

Des repères pour le cerveau confus

Pierre Gagnon, md, FRCPC

Psychiatre en psycho-oncologie

Maison Michel-Sarrazin et CHU de Québec

Professeur – chercheur - Université Laval

Objectifs

- 1. Définir le delirium, son importance clinique et son évolution**
- 2. Réviser les différents traitements non-pharmacologiques selon les données probantes et l'expérience clinique**
- 3. Présenter des suggestions pratiques pour la prévention et le traitement du delirium en soins palliatifs**

Plan

- 1. Description du délirium**
 - a) Définition, importance et causes**
- 2. Revue des interventions non pharmacologiques**
 - a) Prévention**
 - b) Traitement**
 - c) Intervention avec composantes multiples (Inouye)**
 - d) Privation du sommeil**
 - e) Recommandations**
- 3. Quelques outils de dépistage et de détection**
- 4. Intervention psycho-éducationnelle auprès des proches**
 - a) Étude à la Maison Michel Sarrazin**
- 5. Conclusions**

Définition du délirium (état confusionnel aigu)

- **Trouble mental :**
 - caractérisé par une perturbation de l'**attention** et du champ de **conscience** associée à des troubles cognitifs, comportementaux et perceptuels
 - associé à d'autres symptômes psychiatriques
 - se développant sur une **courte période de temps** (jours ou heures)
 - d'étiologie **organique**

Délirium

Terminologie

- Délirium = diagnostic, **syndrome** avec plusieurs symptômes
 - Patient atteint de délirium = patient en délirium, ou « délirieux » (non accepté)
 - En anglais: adjectif = **delirious**

DélirE

- Patient présentant une idée délirante ou un délire = un **symptôme**, survenant autant pendant un délirium, mais surtout dans le cadre de trouble psychotique tel que la schizophrénie
 - Patient présentant un délire = **délirant**
 - Anglais: idée délirante = **delusion**
 - Patient délirant = **delusional**
- Donc, un patient en **délirium** peut ou ne pas être **délirant**

Importance du problème

- **Fréquent**
- **Impact majeur sur la qualité de vie:**
 - des **patients**
 - perturbés
 - mal diagnostiqués
 - mal traités : délirium, autres symptômes
 - des **familles**: mauvaises interprétations
 - des **soignants**
- **Impact sur la survie**

Causes de délirium

toujours organiques

- Atteinte cérébrale **directe** (tumeur primaire, métastases, méningite carcinomateuse)
- Atteinte cérébrale **indirecte**
 - Rx (opiacés, anti-ACh, benzo, corticostéroïdes, autres ++++)
 - encéphalopathie métabolique, électrolytique, par insuffisance (hépatique, rénale), hypoxique, endocrinienne)
 - Fièvre
 - autres

Conclusions d'une étude à la MMS

- Plus de **50 %** des patients présentent des symptômes de **confusion**
- Un **tiers** des patients **sans symptôme** de confusion à l'admission développent un délirium franc
- Près de la **moitié** des patients qui développent un délirium en phase terminale vivent une **rémission** au moins partielle

Sous-types de délirium

Hyperactif

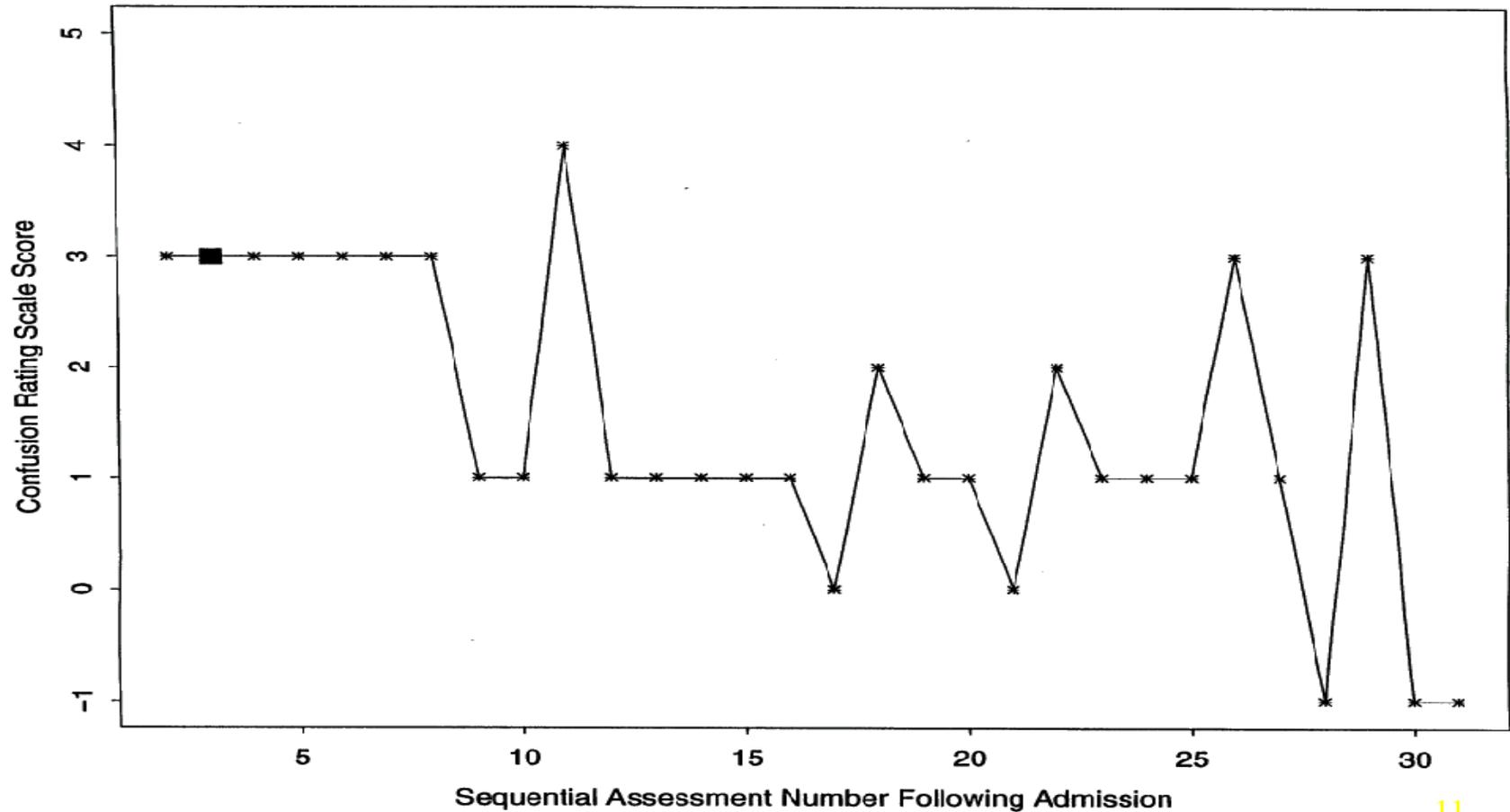
- Hypervigilance
- Agitation
- Hallucinations
- Délire
- Hyperexcitation
- ECG rapide ou normal
- Euphorie
- Irritabilité, impatience
- Cauchemars
- Combativité

