

APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE
ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER

ÉTAT COGNITIF

DELIRIUM



DELIRIUM

DÉFINITION

Le delirium ou état confusionnel aigu est un syndrome organique d'installation aiguë ou subaiguë, habituellement transitoire et réversible, qui peut se présenter à tout âge, mais qui est particulièrement fréquent chez la personne âgée. C'est un mode de présentation d'une maladie aiguë, d'un problème postopératoire, d'une intoxication, de l'effet secondaire d'un médicament ou d'un ensemble d'événements combinés qui sont suffisamment intenses pour perturber l'état mental. On en reconnaît une forme hyperactive et hypoactive, certains oscillent entre une forme et l'autre (mixte).

Son diagnostic repose sur la mise en évidence de deux symptômes principaux :

- Perturbation de l'état de conscience : hypersensibilité aux stimuli environnants ou au contraire, état léthargique, stuporeux pouvant même atteindre un état comateux;
- Atteinte de l'attention : facilement distrait, lenteur à répondre.

Ces symptômes associés à un changement cognitif ou à une perturbation perceptuelle peuvent se manifester ainsi :

- Désorientation : spatiale, temporelle ou à la personne;
- Trouble mnésique : déficit de la mémoire à court et à long terme;
- Difficulté sur le plan des habiletés visuo-spatiales;
- Désorganisation de la pensée : conversation décousue, propos incohérents, coq-à-l'âne (passe d'un sujet à l'autre);
- Troubles perceptuels : hallucination visuelle ou auditive, illusion;
- Manifestations comportementales : idée délirante, agitation psychomotrice ou retard psychomoteur, labilité émotionnelle;
- Perturbation du cycle éveil-sommeil : insomnie et agitation la nuit, somnolence diurne excessive.

Il s'agit d'un syndrome fréquent qui se manifeste chez plus de 30 % des personnes âgées hospitalisées (10 % à l'urgence, ≥ 75 % en période postopératoire ou aux soins intensifs). Ses conséquences sont graves, avec un taux de mortalité d'environ 30 % et une morbidité importante : augmentation des durées de séjour à l'hôpital, risque accru de déclin fonctionnel et cognitif et plus grande probabilité d'institutionnalisation. Ce syndrome se distingue de la démence par la guérison possible de la personne atteinte si la cause sous-jacente est déterminée et corrigée précocement. De plus, il faut éviter d'employer la contention physique avec une personne en delirium agité sous prétexte de prévenir des blessures, car cela peut avoir l'effet contraire, à savoir : exacerber les symptômes neurocomportementaux et induire un syndrome d'immobilisation.

FACTEURS DE RISQUE DE DELIRIUM

Les facteurs de risque résultent de la combinaison de facteurs prédisposants et de facteurs précipitants.

FACTEURS PRÉDISPOSANTS (ASSOCIÉS AUX CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES)

- Âge avancé;
- Sexe masculin;
- Atteinte sensorielle (déficit visuel et déficit auditif);
- Déshydratation, dénutrition;
- Antécédents de delirium;
- Démence;
- Dépression;
- Antécédents d'accident vasculaire cérébral;
- Maladies concomitantes : maladies cardiovasculaires, respiratoires et rénales, diabète, maladie de Parkinson;
- Abus d'alcool;
- Incapacité fonctionnelle.

FACTEURS PRÉCIPITANTS (ASSOCIÉS AUX ÉVÈNEMENTS CLINIQUES OU ENVIRONNEMENTAUX)

- Infection : urinaire, pulmonaire, septicémie, plaie infectée;
- Perturbation électrolytique : résultat anormal de calcium, sodium, potassium;
- Perturbation métabolique et endocrinienne : hyper et hypoglycémie, hypo et hyperthyroïdie;
- Accident vasculaire cérébral, hémorragie intracérébrale;
- Problèmes cardiopulmonaires : insuffisance cardiaque/pulmonaire, arythmie, infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, hypoxémie;
- Ajout de trois médicaments et plus;
- Contraintes entraînant l'immobilisation : alitement, cathéters veineux, sonde urinaire, contention physique, ventilation mécanique, etc.;
- Intoxication et sevrage : alcool ou médicament (benzodiazépines, anticholinergiques, narcotiques, corticostéroïdes);
- Douleur;
- Occlusion intestinale, fécalome;
- Intervention chirurgicale.

Éléments environnementaux : surcharge ou privation sensorielle (bruit, éclairage), absence de points de repère.

ÉVALUATION CLINIQUE SYSTÉMATIQUE (INITIALE)

Dépistage et prévention du delirium chez l'ensemble de la clientèle âgée ciblée.

À l'urgence : q 8 h;

À l'admission en soins généraux ou spécialisés : q 24 h;

En suivi postopératoire et aux soins intensifs : q 8 h.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

Facteurs de risque à rechercher

- **Antécédents médicaux de troubles cognitifs préexistants**
 - » Démence (évaluation des fonctions cognitives);
 - » Delirium (cf. annexe 1);
 - » Maladie psychiatrique fonctionnelle (évaluation du statut mental);
 - » Accident vasculaire cérébral.
- **Perte d'autonomie fonctionnelle récente et soudaine**
 - » Écart important observé dans la mobilité : avant et depuis l'hospitalisation (cf. fiche syndrome d'immobilisation)
 - » Écart important observé dans les AVQ : avant et depuis l'hospitalisation (cf. fiche déclin fonctionnel dans les AVQ).
- **Signes physiques d'installation d'un état confusionnel aigu**
 - » Perturbation de l'état de conscience : hypersensibilité aux stimuli environnants ou au contraire, état léthargique, stuporeux pouvant même atteindre un état comateux;
 - » Atteinte de l'attention : facilement distrait, lenteur à répondre.

