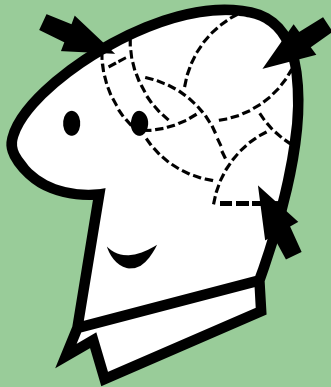


Le delirium chez l'aîné :



Le reconnaître, le prévenir et contribuer à son traitement.

Philippe Voyer, inf., Ph. D.

© Interdiction de distribuer sans autorisation

Plan de conférence

- Définir le delirium
- Détecter le delirium avec un outil de mesure (CAM-ICU)
- Soins infirmiers préventifs du delirium
- Soins infirmiers curatifs du delirium
 - Contentions physiques et psychotropes.

Delirium

Définition

Définition du delirium

- Le delirium est un désordre mental, d'installation rapide et fluctuant, touchant l'état de conscience, la cognition et le comportement (Cole, 2004).

Quelques statistiques



Ampleur du problème

(Andrew et al., 2006; Inouye 2006; Voyer et al., 2006)

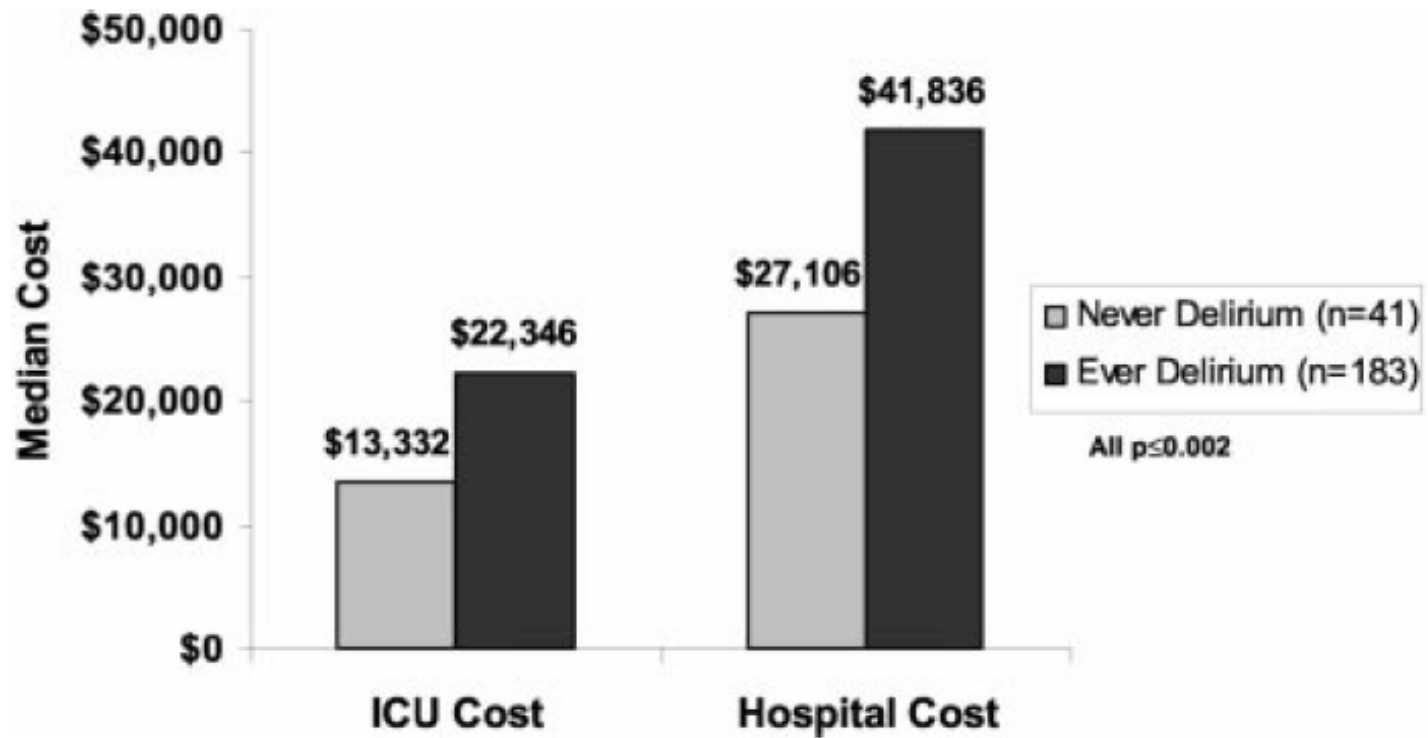
- Domicile
 - 0,5% des aînés non déments sont atteints de delirium.
- CH
 - 10 à 24 % des aînés sont en delirium au moment de leur arrivée à l'hôpital.
 - 5 à 65 % des aînés développeront un delirium en cours d'hospitalisation.
 - 20% à 80% dans les unités de soins intensifs (Ély et al., 2001; Pandharipande et al., 2008).
- CHSLD
 - 10 à 50% des aînés hébergés en CHSLD sont atteints d'un delirium.