Hypoactif

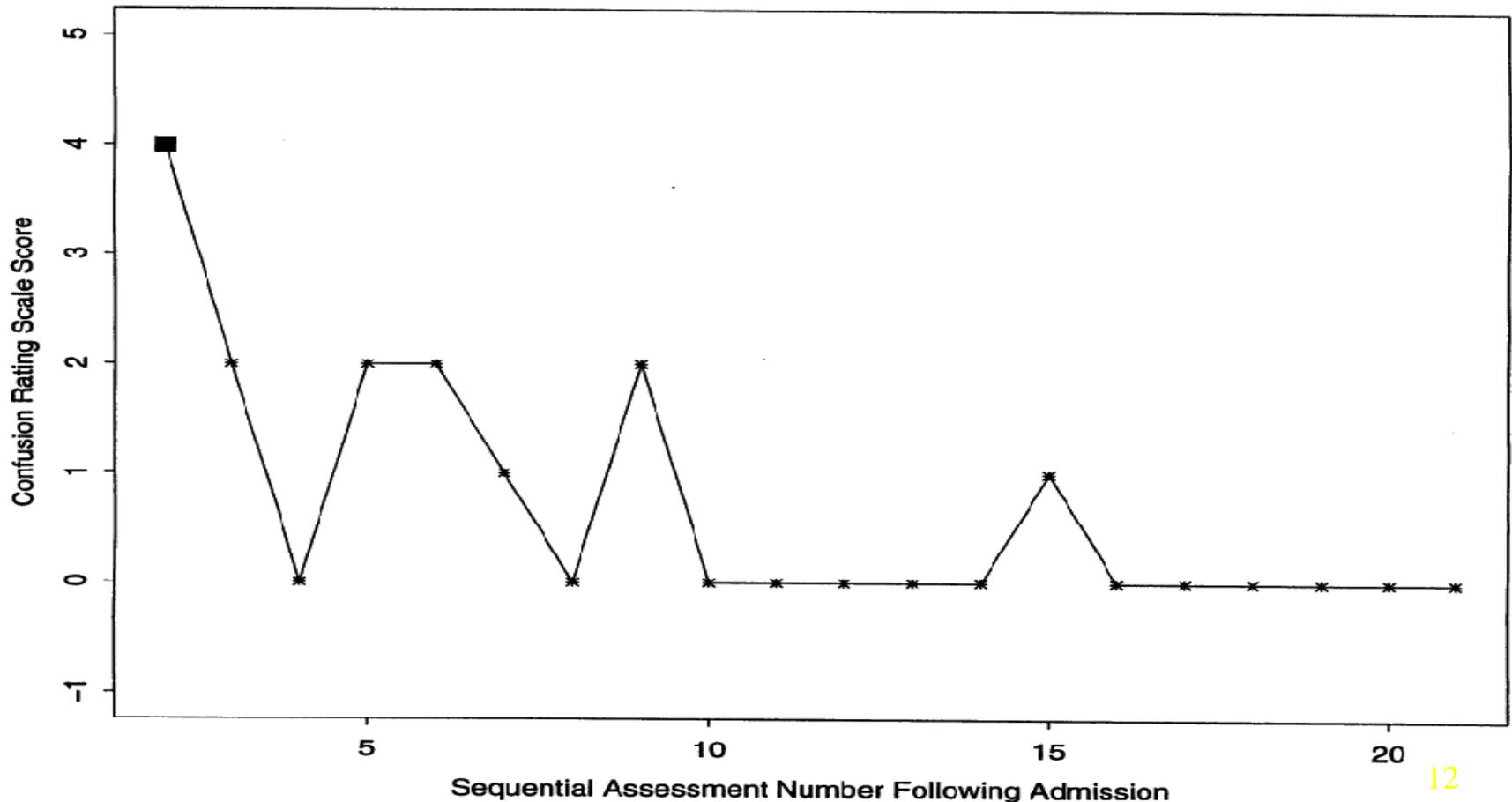
- Hypovigilance
- Léthargie
- Somnolence
- Retrait
- Lenteur
- ECG lent
- Mouvements lents
- Apathie
- Déconnecté de la réalité
- Regard fixe

- ▶ Le sous-type mixte nécessite des symptômes du délirium hyperactif et hypoactif.

