



À la course : la personne âgée agitée à l'urgence



**Association des infirmières et
infirmiers d'urgence du Québec**

Géraldine Clerjuste, Conseillère en soins spécialisés - Personnes âgées et gastroentérologie, M. Sc. Inf., Direction des soins infirmiers (DSI), Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Anne-Andrée Paré, Infirmière praticienne spécialisée - Gériatrie, M. Sc. Inf., DSI, CHUM

12 novembre 2024
CHUM, Montréal, Canada

Conflit d'intérêts



Aucun conflit d'intérêts réel ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation.

Remerciements



Collaborateurs :

- Dr Philippe Desmarais, Interniste - gériatre, CHUM
- Hadjer Aroua, agente administrative, DSI

Plan de présentation



- Objectifs
- Vignette clinique
- Définition
- Les causes et les manifestations de l'agitation
- Distinction – les SCPD et le délirium
- Les stratégies de prévention du délirium et de l'agitation
- Approches non pharmacologiques et pharmacologiques de l'agitation
- Vignette clinique (suite)
- Points à retenir

Objectifs

- Définir ce qu'est l'agitation et ses manifestations cliniques
- Déterminer les causes de l'agitation
- Identifier les stratégies de prévention de l'agitation
- Connaître les stratégies et mesures non pharmacologiques et pharmacologiques pour prendre en charge l'agitation

Introduction



- À l'urgence 1/3 patient sur civière a 75 ans et plus
- **90% des personnes avec TNC présenteront minimalement un SCPD** dans le décours de la maladie qui nécessitera une intervention clinique
- **Les manifestations et causes** de l'agitation par le personnel sont parfois **non reconnues**
 - 1/3 des mds ne sont pas à l'aise de diagnostiquer le délirium
 - 85% des déliriums ne sont pas reconnus à l'urgence
- Les guides de pratique recommandent dans la gestion des SCPD de privilégier les **approches non-pharmacologiques en premier lieu**

TNC : trouble neurocognitif

SCPD : syndrome comportemental et psychologique de la démence

Vignette clinique



Mme Gité, 77 ans

À l'urgence pour chute avec douleur importante MIG

Au moment du rapport inter-service, l'infirmière de jour vous dit que Mme Gité devient de plus en plus agitée, elle ne veut pas rester assise, elle a refusé de prendre ses RX et tente de circuler +++.

Que faites-vous ?

ATCD :

- TNCM secondaire à maladie Corps de Lewy
- Db2, HTA, DLP
- AVC x 2008 avec hémianopsie droite

RX actuels :

- Périndorpil 2 mg po DIE
- Metformine 500mg po BID
- Atorvastatine 20mg po DIE
- Aricept 10mg po DIE
- Tylenol 650mg po TID PRN
- Hydromorphone 0.5mg-1mg po q4h PRN

Qu'est-ce que l'agitation ?

Selon Cohen-Mansfield, « elle se définit comme une activité verbale, vocale ou motrice inappropriée par sa fréquence ou par sa survenue dans un contexte social ».



Les causes de l'agitation

Plusieurs causes peuvent être concomitantes chez la personne âgée agitée :

- **Douleur**
- Peur
- Sous-stimulation ou surstimulation
- **Besoin de base non comblé**
- Anxiété aigue
- Trouble psychiatrique ou épisode de psychose, manie ou dépression
- Délirium
- Médicaments, alcool, drogue
- Approche non adaptée aux capacités cognitives (ex. absence de routine)

Les manifestations de l'agitation

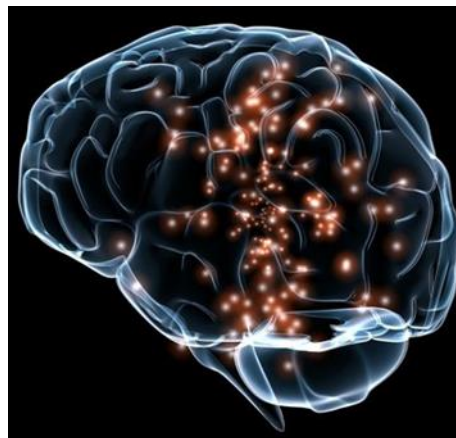
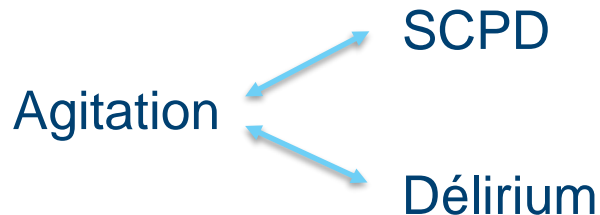