Conséquences du delirium

(Inouye, 2006; Leentjens & Van Der Mast, 2005)

- Réduit l'autonomie fonctionnelle et altère les capacités cognitives
- Augmente la durée d'hospitalisation
- Augmente la charge des soins infirmiers
- Accroît le risque d'admission en hébergement
- Taux de mortalité de 10% à 30%
 - Soins intensifs (Ely, 2004)
 - 35% mortalité
 - 10 jours supplémentaires d'hospitalisation.

Pun et al. 2007



Dr Ely (2001)

« Dans les unités de soins intensifs, nous faisons une surveillance clinique très rigoureuse de tous les organes afin de reconnaître rapidement une perturbation physiologique. Par exemple, nous utilisons la saturation, les moniteurs cardio-respiratoires, les prélèvements sanguins et d'urines, etc. **Pourtant, le système le plus important est celui dont la surveillance clinique est la plus déficiente: le cerveau!** »

Le delirium

Critères diagnostiques
médicaux

Les critères diagnostiques du delirium selon le DSM-IV-TR

1. Perturbation de l'état de conscience avec diminution de la capacité à fixer et soutenir l'attention.
2. Altération des fonctions cognitives *ou* un trouble perceptuel, ne pouvant être expliqués par une démence préexistante ou en voie d'installation.

Critères diagnostiques (suite)

3. Installation rapide des pertes et tendance à fluctuer d'intensité au cours d'une même journée.
4. L'histoire, l'examen physique ou les examens paracliniques tendent à démontrer que le trouble est causé par les conséquences physiologiques directes d'une condition médicale (organique).

Delirium

Formes



Les formes de delirium (Meagher et al., 2000)