Signes associés à un changement cognitif ou à une perturbation perceptuelle pouvant se manifester ainsi :

 - » Désorientation : spatiale, temporelle ou à la personne;
 - » Trouble mnésique : déficit de la mémoire à court et à long terme;
 - » Difficulté sur le plan des habiletés visuo-spatiales;
 - » Désorganisation de la pensée : conversation décousue, propos incohérents, coq-à-l'âne (passe d'un sujet à l'autre);
 - » Troubles perceptuels : hallucination visuelle ou auditive, illusion;
 - » Manifestations comportementales : idée délirante, agitation psychomotrice ou retard psychomoteur, labilité émotionnelle;
 - » Perturbation du cycle éveil-sommeil : insomnie et agitation la nuit, somnolence diurne excessive.
- **Signes cliniques de déshydratation (cf. fiche déshydratation)**
 - » Sécheresse des muqueuses, des lèvres et de la langue;
 - » Persistance du pli cutané au sternum ou au front.
- **Signes cliniques de dénutrition (cf. fiche dénutrition)**
 - » Apport alimentaire insuffisant (moins de 75 % du plat principal);
 - » Diminution du poids ≥ 2 % en 1 semaine d'hospitalisation.
- **Signes cliniques de constipation ou d'un fécalome (cf. fiche constipation)**
 - » Absence de selle pendant plus de 3 jours ou 1 à 2 selles par semaine;
 - » Selles dures, sèches et moins fréquentes qu'habituellement.

- **Signes cliniques d'une infection urinaire (cf. fiche incontinence urinaire)**
 - » Augmentation de la fréquence urinaire par rapport à d'habitude;
 - » Douleur ou brûlure mictionnelle;
 - » Urine trouble et malodorante avec ou sans présence de sang.
- **Signes cliniques d'une infection pulmonaire**
 - » Toux avec mucus jaune verdâtre, fièvre avec frissons (pas toujours présents);
 - » Douleur à la poitrine qui s'intensifie lors des respirations profondes ou des toux;
 - » Difficulté à respirer, respiration rapide, essoufflements, perte d'appétit, céphalée, moiteur de la peau;
 - » Fatigue excessive, état confusionnel aigu (souvent présent chez la personne âgée).
- **Signes cliniques d'un déséquilibre de la glycémie**
 - » Pâleur, moiteur, sensation de froid, tremblements, vision troublée, céphalée, tachycardie;
 - » Rougeur au visage, respiration profonde et accélérée, somnolence, tachycardie, baisse de la pression artérielle, agitation, delirium, coma.

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Fonctionnement cognitif de la personne avant (consulter les proches) et depuis l'hospitalisation (cf. annexe 2)**
 - » État de conscience;
 - » Attention;
 - » Orientation spatiale, temporelle et à la personne;
 - » Mémoire à court et à long terme;
 - » Langage;
 - » Fluctuation des symptômes.
- **Indices d'un fonctionnement cognitif perturbé et signes précurseurs d'un delirium**
 - » Apparition rapide et soudaine des troubles cognitifs, soit de quelques heures à quelques jours;
 - » Détérioration rapide et soudaine du fonctionnement cognitif chez une personne déjà atteinte de démence;
 - » Fluctuation des troubles cognitifs;
 - » Propos incohérents, incompréhensibles;
 - » Agitation psychomotrice ou au contraire, ralentissement psychomoteur, voire hypersomnolence.

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX

- **Éléments ayant un impact sur le fonctionnement cognitif de la personne**
 - » Présence de bruit provenant de l'environnement physique et du matériel de soins;
 - » Présence de bruit provenant de l'environnement humain : personnel, entourage, visiteurs;
 - » Manque d'éclairage la nuit (erreur d'interprétation, illusions);
 - » Trop d'éclairage direct : hypersensibilité à la lumière;
 - » Manque de repères pour s'orienter dans l'espace et le temps.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Assistance pour répondre aux besoins physiques de base**
 - » S'assurer que la personne porte ses lunettes et son appareil auditif même lorsqu'elle est alitée;
 - » Prévoir les besoins physiques de la personne et y répondre, surtout si le delirium est grave;
 - » Offrir une hydratation régulière et suffisante (cf. fiche déshydratation);
 - » Encourager la personne à s'alimenter aux repas (au moins $\frac{3}{4}$ du plat principal) et aide partielle au besoin;
 - » Conduire à la toilette au lever, aux repas et au coucher;
 - » Assurer une hygiène buccale après chaque repas;
 - » Encourager la personne à participer à ses soins d'hygiène et d'habillement.
- **Prévention du syndrome d'immobilisation (peut réduire des complications liées au delirium)**
 - » Réduire dès que possible les divers cathéters;
 - » Utiliser un cathéter intermittent;
 - » Effectuer des exercices au lit 3 fois/jour ou lever pour les repas et pour aller à la toilette;
 - » Mobiliser le plus tôt possible;
 - » Alternier le positionnement aux 2 heures pour les personnes alitées;
 - » Utiliser la contention physique en dernier recours et privilégier les mesures de remplacement.
- **Soins et traitements en cas de déshydratation**
 - » Cf. fiche déshydratation.
- **Soins et traitements en cas de dénutrition**
 - » Cf. fiche dénutrition.
- **Soins et traitements en cas d'une infection urinaire**
 - » Cf. fiche incontinence urinaire.
- **Soins et traitements en cas de constipation ou de fécalome**
 - » Cf. : fiche constipation.

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Approche et interventions de base**
 - » Établir le contact visuel, se nommer et appeler la personne par son nom avant de donner une consigne ou de procéder à un soin;
 - » Aborder la personne avec un visage souriant et détendu;
 - » Utiliser un ton de voix doux et rassurant;
 - » Employer des gestes et des démonstrations pour se faire comprendre;
 - » Se servir de phrases simples, courtes et concrètes;
 - » Expliquer au fur et à mesure les soins et traitements prodigués;
 - » Respecter le rythme de la personne en lui accordant le temps de réagir;
 - » Éviter de hausser le ton si elle semble ne pas comprendre;
 - » Éviter d'argumenter ou de vouloir raisonner la personne;
 - » Utiliser une tactique de diversion (lui changer les idées) pour donner les soins invasifs, les soins d'hygiène et d'incontinence.