Selon la classification de l'agitation de Cohen-Mansfield et Billig (1986), Beck et autres (1998)

Agitation verbale sans agressivité	Agitation verbale avec agressivité	Agitation physique sans agressivité	Agitation physique avec agressivité
<p>Cris sans hostilité Paroles constantes Demandes répétitives Sons répétitifs Marmonnements Fredonnements</p> <p>Refus</p>	<p>Cris ou hurlements avec propos hostiles Menaces Blasphèmes Langage hostile Langage accusateur</p>	<p>Errance Déambulement Fouillement en s'emparant d'objets Élimination (uriner ou déféquer) dans des endroits inappropriés</p> <p>Cognements sur des objets sans les briser Manger la nourriture des autres Lancer des objets ou de la nourriture Cracher ses médicaments Comportements sexuels inappropriés Se déshabiller à répétition.</p>	<p>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</p>

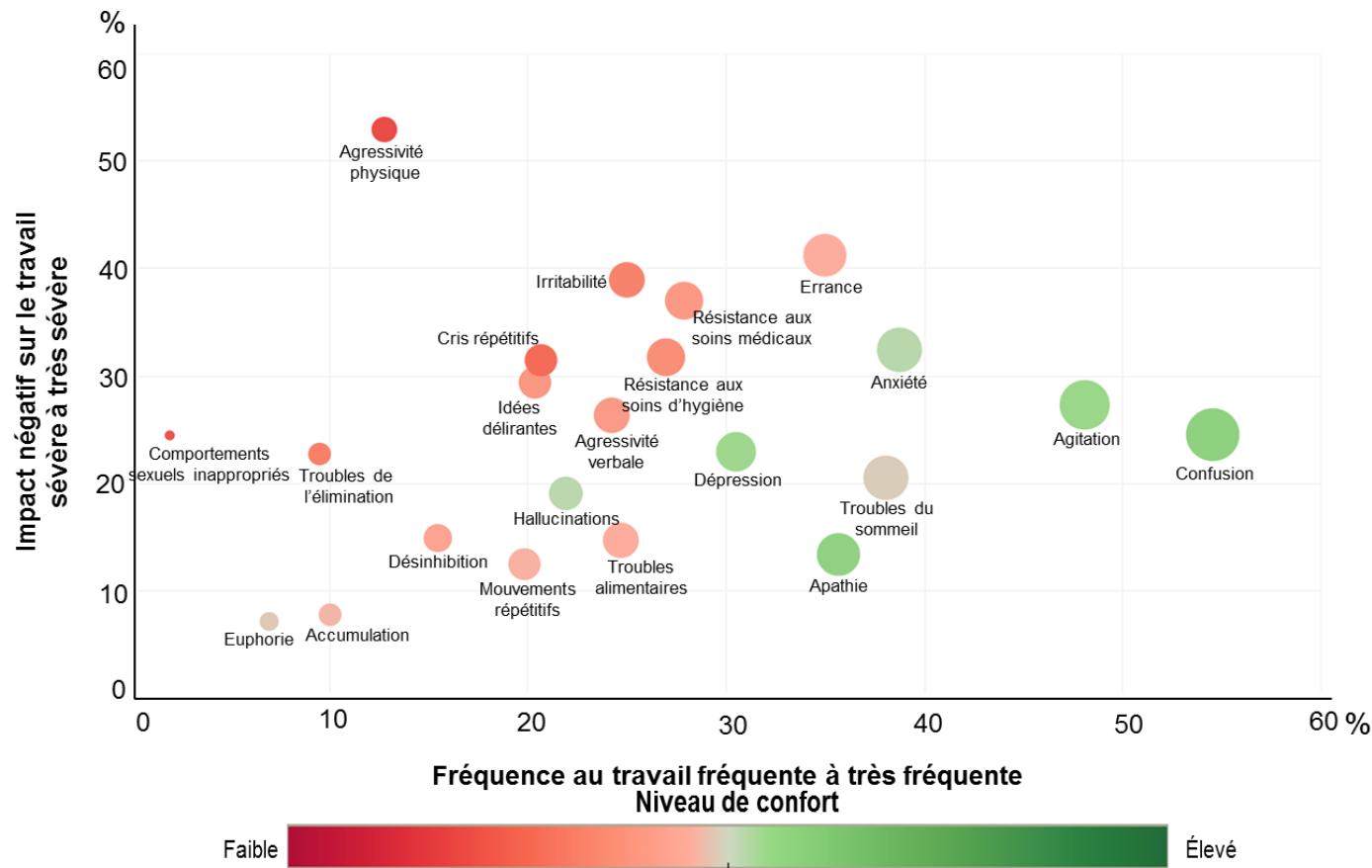
Distinction - les SCPD et le délirium

Les SCPD, selon l'*International Psychogeriatric Association* sont des :
« symptômes du trouble de la perception du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement fréquemment observés chez les personnes présentant une démence. »



© Microsoft PowerPoint, 2024

Perception des SCPD sur le travail



Distinction - les SCPD et le délirium (suite)

Délirium - définition

- Perturbation de **l'attention et de la conscience avec** perturbation cognitive (désorientation, déficit de mémoire, perturbation de l'attention, perturbations...).
- S'installe dans une courte période et fluctue

Types

- 3 types: hypoactif, hyperactif et mixte

Causes

- Infection, déséquilibre électrolytique, déshydratation, instabilité cardiopulmonaire/GI/GU, problème neurologique, médication, chute, changement d'environnement, etc.

Situation d'urgence gériatrique

Les stratégies de prévention du délirium



Dès son arrivée, afin de pouvoir identifier les facteurs de risque :

- Connaître les ATCDs (TNC, âge, chute, perte de poids dans les derniers 6 mois, etc.)
- Habitudes de vie (autonomie AVQ-AVD)
- Profil médicamenteux (ex. usage de sédatifs hypnotique)
- **Changement récent fonctionnel ou cognitif**
- Dépistage du délirium à l'arrivée avec les outils reconnus, à chaque quart de travail pour les patients à risque ou lors de tout changement de l'état du patient

Les stratégies de prévention du délirium (suite)



