INTERVENTION À RETENIR FACE À L'AGITATION VERBALE ET PSYCHOMOTRICE

- On doit chercher et traiter les causes réversibles de ces symptômes et décoder le message caché derrière le comportement manifesté. Il faut considérer tout comportement agité comme étant l'expression d'un besoin physique ou psychologique non comblé ou d'une douleur non soulagée;
- Les symptômes peu fréquents ou n'entraînant pas de risque ou de détresse (ex. : les gestes répétitifs) peuvent se résorber sans traitement ou être traités par une approche non pharmacologique;
- Les guides de pratique courants recommandent d'employer des approches non pharmacologiques comme traitement de première ligne (ex.: diversion, réminiscence, validation, dosage des stimuli);
- Certains comportements ne répondent pas à la pharmacothérapie : errance, fugue, cris et mouvements répétitifs, amassement pathologique, oralité, comportements d'élimination inappropriés, comportements d'habillement inappropriés. Dans ces cas-là, l'approche non pharmacologique est à privilégier;
- L'approche pharmacologique devrait être réservée aux situations où la détresse du patient et le risque pour le patient ou l'entourage est élevé (quand le seuil de gravité, de détresse, d'incapacité fonctionnelle secondaire, d'interférence avec les soins et de dangerosité est dépassé);
- Il vaut mieux se limiter à un essai pharmacologique à la fois de manière à optimiser la dose et la durée du traitement avant de changer, en commençant par une faible dose, puis en l'augmentant graduellement (start low, go slow) tout en visant une dose d'entretien stable afin d'éviter les PRN;
- L'utilisation de neuroleptiques devrait être révisée aux 3 mois. Une tentative de sevrage devrait aussi être entreprise;
- Les contentions physiques sont peu efficaces et en général, elles accentuent les symptômes. Elles constituent des mesures de dernier recours.

ÉVALUATION CLINIQUE SYSTÉMATIQUE (INITIALE)

Dépistage et prévention de l'agitation chez la clientèle âgée atteinte de démence.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Maladies entraînant des atteintes cognitives et perceptuelles**
 - » Démences de toute nature;
 - » Delirium (cf. annexe 1);
 - » Accident vasculaire cérébral;
 - » Maladie psychiatrique fonctionnelle;
 - » Tout problème entraînant une perturbation des fonctions cérébrales (ex. : maladies aiguës, abus d'alcool, drogues, etc.).
- **Niveau de fonctionnement dans les AVQ avant et depuis l'hospitalisation** (ex : seul; supervision ou encadrement, aide partielle, aide totale).
 - » Fonctionnement cognitif de la personne avant et depuis l'hospitalisation (cf. annexe 2)
 - » État de conscience, attention, langage;
 - » Orientation spatiale, temporelle et à la personne;
 - » Mémoire à court et à long terme;
 - » Compréhension des consignes.
- **Principaux symptômes comportementaux manifestés par la personne ainsi que le type d'agitation** (cf. page d'introduction du présent document) cf. annexe 3
- **Principaux éléments déclencheurs pouvant exacerber les comportements d'agitation**
 - » Approche non adaptée aux capacités cognitives de la personne;
 - » Absence de structure ou de routine quotidienne;
 - » Besoins physiques de base non satisfaits (ex. : éliminer, boire, manger);
 - » Douleur aiguë ou chronique non soulagée;
 - » Besoins psychologiques de base non satisfaits (sécurité, vie sociale et récréative, etc.);
 - » Surcharge sensorielle (ex. : bruit, éclairage, va-et-vient, etc.);
 - » Dysfonction visuelle ou auditive non traitée;
 - » Changement d'environnement ou environnement sans repères temporo-spatiaux;
 - » Inactivité physique;
 - » Pathologie médicale non traitée (ex. : infection urinaire, pulmonaire, dentaire);
 - » Effet secondaire d'un médicament ou sevrage d'un médicament.
- **Principaux contextes de soins qui produisent de l'agitation**
 - » Hygiène corporelle;
 - » Soins d'incontinence (ex. : baisser la culotte ou changement de la culotte d'incontinence);
 - » Déshabillage au coucher;
 - » Soins buccaux;
 - » Traitements pouvant être perçus comme invasifs (ex. : ponction, soluté, sonde, drains, suppositoire, prise de température rectale, prise de pression artérielle, etc.);
 - » Changements de quart de travail du personnel;
 - » Syndrome crépusculaire.
- **Paramètres physiologiques**
 - » ↑Fréquence respiratoire;
 - » ↑Fréquence cardiaque et tension artérielle;
 - » ↑Dilatation des pupilles;
 - » ↑Contractions musculaires.

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Traits de personnalité dominants connus de la personne**
 - » Anxieux, autoritaire, méfiant, passif, dépendant, etc.
- **Mécanismes d'adaptation antérieurs utilisés par la personne lorsque celle-ci vivait des changements, pertes ou difficultés**
 - » Dressait la liste des avantages et des inconvénients;
 - » Suivait les conseils de son conjoint;
 - » Évitaient de parler du problème, autres.
- **Données biographiques minimales de la personne (qui seront réutilisées au moment de faire de la diversion)**
 - » Lieu de naissance;
 - » Principal emploi ou occupation à la maison;
 - » Statut social, conjoint, enfant;
 - » Principaux centres d'intérêt, passe-temps, etc.

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX

- **Environnement sécuritaire pour la personne agitée. Une attention particulière doit être portée aux différents risques**
 - » Blessure au lit;
 - » Chutes;
 - » Désorientation;
 - » Blessures physiques en cas d'agression;
 - » Surveillance lorsqu'en dernier recours, on a dû employer la contention physique.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Investigation spécifique dans le but d'éliminer des pathologies médicales aiguës ou des effets secondaires de la médication (ex. : acathisie secondaire aux neuroleptiques) ou sevrage de la médication pouvant contribuer à l'agitation. Signes vitaux, effets secondaires ou extrapyramidaux**
- **Mise en place des mécanismes d'adaptation de la personne**
 - » Tenter de reproduire l'habitude de vie pour l'AVQ qui pose problème;
 - » Remettre en place les modes d'adaptation utilisés autrefois par la personne;
 - » Utiliser les données biographiques significatives pour le soin qui cause de l'agitation chez la personne.
- **Satisfaction des besoins physiques de base**
 - » Décoder les besoins de base exprimés à travers les comportements et les réactions de la personne en suivant ces paramètres;
 - » Envisager comme première hypothèse, lorsque la personne s'agite, de vérifier la satisfaction des besoins comme uriner, boire, manger, marcher et se reposer.
- **Soulagement de la douleur chronique connue**
 - » Regrouper les soins et les traitements et au besoin, offrir une médication pour soulager la douleur;
 - » Porter attention à la douleur chronique qui est rarement dépistée chez la personne âgée et atteinte de déficits cognitifs.
- **Prévention de l'opposition (ou de l'interférence) aux traitements**
 - » Évaluer régulièrement la pertinence des traitements, surtout ceux qui sont douloureux ou inconfortables;
 - » Garder la personne agitée constamment à vue;
 - » Visiter la personne à intervalles réguliers de 15 à 30 minutes, si sa chambre est éloignée;
 - » Intégrer les proches dans les activités de surveillance;
 - » Vérifier régulièrement l'adaptation des paramètres de ventilation aux besoins de la personne afin d'éviter les problèmes de comportement causés par une mauvaise oxygénation;
 - » Préférer si possible l'utilisation de cathéters intermittents;
 - » Limiter le nombre de tubulures, de drains, de sondes et les camoufler;
 - » Placer des bandages de protection sur les pansements, les drains, les sondes, etc.;
 - » Fixer adéquatement les cathéters, les sondes de manière à diminuer l'inconfort ou la douleur;
 - » Détourner l'attention afin de faciliter la réalisation d'un traitement désagréable pour la personne agitée (le but étant de lui faire oublier le traitement);
 - » Faire participer la personne à la réalisation du traitement, en lui demandant de tenir une débarbouillette, etc. (le but étant d'occuper ses mains).

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX

- **Approche de base auprès de la personne agitée**
 - » Commencer la conversation en appelant la personne par son nom et en se nommant;
 - » Utiliser un ton de voix doux et rassurant;
 - » Employer des gestes, des mimiques et des démonstrations pour se faire comprendre;
 - » Se servir de phrases courtes, simples et concrètes;
 - » Parler lentement et prononcer les mots clairement;
 - » Donner une consigne à la fois et attendre la réaction;
 - » Intervenir précocement en cas de situation problématique avant que celle-ci dégénère en crise;
 - » Tenter de tenir le patient à l'écart des situations et des individus susceptibles de provoquer des comportements perturbateurs;
 - » Aborder la personne de face, lentement et calmement, annoncer ses intentions;
 - » Faire usage du toucher de manière judicieuse;
 - » Adopter des attitudes non menaçantes;
 - » Distraire la personne, changer d'activité;
 - » Favoriser une ambiance calme et apaisante;
 - » Éviter de tenter de la raisonner pendant qu'elle est agitée.

- **Satisfaction des besoins psychologiques de base**
 - » Envisager comme première hypothèse, lorsque la personne s'agite, de vérifier la satisfaction de ses besoins comme se sentir en sécurité, communiquer avec autrui, être utile.

