

Prévention du délirium chez des personnes âgées à domicile: Une étude pilote en Valais

Henk VERLOO, Inf. Ph.D(c)
Professeur HES
HEdS-SO La Source, Lausanne

Plan de Présentation

- Pertinence
- Délirium – un problème de santé sous-estimé et sous-évalué
- Prévention du délirium
- Construire une intervention de prévention du délirium à domicile
- Devis et type d'étude
- Difficultés et limites de l'étude
- Quelques réflexions, constats et conclusions

Pertinence

- **Vieillesse croissante de la population** (OFS, 2011)
- **Vieillir en bonne santé et vivre à domicile** (Arcand & Hébert, 2008; Monod-Zorzi et al., 2007)
- **Délirium, un syndrome gériatrique à part entière** (Inouye et al., 2007; Jones et al., 2010)
 - **Risque élevé d'un déclin physique et cognitif évolutif** (Inouye, 2006; McCusker et al., 2001)
 - **Taux de mortalité précoce élevé** (Andrew et al., 2006, Marcantonio et al., 2001)
 - **Risque élevé d'institutionnalisation dans l'année suivant un délirium** (Pitkälä et al., 2005; Andrew et al., 2005)
- **Rôle de l'infirmière à domicile: PREVENTION** (Bond, 2009, Voyer et al., 2007)

Délirium

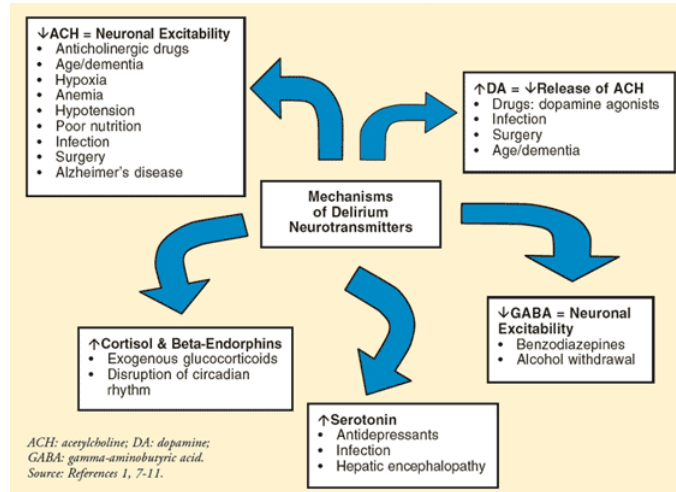
**Les états confusionnels aigus (délirium) sont
des perturbations transitoires de l'attention
et de la cognition
accompagnée de
troubles du rythme veille-sommeil et du
comportement psychomoteur**

(APA, 2000)

Physiopathologie

Hypothèse:

Déséquilibre système neuro-transmetteurs



Critères diagnostiques

- Diminution de la capacité à maintenir l'attention envers les stimulations externes
- Désorganisation de la pensée (propos incohérents, discours hésitant)
- Evolution rapide et fluctuante
- Anomalies de la perception: illusions, hallucinations visuelles terrifiantes, disproportion entre stimuli et signification
- Inversion du rythme de sommeil
- Inhibition ou agitation psychomotrice
- Désorientation temporo-spatiale
- Atteinte de la mémoire à court terme
- Peur, solitude, anxiété
- Détachement

Tableau clinique (APA, 2000)

Symptomatologie:

Symptômes multiples, variés et parfois peu spécifiques
(APA, 2000)

- **Apparition brusque**
- **Evolution rapide**

Durée: de quelques heures à plusieurs jours ou semaines à
mois (APA, 2000)

Symptômes prodromiques:

Fébrilité, inquiétude, anxiété, irritabilité, troubles du
sommeil (APA, 2000; Marcantonio et al., 2002)

Formes de délirium

Quatre formes (Inouye, 2006; Liptzin & Levkoff, 1992; Morrison, 2003)

- ❑ Hyperactive (15%)
- ❑ Hypo-active (19 à 24%)
- ❑ Mixte (52%)
- ❑ Non-classable (14%)

La forme hypo-active est la plus fréquente
chez les personnes très âgées (Inouye, 2006)

Sous-diagnostiqué

50 à 70% des cas pas sont pas détectés
Surtout la forme hypoactive!!

