

L'agitation inexpliquée chez un patient en situation palliative: “ je ne m'agite pas...je m'exprime! ”

Aurore Dupuich

► **To cite this version:**

Aurore Dupuich. L'agitation inexpliquée chez un patient en situation palliative: “ je ne m'agite pas...je m'exprime! ”. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02431070

HAL Id: dumas-02431070

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02431070>

Submitted on 7 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Sorbonne Université
Faculté de médecine Sorbonne Université

L'agitation inexplicée chez un patient en situation palliative

« Je ne m'agite pas...je m'exprime ! »

Par Aurore Dupuich

Infirmière

Mémoire pour le Diplôme universitaire Accompagnement et fin de vie

Année universitaire 2018-2019

Responsables d'enseignement :

Dr Véronique Blanchet - Dr Laure Serresse - Pr Francis Bonnet

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

I.	Narration de la situation clinique.....	2
II.	Analyse de la situation.....	5
1.	Les problèmes posés par la situation	5
2.	Les problèmes que me pose la situation :.....	5
III.	Recherche documentaire.....	6
1.	La situation palliative	6
a)	Population concernée	6
b)	Les différentes phases	7
2.	L'agitation	7
a)	Définition	7
b)	Causes possibles en soins palliatifs.....	8
3.	La prise en charge de l'agitation	9
a)	D'un point de vue réglementaire.....	9
b)	La recherche étiologique de l'agitation.....	10
c)	Les différents traitements	11
IV.	Synthèse.....	12

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Infirmière diplômée d'état depuis août 2016, j'ai eu l'opportunité de participer à l'ouverture d'une Unité de Soins Palliatifs (USP) avec une expérience de six mois de terrain en psychiatrie. Je n'avais jamais accompagné ni vu de patients en fin de vie jusqu'alors en tant que professionnelle de santé. Travailler dans cette unité m'oblige quotidiennement à prendre du recul sur mes prises en soins, de par la complexité des situations et la charge émotionnelle de celles-ci.

Après deux ans d'exercice au sein de ce service, je me rends compte des difficultés que je rencontre face aux situations d'agitation d'un patient en phase palliative.

I. Narration de la situation clinique

Ce samedi après-midi, je dois prendre en soins quatre patients avec l'aide de deux collègues aides-soignants, en l'absence de médecin. Après les transmissions inter-équipe, j'entre à 14h30 dans la chambre de Madame C., dont je fais la connaissance. Sa fille est à son chevet.

Madame C., 89 ans, est entrée il y a neuf jours pour rapprochement familial et maintien au domicile impossible dans un contexte d'insuffisance rénale terminale et troubles de la conduction (bloc bifasciculaire avec un bloc auriculo-ventriculaire de type 2, mobitz 1). La patiente, ancienne infirmière de nuit, a refusé un stimulateur cardiaque et les bilans d'exploration pour son déclin cognitif. Elle est transférée d'une USLD (Unité de Soins Longue Durée) en Loire Atlantique. Elle est veuve, a une fille unique et deux petits-enfants. Elle est d'origine martiniquaise. Sa fille habite à côté de l'USP.

Depuis son entrée, sa fille est très présente et la stimule beaucoup pour l'alimentation. Elle a connaissance du diagnostic de sa mère, mais interpelle fréquemment l'équipe sur le pronostic, malgré les nombreuses entrevues et avis d'aggravation successifs.

Durant son séjour, l'état de Madame C. s'est dégradé. Elle est grabataire (Score OMS 4), porteuse d'une sonde urinaire suite à un globe et perfusée en sous-cutané. Son niveau de conscience est fluctuant (-3 sur le score de Richmond ce matin) avec des phases d'éveil durant lesquelles elle peut être confuse par moments. Elle présente des clonies des membres supérieurs, traitées par du midazolam (0.5mg/h, interdose possible de 1 mg, 10 interdoses maximum par jour), à visée myorelaxante et anxiolytique (Madame C. a décrit des hallucinations auditives et visuelles anxiogènes en début de séjour).

Au moment de mon entrée dans la chambre, Madame est éveillée, s'agite dans son lit, présente des clonies des membres supérieurs. Je lui demande comment elle se sent, elle tient des propos inintelligibles.

