17ème journée romande de formation en prévention de l'infection – 16 juin 2023

Mesures de protection et personnes atteintes de troubles neurocognitifs

Jessica Segura
Infirmière clinicienne spécialisée, MScSI

Département de gériatrie, réadaptation et soins palliatifs, RHNe
Equipe mobile de gériatrie et soins palliatifs, RHNe

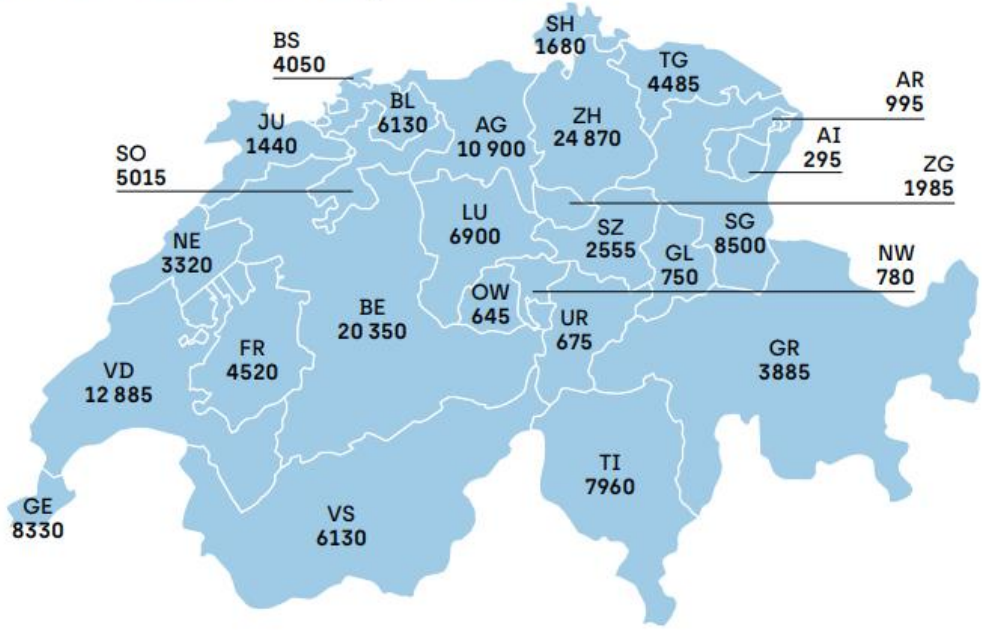
Jessica.segura@rhne.ch

+41 79 559 59 03

Situation en Suisse

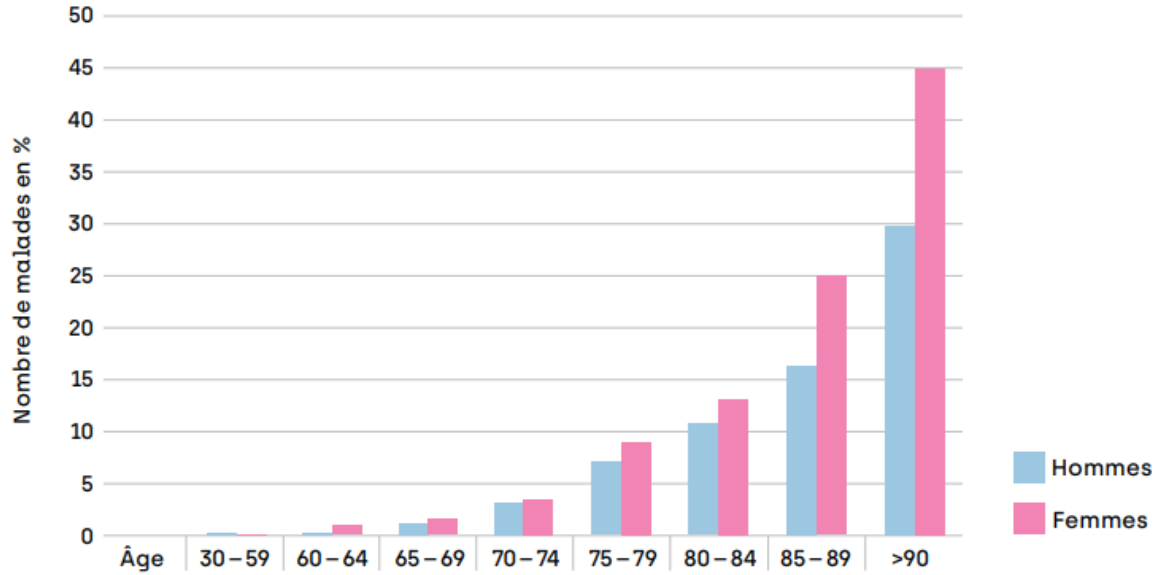
Selon les estimations, quelque **150 000 personnes** atteintes d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence vivent actuellement en Suisse. On dénombre **32 200 nouveaux cas** chaque année, soit une nouvelle personne affectée toutes les **16 minutes**.

