

Prévention de l'état
confusionnel aigu (*délirium*)

Soins adaptés
aux personnes âgées



Elisabeth Laughrea, 2018
Inf., B.Sc., M.Sc. (c)
Université de Montréal

L'ÉTAT CONFUSIONNEL AIGU (ÉCA)

Critères diagnostiques selon le DSM 5²

1.

Altération de l'état de conscience

2.

Modification du fonctionnement cognitif (mémoire, orientation, langage)
OU
Perturbation des perceptions (hallucinations)

3.

Manifestation soudaine et évolution fluctuante au cours de la journée

Physiopathologie

Le vieillissement engendre plusieurs changements physiologiques chez les personnes âgées, notamment au niveau des cellules nerveuses du cerveau. Le nombre de neurotransmetteurs diminue avec l'âge. Ces personnes deviennent alors plus vulnérables aux modifications de l'environnement et plus à risque de complications telles que l'ÉCA.¹⁷

Statistiques

L'ÉCA est une urgence médicale qui affecte 30% des personnes de 70 ans et plus dans un contexte hospitalier au Québec. 75% de ces patients se trouvent dans une unité de chirurgie ou de soins intensifs.⁸

30 à 40% des cas d'ÉCA chez les personnes âgées dans un contexte hospitalier auraient pu être prévenus si une prise en charge adaptée à cette clientèle avait été mise en action par les professionnels de la santé.¹¹

Prévention de l'état confusionnel aigu Intégration de la famille

Selon l'étude de Martinez, Tobar, Beddings, Vallejo et Fuentes (2012), le fait d'intégrer la famille dans la prévention de l'ÉCA a significativement diminué l'incidence de cette complication d'environ 60%.¹⁴

- Faire de l'enseignement à la famille et au patient sur l'ÉCA à l'admission et en pre-opératoire.
- Inviter la famille à participer aux soins pour prévenir l'ÉCA :
 - o Réorienter le patient :
 - Mentionner la date et l'heure au patient;
 - Apporter un calendrier et une horloge au chevet.
 - o Optimiser les sens du patient :
 - Assurer le port des lunettes, prothèses dentaires et appareils auditifs.
 - o Simuler cognitivement le patient :
 - Parler d'événements récents;
 - Activité sociale.
 - o Modification de l'environnement :
 - Apporter un objet familier dans la chambre.
- Encourager une présence importante de la famille.
 - o 5h de visite par jour.

Prévention de l'état confusionnel aigu

L'environnement ^{10,13,18}

Dormir durant la journée est associé à un plus grand risque de complications cognitives ainsi que de déclin fonctionnel chez les personnes âgées. ⁶

Optimisation du sommeil :

- Ouvrir les rideaux ou allumer les lumières durant la journée;
- Favoriser la mobilisation durant la journée;
- Diminuer la lumière ainsi que les sources de bruits en soirée,
- Modifier les heures d'administration de médicaments pour favoriser le sommeil .

Diminution des tubulures et appareils médicaux rattachés au patient

- Évaluer la pertinence de conserver la perfusion intraveineuse (IV) en continu, la sonde urinaire et l'oxygénothérapie;
- Faire une suggestion infirmière à l'équipe médicale pour cesser ce qui vous semble non pertinent;
- Dissimuler la pompe de perfusion IV ou mettre tout autre appareil hors de la vue du patient.

Optimisation des sens :

- À son admission, informez-vous si le patient porte une prothèse dentaire, des lunettes ou un appareil auditif.
 - o Ajouter l'information sur le tableau blanc au chevet du patient pour assurer le suivi ;
 - o Inviter la famille à participer. [Intégration de la famille aux soins]

Prévention de l'état confusionnel aigu

Mobilisation

- Promouvoir l'indépendance du patient.
- Faire de l'enseignement au patient et à sa famille sur l'importance de se mobiliser : sinon, risque d'ÉCA

*Une personne âgée qui ne se mobilise pas perd de **10 à 12%** de sa force musculaire **par semaine** et ce surtout au niveau des membres inférieurs⁵*

- Évaluer le patient à son arrivée quant à ses fonctions motrices habituelles :
 - o Noter l'information au dossier et l'ajouter sur le tableau blanc au chevet du patient pour assurer le suivi.
- Faire asseoir le patient à sa chaise à chaque repas
- Inviter la famille à marcher avec le patient pour prévenir l'ÉCA. [Intégration de la famille aux soins]

L'hydratation et la nutrition

Une personne âgée a une sensation de soif diminuée¹²

- Encourager le patient à boire beaucoup.
 - o Ajouter sur le tableau blanc au chevet du patient.
- S'assurer que le patient ait toujours de l'eau à son chevet.
- Présenter la cuisine familiale du département au patient et à sa famille pour qu'ils puissent y prendre de l'eau.
- Inviter la famille à participer à la prévention de l'ÉCA en favorisant l'hydratation du patient [Intégration de la famille aux soins]
- Assurer un suivi de la progression rapide de la diète post-opératoire selon les recommandations du programme *enhanced recovery after surgery (ERAS)*.

