

I PROBLEME

Ce CAP vise les patients qui reçoivent des soins palliatifs à la fin de leur vie. Un délire est alors souvent causé par la maladie en phase terminale ou par les médicaments nécessaires. Les infections, la déshydratation, la mauvaise audition, la mauvaise vue et la douleur peuvent contribuer à l'apparition d'un délire.

La détection prématurée est cruciale, car un délire peut causer différents problèmes, comme une perte fonctionnelle rapide, des chutes et des escarres. Les prestataires de soins et les membres de la famille qui sont régulièrement en contact avec le patient sont souvent les mieux placés pour détecter la présence du délire, l'évaluer et coopérer avec l'équipe soignante pour dresser un plan de traitement. On doit tenir compte du fait que lutter contre un délire est souvent impossible, surtout dans la phase terminale de la vie.

Un délire ne fait pas partie du processus de vieillissement normal, bien que les personnes âgées aient plus de risques de développer un délire. Contrairement à la démence, le délire s'exprime généralement sur une courte période (heures ou jours). Il peut également aggraver les symptômes de la démence précoce. Les symptômes typiques peuvent être les suivants : troubles de la concentration, comportement/fonctionnement cognitif variable, agitation, discours confus, voir ou sentir des choses qui ne sont pas là (hallucinations) et avoir des délires.

Le traitement peut uniquement porter ses fruits si le syndrome clinique est identifié avec précision, si un diagnostic correct est posé par rapport aux causes spécifiques et si les soins médicaux débutent directement. On doit surtout se consacrer à l'approche des infections, de la déshydratation, de la douleur, de la dépression et de la médication. Il est aussi important de veiller à assurer un apport sensoriel optimal (ex. lunettes, appareil auditif). Si une cause a été identifiée et traitée, mais que le délire persiste, il est important d'évaluer à nouveau les causes possibles, car plusieurs facteurs peuvent parfois jouer un rôle.

OBJECTIFS DE SOINS GENERAUX

- Identifiez et traitez dans la mesure du possible les causes sous-jacentes possibles du délire.
- Traitez les symptômes du délire et d'autres symptômes liés à la santé, à l'humeur et au comportement (ex. enlever des tuyaux) liés au délire.
- Evitez les complications secondaires (ex. chutes, déshydratation, utilisation inutile de médicaments psychotropes) qui peuvent causer ou aggraver un délire.
- Maximisez le confort et la qualité de vie.

II ACTIVATION CAP

Ce CAP identifie les patients présentant des symptômes de délire actifs.

- **ACTIVE.** Ce groupe comprend des patients présentant un ou plusieurs symptômes de délire. Le groupe comprend 13% des personnes dans la base de données soins palliatifs interRAI.
- **NON ACTIVE.** Ce groupe comprend des patients qui ne présentent pas de symptômes de délire. Parmi le groupe non activé, 10% de la base de données soins palliatifs interRAI développent un délire au moment du premier suivi.

III DIRECTIVES

Le but du traitement est de ramener la personne vers un état aussi normal que possible. Dans le cas d'un patient en phase terminale également, le délire réduit la qualité de vie. Si un délire ne peut pas être combattu chez un patient en phase terminale, il est important d'offrir à la personne un cadre calme et agréable.

Toutes les recommandations doivent être prises en considération pour les prévisions concernant le patient. Puisqu'un délire peut avoir plusieurs causes, il est pour ainsi dire toujours important d'examiner toutes les causes et tous les traitements possibles. Toutefois, si le risque est grand que le patient décède dans un avenir proche, il est possible que bon nombre de ces recommandations ne soient pas d'application. S'il y a toutefois de grandes chances pour que le patient vive encore et soit alerte pendant une longue période, une autre décision est nécessaire à propos des actions à entreprendre.