/ Personnes atteintes par cantons



(Alzheimer Suisse, 2022)

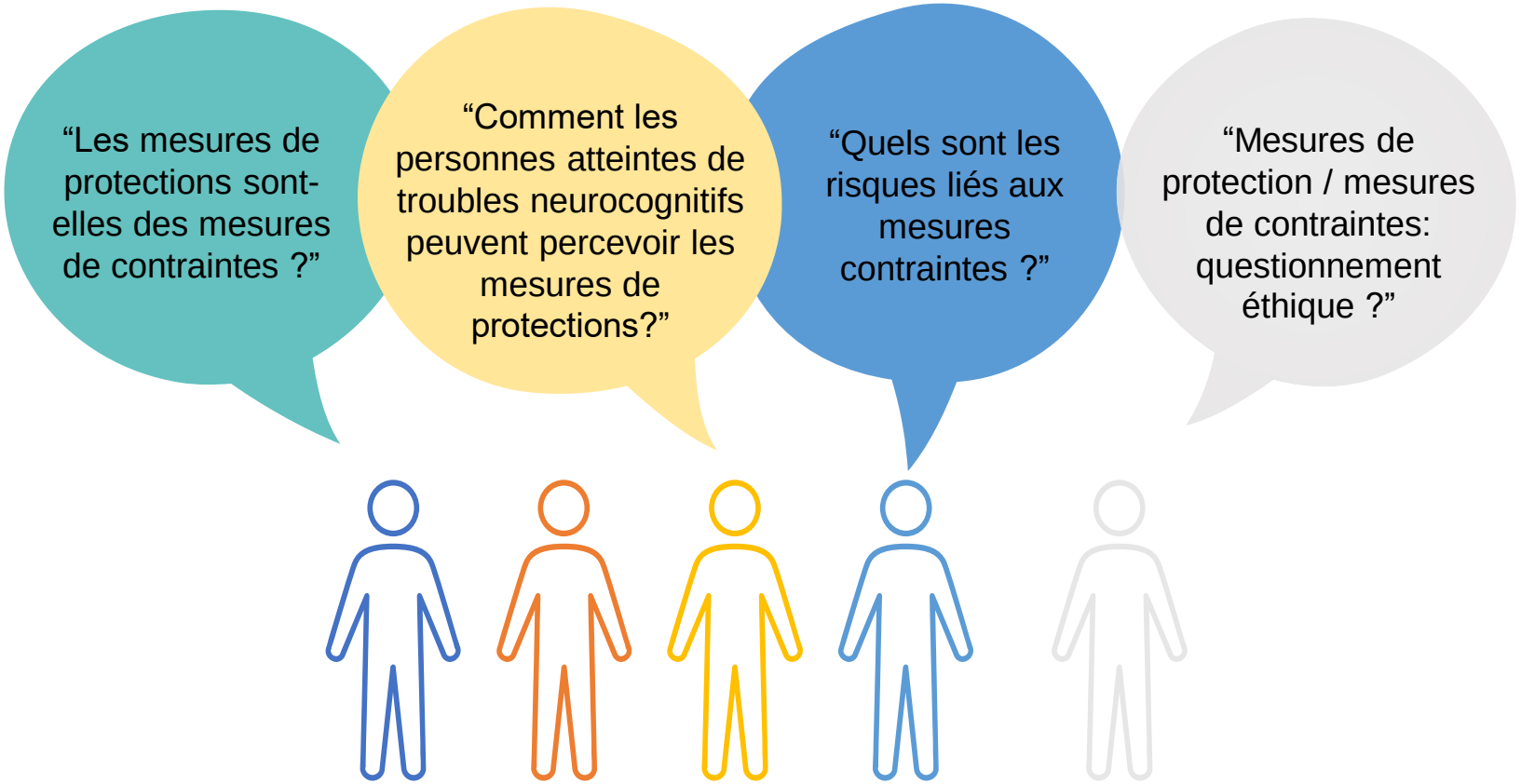
/ Personnes atteintes en fonction de l'âge



(Alzheimer Suisse, 2022)

« En **2050**, en Suisse, on estime que **315 400 personnes** seront atteintes de pathologie **Alzheimer ou autre forme de TNC** »

(Alzheimer Suisse, 2022)


“Les mesures de protections sont-elles des mesures de contraintes ?”
“Comment les personnes atteintes de troubles neurocognitifs peuvent percevoir les mesures de protections?”
“Quels sont les risques liés aux mesures contraintes ?”
“Mesures de protection / mesures de contraintes: questionnement éthique ?”

Plan de la présentation

Troubles cognitifs / troubles neurocognitifs ?

Enjeux cliniques

Mesures de protection et mesures de contraintes

Partie 1 –
Troubles cognitifs / troubles neurocognitifs majeurs ?

Etat mental

Troubles cognitifs

(TC)

Altération d'une ou plusieurs **fonctions cognitives**, peu importe le mécanisme en cause, son origine ou sa réversibilité

Troubles neurocognitifs

(TNC)

Perte **acquise**, **significative** et **évolutive**

Etat Confusionnel Aigu

(Délirium)

TC **transitoires** secondaires à une autre affection/problématique

Troubles neurocognitifs léger

(MCI Mild Cognitive Impairment)

TNC **sans répercussions** sur la réalisation des **AVQ**

Troubles neurocognitifs majeurs

(anciennement = démence)

TNC **avec répercussions** sur la réalisation des **AVQ**

Troubles neurocognitifs =

réduction **acquise**, **significative** et **évolutive** des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs

AVQ = Actes de la Vie Quotidienne

Etat Confusionnel Aigu (ECA) / Délirium (Ajout – envoi participants)

Critères diagnostics

A. Preuves d'un **déclin cognitif significatif** par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs observé par:
   - personne elle-même, proche ou un professionnel qui **rapporte un déclin cognitif significatif**
   - une **performance cognitive nettement déficitaire** documentée par des **tests neuropsychologiques** standardisés ou à minima, outils cliniques quantitatifs reconnus

