

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.

PAR Louise Bélanger, INF., M.Sc., Renée Coulombe, INF., M.Sc., Linda Wanis, INF., B.Sc. et Geneviève Roch, INF., PH.D.

Le programme de soins, qui vise l'amélioration des soins infirmiers aux personnes à risque ou présentant un état de confusion aiguë, a été structuré avec l'aide du processus de *caring* décrit par Swanson (1993), adapté par Roy et Robinette (2004) (voir figure 1 de l'article précédent). Swanson indique que pour donner des soins efficaces, engagés et responsables dont le but est le bien-être de la personne, l'infirmière doit croire que l'état de la personne peut s'améliorer, connaître la personne atteinte et le syndrome qu'elle éprouve, être avec, c'est-à-dire réellement présente auprès de la personne qu'elle soigne, faire pour la personne ce qu'elle ferait pour elle-même si elle en était capable et, finalement, faciliter la transition de la personne par une expérience de santé inconnue et souvent traumatisante. Voici comment chaque étape du processus de *caring* a orienté le contenu du programme de soins pour qu'il s'inscrive au cœur des fondements infirmiers.

CROIRE

Pour décider d'agir auprès d'une personne qui présente des signes de confusion aiguë, l'infirmière doit croire que cette personne a la capacité de faire face à cet épisode transitoire dans sa vie et qu'elle peut l'aider à améliorer son état de santé

En reconnaissant les signes de confusion aiguë, en priorisant, dans ses soins, la personne atteinte, en faisant une évaluation adéquate, en instaurant un environnement de soutien interpersonnel, physique et sensoriel et en impliquant toutes les personnes concernées, l'infirmière aide la personne atteinte et ses proches à surmonter une expérience de santé souvent traumatisante.

(Swanson, 1993). Dans certaines circonstances, l'infirmière n'interviendra pas aussi efficacement à cause de croyances et de mythes qui viennent influencer ses actions. C'est pourquoi une

Tout signe soudain d'altération du niveau de conscience, de l'attention et du discours doit être considéré comme sérieux et devenir une priorité de santé, voire une urgence.

section du programme de soins aborde les mythes et les croyances les plus fréquents concernant la confusion aiguë et le délirium qui sont recadrés avec l'aide des écrits scientifiques consultés. On y apprend, entre autres, que :

- Les signes de délirium sont différents de ceux de la démence.
- La personne démente peut aussi présenter des signes de confusion aiguë ou de délirium.
- L'agitation n'est pas toujours présente chez une personne souffrant de délirium. L'hypomotivité, qui se manifeste, entre autres, par des troubles cognitifs et de la somnolence, est aussi un indice de ce syndrome.
- La confusion aiguë est une priorité de soins puisqu'elle est souvent un signe de complications physiologiques.
- Les personnes souffrant de délirium léger ou modéré ont conscience de ce qui leur arrive et vivent de l'anxiété, de la frustration ou de la colère.
- Les interventions de soins efficaces sont multifactorielles et concernent principalement l'infirmière et l'équipe de soins.

CONNAÎTRE

Pour être efficace, l'infirmière doit connaître et comprendre la condition clinique de la personne et avoir les connaissances et les habiletés pour en prendre soin efficacement (Swanson, 1993). Deux sections du programme traitent des signes cliniques de la confusion aiguë et de l'évaluation que l'infirmière doit en faire. Ainsi, quand la confusion aiguë apparaît, on observe une altération soudaine de l'état de conscience, de l'attention ou du discours de la personne (Adams *et al.*, 1997). La plupart du temps, cette confusion est temporaire et réversible. Par ailleurs, l'infirmière doit la différencier de la confusion chronique (démence), et même, de l'état cognitif normal de la personne

âgée. À cet égard, le tableau 2 énonce les signes cliniques observés chez des personnes présentant divers états cognitifs.