- **Prévention de la surcharge sensorielle**
 - » Demander aux autres personnes d'utiliser des écouteurs pour la télé;
 - » Rappeler aux visiteurs l'importance de réduire les bruits (besoin de repos ou de sommeil réparateur);
 - » Parler moins fort ou chuchoter dans les corridors;
 - » Utiliser des chaussures adaptées à semelles caoutchoutées;
 - » Rappeler au personnel de parler à voix basse au poste;
 - » Éviter un trop grand nombre de visiteurs à la fois;
 - » Éliminer les sources de bruit inattendu et irritant : alarmes de pompe, interphone, appareils lourds et bruyants, téléphones, pagettes, etc.;
 - » S'assurer d'un niveau confortable de luminosité et de température ambiante.

- **Prévention de la privation sensorielle**
 - » Introduire dans les soins des activités d'orientation à la réalité : « Bonjour, je m'appelle Johanne, je suis votre infirmière ce soir, dans l'unité de cardiologie, à l'hôpital Bellerive... »;
 - » Inclure dans les soins des activités de réminiscence (ex. : des souvenirs positifs du passé);
 - » Intégrer dans les soins des activités de stimulation sensorielle adaptées à l'individu (ex. : massage, musique...).

- **Notes biographiques**
 - » Incrire dans le PTI les renseignements significatifs afin de pouvoir détourner habilement l'attention de la personne lorsque ce sera nécessaire (ex. : lui parler de son ancien métier).

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX

- **Environnement sécuritaire**
 - » Se servir de détecteurs de mouvement (tout en sachant que les détecteurs sonores peuvent paradoxalement augmenter l'agitation);
 - » Utiliser les demi-ridelles pour faciliter le transfert au lit;
 - » Installer des barres d'appui;
 - » Maintenir le lit à une hauteur optimale, selon la taille de la personne;
 - » S'assurer de moyens permettant d'éviter les fugues (ex. : porte à code, bracelet...);
 - » Prévoir des chambres sécuritaires pour une personne permettant un retrait en cas de trop grande agitation ou agitation avec agressivité;
 - » Se référer au protocole standardisé et sécuritaire d'utilisation des contentions.
- **Environnement stimulant sans surcharge sensorielle**
 - » Libérer les espaces de circulation, déplacer doucement le matériel bruyant, bien huiler les roues des appareils et des chariots;
 - » Mettre les alarmes sur le mode vibration;
 - » Réduire la sonnerie du téléphone, du télécopieur;
 - » Réduire le son des cloches d'appels
 - » Dégager un côté du corridor de manière à pouvoir y circuler de façon sécuritaire;
 - » Utiliser des indices visuels favorisant l'orientation afin de réduire l'errance;
 - » Maintenir des routines de vie prévisibles et ressemblant le plus possible à celles de la maison;
 - » Personnaliser l'espace de vie du patient.

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

DIMINUTION DE L'AGITATION?

OUI



NON

Poursuivre ces interventions et noter les résultats. Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.

ALERTE : faire appel à l'équipe multiprofessionnelle et passer au **PALIER SPÉCIFIQUE**.

ÉVALUATION CLINIQUE SPÉCIFIQUE

Évaluation par les membres de l'équipe multiprofessionnelle en collaboration avec l'équipe soignante.

ÉVALUATION CLINIQUE

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Grille d'observation clinique pendant 48 à 72 heures consécutives (cf. annexe 4)**
 - » Observation se fait (jour-soir-nuit) même si le comportement ne se manifeste pas à tous les quarts de travail;
 - » Observation de la personne effectuée par tous les soignants qui la côtoient afin de leur permettre de noter :
 - » Nature du comportement et catégorie d'agitation;
 - » Moment où se manifestent les comportements et fréquence;
 - » Éléments déclencheurs;
 - » Contexte de soins;
 - » Environnement humain et physique;
 - » Interventions bénéfiques;
 - » Interventions non bénéfiques.
- **Échelles de cotation des symptômes : CMAI (cf. annexe 1)**
- **Rencontre en équipe de soins**
 - » Présentation de l'analyse de la Grille d'observation clinique à l'équipe de soins;
 - » Échange des trucs et des interventions bénéfiques;
 - » Élaboration du plan d'interventions et inscription au PTI.

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX

- **Dépistage des signes avant-coureurs de l'agressivité**
 - » Noter l'heure de la crise d'agitation afin d'intervenir 30 à 40 minutes avant le déclenchement d'une prochaine crise;
 - » Reconnaître les signes avant-coureurs de la crise d'agitation (ex. : parle fort, bougonne, fait des menaces verbales, etc.);
 - » Porter attention à la personne victime de cette agressivité.
- **Dépistage des signes avant-coureurs du syndrome crépusculaire**
 - » Vérifier l'heure à laquelle la personne cherche davantage à partir (très souvent les personnes commencent à s'agiter aux mêmes heures, d'une journée à l'autre);
 - » Rechercher les signes avant-coureurs d'une escalade d'agitation (ex. : marche de plus en plus, marmonne ou parle plus fort, circule près de la sortie, essaie d'ouvrir la porte ou demande aux passants de l'aider, semble chercher quelque chose, hausse le ton avec les autres personnes).

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

En plus des éléments de l'intervention systématique, entreprendre les actions suivantes et assurer l'application des recommandations formulées par les membres de l'équipe multiprofessionnelle.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Poursuivre les interventions ayant pour but de combler les besoins physiques de base et de soulager la douleur**
- **Envisager les approches pharmacologiques (cf. annexes 5 et 6)**

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX

- **Approches non pharmacologiques dans le traitement de l'agitation-agressivité de la démence**
 - » Présence familiale simulée;
 - » Relaxation;
 - » Interaction sociale structurée avec validation;
 - » Musique personnalisée;
 - » Activités de loisir planifiées;
 - » Activité physique et programme de marche;
 - » Aromathérapie avec huile de lavande ou huile de mélisse;
 - » Approche spécialisée : thérapie comportementale, multi sensorielle, réminiscence et validation.
- **Si la personne crie**
 - » Répondre aux besoins physiques et psychologiques de base;
 - » Vérifier la présence d'inconfort ou de douleur;
 - » Rassurer la personne en demeurant à ses côtés quelques minutes;
 - » Demander aux proches de lui tenir la main et de lui parler doucement;
 - » Placer la personne devant une fenêtre pour la distraire sans la sur stimuler;
 - » Lui procurer un objet doux à serrer dans ses bras;
 - » Utiliser des techniques de présence simulée (telles que l'enregistrement de la voix d'un être cher);
 - » Isoler en dernier recours la personne dans un endroit calme qui n'est pas dépourvu de stimulation sensorielle.
- **En cas d'épisodes d'errance avec ou sans comportement de fouille**
 - » Comprendre que l'errance est souvent l'expression d'une insécurité, de l'ennui ou d'un besoin physique non comblé;
 - » Aménager à l'intention de la personne un horaire régulier d'alimentation, d'hydratation et d'élimination;
 - » Prévoir et offrir un programme d'activités compatible avec les centres d'intérêt de la personne;
 - » Noter l'heure du début et de la fin de l'errance;
 - » Observer le type d'errance (ex. : trajet, circuit, cherche à s'occuper, entre dans les chambres des autres, fouille dans les objets des autres, cherche à partir);
 - » Amener la personne au poste et l'occuper à de petites tâches répétitives et significatives (ex. : classer des feuilles, plier des serviettes...);
 - » Marcher avec la personne dans le corridor en lui tenant la main afin de la sécuriser;
 - » Inviter les proches à marcher avec la personne;
 - » Avoir recours à des barrières visuelles (ex. : camoufler les portes et les poignées) pour décourager les personnes d'entrer dans les chambres des autres;
 - » Rendre l'environnement sécuritaire (ex. : aucun plancher glissant, pas d'encombrement dans les corridors, portes codées);
 - » Placer sous clé les objets que l'on désire éviter d'égarer.

- **En cas d'errance nocturne**
 - » Remplir une grille du sommeil pendant 48 heures consécutives (cf. fiche insomnie);
 - » Amener la personne à la chambre, lui proposer de se coucher un petit instant, demeurer auprès d'elle, de 10 à 15 minutes, le temps qu'elle s'endorme;
 - » Conduire la personne à la toilette, si elle urine, la ramener à la chambre;
 - » Donner une collation substantielle (ex. : sandwich avec lait) pour induire le sommeil;
 - » Conduire la personne à sa chambre, demeurer avec elle et lui dire de fermer les yeux;
 - » Faire participer la personne aux tâches répétitives (ex. : pousser le chariot);
 - » Permettre à la personne de dormir au salon dans un fauteuil confortable avec couverture et oreiller;
 - » Éviter de laisser la personne circuler seule la nuit, car cela cause souvent de l'anxiété et par conséquent, réveille souvent les autres personnes hospitalisées;
 - » Éviter de lui dire qu'elle dérange les autres, lui indiquer par un geste de garder le silence;
 - » Installer confortablement la personne dans un fauteuil ou au lit dès que les paupières se ferment;
 - » Coucher la personne tout habillée si elle refuse de se déshabiller;
 - » Prévoir durant la journée des périodes de repos ne dépassant pas 2 heures;
 - » Planifier de préférence en avant-midi ou en début d'après-midi, une marche à l'extérieur avec les proches afin de dépenser son énergie et ainsi faciliter le sommeil;
 - » Utiliser le bracelet anti-fugue ou le détecteur de mouvements installé sous le lit.

