

Programme de soins pour les personnes à risque ou présentant un état de confusion aiguë (ÉCA)



Par
Louise Bélanger, inf., M.Sc.

En collaboration avec
Renée Coulombe, inf., M.Sc.
Linda Wanis, inf., B.Sc.
Geneviève Roch, inf., Ph.D. (Cand.)
Francine Ducharme, inf., Ph.D.

Avec le soutien de la
FONDATION DE RECHERCHE EN SCIENCES INFIRMIÈRES DU QUÉBEC
(FRESIQ)

Novembre 2007
Révisé 2008

Rédaction :	Louise Bélanger, inf., M.Sc.
Autres personnes ayant collaboré à la rédaction du document	Renée Coulombe, inf., M.Sc. Linda Wanis, inf., B.Sc. Geneviève Roch, inf., Ph.D. (Cand.) Francine Ducharme, inf., Ph.D.
Personnes ayant collaboré à la démarche d'analyse des informations scientifiques	Renée Coulombe, inf., M.Sc. Linda Wanis, inf., B.Sc. Francine Ducharme, inf., Ph.D. Geneviève Roch, inf., Ph.D. (Cand.) Dr Jean-Claude Bertrand, psychiatre
Soutien financier :	Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec (FRÉSIQ) Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Soutien à la recherche :	Claire de Grandpré, bibliothécaire
Travail de secrétariat :	Diane Bégin

Note : Le contenu de ce document peut être utilisé sans autorisation en spécifiant la source.

Production : © HSCM

Dépôt légal - 2008
Bibliothèque et Archives nationales du Québec-2008
Bibliothèque et Archives Canada-2008
ISBN 978-2-921350-41-9

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX	4
LISTE DES FIGURES	5
INTRODUCTION.....	6
PRÉOCCUPATIONS CLINIQUES.....	7
BUT ET OBJECTIFS.....	8
MYTHES ET CROYANCES	9
CONFUSION AIGUË, CONFUSION CHRONIQUE ET DELIRIUM,	12
DÉPISTAGE, ÉVALUATION ET SURVEILLANCE	16
ENVIRONNEMENT DE SOUTIEN POUR LA PERSONNE ET SA FAMILLE	20
INTERVENTIONS ET INTERVENANTS MULTIPLES	26
ÉVALUATION DU PROGRAMME.....	28
CONCLUSION	29
RÉFÉRENCES.....	30
ANNEXES	
1. ÉCHELLE DE CONFUSION NEECHAM	34
2. GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT POUR LA FAMILLE ET LES PROCHES	37
3. LISTE DES MÉDICAMENTS FRÉQUEMMENT EN CAUSE DANS UN DELIRIUM	40
4. GUIDE D'INTERVENTIONS POUR LES INFIRMIÈRES AUXILIAIRES	42
5. GUIDE D'INTERVENTIONS POUR LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES	45
6. GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES BÉNÉVOLES	48

Liste des tableaux

TABLEAU 1	
STRUCTURE GLOBALE DU PROGRAMME DE SOINS	8
TABLEAU 2	
SIGNES CLINIQUES PRÉSENTS SELON L'ÉTAT COGNITIF DE LA PERSONNE.....	14
TABLEAU 3	
DES PERSONNES ET DES SCORES DIFFÉRENTS SUR L'ÉCHELLE DE CONFUSION NEECHAM	17
TABLEAU 4	
CONSIGNES D'UTILISATION DE L'ÉCHELLE DE CONFUSION NEECHAM.....	18
TABLEAU 5	
CE QUE L'INFIRMIÈRE DOIT ÉVALUER LORSQU'UNE PERSONNE PRÉSENTE DES SIGNES DE CONFUSION AIGUË	19
TABLEAU 6	
INTERVENTIONS DE SOUTIEN INTERPERSONNEL.....	22
TABLEAU 7	
INTERVENTIONS DE SOUTIEN PHYSIQUE.....	23
TABLEAU 8	
INTERVENTIONS DE SOUTIEN SENSORIEL	24
TABLEAU 9	
CONTRIBUTION DES INTERVENANTS ET SOUTIEN DE LA FAMILLE, DES PROCHES ET DES BÉNÉVOLES AUPRÈS DE LA PERSONNE	26
TABLEAU 10	
EXEMPLE DE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER POUR UNE PERSONNE À RISQUE ET PRÉSENTANT DES SIGNES DE CONFUSION AIGUË.....	27
TABLEAU 11	
Liste des indicateurs de l'intégration du programme de soins en regard de la structure, du processus et des résultats.....	28

Liste des figures

FIGURE 1	
UN PROCESSUS DE SOINS INSPIRÉ PAR LE CARING	8
FIGURE 2	
FACTEURS PRÉDISPOSANTS ET PRÉCIPITANTS LE DELIRIUM	13
FIGURE 3	
RELATIONS ENTRE DIFFÉRENTS ÉTATS COGNITIFS	13
FIGURE 4	
ALGORITHME D'INTERVENTIONS AUPRÈS DES PERSONNES À RISQUE OU PRÉSENTANT DES SIGNES DE CONFUSION AIGUË	16
FIGURE 5	
SYNTHÈSE DES INTERVENTIONS DE SOUTIEN INTERPERSONNEL, PHYSIQUE ET SENSORIEL REQUISES AU COURS DE L'HOSPITALISATION D'UNE PERSONNE À RISQUE DE CONFUSION AIGUË ET PRÉSENTANT DES SIGNES DE CONFUSION AU COURS DE L'ÉPISODE DE SOINS.....	25

Introduction

Dans les dernières modifications du code des professions québécois, les infirmières et infirmiers se sont vus confier plusieurs responsabilités telles l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique et la surveillance de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (L.R.Q. c 1-8). Ces changements, dans le cadre légal, modifient passablement le rôle et les responsabilités des membres de ce groupe professionnel qui voit leur rôle s'élargir. Ceci est particulièrement important lorsque l'infirmière ou l'infirmier soigne une personne à risque de confusion aiguë. Dans ce cas, elle doit, pour assurer des soins sécuritaires, détecter les signes soudains de confusion, évaluer la personne, intervenir pour diminuer, s'il y a lieu, les impacts de la confusion et surveiller l'évolution de la condition de santé de la personne, et ce, avec la collaboration de l'équipe des soins infirmiers qu'elle coordonne.

Dans ce document, nous tenterons de fournir à l'infirmière des connaissances théoriques et des outils pratiques pour l'aider à assumer ses responsabilités professionnelles à l'égard de la clientèle à risque ou présentant des signes de confusion aiguë. Prenez note que nous nous intéresserons principalement à l'état de confusion aiguë (ÉCA) qui est souvent le signe précoce d'un problème physiologique ou psychiatrique. Par ailleurs, le delirium est le type d'ÉCA qui est plus documenté dans les écrits scientifiques, c'est pourquoi nous utiliserons, à plusieurs reprises dans le texte, des données empiriques concernant ce syndrome. Nous espérons que ce document sera aidant pour l'infirmière et pour la clientèle concernée.

Préoccupations cliniques

L'état de confusion aiguë (ÉCA) est courant en milieu hospitalier. La plupart du temps, il est temporaire et réversible. Lorsque les manifestations cliniques sont fluctuantes, qu'on observe une détérioration de la capacité d'attention aux stimuli externes et de la capacité à organiser sa pensée, accompagnée d'une perturbation du cycle d'éveil-sommeil, de la mémoire, de l'activité psychomotrice et des perceptions, on est généralement en présence d'un delirium, le type d'ÉCA que l'on rencontre le plus fréquemment. Par ailleurs, il est important de savoir que tout type d'ÉCA indique un problème de santé et doit être considéré comme une priorité de soins, voire une urgence.

Ce sont les personnes âgées de 70 ans et plus, celles ayant subi une chirurgie majeure en urgence, celles étant hospitalisées aux soins intensifs ou encore, celles se retrouvant en fin de vie qui sont les plus susceptibles de présenter ce syndrome.

Chez ces personnes, on observe un déclin cognitif et fonctionnel, un besoin d'orientation plus important en soins de longue durée et, dans certains cas, la mort (Inouye, Rusing, Foreman, Palmer et Pompéi, 1998). Outre le fait que la présence de ce syndrome augmente l'intensité des soins, la durée du séjour hospitalier et l'utilisation des services de réadaptation, les impacts de celui-ci s'étendent au-delà du séjour hospitalier puisque les signes de delirium peuvent persister jusqu'à 12 mois après le diagnostic (McCusker, Cole, Abrahamowicz, Primeau et Belzile, 2002; McCusker, Cole, Dendukuri, Han et Belzile, 2003). De plus, on ne peut passer sous silence la souffrance que génère ce problème de santé pour la personne atteinte et sa famille (McCurren & Cronin, 2003).

Aussi, les infirmières qui soignent une personne présentant des signes d'ÉCA expérimentent souvent une charge de travail plus intense, du stress et de la frustration (Milisen, Cremers et Foreman, 2004). L'intensité des soins requis, l'absence d'interventions respectant les « règles de l'art » pour le dépistage, la prévention et le traitement, ainsi que les pauvres résultats de soins obtenus, expliquent ce comportement (Young & George, 2003).

L'ÉCA est une problématique coûteuse pour la personne atteinte et sa famille, pour les infirmières mais aussi pour l'établissement et le réseau de la santé. Ce constat justifie l'importance d'agir sur ce syndrome.

But et objectifs

Le but visé par l'application de ce programme est le bien-être de la personne. Il est bien illustré, dans le cadre de référence décrit dans le graphique ci-joint. Il s'inspire du processus de *caring*, décrit par Swanson (1993), et est cohérent avec la philosophie des soins infirmiers de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) qui a été adoptée en 1999 et révisée en 2004 (Roy & Robinette, 2004). Puisque tous les éléments de ce modèle sont importants et nécessaires pour atteindre ce but, ceux-ci constituent la structure de base du programme.

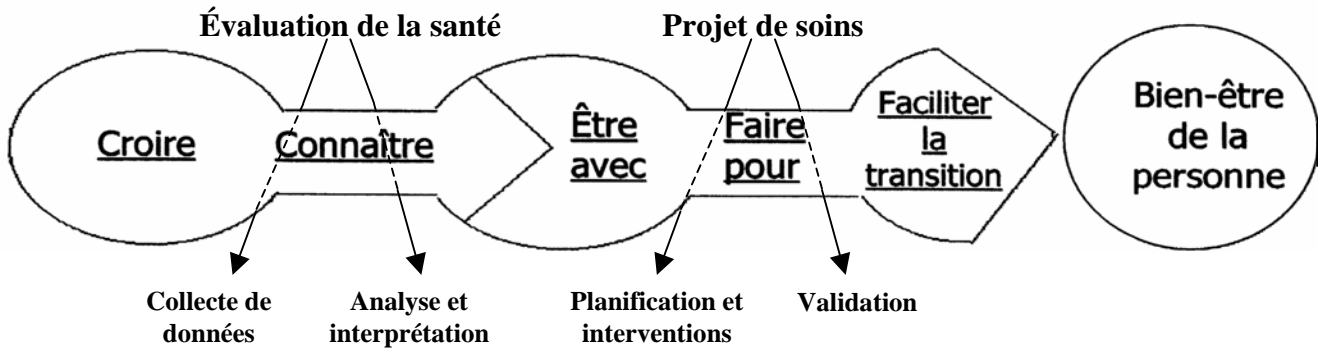


Figure 1. Un processus de soins inspiré par le caring (Tiré de Roy & Robinette, 2004)

À cet égard, le tableau qui suit présente les objectifs visés et les chapitres où ceux-ci sont traités pour chacun des éléments du cadre de référence.