Vers 18h, j'entends un bruit inhabituel provenant de sa chambre. La patiente est seule et tente de sortir de son lit. Elle est en décubitus latéral gauche, les jambes posées sur la barrière en partie basse du lit. Je m'approche, un aide-soignant me rejoint. Nous nous plaçons de part et d'autre du lit pour réinstaller confortablement la patiente et la mettre en sécurité. Je monte le lit par souci d'ergonomie et baisse la barrière basse du lit. Dès que mon collègue se penche au-dessus d'elle, elle crie et essaie de le frapper. Certaines de ses

paroles sont audibles : « Arrêtez...me frapper ». Je retiens le bras de la patiente et éloigne mon collègue. Je lui demande de m'apporter un ordinateur pour mettre de la musique et tenter de détendre la patiente. Pendant ce temps, je lui parle calmement, mais avec fermeté pour qu'elle lâche la barrière, lui explique ce que nous souhaitons faire pour l'installer confortablement. Je lui demande si elle est douloureuse pendant que mon collègue met de la musique. Elle reste le regard fixé, marmonne des mots incompréhensibles et agite son bras dans la direction de son regard. Elle s'agite de plus en plus, attrape les tubulures. Je me mets au-dessus d'elle pour éviter que le pied à perfusion ne lui tombe dessus. Elle attrape les tours de cou, sur lesquels sont accrochées mes clés, tire dessus et essaie de me frapper avec sa main. Mon collègue lui fait lâcher prise. Elle crie de plus belle. Je demande à l'aide-soignant de couper la musique qui semble la faire s'agiter davantage.

J'essaie de trouver la cause de cette agitation. Je pense à ce moment-là que la patiente présente des hallucinations. Mme C. a déjà eu des épisodes d'hallucinations auditives et visuelles, à type de persécution, en début d'hospitalisation. Ils ont été traités par Haldol® puis Tercian® pendant 8 jours. Comme le traitement induisait une baisse de la vigilance trop importante et que les échanges entre la patiente et sa fille en étaient perturbés, ces traitements ont été arrêtés.

Mme C. présente habituellement des cruralgies non expliquées à la mobilisation, soulagées par une PCA (Patient Controlled Analgesia) d'oxycodone (débit à 0.5 mg/h, bolus de 1 mg, période réfractaire de 15 minutes, avec une interdose systématique 1h avant une mobilisation par voie sous-cutanée). Après palpation des jambes, la patiente n'est pas algique. Je palpe son abdomen. Il est souple. Les urines sont troubles et concentrées. Je vérifie la perméabilité de la sonde et élimine la possibilité d'une rétention urinaire. Je reste donc sur l'idée qu'elle soit hallucinée. Je fais le tour de son lit, lui fais une interdose de midazolam, à visée anxiolytique pour qu'elle ne se mette pas en danger. Je tente de la rassurer par des paroles et un contact proche. Elle crie de plus en plus. Nous décidons de la réinstaller rapidement et de la laisser se calmer, notre présence semblant majorer son agitation. Nous remontons les barrières du lit (contention physique passive sur prescription) et descendons le lit au plus bas.

En sortant de la chambre, je reste dans le couloir avec la porte entrouverte de manière à pouvoir voir la patiente. Elle continue de s'agiter et crie de temps en temps. Je vérifie la douleur par une échelle d'hétéroévaluation : l'Algoplus. Je regarde la surveillance des

selles pour éliminer un fécalome. Elle a eu un lavement la veille et a eu des selles en quantité.

N'arrivant pas à déterminer la cause de cette agitation et étant seule infirmière dans le service ce samedi après-midi, je décide d'appeler pour avis le médecin d'astreinte du service, qui connaît la patiente. Je lui explique la situation, mon raisonnement et les actions mises en place. Selon lui, il est difficile de définir la cause d'une agitation pour des patients avec une défaillance multiviscérale. Elle peut être due à la douleur et/ou des hallucinations. La patiente a été perfusée en sous-cutané quinze minutes auparavant. Le médecin me demande de refaire une interdose d'antalgique couplée à une interdose de midazolam immédiatement et de vérifier si elle est mieux soulagée. En effet, il m'indique que des interdoses d'anxiolytiques sont possibles toutes les 15 minutes, jusqu'à 10 par jour. Mme C. est en position assise dans son lit, s'accroche aux barrières et crie toujours autant, mais n'essaie plus d'en sortir.

