



Résumé

Le but de l'étude est de déterminer dans quelle mesure des infirmières pratiquant dans des milieux de soins de longue durée réussissent à déceler le délirium chez des personnes âgées. Cette étude clinique est prospective et comporte deux mesures à sept jours d'intervalle. La population à l'étude se compose de 156 personnes âgées atteintes de démence et 32 infirmières. Les résultats indiquent que ces infirmières ont de la difficulté à déceler le délirium chez cette clientèle. Leur détection affiche une sensibilité variant de 7,3% à 15,5% et une spécificité variant de 95,2% à 100%. Lorsque la personne âgée éprouve une douleur accompagnée d'un délirium, la probabilité que son délirium soit découvert est plus grande. Pour le bien-être de la clientèle, et la crédibilité de la profession, il semble crucial de mettre rapidement en place les conditions permettant à l'infirmière de maîtriser pleinement l'évaluation de l'état mental d'un aîné. La formation sur l'examen clinique de l'état mental, le mentorat clinique et l'intégration d'un outil d'évaluation à la pratique infirmière figurent parmi les moyens proposés.

Mots clés : délirium, dépistage par les infirmières, personnes âgées, évaluation de l'état mental

Detection of delirium by nurses

Abstract

The purpose of this study was to determine to what extent nurses practising in long-term care settings are able to detect delirium among elderly clients. This was a prospective clinical study, with two measurements taken seven days apart. The population studied consisted of 156 elderly people with dementia, and 32 nurses. The findings showed that these nurses had difficulty detecting delirium in this clientele. Their detection sensitivity varied from 7.3% to 15.5% and its specificity ranged from 95.2% to 100%. The probability of detection was higher when the elderly person experienced pain accompanied by delirium. For clients' well-being and the credibility of the profession, it appears crucial that steps be taken immediately to enable nurses to become fully competent in assessing seniors' mental states. Training in the clinical examination of mental states, clinical mentoring and the integration of an assessment tool into nursing practice are among the means suggested.

Key words: delirium, detection by nurses, elderly people, mental state assessment

Le dépistage du délirium par les infirmières

PHILIPPE VOYER, INF, PH.D., LISE DOUCET, INF, M.SC.(C.), CHRISTINE DANJOU, INF, M.SC.,
NANCY CYR, INF, M.SC., ZOHRA BENOUNISSA, M.SC.

L'évaluation de l'état physique et mental d'une personne symptomatique représente une activité réservée primordiale dans la profession infirmière. Dans le contexte des soins infirmiers gériatriques, le dépistage du délirium constitue un aspect central de l'évaluation de l'état mental. Le but général de cette étude est d'examiner la capacité des infirmières travaillant dans des milieux de soins de longue durée de mener à bien cette activité.

Problématique

L'Association américaine de psychiatrie (APA, 2000) définit le délirium par la présence de quatre éléments caractéristiques: 1. une perturbation de l'état de conscience avec incapacité de soutenir l'attention; 2. des atteintes cognitives (troubles de la mémoire ou désorientation, p. ex.) ou perceptuelles (généralement des hallucinations, des illusions et des idées délirantes); 3. la survenue rapide des symptômes, généralement de quelques heures à quelques jours, et la fluctuation de ces symptômes sur une période de 24 heures; 4. l'histoire et l'examen clinique tendent à démontrer

que le délirium est causé par les conséquences physiologiques d'un problème de santé. Par ailleurs, chez les résidents des milieux de soins de longue durée, il est souvent difficile d'établir une cause unique du délirium (Culp *et al.*, 1997).

Les recherches indiquent que de 10 à 20 % des personnes âgées souffrent de délirium à leur admission à l'hôpital et que de 25 à 60 % des personnes âgées en souffriront au cours de leur séjour (Inouye, 2006; Voyer *et al.*, 2005, 2006). Contrairement à une certaine croyance, le délirium n'est pas qu'un trouble cognitif transitoire et sans conséquence (Voyer, 2006). Des recherches démontrent qu'en l'absence d'une prise en charge rigoureuse, il peut avoir des séquelles physiques et cognitives qui subsisteront pendant plusieurs mois (McCusker *et al.*, 2002). En effet, les conséquences du délirium peuvent entraîner une perte d'autonomie, une diminution des capacités cognitives et de la qualité de vie, ainsi qu'un risque accru de mortalité (Inouye, 2006; Inouye *et al.*, 2001; Lemiengre *et al.*, 2006). Or, moins de 50 % des infirmières cliniciennes décèlent le délirium, dont les conséquences peuvent être minimisées par un dépistage rapide (Andrew *et al.*, 2005; Inouye, 2006; Lemiengre *et al.*, 2006).

En 2003, la Loi 90¹ a enrichi le rôle et accru les responsabilités des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2003). Dorénavant, les infirmières sont autonomes et responsables dans la planification et l'exécution de l'activité qui consiste à évaluer l'état de santé physique et mentale d'une personne symptomatique.

