

ÉVALUATION INFIRMIÈRE

Anamnèse

- Explorer les diagnostics/ATCD afin de repérer les facteurs de risques ainsi que les problèmes de santé susceptibles de provoquer un délirium (douleur non contrôlée, globe vésical, constipation/fécalome, hypoxie, etc.);
- Consulter le profil médicamenteux pour connaître la médication susceptible de provoquer un délirium (opioïdes, anticholinergiques, corticostéroïdes, etc.), ainsi que la médication régulière et au besoin prescrite pour améliorer les symptômes du délirium;
- Explorer les derniers résultats de laboratoire à la recherche d'anomalies : troubles électrolytiques, désordre endocriniens, processus infectieux, etc.
- Utiliser et consulter l'outil de dépistage du délirium complété au cours des jours afin d'évaluer objectivement les signes cliniques présents;
- Considérer les observations des proches et de tous les membres de l'équipe interdisciplinaire.

PQRSTU (non exhaustif) : Questionner la personne si elle peut répondre (état confusionnel léger) ainsi que les proches.

Questionnaire ciblé sur les **changements au niveau de l'état cognitif, sur le plan comportemental et de l'autonomie fonctionnelle.**

- Est-ce que le changement de l'état mental est survenu insidieusement ou suite à un évènement particulier (chute, symptômes pulmonaires nouveaux, changement d'environnement, etc.) ?
- Y-a-t-il des fluctuations au cours d'une même journée ?
- Avez-vous des hallucinations, des illusions ou une perception irrationnelle de la réalité (délire) ?
- Vous sentez-vous particulièrement somnolent le jour ?
- Dormez-vous bien la nuit ? (Inversion cycle éveil-sommeil)
- Présentez-vous des pertes de mémoire ? Avez-vous plus de difficulté à accomplir vos AVQ et AVD ?

Examen de l'état mental

L'examen de l'état mental permet la reconnaissance des signes et symptômes suggestifs d'un délirium.

- Évaluer l'état de conscience, capacité d'attention, orientation spatiale et temporelle, organisation de la pensée et langage, mémoire, trouble de perception, si changement et fluctuation du comportement, changement au niveau du sommeil, etc.
- Utiliser l'outil de repérage ou dépistage en vigueur dans le milieu

Examen physique ciblé selon la ou les causes suspectées de délirium. P. ex :

- Examen de l'abdomen si suspicion de globe vésical, de constipation/fécalome
- Examen pulmonaire si symptômes respiratoires

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

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

Algorithme diagnostique du Confusion Assessment Method (CAM) Positif si les critères 1 + 2 et 3 ou 4 sont présents

<p>1. Début soudain et fluctuation des symptômes Symptômes diminuent et augmentent en intensité au cours de la journée</p>
<p>2. Inattention Facilement distrait, incapable de suivre une conversation ou une consigne Test : épeler le mot MONDE à l'envers</p>
<p>3. Désorganisation de la pensée Conversation décousue, suite vague ou illogique d'idées Test : Pourquoi êtes-vous à l'hôpital? Évènements rapportés seront incohérents</p>
<p>4. Altération de l'état de conscience Léthargique, stuporeux, comateux ou à l'opposé hyperalerte et agité</p>

APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

Interventions infirmière


- Expliquer que le délirium est souvent irréversible dans les 24 à 48 dernières heures de vie;
- Expliquer ce qu'est le délirium, ses différentes manifestations et le plan de traitement envisagé;
- Enseigner les différentes approches à adopter pour éviter la confrontation
- Intervenir sur les causes sous-jacentes de l'agitation/délirium : douleur, dyspnée, rétention urinaire, constipation, anxiété, changement d'environnement, etc.
- Expliquer les signes d'inconforts à surveiller et à rapporter à l'équipe de soins;
- Assurer la pharmacovigilance requise et effectuer le suivi infirmier.

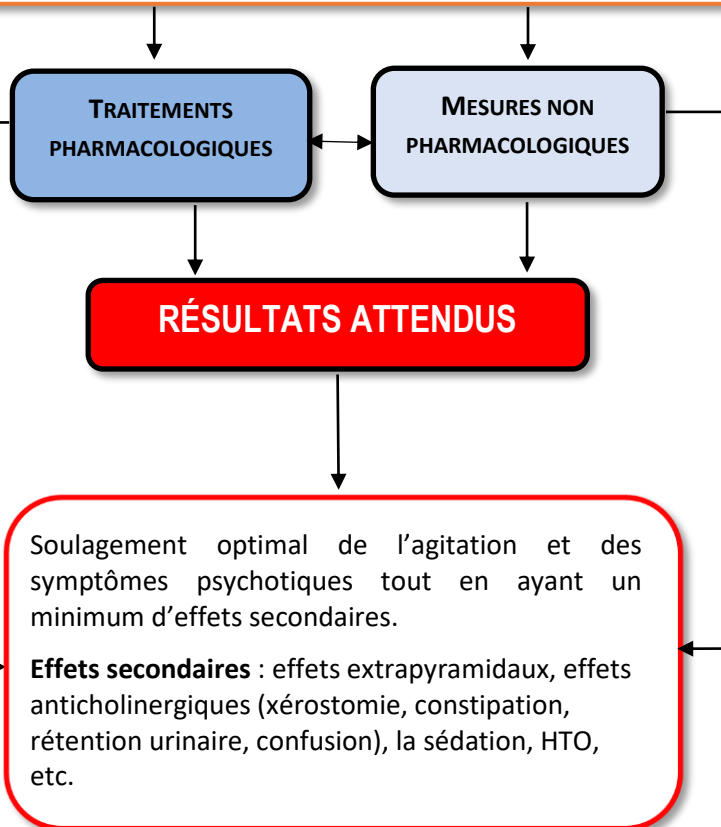
Les **antipsychotiques*** sont indiqués si présence d'agitation ou de symptômes psychotiques (hallucinations, illusions, délire).

- Halopéridol (Haldol^{MD})
- Risperidone (Risperdal^{MD})
- Olanzapine (Zyprexa^{MD})

Agitation terminale réfractaire*

- Méthotriméprazine (Nozinan^{MD})
- Midazolam (Versed^{MD})

 En fin de vie, le délirium est souvent irréversible, car le traitement de la cause est impossible. La sédation palliative continue est parfois utilisée lorsque l'agitation est réfractaire.



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