Éléments	Objectifs visés	Chapitres
Croire	Identification et recadrage des mythes et des croyances les plus courants des infirmières concernant l'ÉCA	Mythes et croyances (p. 9)
Connaître Être avec	Description de la confusion aiguë, de la confusion chronique et du delirium, leurs présentations cliniques et ce qui permet de les différencier de l'état cognitif normal de la personne âgée. Description du processus de dépistage et de surveillance de l'évolution de l'état cognitif de la personne à risque ou présentant des signes d'ÉCA.	Confusion aiguë, confusion chronique et delirium, (p. 12) Dépistage, l'évaluation et la surveillance (p. 16)
Être avec Faire pour et faciliter la transition	Description du processus de soins de l'infirmière, et de son équipe de soins, visant à faciliter le passage de la personne et de sa famille à travers une expérience de santé souvent inconnue et traumatisante.	Environnement de soutien pour la personne et sa famille (p. 20) Interventions et des intervenants multiples (p. 26)

Tableau 1. Structure globale du programme de soins

Mythes et Croyances

Voici les mythes et les croyances les plus courants concernant l'ÉCA et le delirium ainsi que les données empiriques permettant de les recadrer à la lumière des connaissances les plus à jour dans le domaine.

Les symptômes de delirium et de démence sont identiques.

FAUX. La personne atteinte de démence de type Alzheimer, qui est le type de démence le plus fréquent, a des problèmes de mémoire à court et long termes et de fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne. Chez celle ayant un delirium, on observe une détérioration de l'attention associée à des troubles cognitifs (mémoire, orientation ou langage) accompagnés, quelquefois, d'hallucinations (Smith, Breitbart & Platt, 1995; American Psychiatric Association, 1999; Milisen, Breas, Fick et Foreman, 2006; Arcand & Hébert, 2007).

Toutes les personnes âgées présentent des troubles cognitifs. C'est inévitable!

FAUX. La recherche actuelle sur le cerveau vieillissant indique que, malgré la disparition de neurones, les connexions entre les cellules restantes augmentent et compensent la perte. Cette capacité explique la possibilité pour les personnes âgées de continuer à s'engager dans des tâches cognitives, comme elles l'ont fait auparavant, bien que plus lentement (Cavanaugh, 1993). Près de 92 % des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population présentent un état cognitif normal pour leur âge (Graham, Rockwood, Beattie, Eastwood et al., 1997).

La personne ayant une confusion aiguë présente toujours des signes d'agitation.

FAUX. Il existe différents types de présentation clinique de l'ÉCA tel le delirium. Dans certains cas, il est hyperactif et la personne est agitée, hallucinée et désorientée alors que lorsqu'il est hypoactif, on observe des troubles cognitifs et une sédation. Quelquefois, le delirium est mixte et les symptômes fluctuent entre les deux (2) types décrits précédemment (American Psychiatric Association, 1999).

Le delirium survient souvent chez la personne qui consomme de l'alcool.

FAUX. Le delirium est un syndrome multifactoriel. Il est le résultat d'une combinaison de facteurs prédisposants et précipitants. Le risque de delirium augmente avec la vulnérabilité de la personne et l'importance de l'agression physique. Par exemple, une personne présentant une démence et une maladie sous-jacente peut développer un delirium simplement parce qu'elle prend un sédatif alors qu'une personne moins vulnérable présentera un delirium après plusieurs interventions ou complications au cours de son hospitalisation (Inouye, 2006).

Chez la personne démente, on ne peut reconnaître un ÉCA.

FAUX. La personne démente a un comportement prévisible d'une journée à l'autre. Si on observe un changement subit dans ses habitudes (circule moins, plus apathique, plus agitée, etc.), une altération de sa vigilance, de son attention ou des hallucinations, on peut soupçonner un ÉCA et il faut en rechercher la cause physiologique sous-jacente (Landreville, Rousseau, Vézina & Voyer, 2005).

Lorsqu'après un épisode de confusion, la personne devient plus lucide, on peut penser que l'ÉCA est en voie de résolution.

FAUX. Un ÉCA tel le delirium est fluctuant (American Psychiatric Association, 1999) et les symptômes apparaissent souvent la nuit (Osterbrink, McDonough, Ewers & Mayer, 2005).

Lorsqu'elle est confuse, la personne n'a pas conscience de ce qui lui arrive.

FAUX. Les personnes qui ont un delirium léger et modéré se rappellent de l'expérience (Breitbart, Gibson & Tremblay, 2002). Au moment où le delirium s'installe, les personnes qui le subissent vivent de l'anxiété, de la frustration et de la colère. Elles décrivent un monde de fausses perceptions, d'hallucinations, de méfiance et de perte de contrôle (McCurren & Cronin, 2003).

Seul le médecin peut dépister un ÉCA.

FAUX. Le dépistage de l'ÉCA concerne grandement les infirmières qui passent plus de temps que le médecin au chevet de la personne et jouent un rôle crucial dans la détection de ce syndrome (Inouye, Foreman, Mion, Katz et Cooney, 2001). On retrouve dans les écrits, plusieurs outils de dépistage de l'ÉCA et du delirium pouvant être utilisés par les infirmières (Foreman & Vermeersch, 2004; Rapp, Wakefield, Kundrat, Mentès, Tripp-Reimer, Culp & al., 2000; Schuurmans, Deschamps, Markham, Shortridge-Baggett & Duursma, 2003; Smith et al., 1995).

Les signes d'ÉCA chez la personne âgée s'estompent spontanément avec le temps.

FAUX. L'ÉCA doit être considéré comme une priorité de soins. Lorsqu'il survient, on doit rapidement rechercher la ou les cause(s) de son apparition pour, idéalement, le(s) corriger et ainsi prévenir les conséquences négatives que peut entraîner ce syndrome (American Psychiatric Association, 1999).

Seuls les médicaments peuvent aider la personne âgée confuse.

FAUX. Parce que les facteurs qui précipitent le delirium sont souvent multiples, les interventions doivent être nécessairement multifactorielles (Macleod, 2006). Dans une revue des écrits très rigoureuse où l'on a recherché des études concernant les interventions faites auprès de personnes atteintes de delirium et leurs impacts, celles qui s'avèrent être les plus efficaces visent l'équilibre

physiologique, le confort et la sécurité des personnes. Elles permettraient de diminuer la durée et la sévérité de l'ÉCA, particulièrement en chirurgie (Milisen, Lemiengre, Braes & Foreman, 2005).

Lorsqu'une personne est en ÉCA et agitée, des mesures de contrôle sont requises pour éviter les blessures.

FAUX. L'usage de mesures de contrôle doit être très limité. « La personne ligotée qui se débat risque de se blesser et ceci peut entraîner une incapacité de marcher, voire un syndrome d'immobilisation ». L'intervention pharmacologique est souvent préférable à une agitation mal contrôlée (Arcand & Hébert, 2007).

Confusion aiguë, confusion chronique et delirium

Le delirium est un type d'état de confusion aiguë qui doit répondre aux critères du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) et être confirmé par un médecin (voir encadré). Il se présente de trois (3) façons différentes. Il est « hyperactif » quand on observe chez la personne trois symptômes et plus dans la liste suivante : hyperactivité, excitabilité, hallucinations, hypervigilance, discours rapide et fort, irritabilité, agressivité, impatience, chants, propos grossiers, rires, résistance, euphorie, colère, impulsivité, égarement, distraction, discours tangentiel, mauvais rêves, idées fixes. Il peut être « hypoactif » quand la personne présente quatre symptômes et plus dans la liste qui suit : léthargie, somnolence, apathie, diminution des activités psychomotrices incluant l'inconscience, ralentissement, diminution de la vigilance, discours lent et faible. Finalement, il est « mixte » quand il fluctue entre le type hyperactif et hypoactif (Liptzin & Levkoff, 1992).

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU DELIRIUM

A. Perturbation de la conscience (c'est-à-dire, baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement) avec diminution de la capacité à fixer, soutenir ou déplacer l'attention.

B. Altération des fonctions cognitives (telles qu'un déficit de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage) ou bien apparition d'une perturbation des perceptions qui n'est pas mieux expliquée par une démence préexistante, stabilisée ou en évolution.

C. La perturbation s'installe en un temps court (habituellement quelques heures ou quelques jours) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée.

D. L'histoire médicale, l'examen physique ou les examens de laboratoire expliquent que le problème est causé par une condition physique, une intoxication ou à un effet secondaire de la médication (American Psychiatric Association, 1999; Arcand & Hébert, 2007).

Les causes de delirium sont multifactorielles et liées à des facteurs prédisposants et précipitants. Entre autres, le cancer avancé, les maladies sévères, les troubles cognitifs et sensoriels, l'âge, la consommation abusive d'alcool, drogues et cigarettes prédisposent la personne à un delirium alors que la ventilation mécanique, l'admission aux soins intensifs, les chirurgies majeures et urgentes, la médication, la déshydratation peuvent le précipiter.

Le tableau qui suit illustre graphiquement la relation qui existe entre la vulnérabilité d'une personne et la sévérité des agressions physiques et psychologiques qu'elle subit au cours de l'hospitalisation (Inouye et Charpentier, 1996).

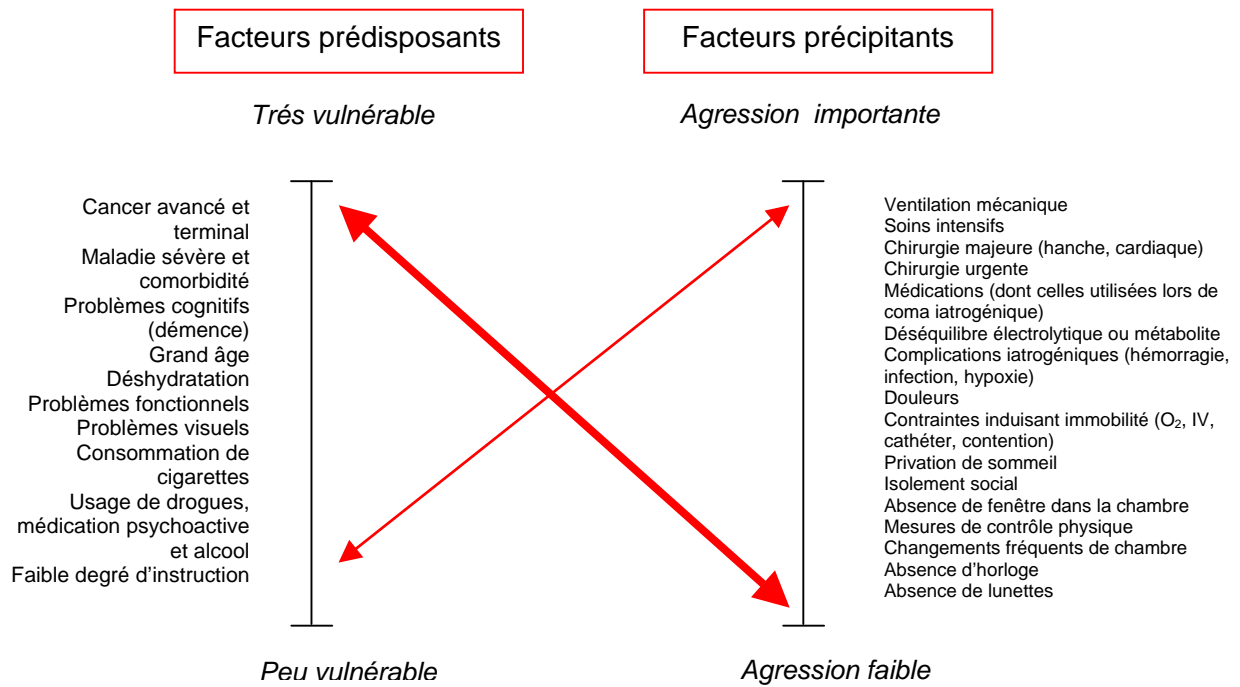


Figure 2. Facteurs prédisposants et précipitants le delirium (inspiré de Inouye & Charpentier, 1996)

Parce que le delirium est souvent confondu avec d'autres syndromes, et même avec l'état cognitif normal de la personne âgée, il est important de comprendre les relations qui existent entre ces différents états cognitifs. À cet égard, la figure qui suit situe le delirium par rapport à l'état cognitif normal d'une personne âgée, la confusion aiguë et la confusion chronique.

