



AAPA – État cognitif et comportemental

Externes en soins infirmiers

Équipe des conseillères en soins infirmiers

Direction des soins infirmiers

Cibles d'apprentissage

À la fin de cette activité de formation, les participants seront en mesure de :

- Distinguer le vieillissement normal du vieillissement pathologique en lien avec l'état cognitif chez la personne âgée.
- Différencier les types de troubles neurocognitifs majeurs et les symptômes associés.
- Reconnaître les signes atypiques de la dépression chez la personne âgée.
- Reconnaître les signes cliniques de l'état confusionnel aigu (delirium).
- Différencier les troubles neurocognitifs majeurs de l'état confusionnel aigu et de la dépression.



**ÉTAT COGNITIF ET
COMPORTEMENTAL**



Rappel

L'externe en soins infirmiers peut CONTRIBUER à l'évaluation de la condition mentale de l'utilisateur.



Signes AINÉES

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal*

Québec 



AAPA et les signes AINÉES

- *« Vise la mise en place de pratiques professionnelles, fondées sur les données probantes, pour l'amélioration de la qualité des soins et services auprès de la personne âgée, dans le contexte du centre hospitalier »*
- ***Vise la prévention ou l'atténuation du déclin fonctionnel chez la personne âgée hospitalisée.***
- *« L'outil AINÉES a été développé pour être utilisé tant dans l'évaluation initiale (identification de facteurs de risque de déclin fonctionnel), que pour le suivi quotidien (surveillance) des patients âgés hospitalisés. »*

(MSSS, 2011)



AINÉÉS :

A

Autonomie fonctionnelle

Déclin fonctionnel dans les AVQ
Syndrome d'immobilisation

I

Intégrité de la peau

Plaie de pression

N

Nutrition / hydratation

Dénutrition
Déshydratation

É

Élimination

Incontinence urinaire
Constipation / fécalome

É

**État cognitif /
comportement**

Delirium
Agitation dans les démences

S

Sommeil

Insomnie



**É = État cognitif et
comportemental**



Vieillissement normal vs pathologique

Vieillissement normal et pathologique

Fonction	Vieillissement normal	Vieillissement pathologique
Visuelle	<ul style="list-style-type: none">• Diminution: vision nocturne, appréciation des profondeurs et contraste des couleurs, la fréquence du clignement des yeux, production des larmes.• Ralentissement des reflexes pupillaires• Augmentation de la sensibilité à l'éblouissement• Présence des cataractes	<ul style="list-style-type: none">• Vision brouillée ou dédoublée• Halos lumineux• Perte de du champ visuel• Perte de l'acuité visuelle ayant un impact sur l'autonomie fonctionnelle
Auditive	<ul style="list-style-type: none">• Diminution: acuité auditive et de la perception des sons aigus• Difficulté à comprendre une conversation dans un milieu bruyant• Difficulté à déterminer la provenance spatiale des sons	<ul style="list-style-type: none">• Perte d'acuité auditive ayant un impact lors d'une conversation avec une seule personne• Surdité• Acouphène

Vieillissement normal et pathologique

Fonction	Vieillissement normal	Vieillissement pathologique
Cognitive	<ul style="list-style-type: none">• Diminution: mémoire de travail affectant l'apprentissage, mémoire épisodique, mémoire prospective, capacité d'attention soutenue pour les tâches longues et complexes, capacité de l'attention divisée, capacité de concentration, capacité d'abstraction et de la vitesse de traitement de l'information• Difficulté à sélectionner les informations pertinentes d'un texte dense• Difficulté à résoudre un nouveau problème complexe	<ul style="list-style-type: none">• Désorientation dans le temps et l'espace• Changements cognitifs empêchant la personne de fonctionner normalement• Difficulté au niveau de l'expression de la pensée (langage)• Difficulté à nommer les choses• Difficulté à faire des tâches complexes (ex. faire son budget)
Affective	<ul style="list-style-type: none">• Maintien des capacités d'adaptation liée aux défis associés au vieillissement• Maintien des traits de personnalité• Maintien des habiletés sociales	<ul style="list-style-type: none">• Humeur dépressive, signes d'anxiété ou trouble du sommeil ayant un impact fonctionnel• Idées suicidaires• Signes cliniques d'une psychose ou delirium

santé
ciaux

l'Île-de-Montréal

Québec



Les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM)



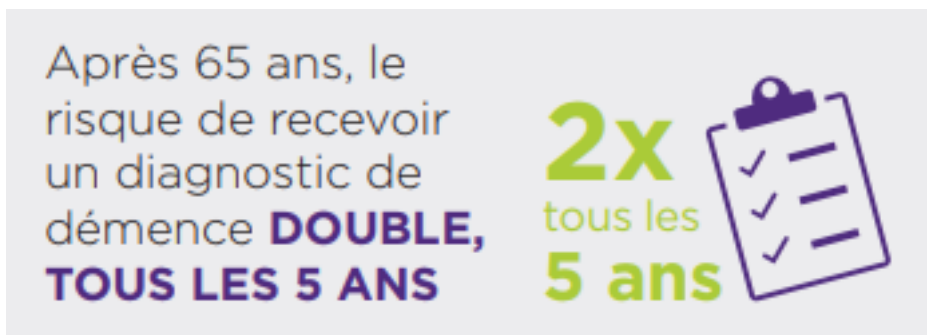
Critères diagnostiques (DSM-V)

Un diagnostic de trouble neurocognitif majeur est établi lorsqu'il y a :

- Un déclin significatif de la cognition par rapport à l'état antérieur basé sur :
 - **L'opinion du patient, d'un proche ou d'un soignant ET**
 - **Un ou des test(s) cognitif(s) validés mettant en évidence le(s) déficit(s) relatés**
- **Un impact fonctionnel des troubles cognitifs sur les AVD et/ou AVQ**
- La condition d'état confusionnel est exclue
- Autre trouble mental exclu

TNCM : Épidémiologie

L'âge est le facteur de risque le plus important



- 1% à 60 ans
- 2% à 65 ans
- 4 % à 70 ans
- 8 % à 75 ans
- 16 % à 80 an
- 32 % à 85 ans