Evaluation initiale

- **Sensibilisation :** afin de coordonner efficacement les approches des soins, les prestataires de soins formels et informels doivent être conscients des symptômes d'un délire et les lier aux soins de l'équipe soignante. L'absence de certaines observations doit être notée. Par exemple, si l'on sait que le patient présente des signes vitaux stables, n'a pas de fièvre ou d'infection, ne présente aucun signe de déshydratation et n'a pas pris un autre dosage des médicaments, cela aide à prendre des décisions par rapport à l'action à prendre par la suite.
- **Symptômes :** étant donné qu'un patient affaibli d'un point de vue immunologique n'a pas toujours de la fièvre, de l'attention doit aussi être accordée à d'autres signes d'infection : ex. urine qui sent mauvais ou trouble, toux de longue durée, dyspnée (essoufflement), diarrhée, douleurs abdominales, drainage d'une blessure infectée.
- **Douleur :** puisque la douleur peut contribuer à l'apparition d'un délire, il est important de définir la fréquence, l'intensité et la durée de ce symptôme et d'être certain qu'il soit correctement traité. Idéalement, la douleur devrait être évitée (cf. CAP douleur).
- **Affections chroniques :** envisagez la possibilité qu'il y ait une recrudescence d'une maladie chronique, comme des insuffisances cardiaques congestives ou une BPCO. Le manque d'oxygène ou les problèmes de respiration peuvent aussi contribuer à un délire. Un patient diabétique pourrait présenter un faible taux de sucre. Veillez à ce que le patient puisse facilement atteindre son appareil auditif et ses lunettes.
- **Soyez préparé au déroulement de la maladie en phase terminale :** il est important de savoir quel est le déroulement habituel de la maladie en phase terminale. Cela facilitera la définition des interventions pouvant être utiles.

Traiter les symptômes

- **Médicaments** : les conseils d'un pharmacien peuvent aider à revoir le traitement du patient afin de voir si certains médicaments peuvent contribuer à un délire. Une décision sur la poursuite de l'utilisation d'un médicament ou un changement de dose dépend de la mesure dans laquelle le médicament est essentiel au bien-être du patient et à l'évolution probable de la maladie sous-jacente.
- **Suivi** : on doit surveiller le patient afin d'observer les éventuels changements dans la gravité du délire.
- **Environnement** : envisagez les changements cliniques et d'environnement. Rendre l'environnement plus agréable et plus calme peut présenter des avantages. Il peut aussi être utile de réorienter le patient à intervalles réguliers et de le rassurer.
- **Considérations relatives à la fin de vie** : un délire se présente souvent à la fin de la vie. C'est pourquoi il n'est souvent pas approprié de débiter un traitement agressif et invasif pour identifier les causes du délire chez les personnes mourantes ou qui veulent uniquement des mesures de confort. Pourtant, il est préférable de déterminer si les mesures palliatives actuelles sont adaptées pour garantir le confort du patient et de sa famille. Si le patient souffre d'agitation terminale (délire incontrôlable), il peut être indiqué d'administrer des calmants pour éviter l'anxiété et la souffrance. L'approche des soins doit être axée sur la maximisation du confort et de la qualité de vie pendant une période aussi longue que possible.
- **Support informel** : se concerter avec les membres de la famille est souvent essentiel pour garantir l'administration de soins optimaux, afin d'informer les membres de la famille sur le délire et de les rassurer. Cette situation peut être évitée ou la gravité peut être réduite en informant la famille des facteurs qui peuvent contribuer au délire.

SOURCES COMPLEMENTAIRES

Flacker JM, Marcantonio ER. 1998. Delirium in the elderly: optimal management. *Drugs and Aging* 13: 119-130.

Gagnon PR. 2008. Treatment of delirium in supportive and palliative care. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 2: 60-66.

Inouye SK. 2006. Current concepts: Delirium in older persons. *New England Journal of Medicine* 354: 1157-1165.

Murphy KM, Levkoff S, Lipsitz LA. 1997. Delirium. In Morris JN, Lipsitz LA, Murphy KM, and Belleville-Taylor P, eds. *Quality Care in the Nursing Home*. St. Louis, MO: Mosby.

Rapp, CG. 2001. Acute confusion/delirium protocol. *Journal of Gerontological Nursing* 27:21-33.

Knight Steel, MD
Sharon K. Inouye, MD
John N. Morris, PhD, MSW
Katharine M. Murphy, PhD, RN
Edward Marcantonio, MD

□