Si l'infirmière reconnaît les signes de confusion aiguë dès qu'ils se manifestent, elle peut, dans certains cas, éviter que le délirium s'installe et intervenir de façon précoce pour en diminuer les impacts. **Tout signe soudain d'altération du niveau de conscience, de l'attention et du discours doit être considéré comme sérieux et devenir une priorité de santé, voire une urgence.** Il faut trouver la cause le plus rapidement possible ! On précise dans le programme de soins que la confusion aiguë est souvent un indice précoce de délirium (Francis et Young, 2008) qui peut être causé, entre autres, par des médicaments mais aussi par une infection, l'hypoxie, la douleur, une hémorragie, un déséquilibre électrolytique, la privation sensorielle ou l'immobilité (Inouye et Charpentier, 1996 ; Lawlor, 2002 ; McCusker *et al.*, 2001 ; Morrison *et al.*, 2003 ; Pandharipande *et al.*, 2005).

Des complications neurologiques ou psychiatriques peuvent aussi précipiter une personne dans un état confusionnel aigu (Francis et Young, 2008). Pour toutes ces raisons, lorsque l'infirmière reconnaît des signes de confusion aiguë, elle doit procéder à une évaluation et assurer une surveillance étroite de la personne afin d'obtenir un portrait précis de son état cognitif et physique et documenter l'évolution de ce dernier. Connaître fait appel aux connaissances de l'infirmière mais aussi à ses habiletés d'observation et de communication afin d'avoir une compréhension plus explicite de la condition clinique de la personne soignée. Dans le tableau 1 est indiqué ce que devrait rechercher l'infirmière qui évalue et surveille une personne présentant des signes de confusion aiguë.

L'échelle de confusion NEECHAM et une liste des médicaments qui sont souvent en cause dans le délirium se trouvent en annexe du programme de soins.

ÊTRE AVEC

Cette troisième étape du processus de *caring* de Swanson est centrale puisqu'elle influence toute la démarche de soins de l'infirmière. Elle teinte l'ensemble du programme de soins. Pour

TABLEAU 1

CE QUE L'INFIRMIÈRE DOIT ÉVALUER ET SURVEILLER LORSQU'UNE PERSONNE PRÉSENTE DES SIGNES DE CONFUSION AIGUË

- Documenter l'état cognitif (attention, langage, comportement verbal ou moteur, orientation) ou utiliser l'échelle de confusion NEECHAM (Neelon *et al.*, 1996).
- Prendre et consigner les signes vitaux et neurologiques.
- Vérifier le bilan liquidien et le fonctionnement intestinal.
- Faire un examen physique sommaire (asymétrie des mouvements, globe vésical, ballonnement, etc.).
- Prendre note des résultats d'examen diagnostiques récents (électrolytes, urée, créatinine, Hb, culture d'urine, etc.) et de la liste des médicaments fréquemment en cause dans le délirium qui ont été prescrits et administrés dans les dernières 24 heures.



TABLEAU 2

SIGNES CLINIQUES PRÉSENTS SELON L'ÉTAT COGNITIF D'UNE PERSONNE				
CARACTÉRISTIQUES	ÉTAT COGNITIF NORMAL DE LA PERSONNE ÂGÉE	CONFUSION CHRONIQUE	CONFUSION AIGÜE	DÉLIRIUM
Évolution	Progressive et liée au vieillissement	Progressive	Soudaine	Soudaine
Fluctuation	Aucune	Stable au cours de la journée. Sommeil généralement normal. Syndrome crépusculaire possible.		Variable. Période de lucidité. Aggravation nocturne. Sommeil perturbé.
Conscience	Claire	Claire	Réduite	Réduite
Attention	Sélective et divisée	Sélective et divisée	Réduite	Réduite et fluctuante
Vigilance	Adéquate	Généralement adéquate		Perturbée et fluctuante
Orientation temporospatiale	Adéquate	Atteinte probable		Fluctuante et presque toujours atteinte
Activité psychomotrice	Adéquate	Souvent adéquate		Souvent augmentée ou diminuée
Discours	Adéquat mais ralenti	Appauvri. Difficultés de jugement et d'abstraction. Cherche ses mots.	Lent, incohérent	Désorganisé, déformé, lent, fragmenté ou incohérent
Perception	Adéquate	Fausse perceptions rares.		Hallucinations, illusions ou fausses perceptions.

Adams *et al.*, 1997 ; Arcand et Hébert, 2007 ; Charlot, 2007a, 2007b ; Société Alzheimer du Canada, 2007.

