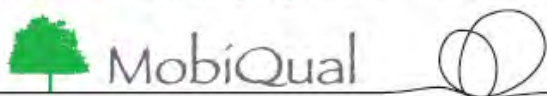




Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

La crise d'agitation aiguë

PROMOTION DE L'AMÉLIORATION
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
Dans le cadre du programme MobiQual





- **Trouble du comportement psychomoteur d'apparition brutale caractérisé par une hyperactivité verbale, vocale ou motrice inappropriée associée à une perte de contrôle des actes, de la parole, de la pensée**
- **On en distingue 3 types**
 - L'agitation verbale
 - L'agitation physique non agressive
 - L'agitation agressive

L'agitation ne s'accompagne pas systématiquement d'une agressivité



- L'agitation aiguë a un **retentissement fonctionnel important**
- Elle est **difficile à gérer** par les équipes et **difficile à supporter** pour les autres résidents
- Sa fréquence augmente avec l'évolution de la pathologie démentielle



- **La démence**
 - **L'agitation peut être une manifestation précoce d'un processus démentiel débutant**, en lien avec une anxiété massive du fait de la prise de conscience des troubles
 - **Elle peut émailler l'évolution d'une démence**, parfois en lien avec des idées délirantes, des hallucinations
- **Autres causes médicales sous-jacentes**
 - **Douleur aiguë, pathologie aiguë, décompensation aiguë d'une pathologie chronique, etc.**
 - **Fécàlome, rétention d'urine**
 - **Dénutrition, déshydratation, fièvre, trouble du sommeil, etc.**
 - **Déficits sensoriels**, favorisant la désorientation et les fausses interprétations
 - **Iatrogénie**



- **Causes environnementales et relationnelles**
 - **Changements dans l'environnement de la personne**
 - Changement de chambre ou d'unité de vie, de voisin de chambre, nouveau soignant, etc.
 - **Évènement familial ou dans l'entourage de la personne**
 - Décès, conflit, etc.
 - **Autres facteurs de stress**
 - Stimulation excessive (ambiance bruyante, luminosité excessive ou insuffisante, etc.), sollicitation incessante, mise en échec
 - Manque de confort
 - Exiguïté des lieux
 - Réactions brutales de membres de l'équipe, de la famille ou d'autres résidents ou comportements infantilisants
 - Agitation d'autres résidents



- **Évaluation du caractère d'urgence, de dangerosité ou de risque fonctionnel pour le patient et pour autrui**
- **Examen clinique à la recherche d'une cause médicale curable**
- **Observation par les soignants**
 - Intensité, fréquence, circonstances de survenue, facteurs d'amélioration, etc.
 - Recherche d'éléments dans l'histoire de vie de la personne
- **Évaluation formalisée**
 - Inventaire de neuropsychiatrie, version équipe soignante (NPI-ES)
 - Échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (*CMAI – Cohen-Mansfield agitation inventory*)



- **7 questions pour rechercher la cause d'un état d'agitation**
 1. **Y a-t-il un état confusionnel ?**
 2. **Y a-t-il un syndrome douloureux ?**
 3. **Y a-t-il des symptômes évoquant une maladie somatique ?**
 4. **Y a-t-il eu des changements de traitements ?**
 5. **Y a-t-il eu consommation d'alcool ou de sédatifs ?**
 6. **Quelles sont les conditions de survenue de l'agitation (horaires, lieux, présence de l'entourage) ?**
 7. **Quel est le type de démence et quels sont les autres troubles psychologiques et comportementaux ?**

Le déclenchement d'une crise d'agitation aiguë est le plus souvent multifactoriel



- **L'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (*CMAI – Cohen-Mansfield agitation inventory*) évalue l'intensité de l'état d'agitation, en complément du NPI-ES**
 - **Elle comporte 29 items, classés en 4 catégories**
 - Agitation physique non agressive
 - Agitation verbale non agressive
 - Agitation et agressivité physiques
 - Agitation et agressivité verbales
 - **Chaque item est évalué sur les 7 jours précédents**

0 = Non évaluable	4 = Quelquefois au cours de la semaine
1 = Jamais	5 = 1 ou 2 fois/jour
2 = Moins d'1 fois/semaine	6 = Plusieurs fois/jour
3 = 1 ou 2 fois/semaine	7 = Plusieurs fois /heure
 - **Le score total (0 à 203) augmente avec l'intensité de l'agitation**



Échelle d'agitation de Cohen-Mansfield

Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) 29 items version longue

Nom du patient :	Prénom du patient :		
Date de naissance du patient :	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de test :	
Nom du référent :	(conjoint - enfant - soignant - autre) :		

Évaluation de chaque item sur les 7 jours précédents :