Exemples d'outils

- 4AT
- CAM
- Nu-Desc
- PAINAD

Confusion Assessment M outil de dépistage du délirium

Le diagnostic de delirium basé sur présence des caractéristiques A E I

4AT

Test d'évaluation du délirium et des troubles cognitifs

INSTRUMENTS

4 de plus - délirium possible + troubles cognitifs
1-3 - troubles cognitifs possibles
0 - délirium ou troubles cognitifs sévères peu probables (mais délirium encore possible si information incomplète à l'0)

INSTRUCTIONS

Le 4AT est un instrument de dépistage conçu pour l'évaluation initiale rapide du délirium et d'évaluer s'il s'agit d'un diagnostic - une évaluation plus détaillée du état mental peut être effectuée si nécessaire.

4 - le patient a une conscience et une attention normales. Le patient a une conscience et une attention normales. Le patient a une conscience et une attention normales. Le patient a une conscience et une attention normales.

3 - le patient a une conscience et une attention normales. Le patient a une conscience et une attention normales. Le patient a une conscience et une attention normales. Le patient a une conscience et une attention normales.

2 - le patient a une conscience et une attention normales. Le patient a une conscience et une attention normales. Le patient a une conscience et une attention normales. Le patient a une conscience et une attention normales.

1 - le patient a une conscience et une attention normales. Le patient a une conscience et une attention normales. Le patient a une conscience et une attention normales. Le patient a une conscience et une attention normales.

0 - le patient a une conscience et une attention normales. Le patient a une conscience et une attention normales. Le patient a une conscience et une attention normales. Le patient a une conscience et une attention normales.

Nursing Delirium Screening Scale

Replaces Confusion Risk Screen and NEECI screening tool on the Adult M/S flowsheet

NURSING DELIRIUM SCREENING SCALE

Disorientation

Inappropriate Behavior

Inappropriate Communication

Illusions/Hallucinations

Psychomotor Retardation

NuDESC Score

Disorientation

Inappropriate Behavior

Inappropriate Communication

Illusions/Hallucinations

Psychomotor Retardation

NuDESC Score

DELRUM INTERVENTIONS

Interventions if NuDESC score greater than or equal to 2.

