



L'état confusionnel aigu chez les personnes âgées: défi quotidien pour les soignants à domicile

Henk Verloo Inf. Ph.D.
Professeur ordinaire HES
Clinicien spécialisé SUPAA/CHUV Lausanne

Tiago Pacheco Martins
Infirmier Bachelor

Déclaration de conflits d'intérêts réels ou potentiels

Aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation

Atelier - ECA

- Présentation d'une situation clinique
- Autotest de votre connaissance
- Présentation
- Retour sur la situation clinique
- Réponses correctes sur votre autotest
- Questions
- Article « Recommandations Suisse, prévention diagnostic et prise en soin de l'«Etat confusionnel aigu de la personne âgée»



Situation clinique

Vous êtes infirmière au CMS, ce matin vous rendez visite à Mme P., 85 ans, vivant au rez-de-chaussée dans un vieil immeuble sans ascenseur en vieille ville de Sion. Vous avez pour mission de lui prendre la tension artérielle, la pulsation et faire son semainier. Mme P. a été diagnostiquée récemment d'un début probable de troubles cognitifs de type maladie d'Alzheimer, elle manifeste par moments des pertes mémorielles mais reste la majorité du temps encore orientée et capable de discernement. Mme P. est encore autonome pour la plupart de ses activités de la vie quotidienne (AVQ), mais sa famille préfère malgré tout le passage du CMS pour la préparation des médicaments et un contrôle de santé hebdomadaire. Mme est également connue pour des oedèmes aux membres inférieurs et un diabète de type deux, stable. Lors de votre arrivée sur le pallier de la porte, Mme ne répond pas lorsque vous frappez. Après 3 tentatives, vous tentez d'ouvrir la porte et entrez dans l'appartement. Quelques secondes plus tard, vous retrouvez Mme P. assise sur son fauteuil. Mme a l'air surprise de vous voir et en même temps apeurée. Vous la ré-afférez dans les quatre modes, mais Mme a l'air malgré tout méfiante. Elle répond à vos questions lentement, parfois ne répond pas à certaines et effectue des mouvements plus lents et hésitants qu'à son habitude. Vous remarquez également la présence d'un hématome submandibulaire gauche sur le visage de Mme P.. Les mains de Mme sont chaudes lorsque vous lui touchez la main pour établir une meilleure communication. En allant chercher l'équipement laissé à l'entrée de la porte pour prendre les signes vitaux, vous remarquez sur le sol des flaques jaunâtres à certains endroits et en revenant au salon, vous constatez que la jupe de Mme P. est un peu mouillée. Vous observez aussi la présence de papiers d'emballage de bonbons sucrés à côté du canapé où se trouve la cliente. Mme P. est connue pour être également fumeuse depuis plusieurs années et l'anamnèse d'entrée a mis en évidence que Mme fume environ 20 cigarettes par jour.

Questionnement clinique



- Que feriez-vous dans une situation comme celle-ci ?
- Quelles actions infirmières entreprendriez-vous ?
- Allez-vous contacter le médecin traitant ?
- Quelles hypothèses allez-vous retenir ?
- Quelles informations allez-vous collecter ?

Autotest connaissance ECA

Questionnaire sur la connaissance de l'état confusionnel aigu

(McGowan et al., 2007)

¶

Le but de ce questionnaire est d'évaluer vos connaissances sur l'état confusionnel aigu (=délirium) chez les personnes âgées. ¶

¶

Veillez svp respecter les instructions suivantes : ¶

- Compléter le questionnaire de manière individuelle. ¶
- Répondre à toutes les questions. ¶
- Cochez vos réponses à l'aide d'une croix. ¶

¶

1.→ Définition de l'état confusionnel aigu ¶

¶

Lesquels de ces groupes de symptômes définissent ou décrivent le mieux un état confusionnel aigu? (Choisissez la meilleure réponse; une seule réponse SVP) α		
1.1 α	Amnésie, somnolence, début soudain d'incontinence, salivation incontrôlable, pensées désorganisées. α	<input type="checkbox"/> α
1.2 α	Confusion aiguë, fluctuation de l'état mental, pensées désorganisées, état altéré de la conscience. α	<input type="checkbox"/> α
1.3 α	Anxiété, diaphorèse, tremblement, faiblesse musculaire, dysphagie, changement de l'état d'éveil. α	<input type="checkbox"/> α
1.4 α	Début lent de confusion, pertes de mémoire, désorientation, manque de spontanéité, changement de la personnalité. α	<input type="checkbox"/> α

ECA c'est quoi?



«Une **perturbation** de l'**attention** et de la **conscience** qui s'accompagne d'une modification de la **cognition** par rapport à l'état antérieur ne pouvant **pas être mieux expliquée** par un trouble neurocognitif préexistant ou évolutif» p. 708

Pourquoi s'intéresser à l'ECA ?

Syndrome gériatrique dévastateur avec des risques substantiels de:



- Déclin neurocognitif irréversible
- Déclin fonctionnel mettant en péril le maintien à domicile
- Mortalité ↑ de 30 à 40% vs sans ECA
- Durée d'hospitalisation ↑
- Coûts par journée d'hospitalisation ↑ (x 2,5)
- Expérience traumatisante pour personne âgée, proche et soignant
- Difficultés prises en charge

Détection difficile - Multiples raisons



Marcantonio, E. R. (2011). In the clinic. Delirium. *Annals of Internal Medicine*, 154(11). doi:org/10.7326/0003-4819-154-11-201106070-01006

Inouye, S. K., Zhang, Y., Jones, R. N., Kiely, D. K., Yang, F., & Marcantonio, E. R. (2007). Risk factors for delirium at discharge - Development and validation of a predictive model. *Archives of Internal Medicine*, 167(13), 1406-1413. doi:10.1001/archinte.167.13.1406

Zylstra, R. G. (2010). Delirium as proxy for health care reform. *Southern Medical Journal*, 103(2), 104. doi:http://dx.doi.org/10.1097/SMJ.0b013e3181bea2ff

Maldonado, J. R. (2017). Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. *Int J Geriatr Psychiatry*, n/a-n/a. doi:10.1002/gps.4823

Difficultés de détection:

- Absence de biomarqueur
- Lacunes des connaissances cliniques
- Manque de stratégie institutionnelle

Le mécanisme reste partiellement inexpliqué

Détection difficile - Multiples raisons



Marcantonio, E. R. (2011). In the clinic. Delirium. *Journal of the American Medical Association*, 306(11), 1106-1112. doi:10.1001/jama.306.11.1106

Inouye, S. K., Zhang, Y., & Marcantonio, E. R. (2011). Development and validation of a discharge - Delirium Assessment Scale. *Archives of Internal Medicine*, 171(10), 755-761. doi:10.1093/ajph.2010.100.1097/SMJ.0b013e3181bea2ff

Malhotra, J. R. (2017). Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. *Int J Geriatr Psychiatry*, n/a-n/a. doi:10.1002/gps.4823

Difficultés de détection

- Absence de marqueur
- Manque de connaissances
- Manque de stratégie institutionnelle

Le mécanisme reste partiellement inexpliqué

> 60% des patients avec un ECA ne sont pas reconnus par les professionnels de la santé

Critères de l'ECA



1. Perturbation de l'attention et de la conscience
2. La perturbation s'installe en un temps court, et tend à fluctuer en sévérité dans la journée
3. Perturbation cognitive
4. Les perturbations 1 et 2 ne peuvent pas être expliquées par d'autres troubles neurocognitifs préexistants ou évolutifs
5. Évidence dans l'histoire, l'examen clinique et labo

Symptômes/signes avant-coureurs l'ECA (prodromiques)

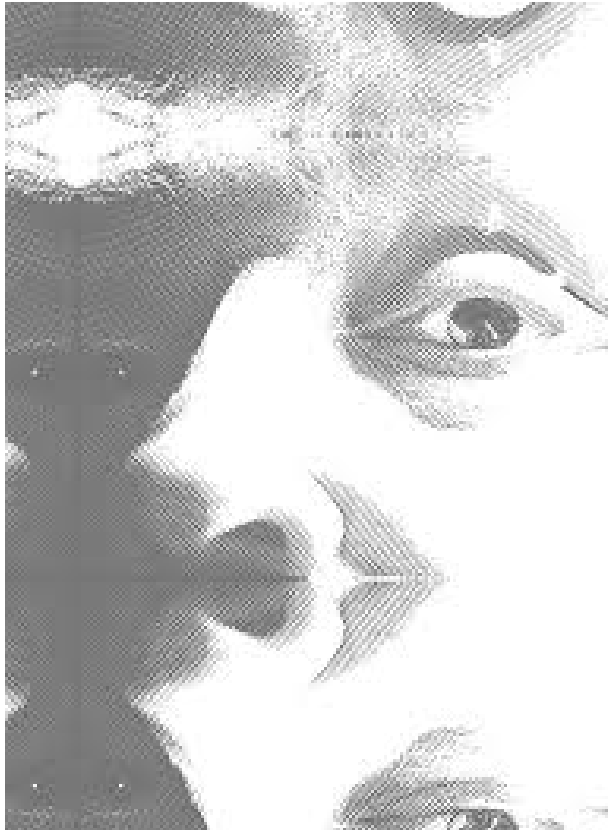


- Diminution de l'activité et de l'humeur
- Activités «sans but ou sens»
- Diminution de la fonction cognitive en général
- Désorientation ponctuelle
- Plaintes de «peur»
- Difficultés à uriner
- Perturbation du cycle veille - sommeil

de Jonghe, J. F. M., Kalisvaart, K. J., Dijkstra, M., van Dis, H., Vreeswijk, R., Kat, M. G., . . . van Gool, W. A. (2007). Early symptoms in the prodromal phase of delirium: a prospective cohort study in elderly patients undergoing hip surgery. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 15*(2), 112-121.

