

Perturbation du cerveau touchant les capacités cognitives, le delirium est souvent difficile à distinguer de la démence. Il est dû à plusieurs facteurs qui touchent fréquemment les aînés hospitalisés ou résidant en CHSLD, ce qui expliquerait sa prévalence chez cette catégorie de personnes. L'infirmière pourra le détecter en connaissant bien ses signes et symptômes et en se servant d'outils appropriés.

Comme la complexité du delirium rend son traitement difficile, il est important de tout faire pour le prévenir, en agissant non seulement sur les facteurs individuels, mais aussi sur les facteurs de l'environnement humain et physique. En cas de détection d'un delirium, il faut agir rapidement en suivant une procédure particulière et en observant certains principes.

NOTIONS PRÉALABLES SUR LE DELIRIUM

Définition

Le delirium est une perturbation du cerveau. L'Association américaine de psychiatrie (APA, 2000) le définit par la présence de quatre grandes caractéristiques. La première est une perturbation de l'état de conscience s'accompagnant d'une incapacité à soutenir l'attention. La deuxième est une atteinte des capacités cognitives ou de perception. Sur le plan cognitif, il peut s'agir de troubles de la mémoire ou de désorientation. Sur le plan de la perception, ce sont généralement des hallucinations et des illusions. La troisième caractéristique du delirium est le court laps de temps que mettent les symptômes à s'installer, de quelques heures à quelques jours, et leur fluctuation dans une période de vingt-quatre heures. Enfin, la quatrième caractéristique se rapporte aux causes du problème. Ainsi, pour qu'il y ait delirium, il faut une mise en évidence, d'après le dossier médical, l'examen physique et des examens complémentaires, que les perturbations observées sont les conséquences physiologiques directes d'un état de santé. Chez le résident de CHSLD, il est souvent difficile de trouver une cause unique pour le delirium. Une étude rapporte d'ailleurs que les causes du delirium chez l'aîné sont multiples dans plus de 86 % des cas (Culp *et al.*, 1997).

Ampleur du problème

Les études indiquent que de 10 à 20 % des aînés souffrent d'un delirium à leur admission dans un hôpital et que de 25 à 60 % en développeront un au cours de leur hospitalisation. En CHSLD, la prévalence du delirium est de 16 à 57 % et l'incidence serait de 4 à 40 % par semaine. Le grand écart entre

ces pourcentages s'explique principalement par l'utilisation de méthodologies de recherche distinctes (Inouye, 1999).

Conséquences

Contrairement à ce qu'on croyait dans le passé, le delirium n'est pas qu'un problème cognitif transitoire et sans séquelles. Des recherches montrent en effet que, sans prise en charge rigoureuse, l'aîné gardera des pertes cognitives pendant plusieurs mois. Les conséquences du delirium sont diverses et ne se limitent pas à la sphère cognitive. D'après les études, le delirium réduit l'autonomie fonctionnelle de façon importante. Après une observation d'une semaine seulement, des chercheurs rapportent qu'ils ont constaté chez les aînés atteints d'un delirium une perte d'autonomie trois fois plus importante que chez les aînés n'ayant pas de delirium, et cela, en tenant compte de l'âge, de l'autonomie fonctionnelle à la première évaluation, de la démence et du niveau de comorbidité (Marcantonio *et al.*, 2003). Enfin, le delirium retarde la réadaptation suivant un accident vasculaire cérébral ou une chute et accroît la morbidité et la mortalité.

Facteurs prédisposants et facteurs précipitants

Facteurs prédisposants

Vieillesse normale

En vieillissant, le cerveau subit diverses modifications. Ainsi, sa taille chez l'aîné diminue. Ce phénomène peut s'expliquer

par la perte de cellules nerveuses qui débute dès l'âge adulte et conduit à une diminution nette de la masse du cerveau. Comme il y a moins de tissu nerveux à nourrir, l'apport sanguin s'en trouve réduit. Cependant, s'il perd de son volume, le cerveau ne se modifie pas anatomiquement.