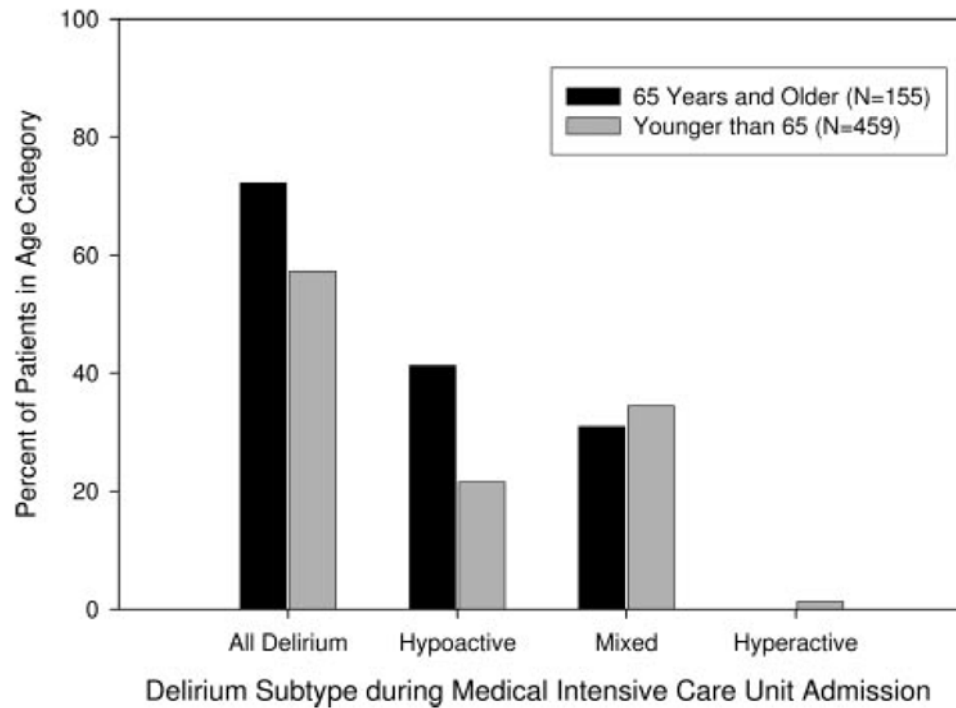
Hyperactive (au moins 3 symptômes)

- Hypervigilant
- Agité
- Parle rapidement et fort
- Colère ou irrité
- Combatif
- Impatience
- Manque de collaboration
- Sacrer, chanter, rire
- Euphorie
- Errance
- Sursaute facilement
- Distract
- Cauchemar
- Pensée envahissante.

Hypoactive (au moins 4 symptômes)

- Peu conscient de l'environnement
- Peu alerte
- Parle peu ou lentement
- Léthargique
- Ralentissement psychomoteur
- Retiré (retrait)
- Regard fixe.

Pun et al. 2007



Delirium

Évaluation infirmière



Évaluation infirmière

- Examen clinique
 - Histoire de santé
 - Examen physique
 - Inspection
 - Palpation
 - Percussion
 - Auscultation.

Buts de l'examen clinique (Brûlé et al., 2002)

- L'examen clinique a pour objet d'évaluer l'état de santé de la personne, ainsi que son adaptation à cette situation en recueillant des données subjectives et objectives.
- On l'utilise en prévention, promotion de la santé, lors du traitement, de la réadaptation ainsi que pour l'éducation à la santé.

Code légal

Modification de l'article 36 de la loi sur les infirmières:

« *Évaluer la condition physique et **mentale** d'une personne symptomatique* ».

« *Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques* ».

Normal vs anormal

Modification de l'état de santé des personnes âgées
infirmière

« *Évaluer la gravité de la situation* d'une personne

« *Exercer une surveillance de la condition des personnes âgées qui présente des risques*

Problème de santé qui potentiellement cause les signes et symptômes présents

Examen clinique de l'état mental

Évaluation infirmière



Connaissances

- Composantes de l'état mental
- Sémiologie du delirium.

Composantes de l'état mental



Mémoires

- Mémoire à court terme
 - Mémoire primaire
 - Mémoire de travail
- Mémoire à long terme
 - Sémantique
 - Procédurale
 - Prospective
 - Épisodique.

Autres paramètres importants de l'état mental

- **Orientation:** capacité de se situer dans le temps et dans l'espace.
- **Attention:** capacité de rester attentif durant l'accomplissement d'une activité, en l'absence de facteurs de distraction (bruit, douleur, etc.).
- **Concentration:** capacité de rester attentif durant l'accomplissement d'une tâche, en présence de stimuli non pertinents ou gênants.
- **Organisation de la pensée:** propos cohérents et capacité d'exprimer logiquement sa pensée.

État de conscience

- Hyper-alerte
- Alerte
 - Léthargie
 - Stimulus verbal
 - Stupeur
 - Stimulus physique
 - Coma.