B. Les déficits interfèrent avec l'accomplissement autonome des activités quotidiennes

C. Les déficits cognitifs ne sont pas observés dans le cadre d'un délirium

D. Les déficits ne sont pas expliqués par une autre atteinte du système nerveux central ou à la santé mentale

(American Psychiatric Association, 2015; Consortium national de formation en santé & Volet université d'Ottawa, 2023)

(American Psychiatric Association, 2015)

Troubles neurocognitifs mineurs (léger) (Ajout – envoi participants)

Critères diagnostics

A. Preuves d'un **déclin cognitif modeste** par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs observé par:
   - personne elle-même, proche ou un professionnel qui **rapporte un déclin cognitif léger** dans certaines fonctions cognitives
   - une performance cognitive **légèrement déficitaire** documentée par des tests neuropsychologiques standardisés ou à minima, outils cliniques quantitatifs reconnus

B. Les déficits n'interfèrent pas dans avec l'accomplissement autonome des activités quotidiennes (les fonctions cognitives plus complexes sont préservées, mais les activités nécessitent un plus grand effort)

C. Les déficits cognitifs ne sont pas observés dans le cadre d'un délirium

D. Les déficits ne sont pas mieux expliqués par une autre atteinte du système nerveux central ou à la santé mentale

(American Psychiatric Association, 2015; Consortium national de formation en santé & Volet université d'Ottawa, 2023)

(American Psychiatric Association, 2015)

Troubles neurocognitifs majeurs TNCM (Ajout – envoi participants)

Critères diagnostics

A. Preuves d'un **déclin cognitif significatif** par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs observé par:
   - personne elle-même, proche ou un professionnel qui **rapporte un déclin cognitif significatif**
   - une **performance cognitive nettement déficitaire** documentée par des **tests neuropsychologiques** standardisés ou à minima, outils cliniques quantitatifs reconnus

B. Les déficits interfèrent avec l'accomplissement autonome des activités quotidiennes

C. Les déficits cognitifs ne sont pas observés dans le cadre d'un délirium

D. Les déficits ne sont pas expliqués par une autre atteinte du système nerveux central ou à la santé mentale

(American Psychiatric Association, 2015; Consortium national de formation en santé & Volet université d'Ottawa, 2023)

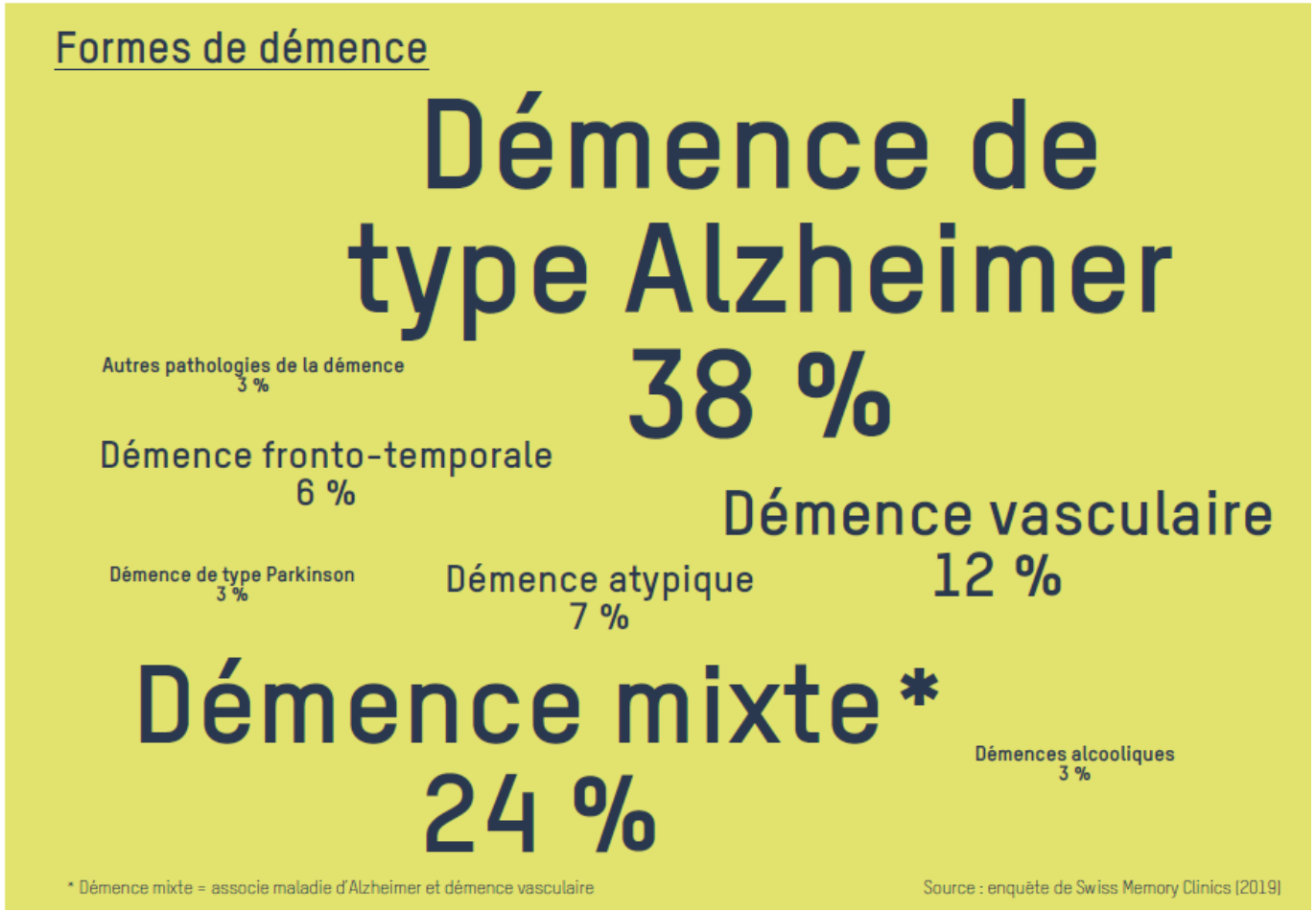
(American Psychiatric Association, 2015)