Duppils, G. S., & Wikblad, K. (2004). Delirium: behavioural changes before and during the prodromal phase. *Journal of Clinical Nursing, 13*(5), 609-616. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00898.x

ECA manifestation clinique



Les signes/symptômes les plus présents:

- Troubles du sommeil (veille-sommeil, comportement moteur)
- Troubles de l'attention
 - Entre hyperalert, léthargie et stupeur
- Déficit des pensées (langage, processus de penser)

Prévalence - occurrence

Admission à l'hôpital



Population générale

- Dès 85 ans: 14%

Services des urgences

- 10 à 30% patients âgés

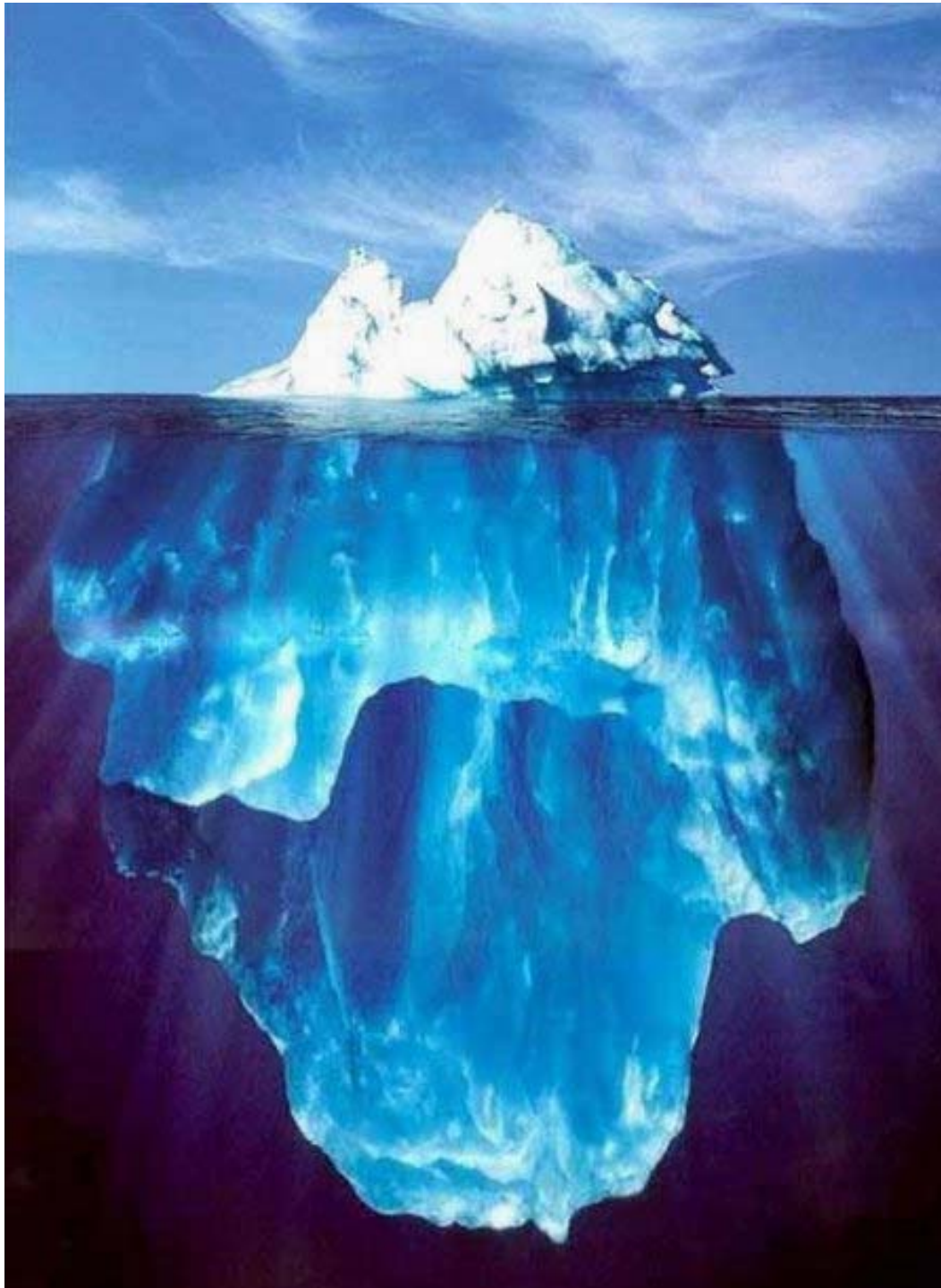
Patients âgés

- Durant hospitalisation: 6 à 56%
- Postopératoire: 15 à 53%
- ICU/SP: 70 à 87%

EMS et CTR

- Jusqu'à 60%

(DSM-5, 2015)



ECA hyperactif
10 à 25%

ECA mixte
40 à 60%

ECA hypoactif
25 à 40%

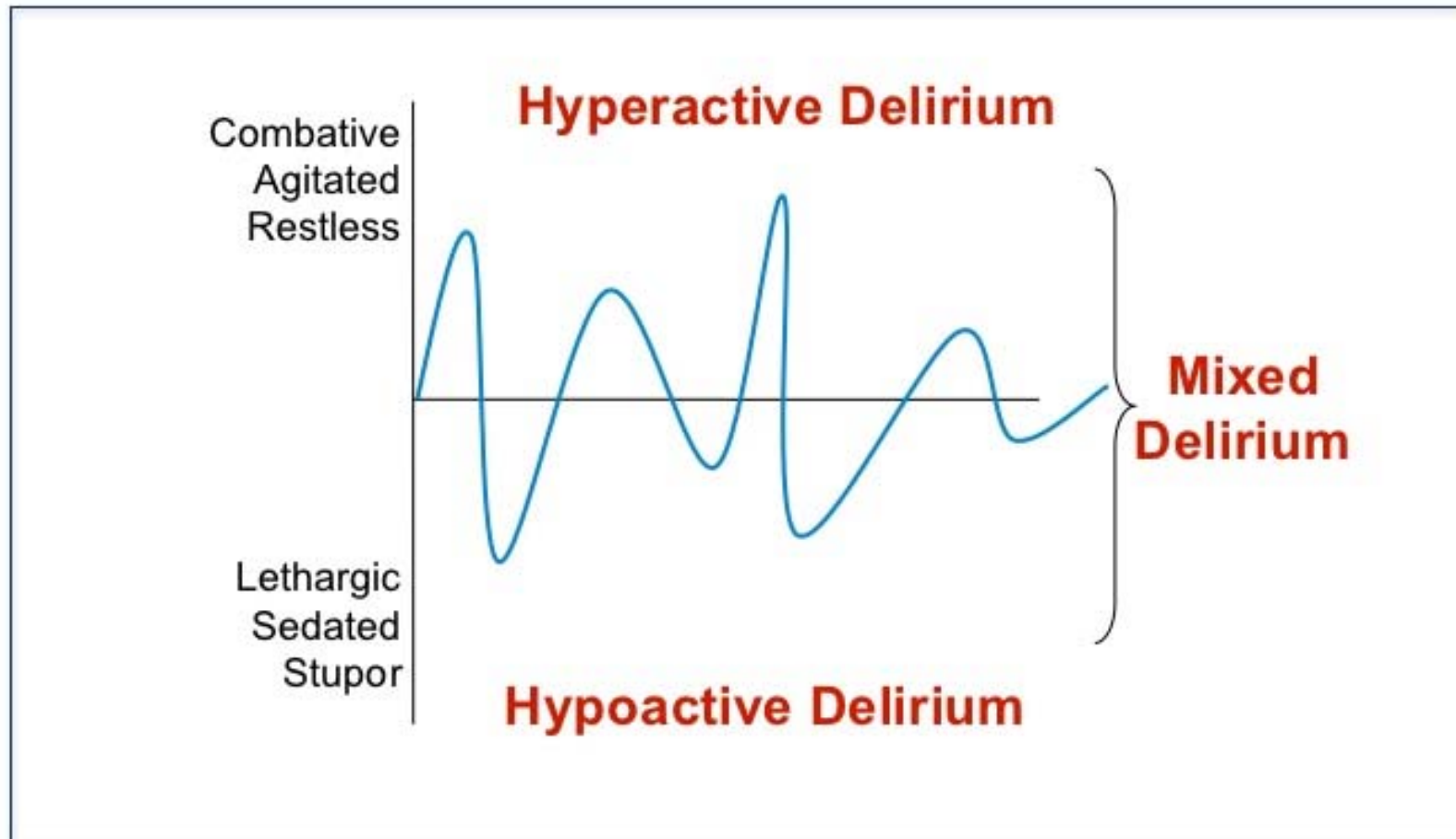
↑ avec l'âge

ECA sous-syndromique
??

