



Soins palliatifs et fin de vie

Fiche clinique sur le délirium

1. Mise en contexte

Le délirium est une perturbation de l'état mental qui survient promptement et dont les symptômes fluctuent sur une période de 24 heures. Les manifestations principales sont l'atteinte de l'état de conscience et de l'attention associés à une désorganisation de la pensée et des perturbations cognitives (désorientation, troubles mnésiques, hallucinations, changement activité motrice, perturbation veille-sommeil, etc.). L'agitation terminale se présente chez 25 à 88% des patients en fin de vie et est un facteur de mauvais pronostic.

2. Causes

Le délirium est souvent multifactoriel chez les personnes en soins palliatifs et en fin de vie qui ont un état de santé fragile, de nombreuses comorbidités ainsi qu'un lourd profil pharmacologique :

- Médicaments agissant sur le système nerveux central : opioïdes, benzodiazépine, stéroïdes, anticholinergiques, anticonvulsivants, etc.
- Sevrage : médicamenteux (opioïdes, benzodiazépine) ou de substances (alcool, nicotine)
- Dérèglement électrolytique ou endocrinien : dérèglement sodique, hypercalcémie, acidose, hypo ou hyperglycémie, etc.
- Infection, insuffisance organique, problème hématologique (anémie, etc.)
- Symptômes mal contrôlés : douleur, constipation, anxiété, etc.
- Trouble neurologique ou cérébral : tumeur cérébrale, épilepsie, œdème cérébral, AVC, etc.
- Autres : déshydratation, hypoxie, changement d'environnement, sonde urinaire, privation sensorielle, immobilité, etc.

3. Impact

Le délirium doit être considéré comme une condition sérieuse et urgente. Les personnes souffrant de délirium léger à modéré peuvent avoir conscience de ce qui leur arrive et vivent ces moments avec beaucoup de peur et de détresse. Il altère la capacité à prendre des décisions et rend plus difficile l'évaluation et le soulagement des symptômes.

Le délirium entraîne aussi de la détresse chez les proches. Ils peuvent être très affectés par la situation et avoir de la difficulté à comprendre ces changements soudains. Il est possible qu'ils ne reconnaissent plus la personne qu'ils aiment et ne parviennent plus à entrer en contact avec elle dans ses derniers moments de vie. Il est essentiel de les informer sur la nature du problème et de son caractère fluctuant. De plus, ils doivent savoir que la médication peut atténuer les symptômes d'agitation et de détresse, mais ne corrigera pas la confusion.

Le délirium accroît considérablement la charge de travail des soignants en plus de générer de l'anxiété face à son caractère imprévisible et potentiellement dangereux. Sa détection rapide ainsi que des soins infirmiers adaptés permettent toutefois d'en réduire les conséquences.

4. Diagnostic

Pour poser le diagnostic du délirium, l'équipe traitante utilise les critères du DSM-V.

- A. Perturbation de l'attention et de l'état de conscience;
- B. Se développe sur une courte période de temps (heures à jours) et fluctuation au cours d'une même journée;
- C. Changement cognitif additionnel (trouble de la mémoire, désorientation, trouble du langage, trouble de la perception);
- D. N'est pas expliqué par un trouble neurocognitif pré-existant et ne survient pas dans un contexte d'un état d'éveil sévèrement altéré (coma);
- E. Il y a évidence selon l'histoire, l'examen physique ou le bilan d'investigation que le délirium est la conséquence physiologique directe d'une condition médicale, d'une intoxication ou d'un sevrage d'une substance.

5. Les sous-types de délirium

Il existe 3 sous-types de délirium :

- Hyperactif : agitation psychomotrice, agressivité, irritabilité, hypervigilance, délire, hallucinations, etc.
- Hypoactif (68 à 86% des délirium): apathie, hypovigilance, ralentissement psychomoteur, somnolence, etc.
- Mixte : présente à la fois des symptômes du types hyperactif et hypoactif

Le délirium hypoactif est plus difficile à repérer et passe souvent inaperçu, car il peut être confondu avec les effets secondaires de la médication ou une dépression. Pourtant, 75% des déliriums sont de type hypoactif ou mixte, alors que la forme hyperactive, quoique plus marquante de par ses manifestations, survient chez une minorité des personnes.