**... donc absence de traitement
adéquat**

Epidémiologie du délirium?

- Aux urgences:
 - 10 - 33% (NICE, 2010)
- A l'admission à l'hôpital:
 - 14 - 25% (NICE, 2010)
- Post-opératoire:
 - 15 - 53% (NICE, 2010)
- En ICU:
 - 70 - 87% (NICE, 2010)
- En fin de vie: jusqu'à 83% (Nice, 2010)
- **Domicile:**
 - 65 - 85 ans= 1 à 10% (Andrew et al., 2006; Lindsay et al., 2002; HAS, 2009)
 - > 85 ans= ~ 14% (Fick & Mion, 2008; Han et al., 2009; Rahkonen et al., 2001; Sandberg et al., 1998)

Facteurs de risque au délirium

Facteurs prédisposant (Inouye, 2006)

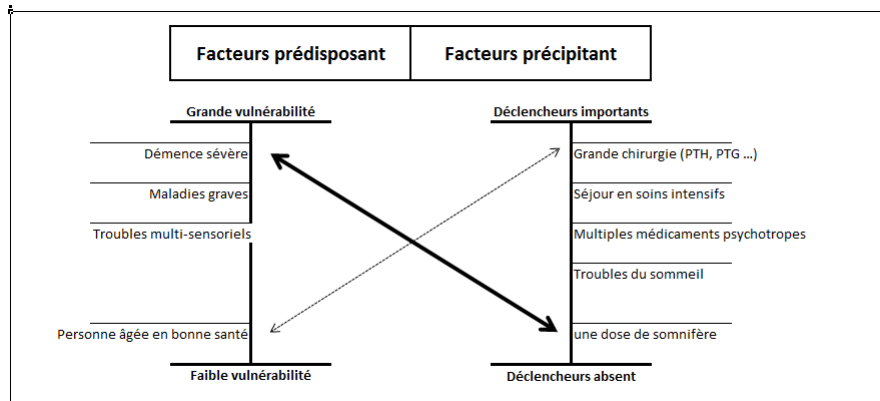
- Troubles cognitifs
- Age
- Homme
- Fragilité
- Malnutrition
- Dépression
- Maladies terminales
- Troubles fonctionnels
- Immobilité
- Alcool abus
- Troubles des sens
- Comorbidité élevée
- Poly-pharmacie

Facteurs de risque au délirium

Facteurs précipitants (Inouye, 2006)

- Médicaments
- Maladies neurologiques
- Chirurgie
- Douleurs non-traitées
- Hypoxie
- Troubles métaboliques
- Hématocrite \searrow
- Maladies sévères
- Repos au lit
- Contention physique
- Constipation
- Cathéter urinaire
- Troubles de sommeil
- Déshydratation

Modèle multifactorielle du délirium



Inouye & Charpentier, 1996

Conséquences

- Hospitalisation prolongée
- Déclin fonctionnel plus rapide (jusqu'à 6 mois après la sortie)
- Placement en EMS
- Développement (?) d'une démence
- Déclin cognitif plus rapide
- Morbidité plus élevée
- Mortalité entre 10-65%
 - 30% dans un délai de 2 ans chez les patients gériatriques

Traitement

- Médicamenteux
 - Peu effectifs
 - Souvent le traitement même peut provoquer un délirium (Halopéridol)
- Non-médicamenteux
 - Traiter les causes
- Prévention: «gold standard»

THE NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

REVIEW ARTICLE

CURRENT CONCEPTS

Delirium in Older Persons

Sharon K. Inouye, M.D., M.P.H.

Réduire le délirium dans les différents milieu de soins?