Inouye, S. K., Westendorp, R. G., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383(9920), 911-922. doi:10.1016/S0140-6736(13)60688-1

ECA hyperactif	Motricité augmentée
	Agitation
	Déambulation
	Agitation, impatience, agressivité
	Fluctuation de l'humeur
	Symptômes psychotiques
	Dérégulation végétative
ECA hypoactif	Motricité réduite
	Ralentissement
	Passivité
	Apathie
	Eventuellement symptomatologie psychotique
ECA mixte	Symptômes hyperactifs qui alternent avec une symptomatologie hypoactive

Fluctuation dans les types d'ECA



Inouye, S. K., Westendorp, R. G., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383(9920), 911-922. doi:10.1016/S0140-6736(13)60688-1

Formes d'ECA



- **Aigu** (quelques heures – jours)

versus

- **Persistant** (quelques semaines à mois)

Prise en charge de l'ECA

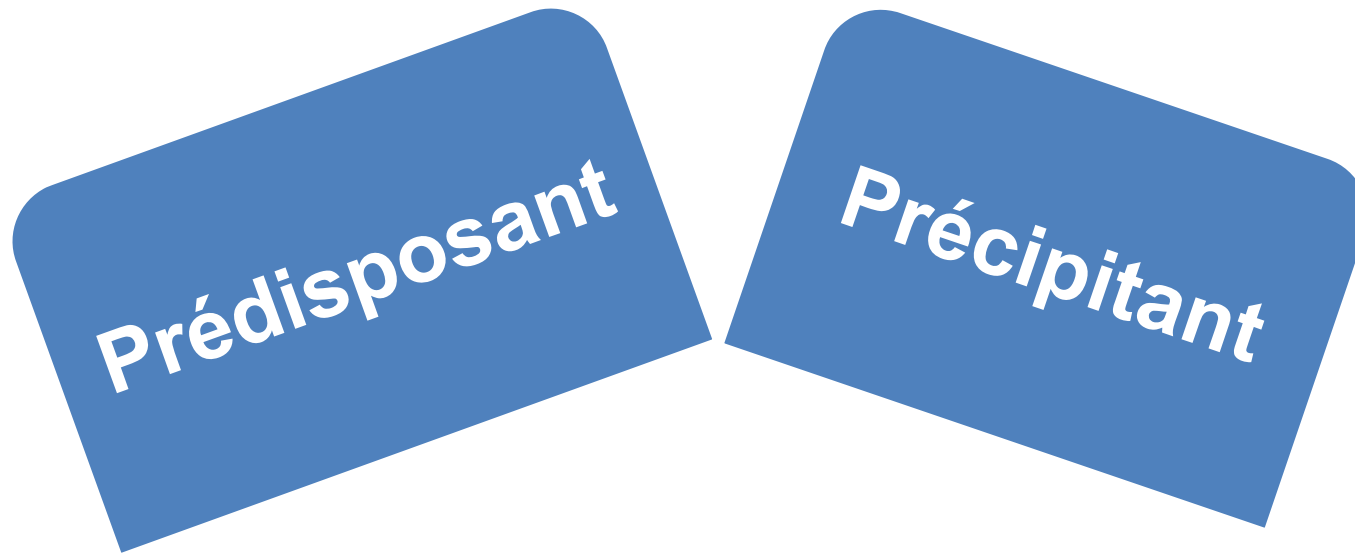


Cause(s) sous-jacentes:

- ECA hyperactif et mixte: une approche multi composée
 - Non médicamenteux
 - Médicamenteux (uniquement ECA hyperactif si nécessaire!!)
- ECA hypoactif: une approche multi-composée non médicamenteuse

Gold standard LA PRÉVENTION

Prévention = connaître les facteurs de risque d'ECA



National Guideline, C. (2012). Screening for delirium, dementia and depression in older adults. Retrieved from <http://guidelines.gov/content.aspx?f=rss&id=32417>

HAS. (2009). *Confusion aiguë chez la personne âgée: prise en charge initiale de l'agitation* Retrieved from Paris: www.has-sante.fr

Facteurs de risque ECA

- Âge \geq 65 ans
- Troubles neurocognitifs majeurs
- Antécédent d'ECA
- Antécédents de chutes
- Cancer
- Comorbidités multiples
- Antécédent d'AVC
- Infections
- Hospitalisations
- Dépression
- Dépendance fonctionnelle
- Fragilité
- Immobilité - Immobilité post-chirurgie
- Isolement social
- Anémie
- Déshydratation
- Dénutrition
- Hypotension
- Hypothermie
- Intoxication / sevrage alcoolique
- Ajout d'au moins 3 médicaments en cours d'hospitalisation
- Traumatisme crânien
- Insuffisance cardiaque
- Chirurgie
- Fracture
- Admission ICU
- Contention
- Cathéter vésical / cathéter IV/SC
- Douleur
- Stress émotionnel
- Rétention urinaire
- Constipation - Fécalome
- Déficit auditif et/ou visuel non compensé
- Insuffisance respiratoire

Facteurs de risque médicamenteux

- **Anticholinergiques**
- **Benzodiazépines**
- **Opiacés**
 - Tramal et morphine
- **Neuroleptiques**
 - Neuroleptiques 1^{re} génération
 - Rispéridal
- **Antiépileptiques**
- **Antibiotiques**
- **Médicaments cardiovasculaires**
 - Antiarythmiques
 - Bêta-bloqueurs
- **Antidépresseurs**
- **Corticostéroïdes**
- **Antiparkinsoniens**
 - Agonistes dopaminergiques
- **Antihistaminique H1**
- **Antihistaminique anti H2**
- **AINS**
- **Divers**
 - Antispasmodiques
 - Myorelaxants
- **Agents anesthésiques**

Facteurs de risque ECA

- Âge \geq 65 ans
- Troubles neurocognitifs majeurs
- Antécédent d'ECA
- Antécédents de chutes
- Concomitance de pathologies
- Intoxication / sevrage alcoolique
- Ajout d'au moins 3 médicaments au cours d'hospitalisation

