

Echelle pour dépister les états confusionnels / delirium

Attribuer une valeur pour chaque période

0 = comportement absent durant la période

1 = comportement présent quelquefois pendant la période, mais peu intense

2 = comportement présent pendant la période et prononcé soit en durée soit en intensité

Date																
	24h-8h	8h-16h	16h-24h													
Désorientation Manifestations verbales ou comportementales indiquant une mauvaise orientation dans le temps et dans l'espace, ou perceptions erronées par rapport aux personnes dans l'environnement.																
Comportement inapproprié Pour l'endroit et/ou pour la personne; par exemple: arracher sa sonde ou ses pansements, essayer de sortir du lit alors que ceci est contre-indiqué ou des comportements similaires.																
Communication inappropriée Pour l'endroit et/ou pour la personne; par exemple: incohérence, état incomunicabilité, discours inintelligible ou n'ayant aucun sens.																
Hallucinations Voir ou entendre des choses qui ne sont pas réellement présentes, comme distorsion dans la perception des objets.																
Ralentissement psychomoteur Réponse différée. Peu ou pas d'actions/mots spontanés; par exemple quand on essaie de réveiller le patient, sa réaction est ralentie ou le patient est non réveillable, sans être sous l'effet de médicaments.																
Total																

Total par période ≥ 2 = suspicion d'état confusionnel (à moduler suivant les troubles cognitifs préexistants)

Traduction française de *Nursing Delirium Screening Scale*

Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F et al.: Fast, systematic and continuous delirium assessment in hospitalized patients: the nursing delirium screening scale. *Journal of Pain and Symptom Management* 2005, 29:368-75

Pour un diagnostic précoce des états confusionnels

Aide-mémoire



Ce document, destiné aux soignants en soins palliatifs, résume les trois étapes-clés:

1. Etablir le diagnostic à l'aide d'une échelle
2. Compléter l'anamnèse
3. Mettre en œuvre les actions médico-soignantes nécessaires.

Définition

En soins palliatifs, la confusion se définit par les critères suivants:*

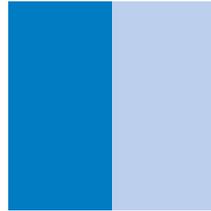
- Troubles de la conscience et de l'attention
- Troubles cognitifs ou de la perception non expliqués par une démence ou une dépression
 - développés sur une période courte
 - fluctuant au cours de la journée
 - liés à une cause organique sous-jacente.
- Facteurs additionnels
 - altération du rythme nyctéméral
 - altération de l'activité psychomotrice
 - hallucinations
 - labilité émotionnelle.

Les états confusionnels sont souvent précédés d'autres signes. On parle alors d'un cortège prodromal :

- Anxiété (inquiétude morbide)
- Insomnie
- Cauchemar
- Hypersensibilité à la lumière et aux sons
- Illusions
- Hallucinations
- Difficulté de concentration
- Hyperactivité et/ou hypoactivité.

* Anwar D., Mazzocato C.: *Gériatrie pratique* 2005/3.

Etapes-clés du diagnostic



Diagnostiquer un état confusionnel**

Se poser quatre questions (cf. *Confusion Assessment Method, CAM*) :

1. Début brusque, fluctuation pendant la journée ?
2. Inattention ?
3. Pensée désorganisée ?
4. Altération de la conscience (alerte, hyper-vigilant, léthargique, stuporeux, comateux) ?

**1+2+3 ou 4 =
diagnostic posé avec certitude**

Compléter l'anamnèse

- Connaître l'histoire : présence de troubles cognitifs par le passé (entourage ou autre selon le lieu de vie) ?
- Changement récent de l'état mental ?
- Changement fluctuant dans le temps (apparaître et disparaître, devenir aigu puis s'atténuer) ?
- Rechercher
 - les facteurs prédisposants : âge, alcool, troubles cognitifs préexistants, sévérité de la maladie
 - les facteurs précipitants : médicaments (psychotropes, opiacés, ATB, etc.), infections, troubles métaboliques, anémie, déshydratation, hypoglycémie, troubles endocriniens, hypoxémie, globe urinaire, constipation, fécalome, tumeurs cérébrales, AVC, sevrage, douleur, anxiété, dyspnée, somnolence, épilepsie, défaillance multiple.

** Inouye S. K. et al.: *Annals Internal Medicine* 1990; 113:941-8.

- les facteurs aggravants : environnement (privation sensorielle, déplacement), symptômes non contrôlés, stress psychosociaux, existentiel, spirituel).

Utiliser l'échelle *Nursing Delirium Screening Scale* (NDSS) pour confirmer l'état confusionnel (cf. verso)

Mettre en œuvre les actions médico-soignantes

Actions soignantes

- Informer le médecin, l'équipe et l'entourage
- Orienter le patient dans le temps et l'espace (calendrier, horloge, lunettes, appareil auditif, etc.)
- Favoriser l'écoute et la réassurance dans une atmosphère calme et non stimulante
- Préciser l'anamnèse auprès des proches et les soutenir
- Reproduire un environnement familier (objets, photographies, habits, etc.).

Actions médicales

- Corriger les facteurs précipitants réversibles (état fébrile, hydratation, rotation d'opiacés, etc.)
- Prendre les mesures symptomatiques urgentes
- Se référer à l'aide-mémoire en soins palliatifs.

Plus d'infos

benedicte.lasnehachin@hcuge.ch

➔ <http://soinspalliatifs.hug-ge.ch>