

Prise en charge infirmière du délirium chez les personnes âgées en soins critiques : détection, évaluation et interventions non pharmacologiques

Tanya Mailhot, inf., Ph. D. ; Patrick Lavoie, inf., Ph. D.

Les unités de soins critiques sont un milieu propice à la survenue du délirium chez les personnes âgées qui y sont hospitalisées. Il est décrit comme une dysfonction aiguë du cerveau qui s'accompagne d'un déficit de l'attention, de la cognition et de l'état de conscience. Cette complication fréquente chez les personnes âgées hospitalisées en soins critiques peut occasionner, notamment, des chutes et laisser des séquelles fonctionnelles et cognitives qui affectent le rétablissement de la personne atteinte et risque d'augmenter la mortalité. Puisque les interventions pharmacologiques ne sont pas curatives face au délirium, tout repose sur la détection précoce, la recherche des causes et la mise en place d'interventions non pharmacologiques pour le prévenir lorsque possible ou en diminuer l'ampleur ainsi que les conséquences délétères chez le patient et ses proches. Les infirmières et les autres professionnels de la santé jouent un rôle crucial tant dans la détection que dans la gestion du délirium. Cet article présente des outils pour le détecter dans un contexte de soins critiques, les éléments à surveiller lors de sa survenue et les interventions infirmières à mettre en place pour le gérer. Des avenues futures pour la recherche sur le délirium chez les personnes âgées en soins critiques sont abordées.

MOTS-CLÉS : délirium, évaluation, interventions non pharmacologiques, soins critiques, proches

Le nombre de personnes âgées hospitalisées sur des unités de soins critiques croît continuellement et à un rythme plus rapide que pour les patients plus jeunes (Bagshaw et al., 2009; Fuchs et al., 2012). En plus d'offrir des soins complexes et avancés, les milieux de soins critiques sont riches en technologie et foisonnent de stimuli. Les patients y sont exposés à beaucoup de bruits en plus d'être généralement éclairés 24 heures sur 24, ce qui ne correspond pas au cycle circadien et peut nuire au sommeil. De plus, ils sont peu exposés à la lumière du jour, reçoivent moins de visiteurs, ont beaucoup de tubulures et de drains

en plus d'être moins mobilisés (Van Rompaey et al., 2009). Ceci, jumelé à l'état précaire des patients en soins critiques, crée des conditions favorables à l'altération de leur état mental et à la survenue de complications (Van Rompaey et al., 2009). Une des complications particulièrement fréquentes est le délirium, qui atteint un tiers des patients hospitalisés aux soins intensifs et jusqu'à 80 % des patients intubés (Salluh et al., 2015). Il s'agit d'un syndrome grave, car il occasionne des complications immédiates, par exemple des chutes, et même des séquelles cognitives et fonctionnelles qui peuvent freiner le rétablissement, diminuer l'autonomie et prolonger l'hospitalisation, en plus d'augmenter le risque de mortalité (Salluh et al., 2015).

Les infirmières et les autres professionnels de la santé jouent un rôle crucial tant dans la détection que dans la gestion du délirium. Après une description succincte de ce qu'est le délirium, cet article présente des outils pour le détecter dans un contexte de soins critiques, les éléments à surveiller lors de sa survenue et les interventions infirmières à mettre en place pour le gérer. Les avenues futures pour la recherche sur le délirium chez les personnes âgées en soins critiques sont abordées en conclusion.

Le délirium

Le délirium est une dysfonction aiguë du cerveau qui s'accompagne d'un déficit de l'attention, de la cognition et de l'état de conscience (American Psychiatric Association [APA], 2013). Comme il s'agit d'une dysfonction aiguë, le délirium est un syndrome généralement réversible. La personne qui en est atteinte devient temporairement inapte, soit partiellement ou complètement incapable de prendre des décisions concernant sa santé.

Pour poser un diagnostic de délirium, il est nécessaire que la personne réponde aux trois critères définis dans le Manuel diagnostique des troubles mentaux (DSM-5; APA, 2013) : 1) une

altération de l'attention et l'état de conscience, 2) une modification de la cognition qui affecte la mémoire, la compréhension du langage, les perceptions ou le comportement et 3) que ces symptômes apparaissent soudainement, en plus d'être fluctuants dans le temps et selon les personnes. Par exemple, le contenu des hallucinations peut différer puisqu'il est façonné à partir des expériences antérieures (APA, 2013). Outre les hallucinations visuelles et auditives,

les personnes atteintes peuvent aussi présenter une inversion du cycle éveil-sommeil et une perturbation de l'état émotif qui entraînent anxiété, méfiance et peur.

La présentation clinique varie selon trois types de délirium (Peterson et al., 2006; Robinson, Raeburn, Tran, Brenner et Moss, 2011). Le type hyperactif est caractérisé par l'agitation et la méfiance. Le type hypoactif se manifeste par

Tableau 1. Symptômes associés aux types de délirium.

	HYPERACTIF	HYPOACTIF	MIXTE
Incidence en soins critiques	1,6 %	43,5 % à 92 %	54,9 %
Critères diagnostiques	1) altération de l'état de conscience 2) modification de la cognition qui affecte la mémoire, la compréhension du langage, les perceptions ou le comportement 3) apparition soudaine des symptômes et fluctuation		
Symptômes communs possibles	Hallucinations visuelles et auditives Inversion du cycle éveil-sommeil Perturbation de l'état émotif (anxiété, méfiance et peur)		
Symptômes différents	Agitation Tapotements Méfiance Agressivité	Ralentissement Léthargie Réactivité diminuée Somnolence	Alternance entre des phases d'agitation et de ralentissement

un ralentissement et rend la personne beaucoup moins réactive. Quant au type mixte, il s'exprime par une alternance entre des phases d'agitation et de ralentissement. Comme illustré dans le tableau 1, les types hypoactif et mixte sont les plus fréquents chez les personnes âgées en soins critiques (Peterson et al., 2006; Robinson et al., 2011).