État de conscience

- Hyper-arousal
- **Alerte**
 - Léthargie
 - Stimulus verbal
 - Stupeur
 - Stimulus physique
 - Coma.

Bannir

- Somnolence
- Confusion

Évaluation complexe



Taux de détection du delirium

(Elie et al., 2001; Inouye, 2006; Leentjens & Van Der Mast, 2005)

- 60 à 90% des cas de delirium ne sont pas détectés.
- 65% des cas de delirium sont non détectés par les médecins des services d'urgence.
 - Taux probablement similaires dans les unités de soins intensifs (Ely, 2001).

Les défis de la détection

- État de lucidité ou de stabilisation
- Interactions avec l'environnement
- Hypoactivité
 - 45% des delirium sont de cette forme dans les unités de soins intensifs (Girard et al., 2008).

Solution

CAM-ICU



CAM-ICU (<http://www.icudelirium.org>)

- Validité démontrée
 - Sensibilité : 93%+
 - Spécificité: 89%+
 - Harmonie inter-juges: 96%
 - L'évaluation se fait en deux étapes...

Première étape

L'échelle de mesure de l'agitation et de la sédation de Richmond : la RASS*

+4	Combatif	Combatif, violent, présente un danger immédiat pour le personnel
+3	Très agité	Tire ou enlève le(s) tube(s) ou cathéter(s), agressif
+2	Agité	Mouvements non adaptés fréquents, combat le ventilateur
+1	Nerveux	Anxieux, craintif, mais ses mouvements ne sont pas agressifs ni énergiques
0	Eveillé et calme	
-1	Somnolent	Pas totalement éveillé, mais maintient son éveil à la voix (ouverture des yeux et contact supérieur à 10 secondes)
-2	Sédation légère	S'éveille brièvement à la voix (ouverture des yeux et contact inférieur à 10 secondes)
-3	Sédation modérée	Mouvements ou ouvertures des yeux à la voix mais sans contact du regard
-4	Sédation profonde	Pas de réponse à la voix, mais mouvements ou ouverture des yeux à la stimulation physique
-5	Non stimuable	Aucune réponse à la voix ou à la stimulation physique

Première

**Si le RASS est à -5 ou -4, alors
ARRÊTER et RECOMMENCER
l'évaluation plus tard.**

**Si le RASS est entre -3 et +4, passer à
la 2e étape.**

L'échelle de mesure de l'agitation

+4	Combatif	Combatif, violent
+3	Très agité	Tire ou enlève le
+2	Agité	Mouvements rapides et fréquents, combat le ventilateur
+1	Nerveux	Anxieux, craintif mais ses mouvements ne sont pas agressifs ni énergiques
0	Eveillé et calme	
-1	Somnolent	Pas totalement éveillé, mais maintient son éveil à la voix (ouverture des yeux et contact supérieur à 10 secondes)
-2	Sédation légère	S'éveille brièvement à la voix (ouverture des yeux et contact inférieur à 10 secondes)
-3	Sédation modérée	Mouvements ou ouvertures des yeux à la voix mais sans contact du regard
-4	Sédation profonde	Pas de réponse à la voix, mais mouvements ou ouverture des yeux à la stimulation physique
-5	Non stimuable	Aucune réponse à la voix ou à la stimulation physique