Tiré de la formation sur les troubles cognitifs – Plan Alzheimer en GMF, CEMTL, automne 2017

Vieillessement de la population

- 22,9 % au-dessus de 65 ans en 2030

Voyer, P. dans *Démarche OPUS-AP*, 2017

Les troubles neurocognitifs majeurs

- Démences dégénératives



- Alzheimer
- À corps de Lewy
- Frontotemporale

- Démences non dégénératives



Vasculaire

- Mixte vasculaire

Démences dégénératives



Démences non dégénératives

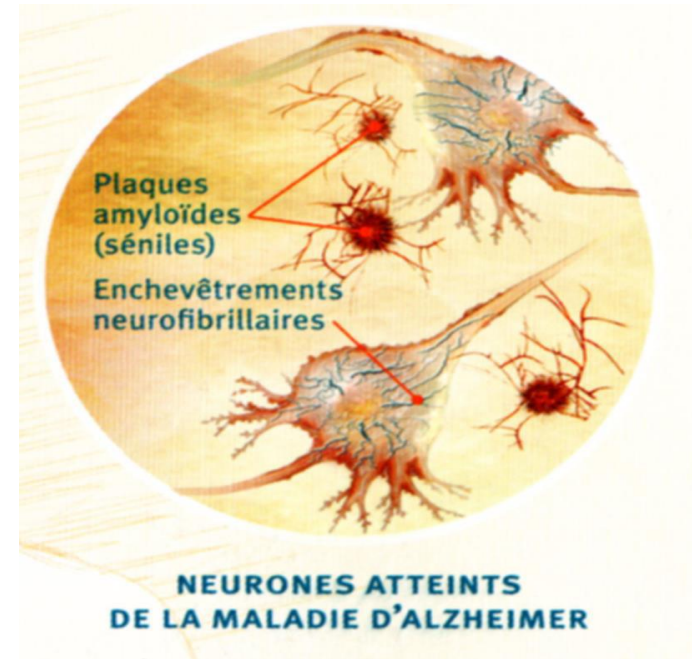


Généralement Alzheimer et

Démence de type Alzheimer

C'est une maladie dégénérative caractérisée par les lésions pathologiques suivantes :

- Plaques séniles
- Dégénérescence neurofibrillaire
- Perte neuronale
- Déficit cholinergique dans l'hippocampe et le néocortex



(Bourque, 2013)



Démence de type Alzheimer

Prévalence	Début	Symptômes initiaux	Évolution de la maladie
<ul style="list-style-type: none">• 50 à 70% de tous les TNCM• 2/3 sont des femmes• Entre 40 et 90 ans, souvent 65 et plus.	<ul style="list-style-type: none">• Insidieux	<ul style="list-style-type: none">• Perte de mémoire• Anomie ou trouble du langage	<ul style="list-style-type: none">• Dépression fréquente au début de la maladie• Perturbation du sommeil et hallucinations aux stades modérés à sévères• Idées délirantes, pertes physiques multiples (incontinence, chutes, apraxie, etc.) aux stades sévères• Personnalité: peu de changement au premier stade mais évolution imprévisible par la suite



Démence À corps de Lewy

C'est une maladie neurodégénérative et progressive caractérisée par des **accumulations anormales de protéines dans les neurones, appelées « corps de Lewy »**.

Les dépôts interrompent les messages transmis par le cerveau.

(Bourque, 2013)



Démence À corps de Lewy

Prévalence	Début	Symptômes initiaux	Évolution de la maladie
<ul style="list-style-type: none">• 5 à 15 % de tous les TNCM• Davantage les hommes• Vers l'âge de 70 ans	<ul style="list-style-type: none">• Insidieux	<ul style="list-style-type: none">• Fluctuations cognitives avec variations prononcées de l'attention et du niveau de conscience• Hallucinations visuelles récurrentes• Signes moteurs spontanés de type parkinsonien (rigidité, tremblements, lenteur, trouble du mouvement)	<ul style="list-style-type: none">• Dépression fréquente• Chutes, hallucinations, idées délirantes dès le début de la maladie• Peu de trouble de mémoire dans les premiers stades• Modification de la personnalité : personnalité souvent méfiante et irritable• Perte progressive des capacités cognitives avec fluctuation significative• Incontinence urinaire dans les derniers stades• Sensibilité accrue aux neuroleptiques



Démence de type frontotemporal

Les démences frontotemporales constituent un groupe hétérogène des maladies neurodégénératives caractérisées par des changements de personnalité, troubles du comportement et du langage.

Exemples :

- TNC frontotemporal (la plus commune)
- Aphasie primaire progressive

Caractérisées cliniquement par l'accumulation des protéines dans les neurones du lobe frontal

(Bourque, 2013)

Démence de type frontotemporal

Prévalence	Début	Symptômes initiaux	Évolution de la maladie
<ul style="list-style-type: none">• 5 à 7% de tous les TNCM• Davantage les hommes• Souvent entre 50 et 60 ans	<ul style="list-style-type: none">• Insidieux	<p>Modification des comportements et de la personnalité:</p> <ul style="list-style-type: none">• Signes précoces de désinhibition et de négligence de l'hygiène corporel• Perte d'empathie• Hyperoralité (fumeur ou mangeur compulsif)• Rigidité mentale et inflexibilité <p>Trouble du langage:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mutisme• Trouble de l'émission• Écholalie et persévérance <p>Signes physiques:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mouvements répétitifs et stéréotypés	<ul style="list-style-type: none">• Dépression occasionnelle mais apathie importante et labilité émotionnelle• Dénier des pertes (anosognosie)• Pertes progressives des capacités cognitives mais pas de trouble de la mémoire ni des fonctions exécutives dans les premiers stades• Hallucinations et idées délirantes peu fréquentes• Le risque de chute seulement au dernier stade



Démence de type vasculaire

Destruction importante des tissus cérébraux **suite à un AVC ou par une succession de minuscules infarctus cérébraux.**

Le scan démontre présence de leucoaraïose (altérations vasculaires d'aspect micro-angiosclérose) ou lacunes au niveau du tissu cérébral.