Les cellules nerveuses qui restent subissent des changements en raison de la lipofuscine et des radicaux libres. Les neurotransmetteurs sont généralement moins nombreux, ce qui entraîne une perte d'efficacité et un ralentissement de la communication intersynaptique.

Enfin, le vieillissement conduit à la démyélinisation des fibres nerveuses, et de ce fait à une réduction de la vitesse de transmission de l'influx nerveux.

Il est possible que ces différents changements physiologiques expliquent la vulnérabilité du cerveau et l'exposent au delirium. Ce serait principalement un déséquilibre des neurotransmetteurs qui déclencherait un delirium. Or, le vieillissement normal fragiliserait l'équilibre des neurotransmetteurs.

Maladies

L'importance des pertes cognitives due à une démence influe grandement sur la prévalence du delirium. Une étude clinique montre en effet que plus l'ainé affiche une détérioration cognitive, plus son risque d'être atteint d'un delirium est grand. Ainsi, 58 % des aînés dont les capacités cognitives étaient sévèrement atteintes souffraient d'un delirium, tandis que c'était le cas de 45 % des aînés atteints modérément et de 22 % des aînés atteints légèrement (Robertson, Blennow, Gottfries et Wallin, 1998). Dans une autre étude, 89 % des aînés atteints d'une démence souffraient d'un delirium, tandis que c'était le cas de 60 % des aînés sans atteintes cognitives préalables (Fick et Foreman, 2000).

Outre la démence, plusieurs maladies et affections peuvent contribuer à l'apparition d'un delirium. Inouye et Charpentier (1996) proposent un modèle théorique (voir la figure 7-1) qui illustre parfaitement l'interaction entre les facteurs prédisposants, c'est-à-dire la vulnérabilité du résident, et les facteurs précipitants, c'est-à-dire les éléments faisant partie de l'environnement du résident. Ce modèle suggère que, selon sa vulnérabilité, l'ainé présentera une sensibilité variable aux facteurs précipitants de son environnement. Ainsi, un aîné athlétique, donc peu vulnérable, sera atteint d'un delirium en cas de facteur précipitant important, par exemple après une opération chirurgicale à cœur ouvert. À l'inverse, l'ainé souffrant d'une démence, donc très vulnérable, pourra avoir un delirium causé par un facteur précipitant de faible intensité, par exemple, l'administration d'un sédatif hypnotique.

Inouye (1999) a testé et confirmé empiriquement ce modèle multifactoriel du delirium au cours d'une recherche prospective effectuée auprès d'ainés hospitalisés dans des milieux de courte durée. Elle a ainsi dégagé plusieurs facteurs expliquant la forte prévalence du delirium chez l'ainé.

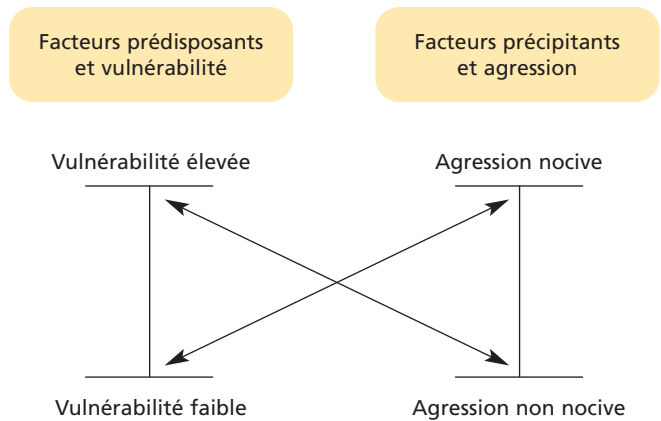


FIGURE 7-1 Modèle multifactoriel du delirium

Source : S.K. Inouye et P.A. Charpentier (1996). Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. JAMA, 275, 852-862.

Parmi plus de vingt-cinq facteurs prédisposants potentiels, ceux qui constituent le modèle final sont la présence de problèmes visuels, la sévérité des maladies, la présence de déficits cognitifs et la déshydratation. L'ainé qui présente ces quatre facteurs prédisposants a un risque accru de 83 % d'avoir un delirium.