Échelle PAINAD (Troubles neurocognitifs majeurs)			
Observations Score (0 à 10)	0	1	2
Respiration	Normale	Occasionnellement laborieuse, courtes périodes d'hyperventilation	Bruyante, pénible, longues périodes d'hyperventilation, Cheyne-Stokes
Vocalisation négative	Aucune	Gémissements occasionnels, discours peu élaboré à voix basse	Appels inquiets répétés, forts, gémissements, pleurs
Expression faciale	Souriant ou inexpressif	Triste, effrayé, froncement du visage	Grimace
Langage corporel	Détendu	Tendu, va et vient avec inquiétude, agité	Rigide, poings serrés, se retire ou repousse
Consolation	Pas besoin d'être consolé	Distrait ou rassuré par la voix ou le toucher	Impossible à consoler, à distraire ou à rassurer

2003, Sharon K. Inouye, M.D., MPH. Introduction de l'échelle de dépistage sans consentement, Inouye SK, et al. *Identifying confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med.* 1990; 113: 941-948. *Autobiosetion de reproduire aux présentes autorisée par la CCSM/PA.*

Les stratégies de prévention du délirium (suite)

Approche préventive non pharmacologique



Favoriser la présence des proches et considérer leur implication dans les interventions préventives en fonction de leurs capacités et leur disponibilité.



Interventions non pharmacologiques	
Choisir en fonction des facteurs de risque et des besoins de la personne âgée	
Catégories d'interventions*	Exemples d'interventions
Alimentation et hydratation	<p>En l'absence de contre-indications médicales, encourager la personne à s'alimenter aux heures de repas et à s'hydrater régulièrement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • s'assurer que la personne porte ses prothèses dentaires; • fournir l'aide nécessaire à l'alimentation, au besoin; • offrir un verre d'eau à chaque contact avec la personne; • placer un verre d'eau au chevet de la personne; • porter une attention particulière aux textures et consistances tolérées en cas de dysphagie.
Communication adaptée à la personne âgée†	<ul style="list-style-type: none"> • établir un contact visuel; • parler à la personne (et non seulement à son proche); • appeler la personne par son nom lors des interactions; • se présenter à la personne et expliquer son rôle; • utiliser un vocabulaire simple et concret et des phrases courtes; • éviter le langage infantilisant; • expliquer les soins à venir et, au besoin, employer des gestes et faire des démonstrations pour favoriser la compréhension; • traiter la personne avec dignité et empathie.
Élimination urinaire et fécale	<ul style="list-style-type: none"> • encourager ou aider la personne à aller à la toilette; • éviter la sonde urinaire si possible; • au besoin, favoriser le cathétérisme intermittent; • au besoin, se référer au protocole médical national de l'INESSS sur l'élimination fécale.
Mobilisation	<ul style="list-style-type: none"> • encourager la personne à se lever et à marcher (p. ex. : s'asseoir au fauteuil pour les repas, marcher pour aller à la toilette, marcher dans le corridor); • encourager la personne alitée à bouger (p. ex. : exercices au lit); • mettre des aides à la marche à disposition et les ajuster adéquatement (p. ex. : canne, marchette); • minimiser l'utilisation de dispositifs médicaux et de tubulures qui restreignent la mobilité (p. ex. : monitoring cardiaque, soluté).
Orientation	<ul style="list-style-type: none"> • afficher l'heure et la date (p. ex. : horloge et calendrier); • placer à la vue l'écriteau « Vous êtes à l'hôpital X »; • rappeler régulièrement à la personne le moment de la journée et le lieu où elle se trouve; • annoncer les soins et traitements prodigués ou à venir; • minimiser les changements de salle.
Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> • réduire le bruit et la lumière durant les heures de sommeil : <ul style="list-style-type: none"> - éviter le fonctionnement inutile des appareils (p. ex. : mettre le moniteur en mode veille); - baisser le volume de la sonnerie des téléphones; • limiter et regrouper les soins offerts la nuit, si possible.
Vision et audition	<ul style="list-style-type: none"> • s'assurer que la personne porte ses lunettes et prothèses auditives; • enlever les bouchons de cérumen, au besoin.