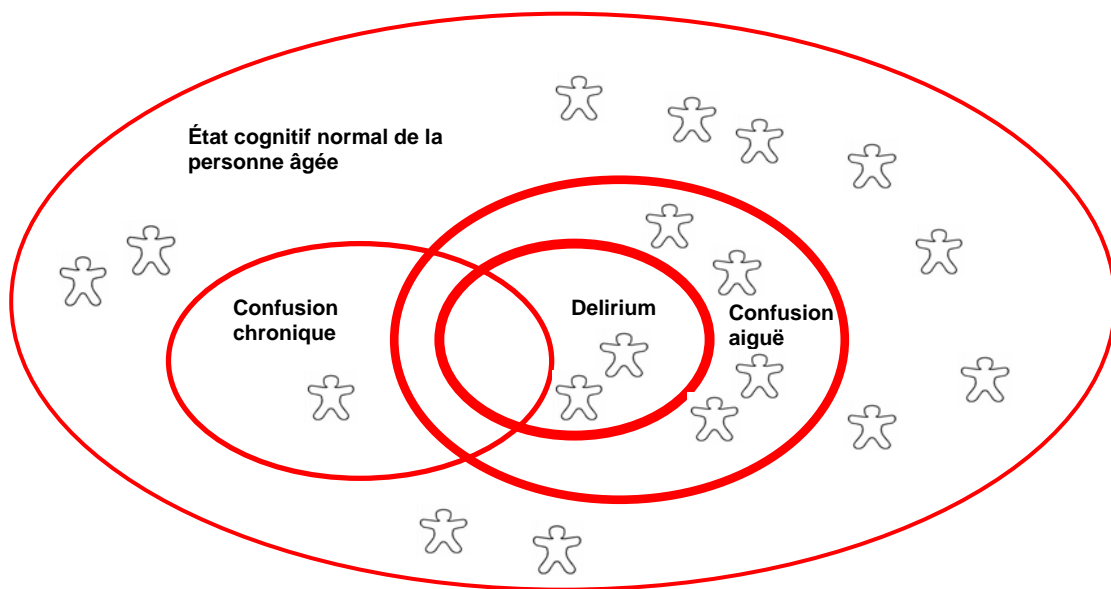


Figure 3. Relations entre différents états cognitifs (inspiré de Rapp et al., 2000).

En moyenne, 8 % des personnes de 65 ans et plus ont un diagnostic de démence (confusion chronique). La prévalence de la démence augmente avec l'âge. Entre 65 et 74 ans, le risque est de 2,4 % alors qu'à 85 ans et plus, il est de 34,7 % (Graham, Rockwood, Beattie, Eastwood et al., 1997). Les recherches sur le delirium nous indiquent que 10-40% des personnes âgées présentent ce syndrome à leur arrivée à l'hôpital et entre 11 et 30 % le développeront au cours de leur hospitalisation (Arcand et Hébert, 2007). Pour ce qui est de la confusion aiguë, nous n'avons pas de recherche à ce sujet. Par ailleurs, quand ce type de confusion apparaît, on soupçonne fréquemment un delirium mais, dans certains cas, on est devant un problème neurologique (aphasie, tumeur, lésions, etc.), de l'épilepsie ou une maladie psychiatrique (Young & Francis, 2007).

Pour plus de précisions, voici un tableau illustrant les signes cliniques présents selon l'état cognitif de la personne.

Caractéristiques	État cognitif normal de la personne âgée	Confusion chronique	Confusion aiguë	Delirium
Évolution	Progressive en lien avec le vieillissement	Progressive	Soudaine	Soudaine
Fluctuation	Aucune	Stable au cours de la journée. Sommeil généralement normal. Syndrome crépusculaire possible.		Variable Période de lucidité Aggravation nocturne Sommeil perturbé
Conscience	Claire	Claire	Réduite	Réduite
Attention	Sélective et divisée	Sélective et divisée	Réduite	Réduite et fluctuante
Vigilance	Adéquate	Généralement adéquate		Perturbée et fluctuante
Orientation temporo-spatiale	Adéquate	Atteinte probable		Fluctuante et presque toujours atteinte
Activité psychomotrice	Adéquate	Souvent adéquate		Souvent augmentée ou diminuée
Discours	Adéquat mais ralenti	Appauvri. Difficultés de jugement, d'abstraction et cherche ses mots	Lent, incohérent	Désorganisé, déformé, lent, fragmenté ou incohérent
Perception	Adéquate	Fausse perceptions rares		Hallucinations, illusions ou fausses perceptions

Tableau 2. Signes cliniques présents selon l'état cognitif de la personne (Arcand & Hébert, 2007; Charlot, 2007a, 2007b; Young & Francis, 2007, Société Alzheimer du Canada, 2007

Ces informations font ressortir l'ÉCA comme un indice précoce de delirium ou, comme nous l'avons vu précédemment, d'autres pathologies pouvant provoquer la confusion aiguë ou la confusion chronique. À cet égard, TOUT SIGNE SOUDAIN D'ALTÉRATION DU NIVEAU DE CONSCIENCE, DE L'ATTENTION ET DU DISCOURS devrait être considéré comme sérieux et faire l'objet d'une évaluation, d'une intervention et d'une surveillance appropriée de la part de l'infirmière.

Dépistage, évaluation et surveillance

En pratique, l'infirmière devrait pouvoir identifier l'état de confusion aiguë (ÉCA) avant que les critères diagnostiques du DSM-IV du delirium ou des autres pathologies soient rencontrés (Rapp & al., 2000) et ainsi intervenir plus rapidement pour soulager la personne et prévenir les complications. Voici un algorithme décrivant le cheminement des activités de l'infirmière et de l'équipe de soins pour atteindre cet objectif.

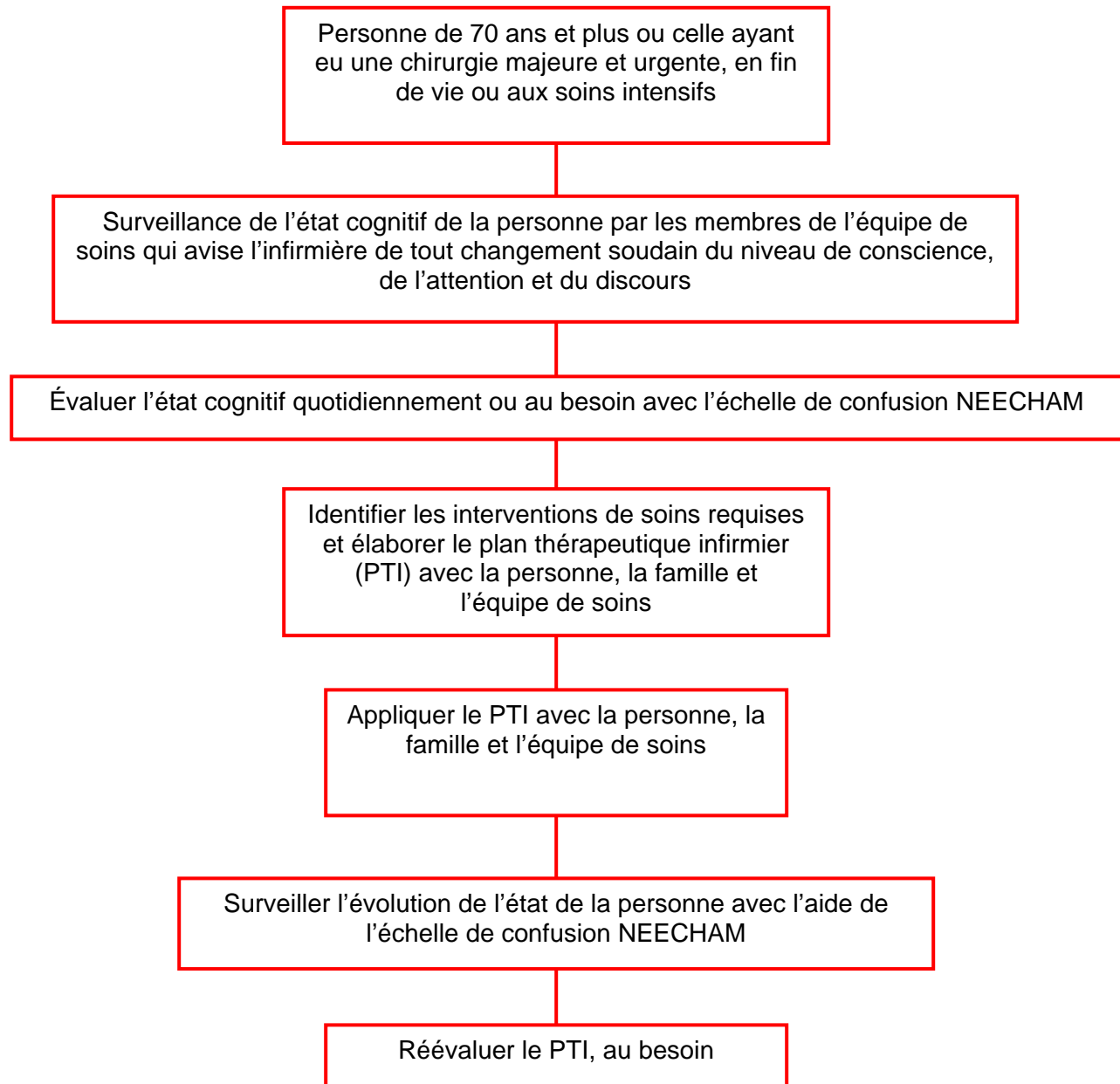


Figure 4. Algorithme d'interventions auprès des personnes à risque ou présentant des signes de confusion aiguë

Pour toute personne de 70 ans et plus ou celle ayant eu une chirurgie majeure urgente, en fin de vie ou aux soins intensifs, une surveillance de l'état cognitif doit être effectuée par les membres de l'équipe de soins. Tout changement dans l'état cognitif de la personne (état de conscience, attention, discours) doit être signalé à l'infirmière qui a la responsabilité de faire l'évaluation ponctuelle. L'infirmière, quant à elle, effectue une évaluation quotidienne de l'état cognitif avec l'aide de l'échelle de confusion NEECHAM (voir annexe 1). De plus, elle élabore le plan thérapeutique infirmier, s'assure qu'il est appliqué, prévoit une surveillance de l'évolution de la personne et réévalue le PTI, au besoin.

ATTENTION

Une infirmière n'ayant pas les connaissances et les habiletés pour administrer l'échelle de confusion NEECHAM et interpréter les résultats obtenus devrait demander l'aide d'une infirmière formée pour la soutenir dans sa démarche.

L'échelle de confusion NEECHAM est un outil fiable et valide pour l'infirmière qui lui permet d'identifier un état de confusion. Il comprend neuf points répartis dans trois domaines avec un score qui varie entre 0 et 30 (Neelon, Champagne, Carlson & Funk, 1996; Neelon, Champagne, McConnell, Carlson & Funk, 1992; Neelon, Funk, Carlson & al., 1989). Les aspects cognitifs (attention, capacité de suivre une consigne complexe, orientation), comportementaux (apparence, comportement moteur et verbal) et physiologiques (fonction vitales, oxygénation et continence) sont évalués avec cet instrument. Il permet de préciser la sévérité de la confusion et d'ajuster notre niveau de surveillance aux résultats obtenus. Si le résultat est normal, on évalue aux 24 heures; s'il baisse, on l'évalue plus fréquemment. Les auteurs suggèrent les limites suivantes : 0-19 signifie que la personne présente une confusion modérée ou sévère, 20-24 une faible détérioration dans le fonctionnement de la personne, 25-26 indique que la personne n'est pas confuse mais à risque et 27-30 indique qu'il n'y a pas de confusion. Dans le tableau qui suit, nous vous présentons, dans deux (2) exemples, des personnes ayant des scores différents sur l'échelle de confusion NEECHAM.

