

# COMMENT DÉPISTER LE DÉLIRIUM ?

Utilisez l'outil de dépistage CAM (pour *Confusion Assessment Method*). Pour considérer la possibilité de délirium, les signes et symptômes décrits en 1 et 2 doivent être présents ainsi que l'un ou l'autre de 3 et 4 :

## 1. Symptômes fluctuants

- Y-a-t-il évidence de changement subit de l'état mental comparé à l'état habituel ?
- Les comportements inhabituels fluctuent-ils, augmentent-ils ou diminuent-ils en sévérité ?

## 2. Inattention

- Le patient a-t-il de la difficulté à maintenir son attention ou à se rappeler ce qu'on vient de lui dire ?

## 3. Pensée désorganisée

- Sa pensée est-elle désorganisée ou incohérente ? ex. : conversation décousue, uite illogique d'idées, changement de sujet.

## 4. Altération de l'état de conscience

- Quel est son niveau d'éveil ? (hyper vigilant, léthargique, comateux)

Le dépistage chez un patient atteint de démence est plus difficile. Les proches sont des personnes clés pour signaler tout changement soudain du comportement et des capacités.

## Principaux symptômes du DÉLIRIUM

### INATTENTION

- Incapacité à maintenir ou à focaliser son attention

- Difficulté à suivre une conversation ou des instructions
- Fuite dans les idées
- Changements fréquents de sujets de conversation

### PENSÉES DÉSORGANISÉES

- Conversation incohérente
- Suite illogique d'idées

### ALTÉRATION DE L'ÉTAT DE CONSCIENCE (SUR 24 HEURES)

La personne peut présenter une combinaison des quatre états suivants pendant une période de 24 heures :

- Hyper-vigilance • Léthargie • Stupeur
- Coma

### DÉSORIENTATION

- Dans le lieu • Dans le temps
- À la personne (le patient ne reconnaît pas les personnes)

### ATTEINTE DE LA MÉMOIRE

- Incapacité à se souvenir des événements survenus à l'hôpital
- Difficulté à se rappeler les instructions

### TROUBLES PERCEPTUELS

- Hallucinations : entend ou voit des choses inexistantes
- Illusions : interprète mal un fait réel

### AGITATION PSYCHOMOTRICE

- Cris, pleurs, rires, euphorie
- Colère, irritabilité, combativité
- Labilité émotionnelle
- Impatience, absence de collaboration
- Réaction forte aux moindres stimuli

### RALENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

- Apathie, retrait
- Fixité du regard
- Absence de discours spontané
- Absence de mouvement spontané

### CHANGEMENTS DES HABITUDES DE SOMMEIL

- Insomnie
- Somnolence diurne

## Procédure en cas de suspicion ou de diagnostic de DÉLIRIUM

En cas de suspicion de délirium, aviser l'infirmière responsable ou le médecin. Ensuite, effectuer les interventions suivantes qui sont nécessaires tant à titre préventif qu'à titre de prise en charge d'une personne diagnostiquée en délirium.

Rassurer le patient et l'orienter dans les trois sphères (temps, lieu et personne).

Vérifier qu'il porte bien ses aides visuelles et auditives. Vérifier la satisfaction des besoins de base : élimination urinaire et intestinale, faim, soif et douleur. Favoriser un environnement calme, sécuritaire et rassurant en évitant si possible les changements de chambre et les environnements trop bruyants.

### POUR COMMUNIQUER AVEC LE PATIENT :

- Lui faire face et établir un contact visuel ;
- Se présenter avant de le toucher et lui expliquer les interventions qui seront effectuées ;
- Utiliser des phrases simples ;
- Parler doucement et éviter de trop stimuler, donner une directive à la fois ;
- Converser le plus normalement possible en évitant d'argumenter ;

- Le rassurer en lui disant notamment que son état inhabituel n'est que temporaire.

Favoriser un apport alimentaire et hydrique adéquat, ainsi que le port approprié d'une prothèse dentaire ; garder un verre d'eau disponible en tout temps, sauf si contre-indiqué.

Encourager la mobilisation et l'activité physique.

Encourager le patient à faire tout ce qu'il peut par lui-même lors des activités de la vie quotidienne (AVQ).

Éviter les contentions physiques notamment parce qu'elles peuvent augmenter l'agitation. Si vous devez absolument utiliser la contention, celle-ci doit être : prescrite, sécuritaire, la moins contraignante possible et sous surveillance étroite.