Environ 40 minutes plus tard, Mme C. adopte la même attitude qu'avant les interdoses. Elle s'agite fortement et crie de plus en plus. Elle ne répond pas à mes questions et marmonne des paroles incompréhensibles puis dit clairement : « On veut me tuer », le regard fixé au plafond. Aucun critère ne me permet d'affirmer qu'elle est douloureuse, si ce n'est son agitation et ses cris. Je réitère une interdose d'anxiolytique. Je me sens démunie, n'arrive pas à entrer en communication avec elle, ni ne sais comment la soulager. Une quatrième interdose d'anxiolytique avec un accompagnement par la présence de soignants et la parole seront nécessaires, avant qu'elle commence à se calmer dans son lit. Une discussion en créole avec ma collègue aide-soignante nous aura permis de comprendre que la patiente se sent persécutée.

Le lendemain après-midi, l'équipe soignante du matin nous transmet que depuis la veille au soir, Mme C. est très somnolente et réagit peu aux soins. Vers 18h, sa fille, à ses côtés, utilise la sonnette et nous attend dans le couloir. Effrayée, elle nous explique que sa mère l'a attrapée par le foulard et a essayé de l'étrangler. La patiente commence de nouveau à s'agiter fortement et à crier. Nous entrons dans la chambre, sa fille restant à bonne distance du lit. Mme C. la regarde froidement et lui dit : « Je sais tout ce que tu m'as fait ! Tu vas me le payer ! », alors que je lui administre une interdose d'anxiolytique. Ma collègue créole reste auprès d'elle, je sors avec la fille de la patiente. Les larmes aux yeux, elle me dit que l'accompagnement de sa mère est difficile. Elle ne la reconnaît plus dans ces moments

d'agitation. Elle souhaite rentrer chez elle et nous demande de faire quelque chose pour sa mère.

Deux autres interdoses d'anxiolytique et une surveillance accrue seront nécessaires pour calmer la patiente et éviter qu'elle ne se mette en danger. La patiente restera par la suite inconsciente et décédera 4 jours plus tard.

II. Analyse de la situation

1. Les problèmes posés par la situation

- L'altération de l'état général :
 - ✓ patiente grabataire en phase terminale d'une insuffisance rénale, avec des troubles cardiaques multiples,
 - ✓ patiente présentant des hallucinations,
 - ✓ dénutrition,
 - ✓ encéphalopathie (causes multifactorielles : stade terminal de l'insuffisance rénale, iatrogénie).
- Douleur : cruralgies inexplicables à la mobilisation
- Risque de chute et d'hétéroagressivité : phases d'agitation intense
- Difficulté de communication entre Mme C. et l'entourage : absence de dentier, vigilance fluctuante, agressivité, sentiment de persécution
- Mise en difficulté de sa fille dans son rôle d'accompagnante : sentiment de culpabilité
- Délai d'action de la voie sous-cutanée importante dans la phase d'agitation

2. Les problèmes que me pose la situation :

- Communication altérée avec la patiente
- Difficulté à trouver la cause de l'agitation :
 - ✓ Pas de majoration de l'inconfort à la palpation : l'Algoplus est de 2 sur 5 sans pouvoir discriminer entre la douleur ou l'hallucination
 - ✓ Pas de globe vésical, absence de fécalome
 - ✓ Difficulté à évaluer la souffrance morale due au manque de communication

- Absence de prescriptions anticipées : les seules prescriptions à disposition étaient la PCA, le midazolam et la contention physique passive, les autres prescriptions ayant été arrêtées le vendredi
- Manque de solutions médicamenteuses ou non pour protéger la patiente d'elle-même et la soulager
- Difficulté de répondre à la demande de l'entourage de soulager Mme C.
- Absence de regards croisés pour prendre du recul sur la situation : seule avec 2 aides-soignants un samedi sans autre professionnel de santé, premier contact avec la patiente ce jour-là

Problématique :

Qu'est-ce qui peut expliquer une agitation chez un patient en situation palliative et comment la prendre en charge ?