Les manifestations du délirium peuvent être impressionnantes, surtout dans sa forme hyperactive. Les proches de patients qui en sont atteints disent ne plus les reconnaître, avoir l'impression d'être en contact avec un étranger et ressentir de l'insécurité, de l'anxiété

et de la détresse (O'Malley, Leonard, Meagher et O'Keefe, 2008; Partridge, Martin, Harari et Dhesi, 2013; Stenwall, Sandberg, Eriksdotter Jonhagen et Fagerberg, 2008). Le délirium est donc accompagné d'effets délétères non seulement chez la personne atteinte, mais aussi chez ses proches.

Bien qu'apparenté, le délirium diffère de la démence. Le délirium s'installe rapidement et est réversible. La démence, quant à elle, apparaît progressivement et est non réversible, puisque liée à des changements anatomiques dans le cerveau. Le délirium affecte grandement la capacité d'attention, ce qui n'est pas le cas de la

démence sauf à un stade sévère. Si une personne atteinte de démence vit un épisode de délirium, il sera possible d'observer un changement aigu de l'état de conscience qui s'installera en quelques heures. Ce changement rapide par rapport à l'état habituel de la personne et l'altération de l'attention sont caractéristiques du délirium.

Les chercheurs croient que le délirium implique une modification de la perfusion cérébrale qui serait due à une altération des neurotransmetteurs secondaire à un processus inflammatoire (Cerejeira, Firmino, Vaz-Serra et Mukaetova-Ladinska, 2010; Khan, Zawahiri, Campbell et Boustani, 2011; Maclulich et al., 2013; Maldonado, 2008). Ces mécanismes s'enclencheraient en réponse à une combinaison de facteurs de vulnérabilité et de stress (Inouye, 2006; Koster, Hensens, Schuurmans et van der Palen, 2011; Zaal, Devlin, Peelen et Slooter, 2015). Parmi les facteurs de vulnérabilité connus, mentionnons l'âge avancé, une atteinte neurologique, des antécédents de dépression, la consommation de tabac ou d'alcool ainsi que les déficits visuels, auditifs ou fonctionnels. Les facteurs de stress susceptibles de mener au délirium chez une personne vulnérable en soins critiques comprennent l'intervention chirurgicale, les médicaments sédatifs et analgésiques, l'hospitalisation en soins critiques, l'immobilité et l'absence de visiteurs. D'autres facteurs de stress incluent l'administration de produits sanguins, une intubation endotrachéale prolongée ainsi que les infections. Une personne présentant peu de facteurs de vulnérabilité est tout de même susceptible de développer un délirium lorsque l'ampleur du stress est importante, comme à la suite d'une chirurgie cardiaque (Gosselt, Slooter, Boere et Zaal, 2015; Koster et al., 2011).

La durée du délirium varie de deux à huit jours (Page et Ely, 2015). Plus la durée et la sévérité du délirium augmentent, plus les complications qui en résultent seront graves. Ainsi, une prise en charge rapide et efficace peut contribuer à en limiter les effets délétères (Jackson, Wilson, Richardson et Lord, 2016). Plusieurs complications sont liées aux manifestations du délirium. La personne atteinte est à risque de chutes et de fractures et peut arracher ses tubulures et ses drains. D'autres complications pourraient survenir (Gottesman et al., 2010; Inouye, 2006; Saczynski et al., 2012). La personne qui vit un délirium hypoactif se mobilise généralement très peu, ce qui vient amplifier le risque de perte d'autonomie qu'entraîne l'hospitalisation. Cette conséquence du délirium est d'autant plus importante dans le contexte des soins critiques postopératoires où il est primordial que la personne se mobilise le plus rapidement possible pour un rétablissement

optimal. Mentionnons l'importance d'effectuer des exercices respiratoires de manière à récupérer sur le plan de l'amplitude respiratoire et éviter les infections. D'autre part, la personne léthargique en raison d'un délirium hypoactif présente deux fois plus de risque d'être sous ventilation mécanique postopératoire prolongée (Stransky et al., 2011). Toutes ces complications sont susceptibles de retarder le rétablissement postopératoire notamment sur le plan fonctionnel. Qui plus est, le délirium augmente significativement le risque de mortalité pendant et après l'hospitalisation (Witlox et al., 2010).

En plus des complications physiques, le délirium laisse des traces psychologiques reliées aux sentiments de peur et d'anxiété qui y sont associés (Andersson, Hallberg, Norberg et Edberg, 2002). Une fois le délirium résorbé, la moitié des patients atteints en conservent des souvenirs (Breitbart, Gibson et Tremblay, 2002). Certains éprouvent des sentiments de culpabilité et de honte (Andersson et al., 2002; Breitbart et al., 2002).