Exemple # 1 (NEECHAM 28/30)	Exemple # 2 (NEECHAM 18/30)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Répond immédiatement lorsqu'on l'interpelle ✓ On doit lui rappeler qu'elle a un examen aujourd'hui ✓ Capable d'utiliser la cloche d'appel ✓ Orientée dans les 3 sphères ✓ Ses mains tremblent légèrement ✓ Bon hygiène ✓ Débute et maintient une conversation ✓ Signes vitaux et oxygénation dans les limites de la normale ✓ Pas d'incontinence 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tombe endormie pendant que vous lui parlez ✓ Lève la main si vous lui demandez mais ne peut prendre un verre d'eau pour boire ✓ Requier incitation pour maintenir le contact ✓ Ne sait pas où elle est ✓ Difficulté à garder une posture adéquate ✓ Tire quelquefois sur son cathéter vésical ✓ A un débit verbal ralenti ✓ Signes vitaux et oxygénation dans les limites de la normale ✓ Porte une sonde urinaire

Tableau 3. Des personnes et des scores différents sur l'échelle de confusion NEECHAM

L'échelle de confusion NEECHAM est avantageuse pour l'infirmière puisqu'elle lui permet de dépister la confusion et d'effectuer une intervention précoce. Entre autres, la dernière section de l'instrument, qui inclut les signes vitaux, l'oxygénation et la continence, permet d'identifier des symptômes souvent associés à la confusion et d'orienter rapidement les interventions. De plus, cet outil s'intègre facilement dans le travail quotidien de l'infirmière puisqu'elle n'inclut pas de questions ou d'exercices particuliers pour la personne évaluée et peut être répété plusieurs fois (Neelon, et al., 1992). Voici, dans le tableau ci-joint, quelques indications pouvant aider l'infirmière à utiliser cette échelle.

- ✓ Réduire les sources d'anxiété et de distraction.
- ✓ Surveiller les signes de fatigue et diviser les périodes d'évaluation, au besoin.
- ✓ Éviter de faire votre évaluation immédiatement au réveil de la personne, avant ou après les repas, avant ou après une procédure médicale ou l'annonce d'un diagnostic ou lorsque la personne est souffrante ou inconfortable.
- ✓ Mémoriser les différentes sections de l'outil.
- ✓ Compléter l'outil après l'entrevue avec la personne.
- ✓ Lire toutes les options avant de sélectionner une cote.
- ✓ Mettez sur l'observation! Vous obtiendrez une foule d'informations. À partir du moment où vous entrez dans la chambre, vous commencez à évaluer la personne lorsque vous observez comment elle réagit à vos interventions, son habileté à répondre à une consigne, son orientation, la façon qu'elle se positionne au lit ou au fauteuil, ses comportements.
- ✓ Soyez créatif! Il peut être nécessaire de développer une approche confortable afin d'aller chercher le maximum d'informations.
- ✓ Être constant dans l'évaluation et la cotation.
- ✓ Si les fonctions cognitives fluctuent au cours de l'entrevue, prendre la cote la plus basse.
- ✓ Prendre note de ce que vous observez au cours de l'entrevue et non ce qui avait été noté ou observé précédemment.
- ✓ Tenir compte de l'état de conscience et des réactions de la personne avec l'environnement autant que ce qui se déroule au cours de l'entrevue.
- ✓ Éviter les questions fermées, auxquelles on répond par oui ou non, comme base de pointage.

Tableau 4. Consignes d'utilisation de l'échelle de confusion NEECHAM (inspiré de Milisen et al., 2006; Neelon et al., 1992).

Outre l'administration de l'échelle de confusion NEECHAM, la personne qui présente soudainement des signes de confusion doit être évaluée et surveillée étroitement (voir tableau 5). Les résultats de l'évaluation doivent être inscrits dans les notes d'évolution de l'infirmière et le médecin traitant doit être avisé de la condition de la personne. N'oubliez pas que la confusion peut être le signe précoce d'un problème physiologique urgent!

- ✓ Documenter l'état cognitif (attention, orientation, langage, comportement verbal ou moteur) ou compléter une échelle NEECHAM.
- ✓ Prendre les signes vitaux et neurologiques
- ✓ Vérifier le bilan liquidien et le fonctionnement intestinal.
- ✓ Faire un examen physique sommaire (asymétrie des mouvements, globe vésical, ballonnement,...)
- ✓ Prendre note des résultats d'examen diagnostiques récents (électrolytes, urée, créatinine, Hb) et la liste des médicaments fréquemment en cause dans le delirium (voir annexe 3) prescrits et administrés dans les dernières 24 heures.

Tableau 5. Ce que l'infirmière doit évaluer lorsqu'une personne présente des signes de confusion aiguë

Environnement de soutien pour la personne et sa famille

La mise en place d'un environnement de soutien INTERPERSONNEL, PHYSIQUE et SENSORIEL visant l'équilibre physiologique, le confort et la sécurité est l'objectif que l'on doit viser pour prévenir, traiter et soigner un ÉCA, tel le delirium (Milisen, Lemiengre, Braes, & Foreman, 2005; Cole, McCusker, Bellavance, Primeau, Bailey, Bonnycastle et al., 2002; Cole, Primeau, Bailey, Bonnycastle, Masciarelli, Englesmann et al., 1994; Inouye, Bogardus, Charpentier, Leo-Summers, Acampora, Holford et al., 1999; Inouye, Bogardus, Williams, Leo-Summers & Agostini, 2003; Marcantonio, Flacker, Wright & Resnick, 2001; Milisen, Foreman, Abraham, De Geest, Godderis, Vandermeulen et al., 2001; Wanich, Sullivan-Marx, Gottlieb & Johnson, 1992). Parce que les personnes présentant d'autres types d'ÉCA n'ont pas fait l'objet d'expérimentations formelles, nous vous suggérons d'utiliser la même approche en demeurant attentif aux résultats attendus.

Un environnement de soutien interpersonnel

Les personnes qui expérimentent un ÉCA se retrouvent dans un monde effrayant de fausses perceptions et de perte de contrôle (McCurren et Cronin, 2003). Elles croient souvent que la confusion aiguë est le premier pas vers la perte de contrôle, la dépendance et l'institutionnalisation (Schofield, 1997). Les proches, quant à eux, pensent, dans certains cas, qu'ils provoquent la confusion d'une façon ou d'une autre (Gagnon, Charbonneau, Allard, Soulard, Dumont & Fillion, 2002). Pour les sécuriser, les soutenir et augmenter leur impression de contrôle devant une situation potentiellement déconcertante, l'infirmière, en collaboration avec son équipe de soins, doit avoir, avec ces personnes, une COMMUNICATION thérapeutique, fournir des EXPLICATIONS sur l'ÉCA, lorsqu'il apparaît, et effectuer une RÉTROSPECTION exploratoire des événements avec la personne et sa famille lorsque l'ÉCA est en train de se résoudre (McCurren & Cronin, 2003).

Pour toute personne hospitalisée, une communication thérapeutique où l'infirmière entre en relation avec la personne afin d'obtenir des informations spécifiques sur ses besoins est requise pour offrir des soins optimaux. Plusieurs techniques aident l'infirmière à atteindre cet objectif. Les comportements essentiels de caring (Dingman, Williams, Fosbinder & Warnick, 1999) permettent de connaître la personne et de planifier les soins requis (voir encadré). Lorsqu'on agit de cette façon, la personne sent que l'on se préoccupe d'elle, qu'on la respecte et qu'elle n'est pas abandonnée dans un monde inconnu. C'est une approche rassurante pour la personne et sa famille puisqu'elle envoie un puissant message proactif, à savoir que l'on répondra aux besoins exprimés et, aussi, à ceux qui ne le sont pas.

Comportements essentiels de caring

1. Se présenter et décrire sa fonction.
2. Nommer la personne par son nom usuel préféré.
3. Utiliser le toucher de façon appropriée.
4. Prendre au moins 5 minutes par quart de travail avec la personne pour planifier les soins.
5. Planifier des soins et services cohérents avec la philosophie.

Lorsque l'ÉCA apparaît, la personne a souvent des problèmes de perception de son environnement et peut être déconcertée, voire effrayée devant ce qui lui arrive et, à ce moment, on doit utiliser d'autres stratégies d'interventions. Il faut rassurer régulièrement la personne, reconnaître et tenir compte de ses perceptions et expliquer à l'avance les interventions ou procédures qui seront faites pour éviter des mauvaises interprétations (McCurren et Cronin, 2003).

Les explications données au sujet de l'ÉCA visent à informer la personne et sa famille que le syndrome confusionnel qu'ils vivent est un état réversible dont la(es) cause(s) est(sont) souvent physiologique(s). Pour aider l'infirmière dans sa démarche, un guide est disponible dans lequel on explique ce qu'est l'ÉCA, les causes et comment agir avec la personne (voir annexe 2).

Puisque les croyances de la personne et de sa famille au sujet de la confusion peuvent influencer grandement leurs actions, il est important de les identifier. Lorsque les croyances sont connues, nous pouvons les renforcer si elles sont facilitantes ou les recadrer en donnant des informations, si elles sont contraignantes. Certaines questions, tirées de Wright & Leahey (2005), peuvent aider à mieux connaître la personne et sa famille et obtenir des informations à ce sujet (voir encadré).

- Questions utiles**
1. *Quelle est votre plus grande inquiétude actuellement concernant la maladie?*
 2. *Qui est le plus affecté dans la famille?*
 3. *Qui vous aide le plus à composer avec la maladie?*
 4. *De quelles informations avez-vous le plus besoin actuellement?*
 5. *Comment peut-on le plus vous aider?*

Finalement, lorsque l'ÉCA est en train de se résoudre, il est nécessaire de faire, avec la personne et les membres de sa famille, une rétrospection des événements pour leur permettre d'en parler, de décrire comment ils se sont sentis lors de cette expérience, d'avoir des réponses à leurs questionnements et leurs préoccupations. Les impacts de l'ÉCA sur la condition physique de la personne, sur les traitements et sur l'orientation au congé pourraient, entre autres, être précisés à la personne et sa famille (Schofield, 1997). Voici un résumé des interventions permettant de créer un environnement de soutien interpersonnel.

Priorités de soins (Quoi?)	Échéance (Quand ?)	Interventions (Comment ?)
Avoir une communication thérapeutique	Avant et pendant l'ÉCA/delirium	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comportements essentiels de Caring. ✓ Rassurer la personne régulièrement. ✓ Parler lentement, phrases courtes, explications simples sans insister. ✓ Expliquer à l'avance toute intervention ou procédure pour éviter les mauvaises interprétations. ✓ Reconnaître et tenir compte de ses perceptions dans nos interventions. ✓ Identifier les événements qui déclenchent les épisodes d'agitation pour modifier les facteurs environnementaux, si possible.

Fournir des explications sur l'ÉCA	Au début de l'épisode d'ÉCA/delirium	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vérifier avec la personne et ses proches leurs connaissances et croyances sur la confusion. ✓ Renforcer les croyances facilitantes et recadrer les croyances contraignantes en fournissant de l'information. ✓ Au besoin, rappeler l'information et répondre aux questions supplémentaires.
Faire une rétrospection exploratoire	Lorsque l'ÉCA/delirium est en voie de résolution	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Donner la possibilité à la personne et à sa famille d'exprimer ce qu'ils ont ressenti pendant l'épisode de confusion. ✓ Répondre à leurs questions et préoccupations. ✓ Préciser les impacts du delirium sur la condition de la personne, les traitements et le congé.

Tableau 6. Interventions de soutien interpersonnel

Un environnement de soutien physique

L'étiologie de l'ÉCA est souvent physiologique et, à cet égard, les interventions visant à identifier et corriger tout déséquilibre physiologique sont primordiales.

Nous savons que la douleur, l'immobilité, la malnutrition, la déshydratation et la privation de sommeil sont des facteurs précipitant l'ÉCA, influençant, dans certains cas, le confort et l'équilibre physiologique. Des interventions préventives et curatives sur ces facteurs sont efficaces et permettent d'éviter, dans certains cas, l'ÉCA ou du moins, de diminuer son intensité et sa durée.