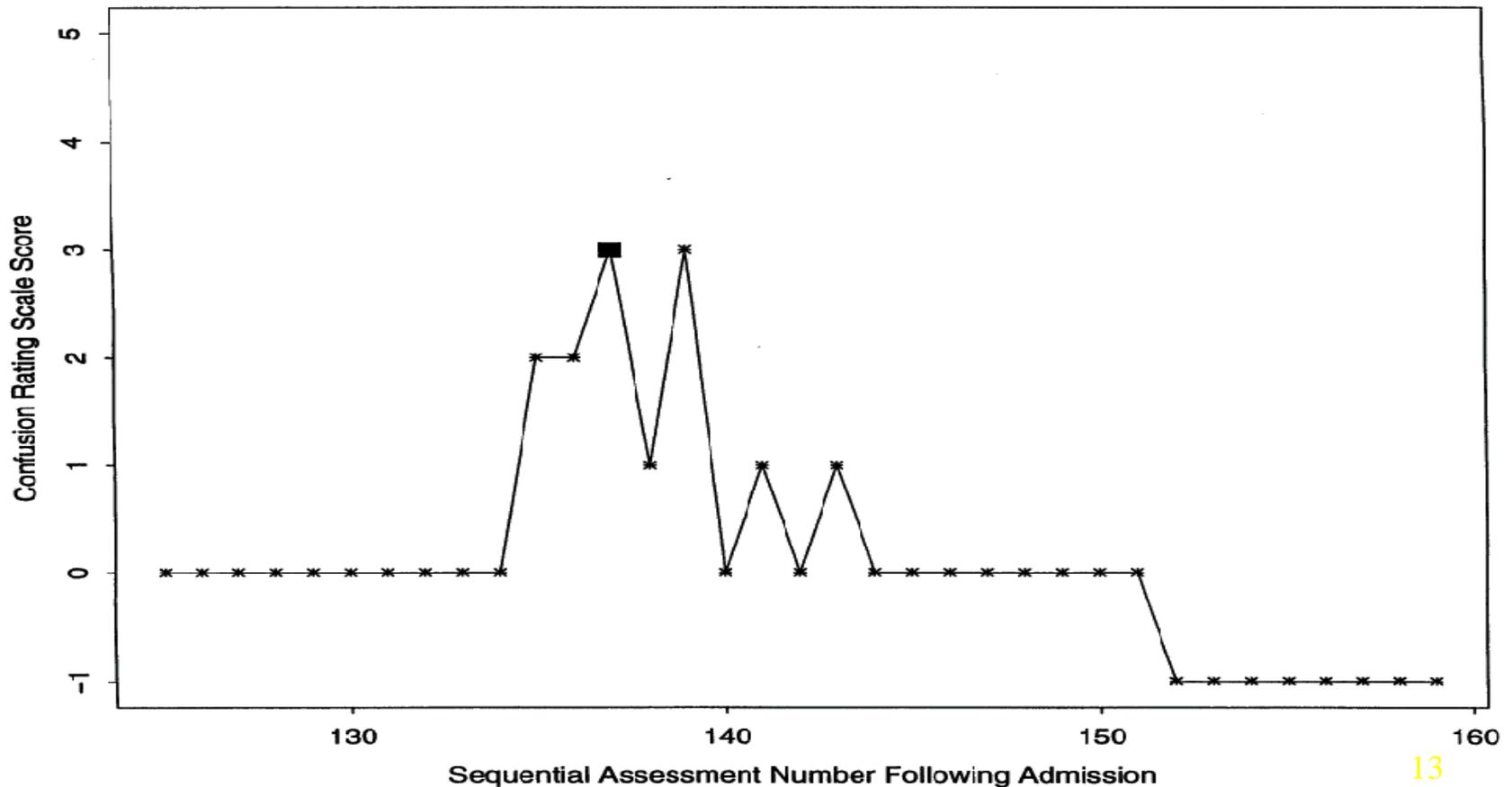
Délirium à l'admission, persistant jusqu'au décès