**PRÉVENTION – PRÉVENTION –
PRÉVENTION**

Autant pour la fréquence que pour les
complications / conséquences

Au moins **30 à 40% des cas** peuvent être
prévenues (Inouye, 2006; Britton & Russell, 2003)

Effectivité de la prévention

Hospital Elderly Life Program (HELP) =>
réduction du délirium de **15 à 9,9%**
utilisant le Confusion Assessment Method
(CAM)

The New England
Journal of Medicine

© Copyright, 1999, by the Massachusetts Medical Society

VOLUME 340

MARCH 4, 1999

NUMBER 9



ULTICOMPONENT INTERVENTION TO PREVENT DELIRIUM
IN HOSPITALIZED OLDER PATIENTS

K. INOUE, M.D., M.P.H., SIDNEY T. BOGARDUS, JR., M.D., PETER A. CHARPENTIER, M.P.H.,
FRANK J. COOPER, M.D., DENISE ACAMPORA, M.P.H., THEODORE R. HOLFORD, PH.D., AND LEO M. COONEY, JR., M.D.



HELP Programme en milieu hospitalier

Basée sur une série d'intervention infirmière
de prévention:

- Protocoles infirmiers pour :
 - aider à l'orientation
 - améliorer le sommeil
 - mobilisation rapide
 - aider maintenir la vision
 - aider maintenir l'ouïe
 - éviter la déshydratation

(Inouye et al., 1999)



D'autres études d'intervention de prévention en milieu hospitalier

Service	Etude	Année	Type	Cas/contrôles (n/n)	Méthodes d'évaluation, critères diagnostiques	Intervention
Médecine	Naughton <i>et al</i> ⁶⁴	2005	Pré/post test	110/110	CAM, CIRS, MMSE	Education des équipes soignantes
Médecine	Lundstrom <i>et al</i> ⁷	2005	RCT	63/62	DSM-IV, MMSE, OBSS	Education des équipes soignantes
Médecine	Tabet <i>et al</i> ⁹	2005	Single-blind case-control study	250	CAM	Education des équipes soignantes
Chirurgie	Aizawa <i>et al</i> ¹⁸	2002	RCT	20/20	DSM-IV	DFP
Chirurgie	Marcantonio <i>et al</i> ⁷	2001	RCT	62/64	CAM, MMSE, DSI, MDAS	Consultation gériatrique rapprochée
Chirurgie	Milisen <i>et al</i> ²²	2001	CT	60/60	CAM, MMSE, ADL	Intervention conduite par infirmières, inter-disciplinaire
Médecine	Inouye <i>et al</i> ³	1999	CT	426/426	CAM, MMSE	Protocole standardisé basé sur 6 facteurs de risque

ADL : Activities of Daily Living ; CAM : Confusion Assessment Method ; CIRS : Cumulative Illness Rating Scale ; CT : controlled trial ; DRS : Delirium Rating Scale ; DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition ; DFP : Delirium Free Protocol ; DSI : Delirium Symptom Interview ; ESR : Extrapyrimal Symptoms Rating Scale ; KPSS : Karnofsky Performance Status Scale ; MDAS : Memorial Delirium Assessment Method ; MMSE : Mini Mental State Examination ; OBSS : Organic Brain Syndrome Scale.

Intervention infirmière de prévention du délirium à domicile

Actuellement inexistante

ÉTUDE PILOTE A DOMICILE

Finalité – But - objectifs

- **Finalité:** maintien à domicile (avec une qualité de vie optimale)
- **But:**
 - Construire-implanter-évaluer une stratégie d'interventions de prévention primaire et secondaire du délirium chez des personnes âgées recevant des soins à domicile après une hospitalisation ou une maladie récente
- **Objectifs:**
 - Développer une grille d'évaluation du degré de risque d'ECA et un plan de prévention infirmier du délirium (stratégie d'interventions de prévention)
 - Tester la faisabilité et l'acceptabilité de cette stratégie
 - Mesurer l'effet de la stratégie de prévention infirmière sur les troubles cognitifs, les symptômes du délirium et l'autonomie des personnes âgées à domicile