Des outils de détection

L'infirmière doit être attentive aux signes précurseurs du délirium pour le détecter rapidement, en rechercher les causes et mettre en place les interventions appropriées. L'infirmière détient l'expertise pour jouer un rôle central dans l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne. Les symptômes du délirium altèrent la condition mentale de la personne et font donc partie des éléments que l'infirmière a le droit et le devoir d'évaluer. Par contre, le délirium peut être difficile à déceler lorsqu'on connaît peu l'état habituel d'une personne. C'est généralement le cas en soins critiques, où l'hospitalisation survient lorsque l'état de santé de la personne se détériore rapidement et subitement. De plus, les médicaments utilisés en soins critiques peuvent altérer l'état de conscience. L'intubation endotrachéale complique la communication et compromet l'évaluation des symptômes. Néanmoins, les guides de pratique soulèvent la nécessité d'évaluer systématiquement chaque patient pour déceler les symptômes du délirium (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2016).

Il existe des outils pour soutenir la détection du délirium, même si ceux-ci ne se substituent pas à l'évaluation et au jugement clinique de l'infirmière. Ces outils sont basés sur les critères du DSM-5 et peuvent être utilisés par différents professionnels de la santé, dont les infirmières. Les deux outils

de détection les plus fréquemment cités en soins critiques sont le *Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit* (CAM-ICU) et l'*Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC). Ceux-ci peuvent être utilisés auprès de la clientèle en soins critiques et sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2. Exemples d'outils de détection du délirium validés en soins critiques

Nom	Description
Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit (CAM-ICU) Ely et al., 2001	Présence ou absence de : 1) Altération de l'état mental ou évolution fluctuante 2) inattention 3) altération du niveau de conscience 4) désorganisation de la pensée. Délirium lorsque les critères 1, 2, 3 OU 1, 2, 4 sont présents
Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) Bergeron, Dubois, Dumont, Dial et Skrobik, 2001	Présence ou absence de 1) altération du niveau de conscience 2) désorganisation de la pensée, désorientation 3) inattention 4) inversion du cycle éveil/sommeil 5) agitation ou ralentissement 6) discours ou humeur inappropriée 7) hallucinations ou illusion 8) fluctuation des symptômes Suspicion de délirium si présence de ≥ 4 symptômes

Pour évaluer la qualité d'un outil de détection, les chercheurs étudient sa sensibilité et sa spécificité. La sensibilité désigne la probabilité que l'outil donne un score positif lorsqu'une condition est présente. La spécificité désigne la probabilité que l'outil donne un score négatif quand une personne ne présente pas la condition. En d'autres termes, la sensibilité permet de voir si un outil détecte bien une personne atteinte et la spécificité permet de s'assurer que l'outil détecte bien qu'une personne n'est pas atteinte. Ces valeurs varient de 0-100%, un score élevé indiquant la qualité de l'outil.

L'ICDSC présente une sensibilité variant de 46-96% et une spécificité de 73-95%. La sensibilité du CAM-ICU atteint 47-73 % et sa spécificité varie de 71-100 % (van Eijk et al., 2011). Les deux outils sont donc considérés comme étant adéquats pour détecter le délirium. Toutefois, ils montrent parfois des valeurs plus basses de sensibilité lorsqu'ils sont utilisés auprès d'une clientèle de soins intensifs aux prises avec des problèmes neurologiques. Chez ces personnes, il est difficile

de savoir si les manifestations observées sont dues au délirium, aux troubles neurologiques ou à la médication. Ceci explique la performance sous-optimale des outils dans ce contexte.

Ces deux outils permettent de détecter plus de délirium que l'évaluation clinique seule. Selon des infirmières, l'ICDSC serait plus facile d'utilisation que le CAM-ICU malgré qu'il soit plus long à compléter. En réponse à ceci, de nouveaux outils plus courts et plus faciles d'utilisation ont été développés. Par exemple, le *3-minute Diagnostic Interview for Confusion Assessment Method* (3D-CAM; Marcantonio et al., 2014) se complète en trois minutes seulement. Le Repérage Actif du Délirium Adapté à la Routine (RADAR; Voyer et al., 2015), quant à lui, se base sur trois questions auxquelles il est possible de répondre après l'administration de médicaments lors des soins usuels. Ces nouveaux outils présentent un potentiel intéressant, mais actuellement, nous n'avons pas repéré d'études portant sur leur utilisation dans le contexte des soins critiques.

Évaluation : surveiller l'évolution et chercher les causes

Une fois le délirium détecté, l'infirmière voudra surveiller son évolution et évaluer la réponse aux interventions. L'approche de surveillance du délirium, la plus fréquente, est similaire à celle utilisée pour le détecter, c'est-à-dire l'utilisation d'un outil pour structurer et systématiser les observations (Guenther et al., 2012; Page, Navarange, Gama et McAuley, 2009). Les outils de surveillance se distinguent des outils de détection parce qu'ils permettent de quantifier la sévérité des manifestations du délirium. Des outils comme le *Delirium Index* (DI; McCusker, Cole, Bellavance

et Primeau, 1998; McCusker, Cole, Dendukuri et Belzile, 2004) et le *Delirium Rating Scale-98* (DRS-98; Trzepacz et al., 2001) mesurent la gravité des manifestations chez une clientèle de soins critiques et permettent de faire le suivi de l'évolution du délirium. Ces outils sont décrits dans le tableau 3. Tant les outils de détection que ceux de surveillance s'appuient sur l'observation des manifestations du délirium. Ainsi, ils sont tributaires de la constance dans l'utilisation des critères d'observation et du jugement clinique de chaque intervenant qui les complète (Guenther et al., 2012). Au-delà de la surveillance, l'infirmière doit aussi chercher la ou les causes du délirium afin de planifier des interventions appropriées.