Délirium à l'admission, rémission avant le décès



Apparition du délirium durant le séjour suivi d'une rémission



Délirium terminal

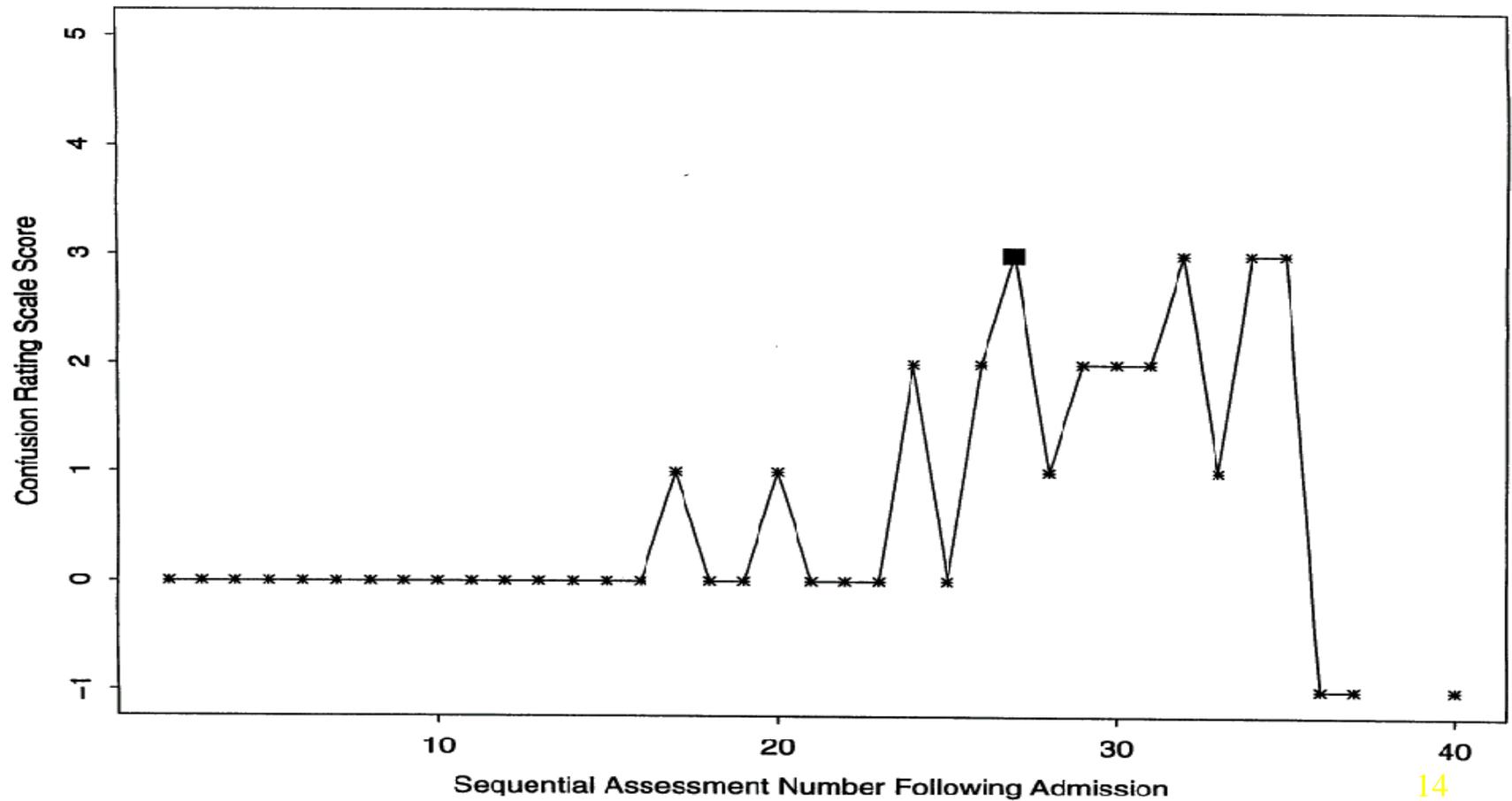
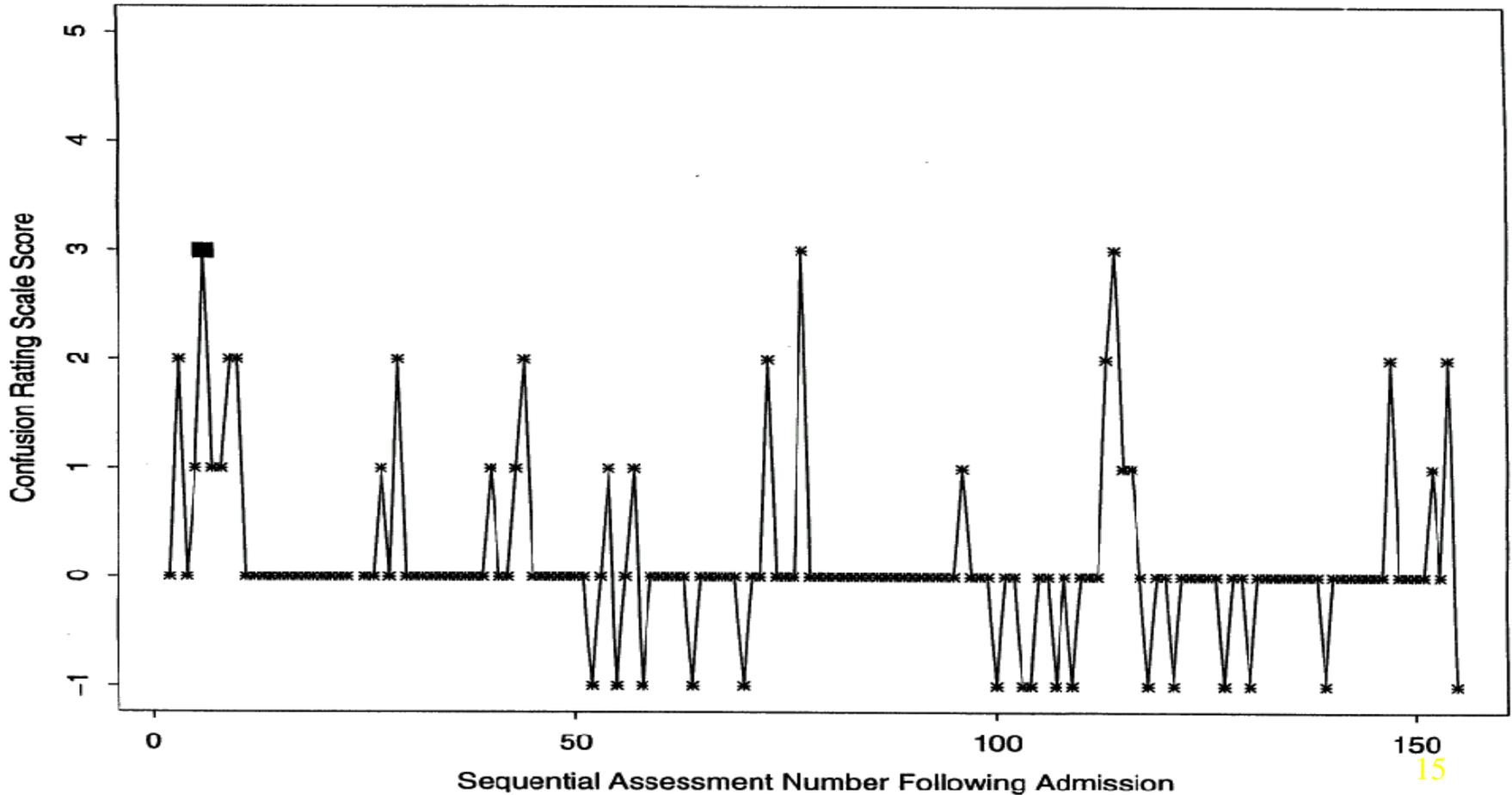


Schéma de la fluctuation des symptômes du délirium



Outils de dépistage et détection

Échelle de dépistage du délirium (EDD)

ÉCHELLE DE DÉPISTAGE DU DÉLIRIUM (EDD)