(Bourque, 2013)



Démence de type vasculaire

Prévalence	Début	Symptômes initiaux	Évolution de la maladie
<ul style="list-style-type: none">• 20 à 40% de tous les troubles neurocognitifs• Davantage les hommes	<ul style="list-style-type: none">• Début soudain (AVC)• ou insidieux (par palier)	<ul style="list-style-type: none">• Variables selon les sites de multiples infarctus cérébraux mais, troubles des fonctions exécutives dominant : attention, organisation et jugement	<ul style="list-style-type: none">• Dépression fréquente au début de la maladie• Pas de perturbation du sommeil• Hallucinations peu fréquentes et idées délirantes plutôt occasionnelles• Pertes physiques : faiblesse musculaire, risque de chute et incontinence urinaire fréquents dès le début de la maladie.• Personnalité : labilité émotionnelle fréquente



Démence de type Mixte

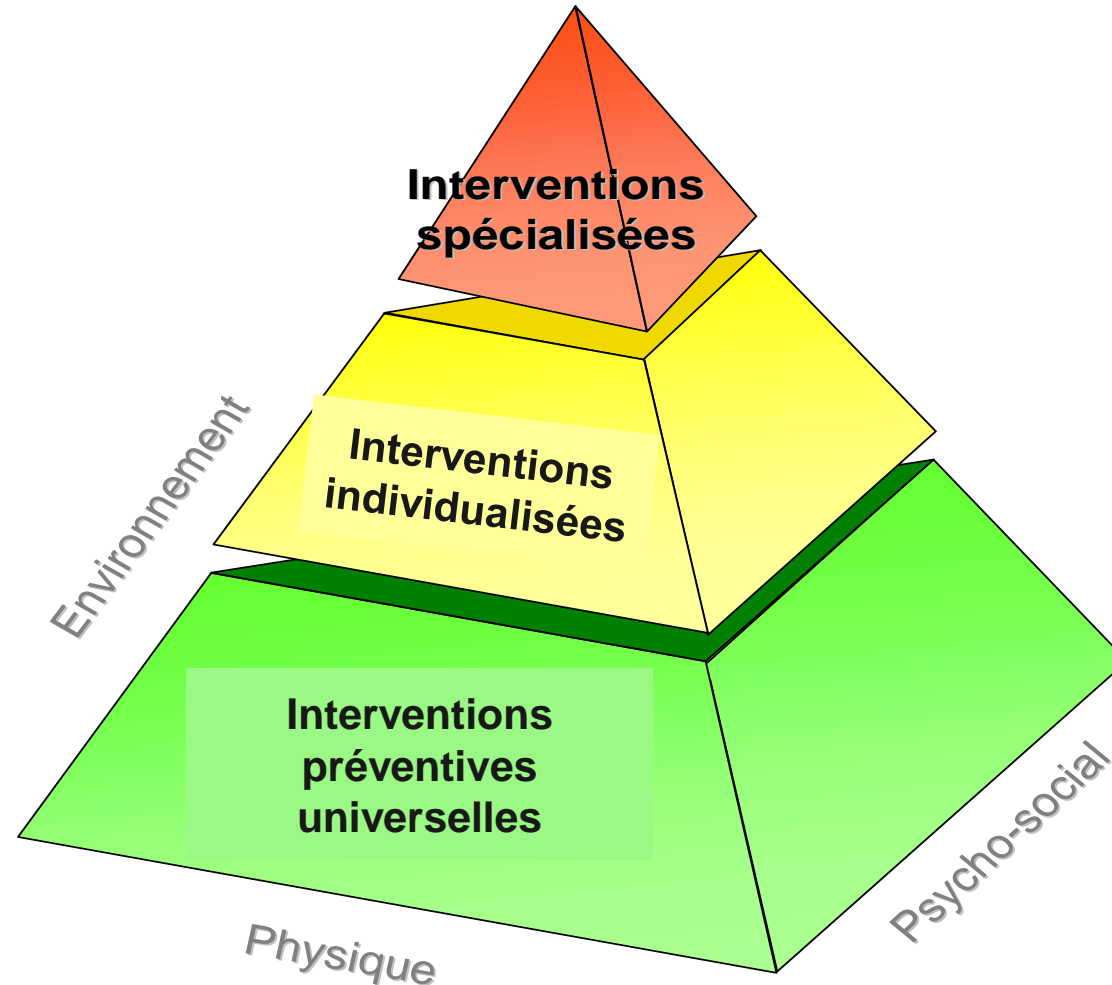
- Doit toucher les 2 classifications de type de TNCM soit **dégénératif** et **non dégénératif**.
- Il y a toujours une prédominance.
- La forme la plus répandue est celle **Vasculaire** et **Alzheimer**
- Autres possibilités:
 - Alzheimer et ROH
 - Vasculaire et parkinsonienne
 - Etc.

(Bourque,2013)

Démence de type Mixte

Prévalence	Début	Symptômes initiaux	Évolution de la maladie
<ul style="list-style-type: none">Plus de 50% de cas (MA +Dva)	<ul style="list-style-type: none">Début insidieux <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none">Diagnostic initial de maladie d'Alzheimer suivi d'un AVC.	<ul style="list-style-type: none">Trouble de la mémoire et du langage (suggestif de la maladie d'Alzheimer)Imagerie démontrant leucoencéphalopathie sous-cortical significative ou un ancien AVC.Trouble de la mémoire prédominant avec légère aphasie; trouble du langage beaucoup plus grave avec un AVC gaucheRalentissement psychomoteur significatif et trouble des fonctions exécutives	<ul style="list-style-type: none">Combinaison des symptômes de la démence de type Alzheimer et vasculaire

Paliers d'interventions cliniques





Interventions préventives universelles (s'appliquent à tous)

- Identifier les facteurs prédisposants :
 - TNC, niveau d'autonomie, autres problèmes de santé (douleurs chroniques, dépression, MPOC,...), âge, etc.
- Satisfaire les besoins de base
 - Amener à la toilette, donner une collation, donner à boire, etc.
- Adapter l'environnement physique :
 - Diminuer le bruit, une bonne luminosité, éviter la sur-stimulation et la sous-stimulation, etc.
- Approche relationnelle de soins (ARS) :
 - Parler doucement, vouvoyer, frapper doucement à la porte avant d'entrer, saluer l'utilisateur et expliquer pourquoi on est là, expliquer les interventions au fur et à mesure, etc.
- Occuper la personne
 - Faire écouter de la musique, télévision, casse-tête, etc.
- Impliquer les proches lors des soins
- Etc.

