

Évaluation des morbidités et du délirium en cours d'hospitalisation en
médecine familiale au CHAUR de Trois-Rivières de mars 2019 à avril 2020

19 mai 2021
Laurence Guillot
Sara La Rose

Table des matières

- Épidémiologie
- Présentation des données actuelles
- Diagramme de Venn
- Analyse des données
- Recommandations
- Bibliographie

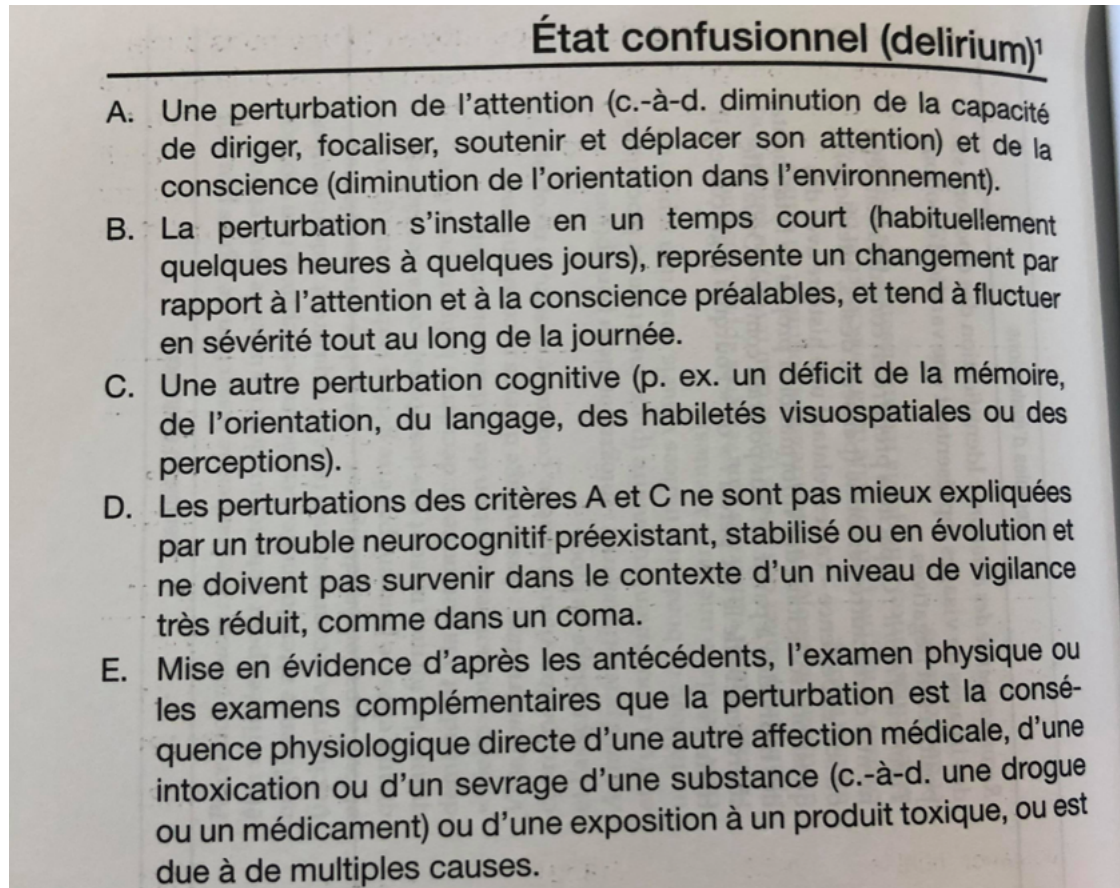
Épidémiologie

- Prévalence du délirium à l'admission entre 10 à 31%
 - Prévalence durant une hospitalisation 2 à 29%
 - Prévalence post chirurgie 74%
 - Prévalence aux soins intensifs 87%
-
- Les coûts moyens par jour d'hospitalisation sont deux fois et demie supérieurs chez les patients en délirium



Épidémiologie (suite)