ECA vs TNCM

	Etat Confusionnel Aigu	Troubles NeuroCognitifs Majeurs
Début	Aigu	Insidieux
Evolution	Fluctuations	Progressive
Etat de conscience	Diminué	Conservé
Attention	Altérée, fluctuations	+/- intacte suivant étiologie
Hallucinations	Fréquentes, particulièrement visuelle	Souvent absentes
Activités psychomotrices	Imprévisible, augmentée ou diminuée	+/- normales
Langage	Incohérent	Généralement préservé, manque du mot possible

(Grob et al., 2003)

Situation en Suisse



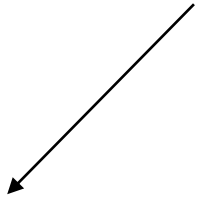
(Confédération suisse, 2019)

Ressources disponibles gratuites

alzheimer
Schweiz Suisse Svizzera

(Alzheimer Suisse : pour une meilleure qualité de vie, s. d.)

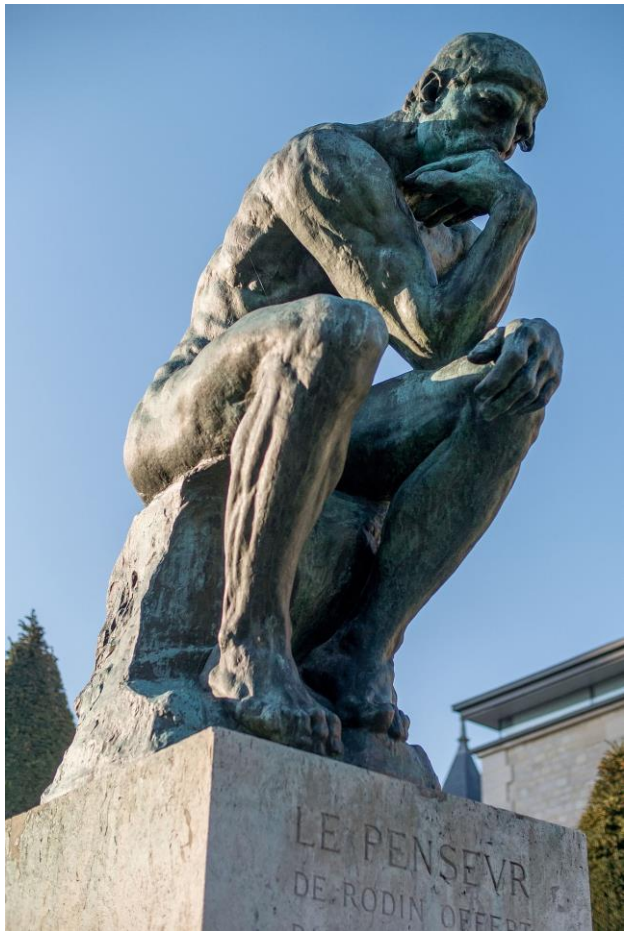
https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/publications-produits/fiches-dinformation



Thème: Maladies | Catégorie: Fiches d'information Démence fronto-temporale **Descriptif**	**Télécharger le PDF** Français Italien Allemand	**Gratuit** FR 1 Ajouter au panier
Thème: Maladies | Catégorie: Fiches d'information Démence à corps de Lewy **Descriptif**	**Télécharger le PDF** Français Italien Allemand	**Gratuit** FR 1 Ajouter au panier

Partie 2 –
Enjeux cliniques

Enjeux cliniques



Le Penseur, Auguste Rodin

Image libre de droits

Confit de valeurs !

D'une part : il incombe aux professionnels d'assurer la protection des personnes d'une contamination potentielle. Pour ce faire (entre autres actions):

- Application / respect des précautions standards
- Actions de sensibilisation / prévention auprès des personnes, proches et professionnels
- Parfois, nécessaire de demander aux personnes de porter un masque
- Parfois, nécessaire de mettre place un isolement protecteur
- Etc.

D'autre part : comment appliquer / faire respecter ces différentes mesures auprès de personnes atteintes de troubles neurocognitifs et/ou ECA ?

- Complexité de la mise en œuvre des différentes mesures
- Prise en soin / accompagnement possiblement plus complexe
- Parfois, échec

Quelles sont les difficultés ?

01 **Déficit cognitif**

- Difficultés de compréhension des consignes
- Difficultés en lien avec la communication
- Compliance aléatoire

Liste non exhaustive !