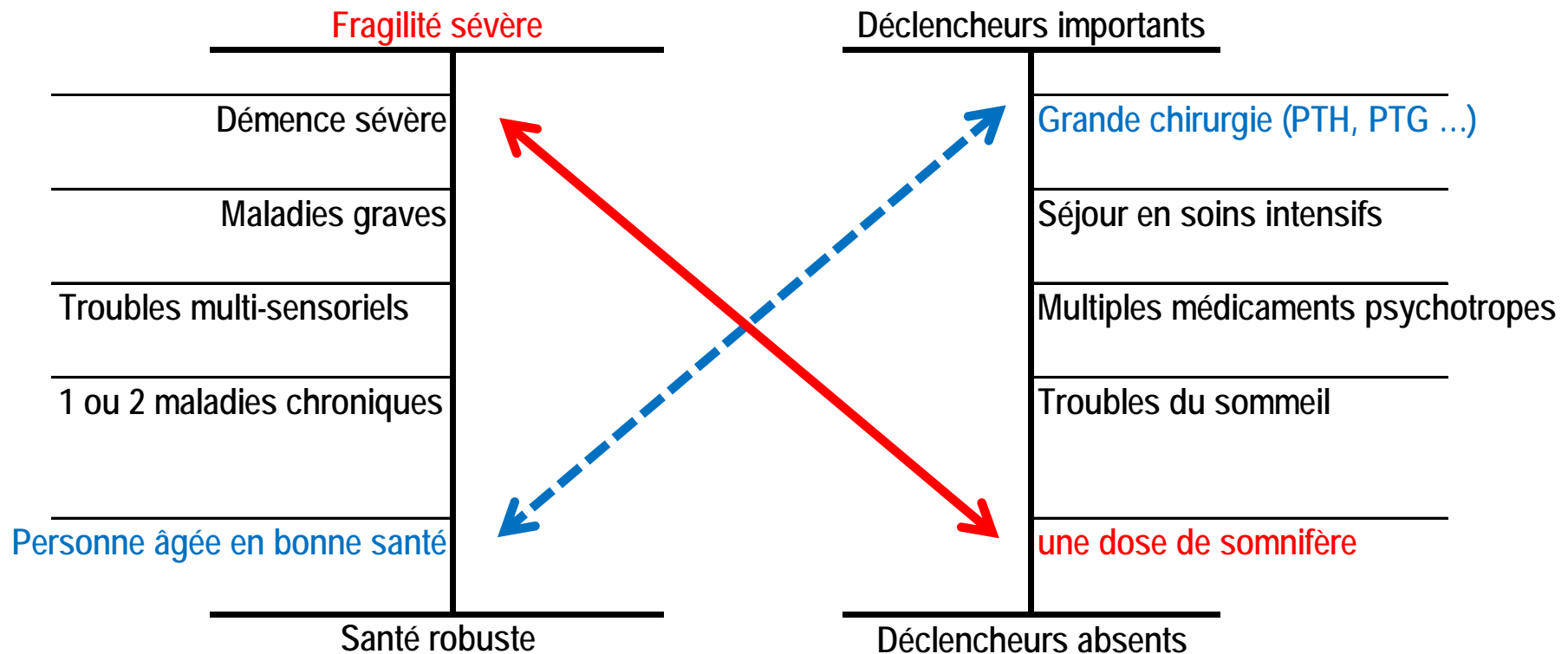
TOP 3

1. Troubles neurocognitifs majeurs existants
2. Médicaments (poly-médication)
3. Infections (pneumonie, urinaire, cutanée)

- Anémie
- Déshydratation
- Dénutrition
- Hypotension
- Hypothermie
- Rétention urinaire
- Constipation - Fécalome
- Déficit auditif et/ou visuel non compensé
- Insuffisance respiratoire

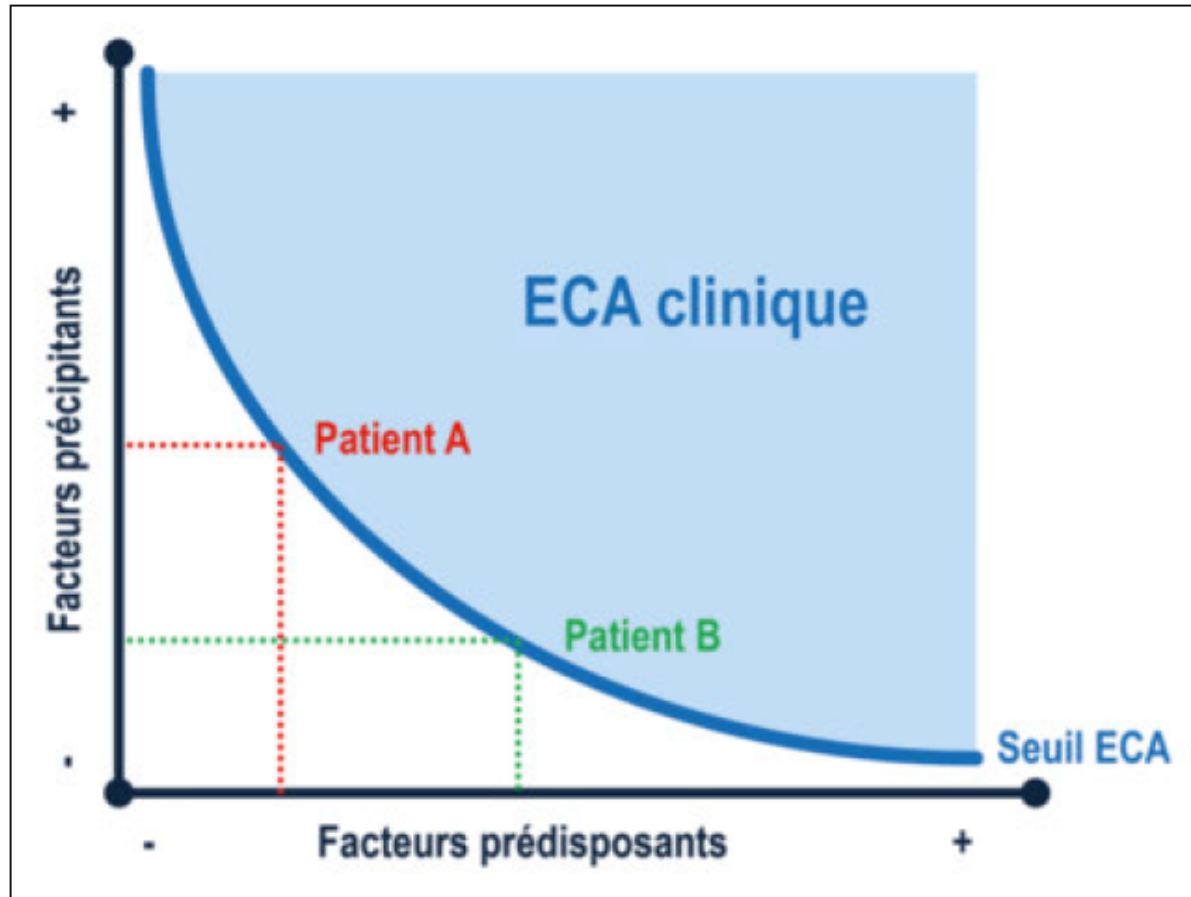
Déclenchement d'un ECA

Souvent multifactoriel



Inouye, S., & Charpentier, P. (1996). Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA*, 275(11), 852 - 857.

Modèle pathogénique de l'ECA: Effet cumulatif des facteurs prédisposants et précipitants



von Gunten, A., Baumgartner, M., Georgescu, D., Hafner, M., Hasemann, W., Kressig, R. W., . . . Savaskan, E. (2018). Etat confusionnel aigu de la personne âgée. *Swiss Medical Forum*, 18(2), 277–284.

Évaluer les facteurs de risque

Évaluer le risque d'ECA à l'entrée de l'hôpital ou structure de soins de longue durée.

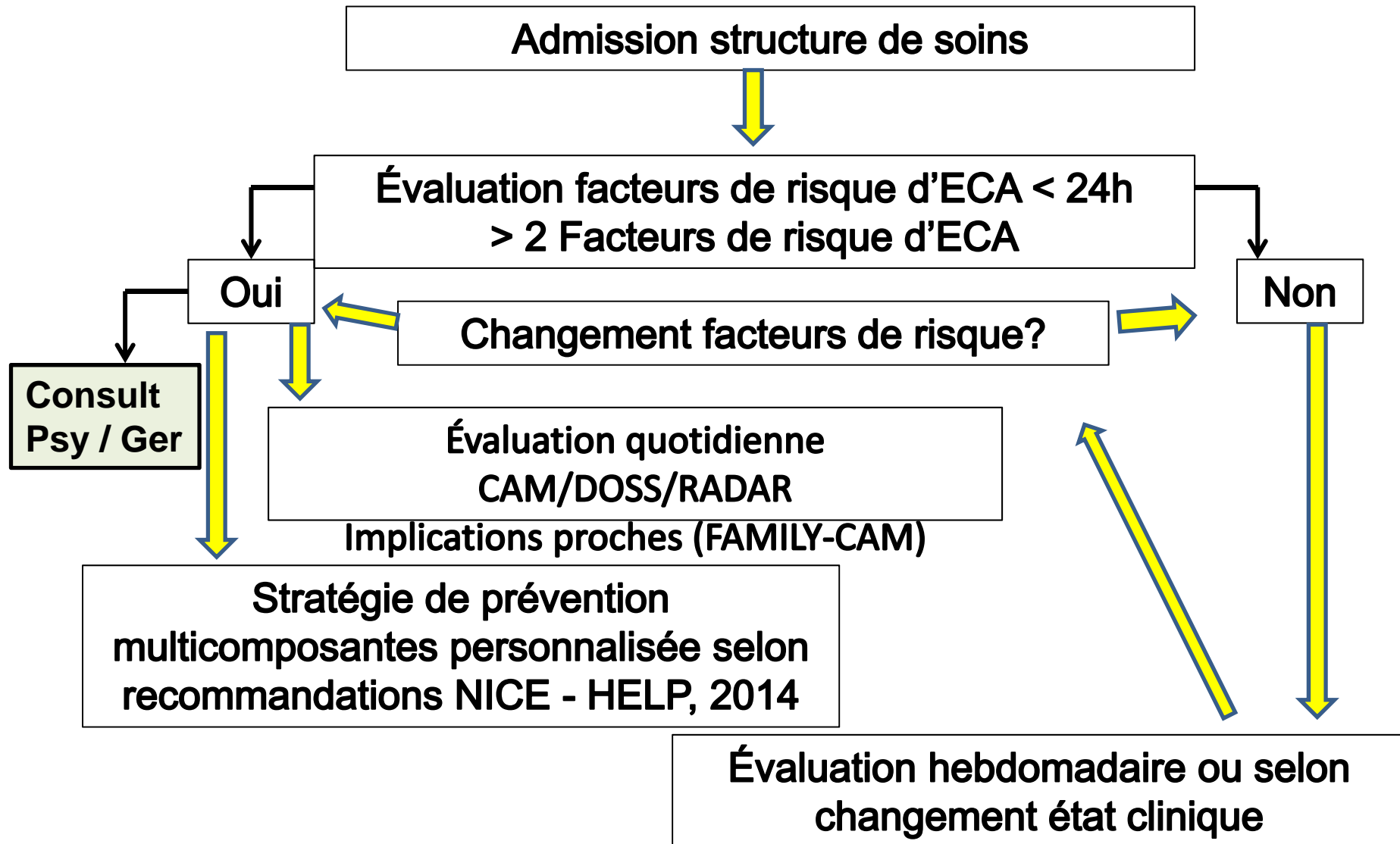
Si le patient > 70 ans, évaluer les facteurs de risque:

