

Délirium

Clinical Assessment Protocol (CAP) = 1

Les informations sur ce code GAD sont divisées en trois parties:

- (I) *Signification* : Signification du code 1 pour le GAD Délirium.
- (II) *Énoncé du problème* : Description, contexte et énoncé du problème.
- (III) *Directives* : Démarches à entreprendre par la suite (schéma général et développement par étape).

Il est préférable d'imprimer ces informations dans leur intégralité. Il est possible de consulter d'autres documents à ce sujet ainsi que l'Échelle DOS (voir directives).

I Signification

Le **GAD Délirium est activé**. Etant donné que ce GAD désigne des personnes présentant des symptômes de délire actif, cela signifie que ce patient présente un ou plusieurs des symptômes de délire repris ci-dessous:

- Le comportement du patient dans certains domaines diffère de la façon dont le patient fonctionne habituellement (ex. vient d'apparaître, en train de se détériorer, ou différent d'il y a quelques semaines): Facilement distrait, épisodes de discours incohérents, capacités mentales varient au cours de la journée;
- Changement important au niveau des capacités mentales par rapport aux capacités habituelles

Attention:

Cette personne présente des symptômes de délire actif donc l'**action** doit être axée sur la **prévention et le traitement** (voir III directives).

II Enoncé du problème

Le délire (confusion aiguë) est une affection grave qui est généralement la conséquence d'un grave problème de santé sous-jacent tel qu'une infection, une déshydratation ou une réaction à un médicament. Le syndrome est associé à un risque élevé de mortalité et de morbidité (ex. décubitus, perte d'autonomie dans les AVQ, un séjour prolongé à l'hôpital et des placements plus fréquents dans des établissements de soins, une augmentation des frais de soins de santé).

Le délire apparaît souvent chez des patients institutionnalisés ou des patients qui ont été renvoyés récemment d'un hôpital, parmi lesquels beaucoup présentent un déclin cognitif prémorbide. Environ 25% des patients qui sont admis dans une MRS après être sortis de l'hôpital développeront un délire nouveau ou persistant qui limitera leur chances de réhabilitation. Chez les patients qui sont en phase terminale de leur vie, ce pourcentage s'élève à 80-90%, ce qui entraîne des désagréments certains pour le patient mourant et sa famille.

Il est dès lors nécessaire de détecter un délire suffisamment tôt pour pouvoir commencer un traitement rapide et adéquat. Le personnel infirmier et soignant se trouve de ce fait dans une position idéale, et il leur appartient également d'élaborer un programme de soins adapté en collaboration avec les médecins et les autres prestataires de soins primaires.