Date (mois, jour)												
	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S
Désorientation												
Comportement inapproprié												
Communication inappropriée												
Illusions/Hallucinations												
Ralentissement phys./mental												
Pointage par période												
Si N.E., écrire: a=sommeil naturel; b=sédation induite; c=stupeur ou coma; d=autres												

TÉLÉCOM

Test Élémentaire de Concentration, Orientation et Mémoire (TÉLÉCOM)

	Erreur maximale	Pointage	Poids relatif	
1 En quelle année Sommes-nous actuellement?	1	----- X	4	= _____
2 Quel mois sommes-nous actuellement?	1	----- X	3	= _____
3 Phrase mnémorique Répétez cette phrase après moi: Jean Lemieux 42 rue St-Germain, Montréal				
4 Quelle heure est-il environ? (à 1h près)	1	----- X	3	= _____
5 Comptez à l'envers de 20 jusqu'à 1	1 ou 2	----- X	2	= _____
6 Récitez les mois à l'envers	1 ou 2	----- X	2	= _____
7 Répétez la phrase que je vous ai dite.	1,2,3,4, ou 5	---- X	2	= _____
		TOTAL		= _____

Seuil > 10

Pointage de 1 pour chaque réponse erronée; erreur maximale pondérée = 28

Revue de littérature

Approches non-pharmacologiques

- Prévention : ↓ incidence
- Traitement : Amélioration plus rapide des symptômes

 PERSPECTIVES ON CARE
AT THE CLOSE OF LIFE

CLINICIAN'S CORNER

Agitation and Delirium at the End of Life "We Couldn't Manage Him"

William Breitbart, MD
Yesne Alici, MD

JAMA. 2008;300(24):2898-2910

www.jama.com

Intervention efficace en prévention

*** et en traitement**

- **Minimiser l'utilisation de cathéters, de voie intraveineuse, et de contention physique**
- **Éviter l'immobilisation et favoriser la mobilisation précoce**
- **Effectuer un suivi de la nutrition**
- **Encourager le port des lunettes et de l'aide auditive**
- **Surveiller étroitement la déshydratation**

Intervention efficace en prévention

*** et en traitement**

- **Contrôler la douleur**
- **Surveiller l'équilibre hydro-électrolytique**
- **Surveiller les fonctions rénales et hépatiques**
- **Réviser la médication**
- **Réorienter le patient**
- **Placer en évidence un calendrier, une horloge et des objets significatifs (i.e photos de famille) dans la chambre des patients**

Intervention efficace en prévention

*** et en traitement**

- **Encourager des activités stimulantes cognitivement comme des mots cachés**
- **Introduire une bonne hygiène de sommeil, incluant de la musique de relaxation, des boissons chaudes, et des massages doux**
- **Minimiser les bruits et les interventions au coucher, par exemple en adaptant l'horaire de prise de médicaments**

Intervention à composantes multiples

Étude d'Inouye

- n = 852 patients > 70 ans et plus
- Unité de médecine interne et gériatrie

	Intervention n = 426	Usuel n = 426	p
Premier épisode délirium	42 (9.9)	64 (15.0)	0.02
Jour en délirium	105	161	0.02
Nbre de délirium	62	90	0.03

Patients avec délirium n = 106

Sévérité du délirium (moyenne)	3.85 ± 1.27	3.52 ± 1.44	0.25
Récurrence (2 et plus)	13 (31.0)	17 (26.6)	0.62

Amélioration du sommeil

- **Intervention non pharmacologique**
 - Réduction des bruits environnementaux et de la lumière la nuit
- **Devis de type avant-après**

Anaesthesia 2014, 69, 540-549

doi:10.1111/anae.12638

Original Article

The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients*

J. Patel,¹ J. Baldwin,² P. Bunting³ and S. Laha³

1 Medical Student, University of Manchester, Manchester, UK

2 Research Nurse, Critical Care Unit, 3 Consultant, Department of Anaesthesia and Critical Care Medicine, Royal Preston Hospital, Lancashire Teaching Hospitals NHS Trust, Preston, UK

Étude sur amélioration du sommeil

	Avant n = 167	Après n = 171	<i>p</i>
Index d'efficacité du sommeil	60.8 ± 3.5	75.9 ± 2.2	0.031
Son moyen	68.8 ± 4.2 dB	61.8 ± 9.1 dB	0.002
Niveau de lumière	594 ± 88.2 lux	301 ± 53.5 lux	0.021
Incidence du délirium	33 %	14 %	<.001
Durée du délirium	3.4 ± 14.4 jours	1.2 ± 0.9 jour	0.021

- **Corrélation entre l'index d'efficacité du sommeil et le délirium**
 - **OR 0.90 [0.84-0.97], IC à 95%**

Recommandations des interventions anti-délirium: Ajustement de la médication

- Réduire ou enlever les médicaments psychoactifs (anticholinergique, sédatifs, hypnotiques, opioïdes)
 - Éviter les doses « au besoin » (PRN)
- Substituer par des médicaments moins toxiques
- Utiliser des approches non pharmacologiques pour le sommeil et l'anxiété
 - Massage, musique, relaxation

Recommandations des interventions anti-délirium: Traiter les conditions médicales aiguës

- **Traiter les problèmes identifiés**
 - Infections, troubles métaboliques, etc.
- **Maintenir une bonne hydratation et nutrition**
- **Traiter l'hypoxie**

Recommandations des interventions anti-délirium: Stratégies de réorientation

- **Encourager l'implication de la famille**
 - Utiliser des bénévoles au besoin
- **Corriger les déficits sensoriels**
 - Lunettes, appareil auditif, interprète, etc.
- **Fournir une stimulation intellectuelle et environnementale adéquate**
 - Environnement relaxant et sécuritaire
- **Réduire l'isolation environnementale**
- **Encourager une communication simple et claire**
- **Rassurer le patient et les proches**