III. Recherche documentaire

Dans un premier temps, je vais définir la situation palliative puis l'agitation. Je rechercherai les causes probables de cette agitation pour essayer de comprendre comment la prendre en charge.

1. La situation palliative

La situation palliative correspond à une période où « ... *le patient ne pourra pas guérir. Mais il reste de la vie à la vie et le patient n'est pas en train de mourir. Le pronostic se compte en semaines, parfois plusieurs mois, voire des années* ». ¹ Pendant ce laps de temps, l'objectif principal est de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie du patient, atteint d'une maladie grave et incurable.

a) Population concernée

Cela concerne les patients atteints d'une maladie grave et/ou chronique évolutive, qui mette en jeu le pronostic vital, comme les malades atteints de défaillances organiques, de maladies chroniques, de maladies dégénératives ou encore de cancers.

¹Blanchet V, De Beauchène M, Gomas J-M, Lassaunière J-M, Pillot J, Verspieren P, et al. Soins palliatifs : réflexions et pratiques. 4ième édition. Formation et Développement; 2011.275, p.255

Le centre national des soins palliatifs et de la fin de vie nous indique dans la première édition de son atlas que 62.2% des personnes décédées, en 2014, en France, auraient été susceptibles de relever de soins palliatifs. La population requérante en soins palliatifs compte quasiment autant d'hommes que de femmes.²

Depuis les années 50, les progrès technologiques et de la médecine prolongent la vie des patients, des maladies incurables deviennent des maladies chroniques. Cela a pour conséquence un accroissement du nombre de situations palliatives.

b) Les différentes phases

La situation palliative débute par une phase palliative dite active : le patient reçoit le traitement indiqué pour limiter la progression de la maladie, qui ne peut plus être vaincue. Ensuite, il y a la phase palliative symptomatique : on ne traite plus la pathologie principale proprement dite ni ne cherche à ralentir sa progression. Seul le confort du patient est recherché. Et enfin, la phase terminale correspond aux derniers jours de la vie.

Des investigations par des examens complémentaires ou des traitements thérapeutiques sont proposés au patient en situation palliative, après avoir réfléchi à l'objectif donné de telles actions ainsi que l'impact positif ou négatif sur la qualité de vie du patient. Les thérapeutiques proposées sont les mêmes qu'en phase curative, seul l'objectif diffère. Il s'agit de trouver le juste soin.

Lors de cette période, l'équipe soignante reste très attentive aux symptômes d'inconfort qui pourraient altérer la qualité de la vie du patient, tels que la dyspnée, la douleur ou encore l'agitation.

2. L'agitation

a) Définition

L'agitation est définie comme « *l'expression dans le comportement de l'excitation psychique. Il s'agit d'une activité motrice augmentée et inadaptée. Cette activité peut être contrôlable ou non par le sujet. Les manifestations cliniques de l'agitation sont motrices (déambulation, mouvements brutaux et incoordonnés, manifestations d'agressivité) et*

²Ravanello A, Rotelli-Bihet L. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France. Première édition. Paris: Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie; 2018. 70 p., p.38

verbales (voix forte et parole précipitée, cries...)»³. Elle se manifeste également par une envie de se lever et de sortir de la chambre, le tiraillement des draps du lit ou des vêtements, l'arrachage des tubulures, des sondes ou encore un couchage inversé dans le lit. Elle peut s'accompagner d'auto ou d'hétéroagressivité dans les cas extrêmes.

Dans une prise en charge palliative, l'agitation est le symptôme d'un inconfort qui touche plusieurs aspects (physique, psychologique et relationnel) de la vie du patient, qu'il faut détecter et traiter le plus précocement possible.

Comme nous le rappelle la Société Française de Médecine d'Urgence dans sa définition, l'agitation est « *une perturbation du comportement moteur, psychique et relationnel. Elle suscite une réaction d'intolérance de l'entourage et du milieu* »⁴. Elle impacte l'entourage proche du patient. Ainsi, des explications et une écoute active seront nécessaires pour accompagner l'entourage, très souvent bouleversé par une agitation soudaine.