- **Si la personne présente un syndrome crépusculaire avec un désir incontrôlable de fuguer**
 - » Avoir recours, si possible, à un environnement sécuritaire avec porte codée;
 - » Utiliser si possible le bracelet anti-fugue;
 - » Ranger les vêtements personnels à un endroit difficile d'accès pour décourager le départ de la personne;
 - » Détourner l'attention en lui proposant une activité significative et agréable ou en lui parlant de souvenirs anciens ou en l'amenant avec nous pour effectuer une tâche répétitive, afin de l'éloigner de la porte et lui changer les idées;
 - » Diminuer les stimuli dans l'environnement (bruit, musique, éclairage...);
 - » L'amener dans sa chambre (↓ des stimuli) et lui proposer une activité significative;
 - » Simplifier les routines de fin d'après-midi et de soirée;
 - » Utiliser des techniques de relaxation;
 - » Décaler les changements d'horaire du personnel afin de favoriser une adaptation progressive;
 - » Éviter de placer la personne près des portes de sortie les plus utilisées;
 - » Offrir une routine stable d'exercices diurnes;
 - » Assurer un niveau de luminosité diurne adéquat et renforcer les synchroniseurs.

- **Si la personne fait preuve d'agressivité verbale ou physique**
 - » Utiliser des consignes simples et courtes;
 - » Bouger lentement, éviter d'agiter les bras, les mains, etc.;
 - » Demeurer calme en tout temps en prenant conscience de ses propres émotions et réactions;
 - » Laisser une distance de 46 cm à 76 cm (une longueur de bras) entre la personne agressive et vous (ce qui permet de respecter son espace vital et de ne pas être frappé);
 - » Éviter de tourner le dos à la personne;
 - » Approcher la personne à un angle de 45 degrés du côté faible ou non dominant;
 - » Éviter de reculer si vous êtes trop proche de la personne, effectuer plutôt des pas en biais, de manière à faire marche arrière sans en avoir l'air;
 - » Détourner l'attention en évoquant un souvenir ancien significatif ou en lui proposant une activité significative et agréable ou une collation;
 - » Diminuer les stimuli dans l'environnement : bruit, musique, télévision;
 - » Tenter de faire marcher la personne vers un endroit calme;
 - » Éloigner les autres personnes hospitalisées de la situation conflictuelle;
 - » Éviter d'utiliser le mot « pourquoi », car cela est très difficile à comprendre pour une personne avec des atteintes cognitives.

- **Si la personne manifeste de la résistance ou de l'agressivité lors des soins d'hygiène**

- » Lorsque la personne refuse de se laver, attendre un peu et lui proposer plutôt des soins de beauté au lieu de parler de se laver ou lui proposer cette activité plus tard;
- » Aborder la personne avec le sourire en lui parlant d'un sujet qui fait appel à ses souvenirs anciens et significatifs, tout en l'amenant tranquillement à accomplir la tâche;
- » Connaître les habitudes d'hygiène et tenter de les reproduire;
- » Diminuer les bruits et l'éclairage dans la salle de bain, vérifier la température de l'eau, éviter de mettre trop d'eau. Réchauffer la pièce AVANT le soin d'hygiène. Les personnes âgées sont plus sensibles au froid;
- » Se centrer sur les réactions de la personne et porter attention aux plaintes : si elle a froid, déposer une serviette sur les épaules,
- » Réduire le temps où elle est dévêtue, car ceci cause de l'agitation (pudeur, froid);
- » Laisser la personne porter une chemise d'hôpital tout au long des soins d'hygiène, laver sous la chemise et au besoin, ajouter une serviette sur les épaules;
- » Écourter le temps de l'hygiène, faire vite tout en demeurant calme et en ayant des gestes doux pour la laver (15 minutes);
- » Dire : « c'est presque fini, dans deux petites minutes » dès que la personne montre des signes d'impatience;
- » Faire une diversion à deux soignants : l'un parle, l'autre lave en silence;
- » Commencer par laver les pieds, les jambes, les cuisses, puis nettoyer les bras, le thorax, le dos. Terminer par la zone génitale et la tête, les zones les plus susceptibles de provoquer le sentiment d'être agressé;
- » Laver les organes génitaux au changement de culotte d'incontinence le matin et considérer cela comme faisant partie de la toilette matinale;
- » Éviter de frotter la peau, déposer la débarbouillette humide sur la peau et masser délicatement avec des gestes circulaires;
- » Encourager la personne à se laver les mains, le visage (incapable de faire deux choses à la fois : se laver et frapper), lui demander de se laver les mains avec une débarbouillette, etc.;
- » Terminer le bain par le lavage de la tête, car cela provoque très souvent de l'agitation;
- » Utiliser un pichet d'eau tiède pour arroser la tête ou se servir d'une débarbouillette bien mouillée pour les cheveux très courts;
- » Employer un shampoing ne nécessitant pas de rinçage, si c'est trop difficile de se servir du pichet d'eau;
- » Utiliser la diversion pendant l'hygiène, en lui parlant de souvenirs anciens significatifs, en fredonnant une vieille chanson, utiliser un ton de voix ferme, plus bas que le sien et non menaçant;
- » Éviter l'argumentation, la confrontation;
- » Respecter l'intimité de la personne en évitant qu'elle soit nue durant l'hygiène (ex. : mettre une serviette sur les épaules);
- » Faire jouer une musique correspondant aux goûts du patient lors des soins d'hygiène.

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

DIMINUTION DE L'AGITATION?

OUI



NON

Poursuivre ces interventions et noter les résultats. Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.

- » **CE PROBLÈME S'INSCRIT-IL DANS UNE PLURIPATHOLOGIE?**
- » **Y A-T-IL UNE COMPLEXITÉ ÉLEVÉE?**
- » **EST-CE LE MOMENT DE FAIRE APPEL À L'EXPERTISE DE LA GÉRIATRIE?**

» **ALERTE** : faire appel à l'équipe spécialisée et passer au **PALIER SPÉCIALISÉ**.

ÉVALUATION CLINIQUE SPÉCIALISÉE

Évaluation par l'équipe spécialisée lorsque la personne présente un niveau élevé d'agressivité ou une vive agitation (infirmière-conseil en gérontopsychiatrie, gérontopsychiatre, etc.) en collaboration avec l'équipe multiprofessionnelle et l'équipe soignante.

- **Consultations auprès des spécialistes pour les situations complexes ayant souvent plusieurs facteurs étiologiques.**
- **Surveillance de la réponse bénéfique, des risques et des effets secondaires des antipsychotiques et autres psychotropes utilisés dans la gestion des symptômes de vive agitation (annexes 5 et 6) : médication psychotrope, indication, effets secondaires fréquents, activités de surveillance).**

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

En plus d'assurer l'application des éléments pertinents de l'intervention spécifique, entreprendre les actions suivantes et assurer l'application des recommandations formulées par les membres de l'équipe spécialisée.

- **Surveillance des recommandations de l'équipe spécialisée.**
- **Suivi et surtout, continuité pour tous les quarts de travail.**

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

DIMINUTION DE L'AGITATION?

OUI

Poursuivre ces interventions et noter les résultats.
Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.



NON

Le médecin traitant, les consultants et les intervenants concernés de près devront envisager des mesures palliatives adaptées pour le long terme (PII).

AUTEURS

MONIQUE BOURQUE, INF., M.A.

Conseillère clinicienne en soins infirmiers, Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Conseillère clinicienne en soins infirmiers gériatriques, Centre d'expertise en santé de Sherbrooke

Professeure associée, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

MARIE-JEANNE KERGOAT, M.D., CCFP, FCFP, CSPQ

Géiatre

Chef du Département de médecine spécialisée

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Directrice du programme réseau de résidence en gériatrie du Québec

Professeure titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal

Chercheuse, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

MARIE-ANDRÉE BRUNEAU, MD, MSC, FRCPC

Psychiatre

Membre du Département de médecine spécialisée, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Membre associée, Département de psychiatrie, Centre hospitalier de l'université de Montréal

Professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie, Université de Montréal

Chercheuse associée, Centre de recherche de l'Institut universitaire de Montréal

SUZANNE GILBERT, B.PHARM., M.SC., MAP

Chef du département de pharmacie, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Clinicienne associée, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

LINDA THIBEAULT, INF., M.SC.

Diplôme de deuxième cycle en études interdisciplinaires sur la mort

Conseillère en soins spécialisés en gérontopsychiatrie

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

DIANE BOYER, M.SC. (PS-ÉD), MAP

Coordonnatrice, projet « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier »,

Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke,

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Coordonnatrice promotion de la santé et transfert des connaissances,

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie est classée par ordre alphabétique d'auteurs. Elle comprend les références des documents qui ont inspiré la réflexion des membres du groupe et ont abouti à la création de cette fiche thématique sur la prévention de l'agitation dans les démences.

La bibliographie a été réalisée à partir d'une sélection d'ouvrages, d'articles, de rapports (résultats d'études d'instituts de recherche...).

La recherche de données probantes a été privilégiée.

Algase, D. L., Beattie, E. R. A., & Therrien, B. (2001). Impact of cognitive impairment on wandering behavior. *Western Journal of Nursing Research*, 23(3), 283-295.