Interventions individualisées

Pourquoi ?

Pour répondre à un besoin individuel insatisfait

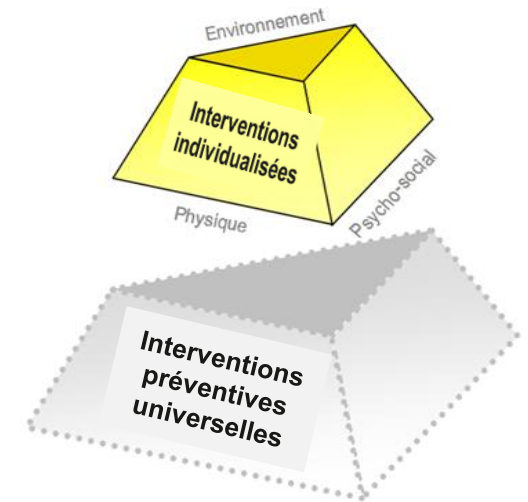
SCPD = Expression d'un besoin insatisfait

(ex : douleur, solitude, ennui, déficit sensoriel, faim, soif)

Comment ?

Principes d'interventions directeurs :

- Surveillance clinique de l'état de santé
Exemples :
 - Évaluation de la douleur (cause de SCPD dans 40 % de cas)
 - Observation et documentation du comportement (grille comportementale);
- Prioriser l'approche non pharmacologique
- Éviter les contentions physiques



Interventions individualisées

- Planifier des interventions à différents niveaux :

- **Individuel**

Exemples : Compléter « l'histoire de vie », questionner sur les habitudes de vie

- **Environnemental**

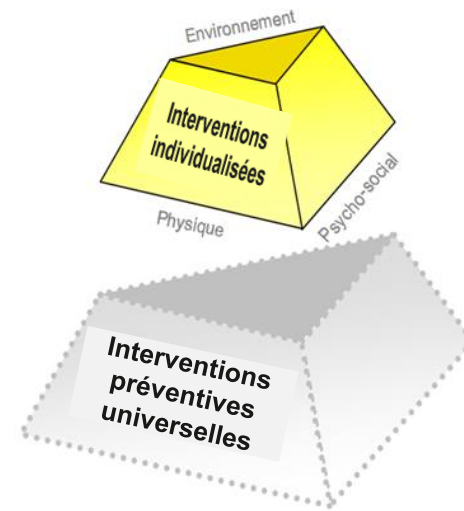
Exemples : assurer un milieu sécuritaire et stimulant avec points de repère (horloge, calendriers, horaire de la journée), éviter la sous-stimulation ou la sur-stimulation sensorielle (bruits, lumière, température, odeur)

- **Interactionnel**

Exemples :

- **Communication** : frapper à la porte (capture attentionnelle), attitude calme et souriante, éviter l'invasion rapide de l'espace personnel, ne pas confronter, ne pas solliciter / tester sa mémoire, éviter l'infantilisation, signes non verbaux compatibles, vocabulaire simple, débit verbal ralenti, laisser suffisamment de temps pour répondre à la demande, éviter les demandes complexes, contact visuel, posture / hauteur, etc.
- **Stratégies d'interventions** : recadrage, diversion, gestion du refus, toucher affectif, validation affective, méthode discontinue (cesser momentanément le soin), etc.

- Solliciter au besoin l'évaluation d'un professionnel
 - Ergo, physio, TS, psychologue,...



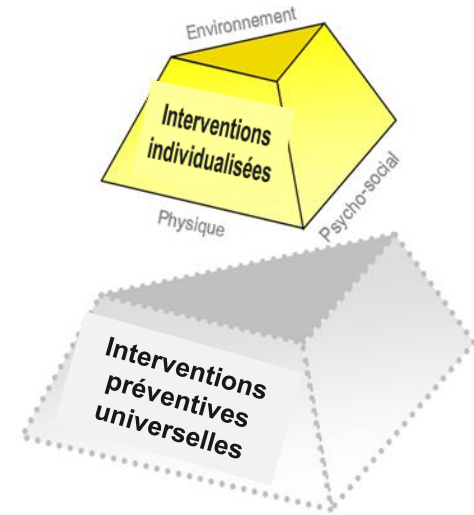
Interventions individualisées

Approche pharmacologique :

- Les antipsychotiques (neuroleptiques) :
 - Peu efficaces pour le traitement des SCPD (errance, agitations verbales et physiques, comportements d'agressivité, les psychoses).
- Les benzodiazépines :
 - Les SCPD qui répondent le mieux aux benzodiazépines sont l'anxiété, l'insomnie, la tension et l'irritabilité.

L'utilisation des benzodiazépines devrait être restreinte, car ils peuvent aggraver les troubles cognitifs, être à l'origine de dépendance et causer de l'ataxie (trouble de la coordination du mouvement volontaire) et de la sédation, en augmentant ainsi le risque de chute.

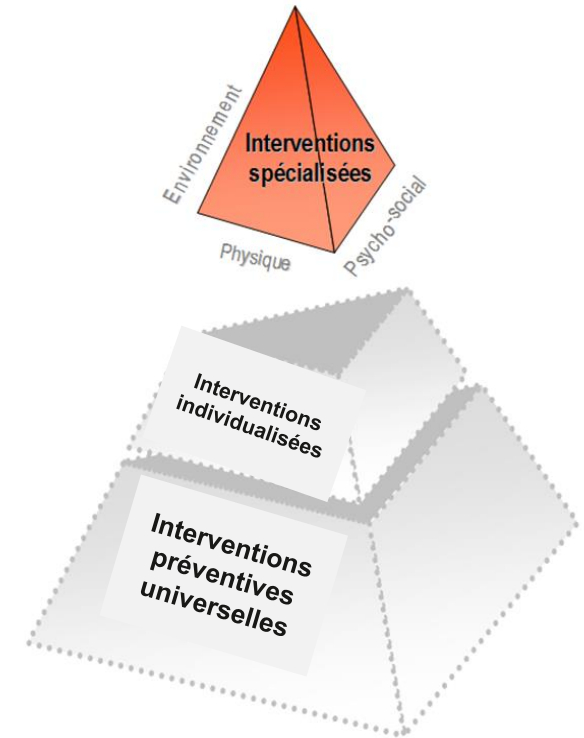
(Voyer, 2017)



Interventions spécialisées

Spécialistes :

- Médecin spécialisé selon le besoin spécifique de la personne âgée (ex : gériatrie, psychiatre, etc...);
- Autres professionnels spécialisés en gériatrie (ex : neuropsychologue);
- Pharmacien;
- Dentiste;
- CCSI (médecine, chirurgie, gériatrie,...);
- CSI et CCSI en soins de plaies (stade III, IV et X; et les plaies complexes)
- Etc....