Tableau 3. Exemples d'outils de détection du délirium validés en soins critiques

Nom	Description
<p>Delirium Index (DI)</p> <p>McCusker et al., 1998; McCusker et al., 2004</p>	<p>Évaluation de 7 dimensions sur une échelle de 0-3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) inattention 2) désorganisation de la pensée 3) état de conscience 4) désorientation spatio-temporelle 5) problème de mémoire 6) Troubles perceptuels 7) activité psychomotrice (augmentée ou diminuée). <p>Plus le score total est élevé, plus le délirium est sévère (0-21 points.)</p>
<p>Delirium Rating Scale-revised 98 (DRS-98)</p> <p>Trzepacz et al., 2001</p>	<p>Évaluation de 16 dimensions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) cycle éveil-sommeil 2) troubles perceptuels 3) délire de persécution 4) affect labile 5) trouble du langage 6) trouble cognitif 7) agitation 8) ralentissement 9) orientation 10) attention 11) troubles de mémoire à court terme 12) trouble de mémoire à long terme 13) trouble visuospatial 14) apparition soudaine 15) fluctuation 16) problème de nature physique. <p>Les 13 premières dimensions se mesurent sur une échelle de 0-3 et servent à évaluer la sévérité. Plus le score total est élevé, plus le délirium est sévère (0-39 points).</p>

Des interventions infirmières

Les interventions mises en place pour un patient qui présente un délirium peuvent être de deux types, soit pharmacologiques et non pharmacologiques. Les interventions pharmacologiques recommandées dans les guides de pratique incluent l'utilisation d'antipsychotiques pour assurer la sécurité du patient en diminuant l'ampleur des manifestations, par exemple l'agitation. Par contre, l'efficacité de ces médicaments chez la clientèle de soins critiques est mise en doute (Barr et al., 2013; Neufeld, Yue, Robinson, Inouye et Needham, 2016; O'Neal et Shaw, 2016; Oldham et Pisani, 2015). De plus, ces médicaments ne permettent pas de traiter le délirium et sont davantage utilisés pour éviter ou diminuer les gestes agressifs et les blessures.

Ainsi, les interventions non pharmacologiques demeurent l'approche privilégiée face au délirium chez la personne âgée en soins critiques. Celles qui sont proposées dans les guides de pratique clinique relèvent entièrement de la pratique

autonome des infirmières (RNAO, 2016). Ceci signifie qu'elles peuvent les planifier et les mettre en œuvre dans le cadre de leur pratique usuelle, sans obtenir d'ordonnance. Plusieurs interventions recommandées découlent du modèle *Hospital Elder Life Program* (HELP) et ont été intégrées au cadre de référence proposé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, soit l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (Kergoat, Dupars, Juneau, Bourque et Boyer, 2011). Le modèle HELP a fait l'objet d'un des premiers essais cliniques pour évaluer l'effet préventif des interventions non pharmacologiques (Inouye, 2000). Il a été repris dans plusieurs études auprès de personnes âgées dans des contextes de soins de longue durée et de soins hospitaliers (Chen et al., 2011; Inouye et al., 1999; Rubin, Neal, Fenlon, Hassan et Inouye, 2011; Rubin, Williams, Lescisin, Mook, Hassan et Inouye, 2006; Zaubler et al., 2013). Ceci a permis de bonifier les interventions prévues initialement et de créer des guides de pratique clinique (AGS, 2015; Barr et al., 2013; RNAO, 2016). Un résumé de ces interventions est présenté dans le Tableau 4.

Tableau 4. Interventions non pharmacologiques pour le délirium

Source	Interventions ou approches
Modèle HELP	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer au patient où il se trouve et pourquoi (orientation) • Stimuler le patient sur le plan cognitif trois fois par jour, par exemple en discutant de l'actualité, en jouant à des jeux avec des mots, en utilisant la réminiscence • Favoriser le sommeil en diminuant le bruit sur l'unité de soins ou avec de la musique apaisante • Mobiliser le patient trois fois par jour • S'assurer du port de lunettes et des appareils auditifs • Encourager l'hydratation
Guides de pratique clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Laisser des objets familiers dans la chambre • Éviter les extrêmes (excès de stimuli dans le cas de délirium hyperactif ou absence de stimuli dans le cas de délirium hypoactif) • Éviter les changements de chambre • Assurer le maintien de l'équilibre hémodynamique • Éviter les mesures de contention physique • Diminuer les changements de personnel • Diviser les activités de soins en étapes plus courtes • Expliquer clairement et précisément les soins • Favoriser la présence des proches • Offrir de l'enseignement sur le délirium aux proches • Développer et maintenir une alliance avec les proches • Une fois résorbé, discuter du délirium et des souvenirs associés • Personnaliser les interventions selon la personnalité et l'histoire de vie
AGS, 2015; Barr et al., 2013; Inouye et al., 1999; RNAO, 2016	

Il est important de souligner que ces interventions ne sont pas seulement bénéfiques si la personne présente un délirium. Dès le début de l'hospitalisation, ces interventions peuvent permettre de prévenir le délirium (Clegg, Siddiqi, Heaven, Young et Holt, 2014). Lorsque ces interventions sont mises en place de manière préventive et qu'un délirium apparaît tout de même, les patients présentent des complications moins sévères. Les personnes âgées qui continuent à recevoir ces interventions pendant le délirium montrent un déclin cognitif et fonctionnel moins important, en plus d'un nombre réduit de chutes (Clegg et al, 2014; Inouye, 2000; Martinez, Tobar et Hill, 2015; Milisen, Lemiengre, Braes et Foreman, 2005). Aussi, ces interventions permettraient de diminuer la durée du délirium, la durée d'hospitalisation et la mortalité et favoriseraient aussi le rétablissement cognitif (Lundstrom et al., 2005; Pitkälä, Laurila, Strandberg et Tilvis, 2006).