6. Évaluation infirmière

Le personnel infirmier a un rôle important dans la détection et la prise en charge du délirium. Il importe d'utiliser un outil de dépistage du délirium afin de déceler les signes d'un état confusionnel aigu dès qu'ils se manifestent. Puisque le délirium est un phénomène fluctuant, une évaluation fréquente (sur les trois quarts de travail ou à tous les jours à domicile) permet d'obtenir le portrait précis de l'état cognitif et physique de la personne. Le personnel soignant et les proches sont des personnes clé pour aider l'infirmière dans son évaluation. À domicile, les proches sont souvent les premières personnes à détecter ces altérations.

Plusieurs outils de repérage et dépistage existent pour faciliter la reconnaissance du délirium : la *Confusion Assessment Method* (CAM), l'échelle de dépistage du délirium (Nu-DESC), l'outil RADAR (repérage actif du délirium adapté à la routine), le 4AT, etc. Les infirmières utilisent l'échelle qui est intégrée dans leur milieu.

6.1. Anamnèse

Lorsque l'état confusionnel est léger, il est pertinent de questionner la personne et ses proches sur les changements observés au niveau de l'état cognitif, sur le plan comportemental et fonctionnel. L'infirmière s'informe sur les pertes de mémoire, les troubles de langage, l'inversion du cycle éveil-sommeil, la présence et la nature des hallucinations ou de délire, etc. Elle cherche aussi à savoir si les changements sont d'apparition

Fiche clinique sur le délirium

récentes et s'ils ont tendance à fluctuer au cours d'une même journée. Toutefois, il est possible que le délirium soit sévère et qu'il soit difficile d'obtenir l'information souhaitée. L'anamnèse doit aussi être réalisée en fonction des causes suspectées de délirium. À titre d'exemple, il sera pertinent de questionner les symptômes urinaires si on suspecte une infection ou une rétention urinaire.

6.2. Examen de l'état mental

C'est l'élément clé de l'examen physique permettant le repérage précoce des symptômes suggestif d'un début de délirium afin d'entreprendre sans tarder des interventions appropriées réduisant les risques et les conséquences associés. L'infirmière évaluera principalement les éléments suivants : l'état de conscience, la capacité d'attention, l'orientation spatiale et temporelle, l'organisation de la pensée et du langage, la mémoire, si changement et fluctuation du comportement, changement au niveau du sommeil, etc. Le tableau 1 regroupe les différentes manifestations du délirium et des questions types à poser pour les évaluer.

TABLEAU 1

Le CAM (*Confusion Assessment Method*)

Source : Tableau tiré de [OIIQ_2005_Septembre-
Octobre](#)

Début soudain

- 1) Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient de son état habituel?

Inattention*

- 2) A. Est-ce que le patient avait de la difficulté à focaliser son attention, par exemple être facilement distrait ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit?
- Pas présent à aucun moment lors de l'entrevue.
 - Présent à un moment donné lors de l'entrevue, mais de façon légère.
 - Présent à un moment donné lors de l'entrevue, de façon marquée.
 - Incertain.
- B. (Si présent ou anormal) Est-ce que ce comportement a fluctué lors de l'entrevue, c'est-à-dire qu'il a eu tendance à être présent ou absent ou à augmenter et diminuer en intensité?
- Oui.
 - Non.
 - Incertain.
 - Ne s'applique pas.
- C. (Si présent ou anormal) Prière de décrire ce comportement :

Désorganisation de la pensée

- 3) Est-ce que la pensée du patient était désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague ou illogique des idées, ou passer d'un sujet à un autre de façon imprévisible?