- Antécédent de troubles neurocognitifs (Période d'ECA / troubles neurocognitifs majeurs - légers)
- Maladies aiguës / indice de comorbidités ↗
- Déshydratation
- Troubles sensoriels (vision, ouïe)
- Antécédent de chutes
- Altération dans les activités de la vie quotidienne
- Poly-médication (> 5 médicaments)



Si, > 2 facteurs de risque => procéder à une évaluation de l'état neurocognitif et CAM. Vérifier quotidiennement avec le CAM / DOS / RADAR.

Algorithme de prévention



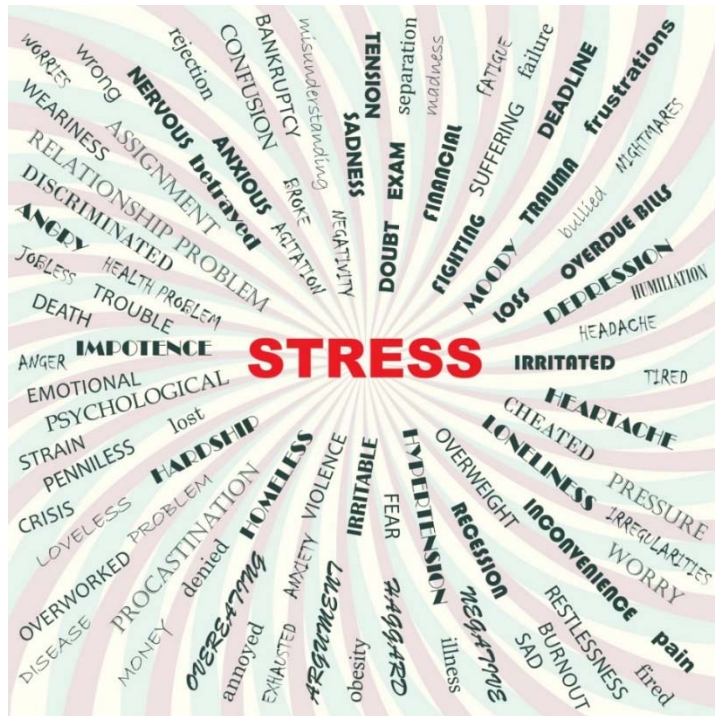
Évolution



- Majorité (avec ou sans traitement, reconnaissance précoce ou interventions) se rétablissent complètement
- Léthargie, stupeur, coma ou la mort (cause non traitée) – jusqu'à 40% de mortalité en milieu hospitalier dans l'année après un épisode ECA

(DSM-5, 2015)

Impact sur les soignants: stress



- Patient qui se couche dans le lit d'un autre
- Peur des autres patients/résidents
- PA se mettant en danger
 - Contention physique ou chimique
- PA fugueur
 - Contention technologique: bracelets, fermeture des portes

Barr, J. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*, 41. doi:10.1097/CCM.0b013e3182783b72

Breitbart, W., & Alici, Y. (2012). Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1206-1214. doi:http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2011.39.8784

Impact sur l'entourage



- Peur & Stress
- Impression que la personne ne reviendra jamais comme avant
- Impression de folie
- Peur pour la personne
- Honte

Day, J., & Higgins, I. (2016). Mum's absence(s): conceptual insights into absence as loss during a loved one's delirium. *Journal of Clinical Nursing*, n/a-n/a. doi:10.1111/jocn.13268

Diagnostic différentiel



- Troubles psychotiques
- Troubles dépressifs
- Bipolaires avec caractéristiques psychotiques
- Trouble de stress aigu
- Autres troubles neurocognitifs majeurs

ECA – Troubles neurocognitifs majeurs - Psychose

	Delirium	Démence	Psychose
Début	Brusque	Insidieux	Variable
Evolution	Fluctuante, réversible	Progressive, non réversible	Relativement stable
Durée	Jours, semaine	Mois, années	Semaines, mois
Vigilance, attention	Fluctuantes	Conservées	Conservées
Hallucinations	Visuelles	Rares	Auditives
Orientation	Altérée	Altérée	Peut être altérée
Délire	Mal systématisé	En principe absent	Construit

Dépistage de l'ECA

DOS (Delirium Observation Screening Scale)	13 critères observationnels	Séquences observationnelles couvrant une période de travail. Documentation prend une minute.	+ Pas de questions pesantes + Critères s'orientent d'après les soins usuels – Distinction floue d'avec la démence – N'est pas sensible pour l'ECA hypoactif
CAM (Confusion Assessment Method)	Version courte avec 5 critères, version longue avec 9 critères selon DSM-IIIr	Entretien structurés comme par exemple un MMS (10 minutes) ou un MSQ plus test attentionnel (5 minutes)	– Nécessite entraînement – Résultat dichotomique: ECA oui ou non – Erreur fréquente en cas d'application des critères sans entretien structuré
CAM-ICU (Confusion Assessment Method [CAM] pour des unités de soins intensifs)	4 critères dont 2 avec questions structurées selon DSM-IV	50 secondes, mais nécessite entraînement	– Résultat dichotomique: ECA oui ou non + Utile pour patients intubés et trachéotomisés – Inapproprié pour patients aphasiques
mCAM-ED (Modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department)	Si l'énumération à l'envers des mois et déficitaire il convient de passer un test complet composé de 16 questions selon DSM-IV/ DSM-V	30 secondes jusqu'à un maximum de 2 minutes	– Nécessite entraînement – Résultat dichotomique: ECA oui ou non + Variante du CAM économique en temps + Développé pour les urgences – Erreur fréquente en cas d'utilisation des critères sans entretien structuré
DRS-R-98	13 critères de gravité et 3 questions visant un diagnostic différentiel; ne suit aucun système de classification	Nécessite un entretien structuré et prend environ 10 minutes	– Nécessite entraînement – Nécessite compétences neuropsychologiques + Fourni un diagnostic d'ECA et de sa sévérité + Utile en particulier pour la recherche + Distingue démence et ECA
ICDSC	8 critères observationnels	Séquence observationnelle sur une période de travail, documentation nécessite 1 minute	+ Développé pour patients aux soins intensifs + Absence de questions pesantes – Faible sensibilité

von Gunten, A., Baumgartner, M., Georgescu, D., Hafner, M., Hasemann, W., Kressig, R. W., . . . Savaskan, E. (2018). Etat confusionnel aigu de la personne âgée. *Swiss Medical Forum*, 18(2), 277–284.

Delirium Observation Screening Scale



OBSERVATION The patient	Day shift			Evening shift			night shift			Score total journalier (0 - 39)
	jamais	Parfois - toujours	In applicable	jamais	Parfois - toujours	In applicable	jamais	Parfois - toujours	In applicable	
1	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
2	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
3	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
4	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
5	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
6	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
7	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
8	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
9	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
10	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
11	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
12	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
13	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
Score Total par pause de travail (0 - 13)										
DOS SCORE FINAL = SCORE TOTAL JOURNALIER / 3										

Le CAM (*Confusion Assessment Method*)

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 (somnolent, 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