TABLEAU 3

UN ENVIRONNEMENT DE SOUTIEN		
ENVIRONNEMENT DE SOUTIEN	INTERVENTIONS	RÉSULTATS VISÉS
Interpersonnel	Communication thérapeutique (rassurer, reconnaître les besoins et les perceptions et expliquer à l'avance les interventions). Explication de la confusion aiguë à la personne et à ses proches. Rétrospection exploratoire (susciter un retour sur l'expérience vécue).	Confort (impression de contrôle) Sécurité
Physique	Gestion de la douleur Mobilisation précoce Alimentation et hydratation adéquates Gestion du sommeil (idéalement sans médicament) Gestion de l'agitation (mesures de contrôle chimique ou physique)	Équilibre physiologique Confort Sécurité (éviter les blessures)
Pensoriel	Gestion de la vision et de l'audition Orientation dans la réalité et visite quotidienne (membres du personnel, proches, bénévoles) Activités thérapeutiques (lecture, mots croisés, discussion sur l'actualité)	Sécurité (orientation dans la réalité)

Inspiré de Milisen *et al.*, 2005 ; McCurren et Cronin, 2003 ; Andersson *et al.*, 2002.



MISE EN SITUATION

Monsieur Rivest a 75 ans. Il est hospitalisé aux soins intensifs pour une lobectomie gauche. À son admission, il répond facilement aux questions qu'on lui pose, est bien orienté dans les trois sphères (espace, personne, temps) mais exprime son anxiété par rapport à l'opération qu'il doit subir. Au cours de la première soirée suivant l'opération, le discours de M. Rivest devient un peu incohérent. Il dit voir des araignées au plafond. Par ailleurs, il n'est pas agité et il passe une nuit relativement calme. À 8 h 30, le matin du 2^e jour suivant l'opération, l'infirmière procède à son évaluation et constate qu'il n'est pas très attentif lorsqu'elle lui parle. Il est incapable de remettre seul son masque d'oxygène et il ne sait pas quelle heure il est, même s'il y a une horloge sur le mur devant lui. Ses réponses aux questions sont très courtes et son débit verbal est ralenti. Il a une perfusion de marcaïne/fentanyl à 10cc/heure et il ne souffre pas. Sa tension artérielle (TA) systolique est de 95-100 et sa saturation en oxygène (SO) est de 92 % avec un Ventimask à 60 % d'oxygène. Une sonde urinaire est en place et son urine est claire.

L'infirmière explique à M. Rivest que le fait de se sentir un peu confus est fréquent après l'opération qu'il a subie. Afin d'obtenir une TA un peu plus élevée et d'augmenter la SO, elle décide de diminuer la perfusion d'analgésique à 7cc/heure tout en s'assurant que le patient demeure non souffrant et qu'il porte son masque d'oxygène en permanence. Elle l'installe confortablement et lui fabrique un coussin pour appuyer sur son pansement lors des mobilisations. Elle lui met aussi ses lunettes de prescription. Elle demande au préposé aux bénéficiaires de préparer le plateau de M. Rivest, de surveiller son alimentation et, par la suite, de l'aider à faire sa toilette. Lors de la visite médicale, l'infirmière informe le médecin de son évaluation et ce dernier prescrit une diminution de la perfusion d'analgésique à 5cc/heure. À 11 h, M. Rivest dit se sentir mieux. Lorsque sa conjointe arrive, il lui mentionne qu'il n'était pas bien ce matin et qu'il a même eu des hallucinations. L'infirmière leur explique ce qui s'est passé, répond à leurs questions et tente ainsi de les rassurer. Elle encourage M. Rivest à bien s'hydrater, à bien s'alimenter et à faire ses exercices respiratoires avec l'aide de sa conjointe. À 15 h, le patient est bien éveillé et a un débit verbal plus normal. Il a bien mangé, a fait ses exercices et n'a pas de douleur. Sa SO est à 94 % et sa TA systolique se maintient à 100-110. À 16 h, le plan thérapeutique infirmier et les résultats obtenus sont décrits à l'infirmière qui prend la relève.