L'approche de l'infirmière est un élément clé dans la prise en charge du délirium. Celle-ci doit prendre le temps d'établir le contact en entrant doucement dans la chambre du patient. Comme il peut avoir de la difficulté à saisir les explications, l'infirmière doit demeurer calme et utiliser des phrases courtes et simples tout en répétant l'information à de multiples reprises si nécessaire. Pour éviter une frustration chez un patient qui a de la difficulté à s'exprimer, elle peut utiliser des questions fermées.

L'infirmière est dans une position privilégiée pour amorcer les interventions non pharmacologiques tout au long du parcours de soins. En plus d'y être autorisée par son champ de pratique, elle entretient une relation personnalisée avec le patient et ses proches. Comme il a été mentionné, chacun présentera des manifestations qui lui sont propres selon sa personnalité et son histoire de vie. L'infirmière qui apprend à connaître le patient, par exemple à travers ses échanges avec les proches, pourra personnaliser ses interventions afin d'éviter l'exacerbation des manifestations qui pourrait mener à des complications (Barron et Holmes, 2013).

Des pistes pour la recherche sur le délirium

Le domaine de recherche sur le délirium est très actif. Cette section présente quelques pistes de recherche qui sont explorées pour la détection et la surveillance du délirium ainsi que pour les soins en partenariat avec les proches des personnes atteintes de délirium en soins critiques.

Les biomarqueurs pour détecter et surveiller l'évolution du délirium

Comme il a été expliqué plus haut, les chercheurs croient que le délirium s'expliquerait notamment par une altération de la perfusion cérébrale. Si les chercheurs parviennent à montrer que la diminution de la perfusion cérébrale indique la présence du délirium, il serait possible de le détecter plus rapidement et précisément.

Pour détecter la diminution de la perfusion cérébrale, il est possible d'utiliser la tomographie par émission de positons (TEP), mais il s'agit d'une technique coûteuse et difficile à réaliser au chevet des patients. Une autre avenue consiste à mesurer la perfusion cérébrale avec une technique non invasive appelée « spectroscopie de proche infrarouge ». On applique deux électrodes sur le front du patient. Une émet des faisceaux infrarouges qui pénètrent le cerveau pour ensuite être captés par l'autre. La différence dans l'intensité du faisceau permet de calculer une valeur d'oxymétrie cérébrale (ScO₂). Il s'agit d'une mesure indirecte qui peut être réalisée au chevet du patient, même s'il présente une instabilité hémodynamique. À ce jour, des études préliminaires montrent une association entre des valeurs basses d'oxymétrie cérébrale et le délirium (de Tournay-Jette et al., 2011; Mailhot, Cossette, Lambert, Cournoyer et Denault, 2016; Schoen et al., 2011). Il s'agit donc d'une technique prometteuse pour améliorer la détection et la surveillance du délirium, mais le niveau de preuve demeure insuffisant pour recommander un changement de pratique.

Les proches : alliés dans la prise en charge du délirium

Certains chercheurs se sont intéressés à la participation des proches dans la gestion du délirium. Comme ces derniers entretiennent une relation privilégiée avec la personne, ils détiennent une expertise complémentaire à celle des infirmières et des autres professionnels de la santé. Ils sont potentiellement mieux placés pour reconnaître des modifications dans l'état de la personne et contribuer à la planification d'interventions adaptées à la personnalité et à l'histoire de vie du patient.

Récemment, des chercheurs ont tenté d'impliquer les proches de patient présentant un délirium lors du séjour en soins intensifs après une chirurgie cardiaque (Mailhot et al., 2014; Mailhot et al., 2017). Dans le cadre de cette étude, ils souhaitaient

favoriser l'échange d'expertise entre l'infirmière, experte de la condition clinique et du délirium, et les proches qui détenaient l'expertise relative à la personne hospitalisée.

Deux fois par jour pendant les trois premiers jours du délirium, l'infirmière et les proches se rencontraient afin de planifier des interventions non pharmacologiques personnalisées. Les rencontres étaient divisées en trois phases qui s'appuyaient sur les principes de Bandura (1997) pour rehausser le sentiment d'efficacité personnelle. Durant la première phase, avant la visite au chevet, l'infirmière présentait aux proches des interventions recommandées dans les guides de pratique (voir tableau 3). La deuxième phase se déroulait au chevet du patient et permettait aux proches de mettre en place les interventions qu'ils avaient choisies sous la supervision de l'infirmière. Après la visite au chevet, la troisième phase consistait en une discussion entre l'infirmière et les proches pour effectuer un retour sur leur expérience et répondre à leurs questions.