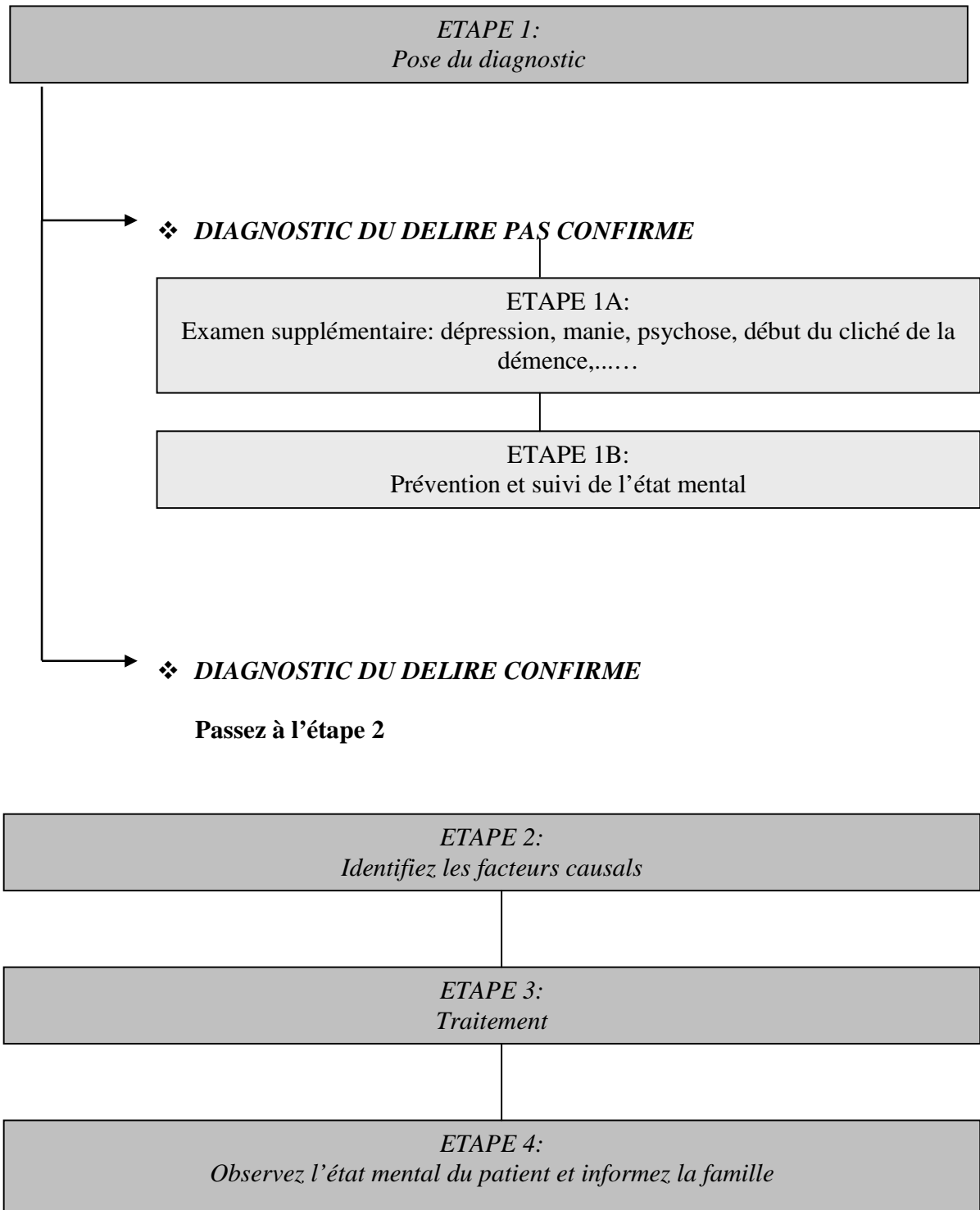
Le délire ne fait jamais partie d'un processus de vieillissement normal. Certains symptômes typiques du délire sont souvent interprétés à tort comme des indications du processus naturel de démence et surtout des stades finaux de la démence. Les premiers symptômes du délire se manifestent, contrairement à ceux de la démence, en très peu de

temps (en heures ou en jours). Les symptômes typiques peuvent être: Des troubles de concentration, un comportement/des capacités fonctionnelles qui varient tout au long de la journée, l'agitation, somnolence en journée, errances, discours confus et enfin des sensations visuelles ou tactiles erronées (perception modifiée, comme les interprétations erronées ou les hallucinations).

Le traitement ne peut être une réussite que si le syndrome clinique est détecté et diagnostiqué, les causes identifiées et que le traitement est entamé immédiatement. L'évolution d'un délire est déterminée par plusieurs facteurs. Lorsqu'une cause est identifiée et traitée sans que l'on observe une amélioration au niveau du délire, continuez à détecter et traiter les autres causes possibles.

III Directives

Schéma global



Plan par étapes

Généralités:

En vue de la détection précoce et d'un traitement rapide et approprié, les observations émanant du personnel soignant sont d'une importance capitale dans chacune des étapes décrites ci-dessous. Le personnel soignant doit communiquer ces observations (e.a. les symptômes de délire, les conclusions,...) aux médecins. Plus la communication est approfondie et plus elle est basée sur des faits, plus il sera facile d'élaborer à temps une méthode de traitement adéquate et de réduire ainsi les effets négatifs du délire.

ETAPE 1: Pose de diagnostic

- Lors de l'activation de ce GAD, il est **possible** que la personne présente un délire. Par conséquent, une première étape importante à entreprendre est la pose d'un diagnostic adéquat. A cette fin, on prendra contact avec le médecin. Discutez avec lui de l'état mental du patient (voir les symptômes du délire).
- Le diagnostic repose principalement sur une observation clinique des 4 caractéristiques clé du délire, à savoir: (1) une manifestation aiguë et un déroulement variable, (2) des troubles de concentration, (3) des pensées non structurées et (4) une modification du niveau de conscience. La "Confusion Assessment Method", CAM en abrégé, est un instrument simple qui comporte ces caractéristiques et qui peut être utilisé comme instrument diagnostique par le médecin.