Deuxième étape

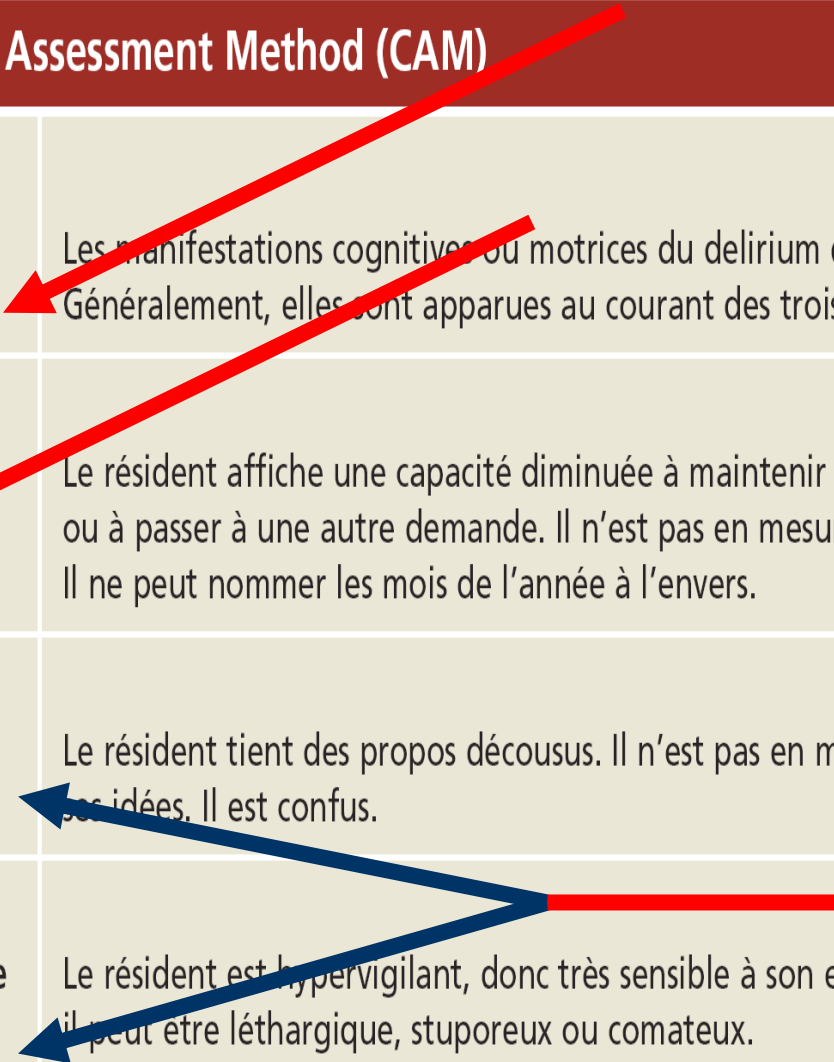
Appliquer l'algorithme
du CAM



Tableau 7-1

Confusion Assessment Method (CAM)

<p>CRITÈRE 1 Apparition subite et fluctuation des symptômes</p>	<p>Les manifestations cognitives ou motrices du delirium doivent être nouvelles et fluctuer. Généralement, elles sont apparues au courant des trois derniers jours.</p>
<p>CRITÈRE 2 Trouble de l'attention</p>	<p>Le résident affiche une capacité diminuée à maintenir son attention sur une tâche ou à passer à une autre demande. Il n'est pas en mesure de suivre des directives simples. Il ne peut nommer les mois de l'année à l'envers.</p>
<p>CRITÈRE 3 Désorganisation de la pensée</p>	<p>Le résident tient des propos décousus. Il n'est pas en mesure d'exprimer clairement ses idées. Il est confus.</p>
<p>CRITÈRE 4 Altération du niveau de conscience</p>	<p>Le résident est hypervigilant, donc très sensible à son environnement. À l'opposé, il peut être léthargique, stuporeux ou comateux.</p>



Source: S.K. Inouye, C.H. Van Dyck, C.A. Alessi, S. Balkin, A.P. Siegal et R.I. Horwitz (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method (a new method for detection of delirium). *Annals of Internal Medicine*, 113, 941-948.

1 et 2 et (3 ou 4)

Adapté aux patients intubés

- Inattention
 - Le patient a-t-il eu des difficultés à concentrer son attention, ceci étant objectivé par un score inférieur à 8 aux modules, soit auditif, soit visuel, de l'Examen de Dépistage de l'Attention (EDA) ?