Les résultats de cette étude préliminaire ont permis de montrer que les proches trouvaient acceptable et faisable de s'impliquer dans les soins de cette manière. Malgré que cette étude ait été réalisée auprès d'un petit échantillon (15 dyades patient-proche), les chercheurs ont observé une amélioration de leur sentiment d'efficacité personnel et une diminution de leur anxiété. Ces résultats sont cohérents avec ceux des études réalisées dans d'autres milieux de soins, suggérant qu'il est acceptable et faisable d'inclure les proches dans la gestion du délirium (Black, Boore et Parahoo, 2011; Rosenbloom-Brunton, Henneman et Inouye, 2010). Ce type d'intervention paraît prometteur, mais des études à plus large échelle sont nécessaires pour en vérifier l'efficacité pour les proches et la personne hospitalisée. Ultimement, il s'agit de vérifier si une telle intervention permet de réduire la durée, la sévérité et les conséquences du délirium. Par ailleurs, l'étude de Mailhot et al. (2017) a permis d'observer un nombre important de patients qui ont développé un délirium et qui n'avaient pas de proches à leur chevet. Ceci souligne la pertinence de se questionner sur la façon de favoriser la participation des proches lors du délirium.

Conclusion

Cet article présente le syndrome du délirium, les outils pour le détecter et le surveiller et les interventions non pharmacologiques pour le gérer. Il s'adressait plus particulièrement aux infirmières œuvrant auprès de personnes âgées

en soins critiques, mais plusieurs éléments s'appliquent au-delà de ce contexte. Considérant l'ampleur du vieillissement de la population dans la société québécoise, il est nécessaire que toutes les infirmières connaissent ce syndrome et soient outillées pour y faire face. Ceci est un besoin particulièrement criant, considérant que plusieurs études montrent que les taux de détection du délirium par les infirmières dépassent rarement 30 % (Inouye, Foreman, Mion, Katz et Cooney Jr, 2001; Lemiengre et al., 2006).

Auteurs



Tanya Mailhot

Tanya Mailhot est stagiaire postdoctoral à l'Institut de Cardiologie de Montréal. Ses intérêts de recherche concernent la clientèle âgée en soins aigus et les proches, les interventions infirmières et le délirium.



Patrick Lavoie

Patrick Lavoie est stagiaire postdoctoral à la William F. Connell School of Nursing du Boston College. Ses intérêts de recherche concernent la formation infirmière, l'évaluation clinique et la prise de décision des infirmiers et des infirmières.

RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

American Geriatrics Society abstracted clinical practice guideline for postoperative delirium in older adults. (2015). *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(1), 142-150. doi:10.1111/jgs.13281

Andersson, E. M., Hallberg, I. R., Norberg, A. et Edberg, A. K. (2002). The meaning of acute confusional state from the perspective of elderly patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 652-63. doi: 10.1002/gps.682

Bagshaw, S. M., Webb, S. A., Delaney, A., George, C., Pilcher, D., Hart, G. K. et Bellomo, R. (2009). Very old patients admitted to intensive care in Australia and New Zealand: A multi-centre cohort analysis. *Critical Care*, 13(2), R45. doi: 10.1186/cc7768

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY: W.H. Freedman.

Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., . . . Joffe, A. M. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*, 41(1), 263-306.

Bergeron, N., Dubois, M. J., Dumont, M., Dial, S. et Skrobik, Y. (2001). Intensive Care Delirium Screening Checklist: Evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Medicine*, 27, 859-864.

Black, P., Boore, J. R. et Parahoo, K. (2011). The effect of nurse-facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 1091-101. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05558.x

Breitbart, W., Gibson, C. et 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, 183-94. doi: 10.1176/appi.psy.43.3.183

Cerejeira, J., Firmino, H., Vaz-Serra, A. et Mukaetova-Ladinska, E. B. (2010). The neuroinflammatory hypothesis of delirium. *Acta Neuropathologica*, 119(6), 737-54. doi: 10.1007/s00401-010-0674-1

Chen, C. C., Lin, M. T., Tien, Y. W., Yen, C. J., Huang, G. H. et Inouye, S. K. (2011). Modified Hospital Elder Life Program: Effects on abdominal surgery patients. *Journal of the American College of Surgeon*, 213, 245-52. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2011.05.004

Clegg, A., Siddiqi, N., Heaven, A., Young, J. et Holt, R. (2014). Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, Cd009537. doi: 10.1002/14651858.CD009537.pub2

de Tournay-Jette, E., Dupuis, G., Bherer, L., Deschamps, A., Cartier, R. et Denault, A. (2011). The relationship between cerebral oxygen saturation changes and postoperative cognitive dysfunction in elderly patients after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 25, 95-104. doi: 10.1053/j.jvca.2010.03.019

Ely, E. W., Inouye, S. K., Bernard, G. R., Gordon, S., Francis, J., May, L., . . . Dittus, R. (2001). Delirium in mechanically ventilated patients: Validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *Journal of the American Medical Association*, 286, 2703-10.

Fuchs, L., Chronaki, C. E., Park, S., Novack, V., Baumfeld, Y., Scott, D., . . . Celi, L. (2012). ICU admission characteristics and mortality rates among elderly and very elderly patients. *Intensive Care Medicine*, 38, 1654-61.

Gosselt, A. N., Slooter, A. J., Boere, P. R. et Zaal, I. J. (2015). Risk factors for delirium after on-pump cardiac surgery: a systematic review. *Critical Care*, 19, 1-8. doi: 10.1186/s13054-015-1060-0

Gottesman, R. F., Grega, M. A., Bailey, M. M., Pham, L. D., Zeger, S. L., Baumgartner, W. A., . . . McKhann, G. M. (2010). Delirium after coronary artery bypass graft surgery and late mortality. *Annals of Neurology*, 67, 338-44. doi: 10.1002/ana.21899

Guenther, U., Weykam, J., Andorfer, U., Theuerkauf, N., Popp, J., Ely, E. W. et Putensen, C. (2012). Implications of objective vs subjective delirium assessment in surgical intensive care patients. *American Journal of Critical Care*, 21, e12-20. doi: 10.4037/ajcc2012735

Inouye, S. K. (2000). Prevention of delirium in hospitalized older patients: Risk factors and targeted intervention strategies. *Annals of Medicine*, 32, 257-63.