Il faut noter qu'aucun médicament ne peut guérir l'ÉCA. C'est plutôt la réduction de la médication au minimum qui est recommandée. Par ailleurs, si la personne est agitée, le médecin prescrira possiblement un antipsychotique. L'haldol est fréquemment utilisé. Ce médicament, pour être efficace, doit être administré régulièrement avec des entredoses, au besoin, afin de contrôler l'agitation. De nouveaux antipsychotiques tels Risperdal, Seroquel et Zyprexa sont aussi utilisés pour traiter l'agitation (Arcand & Hébert, 2007). Ces médicaments ne sont pas sans risque et doivent être utilisés avec prudence. Des problèmes cardiaques et neurologiques sont à surveiller.

Parce qu'elles réduisent la mobilité et peuvent provoquer des accidents, les mesures de contrôle physique doivent être évitées et lorsqu'elles sont absolument nécessaires, elles doivent être utilisées dans le respect des politiques et procédures en vigueur. À cet égard, les proches doivent être avisés et leur consentement est requis. Dans ses échanges avec eux, l'infirmière doit les informer des conséquences de cette mesure, discuter des alternatives possibles et, par la suite, réviser le PTI. Voici un résumé des interventions permettant de créer un environnement de soutien physique.

Priorités de soins (Quoi?)	Échéance (Quand ?)	Interventions (Comment ?)
Gestion de la douleur	Avant et pendant l'ÉCA/delirium	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Évaluer la douleur avec un outil validé. ✓ Différencier la douleur de l'anxiété. ✓ Donner les analgésiques ou autres médicaments prescrits selon les résultats de l'évaluation. ✓ Favoriser l'approche multimodale, si prescrite.
Mobilisation précoce	Avant et pendant l'ÉCA/delirium	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Favoriser l'autonomie aux AVQ (manger, se laver, etc.). ✓ Encourager la marche ou à s'asseoir sur le bord du lit avec un minimum d'appui, 3 fois /jour, s'il n'y a pas de restriction médicale. ✓ Enlever rapidement tout équipement médical lorsque possible (IV, cathéter, etc.).
Assistance pour l'alimentation et l'hydratation	Avant et pendant l'ÉCA/delirium	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assister lors de l'alimentation et l'hydratation, si requis. ✓ Encourager à s'alimenter lors des repas. ✓ Encourager ou faire hygiène buccale après les repas.
Gestion non pharmaceutique du sommeil	Avant et pendant l'ÉCA/delirium	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Au coucher, offrir breuvage chaud, musique relaxante et massage du dos. ✓ Réduire le bruit au maximum durant les périodes de sommeil. ✓ Ajuster l'horaire de la médication et des traitements pour respecter le sommeil.
Gestion de l'agitation	Pendant l'ÉCA/delirium	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurer une surveillance régulière. ✓ Administrer la médication prescrite. ✓ Utiliser des mesures de contrôle physique au minimum dans le respect des politiques et procédures en vigueur. ✓ Aviser la famille et rechercher avec eux des alternatives. ✓ Documenter le comportement de la personne.

Tableau 7. Interventions de soutien physique

Un environnement de soutien sensoriel

Dans les écrits, la privation sensorielle est définie comme étant une réduction de la qualité et de la quantité des stimuli. Le bruit excessif, l'isolement physique et social ainsi que la restriction des mouvements sont des types d'altération sensorielle ayant un impact sur le comportement de la personne (Hewitt, 2002) et peuvent précipiter la confusion aiguë. À cet égard, les interventions permettant de contrer l'isolement de la personne telles l'utilisation des aides visuelles et auditives, l'orientation dans la réalité, les visites régulières et diversifiées (membres du personnel, proches, bénévoles) et des conversations stimulantes peuvent diminuer le risque d'ÉCA, voire de delirium. Voici un résumé des interventions permettant de créer un environnement de soutien sensoriel.

Priorités de soins (Quoi?)	Échéance (Quand ?)	Interventions (Comment ?)
Gestion de la vision (si requis)	Avant et pendant l'ÉCA/delirium	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Favoriser l'utilisation d'aides visuels. ✓ Prévoir des équipements adaptés (cloche d'appel fluorescente, téléphone avec gros numéros, etc.). ✓ Renforcer l'utilisation des équipements adaptés. ✓ Se positionner pour être vu de la personne.
Gestion de l'audition (si requis)	Avant et pendant l'ÉCA/delirium	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Favoriser l'utilisation d'aides auditives ou de techniques de communication adaptées (pocket talker, etc.). ✓ Renforcer l'utilisation des équipements adaptés. ✓ Enlever l'excès de cérumen dans les oreilles.
Orientation / visite quotidienne	Avant et pendant l'ÉCA/delirium	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fournir une liste des membres du personnel. ✓ Fournir un horaire des activités de la journée. ✓ Orienter la personne régulièrement dans les 3 sphères. ✓ Avoir une horloge et un calendrier visibles dans la chambre. ✓ Encourager les visites régulières de la famille, de bénévoles.
Activités thérapeutiques	Avant et pendant l'ÉCA/delirium	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discuter avec la personne d'événements de l'actualité ou de sa vie passée ou faire des jeux de mots, 3 fois /jour.

Tableau 8. Interventions de soutien sensoriel

En résumé, lorsqu'une personne à risque de confusion aiguë est hospitalisée, il est important d'avoir avec elle une communication thérapeutique et de porter une attention particulière, tout au cours de l'hospitalisation, à la gestion de la douleur, la nutrition, la mobilisation, le sommeil, la vision et l'audition, l'orientation dans la réalité et la stimulation sensorielle par des visites et des activités thérapeutiques.

Si, par ailleurs, la personne devient soudainement confuse, il est nécessaire d'évaluer et de planifier des interventions adaptées. Entre autres, il est important d'ajuster notre façon de communiquer avec la personne, de lui expliquer ce qui arrive, de gérer l'agitation, s'il y a lieu, et de faire un retour sur l'expérience vécue avec elle lorsque la confusion est résolue. Dans le graphique ci-dessous, nous avons situé ces interventions sur un continuum illustrant l'hospitalisation d'une personne à risque de confusion aiguë.

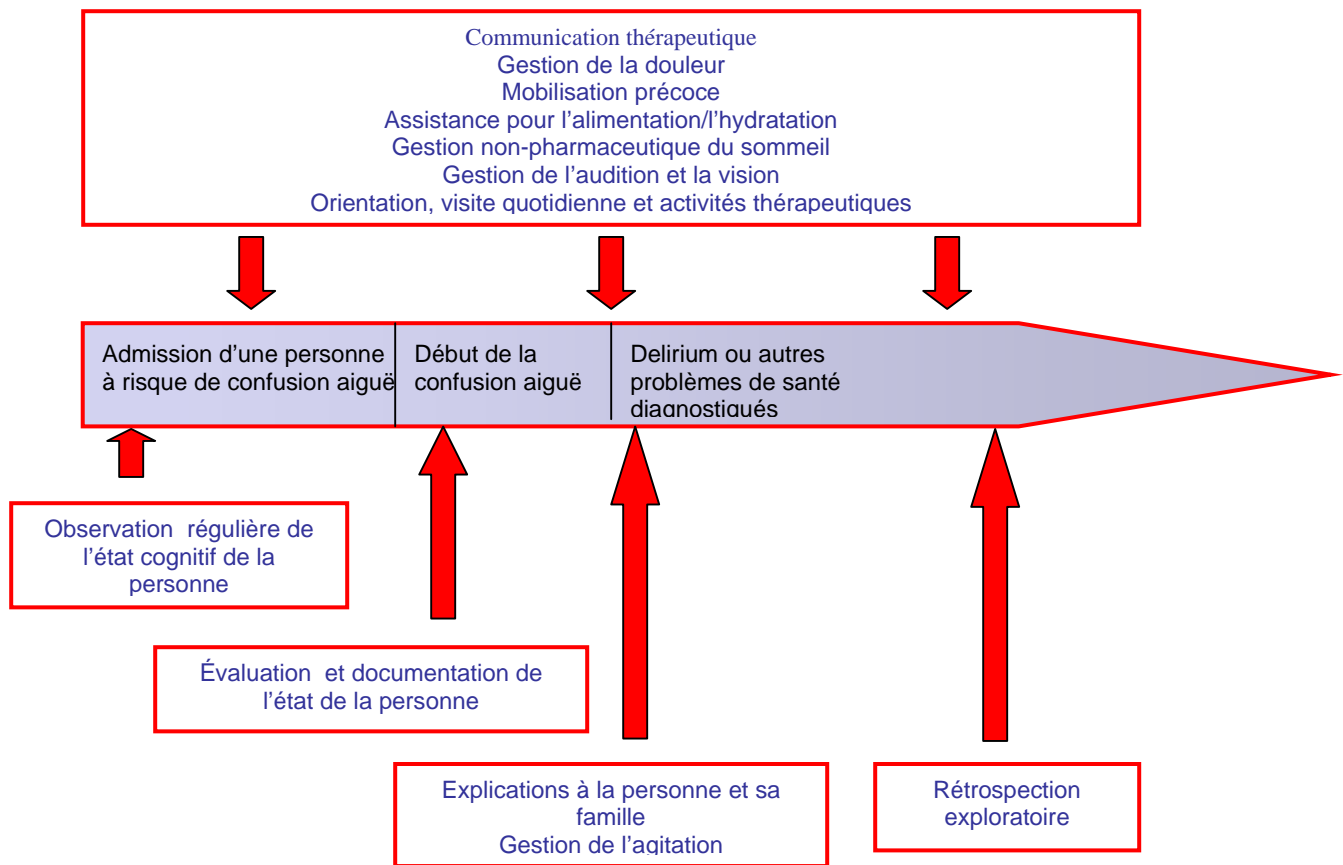


Figure 5. Synthèse des interventions de soutien interpersonnel, physique et sensoriel requises au cours de l'hospitalisation d'une personne à risque de confusion aiguë et présentant des signes de confusion au cours de l'épisode de soins.

Interventions et intervenants multiples

Les interventions infirmières pour prévenir, reconnaître et traiter l'ÉCA sont multiples et possibles en présence d'intervenants visant tous le même objectif, soit le bien-être de la personne et de sa famille. L'infirmière est imputable des résultats de soins et, à cet égard, elle a la responsabilité de l'ensemble du processus de soins. Les interventions quotidiennes requises pour détecter, prévenir ou traiter un ÉCA se doivent d'être réalisées en partenariat avec les membres de l'équipe de soins, les familles et les bénévoles. L'infirmière doit assurer la coordination des interventions prévues dans le plan thérapeutique infirmier (PTI) et pour l'aider, voici une grille identifiant, pour chaque activité, la contribution requise des divers intervenants et le soutien possible des proches et des bénévoles.

Objectifs de soins	Infirmière auxiliaire	PAB	Famille/ proches	Bénévoles
Observation de l'état cognitif de la personne	C	C		
Communication thérapeutique avec la personne et sa famille	C	C	S	S
Gestion de la douleur	C			
Mobilisation précoce	C	C	S	
Assistance pour alimentation /hydratation	C	C	S	
Gestion du sommeil	C	C	S	
Gestion de la vision / audition	C	C	S	S
Orientation / visites quotidiennes	C	C	S	S
Activités thérapeutiques	C	C	S	S
Gestion de l'agitation	C	C		

Légende : C : Contribue à une partie de l'intervention, S : Offre un soutien occasionnel pour une partie de l'intervention

Tableau 9. Contribution des intervenants et soutien de la famille, des proches et des bénévoles auprès de la personne

Voici un exemple de PTI pour une personne de 72 ans, hospitalisée d'urgence pour un problème cardiaque, considérée à risque de confusion aiguë. Elle souffre de malnutrition et, trois (3) jours après son hospitalisation, en post-op, elle présente des signes de confusion et devient agitée. Ce PTI a été élaboré avec l'aide de l'outil proposé par l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ, 2006).