* Les interventions sont présentées en ordre alphabétique et non en ordre d'importance. Plusieurs s'apparentent aux interventions présentées dans le cadre de référence [Vers un service d'urgence adapté à la personne âgée](#) (MSSS, 2022) et parfois représentées sous l'acronyme AINEES.

† Exemples tirés et adaptés de [FAAPA-fiche délirium](#) (MSSS, 2012)

Les stratégies de prévention du délirium (suite)

- Quels étaient les signes AINÉES avant l'admission ?
- Que puis-je faire pour maintenir les signes AINÉES ?

A

Autonomie AVQ / Mobilité

Risque d'un syndrome d'immobilisation

Risque de chute

- Stimuler AVQ « Ne pas faire à la place de »
- Mobiliser q 2 h si alité, lever au fauteuil T.I.D.
- Programme de mobilité préventif

I

Intégrité de la peau

Risque de développer une plaie de pression

- Selon échelle de Braden q 24 h soins intensifs q 48 h unités et urgence
- Appliquer mesures préventives selon échelle de Braden
- Surveiller sites q 8 h : sacrum, talons, ischions, malléoles, trochanters

N

Nutrition / Hydratation

Risque de dénutrition : perte de poids > 2 % / semaine

Risque de déshydratation : muqueuses ou langue sèches

Risque de dysphagie

- Stimuler l'hydratation > 1500 ml / 24 h sauf si restriction

É

Élimination

Risque d'incontinence / globe vésical

Risque de constipation / fécalome

- Horaire d'élimination / habitudes de vie
- Horaire mictionnel q 2-3 h (toilette ou chaise d'aisance)
- Favoriser le maintien de la continence (éviter la culotte d'incontinence)

E

État cognitif / Comportement

Risque de delirium / agitation dans les démences

- Lunettes et appareils auditifs
- Orientation : temps, espace et personnes à chaque visite
- Encourager la présence / participation de la famille

S

Sommeil

Risque d'insomnie

- Demander si la personne prend des somnifères, le noter au dossier et aviser le médecin
- Sieste maximale de 45 minutes le jour, avant 14 h 30
- Offrir des moyens non pharmacologiques pour favoriser le sommeil (boissons chaudes, musique...)
- Réduire le bruit, veilleuse...

Les stratégies de prévention du délirium (suite)