Cette mise en situation montre comment un des auteurs a appliqué dans sa pratique le contenu du programme de soins que nous venons de présenter.

que l'acte du soin soit de qualité, l'infirmière doit être physiquement et émotionnellement présente auprès de la personne soignée et de son proche-aidant et leur offrir du temps, de l'écoute et une présence authentique. Elle doit partager avec eux ce que signifie l'expérience vécue et les émotions qui en découlent (Swanson, 1993). Cette présence de l'infirmière auprès de la personne soignée est requise autant lorsqu'elle procède à son évaluation pour établir la cause de la confusion que lorsqu'elle détermine et ajuste les interventions qui permettront d'améliorer l'état de la personne et de diminuer les effets de sa confusion. Être avec la personne et ses proches passe, non

seulement par la présence de l'infirmière, mais aussi par l'intermédiaire des autres soignants qui assurent avec elle le suivi des constats et des directives inscrits dans le plan thérapeutique infirmier (PTI).

FAIRE POUR et FACILITER LA TRANSITION

Ces deux dernières étapes du processus de *caring* de Swanson concernent les interventions et sont regroupées dans deux sections du programme de soins. L'une concerne l'environnement de soutien pour la personne et la famille et l'autre traite des interventions et des intervenants multiples.

Pour soigner efficacement une personne présentant un tel syndrome ou à risque d'en souffrir, l'infirmière doit mettre en place un *environnement de soutien* interpersonnel, physique et sensoriel le plus rapidement possible en collaboration avec les proches, les membres de l'équipe soignante et les autres professionnels. Cet *environnement de soutien* vise le maintien de l'équilibre physiologique, du confort et de la sécurité (Milisen *et al.*, 2005). Dans certains cas, il permet d'éviter le délirium ou d'en diminuer la durée ou l'intensité. Il concerne les membres de l'équipe de soins, les proches aidants et même les bénévoles qui aident à l'instaurer et à le maintenir. Des guides d'accompagnement et d'interventions pour chacun de ces intervenants sont d'ailleurs présentés en annexe du programme.

Dans un *environnement de soutien interpersonnel*, l'infirmière établit, avec la personne, une communication thérapeutique ; elle la rassure régulièrement, elle reconnaît et tient compte de ses besoins et de ses perceptions et elle lui explique à l'avance les interventions et les procédures prévues pour éviter de fausses interprétations. Aussi, l'infirmière fournit à la personne et à son proche-aidant des informations sur la confusion aiguë dès l'apparition des premiers signes. Elle procède à un retour sur l'expérience vécue (rétrospection exploratoire) dès que l'état cognitif de la personne s'améliore (McCurren et Cronin, 2003 ; Andersson *et al.*, 2002). Cette façon de faire permet d'augmenter le sentiment de sécurité et l'impression de contrôle des

Chaque situation de soins est unique et requiert que l'infirmière ajuste ses interventions en fonction de son évaluation et des priorités de la personne.

personnes devant une situation potentiellement déconcertante.

Dans un *environnement de soutien physique*, l'infirmière s'assure que la personne n'est pas souffrante, qu'elle peut se mouvoir, qu'elle s'alimente et s'hydrate suffisamment et qu'elle dort bien, idéalement sans médicament. Ces interventions favorisent l'équilibre physiologique et le confort. Par ailleurs, si la personne est agitée, l'infirmière collaborera avec le médecin traitant et le pharmacien afin de décider de l'administration des antipsychotiques prescrits pour éviter les accidents ou les blessures : Haldol®, Risperdal®, Seroquel® ou Zyprexa® (Arcand et Hébert, 2007). Ces médicaments, pour être efficaces, doivent être administrés régulièrement avec des entredoses, au besoin. Quant aux mesures de contrôle physique, elles doivent être évitées parce qu'elles engendrent l'immobilité et peuvent provoquer des accidents. Si toutefois elles sont absolument nécessaires, il faut les utiliser dans le respect de la personne, des politiques et procédures en vigueur.

Dans un *environnement de soutien sensoriel*, l'utilisation d'aides visuelles et auditives, des visites régulières par les membres du personnel, les proches et les bénévoles, ainsi que des conversations et activités stimulantes comme la lecture, les mots croisés et les discussions sur des sujets qui intéressent la personne soignée doivent être encouragées. Ces stimulations sensorielles permettent de l'orienter dans la réalité et ainsi d'augmenter son sentiment de sécurité. Le tableau 3 présente sommairement les

L'instauration d'un environnement de soutien permet, dans plusieurs situations, d'éviter le délirium ou d'en diminuer la durée ou l'intensité.

composantes de l'environnement de soutien pour la personne présentant des signes de confusion aiguë et les résultats visés.