Algase, D.L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K., et al. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior : an alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 11(6), 10.

Barrick, A. L., Rader, J., & Medina, D. (2002). General guidelines for bathing persons with dementia. In A. L. Barrick, J. Rader, B. Hoeffler & P. D. Sloane (Eds.), *Bathing without a battle : personal care of individuals with dementia* (p. 11-15). New York: Springer.

Beck, C. K., Vogelpohl, T. S., Rasin, J. H., Uriri, J. T., O'Sullivan, P., Walls, R., et al. (2002). Effects of behavioral interventions on disruptive behavior and affect in demented nursing home residents. *Nursing Research*, 51(4), 219-228.

Bourque, M., & Voyer, P. (2006). La gestion des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD* (p. 355-374). Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique.

Buckwalter, K. C., Stolley, J. M., & Farran, C. J. (1999). Managing cognitive impairment in the elderly : conceptual, intervention and methodological issues. *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 6(10), 16p.

Burgio, L. (1996). Direct observation of behavioral disturbances of dementia and their environmental context. *International Psychogeriatrics*, 8, 343-346.

Burgio, L., Scilley, K., Hardin, J. M., Hsu, C., & Yancey, J. (1996). Environmental "white noise" : an intervention for verbally agitated nursing home residents. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 51B(6), P364-373.

Burns, A., Byrne, J., Ballard, C., & Holmes, C. (2002). Sensory stimulation in dementia. *BMJ*, 325(7376), 1312-1313.

Cohen-Mansfield, J. (1986). Agitated behaviors in the elderly. II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34(10), 722-727.

Cohen-Mansfield, J. (2000). Theoretical frameworks for behavioral problems in dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, 1(4), 8-21.

Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia : a review, summary, and critique. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(4), 361-381.

Cohen-Mansfield, J., & Billig, N. (1986). Agitated behaviors in the elderly. I. A conceptual review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34(10), 711-721.

Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Werner, P. (1992). Observational data on time use and behavior problems in the nursing home. *Journal of Applied Gerontology*, 11(1), 111-121.

Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Werner, P. (1993). Restraining cognitively impaired nursing home residents. *Nursing Management*, 24(9), 112Q-R, 112T, 112V-W.

Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1997). Typology of disruptive vocalizations in older persons suffering from dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(11), 1079-1091.

Crooks, E. A., & Geldmacher, D. S. (2004). Interdisciplinary approaches to Alzheimer's disease management. *Clinics in Geriatric Medicine*, 20(1), 121-139.

Dewing, J. (2000). Sundowning : is it a syndrome? *Journal of Dementia Care*, 8(6), 33-36.

Dougherty, J., & Long, C. O. (2003). Techniques for bathing without a battle. *Home Healthcare Nurse*, 21(1), 38-39.

Draper, B., Snowdon, J., Meares, S., Turner, J., Gonski, P., McMinn, B., et al. (2000). Case-controlled study of nursing home residents referred for treatment of vocally disruptive behavior. *International Psychogeriatrics*, 12(3), 333-344.

Eriksson, S. (2000). Impact of the environment on behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 12(Suppl S1), 89-91.

Eustace, A., Coen, R., Walsh, C., Cunningham, C. J., Walsh, J. B., Coakley, D., et al. (2002). A longitudinal evaluation of behavioural and psychological symptoms of probable Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(10), 968-973.

Feldt, K. S., Warne, M. A., & Ryden, M. B. (1998). Examining pain in aggressive cognitively impaired older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 24(11), 14-22.

Forbes, D. A. (1998). Strategies for managing behavioural symptomatology associated with dementia of the Alzheimer type : a systematic overview. *Canadian Journal of Nursing Research*, 30(2), 67-86.

Herrmann, N. (2001). Recommendations for the management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 28 Suppl 1, S96-107.

Hope, T., Keene, J., McShane, R. H., Fairburn, C. G., Gedling, K., & Jacoby, R. (2001). Wandering in dementia : a longitudinal study. *International Psychogeriatrics*, 13(2), 137-147.

International psychogeriatric association. (2003). *Behavioral and psychological symptoms of dementia educational pack* (2 ed.). En ligne. Skokie: IPA, 182 p. <http://www.ipa-online.org/ipaonlinev3/ipaprograms/bpsdarchives/bpsdrev/toc.asp> (Consulté le 22 juillet 2010)

Kiely, D. K., Morris, J. N., & Algase, D. L. (2000). Resident characteristics associated with wandering in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(11), 1013-1020.

Kolanowski, A. M., Richards, K. C., & Sullivan, S. C. (2002). Derivation of an intervention for need-driven behavior : activity preferences of persons with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(10), 12-15.

Kovach, C. R., Taneli, Y., Doheartly, P., Schlidt, A. M., Cashin, S., & Silva-Smith, A. L. (2004). Effect of the BACE intervention on agitation of people with dementia... Balancing Arousal Controls Excesses. *Gerontologist*, 44(6), 797-806.

Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., & Voyer, P. (2005). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Acton Vale: Edisem, 352 p.

Lai, C. K. Y., & Arthur, D. G. (2003). Wandering behaviour in people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 44(2), 173-182.

- Low, L. F., Brodaty, H., & Draper, B. (2002). A study of premorbid personality and behavioural and psychological symptoms of dementia in nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(8), 779-783.
- Matteau, E., Landreville, P., Laplante, L., & Laplante, C. (2003). Disruptive vocalizations : a means to communicate in dementia? *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 18(3), 147-153.
- Mickus, M. A., Wagenaar, D. B., Averill, M., Colenda, C. C., Gardiner, J., & Luo, Z. (2002). Developing effective bathing strategies for reducing problematic behavior for residents with dementia : the PRIDE approach. *Journal of Mental Health & Aging*, 8(1), 37-43.
- Moniz-Cook, E., Agar, S., Silver, M., Woods, R., Wang, M., Elston, C., et al. (1998). Can staff training reduce behavioural problems in residential care for the elderly mentally ill? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(3), 149-158.
- Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry, Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., & Lyketsos, C. G. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 1996-2021.
- Phaneuf, M. (2007). *La maladie d'Alzheimer : le vieillissement perturbé* (2 ed.). Montréal: Chenelière Éducation, 416 p.
- Rousseau, T. (2000). La présence d'une personne significative et le syndrome des états crépusculaires. *L'infirmière du Québec*, 7(6), 42-45.
- Shinoda-Tagawa, T., Leonard, R., Pontikas, J., McDonough, J. E., Allen, D., & Dreyer, P. I. (2004). Resident-to-resident violent incidents in nursing homes. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 291(5), 591-598.
- Silverstein, N. M., & Flaherty, G. (2003). Dementia and wandering behaviour in long-term care facilities. *Geriatrics & aging*, 6(1), 47-52.
- Sloane, P. D., Davidson, S., Buckwalter, K., Lindsey, B. A., Ayers, S., Lenker, V., et al. (1997). Management of the patient with disruptive vocalization. *Gerontologist*, 37(5), 675-682.
- Taylor, J. L., Friedman, L., Sheikh, J., & Yesavage, J. A. (1997). Assessment and management of "sundowning" phenomena. *Seminars in clinical neuropsychiatry*, 2(2), 113-122.
- UK and Ireland Group for Optimization of Management in dementia, Howard, R., Ballard, C., O'Brien, J., & Burns, A. (2001). Guidelines for the management of agitation in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(7), 714-717.
- Volicer, L., Harper, D. G., Manning, B. C., Goldstein, R., & Satlin, A. (2001). Sundowning and circadian rhythms in Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 158(5), 704-711.
- Voyer, P. (2005). Milieux de soins et symptômes comportementaux de la démence. In P. Landreville, F. Rousseau, J. Vézina & P. Voyer (Eds.), *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* (p. 309-343). Acton Vale: Edisem.
- Werner, P., Tabak, N., Alpert, R., & Bergman, R. (2002). Interventions used by nursing staff members with psychogeriatric patients resisting care. *International Journal of Nursing Studies*, 39(4), 461-467.
- Wiener, P. K., Kiosses, D. N., Klimstra, S., Murphy, C., & Alexopoulos, G. S. (2001). A short-term inpatient program for agitated demented nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(9), 866-872.
- Zeisel, J., Silverstein, N. M., Hyde, J., Levkoff, S., Lawton, M. P., & Holmes, W. (2003). Environmental correlates to behavioral health outcomes in Alzheimer's special care units. *Gerontologist*, 43(5), 697-711.

ANNEXE 1

Le CAM (*Confusion Assessment Method*)

Début soudain

- 1) Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient de son état habituel?

Inattention*

- 2) A. Est-ce que le patient avait de la difficulté à focaliser son attention, par exemple être facilement distrait ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit?
- Pas présent à aucun moment lors de l'entrevue.
 - Présent à un moment donné lors de l'entrevue, mais de façon légère.
 - Présent à un moment donné lors de l'entrevue, de façon marquée.
 - Incertain.
- B. (Si présent ou anormal) Est-ce que ce comportement a fluctué lors de l'entrevue, c'est-à-dire qu'il a eu tendance à être présent ou absent ou à augmenter et diminuer en intensité?
- Oui.
 - Non.
 - Incertain.
 - Ne s'applique pas.
- C. (Si présent ou anormal) Prière de décrire ce comportement:

Désorganisation de la pensée

- 3) Est-ce que la pensée du patient était désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague ou illogique des idées, ou passer d'un sujet à un autre de façon imprévisible?