Des études avancent que le sous-dépistage du délirium par les infirmières est dû à leurs connaissances insuffisantes de la maladie, de la fluctuation de ses symptômes et des diverses formes qu'elle revêt (Lemiengre *et al.*, 2006; Voyer *et al.*, 2005). Quant à leurs connaissances particulières en évaluation de l'état mental des personnes âgées, d'autres études révèlent qu'elles ont de la difficulté à distinguer la démence du délirium (Inouye, 2006; Voyer *et al.*, 2005), et qu'elles auraient de la difficulté, par conséquent, à distinguer leurs signes et leurs symptômes respectifs.

La fluctuation des symptômes du délirium ne facilite pas le dépistage. Par exemple, une personne âgée qui souffre de délirium, mais qui ne présente pas les mêmes symptômes pendant les quarts de travail du jour et du soir, court un plus grand risque que le trouble ne soit pas décelé. L'infirmière de soir pourrait à tort penser que la personne va bien, alors que la fluctuation des symptômes fait partie intégrante de la maladie.

La forme hypoactive (apathie, ralentissement psychomoteur, somnolence) du délirium serait plus difficile à déceler que la forme hyperactive (agitation, combativité, hallucinations). Les résultats d'une étude réalisée dans les milieux de soins de longue durée par Fick et Foreman (2000) corroborent ces données. Aucun délirium de type hypoactif n'a été décelé par les infirmières, et elles parvenaient difficilement à distinguer le délirium de la démence. Interrogées dans le cadre de l'étude, les infirmières indiquent que le principal symptôme du délirium chez l'ainé est l'agitation. Dans le même sens, on note que lorsque le délirium ne gêne pas les soins courants, ce qui est souvent le cas pour sa forme hypoactive, il passerait davantage inaperçu chez les infirmières (Voyer *et al.*, 2005). En bref, il semble que la présence combinée d'une démence et de la forme hypoactive du délirium est un facteur favorisant le sous-dépistage de cette maladie.

Le dépistage du délirium représente un défi de taille pour les infirmières. À notre connaissance, aucune étude sur le dépistage du délirium chez les aînés atteints de démence n'a été effectuée auprès d'infirmières pratiquant dans les milieux de soins de longue durée. Ainsi, on ne trouve aucun facteur associé au dépistage du délirium chez cette clientèle dans la documentation scientifique. C'est pourquoi notre étude s'est aussi penchée, à titre exploratoire, sur les caractéristiques des infirmières, des aînés et du délirium.

But de l'étude

Le but de cette étude est de déterminer le taux de dépistage du délirium par des infirmières pratiquant dans les milieux de soins de longue durée. Nous avons tenté de répondre aux deux questions suivantes :

- 1) Quel est le taux de dépistage du délirium par les infirmières chez des aînés atteints de démence ?
- 2) Quelles sont les caractéristiques des infirmières, des aînés et du délirium qui améliorent le dépistage du délirium ?

Méthode

Le devis de cette étude clinique est prospectif et comporte deux mesures à sept jours d'intervalle. La variable dépendante est le dépistage du délirium par les infirmières et les variables indépendantes sont les caractéristiques des infirmières, des aînés et du délirium. Au temps 1, la professionnelle de recherche déterminait si l'ainé-résidant était atteint de délirium ou non. Par la suite, elle demandait à l'infirmière si, selon elle, ce résidant souffrait de délirium. Cette étape a été répétée au temps 2. Ce type de devis permet de comparer le dépistage du délirium par les infirmières avec une mesure normalisée (celle de la professionnelle de recherche) et rend possible le calcul de la sensibilité et de la spécificité du dépistage par l'infirmière. La mesure en deux temps permet d'accroître la validité interne de l'étude.

Échantillon

L'échantillon comprend 156 résidants et 32 infirmières. La technique d'échantillonnage de proximité a été utilisée pour le choix des établissements : trois centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), et une unité de soins de longue durée d'un hôpital de la grande région de Québec. Les aînés ont été recrutés de manière non aléatoire, c'est-à-dire que tous ceux qui répondaient aux critères d'inclusion étaient invités à participer à l'étude. Ils devaient être âgés de 65 ans ou plus et être atteints de démence. Les infirmières qui prenaient soin de ces personnes au moment de la collecte des données ont été invitées à participer à l'étude.

En raison des atteintes cognitives secondaires de la démence présentes chez les personnes âgées, le formulaire de consentement a été signé par des personnes aptes à consentir aux soins. Au total, 293 familles ont été sollicitées. De ce nombre, 122 n'ont jamais répondu à l'appel (41,6 %), 11 ont refusé la participation de leur proche à l'étude (3,7 %) et 160 ont accepté (54,6 %). Durant la collecte des données, trois résidants ont abandonné et deux ont participé uniquement au temps 1 ou au temps 2 de l'étude². Un consen-

1. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé.

2. C'est ce qui explique pourquoi l'échantillon des personnes âgées n'est que de 155 pour certaines variables.



Cathy Images®

tement a également été obtenu des infirmières. Le projet a reçu un certificat de déontologie du comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus des Centres hospitaliers affiliés universitaires de Québec.

Caractéristiques des participants

Pour les **infirmières**, l'âge, le sexe, le dernier diplôme obtenu, le nombre d'années d'expérience en soins infirmiers généraux et gériatriques sont les caractéristiques que nous avons recherchées.