Inouye, S. K. (2006). Delirium in older persons. *New England Journal of Medicine*, 354, 1157-65. doi: 10.1056/NEJMra052321

Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R. et Cooney, L. M., Jr. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England Journal of Medicine*, 340, 669-76. doi: 10.1056/nejm199903043400901

Inouye, S. K., Foreman, M. D., Mion, L. C., Katz, K. H. et Cooney Jr, L. M. (2001). Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. *Archives of internal medicine*, 161, 2467-73.

- Jackson, T. A., Wilson, D., Richardson, S. et Lord, J. M. (2016). Predicting outcome in older hospital patients with delirium: a systematic literature review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 392-9. doi: 10.1002/gps.4344
- Kergoat, M-J, Dupars, A., Juneau, L., Bourque, M et Boyer, D. (2011). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-830-03.pdf>
- Khan, B. A., Zawahiri, M., Campbell, N. L. et Boustani, M. A. (2011). Biomarkers for delirium: A review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, S256-61. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03702.x
- Koster, S., Hensens, A. G., Schuurmans, M. J. et van der Palen, J. (2011). Risk factors of delirium after cardiac surgery: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 197-204. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2010.09.001
- Lemiengre, J., Nelis, T., Joosten, E., Braes, T., Foreman, M., Gastmans, C. et Milisen, K. (2006). Detection of delirium by bedside nurses using the confusion assessment method. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 685-9. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2006.00667.x
- Lundstrom, M., Edlund, A., Karlsson, S., Brannstrom, B., Bucht, G. et Gustafson, Y. (2005). A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 622-8. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53210.x
- Maclullich, A. M., Anand, A., Davis, D. H., Jackson, T., Barugh, A. J., Hall, R. J., . . . Cunningham, C. (2013). New horizons in the pathogenesis, assessment and management of delirium. *Age and Ageing*, 42, 667-74. doi: 10.1093/ageing/aft148
- Mailhot, T., Cossette, S., Bourbonnais, A., Cote, J., Denault, A., Cote, M. C., ... Guertin, M. C. (2014). Evaluation of a nurse mentoring intervention to family caregivers in the management of delirium after cardiac surgery: A study protocol for a randomized controlled pilot trial. *Trials*, 15, 306. doi: 10.1186/1745-6215-15-306
- Mailhot, T., Cossette, S., Cote, J., Bourbonnais, A., M-C, C., Lamarche, Y. et Denault, A. (2017). A delirium management intervention involving families following cardiac surgery: Randomized pilot study. *Nursing in Critical Care* (advanced online publication). doi: 10.1111/nicc.12288
- Mailhot, T., Cossette, S., Lambert, J., Cournoyer, A. et Denault, A. Y. (2016). Cerebral oximetry as a biomarker of postoperative delirium in cardiac surgery patients. *Journal of Critical Care*, 34, 17-23. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.02.024
- 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, 789-856, ix. doi: 10.1016/j.ccc.2008.06.004
- Marcantonio, E. R., Ngo, L. H., O'connor, M., Jones, R. N., Crane, P. K., Metzger, E. D. et Inouye, S. K. (2014). 3D-CAM: Derivation and validation of a 3-minute diagnostic interview for CAM-defined delirium. *Annals of Internal Medicine*, 161, 554-61. doi: 10.7326/M14-0865
- Martinez, F., Tobar, C. et Hill, N. (2015). Preventing delirium: Should non-pharmacological, multicomponent interventions be used? A systematic review and meta-analysis of the literature. *Age and Ageing*, 44, 196-204. doi: 10.1093/ageing/afu173
- McCusker, J., Cole, M., Bellavance, F. et Primeau, F. (1998). Reliability and validity of a new measure of severity of delirium. *Int Psychogeriatr*, 10(4), 421-433.
- McCusker, J., Cole, M. G., Dendukuri, N., et Belzile, E. (2004). The delirium index, a measure of the severity of delirium: new findings on reliability, validity, and responsiveness. *J Am Geriatr Soc*, 52(10), 1744-1749. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52471.x
- Milisen, K., Lemiengre, J., Braes, T. et Foreman, M. D. (2005). Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: *Systematic review. Journal of Advanced Nursing*, 52, 79-90. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03557.x
- Neufeld, K. J., Yue, J., Robinson, T. N., Inouye, S. K. et Needham, D. M. (2016). Antipsychotic medication for prevention and treatment of delirium in hospitalized adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64, 705-14. doi: 10.1111/jgs.14076
- O'Malley, G., Leonard, M., Meagher, D. et O'Keefe, S. T. (2008). The delirium experience: a review. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 223-8. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.05.017
- O'Neal, J. B. et Shaw, A. D. (2016). Predicting, preventing, and identifying delirium after cardiac surgery. *Perioperative Medicine*, 5, 7. doi: 10.1186/s13741-016-0032-5
- Oldham, M. et Pisani, M. A. (2015). Sedation in critically ill patients. *Critical Care Clinics*, 31, 563-87. doi: 10.1016/j.ccc.2015.03.010
- Page, V. et Ely, E. W. (2015). *Delirium in critical care*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Page, V. J., Navarange, S., Gama, S. et McAuley, D. F. (2009). Routine delirium monitoring in a UK critical care unit. *Critical Care*, 13(1), R16. doi: 10.1186/cc7714