- **Chariot d'activités et stimulation cognitive**

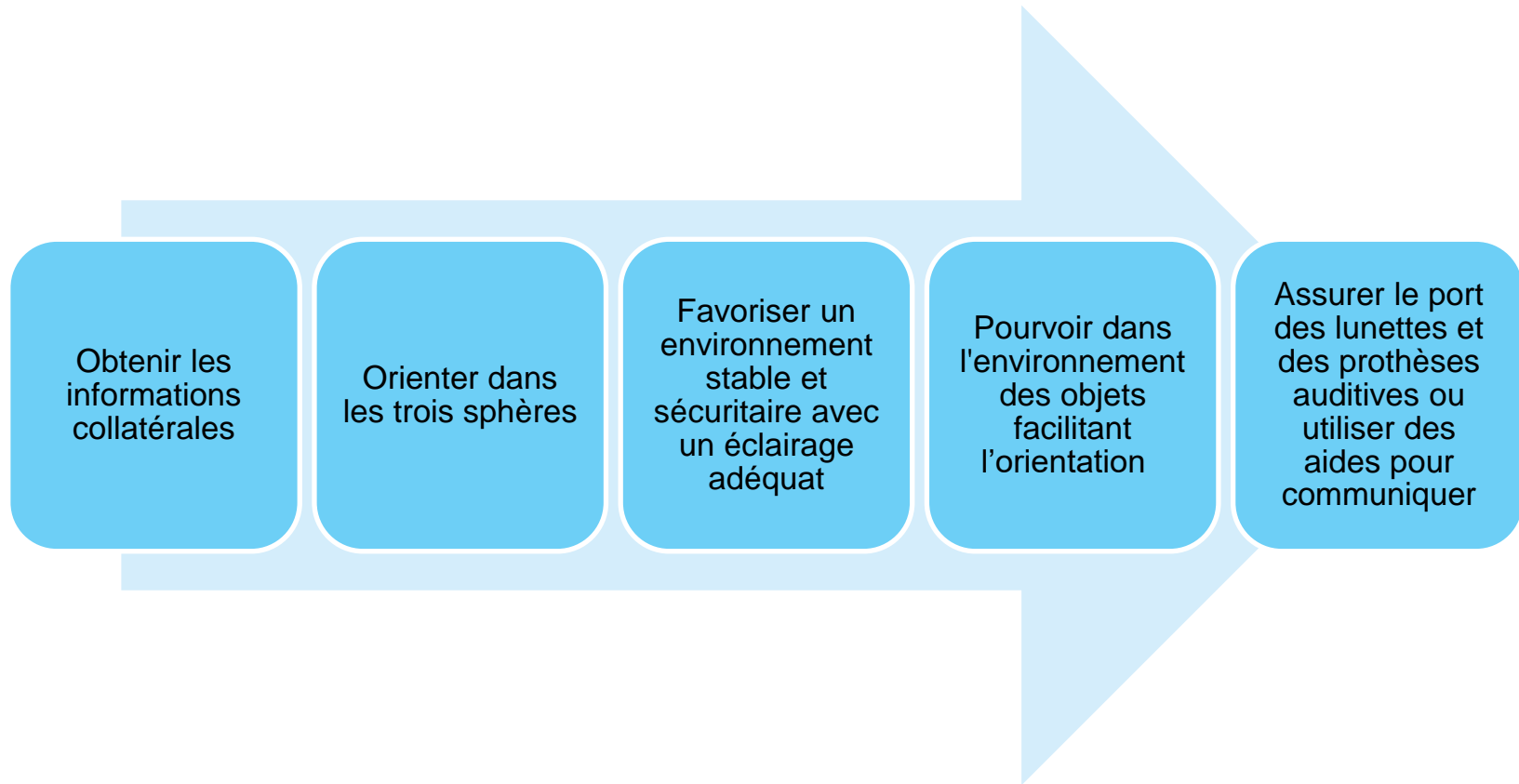
Ce chariot constitue des activités de réminiscence, d'orientation (à la réalité) et de stimulation cognitive, motrice et sensorielle. Un protocole de nettoyage, respectant les principes de prévention et contrôle des infections (PCI), doit être mis en place avant son implantation. Voici une suggestion d'objets à inclure dans ce chariot :

- Stimulation sensorielle : poupée, ballon, cube sonore
- Stimulation motrice : labyrinthe tactile, élastiques, cube Rubik, serrures, petit coffre à outil
- Art-thérapie : casse-tête de 2-3 morceaux et plus, images à colorier, tableau blanc et crayons
- Musicothérapie : radios
- Autres : journal du jour, catalogues d'un magasin d'outils ou de décoration

Exemple
d'activité de
stimulation
cognitive



Les stratégies de prévention de l'agitation



Les stratégies de prévention de l'agitation (suite)