Devis de l'étude (I)

- Un devis **expérimental** de type essai clinique randomisé – **étude pilote**
- Population cible:
 - Personnes âgées H/F ≥ 65 ans
 - Après une hospitalisation ou maladie récente avec une prescription médicale pour des soins à domicile
 - Sans et avec troubles cognitifs
 - Capables de répondre aux questions en français
- Taille de l'échantillon minimal: 80 participants
40 GT – 40 GE randomisé en blocs de 4

Devis de l'étude (II)

- Recrutement des participants en Valais région Sion (rurale et suburbaine) de **2.02.12 au 10.11.2012.**
- Déroulement de l'étude:
 - GT avec des soins usuels
 - GE intervention infirmière de prévention du délirium et les soins usuels
 - 5 Visites de l'infirmière / assistante de recherche: < 24hrs, 72hrs, 7j, 14j et 21 j
- Mesures: intervalle de 30 jours entre M1 et M2

Intervention infirmière de prévention du délirium

Construction de l'intervention infirmière de prévention

- Le développement de l'intervention est basé sur les écrits de Stein et al. (2007) et van Meijel et al. (2005)
- Revue exhaustive de la littérature sur les stratégies de prévention
- Consultation d'un groupe d'expert dans les soins à domicile
- Pré-test auprès de 5 à 7 personnes âgées à domicile selon les critères d'éligibilité

Construction de l'intervention d'un RCT

The development of evidence-based nursing interventions: methodological considerations

B. van Meijel PhD RN
 Researcher, Department of Nursing Science, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands; and Associate University, Diemen, The Netherlands

C. Gamel PhD RN
 Lecturer/Researcher, Department of Nursing Science, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands

B. van Swieten-Duijfjes MSc RN
 Lecturer/Researcher, Department of Nursing Science, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands

M.H.F. Grypdonck RN PhD
 Professor of Nursing Science, Department of Nursing Science, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands

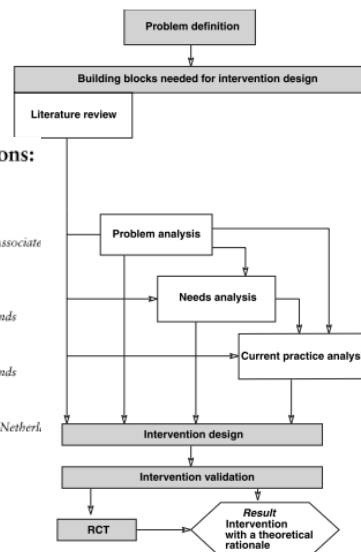


Figure 1 Diagram of developing evidence-based interventions.

Intervention infirmière de prévention du délirium

Basée sur 6 domaines:


- Évaluation (1)
- Surveillance / suivi (2)
- Détection (3)
- Soins (4)
- Soutien (5)
- Éducation du patient (6)

(Sidani & Braden, 2011)

L'intervention est évaluée sur:

- Faisabilité
- Acceptabilité
- Pertinence
- Sécurité
- Fidélité
- Effectivité


(Zauszniewski, 2012)

 Institut universitaire de formation
et recherche en soins

 UNIL | Université de Lausanne

Évaluation chez la PA (1)

- Symptômes du délirium (CAM)
- Etat cognitifs (changements MMSE – Clock-test)
- Critères d'autonomie (ADL/IADL)
- Paramètres biologiques:
 - T
 - TA
 - Fréquence cardiaque
 - Glycémie
 - SpO2
 - Fréquence respiratoire

 Institut universitaire de formation
et recherche en soins

 UNIL | Université de Lausanne

Détection (2)

- Détection symptômes délirium avant-coureurs
- Détection des nouveaux facteurs de risque prédisposant et précipitant

Surveillance / suivi (3)

