



Delirium

Le delirium, ou **état confusionnel aigu**, est une perturbation de la conscience et du fonctionnement cognitif qui n'est pas expliquée par une démence. La perturbation survient brusquement, et fluctue au long de la journée. Elle est due aux conséquences physiologiques directes d'une affection médicale générale. La prévalence du délirium peut atteindre jusqu'à **85% en phase terminale**.

Diagnostiques différentiels

- Démence
- Psychose
- Dépression
- Etat anxieux
- Sédation

QUE FAIRE

Interventions non médicamenteuses

Communication

Prendre conscience que le patient a une perception différente de la réalité et donc :

- Utiliser des phrases simples, courtes
- Faire preuve de patience, de calme et d'empathie, éviter toute brusquerie
- S'adapter à l'état et au rythme du patient
- Valider ce que dit le patient sans alimenter le délire
- Favoriser l'autonomie du patient

Famille, proches, entourage

Les proches ont besoin d'être informés, soutenus et valorisés pour faire face à l'état du patient :

- Ne pas prendre à la lettre les propos du patient
- Le réorienter fréquemment
- Favoriser un climat de calme et de tranquillité
- Répartir les visites

Réorientation du patient

- Reproduction de l'environnement familial (photos, mobilier, literie, etc.)
- Réveil et calendrier visibles et à jour !
- Eviter les changements de chambre
- Réduire au maximum le nombre d'intervenants autour du patient
- Structurer la journée

Sommeil

- Connaître les habitudes de sommeil et respecter les rituels
- Réduire les bruits et les lumières le soir
- Encourager la mobilisation
- Favoriser l'endormissement (musique, tisane,

toucher-massage, présence, etc.)

Hydratation et alimentation

- Stimuler le patient à boire
- Bilan liquidien si nécessaire
- Aide lors de la prise des repas
- Soins de bouche réguliers
- Favoriser l'élimination

Mise en danger de soi-même et des autres

L'usage de la contention physique devra être évitée autant que possible. En effet, elle est plus dangereuse que la non contention, car elle augmente l'agitation.

! précautions concernant le risque de chute

- Présence d'une personne
- Matelas au sol
- Barrière naturelle (lit contre le mur)
- Adaptation médicamenteuse
- Limiter les cathéters

Traitement médicamenteux

Etiologique

- Considérer un traitement étiologique
- Diminution/arrêt de médicaments incriminés
- Rotation des opiacés

Symptomatique

Halopéridol par voie orale ou s.c.

Dose initiale/titration en fonction :

- De l'âge du patient
- De la sévérité des symptômes
- Du milieu de soins

Se donner un délai de 24h pour évaluer l'efficacité du traitement.

Proposition de posologie :

- Dose initiale : 0,5-1mg/8h p.o. ou s.c.
- Dose de réserve : 0,5-1mg/heure
- Dose max. / 24h : 6-15mg

Si échec, considérer :

- L'admission dans une structure hospitalière
- Un changement ou l'adjonction d'un neuroleptique plus sédatif ou atypique
- L'adjonction de benzodiazépines (Lorazepam) en cas d'anxiété majeure

Références

Résumé tiré de *Delirium*, Consensus « on best practice in palliative care » en Suisse – Groupe d'experts de la Société Suisse de Médecine et de Soins palliatifs, BIGORIO 2004, réalisé par Yves Gremion, infirmier et psychologue, membre du comité de Palliative Fribourg/Freiburg.