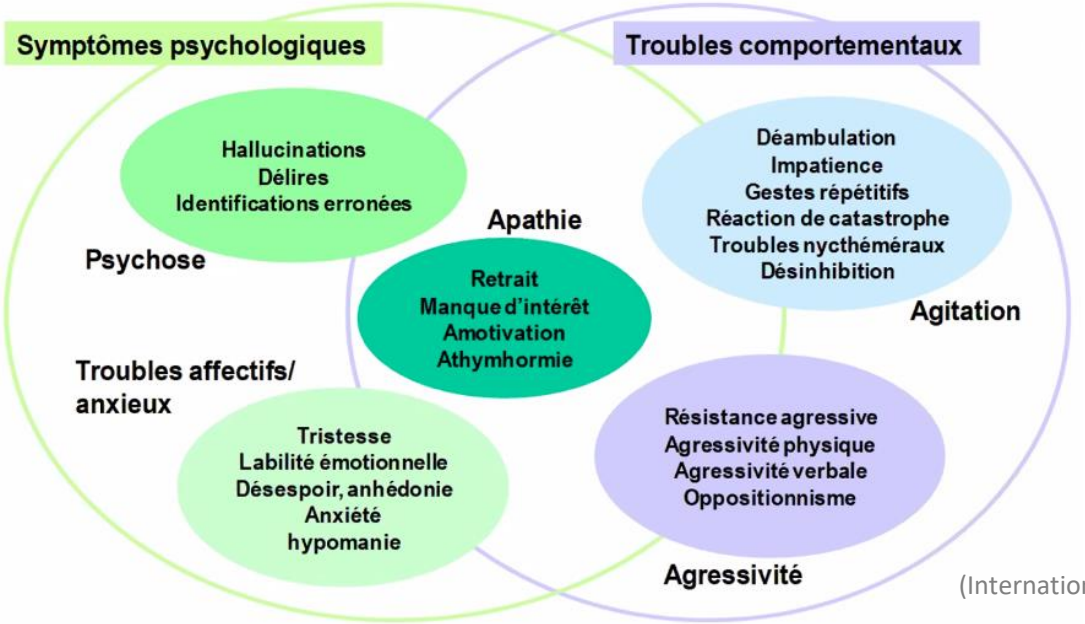
02 **Aménagement des structures de soins**

- Barrières architecturales
- Structure de long séjour = lieux de vie

(Zimmerman et al., 2022 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2021)

03 **Symptômes psychocomportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)**

- Inefficacité des mesures d'isolement (déambulation / Confinement en chambre illusoire)
- Les changements d'habitudes peuvent augmenter l'anxiété



(International Psychogeriatric Association, 2012)

La déambulation

«**Symptôme comportemental** qui découle d'une atteinte des **fonctions cognitives** qui survient la plupart du temps, mais non exclusivement, dans le contexte de **troubles neurocognitifs majeurs**»

(Voyer, 2021)

Se traduit par:

- Déambulation ou **locomotion répétitive** et **aléatoire sans but apparent ou rationnel** pour la personne qui observe
- Souvent incongrue: (règles, limites ou obstacles n'existent pas)

Conséquences:

- Augmente les besoins nutritionnels et hydriques
- Risque de perte de poids / déshydratation
- Augmente le risque de blessure (autoblessure et hétéro blessure)
- Risque de chute
- Fardeau pour professionnel / proche

Bénéfices:

- Activité physique (favorise le tonus musculaire)
- Peut faciliter le sommeil nocturne

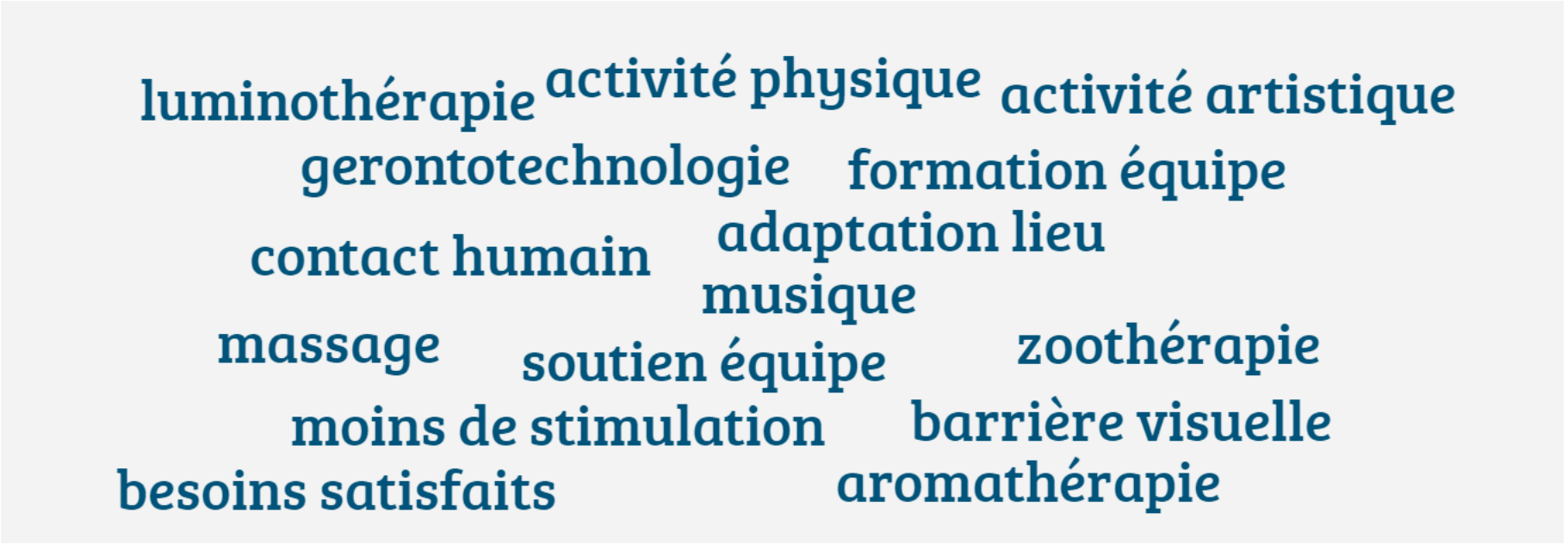
(Voyer, 2021)