Recommandations des interventions anti-délirium: Maintenir une mobilité sécuritaire

- **Enlever tout ce qui favorise l'immobilisation, si possible**
 - Voie IV, cathéters, drains thoraciques, sondes, contention physique, etc.
 - Contention physique: **peut exacerber les symptômes neurocomportementaux et induire un syndrome d'immobilisation**
- **Déplacer le patient au moins 3 x/jour; amplitude active des mouvements**
- **Encourager le patient à participer à ses soins d'hygiène et d'habillement**

Recommandations des interventions anti-délirium: Normaliser le cycle sommeil-éveil

- **Nuit**
 - Fournir un sommeil continu, autant que possible
 - Environnement propice: calme, minimiser le bruit, luminosité minimale
 - Limiter l'utilisation de médication pour favoriser le sommeil
- **Jour**
 - Éviter ou limiter les siestes
 - Encourager l'exposition à la lumière naturelle
 - Minimiser le bruit (stimulation légère)

Intégration des recommandations au quotidien

- **Établir le contact visuel, se nommer et appeler la personne par son nom avant de donner une consigne ou de procéder à un soin**
- **Aborder la personne avec un visage souriant et détendu**
- **Utiliser un ton de voix doux et rassurant**
- **Employer des gestes et des expressions pour se faire comprendre**
- **Se servir de phrases simples, courtes et concrètes**

Intégration des recommandations au quotidien

- Orienter la personne dans les 3 sphères à chaque visite
- Intégrer dans la conversation des éléments d'orientation (**quel beau lundi matin aujourd'hui!**)
- Expliquer aux proches l'importance d'orienter et de sécuriser régulièrement la personne;
- Aider la personne à interpréter correctement son environnement en le décrivant

Intégration des recommandations au quotidien

- **Utiliser le toucher affectif pour lui témoigner du réconfort et de la sécurité**
- **Permettre à la personne d'exprimer ses craintes, ses préoccupations et sa tristesse**
- **Rassurer la personne en lui disant que cela ira mieux dans quelque temps**
- **Renseigner les proches sur l'importance de leur présence au chevet de la personne : sur le plan de l'orientation, de la sécurité et de la satisfaction des besoins de base**

Interventions pour les proches

- Parler avec des phrases et des mots **simples**, lentement, sans chuchoter
- Éviter de hausser le ton si elle semble ne pas comprendre
- Éviter d'argumenter ou de vouloir raisonner la personne
- Utiliser une tactique de **diversion** (lui changer les idées) pour donner les soins d'hygiène et d'incontinence

Éclairage propice à l'orientation et au repos

- Ouvrir les rideaux le matin pour laisser entrer la **lumière naturelle**
- Installer la nuit des **veilleuses**
 - près du lit de manière à réduire les troubles perceptuels et à faciliter également l'orientation
 - à l'entrée et à l'intérieur de la salle de toilette
- Éviter le changement d'éclairage trop intense et rapide ce qui provoque une **surcharge sensorielle**



Intervention psycho- éducative auprès des proches

Étude à la Maison Michel Sarrazin

- Réalisée par l'équipe de Dr Pierre Gagnon
- Phase 1: Entrevue avec professionnels de la santé et familles
 - Tous croient que le délirium peut être une expérience stressante et qu'une intervention psychoéducationnelle serait utile
 - Contrairement aux familles, les professionnels croient que l'intervention ne devrait être donnée qu'aux familles où le patient présente des symptômes de délirium ou est à haut risque (paternalisme de bon aloi...)

Étude à la Maison Michel Sarrazin

- **Phase 2: Contenu de la brochure évalué par des familles (n=20)**
 - Espoir, sentiment d'être rassuré
 - Sentiment d'assurance à faire face au délirium
 - **> 90% pensent que la brochure devrait être donnée à toutes les familles**
- **13 familles ont expérimenté le délirium de leur proche**
 - Moins de détresse
 - Compréhension de ce qui arrive
 - Aide dans l'attitude à adopter

Phase 3: Comparaison entre groupe usuel et groupe intervention

	Usuel n = 58	Intervention n = 66	<i>p</i>
Compétence ressentie [échelle 1-4]			
Avez-vous l'impression que vous avez assez de connaissance pour prendre de bonnes décisions ?	3.60	3.85	0.006
Information devrait être donnée			
À tous les proches	86.2%	98.5%	0.009
À tous les patients	34.5%	48.5%	0.29