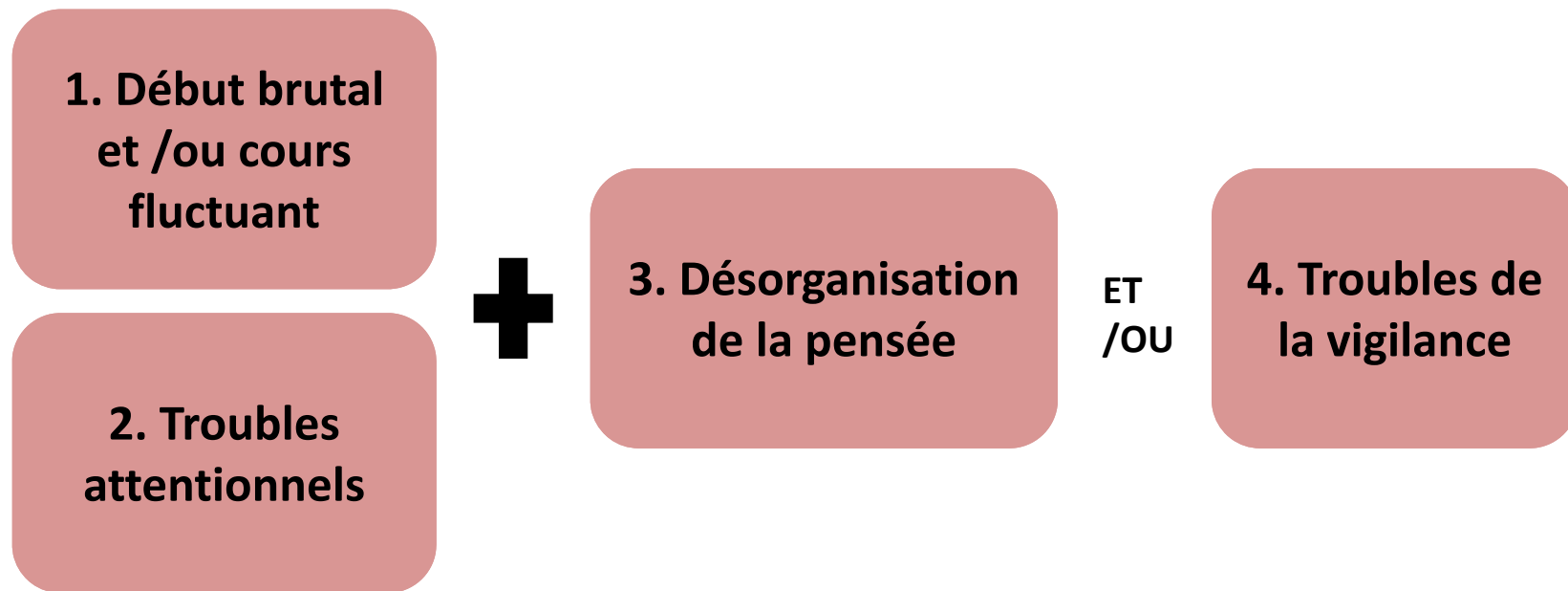
- 9) Est-ce qu'il y a eu évidence de changement dans le rythme veille-sommeil chez le patient, telles que somnolence excessive le jour et insomnie la nuit?

* 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

Dépistage - détection

Confusion Assessment Method algorithm



Inouye, S., van Dyck, C., Alessi, C., Balkin, S., Siegel, A., & Horwitz, R. (1990). Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method: A new method for detecting delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113, 941 - 948.

Repérage actif du délirium adapté à la routine (RADAR)

Lorsque vous lui avez administré ses médicaments, (cochez oui ou non)		Date : <input type="text"/>			Date : <input type="text"/>			Date : <input type="text"/>			Date : <input type="text"/>		
		Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales
1. Le patient était-il somnolent?	8 h												
	12 h												
	17 h												
	HS												
2. Le patient avait-il de la difficulté à suivre vos consignes?	8 h												
	12 h												
	17 h												
	HS												
3. Les mouvements du patient étaient-ils au ralenti?	8 h												
	12 h												
	17 h												
	HS												

Nom	Initiales	Nom	Initiales	Nom	Initiales

Voyer, P., Champoux, N., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Monette, J., . . . Richard, S. (2016). RADAR: A Measure of the Sixth Vital Sign? *Clinical Nursing Research*, 25(1), 9-29. doi:10.1177/1054773815603346

Qui est en première ligne pour la détection ?



Les infirmières jouent un rôle crucial dans la détection précoce, la prévention et la prise en charge

Verloo, H., Goulet, C., Morin, D., & von Gunten, A. (2012). Delirium among Home-Dwelling Elderly after a recent hospitalization: An urgent need for effective nursing interventions. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 2, 187-189. doi:10.1159/000338229

Tester l'ECA dans le quotidien



Détecter:

Le test le plus payant

- Mois de l'année à l'envers
- Compter de 5 à 1

Suivi:

- Confusion assessment method
- Test de l'Horloge
- DOSS
- RADAR

Bellelli, G., Morandi, A., Trabucchi, M., Caironi, G., Coen, D., Fraticelli, C., . . . Maggi, S. (2017). Italian intersociety consensus on prevention, diagnosis, and treatment of delirium in hospitalized older persons. *European Geriatric Medicine*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.eurger.2017.06.010>

von Gunten, A., Baumgartner, M., Georgescu, D., Hafner, M., Hasemann, W., Kressig, R. W., . . . Savaskan, E. (2018). Etat confusionnel aigu de la personne âgée. *Swiss Medical Forum*, 18(2), 277–284.



Des approches
systématiques et intégrées
dans les activités cliniques
quotidiennes sont les plus
recommandables

von Gunten, A., Baumgartner, M., Georgescu, D., Hafner, M., Hasemann, W., Kressig, R. W., . . . Savaskan, E. (2018).
Etat confusionnel aigu de la personne âgée. *Swiss Medical Forum*, 18(2), 277–284.

Rôle infirmier



- Identifier le risque de l'ECA et prévenir son apparition
- Effectuer une évaluation en continu des changements au niveau de la conscience, de l'attention, de l'orientation, de la mémoire et de la pensée
- Distinguer les signes cliniques de l'ECA, des troubles neurocognitifs majeurs et de la dépression majeure
- Utiliser l'outil de dépistage afin d'évaluer objectivement les signes cliniques présents au niveau du changement de l'état cognitif du patient et faire des interventions adaptées à la situation

Prévention de l'ECA



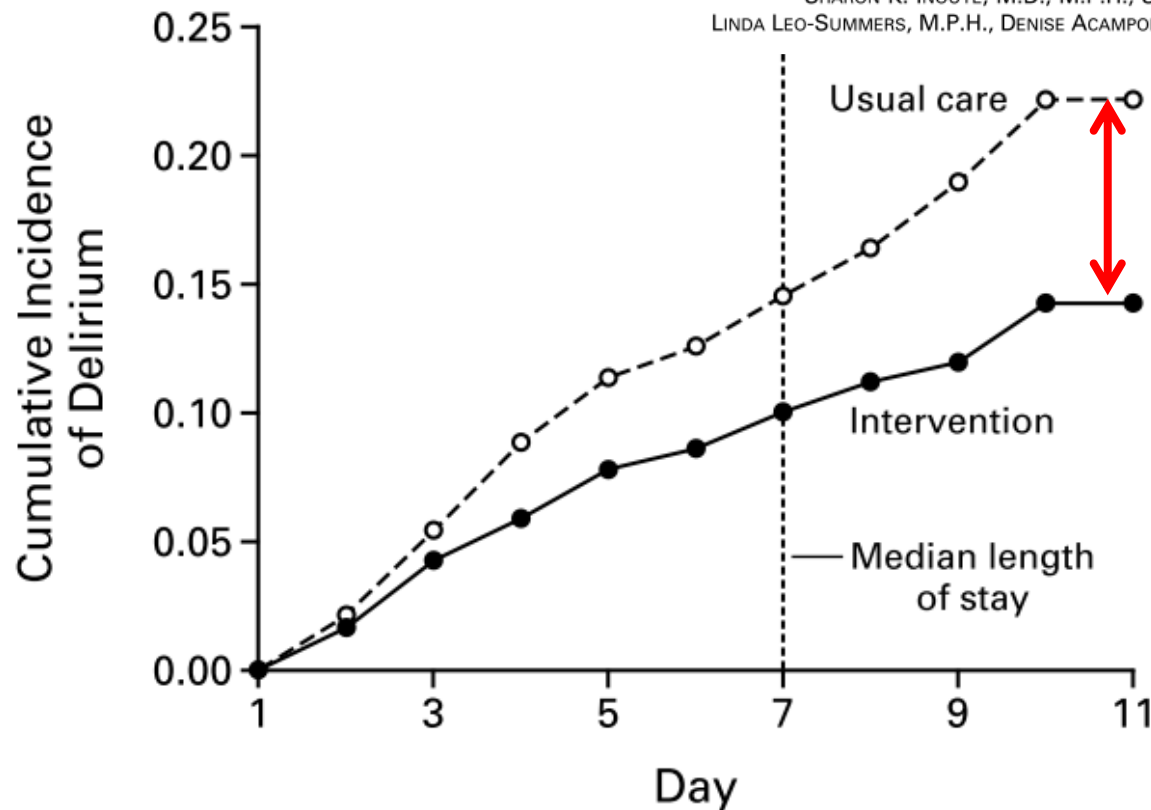
Médicamenteuse: ≠ effet sur l'incidence (études en cours)

Non médicamenteuse:
effective dans 30 à 40% des cas



A MULTICOMPONENT INTERVENTION TO PREVENT DELIRIUM IN HOSPITALIZED OLDER PATIENTS

SHARON K. INOUE, M.D., M.P.H., SIDNEY T. BOGARDUS, JR., M.D., PETER A. CHARPENTIER, M.P.H.,
LINDA LEO-SUMMERS, M.P.H., DENISE ACAMPORA, M.P.H., THEODORE R. HOLFORD, PH.D., AND LEO M. COONEY, JR., M.D.



