

# 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	24h-8h	8h-16h	16h-24h	24h-8h	8h-16h	16h-24h	24h-8h	8h-16h	16h-24h	24h-8h	8h-16h	16h-24h
<b>Désorientation</b> 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.															
<b>Comportement inapproprié</b> 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.															
<b>Communication inappropriée</b> Pour l'endroit et/ou pour la personne; par exemple : incohérence, état incomunicabilité, discours inintelligible ou n'ayant aucun sens.															
<b>Hallucinations</b> Voir ou entendre des choses qui ne sont pas réellement présentes, comme distorsion dans la perception des objets.															
<b>Ralentissement psychomoteur</b> 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.															
<b>Total</b>															

**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

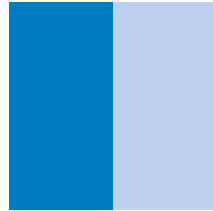
En soins palliatifs, la confusion se définit par les critères suivants:\*

- 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.

## 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.

- 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>

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

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