Altération de l'état de conscience

- 4) En général, comment évalueriez-vous l'état de conscience de ce patient?
- Alerte (normal).
 - Vigilant (hyper alerte, excessivement sensible aux stimuli de l'environnement, sursaute très facilement).
 - Léthargique (sommolent, se réveille facilement).
 - Stupeur (difficile à réveiller).
 - Coma (impossible à réveiller).
 - Incertain.

Désorientation

- 5) Est-ce que le patient a été désorienté à un certain moment lors de l'entrevue, tel que penser qu'il ou qu'elle était ailleurs qu'à l'hôpital, utiliser le mauvais lit, ou se tromper concernant le moment de la journée?

Troubles mnésiques

- 6) Est-ce que le patient a démontré des problèmes de mémoire lors de l'entrevue, tels qu'être incapable de se souvenir des événements à l'hôpital ou difficulté à se rappeler des consignes?

Anomalies de perception

- 7) Est-ce qu'il y avait évidence de troubles perceptuels chez le patient, par exemple hallucinations, illusions, ou erreurs d'interprétation (tels que penser que quelque chose avait bougé alors que ce n'était pas le cas)?

Agitation psychomotrice

- 8) Partie 1.
À un moment donné lors de l'entrevue, est-ce que le patient a eu une augmentation inhabituelle de son activité motrice, telle que ne pas tenir en place, se tortiller ou gratter les draps, taper des doigts, ou changer fréquemment et soudainement de position?

Retard psychomoteur

- 8) Partie 2.
À un moment donné lors de l'entrevue, est-ce que le patient a eu une diminution inhabituelle de son activité motrice, telle qu'une lenteur, un regard fixe, rester dans la même position pendant un long moment, ou se déplacer très lentement?

Perturbation du rythme veille-sommeil

- 9) Est-ce qu'il y a eu évidence de changement dans le rythme veille-sommeil chez le patient, telles que somnolence excessive le jour et insomnie la nuit?

* Les questions sous ce symptôme ont été répétées pour chaque symptôme où ce fut applicable.

Version française telle qu'elle a été validée dans le cadre de la présente étude

6.3. Examen physique

L'examen physique doit être ciblé selon les causes suspectées de délirium. À titre d'exemple, l'infirmière réalisera un examen de l'abdomen si elle suspecte un globe vésical ou un fécalome et elle fera un examen pulmonaire si elle a relevé la présence de symptômes pulmonaires lors de l'anamnèse.

Signes vitaux/autres paramètres selon pertinence (TA, FC, RR, T°, SAT, glycémie capillaire, etc.)

Signes d'inconfort : tension au niveau du visage et des membres, gémissement, agitation, etc.

7. Approche thérapeutique

Pour traiter le délirium, il faut renverser la ou les causes sous-jacentes lorsque c'est possible. À titre d'exemple, l'infirmière réalisera un cathétérisme en cas de rétention urinaire, un curage rectal en présence de fécalome, et administrera un analgésique en cas de douleur mal soulagée. En présence d'infection, l'équipe traitante évaluera la pertinence d'initier une antibiothérapie. Toutefois, 50% des déliriums persisteront jusqu'au décès. Si la mort est imminente, le contrôle des symptômes devient le seul objectif et toute investigation supplémentaire devient futile.

Au CIUSSSCN, une ordonnance individuelle standardisée (OIS-CN00275) « *Soulagement des symptômes de fin de vie* » est disponible à la discrétion du prescripteur. Un guide posologique et des directives y figurent pour une prescription adaptée à la condition de la personne en contexte d'anxiété, agitation, agressivité, hallucinations et d'insomnie. Des prescriptions anticipées au dossier permettent à l'infirmière d'intervenir promptement en toute autonomie lorsque la situation clinique le requiert.