Lorsque ces manifestations physiques s'accompagnent d'une altération des fonctions cognitives et que la survenue est brutale, on parle dans ce cas d'une confusion aiguë ou de « délirium » pour les Anglo-saxons.

b) Causes possibles en soins palliatifs

Plusieurs origines peuvent expliquer cette agitation. Il y a les origines d'ordre organique : avec les désordres métaboliques tels que l'hypoglycémie, les troubles électrolytiques comme l'hypercalcémie ; avec les syndromes infectieux comme les méningites, les encéphalites ; avec certaines pathologies neurologiques telles que l'épilepsie, l'hémorragie méningée ou l'accident vasculaire cérébral ; avec le traumatisme méconnu, la fièvre, la douleur, la rétention urinaire aiguë, ou encore le fécalome ou la diarrhée.

Des pathologies psychologiques peuvent induire ce symptôme, telles que l'accès maniaque, la bouffée délirante aiguë, la schizophrénie, les attaques de panique, les psychoses hallucinatoires. Chez la personne âgée, le syndrome confusionnel, les démences

³Agitation motrice : Symptômes - Causes - Diagnostics - Traitements - Dictionnaire Santé - Encyclopédie médicale - Description pathologie [Internet]. [cité 21 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.informationhospitaliere.com/dico-116-agitation-motrice.html>

⁴Conférence de consensus : « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) ». JEUR. 2003;(16):6, p. 58.

dégénératives peuvent induire de l'agitation. Elles s'accompagnent de désorientations spatio-temporelles anxiogènes pour les patients.

Une part iatrogène est à prendre en compte, surtout chez les séniors. D'une part, un ralentissement de la fonction rénale ou hépatique modifie la cinétique des médicaments et potentialise le risque de surdosage. D'autre part, les opiacés (traitements utilisés contre la douleur) ont des effets secondaires sur le transit (constipation)⁵ ou la fonction rénale (rétention urinaire aiguë) et peuvent provoquer des troubles de la pensée, des hallucinations et des cauchemars en particulier chez la personne âgée⁶. De même, les benzodiazépines peuvent induire des réactions paradoxales. Lors de l'administration trop rapide ou de dose trop élevée, le midazolam⁷ peut provoquer une hyperactivité, de l'agressivité, des accès de violence, ... La survenue de ces effets indésirables est plus fréquente chez l'enfant et le sujet âgé. Le mécanisme n'est pas encore bien compris, une des hypothèses serait une induction de la baisse de la concentration de neurotransmetteurs, principalement la sérotonine, au niveau du système nerveux central, qui favoriserait un état d'agitation.⁸

3. La prise en charge de l'agitation

La prise en charge de l'agitation consiste à en rechercher l'étiologie afin de la traiter et de l'évaluer.

a) D'un point de vue réglementaire

Selon les articles R4311-2.1, R4311-2.5 et R4311-5.41 et 42 du décret de compétence de la profession infirmière, l'infirmière se doit de protéger et maintenir la santé physique et mentale des patients, elle participe au soulagement de la douleur et de la détresse

⁵Brière A de la. Soins palliatifs - La prise en charge de la douleur en fin de vie, entre représentations, réalités et avancées. //www.em-premium.com/data/revues/00380814/00550749/17/ [Internet]. 21 oct 2010 [cité 14 janv 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/article/269505/resultatrecherche/6> p.19

⁶OXYCONTIN LP - EurekaSanté par VIDAL [Internet]. EurekaSanté. [cité 22 mars 2019]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp756-OXYCONTIN-LP.html>

⁷Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0234533.htm>, paragraphe 4.4

⁸Kirkpatrick D, Smith T, Kerfeld M, Ramsdell T, Sadiq H, Sharma A. Paradoxical Reaction to Alprazolam in an Elderly Woman with a History of Anxiety, Mood Disorders, and Hypothyroidism [Internet]. Case Reports in Psychiatry. 2016 [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.hindawi.com/journals/crips/2016/6748947/>

psychique⁹. Outre protéger et maintenir, le code de déontologie des infirmiers va plus loin en indiquant que le professionnel doit « *mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort* », selon l'art. R 4312-20¹⁰. Les actions mises en place devront tenir compte de ces deux aspects, la sécurité du patient afin d'éviter qu'il ne se blesse ou qu'il ne blesse les autres d'une part et le respect de sa dignité d'autre part.