❖ DIAGNOSTIC DU DELIRE PAS CONFIRME

ETAPE 1A:
Examen supplémentaire: dépression, manie, psychose, début du cliché de la démence

ETAPE 1B:
Prévention et suivi de l'état mental

- Quand le délire n'est pas diagnostiqué, il faut se concentrer sur la prévention. Une enquête a démontré que l'application de stratégies préventives permet de réduire le développement du délire et des complications qui y sont liées. Une **série d'étapes** doivent être suivies:

ETAPE 1: Ce patient est-il un patient à risque?

- Le patient souffre-t-il de troubles cognitifs (démence, dépression, parkinson), traumatisme cérébral (AVC), antécédents de délire dans la famille?

OU

- Le patient présente-t-il 2 ou plus des facteurs de risque suivants?
 - Age \geq 70 ans
 - Gravité de la maladie
 - Immobilité ou diminution de l'exécution des AVQ
 - Troubles sensoriels (ouïe, vue)
 - Abus d'alcool et/ou usage prolongé de psychotropes
 - Polypharmacie (\geq 5 médicaments)
 - Déshydratation et/ou malnutrition
 - Affections multiples chroniques
- Le risque de délire augmente encore lors l'utilisation de moyens de contention et de l'admission en MRS suite à un séjour prolongé à l'hôpital.

↳ **Si le patient est un patient à risque, allez à l'étape 2**

ETAPE 2: Mesures préventives pour les patients à risque

- Ces mesures visent une approche *non-médicamenteuse*, étant donné que les effets des médicaments sont encore méconnus (ex. faible dose de haloperidol).
 - Capacités cognitives
 - Mesures d'orientation: Utilisez des objets familiers (ex. photos de personnes connues, réveil), donnez régulièrement des explications au patient
 - Favorisez la continuité Dévouement des infirmières faisant partie du service
 - Vision et audition
 - Dépistez les problèmes de vision et d'audition
 - Vérifiez si le patient utilise correctement ses lunettes ou son appareil auditif
 - Lavez les lunettes tous les jours et mettez-les au patient
 - Vérifiez s'il y a de cérumen dans l'oreille et dans le conduit auditif du patient
 - Utilisez des veilleuses
 - Parlez lentement, clairement dans le champ de vision et auditif de la personne
 - Dormez
 - Favorisez la qualité du sommeil (lait chaud, pas de caféine ou de diurétiques le soir, pas de tapage nocturne)

- ou de lumière trop claire)
- Activez le plus possible les patients qui dorment au cours de la journée

- Mobilité

- Stimulez la mobilité, l'exécution autonome d'activités
- N'utilisez pas de moyens de contention (sauf si le patient s'enfuit et si c'est justifié cliniquement)

- Niveau d'hydratation/état nutritionnel

- Encouragez le patient à s'hydrater, proposez-lui ses boissons préférées (si ce n'est pas contre-indiqué)
- Placez la boisson à portée de main
- Utilisez éventuellement des compléments alimentaires

- Contrôle de la douleur

- Contrôler/observez régulièrement la présence de la douleur
- Procurez des antidouleurs adéquats en accord avec le médecin

ETAPE 3: Observation de l'état mental du patient à risque

- L'observation est nécessaire afin de détecter un délire suffisamment tôt. Ainsi, on pourra commencer un traitement rapide qui permettra de limiter la durée et la gravité du délire.
- Observez les principaux signes précurseurs d'un délire:
 - Insomnie et somnolence pendant la journée, rêves éveillés et angoissants
 - Agitation, mouvements perpétuels, irascibilité et angoisse OU hypoactivité avec comportement passif et repli sur soi
 - Hallucinations et délires passagers, observables tout d'abord en tant que suspicion
 - Légère désorientation
 - Difficultés à comprendre ce qui se passe et ce qui est dit
 - Sensibilité accrue aux stimuli extérieurs (lumière, bruit)
- Utilisez des échelles d'observation afin d'observer systématiquement l'état mental des patients à risque, tels que "l'Echelle de Détection et d'Observation d'un Délire" (EDOD, voir annexe) Il peut en ressortir que le patient est **probablement** atteint de délire. Si c'est le cas, **retournez alors à l'étape 1.**