Les dossiers des **personnes âgées** ont été consultés pour obtenir les renseignements démographiques les concernant et confirmer l'inscription du diagnostic médical de démence. Le stade de la démence était déterminé à l'aide de l'échelle de détérioration globale (Reisberg *et al.*, 1982). La douleur a été mesurée à l'aide du Doloplus-2 qui est un outil dont la validité est reconnue (Michel *et al.*, 2000); la douleur a été confirmée pour les scores de 5 ou plus. L'autonomie fonctionnelle a été mesurée à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF); pour les

sujets résidant en CHSLD, une version abrégée de 20 items (score total sur -60) a été utilisée pour évaluer les fonctions avec une échelle à cinq degrés: 0 = autonome; -0,5 = avec difficulté; -1 = besoin de surveillance ou de stimulation; -2 = besoin d'aide; -3 = dépendant (Desrosiers *et al.*, 1995).

L'utilisation des contentions (tout appareil propre à restreindre la mobilité de l'ainé et dont il ne peut se dégager lui-même) a été notée durant le quart de travail de jour et déterminait si la personne âgée était considérée comme ayant une contention physique ou non.

Les problèmes comportementaux (l'errance, p. ex.) ont été évalués à l'aide de la version française du *Nursing Home Behavior Problem Scale (NHBPS)* de Ray et ses collaborateurs (1992). Pour chaque item, la professionnelle de recherche déterminait la fréquence du comportement au cours des trois derniers jours (0 = jamais, 1 = parfois, 2 = souvent, 3 = habituellement, 4 = toujours). Un participant est considéré comme présentant des problèmes comportementaux s'il affiche au moins un (1) comportement à une fréquence élevée (3 ou 4).

Caractéristiques du délirium déterminé par la professionnelle de recherche

La présence de délirium chez les personnes âgées a été évaluée à l'aide du *Confusion Assessment Method* (CAM) mis au point par Inouye (2006)³. Le CAM permet d'évaluer les résidants selon quatre critères, à savoir: 1. survenue subite et fluctuation des symptômes; 2. trouble de l'attention; 3. désorganisation de la pensée; et 4. altération de l'état de conscience. Pour établir le diagnostic du délirium définitif, les points 1 et 2 doivent être présents ainsi que le point 3 ou 4. Dans le cas du délirium probable (Lemiengre *et al.*, 2006), seul le premier critère est modifié: survenue subite **ou** fluctuation des symptômes. Au cours de cette étude, la fidélité interjuges a été évaluée de façon continue et a donné des résultats satisfaisants: test de Delta 0,64 (0,47-0,81) pour le délirium définitif et un Kappa de 0,60 (0,24-0,97) pour le délirium probable (Landis et Koch, 1977; Andrés et Marzo, 2004).

La gravité du délirium a été mesurée à l'aide du *Delirium Index* (McCusker *et al.*, 1998), outil dont les qualités psychométriques sont reconnues. Plus le score est élevé, plus les symptômes du délirium sont graves.

La forme du délirium (hyperactif, hypoactif, mixte et sans composante motrice) a été déterminée à l'aide des critères de Meagher *et al.* (2000). La classification est établie comme suit (après sept heures d'observation): un délirium est hyperactif lorsqu'il correspond exclusivement aux critères de l'hyperactivité (p. ex., agitation). De même, il est hypoactif lorsqu'il ne répond qu'aux critères de l'hypoactivité (p. ex., ralentissement moteur). Un délirium est mixte lorsqu'il obéit aux critères des deux formes de délirium. Enfin, il est sans composante motrice lorsqu'il ne répond à aucun des critères qui définissent la motricité.

Dépistage du délirium selon le jugement clinique des infirmières

S'inspirant de travaux de recherche (Culp *et al.*, 1997; Élie *et al.*, 2000), la professionnelle de recherche demandait à l'infirmière responsable du résidant, à la fin de chaque journée de collecte des données, de déterminer si, selon son jugement clinique, l'état cognitif du résidant était: 1. comme à son habitude; 2. plus lucide qu'à son habitude; 3. plus confus qu'à son habitude; 4. caractéristique du délirium.

Analyses statistiques

Des analyses descriptives simples ont servi à décrire les caractéristiques de l'échantillon, à établir la prévalence du délirium et le taux de dépistage du délirium par les infirmières. Des analyses croisées ont permis d'établir la sensibilité, la spécificité et les valeurs prédictives positive et négative du dépistage du délirium par les infirmières⁴.

Le modèle d'équations d'estimation généralisées [EEG] a servi à déterminer les facteurs d'amélioration du dépistage⁵. Puisque plusieurs infirmières ont évalué les mêmes résidants, nous avons vérifié l'effet d'un tel plan d'échantillonnage. Cependant, l'effet de plan était non significatif par rapport à un plan complètement aléatoire. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du progiciel Statistical Analysis System, version 8.0 pour Windows.

Résultats

Le tableau I présente les caractéristiques de la population à l'étude. Trente-deux infirmières, ayant une moyenne d'âge de 48 ans, font partie de l'échantillon. Elles ont principalement une formation collégiale ou équivalente et sont infirmières depuis 22 ans en moyenne, dont près de 10 ans dans le domaine des soins infirmiers gériatriques.