CONSTATS DE L'ÉVALUATION								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Initiales	RÉSOLU / SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
25/07/2007	14 h	1	Prob. cardiaque nécessitant chirurgie d'urgence					Médecin
		2	À risque de confusion aiguë					
		3	Mange très peu. Perte de poids depuis 2 mois	lb				
28/07/2007	10 h	4	Présente des signes de confusion	md				Médecin
29/07/2007	18 h	5	Agitation	lb				Médecin
SUIVI CLINIQUE								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE / RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
25/07/2007	14 h	1	Suivi post-op chirurgie cardiaque					
		2	Évaluer l'état cognitif de par infirmière		28 /07/2007	10 h	md	
			Dir. p.t. pab : Appliquer les interventions décrites dans le programme de soins sur l'ÉCA					
			Demander un bénévole pour soutien sensoriel		25/07/2007	14 h	lb	
		3	Peser DIE	lb				
28/07/2007	10 h	4	Fournir des explications à la famille sur l'ÉCA		28/07/2007	11 h	lb	
			Évaluer q 8 heures et au besoin l'état cognitif					
			Dir.p.t.pab : Aviser inf. si agitation	md	29/07/2007	18 h	lb	
29/07/2007	18 h	5	Donner antipsychotique selon prescription					
			Gérer mesures de contrôle selon politiques et procédures	lb				
Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Services	Signature de l'infirmière	Initiales	Programme/Services			
Louise Bélanger	lb		Marjolaine Dubé	md				

Tableau 10. Exemple de plan thérapeutique infirmier pour une personne à risque et présentant des signes de confusion aiguë (inspiré du PTI proposé par OIIQ, 2006)

Vous trouverez, aux annexes 4 et 5, un guide d'interventions pour les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires ayant à s'occuper d'une personne à risque ou atteinte d'un ÉCA et, à l'annexe 6, un guide d'accompagnement pour les bénévoles qui visitent ces personnes.

Évaluation du programme

L'intégration de ce programme vise à améliorer la qualité des soins offerts aux personnes à risque ou atteintes d'ÉCA et à leur famille. Nous mesurons la qualité des soins avec l'aide d'indicateurs de qualité qui se définissent généralement par « une mesure quantitative qui permet de suivre et d'évaluer la qualité des soins et des services offerts à la personne » (Idvall, Rooke & Hamrin, 1997). Pour sélectionner les indicateurs de qualité, nous avons utilisé le modèle de qualité de Donabedian (1988a, 1988b). Cet auteur fait l'hypothèse « qu'une bonne structure favorise un bon processus et, à son tour, un bon processus favorise de bons résultats ». Dans le tableau ci-joint, nous vous présentons les indicateurs visant la structure, le processus et les résultats qui pourraient être utilisés pour évaluer l'intégration de ce programme de soins. Voici donc les indices de mesures suggérées et les sources d'information.

Catégorie	Indices	Sources d'information
Structure	Nombre d'infirmières formées sur l'ÉCA sur chaque quart de travail et qui agissent comme personnes ressources pour leurs collègues.	Liste des présences aux sessions de formation
Structure	Nombre d'infirmières ayant complété adéquatement plus de deux (2) échelles de confusion NEECHAM.	Échelle de confusion NEECHAM complétée
Structure	Nombre d'infirmières ressources présentes sur chaque quart de travail.	Répartition du personnel
Processus	Nombre de PTI comprenant au moins deux (2) interventions incluses dans le programme de soins pour les personnes présentant des signes d'ÉCA.	PTI
Processus	Nombre de notes d'évolution infirmière décrivant au moins deux (2) interventions incluses dans le protocole de soins pour les personnes atteintes d'un ÉCA/delirium et le résultat obtenu.	Notes d'évolution infirmière
Processus	Nombre d'infirmières présentant tous les comportements essentiels de caring de Dingman (1999) auprès de 80 % des personnes dont elle a la responsabilité.	Grille d'observation des comportements essentiels de caring de Dingman (1999) complétée.
Résultats	Nombre de personnes de 70 ans et plus hospitalisées ayant un diagnostic de delirium sur l'ensemble des personnes de 70 ans et plus hospitalisées.	Système d'information clientèle
Résultats	Nombre de mesures de contrôle physique utilisées chez les personnes atteintes d'un ÉCA.	Registre de contention

Tableau 11. Liste des indicateurs de l'intégration du programme de soins en regard de la structure, du processus et des résultats

Conclusion

Nous avons voulu que ce programme soit élaboré à partir de résultats probants de recherche afin qu'il soit le plus efficace possible auprès d'une clientèle vivant une expérience souvent traumatisante. Le contenu qu'on y retrouve provient d'une démarche systématique de revue des écrits scientifiques sur la confusion aiguë et le delirium. L'analyse des informations recueillies et l'utilisation que nous en avons faite a permis de produire un document crédible, pertinent et unique pour la pratique infirmière. Son originalité s'explique par le fait qu'il :

- Recadre les mythes et les croyances les plus courants concernant l'ÉCA et le delirium.
- Différencie la confusion aiguë et les autres types de confusion incluant le delirium;
- Fournit à l'infirmière du matériel concret et valide pour effectuer le dépistage, l'évaluation et la surveillance des personnes à risque ou présentant des signes de confusion aiguë;
- Distingue, clarifie et fait ressortir l'importance du rôle de l'infirmière devant un tel syndrome;
- Spécifie les interventions les plus efficaces pour assurer le bien-être des personnes à risque ou atteintes d'ÉCA et leurs familles;
- Allie l'approche préventive et curative;
- Clarifie les rôles et responsabilités des membres de l'équipe de soins ainsi que le soutien pouvant être apporté à la personne par la famille, les proches et les bénévoles.

Nous espérons que ce programme vous a permis de recadrer vos croyances et vos connaissances sur la confusion aiguë et vous sera utile dans votre pratique quotidienne auprès de la clientèle visée et lors d'activités de formation.

Références

- American Psychiatric Association. (1999). Practical guideline for the patients with delirium. *Journal of the American Psychiatric Association*, 156(5).
- Arcand, J. & Hébert, R. (2007). *Précis pratique de gériatrie*. Montréal: Edisem
- Breitbart, W., Gibson, C. & Tremblay, A. (2002). The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics*, 43(3), 183-194.
- Canadian Coalition for Senior's Mental Health. (2006). National guidelines for seniors' mental health. The assessment and treatment of delirium. Toronto: CCSMH (www.ccsmh.ca).
- Cavanaugh, J.C. (1993). *Adult development and Aging*. Pacific Grove, Californie: Brooks/Cole.
- Champagne, M. T., Neelon, V. J., McConnell, E. S. & Funk, S. G. (1987). The Neecham confusion Scale: Assessing acute confusion in the hospitalized and nursing home elderly. *Gerontologist*, 27, 4A.
- Charlot, V.(2007a). Le vieillissement cognitif normal. Imprimé le 3 juillet 2007 à partir de http://www.opladis.be/display/content_010/010040_00031.htm.
- Charlot, V.,(2007b).Le vieillissement normal et les autres fonctions cognitives. Imprimé le 3 juillet 2007 à partir de http://www.opladis.be/display/content_010/010040_00031.htm.
- Cole, M. G., McCusker, J., Bellavance, F., Primeau, F. J., Bailey, R. F., Bonnycastle, M. J. et al. (2002). Systematic detection and multidisciplinary care of delirium in older medical inpatients: a randomized trial. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 167(7), 753-759.
- Cole, M. G., Primeau, F. J., Bailey, R. F., Bonnycastle, M. J., Masciarelli, F., Engelsmann, F. et al. (1994). Systematic intervention for elderly inpatients with delirium: a randomized trial.[see comment]. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 151(7), 965-970.
- Dingman, S. K., Williams, M., Fosbinder, D. & Warnick, M. (1999). Implementing a caring model to improve patient satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 29(12), 30-37.
- Donabedian, A. (1988a). The quality of care. *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- Donabedian, A. (1988b). Quality assessment and assurance: Unity of purpose, diversity and means. *Inquiry*, 25, 73-172.
- Foreman, D. M. & Vermeersch, P. E. H. (2004). *Measuring cognitive status* (Jones and Bratlett ed.). Sudbury,MA: M. Frank-Stromberg & S.J. Olsen.
- Gagnon, P., Charbonneau, C., Allard, P., Soulard, C., Dumont, S. & Fillion, L. (2002). Delirium in advanced cancer: a psychoeducational intervention for family caregivers. *J Palliat Care*, 18(4), 253-261.
- Gouvernement du Québec. (2003). Loi des infirmières et infirmiers du Québec, L.R.Q. c 1-8.
- Graham, J.E., Rockwood, K., Beattie, B.L., Eastwood, R., et al. (1997). Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population. *The Lancet*, 349(9068), 1793-1796.
- Hewitt, J. (2002). Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. *Journal of Clinical Nursing*, 11(5), 575-584.
- Idvall, E., Rooke, L., Hamrin, E. (1997). Quality indicators in clinical nursing: a review of the literature, *Journal of advanced Nursing*, 25, 6-17.
- Inouye, S. K. & Charpentier, P. A. (1996). Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA*, 275(11), 852-857.
- Inouye, S. K. (2006). Delirium in older persons. *N Engl J Med*, 354(11), 1157-1165.
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr., Williams, C. S., Leo-Summers, L. & Agostini, J. V. (2003). The role of adherence on the effectiveness of nonpharmacologic interventions: evidence from the delirium prevention trial. *Arch Intern Med*, 163(8), 958-964.

- Inouye, S. K., Foreman, M. D., Mion, L. C., Katz, K. H. & Cooney, L. M., Jr. (2001). Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. *Archives of Internal Medicine*, 161(20), 2467-2473.
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R. et al. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients.[see comment]. *New England Journal of Medicine*, 340(9), 669-676.
- Inouye, S.K., Rusing, J.T., Foreman, M.D., Palmer, R. & Pompéi, P., (1998). Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. *Journal of General internal medicine*, 13(4), pp. 234-242
- Landreville, P., Rouseau, F., Vézina, J. & Voyer, P. (2005). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Montréal: Édisem.
- Liptzin, B. & Levkoff, S. E. (1992). An empirical study of delirium subtypes. *British Journal of psychiatry*, 161, 843-845.
- Macleod, A. D. (2006). Delirium: the clinical concept. *Palliat Support Care*, 4(3), 305-312.
- Marcantonio, E. R., Flacker, J. M., Wright, R. J. & Resnick, N. M. (2001). Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc*, 49(5), 516-522.
- McCurren, C. & Cronin, S. N. (2003). Delirium: elders tell their stories and guide nursing practice. *Medsurg Nurs*, 12(5), 318-323.
- McCusker, J., Cole, M., Abrahamowicz, M., Primeau, F. & Belzile, E. (2002). Delirium predicts 12-month mortality. *Arch Intern Med*, 162(4), 457-463.
- McCusker, J., Cole, M., Dendukuri, N., Han, L. & Belzile, E. (2003). The course of delirium in older medical inpatients: a prospective study. *J Gen Intern Med*, 18(9), 696-704.
- Milisen, K., Braes, T., Fick, D. M. & Foreman, M. D. (2006). Cognitive assessment and differentiating the 3 Ds (dementia, depression, delirium). *Nursing Clinics of North America*, 41(1), 1-22.
- Milisen, K., Lemiengre, J., Braes, T. & Foreman, M. D. (2005). Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review. *J Adv Nurs*, 52(1), 79-90.
- Milisen, K. K., Cremers, S. S., Foreman, M. D. M. D., Vandeveld, E. E., Haspeslagh, M. M., Geest, S. D. S. D. et al. (2004). The Strain of Care for Delirium Index: a new instrument to assess nurses' strain in caring for patients with delirium. *International Journal of Nursing Studies*, 41(7), 775-783.
- Milisen, K., Foreman, M. D., Abraham, I. L., De Geest, S., Godderis, J., Vandermeulen, E. et al. (2001). A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. *J Am Geriatr Soc*, 49(5), 523-532.
- Neelon, V. J., Champagne, M. T., Carlson, J. R. & Funk, S. G. (1996). The NEECHAM Confusion Scale: construction, validation, and clinical testing. *Nursing Research*, 45(6), 324-330.
- Neelon, V. J., Champagne, M. T., McConnell, E., Carlson, J. R. & Funk, S. G. (1992). Use of the NEECHAM Confusion Scale to Assess Acute Confusion States of hospitalized Older Patients, in *Key Concepts of elder care: Managing falls, incontinence and cognitive impairment* (pp.278-287), New York: Springer Pub. Co.
- Neelon, V. J., Funk, S. G., Carlson, J. R. & al. (1989). The Neecham confusion scale: Relationship to clinical indicators of acute confusion in hospitalized elders. *Gerontologist*, 29, 65A.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), *Le plan thérapeutique infirmier. La trace des décisions cliniques de l'infirmière*, OIIQ, 2006.
- Osterbrink, J., McDonough, J. P., Ewers, A. & Mayer, H. (2005). The occurrence of acute postoperative confusion in patients after cardiac surgery. *ScientificWorldJournal*, 5, 874-883.
- Rapp, C. G., Wakefield, B., Kundrat, M., Mentis, J., Tripp-Reimer, T., Culp, K. et al. (2000). Acute confusion assessment instruments: clinical versus research usability. *Appl Nurs Res*, 13(1), 37-45.
- Roy, M et Robinette, L. (2004). *Le caring: démarche d'actualisation en milieu clinique*. Montréal : Éditions de l'Hôpital Ste-Justine (CHU mère-enfant).