La dépression chez la personne âgée

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 



Présentation clinique

Signes typiques	Signes atypiques	Moins fréquents
<ul style="list-style-type: none">• Perte d'intérêt• Perte d'énergie• Ralentissement psychomoteur• Désespoir• Vision pessimiste de l'avenir	<ul style="list-style-type: none">• Somatisation : plaintes répétées concernant la santé physique : ex. : constipation, perte de poids, douleur diffuse, etc.• Plainte concernant les problèmes de mémoire, de concentration et de sommeil• Idées délirantes concernant autrui	<ul style="list-style-type: none">• Pleurs• Sentiment de culpabilité• Dévalorisation



La dépression chez la personne âgée

- Les soignants ont tendance à minimiser les symptômes dépressifs des aînés
- Il y a une sous détection de la dépression chez cette clientèle
- Les meilleures pratiques suggèrent un dépistage systématique de la dépression dès l'admission
- La détection de la dépression devrait conduire à une évaluation détaillée du risque de suicide

(Voyer, 2013)

La dépression chez la personne âgée

Orientation organisationnelle :

- Pas de dépistage systématique pour l'instant
- Plutôt un repérage via le formulaire «Questionnaire pour mieux vous connaître et vous accompagner» (PPCC)

Avez-vous noté des changements dans votre comportement ou votre humeur ? Non ☐ Oui ☐

Si oui préciser ☐ Impulsivité ☐ Agressivité ☐ Tristesse ☐ Autre ☐

Si le changement noté au niveau de l'humeur est la **tristesse** .

- Le médecin doit en être avisé
- Une surveillance clinique doit être assurée



État confusionnel aigu (delirium)



Définition et critères diagnostiques - DSM V

Critères diagnostiques

- A. Modification de l'état de conscience** avec diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention.
- B.** La perturbation **se développe rapidement** (quelques heures à quelques jours) et tend à **fluctuer** au cours de la même période
- C.** Changement cognitif ou développement de troubles perceptuels **ne pouvant s'expliquer par une autre condition psychiatrique préexistante ou une démence évoluant déjà.**
- D.** Les critères A et C ne sont pas expliqués par un autre diagnostic préexistant, un trouble neuro cognitif évolutif ou une atteinte sévère de la vigilance tel un coma
- E.** L'histoire clinique, l'examen physique ou les résultats de laboratoires montrent que la perturbation est une conséquence physiologique directe d'un autre état pathologique, d'une intoxication par une substance ou d'un sevrage.

Facteurs de risque de l'état confusionnel aigu

FACTEURS PRÉDISPOSANTS

- Âge avancé;
- Sexe masculin;
- Atteinte sensorielle (déficit visuel et déficit auditif);
- Déshydratation, dénutrition;
- Antécédents de delirium;
- Démence;
- Dépression;
- Antécédents d'AVC
- Maladies concomitantes : maladies cardiovasculaires, respiratoires et rénales, diabète, Parkinson,...
- Abus d'alcool;
- Incapacité fonctionnelle (ex. mobilité à la marche)
- Etc.

FACTEURS PRÉCIPITANTS

- Intoxication et sevrage : alcool ou médicament (benzodiazépines, anticholinergiques, narcotiques,...)
- Accident vasculaire cérébral, hémorragie intracérébrale;
- Infection : urinaire, pulmonaire, septicémie, plaie infectée;
- Perturbation métabolique et endocrinienne : hyper et hypoglycémie, hypo et hyperthyroïdie;
- Perturbation électrolytique
- Contraintes entraînant l'immobilisation : alitement, sonde urinaire, contention physique, etc.;
- Rétention urinaire / Occlusion intestinale, fécalome;
- Douleur
- Intervention chirurgicale
- Chute
- Changement d'environnement
- Isolement
- Etc.