—————→ ❖ **DIAGNOSTIC DU DELIRE CONFIRME**

Passez à l'étape 2

EPAPE 2:
Identifiez les facteurs causals

- Cette étape est une étape nécessaire dans l'organisation d'un traitement causal adéquat. Le délire est toujours le signe d'un problème organique qui peut être assez urgent. Chez les personnes âgées, il peut s'agir parfois du seul signe atypique d'une importante maladie sous-jacente.
- **Causes du délire?**
 - Le délire suite à l'abstinence ou l'arrêt de benzodiazépine.
 - L'arrêt brusque de l'abus prolongé et/ou excessif et/ou ininterrompu d'alcool et de benzodiazépines
 - Autres causes:
 - Infection (ex. pneumonie, infection des voies urinaires) et fièvre
 - Ischémie cardiaque, arythmie
 - Troubles neurologiques (ACV, hémorragie, hypoxie cérébrale)
 - Insuffisance respiratoire, anémie, grave hypertension
 - Tumeurs
 - Troubles métaboliques (hypoglycémie, problèmes de foie, affections rénales, troubles au niveau des électrolytes)
 - Douleurs intenses
 - Rétention urinaire, constipation
 - Troubles sensoriels (ouïe, vue)
 - Prise de plusieurs médicaments en même temps (intoxication/vient d'entamer le traitement médicamenteux ou l'a augmenté)
 - Chez le patient dont la réserve de capacités cognitives est limitée: Facteurs environnementaux et de stress tels que l'immobilisation, rythme jour-nuit perturbé
 - Patient en phase terminale:
 - Douleurs/infection
 - Agitation terminale
 - Prise de médicaments (opioïdes, psychotropes)
 - Encéphalopathie
 - Problèmes de foie
 - Causes métaboliques: Hypercalcémie, carence en sel, hypoglycémie, augmentation des concentrations de bilirubine et de créatinine
- **Comment identifier les causes?**
 - Par le biais d'une bonne coopération et d'une bonne communication: Entre le personnel soignant et les médecins

- Observez et rapportez:
 - Changements au niveau des paramètres vitaux
 - Pression sanguine: Hypo-ou hypertension
 - Température: < 35°C OU > 38°C
 - Poignet: < 60 OU > 100 battements par minute
 - Fréquence respiratoire: < 16 OU > 25 respirations par minute
 - Signes d'infection
 - Fièvre
 - Infection de la blessure: Notamment rougeurs, blessure purulente
 - Infection des voies urinaires: Notamment urine trouble, qui sent mauvais
 - Infection respiratoire: Notamment dyspnée, toux, production de bave
 - Déshydratation
 - Bouche sèche, peau sèche, constipation, selles dures, augmentation de la concentration d'urine, yeux enfoncés
 - Présence de douleurs
 - Hypo- OU hyperglycémie
 - Saturation d'oxygène < 90
 - Chute récente
- Examens supplémentaires par le médecin en fonction de l'image clinique
 - Anamnèse: Durée/déroulement de l'affection, évaluation médicaments
 - Examen clinique complet (y compris le global vésical, neurologique, indications de lésions à la tête)
 - Labo: CRP, ionogramme, fonction rénale et du foie, analyse d'urine,...
 - Dosage digoxine, vitamines, toxicologie
 - Radiographie: RX-thorax, échographie abdomen, scan vessie, CT crâne, ECG,...
- Avec le patient en phase terminale:
 - N'utilisez aucune technique agressive ou intrusive pour identifier les causes mais une évaluation du confort offert