L'âge moyen des 156 aînés-résidants de l'étude est de 86 ans. Les femmes représentent 73 % des aînés. Les résidants étaient tous atteints de démence, surtout de stade 6, selon l'échelle de détérioration globale, et plus des deux tiers présentaient une perte d'autonomie significative (score supérieur à 29 selon le SMAF). Près de 40 % des résidants présentaient des signes de douleur et des problèmes comportementaux, et plus de la moitié (51,3 %) faisaient l'objet d'une contention physique durant le quart de travail de jour.

La prévalence du délirium était très élevée dans la population à l'étude. Au temps 1, 7,1 % (n=11) des résidants présentaient un délirium définitif et 71,2 % (n=111), un délirium probable, alors qu'au temps 2, 45,8 % (n=71) des résidants présentaient un délirium définitif et 70,3 % (n=109), un délirium probable. Le délirium définitif est nettement plus élevé au temps 2 puisque la professionnelle de recherche était alors davantage en mesure de noter la survenue des symptômes et non seulement leur fluctuation (voir critère 1 du CAM). Compte tenu de cette réalité clinique, les analyses comparatives entre le dépistage par les infirmières et le dépistage par la professionnelle de recherche ont été faites avec le taux de délirium probable au temps 1, et le taux de délirium définitif au temps 2 (voir tableaux II et III).

3. Voir également l'article de Johanne Laplante *et al.*, « *Confusion Assessment Method* – Validation d'une version française », paru dans *Perspective infirmière*, vol. 3, n° 1, sept./oct. 2005, p. 12-22.

4. La sensibilité d'un examen clinique est sa capacité de donner un résultat positif lorsque la maladie est présente. La spécificité est la capacité d'un examen clinique de donner un résultat négatif lorsque la maladie est absente. La valeur prédictive positive est la probabilité que la maladie soit présente lorsque le résultat du test est positif. La valeur prédictive négative est la probabilité que la maladie ne soit pas présente lorsque le résultat du test est négatif. L'intervalle de confiance (95 %) est présenté pour chacun de ces tests.

5. Ce type de modèle d'analyse statistique est un modèle de régression logistique pour des données corrélées. Il a permis d'adapter le modèle prédictif du dépistage du délirium en fonction des caractéristiques des aînés et des infirmières, en tenant compte du temps de mesure.

Tableau I – Caractéristiques des participants

Caractéristiques	Échantillon {données manquantes}	Caractéristiques	Échantillon {données manquantes}
Infirmières (n=32)		Aînés-résidents (n=156)	
Âge	{2}	Âge	{0}
Moyenne (écart-type)	47,7 (12,3)	Moyenne	86,3 (6,9)
25 ans ou moins	3 (10 %)	65 ans à 74 ans	8 (5,1 %)
26 ans à 54 ans	16 (53,3 %)	75 ans à 84 ans	48 (31 %)
55 ans ou plus	11 (36,7 %)	85 ans ou plus	100 (64,1 %)
Sexe	{0}	Sexe	{1}
Homme		Homme	41 (27 %)
Femme	32 (100 %)	Femme	114 (73 %)
Dernier diplôme obtenu	{2}	Stades de la démence	{27}
1. Études universitaires (baccalauréat)	6 (20 %)	1 à 4	0 (0 %)
2. Études universitaires (certificat 1 ^{er} cycle)	6 (20 %)	Stade 5 (démence bénigne)	4 (3,1 %)
3. Collégial ou l'équivalent (diplôme d'études collégiales, diplôme de formation à l'hôpital, autre)	18 (60 %)	Stade 6 (démence moyenne)	93 (72,1 %)
		Stade 7 (démence avancée)	32 (24,8 %)
Années d'expérience à titre d'infirmière	{2}	Autonomie fonctionnelle	{0}
Moyenne (écart-type)	21,7 (13,8)	Moyenne (écart-type) :	34,0 (11,2)
0 à 5 années	6 (20 %)	0 à 29	50 (32,1 %)
6 à 20 années	8 (26,3 %)	29,1 à 40	51 (32,7 %)
21 années ou plus	16 (53,3 %)	41 et plus	55 (35,3 %)
Années d'expérience en soins infirmiers gériatriques	{2}	Douleur	{3}
Moyenne (écart-type) :	9,7 (8,1)	Moyenne (écart-type)	4,6 (4,5)
0 à 5 années	12 (40 %)	Non	93 (61,2 %)
6 à 20 années	14 (46,7 %)	Oui (score de 5 ou +)	59 (38,8 %)
21 années ou plus	4 (13,3 %)	Problèmes comportementaux selon la NHBPS	{3}
		Non	92 (60,1 %)
		Oui	61 (39,9 %)
		Contention physique le jour	{0}
		Non	76 (48,7 %)
		Oui	80 (51,3 %)
		Délirium	{0}
		Taux de délirium définitif temps 1	11 (7,1 %)
		Taux de délirium définitif temps 2	71 (45,8 %)
		Taux de délirium probable temps 1	111 (71,2 %)
		Taux de délirium probable temps 2	109 (70,3 %)



Toutefois, elle ne décèle que 7,3 % de tous les cas. De plus, lorsque l'infirmière signale que le résidant ne souffre pas de délirium, dans de nombreux cas, ce dernier en est atteint, selon la professionnelle de recherche.