Altération de l'état de conscience

- 4) En général, comment évalueriez-vous l'état de conscience de ce patient?
- Alerté (normal).
 - Vigilant (hyper alerte, excessivement sensible aux stimuli de l'environnement, sursaute très facilement).
 - Léthargique (sommolent, se réveille facilement).
 - Stupeur (difficile à réveiller).
 - Coma (impossible à réveiller).
 - Incertain.

Désorientation

- 5) Est-ce que le patient a été désorienté à un certain moment lors de l'entrevue, tel que penser qu'il ou qu'elle était ailleurs qu'à l'hôpital, utiliser le mauvais lit, ou se tromper concernant le moment de la journée?

Troubles mnésiques

- 6) Est-ce que le patient a démontré des problèmes de mémoire lors de l'entrevue, tels qu'être incapable de se souvenir des événements à l'hôpital ou difficulté à se rappeler des consignes?

Anomalies de perception

- 7) Est-ce qu'il y avait évidence de troubles perceptuels chez le patient, par exemple hallucinations, illusions, ou erreurs d'interprétation (tels que penser que quelque chose avait bougé alors que ce n'était pas le cas)?

Agitation psychomotrice

- 8) Partie 1.
À un moment donné lors de l'entrevue, est-ce que le patient a eu une augmentation inhabituelle de son activité motrice, telle que ne pas tenir en place, se tortiller ou gratter les draps, taper des doigts, ou changer fréquemment et soudainement de position?

Retard psychomoteur

- 8) Partie 2.
À un moment donné lors de l'entrevue, est-ce que le patient a eu une diminution inhabituelle de son activité motrice, telle qu'une lenteur, un regard fixe, rester dans la même position pendant un long moment, ou se déplacer très lentement?

Perturbation du rythme veille-sommeil

- 9) Est-ce qu'il y a eu évidence de changement dans le rythme veille-sommeil chez le patient, telles que somnolence excessive le jour et insomnie la nuit?

* Les questions sous ce symptôme ont été répétées pour chaque symptôme où ce fut applicable.

Version française telle qu'elle a été validée dans le cadre de la présente étude

L'algorithme diagnostique du CAM*

Critère 1 *Début soudain et fluctuation des symptômes*

Ce critère est habituellement obtenu d'un membre de la famille ou d'une infirmière et est illustré par une réponse positive aux questions suivantes: Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient de son état habituel? Est-ce que ce comportement (anormal) a fluctué durant la journée, c'est-à-dire, qu'il a eu tendance à être présent ou absent ou à augmenter et diminuer en intensité?

Critère 2 *Inattention*

Ce critère est illustré par une réponse positive à la question suivante: Est-ce que le patient avait de la difficulté à focaliser son attention, par exemple être facilement distrait ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit?

Critère 3 *Désorganisation de la pensée*

Ce critère est illustré par une réponse positive à la question suivante: Est-ce que la pensée du patient était désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague ou illogique des idées, ou passer d'un sujet à un autre de façon imprévisible?

Critère 4 *Altération de l'état de conscience*

Ce critère est illustré par n'importe quelle réponse autre que "alerte" à la question suivante: En général, comment évalueriez-vous l'état de conscience de ce patient? (alerte [normal], vigilant [hyper alerte], léthargique [sommolent, se réveille facilement], stupeur [difficile à réveiller], ou coma [impossible à réveiller]).

* Le diagnostic de l'état confusionnel aigu à l'aide du CAM requiert la présence des critères 1, 2 et 3 ou 4.

Traduit de INOUE, S.K. et al. « Clarifying confusion: the confusion assessment method », *Annals of Internal Medicine*, vol. 113, n° 12, 15 déc. 1990, p. 941-948.

Version française telle qu'elle a été validée dans le cadre de la présente étude

Tableau I Description des quatre critères principaux du CAM

Critère I : début soudain et fluctuation des symptômes

Ce critère se caractérise par un changement soudain des fonctions mentales supérieures du patient au cours du dernier mois (Inouye *et al.*, 1990) comprenant une fluctuation des symptômes au cours de la journée (ex. : confus en matinée et non en après-midi). Cette information est très souvent obtenue auprès des personnes qui connaissent bien le patient. Ces personnes vivent avec le patient, p. ex. le conjoint; travaillent auprès de celui-ci, p. ex. les professionnels de la santé (CLSC, famille d'accueil, résidence, hôpital, CHSLD, médecin de famille); ou voient le patient régulièrement, p. ex. les amis et les enfants. Il est en général facile pour ces personnes de reconnaître un changement au niveau des fonctions mentales supérieures. Le début de l'état confusionnel aigu est en général soudain et entraîne très souvent une situation de crise pour le patient et sa famille. Le patient réagit aux stimuli différemment. Il n'est plus le même (Laplante et Cole, 2001).

Critère II : inattention

L'inattention est observée lorsque le patient est facilement distrait ou a de la difficulté à retenir ce qui a été dit (Inouye *et al.*, 1990). Lors d'une conversation, le patient a de la difficulté à garder son attention sur le sujet de la discussion. Son niveau de concentration est diminué. L'information doit être répétée plusieurs fois avant d'être enregistrée et comprise. Le patient oublie rapidement ce qui vient de lui être dit. Il perd aussi facilement le fil de ses idées. L'inattention s'observe cliniquement à l'aide de questions telles que des soustractions simples (ex. : soustraire 7 de 100 et continuer de soustraire le nombre 7 du résultat obtenu), des commandes simples (ex. : épeler le mot monde à l'envers) (Inouye *et al.*, 1990), ou encore par une incapacité à suivre ou à diriger une conversation (ex. : le patient continue de répondre à une question posée antérieurement) ou à accomplir une tâche.

Critère III : désorganisation de la pensée

Ce critère est observé lorsque le contenu de la conversation du patient ne correspond pas à la question posée. Le contenu est souvent inapproprié, incohérent, décousu ou sans rapport avec la question. Le patient radote, divague. Il exprime une suite illogique d'idées et passe d'un sujet à l'autre de façon imprévisible (Inouye *et al.*, 1990). La désorganisation de la pensée s'observe facilement à l'aide d'une entrevue semi-structurée.

Critère IV : altération de l'état de conscience

Ce critère se rapporte à l'état de conscience du patient pendant l'entrevue. Le patient peut être alerte, vigilant (excessivement sensible aux stimuli de l'environnement), léthargique (sommolent, se réveille facilement), en stupeur (difficile à réveiller) ou dans un coma (impossible à réveiller) (Inouye *et al.*, 1990). En cas de doute, il est très important de vérifier tout changement récent de l'état de conscience avec le personnel soignant, la famille ou les personnes qui connaissent bien le patient.

Tableau II Description des cinq autres symptômes du CAM

Désorientation

Ce symptôme est observé lorsque le patient est incapable de s'orienter dans le temps (heure de la journée, jour, date, mois, saison, année), ne reconnaît plus l'endroit où il se trouve (se pense ailleurs qu'à l'endroit où il est) ou se trompe sur l'identité des personnes (incapable de reconnaître ses proches) (Inouye *et al.*, 1990).

Troubles mnésiques

Ce symptôme est observé lorsque le patient a de la difficulté à se souvenir des événements récents tels que les raisons de son admission, le déroulement de son hospitalisation et/ou lorsque le patient a de la difficulté à se souvenir d'une consigne simple (Inouye *et al.*, 1990).

Anomalies de perception

Ce symptôme se rapporte à des hallucinations tant auditives que visuelles et à des illusions ou des erreurs d'interprétation (p. ex. croire que quelque chose a bougé alors que ce n'est pas le cas) (Inouye *et al.*, 1990).

Agitation psychomotrice ou retard psychomoteur

Ce symptôme est observé lorsqu'il y a une augmentation inhabituelle de l'activité psychomotrice du patient, p. ex. il ne tient pas en place, il se tortille ou gratte les draps, il tapote avec ses doigts, ou change fréquemment et soudainement de position, ou encore lorsqu'il y a une diminution de l'activité psychomotrice, p. ex. une lenteur, un regard fixe, le patient reste dans la même position longtemps, ou se déplace très lentement (Inouye *et al.*, 1990).

Perturbation du rythme veille-sommeil

Ce symptôme est observé lorsque le patient dort une partie de la journée et est éveillé une partie de la nuit (Inouye *et al.*, 1990).

Sources : Cet instrument a été reproduit et traduit de l'anglais par Johanne Laplante, Martin Cole, Jane McCusker, Santokh Singh, Marie-Andrée Ouimet à partir de l'article original de Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegel, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion : the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113(12), 941-948.

L'American College of Physicians n'est pas responsable de l'exactitude de la traduction française de l'instrument.

La version française de l'instrument Confusion Assessment Method est reproduite avec la permission de © l'American College of Physicians (ACP) et des auteurs. Toute reproduction ultérieure est interdite sans leur autorisation.