- Schofield, I. (1997). A small exploratory study of the reaction of older people to an episode of delirium. *Journal of advanced nursing*, 25(5), 942.
- Schuurmans, M. J., Deschamps, P. I., Markham, S. W., Shortridge-Baggett, L. M. & Duursma, S. A. (2003). The measurement of delirium: review of scales. *Research & Theory for Nursing Practice*, 17(3), 207-223.
- Smith, M. J., Breitbart, W. S. & Platt, M. M. (1995). A critique of instruments and methods to detect, diagnose, and rate delirium. *Journal of Pain & Symptom Management*, 10(1), 35-77.
- Société Alzheimer du Canada, (2007). La maladie d'Alzheimer, Imprimé de 5 juillet 2007 à partir de: <http://www.alzheimer.ca/french/disease/intro.htm>.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 353-357.
- Wanich, C. K., Sullivan-Marx, E. M., Gottlieb, G. L. & Johnson, J. C. (1992). Functional status outcomes of a nursing intervention in hospitalized elderly. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 24(3), 201-207.
- Wright, L. & Leahey, M. (2005). *Nurses and families : a guide to family assessment and intervention*. Philadelphia, PA : F.A. Davis.
- Young, G. B. & Francis, J. (2007). Diagnosis of delirium and confusional states. Imprimé le 18 avril 2007 from UpToDate (http://web1nt/utd_goto_uptodate.asp).
- Young, L. J. & George, J. (2003). Do guidelines improve the process and outcomes of care in delirium? *Age & Ageing*, 32(5), 525-528.

Annexe 1
Échelle de confusion NEECHAM

ECHELLE DE CONFUSION NEECHAM

Niveau 1-Traitement de l'information cognitive

Aspect cognitif- Attention : (attention - vigilance - réaction)

- ___4 Attention/vigilance entière : répond immédiatement et de façon appropriée quand on appelle son nom ou qu'on le touche: les yeux, la tête tourne ; est complètement conscient de son environnement, fait attention aux événements environnants de façon appropriée.
- ___3 Attention/vigilance courte ou hyper : présente l'un ou l'autre; attention diminuée à l'appel, toucher ou événements environnants ou hypervigilance; attention exagérée à des signaux/objets dans son environnement.
- ___2 Attention/vigilance inconsistante ou inopportune: ralentissement dans la réponse, appel ou toucher répété pour attirer ou maintenir le contact visuel ou l'attention ; capable de reconnaître les objets/stimuli, quoique peut tomber endormi entre les stimulations.
- ___1 Attention/vigilance perturbée : les yeux ouvrent au son ou au toucher ; peut sembler apeuré ; incapable de porter attention/reconnaître le contact ou peut présenter un comportement de retrait/de combat.
- ___0 Éveil/réaction déprimée : les yeux peuvent ne pas ouvrir, éveil minimal seulement possible avec stimuli répété ; incapable de reconnaître le contact.

Aspect cognitif - commande : (reconnaissance - interprétation - action)

- ___5 Capable de suivre une consigne complexe : « sonner la cloche d'appel de l'infirmière». (Doit chercher l'objet, reconnaître l'objet, appliquer la consigne).
- ___4 Réponse ralentie à la consigne complexe: requiert incitations ou directions répétées pour suivre/compléter une consigne complexe. Applique la consigne complexe de manière ralentie/avec attention exagérée.
- ___3 Capable de suivre une consigne simple : « Lever votre main/pied M... » (utiliser seulement un objet).
- ___2 Incapable de suivre une consigne directive : Suit consigne incitée par le toucher ou par des signaux visuels—boit à partir d'un verre placé près de la bouche. Répond avec un affect calme au contact des soins et réassurance ou en prenant les mains.
- ___1 Incapable de suivre une consigne guidée visuellement : Réponds avec physionomie faciale ahurie, apeurée, et/ou par une réponse retrait/résistance à un stimuli, comportement hypo/hyperactif ; ne réagit pas à une légère pression de la main.
- ___0 Hypoactif, léthargique : moteur/réponse minimale aux stimuli environnants.

Aspect cognitif -Orientation : (Orientation, mémoire à court terme, contenu de la pensée/du langage)

- ___5 Orienté dans le temps, l'espace, et aux personnes : Processus de la pensée, contenu de la conversation et questions appropriées
Mémoire court terme intact.
- ___4 Orienté aux personnes et aux lieux: perturbation minimale de la mémoire/évocation, contenu et réponse aux questions généralement appropriés, peut être répétitif, requiert incitation pour continuer le contact. Généralement coopératif dans les consignes.
- ___3 Orientation inconsistante : Orienté par rapport à lui-même, reconnaît sa famille mais l'orientation dans le temps et au lieu est fluctuante. Utilise signaux visuels pour s'orienter. Perturbation de la pensée/mémoire commune, peut présenter hallucinations ou illusions. Coopération passive avec consigne (stratégie comportementale de protection avec coopération).
- ___2 Désorienté avec mémoire/évocation perturbée : orienté par rapport à soi/reconnaît sa famille. Peut questionner les actions de l'infirmière ou refuser de collaborer aux soins (stratégie de comportement de protection avec résistance). Contenu/pensée de la conversation perturbée. Illusions et/ou hallucinations communes.
- ___1 Désorienté, reconnaissance perturbée : Inconsistant dans la reconnaissance des personnes familières, sa famille, les objets connus. Langage/sons incohérents.
- ___0 Traitement de l'information des stimuli réduit : Réponse minimale aux stimuli verbaux.

Niveau 2- Comportements

Comportements - apparence :

- ___2 Contrôle sa posture, maintient son apparence, son hygiène : habillé de manière approprié, soigné de sa personne, propre. Posture normale au lit/au fauteuil.
- ___1 Présente l'un ou l'autre : posture ou apparence perturbée : quelques désordres des vêtements/du lit ou de l'apparence personnelle, ou quelques pertes de contrôle de la posture, de la position.
- ___0 Posture et apparence anormale : Désordonné, hygiène pauvre, incapable de maintenir une posture au lit.

Comportements – Moteur :

- ___4 Comportements moteurs normaux : Mouvement approprié, coordination et activité, capable de rester tranquillement au lit. Mouvements des mains normaux.
- ___3 Comportements moteurs ralentis ou hyperactifs : affaissement ou mouvement légers spontanés (mains/bras appuyer au thorax ou sur les cotés) ou hyperactif (debout/couché, « sursaut ») Peut présenter des tremblements des mains.
- ___2 Mouvements moteurs perturbés : agitation, mouvements rapides. Mouvements des mains avec apparence anormale—trituration des objets dans le lits ou les couvertures. Peut nécessiter de l'aide pour les mouvements utilitaires.
- ___1 Mouvements non appropriés, perturbateurs : Tire sur les cathéters, les tubes, essaie de passer par-dessus les ridelles, actions fréquentes, insensées.
- ___0 Mouvements moteurs réduits : Mouvements limités à moins d'être stimulés; mouvements de résistance.

Comportements - Verbal :

- 4 Langage initié correctement : capable de converser, peut débiter et maintenir une conversation. Langage normal en relation avec le diagnostic actuel, ton normal.
- 3 Langage initié de manière limitée : Réponses aux stimuli verbaux sont brefs et simples. Langage clair pour la condition diagnostic, le ton de la voix peut être anormal, le débit ralenti.
- 2 Langage non approprié : Peut parler à lui-même ou ne pas faire sens dans ses paroles. Le langage peut ne pas être clair pour la condition médicale.
- 1 Langage/son perturbé : Son/ton altérés. Crie, marmonne, blasphème ou est silencieux de manière non appropriée.
- 0 Sons anormaux : Gémissements et autres sons perturbateurs. Langage incompréhensible.

Niveau 3- Contrôle physiologique

Mesures physiologiques :

Mesures évaluées

Valeurs Normales :

- | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Température | (36-37 c) | <input type="checkbox"/> | périodes d'apnée/hypopnée présentes ? 1=ooui ,2=non |
| <input type="checkbox"/> | Ta systolique | (100-160) | <input type="checkbox"/> | Oxygène prescrit ? 0=non, 1=ooui mais pas ouvert, 2=ooui en cours |
| <input type="checkbox"/> | Ta diastolique | (50-90) | | |
| <input type="checkbox"/> | Rythme cardiaque | (60-100) | | |
| <input type="checkbox"/> | Régulier/irrégulier | (un cycle) | | |
| <input type="checkbox"/> | Respiration | (14-22) (calculer une minute complète) | | |
| <input type="checkbox"/> | Saturation de O ₂ | (93 et plus) | | |

Stabilité des fonctions vitales :

(Calculer TA systolique et/ou diastolique anormale comme une valeur ; calculer rythme cardiaque anormal et/ou irrégulier comme une valeur ; calculer l'apnée et/ou respiration anormale comme une valeur et la température anormale comme une valeur)

- 2 TA, RC , TEMP, Respiration se situant dans les limites de la normale avec un pouls régulier.
- 1 N'importe quelle valeur ci-haut à l'extérieur des valeurs normales.
- 0 Deux mesures ou plus à l'extérieur des valeurs normales.

Stabilité de la saturation d'oxygène :

- 2 Saturation O₂ dans les limites de la normale.
- 1 Saturation O₂ entre 90-92 ou si reçoit de l'oxygène.
- 0 Saturation O₂ en deçà de 90.

Contrôle de la continence urinaire :

- 2 Maintient le contrôle vésical.
- 1 Incontinence urinaire dans les derniers 24 heures ou porteur de condom urinaire.
- 0 Incontinence actuellement ou avait ou est porteur de cathéter urinaire intermittent ou est anurique.

Total :

Indications :

- | | |
|-------|---|
| 0-19 | Confusion modérée à sévère |
| 20-24 | Confusion légère ou à développement précoce |
| 25-26 | Pas de confusion mais à risque élevé de développement |
| 27-30 | Pas de confusion ou fonction normale |

Références :

Neelon, V.J.; Champagne, M.T.; Carlson, J.R. & Funk, S.G. (1996). *The NEECHAM Confusion Scale : Construction, validation and clinical testing*. Nursing Research. 45 (6) 324-330.

Traduction/Cité de la Santé/Projet / par France Collin, Linda Thibault (1997).

En accord écrit avec V.Neelon-1997/ Adaptation française du Neecham Confusion Scale,(1985-1987) Carrington Hall, University of North carolina. Chapel Hill, USA.

Annexe 2

Guide d'accompagnement pour la famille et les proches

Guide d'accompagnement pour la famille et les proches

Accompagner une personne qui vous est proche et qui présente des signes de confusion aiguë

Lors d'une hospitalisation, il arrive parfois que le fonctionnement du cerveau devienne perturbé, ce qui peut provoquer un état de confusion temporaire que l'on appelle quelquefois « delirium ». Même chez une personne très malade, la confusion aiguë peut souvent être traitée efficacement.

La personne ayant ce type de confusion peut être désorientée, dire ou faire des choses qui n'ont pas de sens, manifester de la colère, de la méfiance et des changements d'humeur, être agitée ou très lente. Ceci n'a rien à voir avec la maladie d'Alzheimer !