Le tableau III présente les mêmes analyses que le tableau II, mais pour le délirium définitif, au temps 2. Les résultats sont assez similaires. Les infirmières décèlent peu de cas de délirium (sensibilité 15,5 %), mais lorsqu'elles indiquent que le délirium est présent, la probabilité est élevée que le résidant en soit effectivement atteint (valeur prédictive positive (73,3 %)). Par ailleurs, les infirmières indiquent que beaucoup de résidants ne souffrent pas de délirium (spécificité 95,2 %). Malheureusement, bien souvent, elles rapportent à tort l'absence de délirium (valeur prédictive négative 57,1 %). L'étude révèle que la principale faiblesse des infirmières participantes est leur incapacité à reconnaître la présence du délirium (faible sensibilité).

Le tableau IV (disponible en format PDF dans la section *Perspective infirmière* du site www.oiiq.org/publications/periodiques.asp), regroupe les résultats des analyses exploratoires qui ont été effectuées afin de déterminer si certaines caractéristiques des infirmières, des aînés-résidants, ou encore du délirium amélioreraient le dépistage du délirium par les infirmières. Pour les infirmières, ces caractéristiques étaient : l'âge, le sexe, le dernier diplôme, les années d'expérience à titre d'infirmière et celles en soins gériatriques. Pour les aînés : l'âge, le sexe, le stade de la démence, la douleur, l'autonomie fonctionnelle, la contention de jour et les problèmes comportementaux. Pour le délirium : le degré de gravité et la forme de délirium probable au temps 1.

Les résultats indiquent que seule la présence d'une douleur chez les résidants est liée à un meilleur dépistage du délirium par les infirmières ($p=0,02$). De plus, on note une tendance qui, bien qu'elle ne soit pas significative, suggère que plus le degré de gravité du délirium est élevé, moins le délirium passe inaperçu ($p=0,10$).

Les infirmières, pour leur part, ont noté la présence du délirium chez 5,3 % des résidants ($n=8$) au temps 1 et chez 9,7 % des résidants au temps 2 ($n=15$). On considérerait que l'infirmière avait décelé un délirium lorsqu'elle utilisait le mot « délirium » pour décrire l'état mental du résidant ou lorsqu'elle répondait que le résidant était plus confus qu'à son habitude.

Comme le montre le tableau II, les infirmières décèlent un nombre limité de cas de délirium (sensibilité 7,3 %). Cependant, lorsqu'elles en décèlent un, la probabilité qu'il soit réel est très élevée (valeur prédictive positive 100 %). Elles indiquent également que beaucoup de résidants n'ont pas de délirium (spécificité 100 %). Bien souvent, elles décèlent à tort l'absence de délirium (valeur prédictive négative 29,9 %). En résumé, lorsque l'infirmière décèle le délirium au temps 1, le résidant en est effectivement atteint.

Discussion

Les résultats de l'étude indiquent que les infirmières participantes présentent d'importantes lacunes dans leur capacité à déceler la présence du délirium chez des aînés atteints de démence résidant dans des milieux de soins de longue durée. Il faut reconnaître que les faibles taux de dépistage du délirium enregistrés étaient prévisibles compte tenu du fait que les personnes âgées à l'étude souffraient toutes de démence. D'autres auteurs ont en effet indiqué à plusieurs

Tableau II – Dépistage du délirium probable au temps 1

Délirium selon les infirmières	Délirium probable selon la professionnelle de recherche {3 données manquantes}	
	OUI	NON
OUI	8	0
NON	101	43

Sensibilité: 7,3% (Intervalle de confiance [IC]: 3,2 – 14)
 Spécificité: 100% (IC: 91,8 – 100)
 Valeur prédictive positive: 100% (IC: 63,1 – 100)
 Valeur prédictive négative: 29,9% (IC: 22,5 – 38)

reprises que le dépistage du délirium chez un aîné atteint de démence représente un défi clinique important (Culp *et al.*, 1997; Élie *et al.*, 2000; Inouye *et al.*, 2001; Voyer *et al.*, 2006). Dans une étude récente (Lemiengre *et al.*, 2006), des chercheurs signalent que les infirmières étaient en mesure de déceler de 23,8% à 66,7% des cas de délirium chez des patients âgés d'un hôpital de courte durée (n=258) dont 12% étaient atteints d'une forme ou une autre de démence. Les taux de dépistage de cette étude se comparent avantageusement à ceux de la présente étude. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les infirmières dans l'étude de

Tableau III – Dépistage du délirium définitif au temps 2

Délirium selon les infirmières	Délirium définitif selon la professionnelle de recherche {0 donnée manquante}	
	OUI	NON
OUI	11	4
NON	60	80

Sensibilité: 15,5% (Intervalle de confiance [IC]: 8 – 26)
 Spécificité: 95,2% (IC: 88,3 – 98,7)
 Valeur prédictive positive: 73,3% (IC: 44,9 – 92,2)
 Valeur prédictive négative: 57,1% (IC: 48,5 – 65,5)

Lemiengre avaient reçu une brève formation sur le délirium et sur l'utilisation du CAM. De même, peu de participants de cette même étude étaient atteints de démence. L'absence de ce trouble mental facilite le dépistage du délirium.