- **Programme d'orientation et de stimulation cognitive**
 - » Orienter la personne dans les 3 sphères à chaque visite;
 - » Mettre une horloge et un calendrier à la vue de la personne;
 - » Placer sur la table de chevet un réveille-matin;
 - » Intégrer dans la conversation des éléments d'orientation (Quel beau lundi matin aujourd'hui!);
 - » Planifier des visites régulières à la chambre pour orienter et sécuriser;
 - » Expliquer aux proches l'importance d'orienter et de sécuriser régulièrement la personne;
 - » Aider la personne à interpréter correctement son environnement en le décrivant.
- **Expression des sentiments et sécurité émotionnelle**
 - » Utiliser le toucher affectif pour lui témoigner du réconfort et de la sécurité;
 - » Permettre à la personne d'exprimer ses craintes, ses préoccupations et sa tristesse;
 - » Rassurer la personne en lui disant que cela ira mieux dans quelque temps;
 - » Renseigner les proches sur l'importance de leur présence au chevet de la personne : sur le plan de l'orientation, de la sécurité et de la satisfaction des besoins de base.

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX

- **Environnement stimulant et points de repère**
 - » Disposer sur la table de chevet un ou deux objets personnels et significatifs : réveille-matin, photo, bibelot, etc.;
 - » Placer à la vue un calendrier et une horloge;
 - » Ouvrir les rideaux le matin pour laisser entrer l'éclairage naturel et faciliter l'orientation;
 - » Placer à la vue sur la table de chevet un carton plastifié avec l'écriteau suivant : Vous êtes à l'hôpital XXX, nous prenons soin de vous;
 - » Rapprocher le lit du poste des infirmières pour une meilleure surveillance.
- **Réduction des bruits ambiants dans les chambres, les corridors et au poste des infirmières**
 - » Parler moins fort ou chuchoter dans les corridors;
 - » Utiliser des chaussures moins bruyantes;
 - » Baisser le volume de la sonnerie des téléphones;
 - » Éviter de laisser fonctionner inutilement les divers appareils;
 - » Encourager l'utilisation des écouteurs pour le téléviseur dans les chambres;
 - » Favoriser si possible les chambres à occupation simple ou double afin d'éviter les surcharges sensorielles;
 - » Diminuer les surcharges sensorielles dans l'environnement surtout lors des changements de quart de travail : personnel en double, climat ambiant survolté, bruit occasionné par le va-et-vient des chariots, etc.
- **Éclairage propice à l'orientation et au repos**
 - » Ouvrir les rideaux le matin pour laisser entrer la lumière naturelle;
 - » Installer la nuit des veilleuses près du lit de manière à réduire les troubles perceptuels et à faciliter également l'orientation;
 - » Installer la nuit des veilleuses à l'entrée et à l'intérieur de la salle de toilette;
 - » Utiliser pour la nuit un éclairage tamisé ou localisé pour prodiguer les soins et les traitements;
 - » Éviter le changement d'éclairage trop intense et rapide ce qui provoque une surcharge sensorielle (hypersensibilité à la lumière chez la personne et celle-ci sursaute).

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

DIMINUTION DU DELIRIUM?

OUI

Poursuivre ces interventions et noter les résultats. Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.



NON

ALERTE : faire appel à l'équipe multiprofessionnelle et passer au **PALIER SPÉCIFIQUE**.

ÉVALUATION CLINIQUE SPÉCIFIQUE

Évaluation par les membres de l'équipe multiprofessionnelle en collaboration avec l'équipe soignante.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Diagnostics actuels et antécédents se rapportant au delirium**
 - » Maladies cardiovasculaires;
 - » Hémorragie intracérébrale;
 - » Maladie respiratoire et rénale;
 - » Diabète;
 - » Maladie de Parkinson;
 - » Infections : septicémie, plaie infectée;
 - » Intervention chirurgicale.
- **Forme de delirium**
 - » Delirium hyperactif
 - » Marqué par de l'agitation, une augmentation de l'activité psychomotrice.
 - » Delirium hypoactif
 - » Caractérisé par une léthargie, un ralentissement psychomoteur important.
 - » Delirium mixte
- **Signes cliniques et comportements liés à la présence de douleur (difficulté à l'exprimer verbalement)**
 - » Utiliser une échelle comportementale validée pour évaluer la présence de douleur chez les personnes incapables de communiquer efficacement;
 - » Identifier les comportements et réactions indiquant de la douleur : visage crispé, résistance aux soins, position antalgique, etc.
- **Impact de la médication sur le fonctionnement cognitif de la personne**
 - » Effets secondaires : narcotiques, antihistaminiques, sédatifs, anticholinergiques, stéroïdes, etc.;
 - » Intoxication aux barbituriques et benzodiazépines et sevrage;
 - » Abus et sevrage d'alcool.

2 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX

- **Aménagement des espaces et matériel**
 - » Réduire les risques de chute chez la personne agitée;
 - » Limiter les risques de se blesser.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

En plus des éléments de l'intervention systématique, entreprendre les actions suivantes et assurer l'application des recommandations formulées par les membres de l'équipe multiprofessionnelle.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Surveillance clinique et soins**

- » Prendre régulièrement les signes vitaux : pression artérielle, fréquence cardiaque, température corporelle, fréquence respiratoire et saturation en oxygène (hypoxie et épisode d'hypotension);
- » Prendre régulièrement les signes neurologiques;
- » Suivre l'évolution des signes cliniques;
- » Repérer les résultats hors normes concernant les analyses de laboratoire (électrolytes, urée, créatinine, culture d'urine, etc.).