Les interventions requises pour soigner une personne présentant des signes de confusion aiguë sont multiples. Pour atteindre les résultats de soins souhaités, les interventions quotidiennes doivent se réaliser en collaboration avec tous les membres de l'équipe de soins, le patient et ses proches et, à cet égard, l'infirmière doit les informer, les guider et les diriger s'il y a lieu. Il est important de noter que chaque situation de soins est unique et requiert que l'infirmière ajuste ses interventions en fonction de son évaluation, des priorités de la personne et de son proche aidant, ainsi que des ressources disponibles dans son contexte de travail, tout en s'inspirant du contenu du programme de soins que nous venons de vous présenter. ■

Nous remercions la FRESIQ et l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal pour leur soutien.

Louise Bélanger est conseillère en soins spécialisés à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et étudiante au doctorat en sciences infirmières à l'Université de Montréal, Renée Coulombe et Linda Wanis sont infirmières cliniciennes à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Geneviève Roch est professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

RÉFÉRENCES

- Adams, R., M. Victor et A. Ropper. *Principles of Neurology* (6^e éd.), New York, McGraw-Hill, 1997.
- Andersson, E.M., I.R. Hallberg, A. Norberg et A.K. Edberg. « The meaning of acute confusional state from the perspective of elderly patients », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 17, n° 7, 2002, p. 652-663.
- Arcand, J. et R. Hébert. *Précis pratique de gériatrie*, Montréal, Edisem, 2007.
- Bélanger, L., R. Coulombe, L. Wanis, G. Roch et F. Ducharme. *Programme de soins pour les personnes à risque ou présentant un état de confusion aiguë (ÉCA)*, Montréal, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal—Direction des soins infirmiers, 2008.
- Charlot, V. « Le vieillissement normal et les autres fonctions cognitives », 2007a. [En ligne : www.opladis.be/display/content_010/010040_00031.htm]
- Charlot, V. « Le vieillissement cognitif normal », 2007b. [En ligne : www.opladis.be/display/content_010/010040_00029.htm]
- Francis, J. et G.B. Young. « Diagnosis of delirium and confusional states », 2008. [En ligne : www.uptodateonline.com/utd/content/topic.do?topicKey=medneuro/2425&type=A&selectedTitle=1-42]
- Inouye, S.K. et P.A. Charpentier. « Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability », *Journal of the American Medical Association*, vol. 275, n° 11, 1996, p. 852-857.
- Lawlor, P.G. « Delirium and dehydration: some fluid for thought? », *Support Care Cancer*, vol. 10, n° 6, 2002, p. 445-454.
- McCurren, C. et S.N. Cronin. « Delirium: elders tell their stories and guide nursing practice », *Medsurg Nursing*, vol. 12, n° 5, 2003, p. 318-323.
- McCusker, J., M. Cole, M. Abrahamowicz, L. Han, J.E. Podoba et L. Ramman-Haddad. « Environmental risk factors for delirium in hospitalized older people », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 49, n° 10, 2001, p. 1327-1334.
- Milisen, K., J. Lemiengre, T. Braes et M.D. Foreman. « Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 52, n° 1, 2005, p. 79-90.
- Morrison, R.S., J. Magaziner, M. Gilbert, K.J. Koval, M.A. McLaughlin, G. Orosz et al. « Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture », *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, vol. 58, n° 1, 2003, p. 76-81.
- Neelon, V.J., M. T. Champagne, J.R. Carlson et S.G. Funk. « The NEECHAM Confusion Scale: construction, validation, and clinical testing », *Nursing Research*, vol. 45, n° 6, 1996, p. 324-330.
- Pandharipande, P., J. Jackson et E.W. Ely. « Delirium: acute cognitive dysfunction in the critically ill », *Current Opinion in Critical Care*, vol. 11, n° 4, 2005, p. 360-368.
- Roy, M. et L. Robinette. *Le caring : démarche d'actualisation en milieu clinique*, Montréal, Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2004.
- Société Alzheimer du Canada. « La maladie d'Alzheimer », 2007. [En ligne : www.alzheimer.ca/french/disease/intro.htm]
- Swanson, K.M. « Nursing as informed caring for the well-being of others », *Image: Journal of Nursing Scholarship*, vol. 25, n° 4, 1993, p. 353-357.