### STIMULER LES FONCTIONS INTELLECTUELLES LORSQUE POSSIBLE :

- Assurer des visites régulières ;
- Discuter d'événements courants ou de sujets familiers ;
- Encourager famille et les proches à apporter de la lecture, à lire à voix haute et à jouer à des jeux de société familiers telles les cartes.

### SOUTENIR LA PARTICIPATION DE LA FAMILLE ET DES PROCHES EN LEUR PRÉCISANT COMMENT :

- Orienter le patient dans les trois sphères ;
- Communiquer avec lui ;
- L'assister dans ses AVQ (par exemple, manger et se déplacer).

Encourager la présence de la famille et des proches, même la nuit.

## Causes du DÉLIRIUM

- Médicaments : effets secondaires, intoxication, sevrage (benzodiazépines, narcotiques...), etc.
- Infections
- Atteintes neurologiques
- Atteintes cardiovasculaires
- Atteintes métaboliques : déshydratation, hypo ou hyperglycémie, déséquilibre électrolytique, hypo ou hypernatrémie, hypo ou hyperkaliémie, hypo ou hypercalcémie, etc.
- Autres : chirurgie, insuffisance respiratoire, rénale ou hépatique, cancer, douleur, rétention urinaire, fécalome, intoxication ou sevrage alcoolique, détresse psychosociale, déménagement, etc.

## Conséquences possibles d'un DÉLIRIUM

- Un risque de mortalité deux fois plus élevé, dans l'année où les patients ont présenté un délirium
- Un risque plus élevé de développer une démence
- Un taux plus élevé de complications médicales
- Une plus longue convalescence après une chirurgie
- Un taux plus élevé de pertes cognitives et fonctionnelles au cours des mois et des années qui suivent, notamment dans les cas de délirium prolongé

Considérant les complications associées au délirium, il est important d'effectuer un dépistage systématique du délirium et d'appliquer les mesures de prévention dès l'admission.

## POUR PLUS D'INFORMATION SUR LE DÉLIRIUM

LE DELIRIUM...  
**SOIGNER POUR GAGNER** - DVD et guide d'accompagnement (2008).

Disponible dans les centres de documentation du CHUM et sur l'intranet sous l'onglet [Accueil/DSI/Delirium](#)

**GUIDE CLINIQUE EN SOINS INFIRMIERS DU CHUM** (2<sup>e</sup> édition)  
Prévention et gestion du délirium.

Disponible sur l'intranet sous l'onglet [Accueil/DSI](#)

Le masculin utilisé dans ce texte désigne tant les hommes que les femmes et n'est employé que pour faciliter la lecture.

Ce dépliant a été préparé par l'équipe interprofessionnelle de gériatrie du CHUM et réalisé grâce à une contribution financière du projet de Systématisation de l'approche gériatrique du CHUM (SAGe).

**SAGe**

**CHUM** CENTRE HOSPITALIER DE  
L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

## PERSONNEL SOIGNANT



## Le DÉLIRIUM chez la personne âgée

## À L'INTENTION DU PERSONNEL SOIGNANT

Ce feuillet contient des informations sur le délirium pour aider le personnel soignant à mieux en comprendre les manifestations et à agir avec compétence auprès des patients à risque de développer un épisode de délirium ou qui en présentent un.

## Définition du DÉLIRIUM

Le délirium est un **état mental anormal d'apparition subite, fluctuant**, et caractérisé par une diminution de l'état de conscience de l'environnement et par une perturbation du fonctionnement cognitif global.

Le délirium n'est PAS la maladie d'Alzheimer ou une forme de démence.

## Contexte général du DÉLIRIUM

Le délirium survient à la suite d'une maladie aiguë, d'une intoxication, de l'effet secondaire d'un médicament ou d'un ensemble d'événements combinés suffisamment intenses pour perturber l'état mental d'une personne âgée fragile.

C'est la manifestation **d'une souffrance ou d'une insuffisance cérébrale**.

## Principaux facteurs de risque

- Chirurgie récente
- Âge
- Baisse de vision ou d'audition
- Plusieurs problèmes de santé, maladies sévères
- **Démence ou troubles cognitifs déjà présents**
- Déshydratation
- Délirium présent dans l'histoire médicale
- Immobilité
- Polypharmacie

## Risques de récurrence

Une personne ayant fait un délirium présente un risque important de récurrence. Les risques de récurrence sont plus élevés chez les patients atteints de démence.