FACTEURS EXACERBANTS

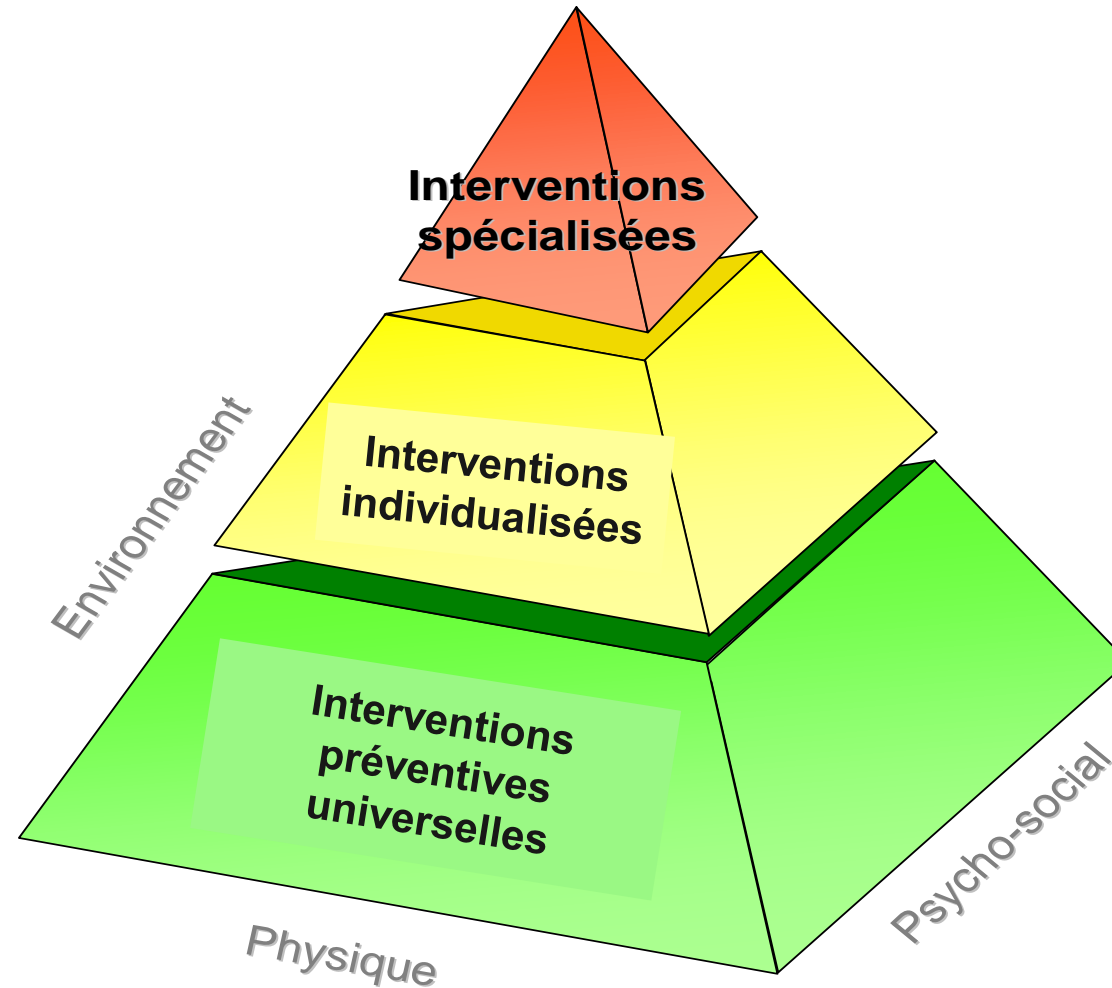
- Sous-stimulation et hyperstimulation (bruit, éclairage)
- Environnement non familial (absence de point de repère)
- Luminosité inappropriée au moment de la journée
- Changement dans la routine de soins
- Changements fréquents de chambre
- Séjour à l'unité des soins intensifs
- Stress, anxiété
- Dépression
- Manque de sommeil
- Etc.



Types d' état confusionnel aigu (delirium)

Delirium hyperactif	Delirium hypoactif	Delirium mixte
<ul style="list-style-type: none">• Hypervigilance (réaction augmentée aux stimuli)• Nervosité / Agitation• Agressivité• Labilité émotionnelle• Chants / rires / euphorie• Irritabilité / colère• Hallucinations / Illusions• Etc.	<ul style="list-style-type: none">• Ralentissement des gestes, du discours• Apathie (manque d'énergie, nonchalance, passivité)• Perte d'expression faciale / regard fixe• Hypovigilance• Léthargie (somnolent, mais se réveille facilement)• Stuporeux (personne presque immobile, difficile à réveiller)• Comateux (impossible à réveiller)	<p>Présence de symptômes des 2 types en alternance.</p>

Paliers d'interventions cliniques : prévenir le déclin fonctionnel





Interventions préventives universelles

Voir «Aide-mémoire pour la prévention, le dépistage et le suivi de l'état confusionnel aigu (delirium)»

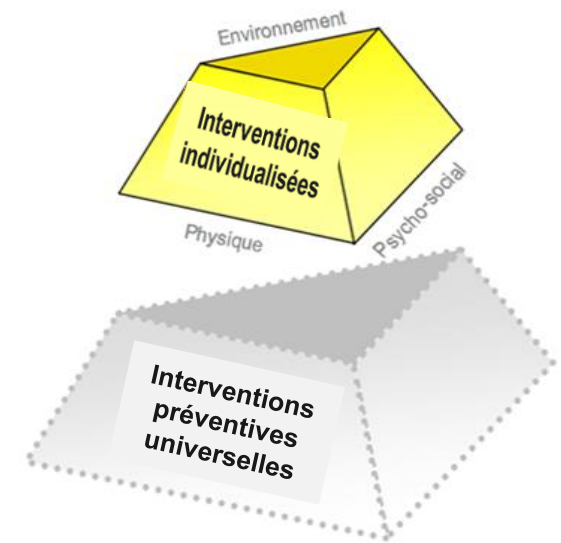
Priorité à l'approche non pharmacologique



Interventions individualisées (contribuant à résorber l'état confusionnel aigu)

Voir «*Aide-mémoire pour la prévention, le dépistage et le suivi de l'état confusionnel aigu (delirium)*»

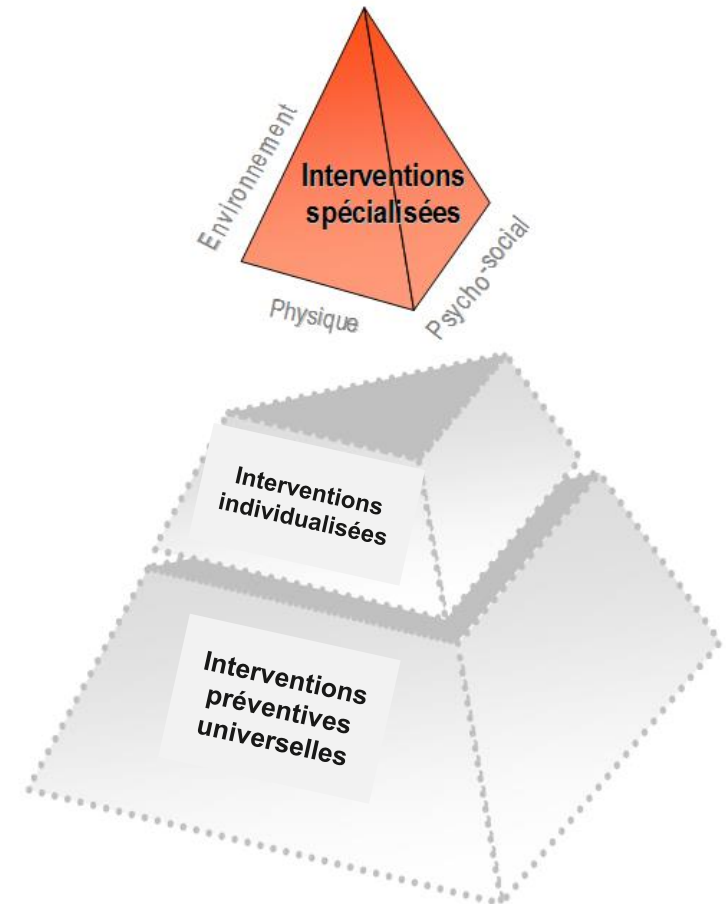
Priorité à l'approche non pharmacologique