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Si la personne souffre d'hallucinations (visuelles ou auditives)**

- » Éviter de confronter la personne même lorsque ses propos sont incohérents;
- » Tenter de rassurer la personne en lui disant que vous êtes près d'elle et que vous allez régler le problème;
- » Éviter d'argumenter avec la personne, car elle est vraiment convaincue de ce qu'elle voit;
- » Détourner son attention en lui proposant un autre sujet pour chasser les idées anxiogènes et persistantes;
- » Éviter d'entrer dans son monde, lui dire que nous ne voyons pas ce qu'elle perçoit, mais que nous la croyons;
- » Toujours tenir compte des émotions que provoquent les hallucinations et la rassurer;
- » Demeurer avec elle pour la sécuriser;
- » Si la perception demeure et que cela cause une anxiété de plus en plus grande, entrer dans son monde pour régler le problème.

- **Si la personne est sujette aux illusions**

- » Enlever l'objet qui cause une illusion et lui dire que tout est terminé;
- » Apporter un meilleur éclairage afin de diminuer les risques de mal interpréter les objets dans l'environnement;
- » Ne pas chercher à raisonner la personne, car celle-ci en est incapable de le faire présentement;
- » Décrire l'environnement de manière à aider la personne à identifier et à mieux voir les objets.

- **Si la personne présente des idées délirantes**

- » Identifier les moments dans la journée où la personne présente davantage d'idées délirantes et vérifier s'il y a des éléments déclencheurs;
- » Reconnaître que cette situation est réelle pour elle et qu'elle peut lui faire peur;
- » Rassurer la personne et lui dire qu'elle est en sécurité avec vous;
- » Ne pas insister sur ces propos, détourner son attention en abordant un sujet ancien et significatif pour la personne;
- » Accorder de l'attention à la personne lorsqu'elle n'exprime pas d'idées délirantes;
- » Éviter de vouloir convaincre la personne que les idées délirantes qu'elle entretient ne sont pas fondées.

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX

- **Aménagement et matériel préventifs pour réduire les risques de blessure ou de chute**
 - » Abaisser le lit à la position la plus basse;
 - » Baisser la ridelle du côté où la personne a l'habitude de se lever du lit pour faciliter les transferts et améliorer la sécurité (utilisation de sa mémoire procédurale);
 - » Installer un détecteur de mouvement (système TABS);
 - » Désencombrer la chambre et s'assurer que le plancher est sec;
 - » Installer des bandes adhésives près de la toilette;
 - » Faire en sorte que la cloche d'appel soit accessible en tout temps.

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

DIMINUTION DU DELIRIUM?

OUI

Poursuivre ces interventions et noter les résultats. Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.



NON

- » CE PROBLÈME S'INSCRIT-IL DANS UNE PLURIPATHOLOGIE?
 - » Y A-T-IL UNE COMPLEXITÉ ÉLEVÉE?
 - » EST-CE LE MOMENT DE FAIRE APPEL À L'EXPERTISE DE LA GÉRIATRIE?
-
- » **ALERTE** : faire appel à l'équipe spécialisée et passer au **PALIER SPÉCIALISÉ**.

ÉVALUATION CLINIQUE SPÉCIALISÉE

Évaluation par l'équipe spécialisée (psychiatre, infirmière-conseil) et/ou médecin spécialiste (ex. : gastro-entérologue, endocrinologue, pneumologue, etc.) en collaboration avec l'équipe multiprofessionnelle et l'équipe soignante.

- **Effectuer des consultations ciblées auprès des spécialistes.**
- **Pour la personne atteinte de déficits cognitifs, exclure la présence de signes cliniques d'une inversion du cycle éveil-sommeil (cf. fiche agitation dans les démences).**
- **Pour la personne atteinte de démence, exclure la présence de signes cliniques d'un syndrome crépusculaire (cf. fiche agitation dans les démences).**

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

En plus d'assurer l'application des éléments pertinents de l'intervention spécifique, entreprendre les actions suivantes et assurer l'application des recommandations formulées par les membres de l'équipe spécialisée.

- **Traiter le syndrome crépusculaire s'il se manifeste chez une personne atteinte de démence (cf. fiche agitation dans les démences).**

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

DIMINUTION DU DELIRIUM?

OUI

Poursuivre ces interventions et noter les résultats.
Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.



NON

Le médecin traitant, les consultants et les intervenants concernés de près devront envisager des mesures palliatives adaptées pour le long terme (PII).

AUTEURS

MONIQUE BOURQUE, INF., M.A.

Conseillère clinicienne en soins infirmiers, Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Conseillère clinicienne en soins infirmiers gériatriques, Centre d'expertise en santé de Sherbrooke

Professeure associée, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

MARIE-JEANNE KERGOAT, M.D., CCFP, FCFP, CSPQ

Gériatre

Chef du Département de médecine spécialisée

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Directrice du programme réseau de résidence en gériatrie du Québec

Professeure titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal

Chercheuse, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

THIEN TUONG MINH VU, M.D., FRCPC, CSPQ

Gériatre

Membre du service de gériatrie, Centre hospitalier de l'université de Montréal (CHUM)

Membre associé, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Professeur adjoint de clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

Coresponsable du projet SAGe (Systématisation de l'approche gériatrique) du service de gériatrie du CHUM

MARIE-ANDRÉE BRUNEAU, MD, MSC, FRCPC

Psychiatre

Membre du Département de médecine spécialisée, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Membre associée, Département de psychiatrie, Centre hospitalier de l'université de Montréal

Professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie, Université de Montréal

Chercheuse associée, Centre de recherche de l'Institut universitaire de Montréal

LINDA THIBEAULT, INF., M.SC.