A. EDA auditif (lettres)

Instructions : dire au patient « Je vais vous lire une série de 10 lettres. A chaque fois que vous entendrez la lettre 'A' indiquez-le moi en serrant ma main ». Lire les 11 lettres suivantes sur un ton normal (assez fort pour être entendu dans le bruit de l'USI) au rythme d'une lettre par seconde.

ABRACADABRA

Cotation : une erreur est comptée lorsque le patient ne serre pas la main sur une lettre 'A' ou lorsqu'il serre la main sur une autre lettre.

Organisation de la pensée

Jeu A :

1. Une pierre flotte-t-elle sur l'eau ?
2. Y a-t-il des poissons dans la mer ?
3. Un kilogramme pèse-t-il plus que 2 kilogrammes ?
4. Pouvez-vous utiliser un marteau pour enfoncer un clou ?

CAM-ICU (version française)

- Le manuel complet avec vidéo pour l'utilisation du CAM-ICU se trouve sur le site de l'auteur: <http://www.icudelirium.org/>

Les causes ou les facteurs associés au delirium

Quasi-absence de données dans les milieux des soins intensifs

La ou les causes du delirium

- La cause

- Infarctus du myocarde
- Insuffisance cardiaque
- OAP
- Infection:
 - urinaire
 - respiratoire
- Hypoxie
 - post-opératoire
 - ICT
- Métabolique:
 - hypoglycémie
 - déséquilibre électrolytiques
- Médicaments.

- Les causes

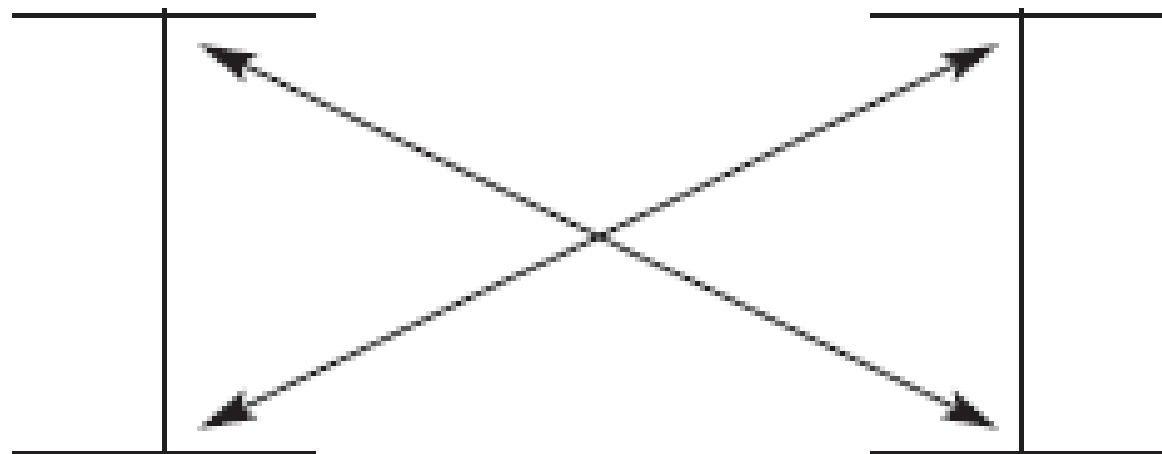
- Accumulation de facteurs prédisposants et précipitants du delirium
 - Prédisposants: vulnérabilité de l'aîné
 - Précipitants: condition environnante.

Facteurs prédisposants/
vulnérabilité

Facteurs précipitants/
agression

Vulnérabilité élevée

Aggression nocive



Vulnérabilité faible

Aggression non nocive

FIGURE 7-1

Modèle multifactoriel du delirium

Source : S.K. Inouye et P.A. Charpentier (1996). *Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: predictive model and interrelationship with baseline vulnerability*. JAMA, 275.