Or, ces facteurs prédisposants se retrouvent fréquemment chez le résident hébergé dans un milieu de soins de longue durée. On évalue en effet que 60 % des aînés placés en soins de longue durée ont des problèmes visuels (Sandberg, Gustafson, Brannstrom et Bush, 1998; VanNewkirk *et al.*, 2000), que plus de 50 % ont des problèmes cognitifs (Hazzard, Blass, Ettinger, Halter et Ouslander, 1999; Sandberg *et al.*, 1998) et que plus de 80 % souffrent d'une hydratation insuffisante (Kayser-Jones, Schell, Porter, Barbaccia et Shaw, 1999; Sheehy, Perry et Cromwell, 1999; Armstrong-Esther, Browne, Armstrong-Esther et Sander, 1996).

Facteurs précipitants

Les interventions des soignants ayant généralement des bienfaits pour les résidents peuvent parfois augmenter les risques de delirium. On distingue deux facteurs principaux dans cette catégorie : les médicaments et l'immobilité. Les médicaments, en particulier ceux qui ont des effets anticholinergiques, représentent la cause unique la plus fréquente du delirium. Ils seraient responsables de 22 à 40 % de tous les cas de delirium chez l'ainé hospitalisé dans les hôpitaux de courte durée. Les médicaments neuroleptiques pourraient aussi précipiter l'ainé vers le delirium (Inouye, 1998).

L'immobilisation est un autre facteur non négligeable du delirium. Ainsi, l'utilisation d'un moyen de contention physique ou d'une sonde urinaire favorise l'ap-



parition d'un delirium en restreignant la mobilité du résident. Elle est donc à éviter. L'immobilité est notamment à l'origine d'une fonte musculaire et d'une perte de minéraux osseux, de même que d'une sous-stimulation sensorielle, qui accroissent les risques de delirium. L'étude de Fick et Foreman (2000) rapporte que 63 % des aînés atteints d'un delirium et d'une démence étaient sous contention physique.

Inouye et Charpentier (1996) corroborent l'importance de ces facteurs dans leurs recherches. Parmi les vingt-cinq facteurs précipitants et plus qu'ils ont évalués, les cinq principaux sont l'utilisation de moyens de contention, la malnutrition, l'ajout récent de trois médicaments, l'utilisation d'une sonde urinaire et les examens médicaux et radiologiques (facteurs iatrogènes). Un aîné qui présente les cinq facteurs précipitants cités a un risque accru de 88,4 % d'avoir un delirium.

Ces facteurs précipitants se retrouvent fréquemment eux aussi dans les CHSLD. En effet, plus de 40 % des aînés sont sous contention et plus de 40 % souffrent de malnutrition. De plus, la consommation de médicaments, les psychotropes en particulier, y est très importante.

Manifestations cliniques

Le delirium se manifeste par des changements sur les plans cognitif et moteur qui surviennent brusquement, par exemple, en une semaine et moins, et fluctuent au cours de la journée. On distingue les signes essentiels et les signes et symptômes non essentiels du delirium. Les premiers sont des signes dont l'absence empêche d'avancer l'hypothèse du delirium.

Signes essentiels

Les trois signes essentiels permettant de soupçonner un cas de delirium sont l'installation rapide des symptômes, la fluctuation des manifestations du delirium et l'atteinte du niveau de conscience. On parle d'installation rapide des symptômes quand les atteintes cognitives ou motrices sont apparues au cours des derniers jours. Habituellement, les symptômes apparaissent en quelques heures. Toutefois, chez le résident, ils peuvent mettre jusqu'à cinq jours à s'installer, ce qui rend la détection du problème plus difficile, puisque le contraste entre l'état initial et le delirium est moins évident.