Diplôme de deuxième cycle en études interdisciplinaires sur la mort

Conseillère en soins spécialisés en gérontopsychiatrie

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

DIANE BOYER, M.SC. (PS-ÉD), MAP

Coordonnatrice, projet « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier »,

Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke,

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Coordonnatrice promotion de la santé et transfert des connaissances,

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie est classée par ordre alphabétique d'auteurs. Elle comprend les références des documents qui ont inspiré la réflexion des membres du groupe et ont abouti à la création de cette fiche thématique sur la prévention du risque de *delirium*.

La bibliographie a été réalisée à partir d'une sélection d'ouvrages, d'articles, de rapports (résultats d'études d'instituts de recherche...).

La recherche de données probantes a été privilégiée.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR* (4 ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andrew, M. K., Freter, S. H., & Rockwood, K. (2005). Incomplete functional recovery after delirium in elderly people : a prospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 5, 5.

Bélanger, L., Coulombe, R., Wanis, L., & Roch, G. (2009). Confusion aiguë : un programme de soins basé sur le caring : description et application du programme de soins aux personnes hospitalisées qui sont à risque ou présentent un état de confusion aiguë. *Perspective infirmière*, 6(3), 28-32.

Bergeron, N., Dubois, M. J., Dumont, M., Dial, S., & Skrobik, Y. (2001). Intensive Care Delirium Screening Checklist : evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Medicine*, 27(5), 859-864.

Bruce, A. J., Ritchie, C. W., Blizard, R., Lai, R., & Raven, P. (2007). The incidence of delirium associated with orthopedic surgery : a meta-analytic review. *International Psychogeriatrics*, 19(2), 197-214.

Canadian Coalition for Senior's Mental Health. (2006). *The assessment and treatment of delirium*. Toronto: Canadian Coalition for Senior's Mental Health, 78 p.

Clinical Epidemiology and Health Service Evaluation Unit, Melbourne Health, & Delirium Clinical Guidelines Expert Working Group. (2006). *Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people*. En ligne. Melbourne: Victorian Government Department of Human Services, 103 p. <http://www.health.vic.gov.au/acute-agedcare/delirium-cpg.pdf> (Consulté le 29 juin 2010)

Cole, M. G. (2004). Delirium in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(1), 7-21.

Cole, M. G., Ciampi, A., Belzile, E., & Zhong, L. (2009). Persistent delirium in older hospital patients : a systematic review of frequency and prognosis. *Age & Ageing*, 38(1), 19-26.

Dugas, M. (2009). Le patient âgé en delirium : regard pratique. *Le Médecin du Québec*, 44(1), 59-64.

Fick, D., & Foreman, M. (2000). Consequences of not recognizing delirium superimposed on dementia in hospitalized elderly individuals. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(1), 30-40.

Fick, D. M., Agostini, J. V., & Inouye, S. K. (2002). Delirium superimposed on dementia : a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(10), 1723-1732.

Fick, D. M., & Mion, L. C. (2008). Delirium superimposed on dementia : an algorithm for detecting and managing this underrecognized confluence of conditions. *American journal of nursing*, 108(1), 52-60.

Foreman, M. D., Mion, L. C., Trygstad, L., & Fletcher, K. (2003). Delirium : strategies for assessing and treating. In M. D. Mezey, T. T. Fulmer & I. L. Abraham (Eds.), *Geriatric nursing protocols for best practice* (p. 116-140). New York: Springer Pub. Co.

Gaudreau, J. D., Gagnon, P., Harel, F., Tremblay, A., & Roy, M. A. (2005). Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients : the nursing delirium screening scale. *Journal of Pain & Symptom Management*, 29(4), 368-375.

Inouye, S. K. (2000). Prevention of delirium in hospitalized older patients : risk factors and targeted intervention strategies. *Annals of Medicine*, 32(4), 257-263.

Inouye, S. K. (2004). A practical program for preventing delirium in hospitalized elderly patients. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 71(11), 890-896.

Inouye, S. K. (2006). Delirium in older persons.[erratum appears in N Engl J Med. 2006 Apr 13;354(15):1655]. *New England journal of Medicine*, 354(11), 1157-1165.

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. *New England journal of Medicine*, 340(9), 669-676.

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., 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., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegal, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion : the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113(12), 941-948.

Laplante, J., & Cole, M. G. (2001). Detection of delirium using the confusion assessment method. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(9), 16-23.

Lemiengre, J., Nelis, T., Joosten, E., Braes, T., Foreman, M., Gastmans, C., et al. (2006). Detection of delirium by bedside nurses using the confusion assessment method. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(4), 685-689.

Marcantonio, E. R., Flacker, J. M., Wright, R. J., & Resnick, N. M. (2001). Reducing delirium after hip fracture : a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5), 516-522.

Marcantonio, E. R., Simon, S. E., Bergmann, M. A., Jones, R. N., Murphy, K. M., & Morris, J. N. (2003). Delirium symptoms in post-acute care : prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(1), 4-9.

Michaud, L., Bula, C., Berney, A., Camus, V., Voellinger, R., Stiefel, F., et al. (2007). Delirium : guidelines for general hospitals. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(3), 371-383.

Milisen, K., Foreman, M. D., Wouters, B., Driesen, R., Godderis, J., Abraham, I. L., et al. (2002). Documentation of delirium in elderly patients with hip fracture. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(11), 23-29.

Morin, M., & Piuze, F. (2004). Le delirium : comment éviter soi-même la confusion! *Le Médecin du Québec*, 39(6), 71-77.

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.