Phase 3: Comparaison entre groupe usuel et groupe intervention

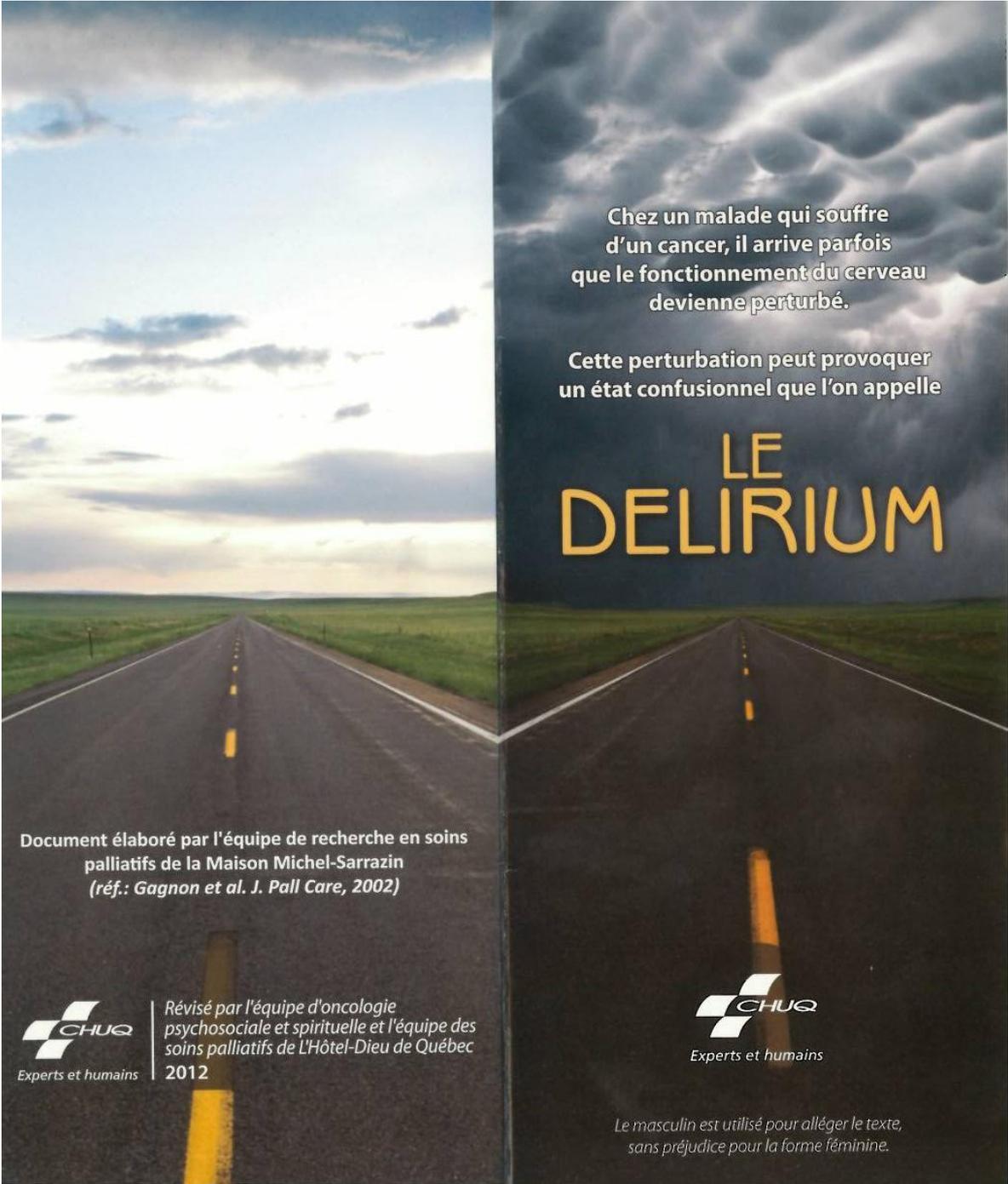
- **Expérience des professionnels de la santé**
 - Constate des effets positifs
 - Certains trouvent que le charge de travail a augmenté
 - Mais tous considèrent que cela ne prend pas trop de temps
 - Tous les proches devraient être informés du délirium
 - Intervention est une façon efficace de soutenir les proches
- **Temps d'administration \approx 10 minutes**

Démarche

- Questionner les proches au sujet de **l'état cognitif** du patient depuis votre dernière visite
- Toujours vérifier les **besoins du proche** (ses préoccupations, ses peurs, ses craintes, ses attentes)
- Moduler votre intervention en fonction des besoins exprimés
- **Rassurer** les proches et le patient
 - Delirium: État souvent observé chez cette population, particulièrement en fin de vie
 - Souvent temporaire et la conséquence d'une condition médicale
 - Pas une maladie psychiatrique permanente ni une démence

Présentation de l'intervention

- **Expliquer le delirium en termes simples**
 - En quoi cela consiste
 - Causes les plus fréquentes
 - Caractère réversible
 - Symptômes
- **Présenter le dépliant**
- **Interventions non pharmacologiques pouvant aider à prévenir, traiter et diminuer les effets négatifs**



Chez un malade qui souffre
d'un cancer, il arrive parfois
que le fonctionnement du cerveau
devienne perturbé.

Cette perturbation peut provoquer
un état confusionnel que l'on appelle

LE DELIRIUM

Document élaboré par l'équipe de recherche en soins
palliatifs de la Maison Michel-Sarrazin
(réf.: Gagnon et al. *J. Pall Care*, 2002)


Experts et humains

Révisé par l'équipe d'oncologie
psychosociale et spirituelle et l'équipe des
soins palliatifs de L'Hôtel-Dieu de Québec
2012


Experts et humains

Le masculin est utilisé pour alléger le texte,
sans préjudice pour la forme féminine.

Quelles sont les manifestations du delirium?

UN MALADE SOUFFRANT DE DELIRIUM PEUT PRÉSENTER PLUSIEURS DES MANIFESTATIONS SUIVANTES :

- Il est souvent désorienté et peut avoir des troubles d'attention, de mémoire ou de langage.
- Il peut dire, faire ou vouloir faire des choses qui n'ont pas de sens dans son état (sortir dehors en pyjama l'hiver, partir en voyage alors qu'il a de la difficulté à se lever du lit, etc.). Il peut aussi avoir des hallucinations (entendre ou voir des choses qui n'existent pas).
- Il peut manifester de l'agressivité, de la colère, de la méfiance, des changements d'humeur.
- Il peut être agité ou, au contraire, avoir des réactions beaucoup plus lentes que d'habitude.
- Les manifestations du delirium peuvent changer de façon marquée durant une même journée ou d'un jour à l'autre.

Quelles sont les causes du delirium?

LE DELIRIUM N'EST PAS CAUSÉ PAR UN PROBLÈME PSYCHOLOGIQUE, MAIS PAR UNE COMBINAISON DE FACTEURS MÉDICAUX, TELS QUE :

- Un trouble de fonctionnement des organes vitaux comme les reins, le foie ou les poumons.
- Une atteinte du cerveau par les cellules cancéreuses.
- Les effets secondaires de certains médicaments requis pour soulager les symptômes.

LE DELIRIUM EST DIFFÉRENT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER. C'EST UN PROBLÈME GÉNÉRALEMENT TRANSITOIRE ET N'EST PAS UN TYPE DE DÉMENCE.