Image libre de droits

La déambulation – Exemples d'interventions

Objectifs de programme d'intervention
Assurer le respect et la sécurité
Maintenir et favoriser l'autonomie fonctionnelle / exploiter ses capacités
Assurer le respect et la sécurité des individus partageant le même milieu
Encadrer la déambulation

(Voyer, 2021)



(Voyer, 2021)

Principe de base de la communication avec une personne atteinte de TNCM

Penser à l'environnement (bruits, etc.)
Etablir le contact pour obtenir l'attention et s'assurer que le message a bien été transmis
Effectuer des phrases courtes, vocabulaire simple. Une seule consigne à la fois.
Considérer l'aîné comme une personne qui souhaite communiquer, mais qui est dans l'incapacité de le faire (en lien avec TNC +/- troubles sensoriels) (ex: formule de politesse, poignet de main, sourire)
Valoriser la personne qui effectue le moindre geste/signe de communication pour maintenir chez la personne l'envie de communiquer
Encourager à maintenir son autonomie et le contact avec le monde social
Etre patient
Faire preuve de créativité pour surmonter les difficultés liées aux troubles de la communication afin de répondre aux besoins de la personne → penser interdisciplinarité !
Essayer de rendre chaque contact avec la personne aussi agréable que possible pour entretenir une bonne relation thérapeutique

(Voyer, 2021)

« Le fait de joindre des gestes aux paroles et de décrire les activités que le soignant s'apprête à faire ou qu'il est en train de faire lui permet d'établir un contact avec la personne et de conserver son attention. »

(Voyer, 2021)

Partie 3 –
Mesures de protection et mesures de contraintes

Mesures de contraintes ?

Définition

Contention : « mesures **physiques**, **chimiques** et **environnementales** employées dans le but de **restreindre** les **activités physiques**, ou **comportementales** d'une personne ou d'une partie de son corps »

- Contentions physiques = limitent les mouvements
- Contentions chimiques = médicament utilisé dans le but d'inhiber intentionnellement le comportement ou mouvement
- Contentions environnementales = maitrisent la mobilité
  - **Isolement**

(Registered Nurses Association of Ontario, 2016)

Le passage d'une "culture de la contention" à une "culture de l'absence de contention« nécessite du temps, de la sensibilisation, de la sensibilité et de l'adaptation afin d'intérioriser et d'assimiler un tel changement dans le paradigme des soins.

(Carrero-Planells et al., 2021)

Risques et conséquences

Les contentions (physiques / psychiques) augmentent le risque:

- Chute, blessures → risque de déclin fonctionnel → risque de perte d'autonomie → augmentation des besoins en aide
- ECA
- Escarre
- Durée moyenne de séjour augmenté (milieu hospitalier)

(Jones et al., 2022 ; Agens, 2010)

Risques spécifiques liés l'isolement

- Engendre isolement social
- Impact sur la thymie (moins bon moral)
- Moindre activité physique = risque de chute / blessure
- Facteur de risque de l'aggravation de dépendance

TABLEAU 2 Événements indésirables associés à l'isolement social et à la solitude

EMS: établissement médico-social.

Physique	Mentale	Utilisation des services de santé
• Mortalité • Maladies cardiovasculaires et diabète • Morbidité • Fragilité • Déconditionnement physique et fréquence de chute augmentée • Malnutrition et carence en vitamine D	• Troubles psychiatriques: dépression, anxiété, suicide • Démence • Modification d'habitudes de vie (tabac, alcool, troubles alimentaires ou du sommeil, etc.) • Sentiment de bien-être diminué • Observance thérapeutique diminuée • Maltraitance	• Augmentation du nombre d'hospitalisation et du risque de réhospitalisation • Augmentation de consultations aux urgences • Augmentation de consultations chez le médecin traitant • Admission précoce en EMS

(Manzanares et al., 2021)

S’il est décidé d’introduire une contention

Pour la contention, en équipe, il faut discuter:

- La pertinence de la contention
- Le consentement à l’utilisation de la contention
- l’utilisation d’interventions non pharmacologiques

AUTRES ACTIONS

- **Limiter les effets de l’isolement**
  - programmer des levées d’isolement dans la journée (visite de soignant en chambre, marche dans l’unité et/ou ja physique, programme musical en chambre, …)
  - prendre du temps pour l’aide au repas (participation des rééducateurs, psychologues et médecins)
  - disposer de moyens de communication téléphonique et/ou visio pour maintenir un lien avec l’entourage
  - diversifier les matériaux pour un usage personnel (exemple : peluche)
  - organiser la gestion du linge si possible avec les familles pour garder les effets personnels
- **Soutenir les équipes soignantes**
  - implication active des responsables d’unité
  - mobiliser les psychologues et mettre en place des groupes de parole
  - informer sur les hotlines de soutien psychologique