b) La recherche étiologique de l'agitation

La recherche étiologique commence par un examen clinique rigoureux avec un entretien quand le patient est suffisamment cohérent, dans le but de déterminer les facteurs précipitant ou déclenchant de cette agitation, pouvant expliquer une survenue soudaine de ce symptôme.¹¹

La Haute Autorité de Santé (HAS), dans ces recommandations de bonne pratique sur la « Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation »¹², précise que la recherche d'une douleur est nécessaire. Dans le cas de la personne dyscommunicante, l'échelle Algoplus est utilisée. On peut noter que les critères de la plainte et du comportement sont positifs dans le cas de Madame C, soit un score de 2 sur 5. Cela ne me permet pas de discriminer une douleur ou non. Cependant, l'infirmier a le devoir de soulager une douleur (art. 4312-19 du code de déontologie des infirmiers¹³) même seulement suspectée. C'est pourquoi l'observation est essentielle.

Puis « *la vérification avec l'échographe portable d'une potentielle rétention urinaire ou à la recherche d'un fécalome, d'une constipation, sont des réflexes à avoir* »¹⁴. L'HAS préconise également un bilan en urgence et systématique (« *Ionogramme sanguin, urée, protides totaux, créatininémie avec calcul de la clairance de la créatinine ; calcémie ;*

⁹Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. 2002-194 févr 11, 2002.

¹⁰Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. 2016-1605 nov 25, 2016.

¹¹Haute Autorité de Santé - Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_819557/fr/confusion-aigue-chez-la-personne-agee-prise-en-charge-initiale-de-l-agitation. p.11

¹²Idem

¹³Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. 2016-1605 nov 25, 2016.

¹⁴Jouteau-Neves C, Malaquin-Pavan E. L'infirmier(e) et les soins palliatifs « Prendre soin : éthique et pratiques ». 5e édition. Elsevier et Masson; 2013. 256 p. (savoir et pratique infirmière).p.209

glycémie capillaire ; hémogramme ; CRP ; bandelette urinaire (leucocytes, nitrites) ; Saturation O2 ; ECG »). L'infirmier surveillera la température pour éliminer un sepsis.

La cause d'une agitation est souvent multifactorielle, l'étiologie est donc difficile à déterminer parfois. L'urgence est d'apaiser le patient, dans un environnement sécurisant et apaisant et d'accompagner les proches.

c) Les différents traitements

Le but recherché de ces traitements sera de préserver un maximum la vigilance du patient en évitant l'utilisation d'une contention physique, pour maintenir le plus possible la communication entre le patient et son entourage.

C'est pourquoi les traitements non médicamenteux sont mis en place en première intention. Il s'agit d'apaiser la personne par du soin relationnel tel que l'écoute active, par l'utilisation de la sophrologie, de la musicothérapie. Se mettre au niveau du patient et tenir un discours calme et posé aide également. Afin de préserver la sécurité du patient, on réorganise l'environnement pour limiter le risque de chute (abaissement du lit ou pousser contre un mur, éloigner le pied à perfusion, ...).

Un autre traitement non médicamenteux est possible la contention physique passive. Celle-ci est très controversée en soins palliatifs et est peu pratiquée. Maria Térés, dans son mémoire¹⁵, évoque le lien fait entre la contention physique passive et la folie. Si celle-ci répond à une contrainte de sécurité, qu'en est-il de la dignité du patient en soins palliatifs ? Cette solution doit être discutée en équipe où les bénéfices et les risques liés à la contention sont expliqués. Il est difficile de contenir un patient dans le cas d'une agitation réfractaire, appelé aussi délirium palliatif, car elle peut annoncer la phase terminale. Il y a une dichotomie entre nos valeurs soignantes, le non-respect de la dignité renvoyé par cette méthode et l'aspect sécuritaire pour le patient. Une surveillance accrue est préférée et le risque de chute est accepté.