North West Melbourne Division of General Practice. (2006). Clinical information sheets : delirium. In *General practice in residential aged care*. En ligne. http://www.nwmdgp.org.au/pages/after_hours/GPRAC-CIS-DEL.html (Consulté le 22 juin 2009)

Registered Nurses Association of Ontario. (2003). *Screening for delirium, dementia and depression in older adults*. En ligne. Toronto: RNAO, 88 p. http://www.rnao.org/bestpractices/PDF/BPG_DDD.pdf (Consulté le 1er juin 2009)

Trudel, J.-F., & Arcand, M. (2007). Delirium. In M. Arcand & R. Hébert (Eds.), *Précis pratique de gériatrie* (p. 215-226). Acton Vale; Paris: Edisem; Maloine.

Vidán, M. T., Sánchez, E., Alonso, M., Montero, B., Ortiz, J., & Serra, J. A. (2009). An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(11), 2029-2036.

Voyer, P. (2006). Le delirium. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD* (p. 117-126). Saint-Laurent, Québec: Éditions du nouveau pédagogique.

Voyer, P., Cole, M. G., McCusker, J., & Belzile, E. (2005). Characteristics of institutionalized older patients with delirium newly admitted to an acute care hospital. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9(1-2), 13-25.

Voyer, P., Cole, M. G., McCusker, J., & Belzile, E. (2006). Prevalence and symptoms of delirium superimposed on dementia. *Clinical Nursing Research*, 15(1), 46-66.

Waszynski, C. M. (2007). How to try this : detecting delirium. *American Journal of Nursing*, 107(12), 50-59; quiz 59-60.

Wei, L. A., Fearing, M. A., Sternberg, E. J., & Inouye, S. K. (2008). The Confusion Assessment Method : a systematic review of current usage. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(5), 823-830.

ANNEXE 1

Le CAM (*Confusion Assessment Method*)

Début soudain

- 1) Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient de son état habituel?

Inattention*

- 2) A. Est-ce que le patient avait de la difficulté à focaliser son attention, par exemple être facilement distrait ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit?
- Pas présent à aucun moment lors de l'entrevue.
 - Présent à un moment donné lors de l'entrevue, mais de façon légère.
 - Présent à un moment donné lors de l'entrevue, de façon marquée.
 - Incertain.
- B. (Si présent ou anormal) Est-ce que ce comportement a fluctué lors de l'entrevue, c'est-à-dire qu'il a eu tendance à être présent ou absent ou à augmenter et diminuer en intensité?
- Oui.
 - Non.
 - Incertain.
 - Ne s'applique pas.
- C. (Si présent ou anormal) Prière de décrire ce comportement:

Désorganisation de la pensée

- 3) Est-ce que la pensée du patient était désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague ou illogique des idées, ou passer d'un sujet à un autre de façon imprévisible?

Altération de l'état de conscience

- 4) En général, comment évalueriez-vous l'état de conscience de ce patient?
- Alerté (normal).
 - Vigilant (hyper alerte, excessivement sensible aux stimuli de l'environnement, sursaute très facilement).
 - Léthargique (sommolent, se réveille facilement).
 - Stupeur (difficile à réveiller).
 - Coma (impossible à réveiller).
 - Incertain.

Désorientation

- 5) Est-ce que le patient a été désorienté à un certain moment lors de l'entrevue, tel que penser qu'il ou qu'elle était ailleurs qu'à l'hôpital, utiliser le mauvais lit, ou se tromper concernant le moment de la journée?

Troubles mnésiques

- 6) Est-ce que le patient a démontré des problèmes de mémoire lors de l'entrevue, tels qu'être incapable de se souvenir des événements à l'hôpital ou difficulté à se rappeler des consignes?

Anomalies de perception

- 7) Est-ce qu'il y avait évidence de troubles perceptuels chez le patient, par exemple hallucinations, illusions, ou erreurs d'interprétation (tels que penser que quelque chose avait bougé alors que ce n'était pas le cas)?

Agitation psychomotrice

- 8) Partie 1.
À un moment donné lors de l'entrevue, est-ce que le patient a eu une augmentation inhabituelle de son activité motrice, telle que ne pas tenir en place, se tortiller ou gratter les draps, taper des doigts, ou changer fréquemment et soudainement de position?

Retard psychomoteur

- 8) Partie 2.
À un moment donné lors de l'entrevue, est-ce que le patient a eu une diminution inhabituelle de son activité motrice, telle qu'une lenteur, un regard fixe, rester dans la même position pendant un long moment, ou se déplacer très lentement?

Perturbation du rythme veille-sommeil

- 9) Est-ce qu'il y a eu évidence de changement dans le rythme veille-sommeil chez le patient, telles que somnolence excessive le jour et insomnie la nuit?

* Les questions sous ce symptôme ont été répétées pour chaque symptôme où ce fut applicable.

Version française telle qu'elle a été validée dans le cadre de la présente étude

L'algorithme diagnostique du CAM*

Critère 1 *Début soudain et fluctuation des symptômes*

Ce critère est habituellement obtenu d'un membre de la famille ou d'une infirmière et est illustré par une réponse positive aux questions suivantes: Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient de son état habituel? Est-ce que ce comportement (anormal) a fluctué durant la journée, c'est-à-dire, qu'il a eu tendance à être présent ou absent ou à augmenter et diminuer en intensité?

Critère 2 *Inattention*

Ce critère est illustré par une réponse positive à la question suivante: Est-ce que le patient avait de la difficulté à focaliser son attention, par exemple être facilement distrait ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit?

Critère 3 *Désorganisation de la pensée*

Ce critère est illustré par une réponse positive à la question suivante: Est-ce que la pensée du patient était désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague ou illogique des idées, ou passer d'un sujet à un autre de façon imprévisible?

Critère 4 *Altération de l'état de conscience*

Ce critère est illustré par n'importe quelle réponse autre que "alerte" à la question suivante: En général, comment évalueriez-vous l'état de conscience de ce patient? (alerte [normal], vigilant [hyper alerte], léthargique [sommolent, se réveille facilement], stupeur [difficile à réveiller], ou coma [impossible à réveiller]).