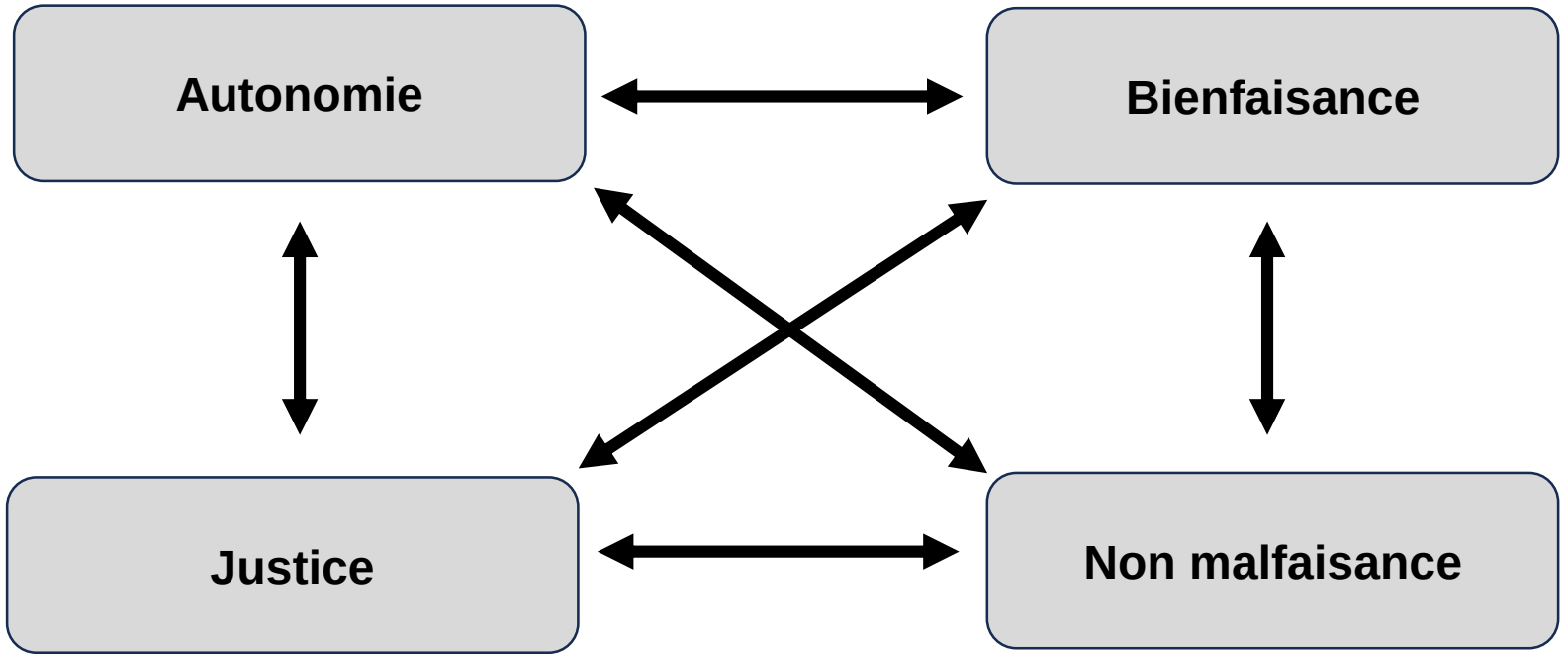
(Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 2020)

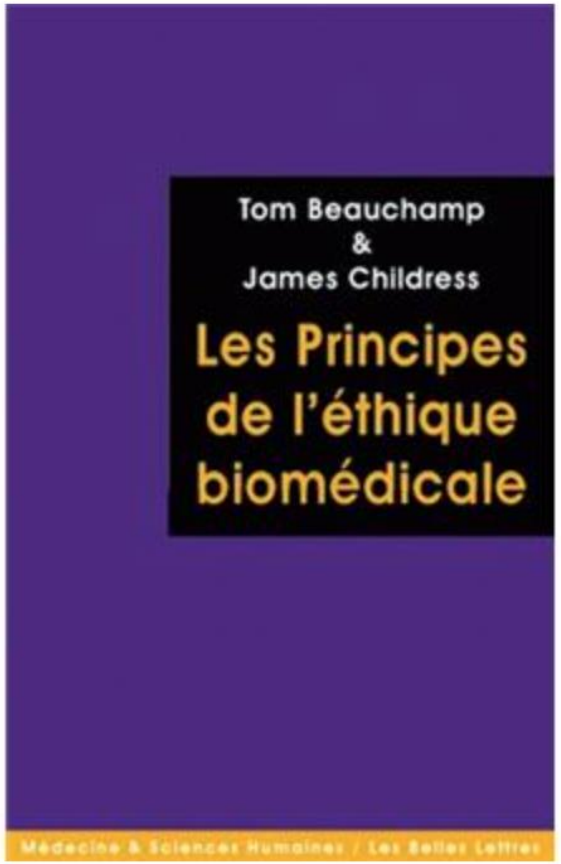
Alors, quoi faire ?

(Image libre de droits)

En **équipe**, pour **toutes situations**, il faut **peser** les **risques**, les **avantages** et les **alternatives**.