*ETAPE 3:
Traitement*

- L'action la plus importante dans le traitement d'un délire est le traitement des causes sous-jacentes. Parallèlement à l'identification et au **traitement du/des facteur(s) causal(s)**, il faut entamer un **traitement symptomatique**. En outre, des **mesures de soutien** peuvent être prises.
- Cependant, lors du **traitement**, il faut encore faire une **distinction** entre le délire qui apparaît suite à l'abstinence ou à l'arrêt de benzodiazépine et le délire qui résulte d'autres causes:
 1. **Traitement du délire résultant de l'abstinence ou de l'arrêt de benzodiazépine.**
 - Il est préférable que le patient soit admis dans un hôpital. Cette admission est nécessaire pour pouvoir le suivre lors de l'administration de Thiamine et de Tranxène dans un environnement contrôlé.
 2. **Traitement du délire résultant d'autres causes**
 - **Traitement causal qui dépend des facteurs causals (prescription du médecin)**
 - diminuez, remplacez et arrêtez les médicaments néfastes pour la santé
 - Traitez la déshydratation, les troubles électrolytiques
 - Administrez les antibiotiques lors de l'infection et veillez à faire baisser la fièvre
 - Traitez la rétention urinaire et la constipation
 - Traitez les douleurs
 - Traitez l'anémie, l'hypotension
 - ...
 - **Traitement symptomatique (réduction des symptômes)**
 - En cas de *formes légères* de délire (agitation nocturne avec somnolence pendant la journée), on peut entamer un traitement médicamenteux. Celui-ci se compose d'une faible dose d'halopéridol (Haldol 1-2mg PO) et est achevée dans les 48h. Si les effets ne sont pas suffisants ou en cas d'agitation psychomotrice grave et de comportement agressif, il faut envisager une admission à l'hôpital. Les personnes âgées développent surtout un délire hypoactif, qui ne nécessite aucun traitement médicamenteux. En outre, des mesures de soutien peuvent être appliquées.
 - Les mesures suivantes peuvent être appliquées chez *tous les patients atteints de délire*
 - Orientez régulièrement le patient dans le temps, l'espace et par rapport aux personnes (utilisation de lunettes ou d'un appareil auditif, modulation de la lumière pour le jour-la nuit, utilisez une horloge et un calendrier,...)

- Veillez à la continuité: Dévouement des infirmières faisant partie du service
- Améliorez la qualité du sommeil (rythme nuit-jour, avec un bon repos la nuit)
- Approchez le patient gentiment et calmement
- Rassurez le patient si celui-ci est angoissé: la situation est temporaire
- Favorisez la mobilité
- Stimulez les visites de la famille
- Veillez à ce qu'il s'hydrate suffisamment
- Evitez autant que possible l'utilisation de moyens de contention
- Laissez le moins possible sans surveillance lorsqu'il est fortement agité
- Evitez les complications: Décubitus, chutes, blessures,...

○ **Délire en phase terminale:**

- Ayez les objectifs et méthodes de soins sur l'obtention d'un confort maximal pour le client. Il faut viser un équilibre entre la mesure servant à contrôler la douleur et le niveau de conscience souhaité.
- *Traitement causal:*
 - En cas de douleur: Augmentez la dose ou la fréquence de l'analgésique administré
 - En cas de délire provoqué par les médicaments:
 - ✓ Veillez à réduire la dose, à arrêter ou à changer les médicaments administrés
 - ✓ Veillez à faire examiner régulièrement les médicaments
- *Traitement symptomatique:*
 - En cas de formes légères de délire, on peut prescrire une faible dose d'haloperidol (0.5 - 3.0 mg/jour PO)
 - Approchez le patient gentiment et calmement
 - Evitez les moyens de contention
 - En cas d'agitation terminale, on peut administrer des sédatifs quand le patient est trop anxieux.

- Attention: Bonne observation et supervision de la part de l'équipe soignante

ETAPE 4:

Observez l'état mental et informez la famille

- Suivi de l'état mental:
 - Il est possible de contrôler les effets de la thérapie à l'aide d'une observation de l'état mental. Cela peut se faire systématiquement au moyen d'échelles d'observation telles que "L'Echelle de Détection et d'Observation du Délire" (EDOD) Discutez des changements avec le médecin.