ANNEXE 2

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
Version 7.1 **FRANÇAIS**

NOM : _____
Scolarité : _____ Date de naissance : _____
Sexe : _____ DATE : _____

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF		Copier le cube		Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)			POINTS					
							_____/5					
DÉNOMINATION								_____/3				
MÉMOIRE		Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Pas de point			
		1 ^{er} essai	2 ^{ème} essai									
ATTENTION		Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter. [] 2 1 8 5 4 Le patient doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2							_____/2			
Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs		[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB							_____/1			
Soustraire série de 7 à partir de 100.		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65			_____/3			
LANGAGE		Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [] L'argument de l'avocat les a convaincus. []							_____/2			
Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min		[] _____ (N≥11 mots)							_____/1			
ABSTRACTION		Similitude entre ex : banane - orange = fruit [] train - bicyclette [] montre - règle								_____/2		
RAPPEL		Doit se souvenir des mots SANS INDICES		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Points pour rappel SANS INDICES seulement		_____/5	
Optionnel		Indice de catégorie										
Optionnel		Indice choix multiples										
ORIENTATION		[] Date	[] Mois	[] Année	[] Jour	[] Endroit	[] Ville					_____/6
© Z.Nasreddine MD www.mocatest.org Normal ≥ 26 / 30		Administré par : _____		TOTAL _____/30		Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans						

ANNEXE 3

Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield ○ Jour ○ Soir ○ Nuit

1	Faire les cent pas	1	2	3	4	5	6	7
2	Habillage ou déshabillage inapproprié	1	2	3	4	5	6	7
3	Cracher	1	2	3	4	5	6	7
4	Sacrer ou agresser verbalement	1	2	3	4	5	6	7
5	Demandes constantes d'attention	1	2	3	4	5	6	7
6	Répétitions de phrases ou de questions	1	2	3	4	5	6	7
7	Frapper	1	2	3	4	5	6	7
8	Donner des coups de pieds	1	2	3	4	5	6	7
9	Empoigner	1	2	3	4	5	6	7
10	Pousser	1	2	3	4	5	6	7
11	Émettre des bruits étranges	1	2	3	4	5	6	7
12	Crier	1	2	3	4	5	6	7
13	Égratigner	1	2	3	4	5	6	7
14	Essayer de se rendre ailleurs	1	2	3	4	5	6	7
15	Turbulence générale	1	2	3	4	5	6	7
16	Se plaindre	1	2	3	4	5	6	7
17	Néguvisme	1	2	3	4	5	6	7
18	Manipuler des choses incorrectement	1	2	3	4	5	6	7
19	Cacher des choses	1	2	3	4	5	6	7
20	Amasser des choses	1	2	3	4	5	6	7
21	Déchirer ou arracher des choses	1	2	3	4	5	6	7
22	Maniérisme répétitif	1	2	3	4	5	6	7
23	Avances sexuelles verbales	1	2	3	4	5	6	7
24	Avances sexuelles physiques	1	2	3	4	5	6	7
25	Chuter intentionnellement	1	2	3	4	5	6	7
26	Lancer des choses	1	2	3	4	5	6	7
27	Mordre	1	2	3	4	5	6	7
28	Manger des substances inappropriées	1	2	3	4	5	6	7
29	Se faire mal à soi-même	1	2	3	4	5	6	7

Signature : _____ Date : _____

Complété avec : _____

Consigne : indiquez pour chaque résident la fréquence à laquelle il ou elle a manifesté chacun des comportements suivants durant votre quart de travail ou cours des deux dernières semaines.

Encercler le chiffre correspondant à la meilleure réponse en vous référant aux définitions suivantes :

Au cours des deux dernières semaines, le résident :

- 1 = n'a jamais manifesté ce comportement;
- 2 = a manifesté ce comportement moins d'une fois par semaine;
- 3 = a manifesté ce comportement une ou deux fois par semaine;
- 4 = a manifesté ce comportement plusieurs fois par semaine;
- 5 = a manifesté ce comportement une ou deux fois par jour;
- 6 = a manifesté ce comportement plusieurs fois par jour;
- 7 = a manifesté ce comportement plusieurs fois par heure.

Source : Cet inventaire a été reproduit et traduit de l'anglais par Stéphanie Deslauriers, Philippe Landreville, Louise Dicaire et René Verreault à partir du Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), © Cohen-Mansfield, 1986. Cette référence est parue dans l'article original de Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology*, 44(3), M77-84.

La traduction française et autorisée est extraite de l'article : Deslauriers, S., Landreville, P., Dicaire, L. & Verreault, R. (2001). Validité et fidélité de l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 20(3), 373-384. Il est recommandé avant toute utilisation de l'Inventaire de Cohen-Mansfield de consulter le manuel CMAI dans l'article de Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology*, 44(3), M77-84.

L'inventaire d'Agitation de Cohen-Mansfield est reproduit avec les permissions de © Jiska Cohen-Mansfield et du © Cambridge University Press. Toute reproduction ultérieure est interdite sans leur autorisation.

ANNEXE 4 GRILLE D'OBSERVATION CLINIQUE

Raison d'utilisation de la grille :

Nom du résident et chambre :

Date d'admission:

Principaux diagnostics médicaux :

Médication actuelle:

Changements dans la médication :

DATE ET HEURE	DESCRIPTION DU COMPORTEMENT	ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS (contexte de soins, environnement physique et humain)	CE QUI EST FAIT (INTERVENTIONS)	RÉSULTATS	INITIALES

Source : Bonin, C., & Bourque, M. (1993). Gérer les comportements perturbateurs en soins de longue durée. *Nursing Québec*, 13(2), 19-26.

ANNEXE 5

APPROCHES PHARMACOLOGIQUES

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Pour l'agitation associée à la démence frontotemporale : utiliser les ISRS (ex. : citalopram, sertraline) et la trazodone.

Pour l'agitation associée à la démence à corps de Lewy : les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (rivastigmine) constituent la première ligne de traitement.

Pour l'agitation et la psychose associées à la démence à corps de Lewy et à la démence parkinsonienne, les neuroleptiques sont généralement contre-indiqués en raison de l'hypersensibilité de ces patients à ce type de médication. Dans les cas graves et réfractaires, un essai empirique de traitement avec la quétiapine ou la clozapine peut s'avérer approprié, mais nécessite l'intervention d'un spécialiste des troubles de comportements de la démence.

Pour l'agitation grave associée à la maladie d'Alzheimer :

- **Les antipsychotiques**
 - » Ce type de médicaments devrait être réservé pour les cas d'agressivité physique grave ou de psychose aiguë;
 - » Ils devraient être prescrits pour un traitement de courte durée, c'est-à-dire moins de 3 mois, car leur efficacité à long terme n'a pas été démontrée et ce type de médicaments est associé à un plus haut risque de mortalité;
 - » Il faut obtenir un consentement éclairé ou substitué avant de prescrire ce type de médicaments;
 - » Les NL typiques ne sont pas recommandés en raison de leurs effets secondaires plus importants;
 - » La rispéridone, en particulier, a démontré une efficacité modeste, mais significative contre l'agression dans la DTA;
 - » L'aripiprazole semble aussi procurer des bienfaits en ce qui a trait à la psychose et à l'agitation;
 - » La rispéridone, l'olanzapine ou l'aripiprazole ont démontré des bienfaits dans le traitement de la psychose et sur les échelles globales de comportement;
 - » L'efficacité de la quétiapine n'a pas été démontrée, mais des doses probablement trop petites ont été utilisées dans les études. La difficulté avec la quétiapine réside dans le long délai avant de parvenir à une dose possiblement efficace.
 - » Les neuroleptiques sont associés à de nombreux effets secondaires (symptômes extrapyramidaux et dyskinésie tardive, sédation, hypotension orthostatique, troubles de la marche et chutes, symptômes anticholinergiques, allongement du QT, infections respiratoires et urinaires, œdème périphérique, syndrome métabolique) et à un risque accru d'accidents vasculaires cérébraux (multiplié par 3), et de mortalité (OR : 1,54).
- **Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase**
 - » Ce type de médicaments s'avère inefficace pour le traitement de l'agitation ou de l'agressivité aiguë;
 - » Leur efficacité se révèle faible sur les échelles globales de BPSD surtout en ce qui concerne l'apathie, l'anxiété et la dysphorie, le comportement moteur aberrant;
 - » Ce type de médicaments peut diminuer le risque d'apparition de BPSD.
- **La Memantine**
 - » Bienfait noté dans le traitement et la prévention de l'émergence de l'irritabilité, de l'agitation et de l'agressivité et de la psychose pour la DTA et pour la démence vasculaire.

- **Les antidépresseurs**
 - » Plus grande efficacité du citalopram comparativement au placebo pour les symptômes d'agitation et l'agressivité et se compare à celle de la risperidone;
 - » Moins de données pour la sertraline et la trazodone;
 - » Pour le traitement de la dépression associée à la démence : meilleures données avec la sertraline, le citalopram.
 - » Effets secondaires : céphalées, hyponatrémie, nausée, diarrhée, sudation, somnolence

- **Les anticonvulsivants**
 - » Carbamazépine aurait un bienfait potentiel sur agitation-agressivité, mais des effets secondaires : dyscrasies sanguines, toxicité hépatique, trouble équilibre et chutes, interactions médicamenteuses multiples;
 - » Valproate est inefficace et mal toléré.

- **Les benzodiazépines**
 - » Données sur l'efficacité en nombre limité;
 - » Utilisation pour de brèves périodes;
 - » Courte action (lorazépam, oxazépam);
 - » Effets secondaires : désinhibition paradoxale, sédation, troubles de la marche et chutes, émoussement cognitif.