7.1. Mesures non-pharmacologique

Les interventions non-pharmacologiques devraient être priorisées. Différentes stratégies d'intervention existent pour interagir avec les personnes en délirium

- Adopter une attitude apaisante et un ton calme, éviter d'argumenter
- Communiquer avec des phrases courtes et des messages simples
- Favoriser la présence rassurante des proches
- Corriger les mauvaises interprétations
- Aider la personne à se souvenir du moment de la journée et du lieu
- Pour désamorcer une personne agitée, utiliser la diversion (changer les idées), la validation (jouer le jeu) et la réminiscence (discuter des événements du passé)
- Favoriser un environnement sécuritaire et personnalisé (veilleuse, photos, horloge, calendrier)
- Réduire les déficits sensoriels (lunette, appareils auditifs, dentiers)
- Éviter les contentions

Auprès des proches :

- Expliquer ce qu'est le délirium et ses différentes manifestations
- Enseigner les différentes approches à adopter pour éviter la confrontation

7.2. Mesures pharmacologiques

Aucune médication ne peut réduire la durée et l'intensité du délirium. L'utilisation des antipsychotiques devrait donc se limiter aux situations où l'agitation et les symptômes psychotiques (délires, hallucinations, illusions) génèrent de la détresse ainsi que lorsque l'agitation menace l'intégrité physique de la personne, des proches ou du personnel. L'antipsychotique le plus utilisé est de loin l'halopéridol (Haldol^{MD}) qui peut être administré autant *per os* que sous-cutané. D'autres options sont disponibles, comme l'olanzapine (Zyprexa^{MD}) et la risperidone (Risperdal^{MD}), mais celles-ci ne peuvent être administrées que par la voie *per os*, ce qui n'est pas l'idéal avec la clientèle en soins palliatifs et en fin de vie. Les benzodiazépines ne sont pas recommandées, car ils engendrent de l'amnésie, ce qui peut induire de la méfiance et exacerber le délirium.

Les antipsychotiques offrent toutefois un lot d'effets secondaires comme les effets anticholinergiques (xérostomie, constipation, vision brouillée, rétention urinaire, confusion), la sédation, l'hypotension orthostatique, un risque augmenté de convulsions ainsi que des effets extrapyramidaux (tableau 2).

TABLEAU 2

Effets extrapyramidaux des antipsychotiques	
Effet extrapyramidal	Manifestations
Akathisie	Agitation nerveuse et motrice, mouvements incessants et répétitifs, envie irrépressible de bouger
Dystonie	Contractions musculaires soutenues et involontaires qui engendrent des torsions du tronc, du cou, de la tête ou des extrémités et une posture anormale
Parkinsonisme	Bradykinésie, rigidité, tremblements, instabilité posturale
Dyskinésie tardive	Mouvement répétitifs involontaires du visage (mâchonnement, grimaces, claquement des lèvres, du dentier ou de la langue), du tronc et des membres

En cas d'agitation terminale, il est parfois nécessaire d'utiliser une médication sédatrice comme le méthotréméprazine (Nozinan^{MD}) et le midazolam (Versed^{MD}), ou même de débiter une sédation palliative continue lorsque l'agitation et la détresse sont réfractaires.

8. Documentation en soins infirmiers

Il est primordial de documenter l'évaluation clinique, les traitements médicamenteux et les approches non-pharmacologiques réalisées, leur efficacité ainsi que la surveillance effectuée. Lorsque l'infirmière détaille bien ces aspects, il est ensuite facile de retracer l'évolution des symptômes et les interventions qui fonctionnent.

L'infirmière note aussi au PTI ses constats, directives et les surveillances requises en lien avec le délirium et met à jour le plan de travail.

Documentation complémentaire à consulter

- ✓ Algorithme sur la gestion du délirium
- ✓ Ordonnance individuelle standardisée (CN00275) « *Soulagement des symptômes de fin de vie* »

Références : consultez le document « Références pour les fiches et algorithmes en soins palliatifs et fin de vie ».