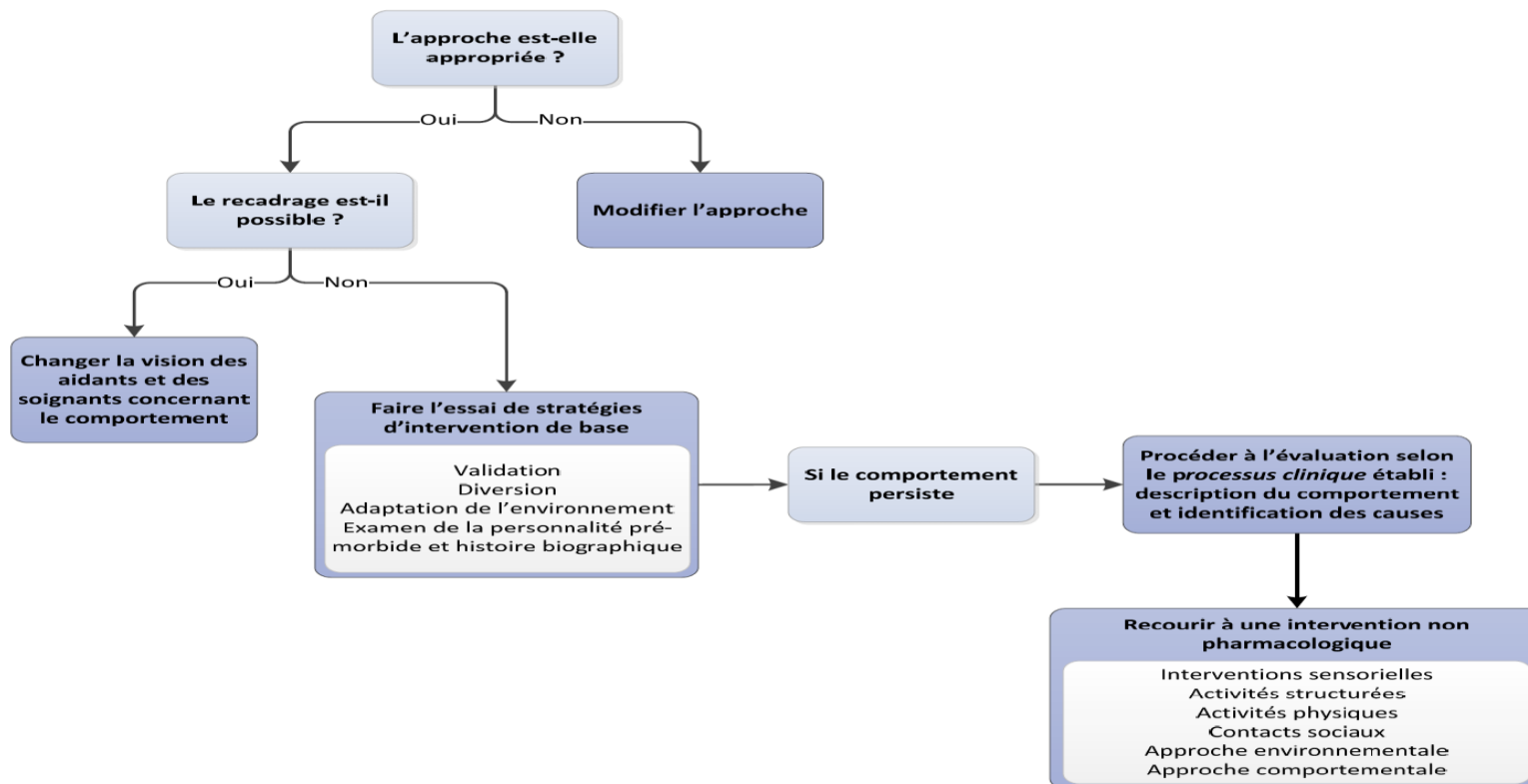
S'assurer que les besoins de base soient comblés

Utiliser les outils reconnus pour l'évaluation de la douleur (ex. PAINAD) chez les patients TNC

Évaluer le profil médicamenteux

Informar les proches aidants du risque potentiel de delirium et les encourager à agir de façon à prévenir son apparition (activités de stimulation cognitive)

Approche non-pharmacologique de l'agitation – Arbre décisionnel



Approche non pharmacologique de l'agitation

Évaluation

Mettre en place les stratégies préventives

Évaluation physique :
atteinte cognitive, éléments déclencheurs/contexte de soins, anamnèse + examen physique + bilans + médication, etc.

Évaluation psychosociale :
impliquer le plus tôt possible la famille

Évaluation environnementale : risque de blessures

Interventions

Interventions biophysiological :
soulager la douleur, combler les besoins de base, etc.

Intervention environnementale :
approche comportementale, interventions sensorielles, surcharge sensorielle, etc.

Interventions spécialisées :
infirmière clinicienne en gériatrie, infirmières en pratique avancée, etc.

Les contentions physiques ne sont pas toujours efficaces et accentuent parfois les symptômes. Mesures de dernier recours s'il y a un risque pour la personne ou autrui.

Approche facilitante en présence d'un patient agité



Réassurer, écouter, distraire et le faire exprimer ses sentiments ou besoins

Utiliser des phrases simples et courtes, valider qu'il a bien compris avant de donner les soins

Utiliser les approches douces, de diversions, de réminiscence, doser les stimuli (lumière/bruits)

Appliquer un bandage sur cathéter intraveineux ou utiliser des tabliers pour cacher le matériel médical

Approche pharmacologique

Réservé aux patients présentant une **agitation modérée à sévère** qui présente un risque pour sa personne ou les autres

Les antipsychotiques sont à éviter de manière systématique et devrait être utiliser en dernier ressort. À proscrire avec un trouble du mouvement (parkinson, maladie corps de Lewy) = risque d'exacerbation

En l'absence d'autre option, la quiétapine à petite dose chez les patients avec trouble du mouvement peut être tentée

Vignette clinique (suite)



Mme Gité, 77 ans a été admise à l'urgence tôt ce matin pour chute avec douleur importante MIG. Elle a un TNC de type corps de Lewy. Elle présente des SCPD : errance et opposition aux soins.