<input type="checkbox"/> 0 = non évaluable	<input type="checkbox"/> 4 = quelquefois au cours de la semaine
<input type="checkbox"/> 1 = jamais	<input type="checkbox"/> 5 = une à deux fois par jour
<input type="checkbox"/> 2 = moins d'une fois par semaine	<input type="checkbox"/> 6 = plusieurs fois par jour
<input type="checkbox"/> 3 = une à deux fois par semaine	<input type="checkbox"/> 7 = plusieurs fois par heure

		FRÉQUENCE							
		0	1	2	3	4	5	6	7
Agitation physique non agressive	1. Cherche à saisir	0	1	2	3	4	5	6	7
	2. Déchire les affaires	0	1	2	3	4	5	6	7
	3. Mange des produits non comestibles	0	1	2	3	4	5	6	7
	4. Fait des avances sexuelles physiques	0	1	2	3	4	5	6	7
	5. Déambule	0	1	2	3	4	5	6	7
	6. Se déshabille, se rhabille	0	1	2	3	4	5	6	7
	7. Attitudes répétitives	0	1	2	3	4	5	6	7
	8. Essaie d'aller ailleurs	0	1	2	3	4	5	6	7
	9. Manipulation non conforme d'objets	0	1	2	3	4	5	6	7
	10. Agitation généralisée	0	1	2	3	4	5	6	7
	11. Recherche constante d'attention	0	1	2	3	4	5	6	7
	12. Cache des objets	0	1	2	3	4	5	6	7
	13. Amasse des objets	0	1	2	3	4	5	6	7
Agitation verbale non agressive	14. Répète des mots, des phrases	0	1	2	3	4	5	6	7
	15. Se plaint	0	1	2	3	4	5	6	7
	16. Émet des bruits bizarres	0	1	2	3	4	5	6	7
	17. Fait des avances sexuelles verbales	0	1	2	3	4	5	6	7
Agitation et agressivité physiques	18. Donne des coups	0	1	2	3	4	5	6	7
	19. Bouscule	0	1	2	3	4	5	6	7
	20. Mord	0	1	2	3	4	5	6	7
	21. Crache	0	1	2	3	4	5	6	7
	22. Donne des coups de pied	0	1	2	3	4	5	6	7
	23. Griffes	0	1	2	3	4	5	6	7
	24. Se blesse, blesse les autres	0	1	2	3	4	5	6	7
	25. Tombe volontairement	0	1	2	3	4	5	6	7
	26. Lance les objets	0	1	2	3	4	5	6	7
	Agitation et agressivité verbales	27. Jure	0	1	2	3	4	5	6
28. Est opposant		0	1	2	3	4	5	6	7
29. Pousse des hurlements		0	1	2	3	4	5	6	7

ÉCHELLE D'AGITATION DE COHEN-MANSFIELD

Les 29 items de l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield



- **Elle comprend :**
 - Le traitement d'une éventuelle pathologie somatique
 - Des mesures non médicamenteuses
 - Des traitements médicamenteux
- **Elle peut nécessiter le transfert de la personne dans un environnement plus adapté**
 - Hospitalisation
 - Accueil dans un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) ou dans une unité d'hébergement renforcée (UHR) si le projet d'établissement le permet



- **Traitement d'une pathologie somatique éventuelle**
 - Douleur, fécalome, rétention urinaire, fièvre, etc.
 - Réévaluation des traitements médicamenteux en cours
 - Surveillance étroite de l'état nutritionnel et prise en charge nutritionnelle en cas de perte de poids



- **Approche relationnelle (1)**

- **Rassurer, tenter de rétablir le contact, le dialogue, dans une ambiance calme, sans précipitation**

- Parler calmement face à la personne et l'écouter, sans agressivité
- Distraire, dédramatiser et redonner du sens et amener graduellement son attention vers un sujet agréable
- Utiliser le contact, le toucher, embrasser, chanter une chanson
- Assurer une présence permanente à la tombée du jour

- **Limiter le nombre de personnes autour du résident agité**

- Limiter le nombre et la durée des visites
- Isoler éventuellement la personne



- **Approche relationnelle (2)**

- **Recourir éventuellement à des « diversions », en fonction de ses goûts, de ses intérêts**

- Changer d'activité, lui proposer un jus de fruit, un gâteau, au calme dans sa chambre...
- Changer de pièce, lui proposer d'aller se promener
- Proposer une animation flash (actualités, photos souvenir, activité manuelle, promenade, musique, relaxation/respiration, défouloir, bien-être)

- **En cas d'agressivité**, isoler la personne, enlever les objets dangereux, assurer un périmètre de sécurité, demander de l'aide si besoin et appeler le médecin

- Rester calme, ne pas montrer sa peur, ne pas se montrer autoritaire
- Ne pas se sentir blessé par les propos tenus, ne pas punir ni humilier la personne