Facteurs prédisposants/
vulnérabilité

Facteurs précipitants/
facteurs déclencheurs

Vulné

Le delirium est causé par, en moyenne, 11 facteurs chez le patient en unité de soins intensifs (Girard et al., 2008)

Vulnérabilité

FIGURE 7-1 Modèle multifactoriel du delirium

Source : S.K. Inouye et P.A. Charpentier (1996). *Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: predictive model and interrelationship with baseline vulnerability*. JAMA, 275.

Les facteurs prédisposants (Inouye, 2000)

- Problème visuel (Snellen, 20/70)
 - 3,5 plus de risques
- Sévérité des maladies
 - 3,5 plus de risques
- Déficits cognitifs (<24 Folstein)
 - 2,8 plus de risques
- Déshydratation
 - 2,0 plus de risques.

Les facteurs précipitants (Inouye, 2000)

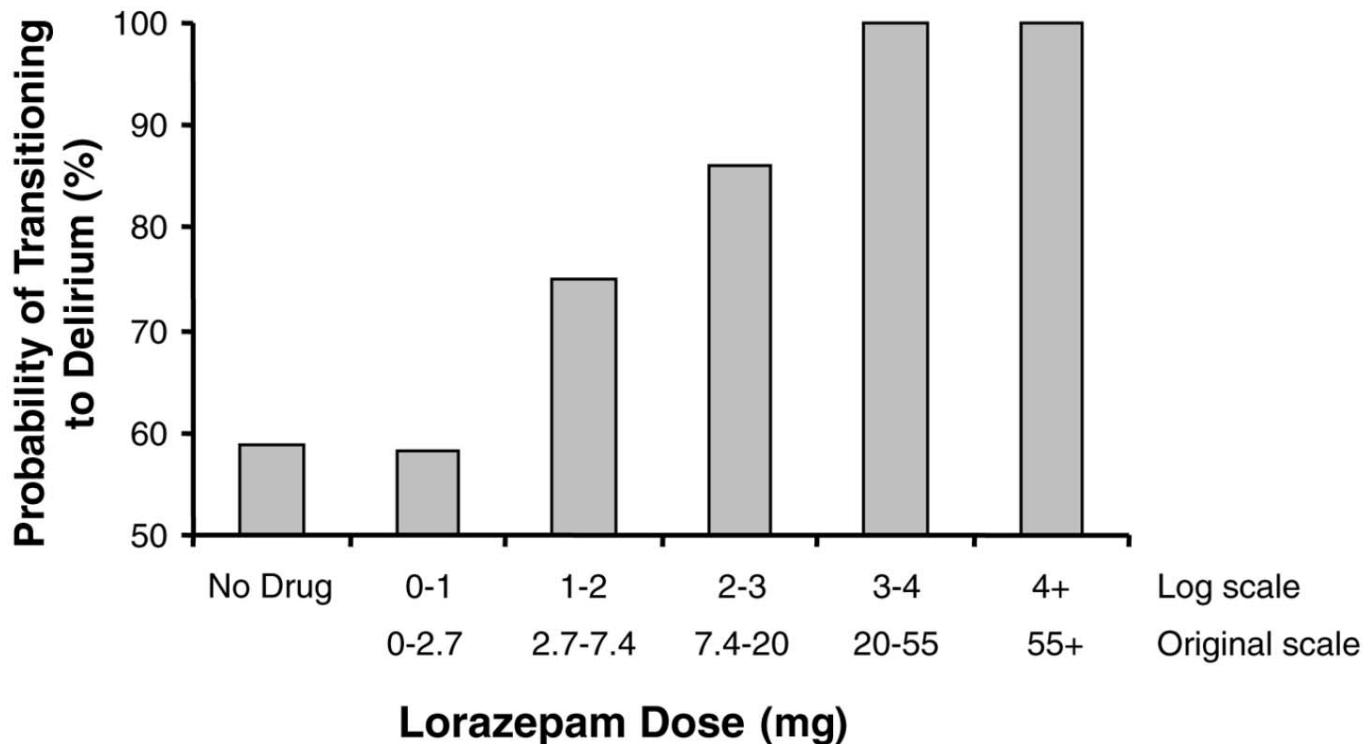
- Contention
 - 4,4 plus de risques
- Malnutrition
 - 4,0 plus de risques
- Ajout de 3 médicaments (surtout psychotropes)
 - 2,9 plus de risques
- Sonde urinaire
 - 2,4 plus de risques
- Iatrogène
 - 1,9 plus de risques.