Interventions infirmières:

1. Orientation
2. Stimulation cognitive
3. Stimulation physique
4. Protocol sommeil NP
5. Lunettes / aides auditives
6. Hydratation

Figure 1. Cumulative Incidence of Delirium According to Study Group.

Interventions pour prévenir le délirium



Une stratégie de prévention standardisée, mais appliquée d'une manière personnalisée et multi-composée

Intervention infirmière - prévention

Protocoles de soins recommandés (non exhaustif)
Prévention primaire – secondaire - tertiaire



- Orientation
- Stimulation cognitive
- (Ré) Hydratation
- Mobilisation
- Nutrition
- Vision (lunettes) et Ouïe (app. Auditif)
- Veille/sommeil
- Constipation
- Douleurs
- Infections

von Gunten, A., Baumgartner, M., Georgescu, D., Hafner, M., Hasemann, W., Kressig, R. W., . . . Savaskan, E. (2018).
Etat confusionnel aigu de la personne âgée. *Swiss Medical Forum*, 18(2), 277–284.

Cadre institutionnel – promotion détection ECA

Communication interprofessionnelle

Proches
Infirmières
Médecins et autres

Promotion institutionnelle et leadership clinique

Protocoles
Directives
Initiatives de formation

**Reconnaitre
l'ECA**

Stratégie de détection

Implémentation
Audit

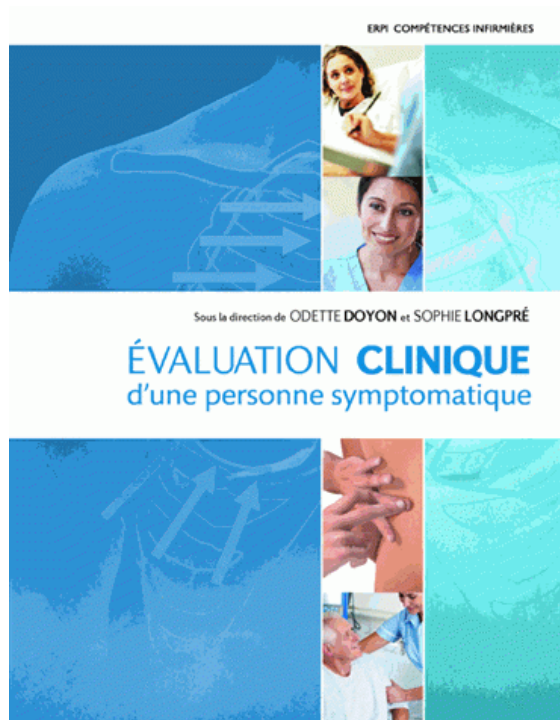
Difficultés de soin

Processus de soins
Lieu de soins

Messages clés

- L'état confusionnel aigu (ECA) est **un syndrome neuropsychiatrique aigu d'évolution fluctuante** qui peut se présenter sous forme hypoactive, hyperactive ou mixte rendant obligatoire la recherche et **le traitement** d'une **cause somatique**
- Les **interventions non pharmacologiques** sont à utiliser systématiquement aussi bien préventivement que comme mesures d'accompagnement
- Après clarification de l'indication étiologique et/ou symptomatique et des interactions possibles **une approche médicamenteuse** peut être introduite, notamment en cas d'**agitation, mise en danger** personnelle ou d'autrui
- La prévention, le diagnostic et la thérapeutique de l'ECA nécessitent **une collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle** étroite.

Situation clinique – quelques pistes



Observations

- Hyperthermie ? (PA et signes atypiques)
- Chute(s) ?
- Erreurs dans la prise des médicaments?
- Paramètres biologiques perturbés (glycémie, CRP, saturation, aggravation des troubles cognitifs...)

Hypothèses

- Infection urinaire / pulmonaire / ??
- Décompensation diabétique ? Cardiaque?
- ECA
- ...

Détection de l'hyperthermie

Quelle est la température normale chez la personne âgée?

Sites	Températures moyennes chez les aînés	Température chez les adultes d'âge moyen
Rectum	37,1 °C	37,5 °C
Oreille	36,8 °C	37 °C
Bouche	36,3 °C	37 °C
Creux axillaire	36,2 °C	36,5 °C
Température le matin	36 °C	—
Température l'après-midi	36,4 °C	—
Variation quotidienne de la température	0,4 °C	1 °C

Détection de l'hyperthermie chez la PA

**Élévation de 1,1 Celsius de la température corporelle =
Hyperthermie**

**La littérature recommande de définir la fièvre
gériatrique comme étant à 37,3 °C (buccal ou rectal)
ou de 37,2 °C buccale et 37,5 °C rectale**

Cagatay, A. A., Tufan, F., Hindilerden, F., Aydin, S., Elcioglu, O. C., Karadeniz, A., . . . Taranoglu, O. (2010). The Causes of Acute Fever Requiring Hospitalization in Geriatric Patients: Comparison of Infectious and Noninfectious Etiology. *Journal of Aging Research*, 2010. doi:10.4061/2010/380892

Kang, Y., & Crogan, N. L. (2009). An Evidence-Based Review of Infectious Diseases. *Geriatric Nursing*, 30(4), 272-286. doi:10.1016/j.gerinurse.2009.06.005

Ageing and infection. Gavazzi G, Krause KH. *Lancet Infect Dis*. 2002 Nov; 11:659–66. Review

TAKE-HOME MESSAGES

« Toute aggravation apparemment aiguë des capacités cognitives chez des personnes âgées doit être considérée comme un ECA jusqu'à preuve du contraire »

« Pensez État Confusionnel Aigu »

« En présence d'un ECA, une infection devrait être systématiquement recherchée »



L'état confusionnel aigu est un bon indicateur clinique de qualité de soins que l'on donne à un patient puisqu'il peut avoir pour cause de nombreux facteurs de risque comme la déshydratation, une infection silencieuse, la dénutrition, la sous-stimulation ou des effets adverses des médicaments

Voyer, P., McCusker, J., Cole, M. G., Monette, J., Champoux, N., Minh, V., . . . de Raad, M. (2014). Feasibility and Acceptability of a Delirium Prevention Program for Cognitively Impaired Long Term Care Residents: A Participatory Approach. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(1).

Questionnaire connaissance

Lesquels de ces groupes de symptômes définissent ou décrivent le mieux un état confusionnel aigu? (Choisissez la meilleure réponse; une seule réponse SVP)		
1.1	Amnésie, somnolence, début soudain d'incontinence, salivation incontrôlable, pensées désorganisées.	<input type="checkbox"/>
1.2	Confusion aiguë, fluctuation de l'état mental, pensées désorganisées, état altéré de la conscience.	<input type="checkbox"/>
1.3	Anxiété, diaphorèse, tremblement, faiblesse musculaire, dysphagie, changement de l'état d'éveil.	<input type="checkbox"/>
1.4	Début lent de confusion, pertes de mémoire, désorientation, manque de spontanéité, changement de la personnalité.	<input type="checkbox"/>

		État confusionnel aigu	Troubles cognitifs	↑ Dépression	↑ Aucun
2.1	MMSE (Mini-Mental State Examination)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Echelle/score de Glasgow (GSC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Delirium Rating Scale (DRS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Alcohol Withdrawal Scale (AWS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Confusion Assessment Method (CAM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Beck's Depression Inventory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Echelle/score de Braden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionnaire connaissance

	¶ ÉNONCÉS (SVP une seule réponse par question)α	D'accordα	Pas d'accordα	Je ne sais pasα
3.1α	Les fluctuations entre des états d'orientation et de désorientation ne sont pas typiques de l'ECAα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2α	Les symptômes de la dépression peuvent se confondre avec ceux de l'ECAα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3α	Le traitement de l'ECA provoque systématiquement une sédationα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4α	Les patients ne se souviennent pas des épisodes de l'ECAα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5α	Un <u>Mini-Mental State Examination</u> (MMSE) est le meilleur moyen de diagnostiquer un ECAα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6α	Un patient opéré d'une fracture du col du fémur présente autant de risques de développer un ECA qu'un patient opéré de la hanche (élective)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7α	Un ECA ne dure jamais plus de quelques heuresα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8α	Le risque d'un ECA augmente avec l'âgeα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9α	Un patient ayant une vision détériorée augmente le risque de développer un ECAα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10α	Plus le nombre de médicaments pris par un patient est élevé, plus le risque de développer un ECA est grand.α	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11α	Une sonde urinaire à demeure, réduit les risques d'un ECAα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.12α	La différence de sexe (genre) n'a pas d'effet sur le développement d'un ECAα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.13α	Une faible nutrition augmente les risques de l'ECA.α	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.14α	La démence est le plus grand facteur de risque d'un ECAα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionnaire connaissance

3.15	Les hommes ont plus de risque de développer un ECA que les femmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.16	Le diabète est un facteur de risque important de l'ECA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.17	La déshydratation peut être un facteur de risque d'un ECA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.18	Une déficience auditive augmente les risques d'un ECA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.19	L'obésité est un facteur de risque d'un ECA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.20	Un patient léthargique et difficile à réveiller ne présente pas un ECA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.21	Les patients présentant un ECA sont toujours physiquement ou verbalement agressifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.22	L'ECA est généralement causé par un arrêt de l'alcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.23	Les patients présentant un ECA ont un taux de mortalité plus élevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.24	Des cas de démence au sein d'une famille prédisposent le patient à un ECA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.25	Des changements comportementaux durant la journée est un signe typique d'un ECA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.26	Un patient présentant un ECA est plus facilement distrait et/ou a de la difficulté à suivre une conversation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.27	Un patient présentant un ECA éprouvera souvent des perturbations dans ses perceptions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.28	Une alternance du cycle éveil/sommeil peut être un symptôme d'un ECA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci de votre attention !