La fluctuation des signes et symptômes du delirium correspond à l'alternance de périodes de normalité et de périodes de delirium. Il s'agit d'une particularité du delirium. Ainsi, le résident peut présenter de l'inattention le matin seulement, puis plus du tout le reste de la journée. Il faut donc être prudent et vigilant, ne pas croire que le problème est corrigé : cette fluctuation fait partie du problème. De plus, chez le résident atteint d'une démence, l'infirmière doit avoir une excellente

capacité d'observation pour remarquer les perturbations cognitives dues au delirium. Par exemple, elle doit être en mesure de noter l'aggravation de la désorientation du résident atteint d'une démence. Ce dernier pourrait ainsi habituellement reconnaître la saison de l'année et nommer la province de son pays, mais ne plus être en mesure de le faire lors de l'apparition d'un delirium. Sa désorientation serait alors plus sévère.

Enfin, l'altération du niveau de conscience est un signe plus facile à observer, même en cas de démence. L'état de conscience normal est l'état alerte. Toute modification du niveau de conscience par rapport à cet état alerte devrait faire soupçonner la possibilité d'un delirium. Ainsi, le résident peut présenter une sensibilité accrue à l'environnement, sursauter facilement lorsque l'infirmière entre dans sa chambre ou réagir de manière exagérée aux bruits du corridor. À l'opposé, il peut être dans un état léthargique, stuporeux ou comateux. Léthargique signifie qu'il est somnolent, mais facile à réveiller. Stuporeux signifie qu'il est dur à réveiller. Enfin, comateux correspond à une inconscience totale de l'environnement.

Signes et symptômes non essentiels

Le delirium peut toucher toutes les capacités cognitives. Ainsi, le résident peut manifester de la désorientation à l'égard des personnes, des lieux et des objets, ainsi que dans le temps. Il peut aussi présenter une désorganisation de la pensée par des propos incohérents, un discours décousu, une incompréhension des concepts abstraits. Dans ce dernier cas, il ne comprendra pas l'expression « venez au petit coin » ou le dicton « l'habit ne fait pas le moine ». Lorsqu'il ne trouve plus ses mots ou nomme incorrectement des objets, c'est qu'il a un trouble du langage accentué par un trouble de la mémoire. Lorsqu'il est incapable de rapporter ce qu'il a mangé au déjeuner ou de dire qui lui a rendu visite quelques minutes auparavant, c'est sa mémoire à court terme qui est touchée par le delirium. S'il se trouve à un stade avancé de la démence, l'infirmière devra évaluer sa mémoire à court terme différemment. Elle devra choisir une tâche de mémorisation qui lui est accessible. Par exemple, elle pourra lui demander de nommer les fruits dans son assiette. Quelques minutes plus tard, elle lui demandera de nommer de nouveau les fruits en question. Elle répétera l'exercice à quelques reprises durant la journée, afin d'être de mettre en évidence une fluctuation éventuelle.

Le delirium cause fréquemment un trouble de l'attention. Le résident a alors de la difficulté à suivre des directives simples ou est distrait. Il fait des erreurs en nommant à l'envers les douze mois de l'année à la demande de l'infirmière. Notons que, même chez le résident atteint d'une démence, il est possible de reconnaître l'inattention. En effet, assez souvent, même atteint d'une démence, le résident peut suivre les consignes de l'infirmière lors de l'habillement (mettre son pantalon, puis sa chemise, etc.).

Si subitement, depuis deux jours, il ne comprend plus les explications et ne peut plus suivre les consignes, l'infirmière peut noter de l'inattention.

Des troubles de la perception, tels que des hallucinations et des illusions ou encore une paranoïa soudaine, peuvent être provoqués par un delirium. L'infirmière pourra en même temps noter une perturbation du cycle du sommeil du résident. Par exemple, le résident qui avait un bon sommeil fera brusquement de l'insomnie, et dormira davantage le jour et pourra être éveillé la nuit.