* Le diagnostic de l'état confusionnel aigu à l'aide du CAM requiert la présence des critères 1, 2 et 3 ou 4.

Traduit de INOUE, S.K. et al. « Clarifying confusion: the confusion assessment method », *Annals of Internal Medicine*, vol. 113, n° 12, 15 déc. 1990, p. 941-948.

Version française telle qu'elle a été validée dans le cadre de la présente étude

Tableau I
Description des quatre critères principaux du CAM

Critère I : début soudain et fluctuation des symptômes

Ce critère se caractérise par un changement soudain des fonctions mentales supérieures du patient au cours du dernier mois (Inouye *et al.*, 1990) comprenant une fluctuation des symptômes au cours de la journée (ex. : confus en matinée et non en après-midi). Cette information est très souvent obtenue auprès des personnes qui connaissent bien le patient. Ces personnes vivent avec le patient, p. ex. le conjoint ; travaillent auprès de celui-ci, p. ex. les professionnels de la santé (CLSC, famille d'accueil, résidence, hôpital, CHSLD, médecin de famille) ; ou voient le patient régulièrement, p. ex. les amis et les enfants. Il est en général facile pour ces personnes de reconnaître un changement au niveau des fonctions mentales supérieures. Le début de l'état confusionnel aigu est en général soudain et entraîne très souvent une situation de crise pour le patient et sa famille. Le patient réagit aux stimuli différemment. Il n'est plus le même (Laplante et Cole, 2001).

Critère II : inattention

L'inattention est observée lorsque le patient est facilement distrait ou a de la difficulté à retenir ce qui a été dit (Inouye *et al.*, 1990). Lors d'une conversation, le patient a de la difficulté à garder son attention sur le sujet de la discussion. Son niveau de concentration est diminué. L'information doit être répétée plusieurs fois avant d'être enregistrée et comprise. Le patient oublie rapidement ce qui vient de lui être dit. Il perd aussi facilement le fil de ses idées. L'inattention s'observe cliniquement à l'aide de questions telles que des soustractions simples (ex. : soustraire 7 de 100 et continuer de soustraire le nombre 7 du résultat obtenu), des commandes simples (ex. : épeler le mot monde à l'envers) (Inouye *et al.*, 1990), ou encore par une incapacité à suivre ou à diriger une conversation (ex. : le patient continue de répondre à une question posée antérieurement) ou à accomplir une tâche.

Critère III : désorganisation de la pensée

Ce critère est observé lorsque le contenu de la conversation du patient ne correspond pas à la question posée. Le contenu est souvent inapproprié, incohérent, décousu ou sans rapport avec la question. Le patient radote, divague. Il exprime une suite illogique d'idées et passe d'un sujet à l'autre de façon imprévisible (Inouye *et al.*, 1990). La désorganisation de la pensée s'observe facilement à l'aide d'une entrevue semi-structurée.

Critère IV : altération de l'état de conscience

Ce critère se rapporte à l'état de conscience du patient pendant l'entrevue. Le patient peut être alerte, vigilant (excessivement sensible aux stimuli de l'environnement), léthargique (sommelont, se réveille facilement), en stupeur (difficile à réveiller) ou dans un coma (impossible à réveiller) (Inouye *et al.*, 1990). En cas de doute, il est très important de vérifier tout changement récent de l'état de conscience avec le personnel soignant, la famille ou les personnes qui connaissent bien le patient.

Tableau II
Description des cinq autres symptômes du CAM

Désorientation

Ce symptôme est observé lorsque le patient est incapable de s'orienter dans le temps (heure de la journée, jour, date, mois, saison, année), ne reconnaît plus l'endroit où il se trouve (se pense ailleurs qu'à l'endroit où il est) ou se trompe sur l'identité des personnes (incapable de reconnaître ses proches) (Inouye *et al.*, 1990).

Troubles mnésiques

Ce symptôme est observé lorsque le patient a de la difficulté à se souvenir des événements récents tels que les raisons de son admission, le déroulement de son hospitalisation et/ou lorsque le patient a de la difficulté à se souvenir d'une consigne simple (Inouye *et al.*, 1990).

Anomalies de perception

Ce symptôme se rapporte à des hallucinations tant auditives que visuelles et à des illusions ou des erreurs d'interprétation (p. ex. croire que quelque chose a bougé alors que ce n'est pas le cas) (Inouye *et al.*, 1990).

Agitation psychomotrice ou retard psychomoteur

Ce symptôme est observé lorsqu'il y a une augmentation inhabituelle de l'activité psychomotrice du patient, p. ex. il ne tient pas en place, il se tortille ou gratte les draps, il tapote avec ses doigts, ou change fréquemment et soudainement de position, ou encore lorsqu'il y a une diminution de l'activité psychomotrice, p. ex. une lenteur, un regard fixe, le patient reste dans la même position longtemps, ou se déplace très lentement (Inouye *et al.*, 1990).

Perturbation du rythme veille-sommeil

Ce symptôme est observé lorsque le patient dort une partie de la journée et est éveillé une partie de la nuit (Inouye *et al.*, 1990).

Sources : Cet instrument a été reproduit et traduit de l'anglais par Johanne Laplante, Martin Cole, Jane McCusker, Santokh Singh, Marie-Andrée Ouimet à partir de l'article original de Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegel, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion : the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113(12), 941-948.