- **Correction de facteurs environnementaux**
 - Éviter les stimulations excessives (luminosité, bruit, etc.) et les sollicitations incessantes
 - Ne pas imposer un rythme excessif (toilette, repas, déplacements, etc.)
 - Éviter les contraintes, autant que possible
- **Activités structurées**
 - Activité physique
 - Activités portant sur les sens (ouïe, vision, goût, odorat, toucher)
- **Interventions comportementales individuelles ciblées**

La mauvaise interprétation d'une agitation par le soignant peut induire des contre-attitudes négatives qui risquent d'aggraver le trouble et de nuire à la relation qu'il entretient avec la personne



- **Le traitement médicamenteux n'est envisagé qu'après échec des mesures non médicamenteuses**
- **En cas de dangerosité pour lui-même ou pour les autres et en dernier recours, un traitement à visée sédatrice peut être utile**
 - **Après évaluation du rapport bénéfice/risque**
 - **De façon limitée dans le temps**
 - **Avec réévaluations pluriquotidiennes de l'efficacité et des effets secondaires éventuels**

**La contention est proscrite
en dehors d'une situation d'urgence médicale**



- **Quand hospitaliser ?**

- **Quand les troubles constatés ne peuvent pas être pris en charge de façon rapidement sécurisante dans l'établissement**
 - **L'état clinique de la personne, dont son état comportemental, menace son pronostic vital ou fonctionnel**, en particulier si une confusion peut sous-tendre le tableau clinique
 - **Le patient est dangereux pour lui-même ou son entourage** et sa dangerosité ne peut être contrôlée par les professionnels au sein de l'établissement
 - Il est nécessaire de réaliser sans délai des **examens complémentaires non ou difficilement réalisables en ambulatoire**
 - La modification d'un traitement en raison des troubles du comportement nécessite **une surveillance médicalisée qui ne peut être assurée au sein de l'établissement**



- **Selon quelles modalités ?**

- **En évitant autant que possible le passage par les urgences**
- **En adressant la personne directement dans un service adapté** (service de court séjour gériatrique, unité cognitivo-comportementale -UCC en SSR, service de psycho-gériatrie, etc.)
- **Au mieux, l'établissement a établi des conventions avec ces services, dans le cadre du projet d'établissement**
- **Sauf exception, l'établissement s'engage à accueillir à nouveau la personne à la fin du séjour hospitalier**

Une fiche de transmission écrite est systématiquement adressée au service d'accueil, avant ou au moment de l'hospitalisation

Elle précise les antécédents médicaux, les traitements médicamenteux en cours, les troubles actuels, leur mode de survenue, les mesures tentées et leurs effets, les coordonnées des personnes à joindre



- **La prévention repose sur :**
 - **une prise en charge adaptée à chaque personne dans le cadre du projet de soins et de vie personnalisé**
 - **des mesures générales entrant dans le cadre du projet d'établissement**
 - **Formation et soutien des professionnels**
 - **Environnement adapté**
 - **Soutien et information aux proches**

**Un soignant compétent et reconnu est bientraitant !
Améliorer et valoriser le comportement du soignant améliore celui du patient**



- **Soutien et formation des professionnels**
 - **Formation recommandée sur la maladie d'Alzheimer et apparentées**
 - Difficultés d'adaptation des personnes atteintes
 - Risque de situation de crise
 - Troubles du comportement (facteurs de risque, symptômes, etc.)
 - **Formation sur les principes de bientraitance dans les soins**
 - Techniques de soins relationnels, en particulier lors de la toilette, de l'habillage, du repas
 - Attitude à adopter en cas de trouble psychologique et comportemental
 - **Soutien psychologique et réunions d'équipe**

La formation et le soutien permettent d'augmenter le sentiment d'efficacité, de limiter les risques de détresse et d'épuisement, d'éviter les attitudes inadaptées et génératrices d'autres troubles



- **Environnement adapté à la personne**
 - Il n'y a pas d'environnement *a priori* idéal
 - Le meilleur environnement est celui dans lequel chaque personne trouve du **bien-être**, physique et psychologique (caractère subjectif de la qualité de vie)
 - Perçu comme sécurisant et rassurant
 - Qui lui apporte les aides et les soins dont elle a besoin
 - Où les facteurs de stress sont limités
 - Où il reçoit un soutien affectif
 - **Les besoins et les souhaits peuvent changer au fil du temps, l'adaptation de l'environnement doit donc être réévaluée périodiquement**



- **Soutien et information aux proches**
 - **Informé sur la maladie, sur les troubles psychologiques et comportementaux, sur les attitudes à privilégier pour prévenir et en cas de trouble du comportement**
 - **Soutien psychologique** par le biais d'entretiens, de groupes de parole, des associations de familles, etc.
 - **Informé sur les choix de l'établissement concernant la prévention et la gestion des troubles du comportement pour obtenir leur adhésion à ces choix** (degré de tolérance des troubles, prise de risque, contention, modalités de prise en charge, etc.)