Les résultats concernant la sensibilité et la spécificité du dépistage du délirium par les infirmières corroborent les résultats des études susmentionnées et démontrent clairement l'importance d'accroître la formation dans ce domaine. Il est fort probable que l'échantillon, constitué exclusivement d'aînés atteints de démence, explique le résultat obtenu concernant la faible sensibilité.

Un seul facteur, la douleur, a amélioré le dépistage du délirium par les infirmières. Une recherche (Lynch *et al.*, 1998; Morrison *et al.*, 2003) a déjà mis en relation la présence de la douleur comme facteur de risque du délirium. En effet, il a été démontré que la présence d'une douleur ou encore un traitement sous-optimal de la douleur peut entraîner le délirium. À notre connaissance, les résultats de la présente étude sont les premiers à établir une relation entre la douleur et le dépistage du délirium par des infirmières. Le fait que les résidents souffrants bénéficient d'une meilleure surveillance clinique constitue une hypothèse qui pourrait expliquer cette relation. Mais puisqu'il n'existe aucune étude comparable, il convient de rester prudent dans l'interprétation de ces résultats.

Faut-il conclure que le dépistage du délirium chez les aînés est une mission impossible? Les résultats d'études antérieures montrent pourtant que les infirmières sont en mesure de déceler efficacement le délirium (Gaudreau *et al.*, 2005; Pun *et al.*, 2005). Pour les aider, il faut toutefois offrir aux infirmières une formation particulière sur le délirium, y compris une habilitation à utiliser un outil d'évaluation du délirium tel que le CAM ou le *Minimum Data Set*, version 2 ou MDS-2 (Voyer, 2006) et l'intégrer au dossier du patient (Gaudreau *et al.*, 2005).

Les résultats de cette étude s'appuient sur le travail de dépistage de seulement 32 infirmières. C'est pourquoi on ne peut généraliser les résultats. De plus, il se peut que cet échantillon soit biaisé, étant donné que les milieux de soins n'ont pas été choisis de façon aléatoire. Il est donc possible que les résultats obtenus s'appliquent uniquement aux milieux étudiés.

En conclusion, l'évaluation de l'état mental d'une personne symptomatique représente un aspect crucial du rôle de l'infirmière. Les résultats de cette étude démontrent que les infirmières présentent des lacunes importantes dans leur capacité à mener à bien cette tâche. Il importe de mettre en place les conditions pour permettre à l'infirmière de maîtriser l'évaluation de l'état mental d'un aîné. Il ressort que ces conditions doivent combiner une formation sur l'examen clinique de la condition mentale, un mentorat clinique et un outil d'évaluation intégré à la pratique clinique (Lemiengre *et al.*, 2006). ●