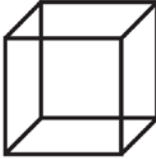
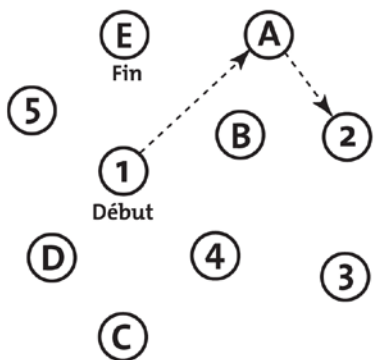
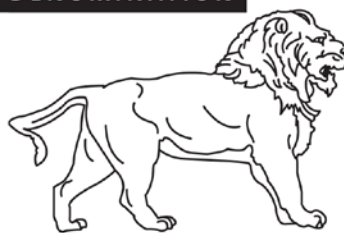
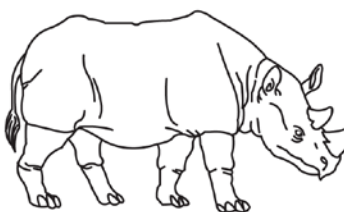
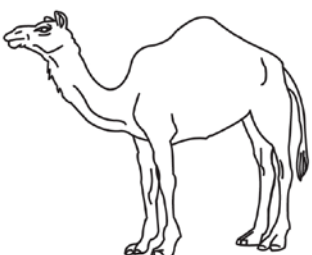
L'American College of Physicians n'est pas responsable de l'exactitude de la traduction française de l'instrument.

La version française de l'instrument Confusion Assessment Method est reproduite avec la permission de © l'American College of Physicians (ACP) et des auteurs. Toute reproduction ultérieure est interdite sans leur autorisation.

ANNEXE 2

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
Version 7.1 **FRANÇAIS**

NOM : _____
Scolarité : _____ Date de naissance : _____
Sexe : _____ DATE : _____

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF				Copier le cube	Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)	POINTS			
		[]		[]	[] [] [] Contour Chiffres Aiguilles	___/5			
DÉNOMINATION									
						___/3			
MÉMOIRE		Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Pas de point
		1 ^{er} essai							
		2 ^{ème} essai							
ATTENTION		Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter. [] 2 1 8 5 4 Le patient doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2					___/2		
		Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB					___/1		
		Soustraire série de 7 à partir de 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt					___/3		
LANGAGE		Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [] L'argument de l'avocat les a convaincus. []					___/2		
		Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min [] _____ (N≥11 mots)					___/1		
ABSTRACTION		Similitude entre ex : banane - orange = fruit [] train - bicyclette [] montre - règle					___/2		
RAPPEL		Doit se souvenir des mots SANS INDICES		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Points pour rappel SANS INDICES seulement
		[]	[]	[]	[]	[]			
Optionnel		Indice de catégorie							
		Indice choix multiples							
ORIENTATION		[] Date	[] Mois	[] Année	[] Jour	[] Endroit	[] Ville	___/6	
© Z.Nasreddine MD		www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL		___/30	
Administré par : _____						Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans			

Santé
et Services sociaux

Québec



ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES	CONSULTATION	ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES	ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES
ÉLÉMENTS PHYSIQUES			
Dépistage du delirium chez la personne âgée <ul style="list-style-type: none"> • À l'urgence : q 8 h • En soins généraux : q 24 h • En suivi postopératoire et aux soins intensifs : q 8 h 		Compléter l'investigation médicale <ul style="list-style-type: none"> • Autres infections, cardiopathies, maladies cérébrales, troubles métaboliques, etc. 	
Fonctionnement cognitif de la personne <ul style="list-style-type: none"> • Avant l'hospitalisation : comportement, capacités et incapacités selon les proches • Depuis l'hospitalisation : suivi régulier avec outil de dépistage • Données biographiques et antécédents médicaux avec troubles cognitifs préexistants : démence, delirium, maladie psychiatrique fonctionnelle, AVC, alcool 	Ergothérapie si jugé nécessaire	Évaluer le fonctionnement cognitif <ul style="list-style-type: none"> • Fonctions cognitives • Fonctions perceptuelles • État mental • Adaptation 	Consultations spécialisées <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les recommandations • Poursuivre les soins
Vérification systématique des facteurs de risque suivants <ul style="list-style-type: none"> • Déshydratation, dénutrition, fécalome • Infection : pulmonaire, urinaire • Hypo ou hyperglycémie • Douleur aiguë et gestion efficace de la médication • Nouvelle médication ou sevrage récent 		Analyser l'impact de la médication <ul style="list-style-type: none"> • Effets secondaires : narcotiques, sédatifs, anticholinergiques, stéroïdes, etc. • Intoxication aux barbituriques et benzodiazépines et sevrage • Abus et sevrage d'alcool 	
ÉLÉMENTS PSYCHO-SOCIAUX ET HABITUDES DE VIE			
Approches favorisant l'orientation et la sécurité <ul style="list-style-type: none"> • Port des lunettes et de l'appareil auditif (même lorsque la personne est alitée) • Contact visuel et verbal avant de procéder aux traitements et soins • Présence sécurisante : par le personnel et implication des proches • Orientation temps, espace et aux personnes à chaque visite • Consignes simples et concrètes, une seule à la fois • Visites fréquentes pour une surveillance étroite • Stimulation sensorielle et cognitive • Diversion : pour traitements invasifs, soins d'hygiène et d'incontinence 			
Satisfaction des besoins physiques de base <ul style="list-style-type: none"> • Assistance pour les AVQ et la mobilité en visant à augmenter ou à maintenir l'autonomie de la personne • Réduction des cathéters, sondes, drains dès que possible • Mobilisation précoce : exercices au lit, lever pour repas et aller à la toilette • Soins et traitements regroupés pour permettre le sommeil • Apports alimentaire et hydrique adéquats 	Ergothérapie, physiothérapie, nutrition clinique si jugé nécessaire	Traiter la cause sous-jacente et suivre l'évolution de l'état cognitif	
ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX			
Environnement favorisant l'orientation et la sécurité <ul style="list-style-type: none"> • Repères : calendrier, horloge, photos, autres objets significatifs • Sécurité : lit près du poste, veilleuse la nuit, désencombrement, etc. • Calme et repos : sans surcharge sensorielle, bruit et éclairage 	Ergothérapie si jugé nécessaire		