Sur le plan moteur, le delirium conduit à quatre états différents : l'état hyperactif, l'état hypoactif, l'état mixte et l'état moteur normal. Le delirium de type hyperactif se manifeste par de la combativité, de l'agitation et de l'irritabilité. Il s'accompagne souvent d'hypervigilance et d'hallucinations. Le résident peut aussi se gratter constamment, par exemple. Le delirium de type hypoactif, lui, se caractérise par une réponse lente et imprécise aux stimuli de l'environnement, par un ralentissement psychomoteur. Il s'accompagne souvent de somnolence, de retrait et d'apathie. Le résident se déplace plus lentement que d'habitude ; son regard est plus fixe. L'état mixte est simplement une alternance des états hyperactif et hypoactif. Enfin, l'état normal est celui dans lequel le résident n'affiche aucun changement sur le plan moteur lorsqu'il est atteint d'un delirium, les symptômes cognitifs étant alors les seules manifestations.

Détection du problème

Il est crucial que l'infirmière ait des outils de détection du delirium, en raison des particularités de ce trouble cognitif. En effet, en raison de la fluctuation des symptômes, le résident peut se trouver dans un état normal lors de la visite du médecin, lequel ne pourra alors pas détecter le problème. De plus, les remarques notées dans le dossier peuvent être incomplètes, pas assez précises, et ne pas permettre de détecter le delirium.

Le Confusion Assessment Method (CAM) et le Minimum Data Set, Version 2 (MDS-2) (Morris, Murphy et Nonemaker, 1995) sont deux instruments de mesure valides et fidèles. Le premier est particulièrement efficace pour le résident dont les capacités cognitives ne sont pas atteintes, sinon légèrement. Le second est un instrument de mesure portant sur plusieurs aspects de l'état du résident de CHSLD, notamment le delirium. Ayant été conçu pour les résidents des CHSLD, il est très bien adapté aux résidents déments.

Le CAM (voir le tableau 7-1) est un outil de détection du delirium conçu pour les soignants autres que le psychiatre ou le médecin spécialisé en gériatrie. L'infirmière l'utilise pour détecter la présence de signes et symptômes du delirium en se fondant sur l'observation des derniers jours. Elle consulte le dossier du résident afin de trouver dans les notes des infirmières la présence éventuelle de manifestations du problème. Elle interroge également les autres soignants afin de mettre en évidence tous changements qui pourraient être dus au delirium.

Le CAM repose sur l'évaluation de quatre caractéristiques : l'apparition subite des symptômes du delirium, la présence d'un trouble de l'attention, la manifestation d'une pensée désorganisée et la présence d'une altération du niveau de conscience. L'infirmière peut confirmer la présence d'un delirium lorsque l'observation est positive pour les deux premiers points et l'un ou l'autre des deux derniers.

Il faut préciser que, même si le CAM cible certains symptômes, l'infirmière doit étudier et évaluer l'ensemble des symptômes cognitifs et moteurs possibles du delirium. Par exemple, du point de vue cognitif, elle doit noter si le résident présente un trouble de la mémoire, de la perception, du langage et de l'orientation, ainsi qu'une inversion du cycle veille-sommeil. De même, elle indiquera tous les changements moteurs observés. Toutes ces constatations lui permettront de tirer une conclusion sur la présence de la première caractéristique ciblée dans le CAM, c'est-à-dire l'apparition subite des symptômes.

Tableau 7-1 Confusion Assessment Method (CAM)

CRITÈRE 1 Apparition subite des symptômes	Les manifestations cognitives ou motrices du delirium doivent être nouvelles. Généralement, elles sont apparues au courant des trois derniers jours.
CRITÈRE 2 Trouble de l'attention	Le résident affiche une capacité diminuée à maintenir son attention sur une tâche ou à passer à une autre demande. Il n'est pas en mesure de suivre des directives simples. Il ne peut nommer les mois de l'année à l'envers.
CRITÈRE 3 Désorganisation de la pensée	Le résident tient des propos décousus. Il n'est pas en mesure d'exprimer clairement ses idées. Il est confus.
CRITÈRE 4 Altération du niveau de conscience	Le résident est hypervigilant, donc très sensible à son environnement. À l'opposé, il peut être léthargique, stuporeux ou comateux.

Source : S.K. Inouye, C.H. Van Dyck, C.A. Alessi, S. Balkin, A.P. Siegal et R.I. Horwitz (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method (a new method for detection of delirium). *Annals of Internal Medicine*, 113, 941-948.