Références

- Marcantonio, E. R. (2011). In the clinic. Delirium. *Annals of Internal Medicine*, 154(11), ITC6-1, ITC6-2, ITC6-3, ITC6-4, ITC6-5, ITC6-6, ITC6-7, ITC6-8, ITC6-9, ITC6-10, ITC6-11, ITC6-12, ITC6-13, ITC6-14, ITC6-15; quiz ITC6-16. doi:<http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-154-11-201106070-01006>
- Inouye, S., van Dyck, C., Alessi, C., Balkin, S., Siegel, A., & Horwitz, R. (1990). Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method: A new method for detecting delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113, 941 - 948. Retrieved from <http://annals.org/article.aspx?articleid=704335>
- Inouye, S., Westendorp, R., & Saczynski, J. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383, 911 - 922. Retrieved from http://ac.els-cdn.com/S0140673613606881/1-s2.0-S0140673613606881-main.pdf?_tid=593da04c-71d3-11e5-95d5-00000aacb35f&acdnat=1444759005_caf8f7455be633165fc6d9365da40918
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R., & Cooney, L. W. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England Journal of Medicine*, 340(9), 669-676. doi:10.1056/nejm199903043400901
- Inouye, S. K., Studenski, S., Tinetti, M. E., & Kuchel, G. A. (2007). Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(5), 780-791. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med5&AN=17493201>
- Malenfant, P., & Voyer, P. (2012). Detecting delirium in older adults living at home. *Journal of Community Health Nursing*, 29(2), 121-130. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/07370016.2012.670581>
- Lawlor, P. G., & Bruera, E. D. (2002). Delirium in patients with advanced cancer. *Hematology - Oncology Clinics of North America*, 16(3), 701-714. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med4&AN=12170576>
- Maldonado, J. R. (2008). Pathoetiological Model of Delirium: a Comprehensive Understanding of the Neurobiology of Delirium and an Evidence-Based Approach to Prevention and Treatment. *Critical Care Clinics*, 24(4), 789-856. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ccc.2008.06.004>
- Cole, M. G., Ciampi, A., Belzile, E., & Zhong, L. (2009). Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis. *Age & Ageing*, 38(1), 19-26. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afn253>
- Matsuura, J., & Ueno, E. (2015). INITIAL DEVELOPMENT OF A SCREENING TOOL FOR POSTOPERATIVE DELIRIUMPRODROME. *International Journal of Current Advanced Research Research*, 4(7), 165-167.
- Breitbart, W., Gibson, C., & Tremblay, A. (2002). The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics*, 43(3), 183-194.

- Voyer, P., Doucet, L., Danjou, C., Cyr, N., & Benounissa, Z. (2007). Detection of delirium by nurses. [Le dépistage du delirium par les infirmières.]. *Perspective infirmière : revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, 5(2), 12-20.
- HAS. (2009). *Confusion aiguë chez la personne âgée: prise en charge initiale de l'agitation* Retrieved from Paris: www.has-sante.fr
- Inouye, S., & Charpentier, P. (1996). Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA*, 275(11), 852 - 857.
- Pautex, S. (2007). Delirium : [dossier]. *Palliative-CH*, 3-25. Retrieved from http://www.palliative.ch/mag/mag_pdf/3_2007.pdf
- Schuurmans, M. J., Duursma, S. A., & Shortridge-Baggett, L. M. (2001). Early recognition of delirium: review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 10(6), 721-729.
- Voyer, P., Champoux, N., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Monette, J., . . . Carmichael, P.-H. (2015). Recognizing acute delirium as part of your routine [RADAR]: a validation study. *BMC Nursing*, 14(1), 19. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/14/19>
- Flaherty, J. H., Steele, D. K., Chibnall, J. T., Vasudevan, V. N., Bassil, N., & Vegi, S. (2010). An ACE unit with a delirium room may improve function and equalize length of stay among older delirious medical inpatients. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 65(12), 1387-1392. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/gerona/gfq136>
- Lemiengre, J., Nelis, T., Joosten, E., Braes, T., Foreman, M., & Gastmans, C. (2006). Detection of delirium by bedside nurses using the confusion assessment method. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(4), 685 - 689.
- Pfitzenmeyer, P., Musat, A., Lenfant, L., & Turcu, A. (2001). [Postoperative cognitive disorders in the elderly]. *Presse Medicale*, 30(13), 648-652.
- Voyer, P. (2014). *Soins Infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2nd ed.). Montréal: ERPI compétences infirmières.
- Bellelli, G., Morandi, A., Davis, D., Mazzola, P., Turco, R., & Gentile, S. (2014). Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age and Ageing*, 43(4), 496 - 502.
- Verloo, H., Goulet, C., Morin, D., & von Gunten, A. (2014). *Détection et prévention de l'état confusionnel aigu chez des personnes âgées à domicile après une hospitalisation ou maladie récente*. (PhD), Institut Universitaire de Formation et Recherche en Soins, University of Lausanne, Lausanne.
- Resnick, B., & Pascala, J. T. (2012). American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60, 616–631. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.03923.x
- Day, J., Higgins, I., & Keatinge, D. (2011). Orientation strategies during delirium: are they helpful? *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3285-3294. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03849.x>
- de Jonghe, J. F. M., Kalisvaart, K. J., Dijkstra, M., van Dis, H., Vreeswijk, R., Kat, M. G., . . . van Gool, W. A. (2007). Early symptoms in the prodromal phase of delirium: a prospective cohort study in elderly patients undergoing hip surgery. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(2), 112-121.
- Barr, J., & Pandharipande, P. P. (2013). The pain, agitation, and delirium care bundle: synergistic benefits of implementing the 2013 Pain, Agitation, and Delirium Guidelines in an integrated and interdisciplinary fashion. *Critical Care Medicine*, 41(9 Suppl 1), S99-115. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182a16ff0>

Pourquoi le détecter?

Un ECA non détecté et non pris en charge peut persister:

- jusqu'à 33% après 1 mois
- jusqu'à 26% après 3 mois
- jusqu'à 21% après 6 mois

Patients âgés sans ECA vs avec ECA:

- Mortalité «précoce» ↑ : 1 mois (14% vs 5%), à 6 mois (22% vs 11%) et à 23 mois (38% vs 28%)
- Une durée d'hospitalisation plus élevée (21 vs 9 jours)
- Une probabilité ↑ de recevoir des soins de longue durée dans un EMS (47% vs 18%), 6 mois (43% vs 8%) et à 15 mois (33% vs 11%)
- Une probabilité ↑ de développer une démence à 48 mois (63% vs 8%)

Fièvre

- ▶ Température tympanique $\geq 37.8^{\circ}$
- ▶ Température rectale $\geq 37.5^{\circ}$
- ▶ Température axillaire $\geq 37.2^{\circ}$
- ▶ Augmentation par rapport à la température basale de $\geq 1.1^{\circ}$

Clinical practice guideline for the evaluation of fever and infection in older adult residents of long-term care facilities: 2008 update by the Infectious Diseases Society of America. High KP, Bradley SF, Gravenstein S, Mehr DR, Quagliarello VJ, Richards C, Yoshikawa TT; Infectious Diseases Society of America. Geriatr Soc. 2009 Mar; 57(3):375–94

Ageing and infection. Gavazzi G, Krause KH. Lancet Infect Dis. 2002 Nov;

11):659–66. Review Infections in the elderly. Gavazzi G, Krause KH. Praxis. 2004 Aug 11;93(33): 1297–303. Review

Fever in the elderly. Norman DC. Clin Infect Dis. 2000 Jul;31(1):148–51.

Epub 2000 Jul 25

Lowering the fever criteria improves detection of infections in nursing home residents. Castle, SC, Yeh M, Toledo, SD, et al. Aging Immunol Infect Dis 1993; 4:67