ANNEXE 6

MÉDICAMENTS DONT L'EFFICACITÉ A ÉTÉ DÉMONTRÉE POUR CONTRER L'AGITATION OU L'AGRESSIVITÉ DANS LA DÉMENCE

MÉDICAMENTS	EFFICACITÉ	DOSE DE DÉPART (mg)	DOSE EFFICACE (mg)	EFFETS SECONDAIRES	RISQUES ASSOCIÉS ET SUIVI NÉCESSAIRE
Neuroleptiques atypiques Risperidone Olanzapine Aripiprazole	Agitation Agressivité Psychose	0,25 à 0,5 2,5 à 5 2 à 5	1 à 2 5 à 10 10	<ul style="list-style-type: none"> Symptômes extrapyramidaux Dyskinésie tardive Sédation Hypotension orthostatique Troubles de la marche et chutes Symptômes anticholinergiques Allongement QT Toxicité hépatique Infections respiratoires et urinaires Œdème périphérique Syndrome métabolique 	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation multipliée par 3 du risque d'accidents cérébrovasculaires Augmentation de la mortalité (OR :1,54) Surveillance de l'IMC, circonférence de taille q. 1 mois x 3 puis q. 3 mois Bilan glycémique et lipidique au départ, à 3 mois, puis annuellement
Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase Donepezil Rivastigmine pos Rivastigmine timbre Galantamine ER	Prévention d'apparition de BPSD Apathie, Anxiété Dysphorie	2,5 à 5 1,5 BID 4,6 8	10 3 à 6 BID 9,5 16 à 24	<ul style="list-style-type: none"> Bradycardie Arythmies Nausées, vomissements, diarrhées Céphalées Étourdissements Troubles du sommeil 	<ul style="list-style-type: none"> Contreindication en cas de bradycardie, de bradyarrhythmies, de syncopes Syndrome de retrait
Memantine	Irritabilité Agitation Agressivité Psychose	5 die	Ad 10 BID	<ul style="list-style-type: none"> Diarrhées, constipation Troubles du sommeil Céphalées Étourdissements 	<ul style="list-style-type: none"> Prudence en cas d'insuffisance rénale
Antidépresseurs Citalopram Sertraline Trazodone	Agitation Agressivité Anxiété Dépression	10 25 12,5 à 25 HS	20 à 40 50 à 200 150 à 250	<ul style="list-style-type: none"> Céphalées Hyponatrémie Nausée Diarrhée Sudation Somnolence Dysfonction sexuelle Troubles du sommeil Troubles d'équilibre Changement de poids Saignements Agitation paradoxale Arythmies (trazodone) Symptômes anticholinergiques (Trazodone) 	<ul style="list-style-type: none"> Surveillance des électrolytes dans les 2 premières semaines d'introduction Syndrome de retrait : effectuer sevrage progressif Trazodone contreindiquée si MCAS, arythmies
Anticonvulsivants Carbamazépine	Agitation Agressivité	50 à 100 en bid ou qid	Selon dosage plasmatique Max. 1600	<ul style="list-style-type: none"> Sédation Dyscrasies sanguines Réactions dermatologiques graves Toxicité hépatique Ataxie et chutes Diplopie Hyponatrémie Ostéoporose 	<ul style="list-style-type: none"> Interactions médicamenteuses multiples Bilan initial : FSC, E+, TFH, ECG, densité osseuse Suivi FSC à 1 mois, puis q. 4 à 6 mois, E+ q. 6 mois

Sources :

- Amann, B., Pantel, J., Grunze, H., Vieta, E., Colom, F., Gonzalez-Pinto, A., et al. (2009). Anticonvulsants in the treatment of aggression in the demented elderly : an update. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5, 14.
- Ballard, C., Hanney, M. L., Theodoulou, M., Douglas, S., McShane, R., Kossakowski, K., et al. (2009). The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD) : long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurology*, 8(2), 151-157.
- Ballard, C., & Howard, R. (2006). Neuroleptic drugs in dementia: benefits and harm. *Nature Reviews Neuroscience*, 7(6), 492-500.
- Ballard, C., & Waite, J. (2006). The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No: CD003476.
- Ballard, C. G., Thomas, A., Fossey, J., Lee, L., Jacoby, R., Lana, M. M., et al. (2004). A 3-month, randomized, placebo-controlled, neuroleptic discontinuation study in 100 people with dementia : the neuropsychiatric inventory median cutoff is a predictor of clinical outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(1), 114-119.
- Bergh, S., & Engedal, K. (2008). The withdrawal of antipsychotics and antidepressants from patients with dementia and BPSD living in nursing homes : an open pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(8), 877-879.
- Bowen, P. D. (2003). Use of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of depression in older adults : identifying and managing potential risk for hyponatremia. *Geriatric Nursing (New York)*, 30(2), 85-89.
- Cruz-Jentoft, A. J., Buron, J. A., Diago, J. I., & Gallego, R. (2005). Risperidone in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia in patients diagnosed with vascular or mixed-type dementia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9(1), 45-51.
- Cummings, J. I., Schneider, N., Tariot P., R., Kershaw P., & W., Yuan. (2004). Reduction of behavioral disturbances and caregiver distress by galantamine in patients with Alzheimer's disease. *The American journal of psychiatry*, 161(3), 532-538.
- Daiello, L. A., Ott, B. R., Lapane, K. L., Reinert, S. E., & Machan, J. T. (2009). Effect of discontinuing cholinesterase inhibitor therapy on behavioral and mood symptoms in nursing home patients with dementia. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 7(2), 74-83.
- Duran, J.C., Greenspan, A., Diago, J. I., Gallego, R., & Martinez, G. (2005). Evaluation of risperidone in the treatment of behavioral and psychological symptoms and sleep disturbances associated with dementia. *International Psychogeriatrics*, 17(4), 591-604.
- Gauthier, S., Loft, H., & Cummings, J. (2008). Improvement in behavioural symptoms in patients with moderate to severe Alzheimer's disease by memantine : a pooled data analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(5), 537-545.
- Gill, S. S., Bronskill, S. E., Normand, S. L., Anderson, G. M., Sykora, K., Lam, K., et al. (2007). Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Annals of internal medicine*, 146(11), 775-786.
- Herrmann, N., & Knopman, D. (2004). Donepezil therapy for neuropsychiatric symptoms in AD : methods make the message. *Neurology*, 63(2), 200-201.
- Herrmann, N., Mamdani, M., & Lanctot, K. L. (2004). Atypical antipsychotics and risk of cerebrovascular accidents. *American Journal of Psychiatry*, 161(6), 1113-1115.
- Holmes, C., Wilkinson, D., Dean, C., Vethanayagam, S., Olivieri, S., Langley, A., et al. (2004). The efficacy of donepezil in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer disease. *Neurology*, 63(2), 214-219.
- Howard, R. J., Juszcak, E., Ballard, C. G., Bentham, P., Brown, R. G., Bullock, R., et al. (2007). Donepezil for the treatment of agitation in Alzheimer's disease. *The New England Journal of Medicine*, 357(14), 1382-1392.
- Katz, I., de Deyn, P. P., Mintzer, J., Greenspan, A., Zhu, Y., & Brodaty, H. (2007). The efficacy and safety of risperidone in the treatment of psychosis of Alzheimer's disease and mixed dementia : a meta-analysis of 4 placebo-controlled clinical trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(5), 475-484.
- Katz, Ir, Jeste, D. V., Mintzer, J. E., Clyde, C., Napolitano, J., & Brecher, M. (1999). Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia : a randomized, double-blind trial. Risperidone Study Group. *The Journal of clinical psychiatry*, 60(2), 107-115.
- Kaye, E. D., Petrovic-Poljak, A., Verhoeff, N. P., & Freedman, M. (2010). Frontotemporal dementia and pharmacologic interventions. *Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 22(1), 19-29.
- Kurz, A., S., Schwalen S., & Schmitt, A. (2005). Effects of risperidone on behavioral and psychological symptoms associated with dementia in clinical practice. *International Psychogeriatrics*, 17(4), 605-616.
- Lanctot, K. L., Herrmann, N., van Reekum, R., Eryavec, G., & Naranjo, C. A. (2002). Gender, aggression and serotonergic function are associated with response to sertraline for behavioral disturbances in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(6), 531-541.
- Lonergan, E. T., Cameron, M., & Luxenberg, J. (2004). Valproic acid for agitation in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No: CD003945(2).
- Lyketsos, C. G., Sheppard, J. M., Steele, C. D., Kopunek, S., Steinberg, M., Baker, A. S., et al. (2000). Randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial of sertraline in the treatment of depression complicating Alzheimer's disease : initial results from the Depression in Alzheimer's Disease study. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1686-1689.
- McAllister, T. W. (2001). Sertraline in the treatment of Alzheimer's disease-related depression. *Current Psychiatry Reports*, 3(5), 353.
- McShane, R., Areosa Sastre, A., & Minakaran, N. (2006). Memantine for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue . Art. No: CD003154(2).
- Mintzer, J. E., Tune, L. E., Breder, C. D., Swanink, R., Marcus, R. N., McQuade, R. D., et al. (2007). Aripiprazole for the treatment of psychoses in institutionalized patients with Alzheimer dementia : a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled assessment of three fixed doses. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(11), 918-931.
- Nyth, A. L., & Gottfries, C. G. (1990). The clinical efficacy of citalopram in treatment of emotional disturbances in dementia disorders. A Nordic multicentre study. *British Journal of Psychiatry*, 157, 894-901.
- Olin, J. T., Fox, L. S., Pawluczyk, S., Taggart, N. A., & Scheider, L.S. (2001). A pilot randomized trial of carbamazepine for behavioral symptoms in treatment-resistant outpatients with Alzheimer disease. *American Journal of Geriatric Psychotherapy*, 9(4), 400-405.
- Onor, M. L., Saina, M., & Aguglia, E. (2006). Efficacy and tolerability of quetiapine in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 21(6), 448-453.
- Onor, M. L., Saina, M., Trevisiol, M., Cristante, T., & Aguglia, E. (2007). Clinical experience with risperidone in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 31(1), 205-209.
- Oshima, N. (2008). Beneficial and adverse effects of pharmacotherapy with risperidone on behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). *Psychogeriatrics*, 8(4), 175-177.