Si ces techniques ne suffisent pas à apaiser le patient, un traitement médicamenteux devient essentiel. Différentes classes pharmaceutiques sont proposées : les neuroleptiques avec l'halopéridol qui semble être le plus efficace et le mieux toléré¹⁶ ; les benzodiazépines

¹⁵TERES M. Contention et soins palliatifs - Plaidoyer pour une réflexion éthique. Facultés de Besançon et Strasbourg; 2002.https://vigipallia.parlons-fin-de-vie.fr/documents/Catalogue/MEM_Teres_2004.pdf

¹⁶Haute Autorité de Santé - Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_819557/fr/confusion-aigue-chez-la-personne-agee-prise-en-charge-initiale-de-l-agitation. p.55 à 57

à pics d'actions rapides et demi-vie courte comme le midazolam. Ces médicaments risquent d'induire une somnolence et de rompre la communication avec l'entourage.

C'est pourquoi il est important de montrer tous les signes de l'agitation du patient, d'expliquer la démarche thérapeutique et tenir informé l'entourage lors de nos réévaluations du traitement. Le but est de maintenir la confiance et de rester à l'écoute de la famille. Ainsi nous accompagnons les proches à traverser cette période difficile, durant laquelle le patient communique peu.

IV. Synthèse

Suite à ma recherche documentaire, je me rends compte que Madame C possède beaucoup de facteurs pouvant provoquer une agitation : cause de type organique (comme l'encéphalopathie due à son insuffisance rénale terminale ou encore une défaillance cardiaque), cause de type psychologique (des troubles cognitifs non explorés) et cause iatrogène potentielle avec le midazolam ou l'oxycodone.

L'évaluation clinique et comportementale du patient permet de prévenir la survenue de l'agitation et, le cas échéant, de la traiter plus efficacement. Je n'ai pas de recul lors de ma prise en soins, je rencontre madame C pour la première fois le jour même de son agitation. C'est pourquoi je m'appuie sur l'évaluation de mes collègues aides-soignants.

L'examen clinique a permis d'éliminer certaines causes probables. La difficulté à communiquer avec la patiente est un frein pour la recherche étiologique et donc à sa prise en soins. Les recommandations d'un bilan sanguin dans son cas sont-elles pertinentes ? La défaillance rénale est déjà avérée. De plus, la patiente ne possède pas de voie d'abord veineuse permettant cet examen, difficile à faire dans son état extrême d'agitation.

Les techniques mises en place pour apaiser la patiente n'ont pas l'effet escompté : la présence, l'écoute active ou encore la musicothérapie ont majoré un temps ses cris ainsi que son hyperactivité. L'état clinique de la patiente nous donne une faible marge de manœuvre, son insuffisance rénale terminale et son âge font augmenter la proportion d'un effet iatrogène des thérapeutiques administrées. Les molécules elles-mêmes utilisées peuvent majorer ce symptôme.

L'aménagement de son environnement proche (lit baissé, contention physique passive : barrière de lit, éloignement de l'adaptable et du pied à perfusion) a permis de sécuriser la

patiente. Ces mesures ne sont efficaces que lorsqu'une surveillance accrue du patient est mis en place. Pour Mme C., laisser la porte entrouverte et rester dans le couloir a contribué à protéger la patiente d'une chute potentielle.

Mon examen clinique n'a pas été rigoureux : une prise de température pour l'élimination du sepsis et la glycémie capillaire. Ce sont deux examens rapides, faciles à faire et peu invasifs et dont les traitements ont une action rapide. Dans la situation de Madame C, un ECG n'est pas pertinent, il montrera juste les troubles de la conduction déjà connus, dont la patiente refuse les stratégies thérapeutiques proposées.

Lors de l'agitation extrême, les automatismes d'action recommandés doivent être adaptés à la lumière de la situation clinique du patient. Pendant la période où la patiente se calme, une concertation interdisciplinaire est nécessaire pour prendre du recul, discuter de la pertinence de nos actions et réfléchir à la suite de la prise en soins. Cette situation intervenant un week-end, l'interdisciplinarité se limite au médecin, à l'infirmière et aux deux aides-soignants.

À la lumière de ce travail, il me semble que c'est un sentiment d'incapacité professionnelle à calmer madame C qui m'a décontenancé. Elle me rappelle l'humilité que le soignant doit posséder face à son envie de tout contrôler. De plus, ce travail m'évoque également l'importance de la communication avec l'entourage. Elle permet le maintien d'un lien entre eux et le patient quand celui-ci présente des difficultés à communiquer. Elle concourt également à une meilleure compréhension de la situation, ce qui les apaise.