Interventions spécialisées Intervenants sollicités en plus des paliers 1 et 2

Spécialistes :

- Médecin spécialisé selon le besoin spécifique de la personne âgée (ex: gériatrie, psychiatre, etc...)
- Autres professionnels spécialisés en gériatrie (ex: neuropsychologue)
- Pharmacien
- Dentiste
- CCSI (médecine, chirurgie, gériatrie,...)
- CSI et CCSI en soins de plaies (stade III, IV et X; et les plaies complexes)
- Etc....





Approche pharmacologique

À considérer lorsque :

- Le patient est potentiellement dangereux pour lui-même ou pour autrui
- Présence de symptômes psychotiques significatifs ou détresse psychologique
- La poursuite du plan de soins est compromise

Attention :

- Si le traitement médicamenteux du delirium est surutilisé, il y a risque de perpétuation du delirium.
- Puisque le delirium est multifactoriel, il est irréaliste d'espérer que seul l'ajout d'un médicament résoudra 100 % de la situation.

Aide-mémoire pour la prévention, le dépistage et le suivi de l'état confusionnel aigu (delirium)



Aide-mémoire pour la prévention, le dépistage et le suivi de l'état confusionnel aigu (delirium)

Définition de l'état confusionnel aigu (delirium):

Syndrome cérébral d'origine organique d'installation rapide, habituellement transitoire et réversible.

Il se caractérise par :

- La perturbation de l'état de conscience avec diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention.
- La modification des capacités cognitives (trouble de la mémoire, pensée désorganisée, désorientation temporo-spatiale) et troubles perceptuels (hallucinations ou illusions).
- L'installation **RAPIDE** des symptômes en quelques heures/jours et tendance à des **FLUCTUATIONS** tout au long de la journée.

Facteurs de risque

Facteurs prédisposants ou contributifs (rendent la personne susceptible de développer un delirium)

- | | | |
|--|---------------------------|---|
| • Âge avancé | • Antécédents de delirium | • Incapacité fonctionnelle |
| • Sexe masculin | • Démence | • Maladies concomitantes : maladies cardiovasculaires, respiratoires et rénales, diabète, Parkinson,... |
| • Atteinte sensorielle (déficit visuel et déficit auditif) | • Dépression | • Polymédication |
| • Déshydratation/dénutrition | • Antécédents d'AVC | |
| | • Abus d'alcool | |

Facteurs exacerbants (augmentent la sévérité du delirium sans en être responsable)

Environnementaux	• Sous-stimulation ou hyperstimulation (bruit, éclairage)	• Changement dans la routine de soins
	• Environnement non familial (absence de point de repère)	• Changements fréquents de chambre
	• Luminosité inappropriée au moment de la journée	• Séjour à l'unité des soins intensifs
Psychologiques	• Stress, anxiété	• Dépression
	• Traits ou troubles de la personnalité (ex. : antisocial, paranoïde)	• Manque de sommeil

Interventions préventives universelles

- | | | |
|---|---|--|
| • Évaluer les facteurs de risque de delirium de la personne dans les 24 heures suivant l'admission et offrir des interventions préventives universelles et individualisées | • Mobiliser le patient dès que possible et maximiser l'autonomie et la mobilité | • Favoriser un sommeil adéquat par des mesures non pharmacologiques |
| • Compenser les troubles cognitifs et la désorientation par un environnement sécurisant pour le patient (horloge, calendrier, présence d'objets familiers et des proches,...) | • Optimiser l'état d'oxygénation du patient si approprié | • Favoriser retour à un cycle veille-sommeil normal: ouvrir lumière et rideaux le jour + fermer les lumières la nuit |
| • Assurer un apport hydrique et nutritionnel suffisant | • Évaluer et soulager la douleur | • Éviter l'arrêt brusque des benzodiazépines et d'opioïdes |
| • Assurer les fonctions vésicales et intestinales suffisantes | • Compenser les déficits sensoriels (lunettes, appareil auditif) | • Faire preuve de pharmacovigilance, en particulier chez la personne âgée |
| • Prévenir et traiter les infections | • Impliquer les proches dans les soins | • Viser un environnement stable, calme et sécuritaire |
| | • Éviter la privation et la surstimulation sensorielle (bruits, lumière, température, odeur) | • Éviter les contentions |
| | • Viser un milieu stable, éviter les changements de chambre et les activités ou examens diagnostics non urgents | |

Aide-mémoire pour la prévention, le dépistage et le suivi de l'état confusionnel aigu (delirium)

Si changement de l'état, dépister l'état confusionnel aigu (delirium)

Échelle de dépistage CAM (Confusion Assessment Method)

ET		OU	
Critère 1	Critère 2	Critère 3	Critère 4
Début soudain et fluctuation des symptômes <ul style="list-style-type: none">Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental de son état habituel?Est-ce que ce symptôme a fluctué durant la journée?	Inattention Est-ce que la personne a de la difficulté à focaliser son attention? <ul style="list-style-type: none">Difficulté à retenir ce qui a été dit;Lenteur à répondre.	Désorganisation de la pensée Est-ce que la pensée de la personne est désorganisée ou incohérente? Par exemple: <ul style="list-style-type: none">Conversation décousue ou non pertinente.Suite vague ou illogique des idées.Passer d'un sujet à un autre de façon imprévisible.	Altération de l'état de conscience Préciser le niveau de conscience: <ul style="list-style-type: none">AlerteVigilant ou hyper alerteLéthargiqueStuporeuxComateux
Si critères 1 et 2 + 3 ou 4 = CAM positif = Délirium probable			

Autres facteurs qui peuvent s'ajouter aux critères de la CAM

- Désorientation**: lieu, temps ou personne.
- Troubles mnésiques**: incapacité à se souvenir des événements récents ou difficulté à se rappeler les consignes.
- Perturbation du rythme veille - sommeil**: somnolence excessive ou insomnie et agitation la nuit.
- Anomalies de perception**: hallucinations, illusions ou erreurs d'interprétation.