Que fait l'équipe de soins lorsqu'un malade est confus



- Si vous notez des signes de confusion chez le malade, n'hésitez pas à en informer son infirmière. En effet, l'infirmière porte une attention spéciale pour détecter les signes de delirium dès leur apparition.
- Lorsqu'un malade souffre de delirium, le médecin identifie les facteurs qui pourraient être en cause, réajuste la médication au besoin et met en place le traitement approprié.
- Avec un traitement approprié, les manifestations de delirium disparaissent dans la moitié des cas ou deviennent moins sévères dans les autres cas.

Comment agir avec un malade en delirium?

VOICI LES MESURES À PRENDRE AVEC UN MALADE EN DELIRIUM :

- **Rassurez-le.** Maintenez autour de lui un environnement calme contenant des objets familiers. Évitez toute stimulation excessive. Donnez-lui des points de repère (la date, le moment de la journée).
- S'il a des idées inappropriées, replacez-le doucement dans la réalité. Il est recommandé de **ne pas argumenter** car cela peut provoquer de l'agressivité.
- Essayez de **vous accorder des temps de repos** pour reprendre un peu votre souffle. Si possible, faites-vous remplacer occasionnellement auprès du malade.

Suggestions pour **prévenir** la confusion et le delirium

ATTITUDES À PRIVILÉGIER AVEC LE PATIENT :

- Favoriser le sommeil la nuit et l'éveil le jour (ce qui n'exclut pas des courtes siestes au besoin, surtout en début d'après-midi).
- L'aider à se souvenir de l'endroit où il se trouve, de la date et du moment de la journée (matin, après-midi, soir, nuit), au besoin avec un calendrier et une horloge.
- Tenter de lui recréer un environnement familier (photos, objets personnels, oreillers, etc.).
- Garder une stimulation légère (conversation, musique, télé, s'asseoir ou marcher si possible) sans stimulation excessive (éviter le bruit).
- Parler avec des phrases et des mots simples, lentement, sans chuchoter.



SI VOUS REMARQUEZ CERTAINS DES SYMPTÔMES SUIVANTS CHEZ LE PATIENT, AVISEZ L'ÉQUIPE TRAITANTE :

- S'il présente des signes de confusion (par exemple, il ne connaît pas la date ou l'endroit où il se trouve / il a un comportement inapproprié).
- S'il survient un changement dans sa capacité à s'exprimer.
- S'il survient un changement de son niveau d'activité (par exemple, il devient ralenti ou agité).
- S'il survient un changement au niveau de sa personnalité ou de ses émotions (par exemple, il devient irritable, méfiant, triste ou anxieux).
- S'il interprète mal les paroles et les bruits qu'il entend ou les choses qu'il voit (par exemple, il interprète un dessin sur un chandail comme de la saleté), ou s'il entend des paroles et des bruits ou voit des choses qui ne sont pas présentes (par exemple, il entend une sirène alors qu'il n'y en a pas).
- Si son fonctionnement global diminue subitement (par exemple, il ne peut plus collaborer comme auparavant pour s'alimenter, se vêtir ou faire sa toilette).

Aviser l'équipe traitante si...

- Signes de **confusion mentale**
 - Ex: il ne sait pas l'endroit où il se trouve, la date ou le moment de la journée.
- Changement de sa capacité à **s'exprimer**
- Changement de son **niveau d'activité**
 - Ex: Ralenti ou agité
- Changement de sa **personnalité** ou de ses **émotions**
 - Ex: Irritable, méfiant, triste ou anxieux

Aviser l'équipe traitante si...

- **Mauvaise interprétation**
 - Paroles et bruits qu'il entend
 - Choses qu'il voit
 - Ex: Il interprète un dessin sur un chandail comme de la saleté
- **Hallucinations** auditives et visuelles
 - Ex: il entend une sirène alors qu'il n'y en a pas.
- **Changement dans sa capacité de fonctionner**
 - Ex: il ne peut plus collaborer comme avant pour s'alimenter, se vêtir ou faire sa toilette.

Suite à un épisode de délirium

- **Les proches ne doivent pas hésiter à discuter de l'épisode avec la personne malade.**
 - **Les patients ont souvent des souvenirs de l'épisode, un peu comme un mauvais rêve**
 - **Peut diminuer l'anxiété, le stress, la peur, la frustration autant chez les proches que la personne malade.**

Créer un écran sécurisant

- **Orienter**
- **Familiariser**
- **Éduquer**
- **Mobiliser**
- **Régulariser le cycle éveil-sommeil**
- **Rassurer**
- **Impliquer les proches**

Remerciements

- **Joanie Le Moignan, M.Sc., professionnelle de recherche, pour la recherche et la mise en page des diapositives**
- **François Tardif, M.Sc., coordonnateur de l'équipe de recherche, pour des travaux précédents ayant contribué à cette présentation**

Références

- **Gagnon, P., Charbonneau, C., Allard, P., Soulard, C., Dumont, S., & Fillion, L. (2001). Delirium in advanced cancer: a psychoeducational intervention for family caregivers. *Journal of palliative care*, 18(4), 253-261.**
- **Gagnon, P., Allard, P., Gagnon, B., Mérette, C., & Tardif, F. (2012). Delirium prevention in terminal cancer: assessment of a multicomponent intervention. *Psycho-Oncology*, 21(2), 187-194.**
- **Gagnon P, Allard P, Mâsse B, de Serres M. (2000). Delirium in terminal cancer: a prospective study using daily screening, early diagnosis, and continuous monitoring. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(6): 412-426**
- **Inouye, S. K., Bogardus Jr, S. T., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R., & Cooney Jr, L. M. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England journal of medicine*, 340(9), 669-676.**
- **Inouye, S. K., Westendorp, R. G., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911-922.**
- **Maldonado, J. R. (2008). Delirium in the acute care setting: characteristics, diagnosis and treatment. *Critical care clinics*, 24(4), 657-722.**