Au moment du rapport interservice, l'infirmière de jour vous dit que Mme Gité devient de plus en plus agitée, elle ne veut pas rester assise, elle a refusé de prendre ses RX et tente de circuler +++.

Que faites-vous ?

Vignette clinique (suite)



- 1 Allez sur wooclap.com
- 2 Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

Code d'événement
ZKOEES

Vignette clinique (suite)



- Déterminer la cause de l'agitation
 - Évaluer les besoins de base
 - Examen clinique
 - Profil médicamenteux
- Valider si l'approche est adaptée
- Approche environnementale
- Interventions sensorielles et approche comportementale
- Interventions spécialisées

Points à retenir

- L'agitation et l'agressivité peuvent être de **causes multiples** (douleur, délirium, SCPD, besoin primaire non-répondu, etc.)
- Souvent, c'est un **mécanisme d'expression d'un besoin**
- Il est primordial de **comprendre** son étiologie
- Les **mesures non-pharmacologiques** lors d'une sévérité légère à modérer sont à privilégier en **premier lieu**
- Les antipsychotiques sont à utiliser qu'en cas d'agressivité et de symptômes psychotiques sévères

Références et bibliographie



- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.
- Bourque, M. et Voyer, P. (2013). La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence , Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition, St- Laurent: Éditions du renouveau pédagogique et Pearson ERPI, p. 451-478
- *Cohen-Mansfield, J. (1996) Conceptualization of agitation: results based on the Cohen-Mansfield agitation inventory and the agitation behavior mapping instrument. International psychogeriatrics, p309-354.*
- Desmarais, Philippe (2023). *Point de vue des intervenants face aux SCPD en soins de courte durée*. Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université de Montréal, Montréal.
- Draper, B., Brodaty, H. F. I. S., & Finkel, S. (2015). *The International Psychogeriatric Association (IPA) complete guides to behavioral and psychological symptoms of dementia*. The International Psychogeriatric Association.
- Dresden, S. M., Taylor, Z., Serina, P., Kennedy, M., Wescott, A. B., Hogan, T., ... & Weintraub, S. (2022). Optimal emergency department care practices for persons living with dementia: a scoping review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(8), 1314-e1.
- Gouvernement du Québec (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - Cadre de référence*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>
- Gouvernement du Québec (2012). *Aigitation dans les démences*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-09W.pdf>

Références et bibliographie



- Gouvernement du Québec. (2014). Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes non pharmacologiques et psychologiques de la démence. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-06W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2022). *Vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée - Cadre de référence*. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003342.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2024). *Délirium chez les personnes âgées à l'urgence : Prévention, évaluation et prise en charge*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Repéré à : https://www.inesss.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage_optimal/INESSS_Delirium_GN.pdf
- Graham, F., Beattie, E., & Fielding, E. (2022). Hospital nurses' management of agitation in older cognitively impaired patients: do they recognise pain-related agitation?. *Age and ageing*, 51(7)
- Kennedy M, Koehl J, Shenvi CL, et al. The agitated older adult in the emergency department: a narrative review of common causes and management strategies. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2020;1:812e823.
- Ko-Xin, C., Pei-Chen, H., Jong-Ni, L., Feng-Ping, L., & Jing-Jy, W.. (2023). Exploring the Difficulties and Strategies of Family Caregivers in Caring for Patients With Dementia in Acute Care Wards. *Journal of Nursing Research*, 31(5), e297.
- Lussier, D., et Massoud, F. (2023). *Précis pratique de gériatrie Arcand-Hébert*. Edisem.
- Manning, S. N. (2021). Managing behaviour that challenges in people with dementia in the emergency department. *Emergency Nurse*, 29(3).
- Shenvi, C., Wilson, M. P., Aldai, A., Pepper, D., & Gerardi, M. (2019). A research agenda for the assessment and management of acute behavioral changes in elderly emergency department patients. *Western Journal of Emergency Medicine*, 20(2), 393.



Période de questions

AMPHITHÉÂTRE
PIERRE-PÉLADEAU