- Partridge, J. S., Martin, F. C., Harari, D., et Dhesi, J. K. (2013). The delirium experience: what is the effect on patients, relatives and staff and what can be done to modify this? *Int J Geriatr Psychiatry*, 28(8), 804-812. doi:10.1002/gps.3900
- Peterson, J. F., Pun, B. T., Dittus, R. S., Thomason, J. W., Jackson, J. C., Shintani, A. K. et Ely, E. (2006). Delirium and its motoric subtypes: A study of 614 critically ill patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 479-84. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.00621.x
- Pitkälä, K. H., Laurila, J. V., Strandberg, T. E. et Tilvis, R. S. (2006). Multicomponent geriatric intervention for elderly inpatients with delirium: A randomized, controlled trial. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 61, 176-81.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2016). *Delirium, dementia, and depression in older adults: Assessment and care*. Toronto, ON: RNAO.
- Robinson, T. N., Raeburn, C. D., Tran, Z. V., Brenner, L. A. et Moss, M. (2011). Motor subtypes of postoperative delirium in older adults. *Archives of Surgery*, 146, 295-300. doi: 10.1001/archsurg.2011.14
- Rosenbloom-Brunton, D. A., Henneman, E. A. et Inouye, S. K. (2010). Feasibility of family participation in a delirium prevention program for hospitalized older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(9), 22-33. doi: 10.3928/00989134-20100330-02
- Rubin, F. H., Neal, K., Fenlon, K., Hassan, S. et Inouye, S. K. (2011). Sustainability and scalability of the hospital elder life program at a community hospital. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 359-65. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03243.x
- Rubin, F. H., Williams, J. T., Lescisin, D. A., Mook, W. J., Hassan, S. et Inouye, S. K. (2006). Replicating the Hospital Elder Life Program in a community hospital and demonstrating effectiveness using quality improvement methodology. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 969-74.
- Saczynski, J. S., Marcantonio, E. R., Quach, L., Fong, T. G., Gross, A., Inouye, S. K. et Jones, R. N. (2012). Cognitive trajectories after postoperative delirium. *New England Journal of Medicine*, 367, 30-9. doi: 10.1056/NEJMoa1112923
- Salluh, J. I. F., Wang, H., Schneider, E. B., Nagaraja, N., Yenokyan, G., Damluji, A., . . . Stevens, R. D. (2015). Outcome of delirium in critically ill patients: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 350, h2538.
- Schoen, J., Meyerrose, J., Paarmann, H., Heringlake, M., Hueppe, M. et Berger, K.-U. (2011). Preoperative regional cerebral oxygen saturation is a predictor of postoperative delirium in on-pump cardiac surgery patients: A prospective observational trial. *Critical Care*, 15(5), R218. doi: 10.1186/cc10454
- Stenwall, E., Sandberg, J., Eriksdotter Jonhagen, M. et Fagerberg, I. (2008). Relatives' experiences of encountering the older person with acute confusional state: experiencing unfamiliarity in a familiar person. *International Journal of Older People Nursing*, 3, 243-51. doi: 10.1111/j.1748-3743.2008.00125.x
- Stransky, M., Schmidt, C., Ganslmeier, P., Grossmann, E., Haneya, A., Moritz, S., . . . Trabold, B. (2011). Hypoactive delirium after cardiac surgery as an independent risk factor for prolonged mechanical ventilation. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 25, 968-74. doi: 10.1053/j.jvca.2011.05.004
- Trzepacz, P. T., Mittal, D., Torres, R., Canary, K., Norton, J. et Jimerson, N. (2001). Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98: Comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 13, 229-42. doi: 10.1176/jnp.13.2.229
- van Eijk, M. M., van den Boogaard, M., van Marum, R. J., Benner, P., Eikelenboom, P., Honing, M. L., . . . Slooter, A. J. (2011). Routine use of the confusion assessment method for the intensive care unit: a multicenter study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 184, 340-4.
- Van Rompaey, B., Elseviers, M. M., Schuurmans, M. J., Shortridge-Baggett, L. M., Truijen, S. et Bossaert, L. (2009). Risk factors for delirium in intensive care patients: A prospective cohort study. *Critical Care*, 13(3), R77. doi: 10.1186/cc7892
- Voyer, P., Champoux, N., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Monette, J., . . . Carmichael, P.-H. (2015). Recognizing acute delirium as part of your routine: A validation study. *BMC Nursing*, 14(1), 19. doi: 10.1186/s12912-015-0070-1
- Witlox, J., Eurelings, L. S., de Jonghe, J. F., Kalisvaart, K. J., Eikelenboom, P. et Van Gool, W. A. (2010). Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 304, 443-51. doi: 10.1001/jama.2010.1013
- Zaal, I. J., Devlin, J. W., Peelen, L. M. et Slooter, A. J. (2015). A systematic review of risk factors for delirium in the ICU. *Critical Care Medicine*, 43(1), 40-7. doi: 10.1097/ccm.0000000000000625
- Zaubler, T. S., Murphy, K., Rizzuto, L., Santos, R., Skotzko, C., Giordano, J., . . . Inouye, S. K. (2013). Quality improvement and cost savings with multicomponent delirium interventions: Replication of the Hospital Elder Life Program in a community hospital. *Psychosomatics*, 54, 219-26. doi: 10.1016/j.psych.2013.01.010