Prévention de l'état confusionnel aigu

Le soulagement de la douleur ^{7,15,16}

La douleur des personnes âgées est souvent sous-traitée. Une douleur non soulagée augmente les risques d'ÉCA. ¹⁵

Contexte post-opératoire de chirurgie générale.

- Réévaluer la douleur plus fréquemment, q2h.
- Faire des suggestions infirmières pour assurer le confort du patient :

Tylenol [Acétaminophène]	Régulier : 1g QID (max 4g)
*Advil [Ibuprofène] -- ou -- Naproxen [Naprosyn]	Régulier : 400mg BID aux repas -- ou -- Régulier : 250-375 BID aux repas

- Il est recommandé de débiter l'administration de narcotiques à une dose de **50 à 70%** de la dose normale donnée à un adulte et d'augmenter les intervalles entre les doses.

Opioïde**	Dose normale adulte	Dose personne âgée
Morphine PO	5-10 mg q4h	2,5-5mg q6-8h
Dilaudid PO [Hydromorphone]	1-2mg q4h	0,5-1mg q6-8h

*** Risque de saignements gastriques et d'insuffisance rénale**

**** Portez une attention particulière à la**

Prévention de l'état confusionnel aigu

La Polymédication

Un ajout rapide de 3 nouveaux médicaments dans la liste de médicaments du patient augmente les risques d'ÉCA. ^{1,11}

- Comparer la liste de médicaments du patient de l'hôpital à celle de la maison.

o Faire une suggestion infirmière pour faire cesser les médicaments qui semblent inutiles.

- Prévenir l'utilisation d'**anticholinergiques**.

o *Fonction* : diminue les mouvements involontaires.

o Exemple :

- Oxybutynine [Ditropan], Belladonna Alkaloïde, Spiriva [Tiotropium], Atrovent [Ipratropium] et Scopolamine, Glycopyrrolate.

- Prévenir l'utilisation de **benzodiazepines**.

o *Fonction* : Relaxant.

o Exemple :

- Ativan [Lorazepam], Versed [Midazolam], Serax [Oxazepam], Valium [Diazepam], Xanax [Alprazolam] et Klonopin [Clonazepam].

Prévention de l'état confusionnel aigu

Spécificités chez les personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer ou une affection connexe

Les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection connexe sont prédisposés à avoir un ÉCA en milieu hospitalier. L'ÉCA chez ces personnes âgées qui n'est pas traité rapidement peut engendrer comme conséquence une atteinte cognitive irréversible ou une accélération du processus de la maladie d'Alzheimer. Ce sont donc deux problèmes de santé interreliés et des mesures préventives doivent être mises en place rapidement.¹¹

- Déterminer l'état mental du patient à son arrivée comme valeur de référence afin d'identifier rapidement un début d'ÉCA.
 - o Documenter le **CAM** à tous les quarts de travail.
- Appliquer les interventions de prévention mentionnées dans ce guide :
 - o **environnement, mobilisation, hydratation et nutrition, soulagement de la douleur et intégration de la famille.**
- Communiquer calmement et lentement avec le patient :
 - o Posez des questions à réponses courtes;
 - o Diminuez les stimuli environnementaux;
 - o Conservez un contact visuel avec le patient.
- Utiliser la stimulation cognitive :
 - o Initier une courte conversation avec le patient sur ses intérêts chaque fois que vous entrez dans la chambre;
 - o Proposer des activités, par exemple, de la lecture, casse-tête, Sudoku ou mots croisés;
 - o Inviter la famille à participer. [intégration de la famille]

Expérience du patient Durant un épisode d'ÉCA^{3,4}

Un patient en ÉCA n'est pas simplement confus, il est aussi conscient de son incohérence, de son environnement et il est capable de comprendre des explications. Il conserve des souvenirs de la façon dont il a été traité par l'équipe de soins.^{3,4}