Références

- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, (DSM-IV)*, Washington D.C., APA, 2000.
- Andrés, A.M. et P.F. Marzo. «Delta: A new measure of agreement between two raters», *British Journal of Mathematical & Statistical Psychology*, vol. 57, n° 1, mai 2004, p. 1-19.
- Andrew, M.K., S.H. Freter et K. Rockwood. «Incomplete functional recovery after delirium in elderly people: a prospective cohort study», *BMC Geriatrics*, vol. 5, 17 mars 2005, p. 5.
- Culp, K., T. Tripp-Reimer, K. Wadle, B. Wakefield, J. Akins, P. Mobily *et al.* «Screening for acute confusion in elderly long-term care residents», *Journal of Neuroscience Nursing*, vol. 29, n° 2, avril 1997, p. 86-100.
- Desrosiers, J., G. Bravo, R. Hébert et N. Dubuc. «Reliability of the revised Functional Autonomy Measurement System (SMAF) for epidemiological research», *Age and Ageing*, vol. 24, n° 5, sept. 1995, p. 402-406.
- Élie, M., F. Rousseau, M. Cole, F. Primeau, J. McCusker et F. Bellavance. «Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 163, n° 8, 17 oct. 2000, p. 977-981.
- Fick, D. et M. Foreman. «Consequences of not recognizing delirium superimposed on dementia in hospitalized elderly individuals», *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 26, n° 1, janv. 2000, p. 30-40.
- Gaudreau, J.D., P. Gagnon, F. Harel, A. Tremblay et M.A. Roy. «Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: the Nursing Delirium Screening Scale», *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 29, n° 4, avril 2005, p. 368-375.
- Inouye, S.K., M.D. Foreman, L.C. Mion, K.H. Katz et L.M. Cooney Jr. «Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings», *Archives of Internal Medicine*, vol. 161, n° 20, 12 nov. 2001, p. 2467-2473.
- Inouye, S.K. «Delirium in older persons», *The New England Journal of Medicine*, vol. 354, n° 11, 16 mars 2006, p. 1157-1165.
- Landis, J.R. et G.G. Koch. «The measurement of observer agreement for categorical data», *Biometrics*, vol. 33, n° 1, mars 1977, p. 159-174.
- Lemiengre, J., T. Nelis, E. Joosten, T. Braes, M. Foreman, C. Gastmans *et al.* «Detection of delirium by bedside nurses using the Confusion Assessment Method», *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 54, n° 4, avril 2006, p. 685-689.
- Lynch, E.P., M.A. Lazor, J.E. Gellis, J. Orav, L. Goldman et E.R. Marcantonio. «The impact of postoperative pain on the development of postoperative delirium», *Anesthesia & Analgesia*, vol. 86, n° 4, avril 1998, p. 781-785.
- McCusker, J., M. Cole, F. Bellavance et F. Primeau. «Delirium—Reliability and validity of a new measure of severity of delirium», *International Psychogeriatrics*, vol. 10, n° 4, déc. 1998, p. 421-433.
- McCusker, J., M. Cole, M. Abrahamowicz, F. Primeau et É. Belzile. «Delirium predicts 12-month mortality», *Archives of Internal Medicine*, vol. 162, n° 4, 25 févr. 2002, p. 457-463.
- Meagher, D.J., D. O'Hanlon, E. O'Mahony, P.R. Casey et P.T. Trzepacz. «Relationship between symptoms and motoric subtype of delirium», *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, vol. 12, n° 1, hiver 2000, p. 51-56.
- Michel, M., F. Capriz, A. Gentry, M. Filbet, F. Gauquelin, S. Lefebvre-Chapiro *et al.* «Doloplus 2: une échelle comportementale de la douleur validée chez la personne âgée. Étude de fiabilité», *La Revue de Gériatrie*, vol. 25, n° 3, mars 2000, p. 155-160.
- Morrison, R.S., J. Magaziner, M. Gilbert, K.J. Koval, M.A. McLaughlin, G. Orosz *et al.* «Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture», *Journal of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, vol. 58, n° 1, janv. 2003, p. 76-81.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). «*Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*», Montréal, OIIQ, 2003.
- Pun, B.T., S.M. Gordon, J.F. Peterson, A.K. Shintani, J.C. Jackson, J. Foss *et al.* «Large-scale implementation of sedation and delirium monitoring in the intensive care unit: a report from two medical centers», *Critical Care Medicine*, vol. 33, n° 6, juin 2005, p. 1199-1205.
- Ray, W.A., J.A. Taylor, M.J. Lichtenstein et K.G. Meador. «The Nursing Home Behavior Problem Scale», *Journal of Gerontology*, vol. 47, n° 1, janv. 1992, p. M9-M16.
- Reisberg, B., S.H. Ferris, M.J. deLeon et T. Crook. «The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia», *American Journal of Psychiatry*, vol. 139, n° 9, sept. 1982, p. 1136-1139.
- Voyer, P. «Le délirium», in P. Voyer (ss la dir. de), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie – Une approche adaptée au CHSLD*, Saint-Laurent (QC), Éditions du Renouveau Pédagogique inc., 2006, p. 117-126.
- Voyer, P., M.G. Cole, J. McCusker et É. Belzile. «Characteristics of institutionalized older patients with delirium newly admitted into an acute care hospital», *Clinical Effectiveness in Nursing*, vol. 9, n° 1-2, mars-juin 2005, p. 13-25.
- Voyer, P., M.G. Cole, J. McCusker et É. Belzile. «Prevalence and symptoms of delirium superimposed on dementia», *Clinical Nursing Research*, vol. 15, n° 1, févr. 2006, p. 46-66.

PHILIPPE VOYER est professeur agrégé à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et chercheur à l'unité de recherche en gériatrie. Il est responsable de l'axe évaluation des interventions en soins de longue durée du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement.

LISE DOUCET est étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université Laval et conseillère en évaluation de la qualité des soins et gestion des risques au Centre hospitalier universitaire de Québec.

CHRISTINE DANJOU est professeure de clinique à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et infirmière clinicienne spécialisée au Centre hospitalier universitaire de Québec.

NANCY CYR est professeure de clinique à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et conseillère clinicienne en soins infirmiers au Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale.

ZOHRA BENOUNISSA est biostatisticienne à l'Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval.

Ce projet a été financé grâce à une bourse de chercheur boursier junior 1 du Fonds de la recherche en santé du Québec et de la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec. La Fondation de l'Hôpital du Saint-Sacrement a aussi contribué financièrement à la réalisation de cette étude. Nous tenons également à remercier M^{mes} Sophie Dufort, Marie-Pierre Poulin et Christine Noebert pour leur travail rigoureux.