Questionnement éthiques, en lien avec conflit entre minimum deux concepts éthiques





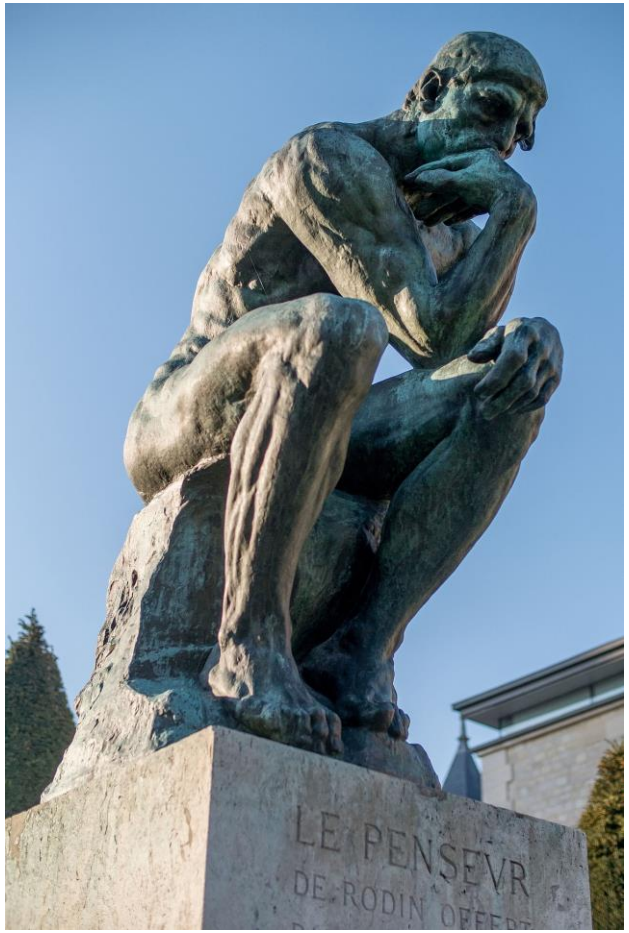
Alors, quoi faire ?

(Image libre de droits)

La **littérature** ne rapporte **pas de réponse unique**.

Individualisation des réponses !

Take home message



Le Penseur, Auguste Rodin

(Images libres de droits)

Références

1. Agens, J. E. (2010). Chemical and physical restraint use in the older person. *British Journal of Medical Practitioners*. https://www.bjmp.org/files/2010-3-1/bjmp-2010-3-1-302.pdf

2. Alzheimer Suisse : Pour une meilleure qualité de vie. (s. d.). Consulté 26 mai 2023, à l'adresse https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/page-daccueil

3. Assistance Publique Hôpitaux de Paris. (2020). *Organisation des prises en charge dans les services de Gériatrie dans le contexte d'épidémie de SARS COV 2*. https://aphp.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/268/files/2020/11/Strategie-generale-COVID-geriatrie-V1_05112020.pdf

4. Carrero-Planells, A., Urrutia-Beaskoa, A., & Moreno-Mulet, C. (2021, juillet 14). The use of physical restraints on geriatric patients : Culture and attitides among healthcare professionals at intermediate care hospitals in Majorca. A qualitative study protocol. *Environmental Research and Public Health*.

5. Grob, W., Rutschmann, O., & Andreoli, A. (2003, août 15). Etat confusionnel aigu : Prise en chareg pragmatique dans un service d'urgence. *Revue Médicale Suisse*. https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2003/revue-medicale-suisse-2446/etat-confusionnel-aigu-prise-en-charge-pragmatique-dans-un-service-d-urgence

6. International Psychogeriatric Association. (2012). *The IPA complete guides to behavioral and psychological symptomes of dementia*. https://www.ipa-online.org/resources/publications/guides-to-bpsd/

7. Jones, A., Goodarzi, Z., & Watt, J. (2022). Chemical and physical restraint use during acute care hospitalization of older adults : A retrospective cohort study and time series analysis. *PLOS One*. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36288382/

8. Manzanares, O., Duy Tran, Q., & Le Breton, J. (2021). Isolement social et solitude chez personne âgée en temps de pandémie du Covid-19. *Revue Médicale Suisse*, 1878-1882.
Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Orientation pour la lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins de longue durée dans le contexte de la Covid-19 : Orientations provisoires*. https://apps.who.int/iris/handle/10665/331642

8. Registered Nurses Association of Ontario. (2012). *Promoting safety : Alternative approaches to the use of restraints*. https://rnao.ca/bpg/guidelines/promoting-safety-alternative-approaches-use-restraints

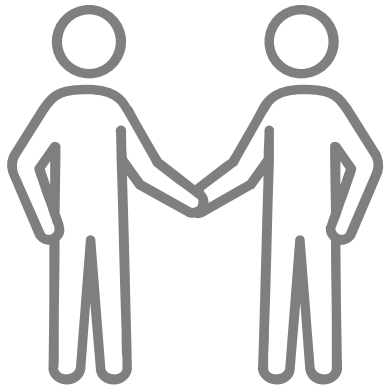
9. Registered Nurses Association of Ontario. (2016). *Le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées : Évaluation et soins. Deuxième édition.* https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/3Ds_BPG_WEB_FINAL_FR_0.pdf

10. Voyer, P. (2021). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*.

11. Zimmerman, S., Sloane, P. D., Silbersack, J., Wretman, C. J., Gizlice, S. P., Thomas, K. S., Carder, P., & Preisser, J. S. (2022, avril 7). Dementia and COVID-19 infection control in assisted living in seven states. *Journal of the American Geriatrics Society*.

Merci pour votre attention !

Je reste disponible pour poursuivre les échanges et répondre à vos questions.



Jessica Segura, Infirmière clinicienne spécialisée; MScSI

Département de gériatrie, réadaptation et soins palliatifs, RHNe
Equipe mobile de gériatrie et soins palliatifs, RHNe

Jessica.segura@rhne.ch

+41 79 559 59 03