- Être réceptif à leur peur, frustration, détresse et honte.
- Pour diminuer l'agitation :
 - o Expliquer la situation au patient :
 - Légitimer l'expérience du patient;
 - Ramener le patient à la réalité si cela ne provoque pas de détresse supplémentaire;
 - Expliquer la cause de sa confusion.
 - o Réorienter régulièrement (temps, espace et personne) :
 - Modifier régulièrement l'information sur le tableau blanc au chevet du patient.
 - o Assurer une présence plus constante du personnel soignant.
 - o Assurer une présence plus constante de la famille. [intégration de la famille]
 - o Écouter les besoins du patient plutôt que lui imposer des limites en raison de sa confusion.
 - o Éviter ou diminuer l'usage des contentions physiques et chimiques.
 - o Communiquer calmement et lentement avec le patient :
 - Le niveau d'attention est diminué durant un ÉCA.²
- Mobiliser toutes les interventions de prévention mentionnées dans ce guide afin de favoriser une diminution des symptômes ainsi que de la durée de l'ÉCA :
 - o **environnement, mobilisation, hydratation et nutrition, soulagement de la douleur, stimulation cognitive, polymédication et intégration de la famille.**

Références

1. American Geriatric Society (2014). Clinical practice guidelines for postoperative delirium in older adults. *Geriatric Healthcare Professional*, 1-41. Repéré à <https://geriatricscareonline.org/ProductAbstract/american-geriatrics-society-clinical-practice-guideline-for-postoperative-delirium-in-older-adults/CL018>
2. American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Elsevier Masson.
3. Bélanger, L. (2008). *Une expérience de confusion aiguë : M. Provencher et sa conjointe témoignent. Document audiovisuel*. Montréal : Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.
4. Bélanger L. et Ducharme, F. (2011). Patients' and nurses' experiences of delirium: A review of qualitative studies. *Nursing in Critical Care*, 16(6), 303-315.
5. English, K.L. et Paddon-Jones, D. (2010). Protecting muscle mass function in older adults during bed rest. *National Institute of Health*, 13(1), 34-39.
6. Dzierzewski, J.M., Fung, C.H., Jouldjian, S., Alessi, C.A., Irwin, M.R., et Martin, J.L. (2014). Decreased daytime sleeping is associated with improved cognition following hospital discharge in older adults. *Journal of American Geriatric Society*, 62(1), 47-53.
7. Falzone, E., Hoffman, C., et Keita, H. (2013). Postoperative analgesia in elderly patients. *Drug & Aging*, 30(2), 81-90.
8. Gouvernement du Québec. (2012). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - état cognitif délirium*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-08W.pdf>
9. Halloway, S. (2014). A family approach to delirium: a review of the literature. *Aging Mental Health*, 18(2), 129-139.
10. Holt, R., Young, J., et Heseltine, D. (2013). Effectiveness of a multi-component intervention to reduce delirium incidence in elderly care wards. *Age and Ageing*, 42, 721-727.
11. Inouye, S.K., Westendorp, R.G., et Saczynski, J.S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383, 911-922.
12. Kenney, W.L., et Chiu, P. (2001). Influence of age on thirst and fluid intake. *Medicine and Science in Sports and Exercices*, 33(9), 1524-1532.
13. Martinez, F.T., Tobar, C., Beddings, C.I., Vallejo, G., et Fuentes, P. (2012). Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. *Age and Ageing*, 41(5), 629-634
14. Matinez, F., Tobar C., et Hill N. (2014). Preventing delirium: Should non-pharmacological, multicomponent intervention be used? *A systematic review and meta-analysis of the literature*. *Age and Ageing*, 22, 196-204.
15. Morrison, R.A., Magaziner, J., Gilbert, M., Koval, K.J., McLaughlin, A.A., Orosz, G., ... Siu, A.L. (2003). Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture. *The Journals of Gerontology*, 58(1), 76-81.
16. Stone, S. et Regier, L. (2011). *Opioids for chronic non-cancer pain (CNCP) management in elderly*. Repéré à <http://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/Opioids-Pain-ELDERLY-QandA.pdf>
17. Voyer P. (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2ieme Ed*. Montréal: ERPI.
18. Wand, A.P.F., Thoo, W., Sciuriaga, H., Ting, V., Baker, J., et Hunt, G. (2013). A multifaceted education intervention to prevent delirium in older inpatients: A before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(7), 974-982.