- Pinheiro, D. (2008). Anticonvulsant mood stabilizers in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). *Encephale*, 34(4), 409-415.
- Pollock, B. G., Mulsant, B. H., Rosen, J., Mazumdar, S., Blakesley, R. E., Houck, P. R., et al. (2007). A double-blind comparison of citalopram and risperidone for the treatment of behavioral and psychotic symptoms associated with dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(11), 942-952.
- Pollock, B. G., Mulsant, B. H., Rosen, J., Sweet, R. A., Mazumdar, S., Bharucha, A., et al. (2002). Comparison of citalopram, perphenazine, and placebo for the acute treatment of psychosis and behavioral disturbances in hospitalized, demented patients. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 460-465.
- Rainer, M., Haushofer, M., Pfolz, H., Struhal, C., & Wick, W. (2007). Quetiapine versus risperidone in elderly patients with behavioural and psychological symptoms of dementia : efficacy, safety and cognitive function. *European Psychiatry : the Journal of the Association of European Psychiatrists*, 22(6), 395-403.
- Raivio, M. M., Strandberg, T. E., Tilvis, R. S., Laurila, J. V., & Pitkälä, K. H. (2007). Response : the association of antipsychotics with mortality among elderly patients with dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(11), 984-985.
- Ridha, B. H., Josephs, K. A., & Rossor, M. N. (2005). Delusions and hallucinations in dementia with Lewy bodies : worsening with memantine. *Neurology*, 65(3), 481-482.
- Rochon, P. A., Stukel, T. A., Sykora, K., Gill, S., Garfinkel, S., Anderson, G. M., et al. (2005). Atypical antipsychotics and parkinsonism. *Archives of Internal Medicine*, 165(16), 1882-1888.
- Rodda, J., Morgan, S., & Walker, Z. (2009). Are cholinesterase inhibitors effective in the management of the behavioral and psychological symptoms of dementia in Alzheimer's disease? A systematic review of randomized, placebo-controlled trials of donepezil, rivastigmine and galantamine. *International Psychogeriatrics*, 21(5), 813-824.
- Roth, M., Mountjoy, C. Q., & Amrein, R. (1996). Moclobemide in elderly patients with cognitive decline and depression : an international double-blind, placebo-controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 168(2), 149-157.
- Rozzini, L., Chilovi, B. V., Bertoletti, E., Conti, M., Delrio, I., Trabucchi, M., et al. (2007). Cognitive and psychopathologic response to rivastigmine in dementia with Lewy bodies compared to Alzheimer's disease : a case control study. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 22(1), 42-47.
- Schneider, L. S. (1996). Meta-analysis of controlled pharmacologic trials. *International Psychogeriatrics*, 8(Suppl 3), 375-379; discussion 381-372.
- Schneider, L. S., Dagerman, K. S., & Insel, P. (2005). Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia : meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, 294(15), 1934-1943.
- Schneider, L. S., Tariot, P. N., Dagerman, K. S., Davis, S. M., Hsiao, J. K., Ismail, M. S., et al. (2006). Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine*, 355(15), 1525-1538.
- Sleeper, R. B. (2005). Antipsychotic dose-sparing effect with addition of memantine. *Annals of Pharmacotherapy*, 39(9), 1573-1576.
- Suh, G. - H., Greenspan, A. J., & Choi, S. - K. (2006). Comparative efficacy of risperidone versus haloperidol on behavioural and psychological symptoms of dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(7), 654-660.
- Suh, G. - H., & Shah, A. (2005). Effect of antipsychotics on mortality in elderly patients with dementia : a 1-year prospective study in a nursing home. *International Psychogeriatrics*, 17(3), 429-441.
- Sultzer, D. L., Gray, K. F., Gunay, I., Berisford, M. A., & Mahler, M. E. (1997). A double-blind comparison of trazodone and haloperidol for treatment of agitation in patients with dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 5(1), 60-69.
- Tariot, P. N., Erb, R., Podgorski, C. A., Cox, C., Patel, S., Jakimovich, L., et al. (1998). Efficacy and tolerability of carbamazepine for agitation and aggression in dementia. *American Journal of Psychiatry*, 155(1), 54-61.
- Virani, A. S., Bezchlibnyk-Butler, K. Z., & Jeffries, J. J. (2009). *Clinical handbook of psychotropic drugs* (18 ed.). Ashland ; London: Hogrefe & Huber ; Momenta, 371 p.
- Weintraub, D., & Hurtig, H. I. (2007). Presentation and management of psychosis in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. *American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1491-1498.
- Wooltorton, E. (2004). Olanzapine (Zyprexa) : increased incidence of cerebrovascular events in dementia trials. *Canadian Medical Association Journal*, 170(9), 1395.
- Zhong, K. X., Tariot, P. N., Mintzer, J., Minkwitz, M. C., & Devine, N. A. (2007). Quetiapine to treat agitation in dementia : a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Current Alzheimer Research*, 4(1), 81-93.

Santé
et Services sociaux

Québec



ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES	CONSULTATION	ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES	ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES
ÉLÉMENTS PHYSIQUES			
<p>Connaissance de la personne derrière le comportement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comportement de la personne avant et depuis l'hospitalisation • Capacités cognitives et physiques avant et depuis l'hospitalisation • Trait de personnalité et mode d'adaptation, données biographiques <p>Observation du comportement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitation verbale ou physique • Avec ou sans agressivité <p>Éléments déclencheurs de l'agitation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Approche non adaptée aux capacités cognitives de la personne • Besoins physiques/psychologiques de base non satisfaits (soif, sécurité, etc.) • Effet secondaire d'un médicament ou sevrage • Pathologie médicale non identifiée et non traitée (delirium?) • Surcharge sensorielle (bruit, éclairage, va-et-vient, etc.) • Douleur aiguë ou chronique non soulagée <p>Communication avec la personne agitée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contact visuel avant de donner une consigne ou de prodiguer un soin • Visage rassurant et souriant, ton de voix doux • Consignes simples, concrètes et une seule à la fois • Utilisation des gestes ou d'une démonstration pour se faire comprendre • Emploi de la contention physique en dernier recours 	<p>Ergothérapie si jugé nécessaire</p>	<p>Observation et analyse du comportement pendant 2 ou 3 jours (jour/soir/nuît)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nature du comportement • Moment et fréquence • Éléments déclencheurs • Contexte de soins • Environnement humain et physique • Interventions bénéfiques • Interventions non bénéfiques 	<p>Consultations spécialisées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les recommandations • Surveiller les réponses aux traitements pharmacologiques et les effets indésirables • Poursuivre les soins
ÉLÉMENTS PSYCHO-SOCIAUX ET HABITUDES DE VIE			
<p>Interventions de base avec la personne agitée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réponse aux besoins physiques et psychologiques de base : uriner, boire, s'alimenter, être occupé, etc. • Soulagement de la douleur aiguë et chronique • Identification de delirium et intervention adaptée (cf. fiche Delirium) • Habitude de vie à reproduire pour les AVQ qui posent problème • Diversion à 1 ou 2 soignants pour les soins problématiques • Offrir un niveau de stimulation et d'activité adéquat • Maintenir une routine stable et réorienter le patient dans le temps et l'espace <p>Gestion de l'agitation en regard de l'interférence aux traitements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personne gardée continuellement à vue • Cathéter intermittent ou tubulure limitée au minimum et camouflée • Bandage de protection sur les pansements, drains, etc. • Distraction pour faciliter la réalisation d'un traitement 		<p>Gestion des symptômes comportementaux avec impact importants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cris, sons vocaux, insultes, lamentations • Errance, fugue et fouille • Errance nocturne • Syndrome crépusculaire • Gestes agressifs • Résistance aux soins perçus comme menaçants • Désinhibition (par ex. se dénuder) 	<p>Gérer les symptômes comportementaux complexes avec plusieurs facteurs étiologiques</p> <p>Adapter les soins en conséquence</p>
ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX			
<p>Environnement sécuritaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personne agitée, ex. : position du lit au plus bas, chambre avec surveillance • Personne errante, ex. : bracelet anti-fugue, porte codée • Personne qui crie, ex. : chambre à occupation unique, porte entrouverte, etc. 			