Tableau IV – Caractéristiques associées au dépistage du délirium

Caractéristiques	Temps 1		Temps 2		Analyses EEG : Valeur p
	Délirium décelé {données manquantes}		Délirium décelé {données manquantes}		
	Oui n=8 (5,3 %)	Non n=144 (94,7 %)	Oui n=11 (7,6 %)	Non n=144 (92,3 %)	
Caractéristiques des infirmières (n=32)					
Âge	{0}	{1}	{0}	{0}	p=0,79
25 ans ou moins	0 (0 %)	12 (8,4 %)	1 (9,1 %)	16 (11,2 %)	
26 ans à 54 ans	5 (62,5 %)	80 (55,9 %)	6 (54,6 %)	83 (58,4 %)	
55 ans ou plus	3 (37,5 %)	51 (35,7 %)	4 (36,4 %)	44 (30,8 %)	
Sexe	{0}	{1}	{0}	{4}	Sans objet
Homme	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	
Femme	8 (100 %)	143 (100 %)	11 (100 %)	140 (100 %)	
Dernier diplôme obtenu	{0}	{1}	{0}	{1}	p=0,94
1. Études universitaires (baccalauréat)	1 (12,5 %)	28 (19,6 %)	1 (9,1 %)	29 (20,3 %)	
2. Études universitaires (certificat 1 ^{er} cycle)	1 (12,5 %)	26 (18,2 %)	4 (36,4 %)	25 (17,5 %)	
3. Collégial ou l'équivalent (diplôme d'études collégiales, diplôme de formation à l'hôpital, autre)	6 (75 %)	89 (62,4 %)	6 (54,6 %)	89 (62,2 %)	
Années d'expérience à titre d'infirmière	{0}	{1}	{0}	{1}	p=0,3
0 à 5 années	0 (0 %)	17 (11,9 %)	1 (9,1 %)	22 (15,4 %)	
6 à 20 années	4 (50 %)	45 (31,5 %)	3 (27,3 %)	36 (25,2 %)	
21 années ou plus	4 (50 %)	81 (56,6 %)	7 (63,6 %)	85 (59,4 %)	
Années d'expérience en soins infirmiers gériatriques	{0}	{1}	{0}	{1}	p=0,3
0 à 5 années	0 (0 %)	32 (22,4 %)	2 (18,2 %)	43 (30,1 %)	
6 à 20 années	5 (62,5 %)	81 (56,4 %)	7 (63,6 %)	74 (51,8 %)	
21 années ou plus	3 (37,5 %)	30 (21 %)	2 (18,2 %)	26 (18,2 %)	
Caractéristiques des résidents (n=156)					
Âge	{0}	{2}	{0}	{0}	p=0,31
65 ans à 74 ans	1 (12,5 %)	6 (4,2 %)	1 (9,1 %)	7 (4,9 %)	
75 ans à 84 ans	5 (62,5 %)	42 (29,2 %)	3 (27,3 %)	45 (31,2 %)	
85 ans ou plus	2 (25 %)	96 (66,7 %)	7 (63,6 %)	92 (63,9 %)	
Sexe	{0}	{0}	{0}	{0}	p=0,33
Homme	3 (37,5 %)	38 (26,4 %)	4 (36,4 %)	37 (25,7 %)	
Femme	5 (62,5 %)	106 (73,6 %)	7 (63,6 %)	107 (74,3 %)	
Stades de la démence	{1}	{26}	{3}	{25}	p=0,52
1 à 4	0	0	0	0	
Stade 5 (démence bénigne)	0 (0 %)	4 (3,4 %)	0 (0 %)	4 (3,4 %)	
Stade 6 (démence moyenne)	4 (57,4 %)	85 (72 %)	6 (75 %)	85 (72 %)	
Stade 7 (démence avancée)	3 (42,9 %)	29 (24,6 %)	2 (25 %)	30 (25,2 %)	
Douleur	{0}	{0}	{0}	{0}	p=0,02*
Non	3 (37,5 %)	90 (62,5 %)	3 (27,3 %)	93 (64,6 %)	
Oui (score de 5 ou +)	5 (62,5 %)	54 (37,5 %)	8 (72,7 %)	51 (35,4 %)	
Autonomie fonctionnelle	{0}	{0}	{0}	{0}	p=0,33
0 à 29	0 (0 %)	48 (33,3 %)	3 (27,3 %)	47 (32,6 %)	
29,1 à 40	5 (62,5 %)	45 (31,3 %)	3 (27,3 %)	49 (34 %)	
41 et plus	3 (37,5 %)	51 (35,4 %)	5 (45,5 %)	48 (33,3 %)	
Contention physique le jour	{0}	{0}	{0}	{1}	p=0,58
Non	4 (50 %)	71 (49,3 %)	4 (36,4 %)	69 (48,3 %)	
Oui	4 (50 %)	73 (50,7 %)	7 (63,6 %)	74 (51,8 %)	
Problèmes comportementaux (NHBPS)	{0}	{3}	{0}	{3}	p=0,26
Non	3 (37,5 %)	86 (61 %)	6 (54,6 %)	86 (61 %)	
Oui	5 (62,5 %)	55 (39 %)	5 (45,4 %)	55 (39 %)	
Caractéristiques du délirium					
Degré de gravité du délirium	{0}	{0}	{0}	{0}	p=0,10
Faible (0-7)	1 (12,5 %)	40 (27,8 %)	1 (9 %)	41 (28,5 %)	
Moyen (8-14)	3 (37,5 %)	75 (52,1 %)	5 (45,5 %)	75 (52,1 %)	
Élevé (15 et plus)	4 (50 %)	29 (20,1 %)	5 (45,5 %)	28 (19,4 %)	
Forme de délirium probable temps 1	{0}	{43}	{0}	{84}	p=0,99
Hyperactive	3 (37,5 %)	40 (39,6 %)	5 (45,5 %)	26 (43,3 %)	
Hypoactive	2 (25 %)	18 (17,8 %)	1 (9,1 %)	7 (11,7 %)	
Sans composante motrice	0 (0 %)	1 (1 %)	1 (9,1 %)	6 (10 %)	
Mixte	3 (37,5 %)	42 (41,6 %)	4 (36,4 %)	21 (35 %)	

* statistiquement significatif p<0,05