Interventions individualisées (contribuent à résorber l'état confusionnel aigu)

Si CAM positif (critères 1 et 2 + 3 ou 4)

- Identifier les causes (facteurs précipitants) et intervenir sur ceux-ci (voir tableau suivant des facteurs précipitants)
- Évaluer et assurer la surveillance clinique: TA, pouls, T°, oxygénation, glycémie, SN et les résultats de laboratoires
- Éliminer la présence de: fécalome (décompte selles), rétention urinaire (bladder scan), douleur, plaie infectée
- Repérer signes de sevrage (nystagmus +, tremblements, hallucinations, irritabilité, insomnie)
- Traiter rapidement la déshydratation et la dénutrition
- Aviser le médecin après l'évaluation infirmière et discuter de la possibilité de procéder à un bilan pour état confusionnel aigu (se référer à l'OIP en vigueur)
- Éviter les facteurs exacerbants
- Favoriser le maintien ou la récupération cognitive et fonctionnelle
- Solliciter au besoin l'évaluation d'un professionnel (ergo, physio, TS, nutritionniste, psychologue,...)
- Mettre en place des interventions spécifiques et spécialisées au besoin (PTI/PII)
- Prévenir les complications (chute, plaie de pression, pertes fonctionnelles, déconditionnement, dénutrition, agitation physique, agressivité, etc.)
- Prendre en compte que dans le contexte de fin de vie, la recherche des causes peut être futile
- Développer l'alliance thérapeutique avec la famille: impliquer, informer, reconforter et soutenir
- Soulagement de la douleur:
- Revoir la médication et ajuster si nécessaire, recourir aux co-analgésiques si approprié pour diminuer recours aux opioïdes (prudence car tout comme une douleur non soulagée, les analgésiques peuvent aussi provoquer ou contribuer au delirium).
- Favoriser approche environnementale et non-pharmacologique

Types d'état confusionnel aigu (delirium)

Hyperactif	Hypoactif	Mixte
<ul style="list-style-type: none">Hypervigilance (réaction augmentée aux stimuli)Nervosité/AgitationAgressivité	<ul style="list-style-type: none">Ralentissement des gestes, du discoursApathie (manque d'énergie, nonchalance, passivité)Perte d'expression faciale/regard fixe	Présence de symptômes des 2 types en alternance



Résumé : état confusionnel aigu vs TNCM vs Dépression?

État confusionnel aigu	TNCM	Dépression
<ul style="list-style-type: none">• Apparition soudaine	<ul style="list-style-type: none">• Apparition insidieuse et graduelle	<ul style="list-style-type: none">• Apparition soudaine
<ul style="list-style-type: none">• Réversible	<ul style="list-style-type: none">• Irréversible	<ul style="list-style-type: none">• Habituellement réversible
<ul style="list-style-type: none">• Inattention	<ul style="list-style-type: none">• Perturbation de mémoire	<ul style="list-style-type: none">• Attention sévèrement réduite
<ul style="list-style-type: none">• Altération de l'état de conscience / hallucinations courantes	<ul style="list-style-type: none">• État de conscience normal /hallucinations (seulement dans un état avancé)	<ul style="list-style-type: none">• État de conscience normal
<ul style="list-style-type: none">• Désorientation précoce	<ul style="list-style-type: none">• Désorientation après plusieurs mois ou années	<ul style="list-style-type: none">• Désintéressé plutôt que désorienté
<ul style="list-style-type: none">• Propos incohérents	<ul style="list-style-type: none">• Réponse sans lien avec la question	<ul style="list-style-type: none">• Réponse de type «ne sais pas»
<ul style="list-style-type: none">• Humeur et comportements imprévisibles, fluctuent d'un instant à l'autre	<ul style="list-style-type: none">• Humeur et comportement fluctuant d'un jour à l'autre	<ul style="list-style-type: none">• Humeur et comportements dépressifs plutôt stables
<ul style="list-style-type: none">• Évolution fluctuante	<ul style="list-style-type: none">• Évolution progressive	<ul style="list-style-type: none">• Évolution favorable suite au traitement





Références

- Centre hospitalier de l'université de Montréal (CHUM), Vidéo: Histoire de cas de Mme Laplante.
- Desforges, K., Senneville J. et al. , CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal, 2015
- Fawaz, J. et Dubois, S., (2015). *Développer les compétences infirmières en dépistage et la prévention du délirium grâce à des stratégies de transfert de connaissances.*
- Gouvernement du Québec (2011a) Cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - Fiches clinique Delirium.
- Létourneau, G., *Delirium en CHSLD, présentation au comité clinique SCPD*, avril 2018
- Mias, L., (2009), La santé mentale et le vieillissement, s.l., s.é. <http://papidoc.chic-cm.fr/24SanteMentale.pdf>.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2011). Cadre de référence de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.
- Ordre des infirmières du Québec (2017). Formation de Monique Bourque ; Les démences : comprendre, évaluer et intervenir.
- Pichet, C., Formation sur les troubles cognitifs présentée dans le cadre du déploiement du Plan Alzheimer en GMF, 2018
- Voyer, P., (2011). L'examen clinique de l'aîné : Guide d'évaluation et de surveillance clinique. Saint-Laurent (QC) : ERPI. 232 pages.
- Voyer, P., (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition.
- Voyer, P., *Formation sur le vieillissement, les troubles cognitifs, maladie d'Alzheimer et l'approche de l'aîné présentant des SCPD* – dans le cadre de la démarche OPUS-AP, 2017



CIUSSS **de l'Est-de-l'Île-de-Montréal**

www.ciusss-estmtl.gouv.qc.ca

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal*

Québec 