- État cognitif
- Troubles sensoriels
- Troubles d'élimination
- Troubles d'alimentation
- Le risque d'infection
- La poly-médication
- Cycle veille-sommeil
- Le risque de chute
- La douleur
- Les comorbidités invalidantes

Soins (4)

- Vérifier l'adéquation entre autonomie et soins usuels AVQ et soins techniques (pansement, soins d'incontinence,..)
- Vérifier la prise en charge de la douleur

Soutien (5)

- Se mobiliser quotidiennement
- Stimulation intellectuelle selon ses intérêts
- Soutien et encouragement psychologique
- Soutien psychosocial par des propositions des visiteuses

Éducation des PA (6)

Trois niveaux

- Éducation à la santé
- Éducation de(s) la maladie(s)
- Éducation thérapeutique
- Deux approches selon contexte et la capacité:
 - Constructiviste (connaissance)
 - Behavioriste (comportement)

Champs d'éducation

- le délirium
- un comportement sain quotidien
- la prévention des infections
- Maintenir son autonomie
- Prévention des chutes
- L'utilité de traiter la douleur
- Adhérence au ttt médicamenteux
- Prévention consommation excessive d'alcool et médic.

Quelques premiers résultats - tendances

Recrutement des participants

- 230 personnes âgées éligibles
 - 106 refus
 - 10 «intent-to-treat»
 - 4 décès
 - 104 personnes âgées vont finalisées l'étude
 - 54 personnes âgées dans le groupe témoin
 - 50 personnes dans le groupe expérimental

Interventions infirmière de prévention du délirium

- Majorité des interventions:
 - Education à la santé (hydratation, constipation, prévention infections urinaires,...)
 - Education à la maladie (gérer des pertes de mémoire,
 - Education thérapeutique (médicaments!!)
- 60% de l'éducation chez le PA – 40% des proches-aidants

Effets **cliniques** de l'intervention infirmière de prévention

- Retarder un placement dans un EMS avec 6 mois (6 personnes âgées)
- Diminuer les symptômes de délirium (CAM) (7 personnes âgées; 3 à 4 => 1 à 2)
- Diminuer les facteurs de risque telles que:
 - Meilleures prise en charge de la douleur (prise en charge inadéquate !!)
 - Révision des médicaments (moy. 6 à 8 médicaments/jour)
 - Adapter le comportement à risque
 - PA et proches plus compétent pour gérer les inconforts (anxiété, constipation, ...)

Limites et difficultés de l'étude

Sans vouloir être exhaustif :

- Étude pilote avec toutes ses limites
- Echantillon très hétérogène avec beaucoup de variables confondantes
- Pas de calcul de l'échantillon (puissance statistiques?)
- Interventions à adapter selon la situation

Quelques premiers constats

- Le délirium est un problème **de santé conséquent** chez les personnes âgées et **sous-estimé** par les infirmières dans les **différents milieu de soins**
- La prévention du délirium à domicile est un champ de recherche **inexploré** et cette étude pilote est un préalable à une grande étude
- Les infirmières en santé communautaire ont un rôle important à jouer dans **la prévention** et la **détection précoce** du délirium à domicile
- Le maintien à domicile après un événement de santé doit être **associé** à des stratégies de prévention primaire, secondaire et tertiaire

Suite II

- Alliance thérapeutique et de soins = **confiance et partenariat** réciproque
- **Poly-médication** et **la douleur** restent des problèmes majeures chez des personnes âgées à domicile
- Les infirmières œuvrant à domicile **manque de connaissance** par rapport à ce syndrome dévastateur, mais également sur comment si prendre dans l'éducation du patient
- **La prévention** et en conséquence **l'éducation du patient** reste le parent pauvre dans le cadre des soins à domicile
- Les infirmières à domicile sont en premier ligne :
 - **Plus de formation sur des syndromes et maladies chroniques**
 - **Plus de recherches cliniques sont nécessaire pour évaluer l'impact des stratégies de prévention infirmière sur le maintien de l'état de santé et la qualité de vie des personnes âgées**

**MERCI DE VOTRE
ATTENTION**