- Informez la famille
 - Donnez des explications sur les caractéristiques du délire et ses causes possibles
 - Annoncez que l'état dans lequel se trouve le patient est temporaire et peut varier de quelques heures à plusieurs jours.
 - Donnez des explications pour une série de mesures prises (peuvent exercer une influence positive sur le délire)
 - Expliquez-leur comment ils peuvent aider:
 - Utilisez de petites phrases
 - Agissez sur l'orientation (apporter des photos de personnages célèbres)
 - N'entrez pas dans les délires du patient
 - Encouragez le patient à porter ses lunettes/son appareil auditif (si le patient doit en porter)
 - Encouragez les visites de personnes qu'il connaît
 - Rassurez le client lorsque celui-ci est angoissé
 - Discutez avec le patient et la famille de ce qu'il faut faire à la maison lorsque le délire fait surface
 - Ne pas conduire en voiture
 - Ne pas utiliser d'appareils électriques
 - Ne pas endosser les soucis d'autrui
 - Ne laissez pas le patient seul (dans certains cas)
 - Surveillez la prise de médicaments, cuisinez
 - Soutenez le patient pour toutes ces mesures

Sources et littérature complémentaire

- Manuel de l'utilisateur GAD InterRAI :
 - American Psychiatric Association (APA). Practice Guideline for Treatment with Delirium. American Journal of Psychiatry, May 1999. Remarque: Cette directive donne un aperçu général détaillé du syndrome et du rôle du médecin quant au traitement de celui-ci. Ces directives peuvent également être consultées sur le site APA: www.psych.org. Ce site comprend aussi "Patient and Family Guides", qui peuvent s'avérer utiles dans le cadre de la formation des infirmiers/infirmières.
 - American Psychiatric Association (APA). Guideline Watch Practice Guideline for Treatment of Patients with Delirium. American Journal of Psychiatry, août 2004.
 - Flacker JM, Marcantonio ER. Delirium in the elderly: optimal management. *Drugs and Aging*. 1998; 13:119-130. Remarque: Cet article décrit de façon très détaillée comment traiter un délire.
 - Murphy KM, Levkoff S, Lipsitz LA. *Delirium*. Dans Morris JN, Lipsitz, LA, Murphy, KM, and Belleville-Taylor, P. (Editeurs). Quality Care in the Nursing Home. (1997). Mosby, St.Louis, MO. Remarque: Ce chapitre donne principalement un aperçu de la façon dont le syndrome influence les patients et les membres du personnel d'une MRS. Il comporte également des méthodes et des exemples détaillés non pharmacologiques de clients atteints de délire.
 - Rapp CG. Confusion aiguë/délire (protocole basé sur des preuves). The Iowa Veterans Affairs Nursing Research Consortium, University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Center, 1999. Remarque: Ce protocole donne des informations utiles sur la façon dont établir un programme de soins étendu pour les patients atteints de délire. Site web: http://www.nursing.uiowa.edu/excellence/nursing_interventions/index.htm
 - Inouye SK. Current concepts: Delirium in older persons. *N Engl J Med*. 2006; 354: 1157 – 1165.
- Werkgroep delirium. UZ Leuven richtlijn voor de niet-medicamenteuze preventie van delirium. Mei 2007.
- Werkgroep delirium. UZ Leuven richtlijn voor de acute symptomatische behandeling van de hyperactieve vorm van delirium. April 2007.
- Siddiqi N, Stockdale R, Britton AM, et al. Interventions for preventing delirium in hospitalized patients. *The Cochrane Library* 2007, issue 2.

- Young J and Inouye SK. Delirium in older people. *BMJ* 2007; 334:842 – 846.
- Michaud L, Büla C, Berney A, et al. Delirium: Guidelines for general hospitals. *Journal of Psychosomatic Research* 2007; 62: 371 – 383.
- George J, Mukaetova-Ladinska EB. Delirium and C-reactive protein. *Age and Ageing* 2007; 36:115 – 116.
- Macdonald A, Adamis D, Treloar A et al. C-reactive protein levels predict the incidence of delirium and recovery from it. *Age and Ageing* 2007; 36: 222 – 225.
- Potter J, George J. *Clinical Medicine* 2006; 6 (3): 303 -308.
- American Psychiatric Association. *Treating Delirium: A quick reference guide.* www.psych.org.
- Milisen K, Steeman E, ForemanMD. Early detection and prevention of delirium in older patients with cancer 2004;13: 494 – 500.