Review

Delirium in the intensive care unit

Timothy D Girard^{1,2}, Pratik P Pandharipande³ and E Wesley Ely^{1,2,4}

Figure 1



Prévenir le delirium

S'inspirer des preuves
scientifiques actuelles...



Approche préventive

- Inouye et al., (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England Journal of Medicine*, 340(9), 669-76.
 - Étude expérimentale
 - Groupe expérimental: application des interventions préventives à tous les patients âgés
 - Groupe contrôle: soins standards
 - Résultats:
 - réduction de 40% de l'incidence du delirium
 - Amélioration de l'état cognitif
 - Réduction de l'utilisation des sédatifs-hypnotiques.

Facteurs de risque	Type d'intervention	Exemples
Déficits cognitifs	Stimulation	<ul style="list-style-type: none"> - Stimulation cognitive - Communication optimale - Loisirs - Participation de la famille
Déficits visuels et auditifs	Dépistage et adaptation	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage des déficits auditifs - Entretien des aides visuelles et auditives (lunette, batterie) - Équipements adaptés (amplificateur de voix, téléphone, loupe)
Déshydratation	Dépistage et stimulation	<ul style="list-style-type: none"> - Examen clinique et ingesta et excreta - Programme d'hydratation
Insomnie	Éviter les interruptions du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> - Téléavertisseurs en mode vibrant - Élimination des conversations de corridors - Flexibilité dans l'horaire des soins
Immobilité	Exercices physiques	<ul style="list-style-type: none"> - Exercices adaptés - Élimination des contentions - Éviter les équipements contraignants
Psychotropes	Interventions alternatives	<ul style="list-style-type: none"> - Hygiène du sommeil - Accompagnement psychologique - Réduction des doses de psychotropes

Sommeil

- En moyenne, un patient dans une unité de soins intensifs dort 2 heures/ 24 (Girard et al., 2008).

Traiter le delirium



Traitement (Andrew et al., 2005; Inouye, 2006; Lemiengre et al, 2006; Marcantonio et al., 2001; Milisen et al., 2001; Potter et al., 2006)

- Données plus limitées
 - Réduit la durée du delirium
 - Réduit la sévérité du delirium
 - Réduit la perte d'autonomie
 - Réduit les pertes cognitives.

Principes minimaux

- Consultation médicale
 - Éliminer les causes médicales
- Élimination des facteurs de risque
 - Examen des facteurs prédisposants et précipitants
- Surveillance et documentation des symptômes du delirium
- Soutien psychologique
- Implication des proches
 - Revoir vos politiques à ce sujet.

Principes minimaux

- Approche d'équipe
 - Aviser les autres soignants des objectifs des interventions.
- Éviter les conséquences du delirium
 - Chute
 - Immobilité
 - Contentions physiques
 - Insomnie
 - Hypothermie
 - Plaie de pression.

Utilité des médicaments et contentions physiques

- Usage optimal des médicaments
 - Antipsychotiques
 - Symptômes psychotiques
 - Hallucinations, idées délirantes
 - Danger imminent pour lui ou autrui
 - Benzodiazépines
 - Anxiété et détresse psychologique importante
 - Danger imminent pour lui ou autrui
 - Contentions physiques
 - Danger imminent pour lui ou autrui.

Conclusion

- Profession infirmière
 - Évaluation / détection du delirium
 - Surveillance clinique des symptômes
 - Identification rapide des facteurs de risque du delirium
 - Innover!