CONCLUSION

Ce travail m'a permis d'approfondir mes connaissances et d'affiner mon raisonnement pour prendre en charge ce symptôme. Mes actions ne vont pas être forcément différentes dans le cas d'une survenue soudaine, mais toujours réfléchies par rapport à la situation clinique du patient. Cependant, mon questionnement en équipe sera plus aiguisé dans la suite de la prise en soins : pendant la surveillance du patient lors de la crise et après celle-ci.

J'apporterai également une attention particulière à l'entourage. Afin de l'accompagner au mieux, étudier les représentations sociales de l'agitation permettrait d'en comprendre l'impact sur l'entourage du malade.

BIBLIOGRAPHIE

1. Agitation motrice : Symptômes - Causes - Diagnostics - Traitements - Dictionnaire Santé - Encyclopédie médicale - Description pathologie [Internet]. [cité 21 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.informationhospitaliere.com/dico-116-agitation-motrice.html>
2. Ravello A, Rotelli-Bihet L. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France. Première édition. Paris: Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie; 2018. 70 p.
3. Moritz F, Jenvrin J, Canivet S, Gerault D. Conduite à tenir devant une agitation aux urgences. //www.em-premium.com/data/revues/16240693/v0013i08/04001513/. 2004;13(8):500-6.
4. Conférence de consensus : « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) ». JEUR. 2003;(16):6.
5. TERES M. Contention et soins palliatifs - Plaidoyer pour une réflexion éthique. Facultés de Besançon et Strasbourg; 2002.
6. Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. 2016-1605 nov 25, 2016.
7. Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. 2002-194 févr 11, 2002.
8. Haute Autorité de Santé - Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_819557/fr/confusion-aigue-chez-la-personne-agee-prise-en-charge-initiale-de-l-agitation
9. Jouteau-Neves C, Malaquin-Pavan E. L'infirmier(e) et les soins palliatifs « Prendre soin : éthique et pratiques ». 5e édition. Elsevier et Masson; 2013. 256 p. (savoir et pratique infirmière).
10. Moritz F. Malade agité aux urgences. //www.em-premium.com/data/traites/ug0/25-46145/ [Internet]. 10 déc 2009 [cité 14 janv 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/article/236826/resultatrecherche/1>

11. OXYCONTIN LP - EurekaSanté par VIDAL [Internet]. EurekaSanté. [cité 22 mars 2019]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp756-OXYCONTIN-LP.html>
12. Kirkpatrick D, Smith T, Kerfeld M, Ramsdell T, Sadiq H, Sharma A. Paradoxical Reaction to Alprazolam in an Elderly Woman with a History of Anxiety, Mood Disorders, and Hypothyroidism [Internet]. Case Reports in Psychiatry. 2016 [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.hindawi.com/journals/crips/2016/6748947/>
13. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0234533.htm>
14. Brière A de la. soins palliatifs - La prise en charge de la douleur en fin de vie, entre représentations, réalités et avancées. //www.em-premium.com/data/revues/00380814/00550749/17/ [Internet]. 21 oct 2010 [cité 14 janv 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/article/269505/resultatrecherche/6>
15. Blanchet V, De Beauchène M, Gomas J-M, Lassaunière J-M, Pillot J, Verspieren P, et al. Soins palliatifs : réflexions et pratiques. 4ième édition. Formation et Développement; 2011. 275 p.

Résumé :

L'agitation soudaine et importante de Mme C, 89 ans, entrée à l'unité de soins palliatifs pour maintien à domicile difficile, m'a décontenancée. Malgré les actions mises en place, Mme C se met en danger et ne se calme pas. Qu'est-ce qui peut expliquer une agitation chez un patient en situation palliative et comment la prendre en charge ? Ce symptôme est un inconfort qui nécessite d'être rapidement soulagé. L'étiologie doit être recherchée afin de le traiter. Elle est souvent multifactorielle. Le traitement de ce symptôme nécessite une prise de recul sur la situation, une évaluation régulière du comportement du patient pour la prévenir. Il peut altérer la communication entre le patient et son entourage. Ainsi l'accompagnement de l'entourage est important.

Titre : L'agitation inexplicée chez un patient en situation palliative

Mots clés : Agitation – Situation palliative