Lorsque la confusion survient, les membres de l'équipe de soins évaluent la situation et tentent d'identifier ce qui peut l'avoir provoquée. La cause est souvent physique et en lien avec le fonctionnement des organes vitaux, la médication, l'immobilité ou certaines interventions médicales. Pour aider la personne à récupérer, on doit, entre autres, s'assurer que la personne n'est pas souffrante, se sent en sécurité et qu'elle bouge, mange, boit et dort bien.

Au verso de cette page, vous retrouvez des suggestions d'actions que vous pouvez faire pour aider votre proche qui vit une période de confusion aiguë.

N'hésitez pas à poser des questions à l'infirmière, au besoin, et n'oubliez pas de prendre soin de vous.

VERSO →

QUOI?	COMMENT?
Communication	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utiliser des phrases courtes, simples ✓ Parler clairement et lentement ✓ Ne pas faire de gestes brusques ✓ Répéter votre question, au besoin, mais ne pas insister ✓ Laisser le temps à la personne de répondre ✓ Expliquer à l'avance, si possible, toute visite, intervention ou examen pour éviter des fausses interprétations ✓ Utiliser le contact yeux-yeux, l'expression faciale et le toucher ✓ Chercher la raison qui explique le comportement de la personne ✓ Reconnaître et prendre en considération les hallucinations et illusions. Pour la personne, elles sont réelles!
Mobilisation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Respecter l'autonomie de la personne pour se laver, manger, etc. ✓ S'il n'y a pas de restriction médicale, encourager et aider la personne à marcher
Alimentation /hydratation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encourager à s'alimenter lors des repas ✓ Assister lors de l'alimentation et l'hydratation, si requis ✓ Encourager ou faire hygiène buccale après les repas ✓ Prendre note des aliments et liquides ingérés et aviser l'infirmière
Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Au coucher, offrir breuvage chaud, musique relaxante et massage du dos
Vision / audition	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre lunettes et appareil auditif, si besoin
Orientation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L'orienter dans le temps (heure, jour, année, saison, etc.) ✓ Identifier les personnes qui entrent dans la chambre et leurs fonctions ✓ Lui dire où elle est et pourquoi ✓ Lui apporter des objets significatifs (photos, bibelot, etc.)
Activités thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discuter avec la personne d'événements de l'actualité ou de sa vie passée, faire des jeux de mots ou activité préférée (ex : jouer aux cartes)

Particularités

Annexe 3

Liste des médicaments fréquemment en cause dans un delirium

Liste des médicaments fréquemment en cause dans un delirium

Narcotiques	Mépéridine, codéine, morphine et autres
Sédatifs-hypnotiques	Surtout benzodiazépines à demi-vie longue : flurazépam, diazépam, nitrazépam
Anti-cholinergiques	Tricycliques Neuroleptiques sédatifs : chlorpromazine, prométhazine Antiparkinsoniens tels benztropine, procyclidine, atropine, scopolamine Oxybutynine et toltérodine (traitement de l'incontinence) Antihistaminiques tels diphényldramine, hydroxyzine
Bloqueurs H2	Cimétidine et ranitidine
Anti-inflammatoires	Indométhacine, ibuprofène
Corticostéroïdes systémiques	Prednisone, dexaméthasone
Autres médicaments du SNC	Antiparkinsoniens agonistes dopaminergiques : lévodopa et autres. Antiépileptiques : phénobarbital et autres. Lithium (attention à niveaux > 0,8 Meq/l chez les personnes âgées)
Antiarythmiques	Digoxine (en surdose), lidocaine, quinidine, amiodarone

Arcand & Hébert, 2007

Annexe 4

Guide d'interventions pour les infirmières auxiliaires

Guide d'interventions pour les infirmières auxiliaires

Soigner une personne à risque ou en confusion aiguë

Lors d'une hospitalisation, il arrive parfois que le fonctionnement du cerveau devienne perturbé, ce qui peut provoquer un état de confusion temporaire que l'on appelle quelquefois « delirium ». Même chez une personne très malade, la confusion aiguë peut être évitée ou traitée efficacement.

La personne ayant ce type de confusion peut être désorientée, dire ou faire des choses qui n'ont pas de sens, manifester de la colère, de la méfiance et des changements d'humeur, être agitée ou très lente. Ceci n'a rien à voir avec la maladie d'Alzheimer !

Lorsque la confusion survient, les membres de l'équipe de soins évaluent la situation et tentent d'identifier ce qui peut l'avoir provoquée. La cause est souvent physique et en lien avec le fonctionnement des organes vitaux, la médication, l'immobilité ou certaines interventions médicales. Pour prévenir la confusion aiguë ou aider la personne atteinte à récupérer plus vite, on doit, entre autres, s'assurer que la personne n'est pas souffrante, se sent en sécurité et qu'elle bouge, mange, boit et dort bien.

Au verso de cette page, vous retrouvez des suggestions d'interventions pour aider la personne à risque de confusion aiguë ou qui expérimente ce syndrome.

VERSO →

QUOI?	COMMENT?
Observation de l'état cognitif	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aviser l'infirmière si vous observez tout changement soudain dans le niveau de conscience, dans l'attention ou le discours (langage, propos, cohérence) de la personne
Communication	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vérifier auprès de l'infirmière et de la famille les besoins particuliers de la personne ✓ Se présenter et décrire sa fonction ✓ Nommer la personne par son nom usuel préféré ✓ Utiliser des phrases courtes, simples ✓ Parler clairement et lentement ✓ Ne pas faire de gestes brusques ✓ Répéter votre question au besoin mais ne pas insister ✓ Laisser le temps à la personne de répondre ✓ Expliquer à l'avance toutes vos interventions pour éviter des fausses interprétations ✓ Utiliser le contact yeux-yeux, l'expression faciale et le toucher de façon appropriée ✓ Chercher la raison qui explique le comportement de la personne ✓ Reconnaître et prendre en considération les hallucinations et illusions dans vos interventions. Pour la personne, elles sont réelles!
Gestion de la douleur	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Surveiller tout signe de douleur et en informer l'infirmière ✓ Donner les analgésiques ou autres médicaments prescrits selon les résultats de l'évaluation
Mobilisation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Respecter l'autonomie de la personne pour les activités de la vie quotidienne (se laver, manger, etc.) ✓ S'il n'y a pas de restriction médicale, encourager et aider la personne à marcher ou à s'asseoir sur le bord du lit avec un minimum d'appui
Alimentation /hydratation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encourager à s'alimenter lors des repas ✓ Assister lors de l'alimentation et l'hydratation, si requis ✓ Encourager ou faire hygiène buccale après les repas ✓ Faire un bilan des ingesta et excréta
Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Au coucher, offrir breuvage chaud, musique relaxante et massage du dos ✓ Réduire le bruit au maximum durant les périodes de sommeil
Si agitation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurer une surveillance régulière. ✓ Utiliser des mesures de contrôle physique au minimum, toujours après avoir consulté l'infirmière
Vision / audition	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre lunettes et appareil auditif, si besoin
Orientation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orienter la personne régulièrement dans les 3 sphères
Activités thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discuter avec la personne d'événements de l'actualité ou de sa vie passée ou faire des jeux de mots ou son activité préférée (ex : jouer aux cartes)

Annexe 5

Guide d'interventions pour les préposés aux bénéficiaires

Guide d'interventions pour les préposés aux bénéficiaires

Soigner une personne à risque ou en confusion aiguë

Lors d'une hospitalisation, il arrive parfois que le fonctionnement du cerveau devienne perturbé, ce qui peut provoquer un état de confusion temporaire que l'on appelle quelquefois « delirium ». Même chez une personne très malade, la confusion aiguë peut être évitée ou traitée efficacement.

La personne ayant ce type de confusion peut être désorientée, dire ou faire des choses qui n'ont pas de sens, manifester de la colère, de la méfiance et des changements d'humeur, être agitée ou très lente. Ceci n'a rien à voir avec la maladie d'Alzheimer !

Lorsque la confusion survient, les membres de l'équipe de soins évaluent la situation et tentent d'identifier ce qui peut l'avoir provoquée. La cause est souvent physique et en lien avec le fonctionnement des organes vitaux, la médication, l'immobilité ou certaines interventions médicales. Pour prévenir la confusion aiguë ou aider la personne atteinte à récupérer plus vite, on doit, entre autres, s'assurer que la personne n'est pas souffrante, se sent en sécurité et qu'elle bouge, mange, boit et dort bien.

Au verso de cette page, vous retrouvez des suggestions d'interventions pour aider la personne à risque de confusion aiguë ou qui expérimente ce syndrome.

VERSO →

QUOI?	COMMENT?
Observation de l'état cognitif	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aviser l'infirmière si vous observez tout changement soudain dans le niveau de conscience, dans l'attention ou le discours (langage, propos, cohérence) de la personne
Communication	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vérifier auprès de l'infirmière et de la famille les besoins particuliers de la personne ✓ Se présenter et décrire sa fonction ✓ Nommer la personne par son nom usuel préféré ✓ Utiliser des phrases courtes, simples ✓ Parler clairement et lentement ✓ Ne pas faire de gestes brusques ✓ Répéter votre question, au besoin, mais ne pas insister ✓ Laisser le temps à la personne de répondre ✓ Expliquer à l'avance toutes vos interventions pour éviter des fausses interprétations ✓ Utiliser le contact yeux-yeux, l'expression faciale et le toucher de façon appropriée ✓ Chercher la raison qui explique le comportement de la personne ✓ Reconnaître et prendre en considération les hallucinations et illusions dans vos interventions. Pour la personne, elles sont réelles!
Mobilisation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Respecter l'autonomie de la personne pour les activités de la vie quotidienne (se laver, manger, etc.) ✓ S'il n'y a pas de restriction médicale, encourager et aider la personne à marcher ou à s'asseoir sur le bord du lit avec un minimum d'appui
Alimentation /hydratation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encourager à s'alimenter lors des repas ✓ Assister lors de l'alimentation et l'hydratation, si requis ✓ Encourager ou faire hygiène buccale après les repas ✓ Faire un bilan des ingesta et excreta
Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Au coucher, offrir breuvage chaud, musique relaxante et massage du dos ✓ Réduire le bruit au maximum durant les périodes de sommeil
Si agitation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurer une surveillance régulière. ✓ Utiliser des mesures de contrôle physique au minimum, toujours après avoir consulté l'infirmière
Vision / audition	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre lunettes et appareil auditif si besoin
Orientation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orienter la personne régulièrement dans le temps, face aux personnes et dans l'espace
Activités thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discuter avec la personne d'événements de l'actualité ou de sa vie passée ou faire des jeux de mots ou son activité préférée (ex : jouer aux cartes)

Annexe 6

Guide d'accompagnement pour les bénévoles

Guide d'accompagnement pour les bénévoles

Accompagner une personne à risque ou en confusion aiguë

Lors d'une hospitalisation, il arrive parfois que le fonctionnement du cerveau devienne perturbé, ce qui peut provoquer un état de confusion temporaire que l'on appelle quelquefois « delirium ». Même chez une personne très malade, la confusion aiguë peut être évitée ou traitée efficacement.

La personne ayant ce type de confusion peut être désorientée, dire ou faire des choses qui n'ont pas de sens, manifester de la colère, de la méfiance et des changements d'humeur, être agitée ou très lente. Ceci n'a rien à voir avec la maladie d'Alzheimer !

Lorsque la confusion survient, les membres de l'équipe de soins évaluent la situation et tentent d'identifier ce qui peut l'avoir provoquée. La cause est souvent physique et en lien avec le fonctionnement des organes vitaux, la médication, l'immobilité ou certaines interventions médicales. Pour prévenir la confusion aiguë ou aider la personne atteinte à récupérer plus vite, on doit, entre autres, s'assurer que la personne se sent en sécurité et diminuer son sentiment d'isolement.

Au verso de cette page, vous retrouvez des suggestions d'actions que vous pouvez faire pour aider la personne que vous visitez et qui est à risque de confusion aiguë ou qui expérimente ce syndrome.

VERSO →