- Critère diagnostique du délirium selon le DSM 5



Lien entre l'hospitalisation et le développement d'un délirium

FIGURE 3
FACTEURS DE RISQUE, CAUSES OU
CONSÉQUENCES DU DÉCLIN FONCTIONNEL



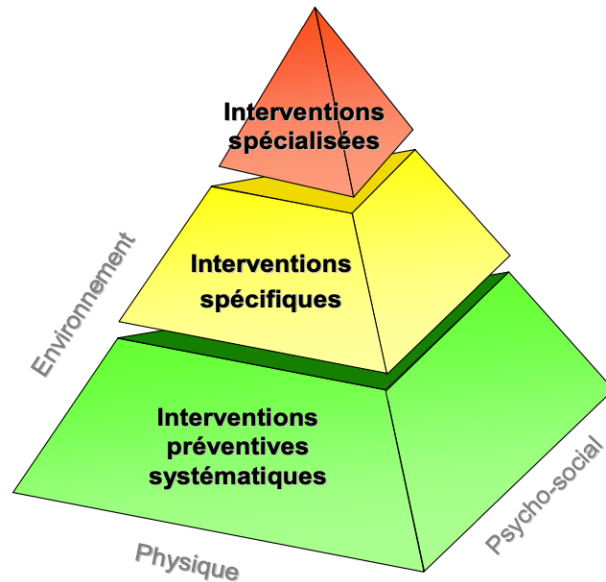
- Maintien au lit
- Culotte d'incontinence
- Aide systématique dans les AVQ
- Tolérance ou induction de la malnutrition
- Utilisation prématurée des «contentions» (ridelles, soluté, sonde urinaire, culotte)
- Routines rigides
- Médication
- Personnels restreints
- Fragmentation des soins
- Repères temporels inexistants
- Manque de matériels
- Environnement non adapté
- Heure de visite limitée

Données actuelles sur la prévention et la prise en charge du délirium



Prévention et prise en charge du délirium

FIGURE 9
PALIERS D'INTERVENTIONS CLINIQUES^f



INTERVENIR : AINÉES

- Autonomie et mobilité;
- Intégrité de la peau;
- Nutrition/Hydratation;
- Élimination;
- État cognitif et comportement;
- Sommeil.

ÉVALUER ET DÉPISTER :

- Rechercher les facteurs prédisposants et précipitants à la situation clinique en étant conscient que ***perte d'autonomie et confusion ne constituent pas des diagnostics cliniques, mais bien des symptômes.***



Prise en charge du délirium

1. Privilégier la continuité des soins en évitant les changements de personnel ou de chambre.
2. Évaluer les facteurs de risque de delirium de la personne dans les 24 heures suivant l'admission et offrir des interventions multifactorielles et individualisées.
3. Offrir des interventions multifactorielles et individualisées par une équipe soignante multidisciplinaire et compétente dans la prise en charge du delirium.
4. Aborder le problème des troubles cognitifs et la désorientation par un environnement sécurisant pour la personne (horloge et calendrier disponibles, activités de stimulation cognitive, visites régulières de personnes familières, etc.).
5. Prévenir et traiter la déshydratation et la constipation.
6. Optimiser l'état d'oxygénation de la personne.
7. Prévenir et traiter les infections, incluant les recommandations NICE sur le contrôle des infections.
8. Prévenir l'immobilisation, en encourageant la marche, l'utilisation d'aide technique appropriée à la mobilité si indiquée, etc.
9. Évaluer et traiter la douleur.
10. Réviser la médication, en tenant compte du type et du nombre de médicament.
11. Prévenir et corriger la dénutrition, incluant les recommandations NICE sur la nutrition chez l'adulte et s'assurer que la personne porte ses prothèses dentaires si approprié.
12. Corriger les déficits sensoriels en traitant les causes réversibles et en utilisant les aides techniques appropriées si indiquées.
13. Favoriser un sommeil adéquat et une bonne hygiène du sommeil en assurant un environnement adéquat (par exemple, éviter de réveiller la personne durant la nuit, diminuer le bruit durant les heures de sommeil, ajuster l'horaire des médicaments pour éviter de réveiller la personne, etc.).

Interventions spécialisées

Dépister

Interventions spécialisées

État cognitif et comportements

Nutrition et hydratation / élimination

Autonomie et mobilité

État cognitif et comportements

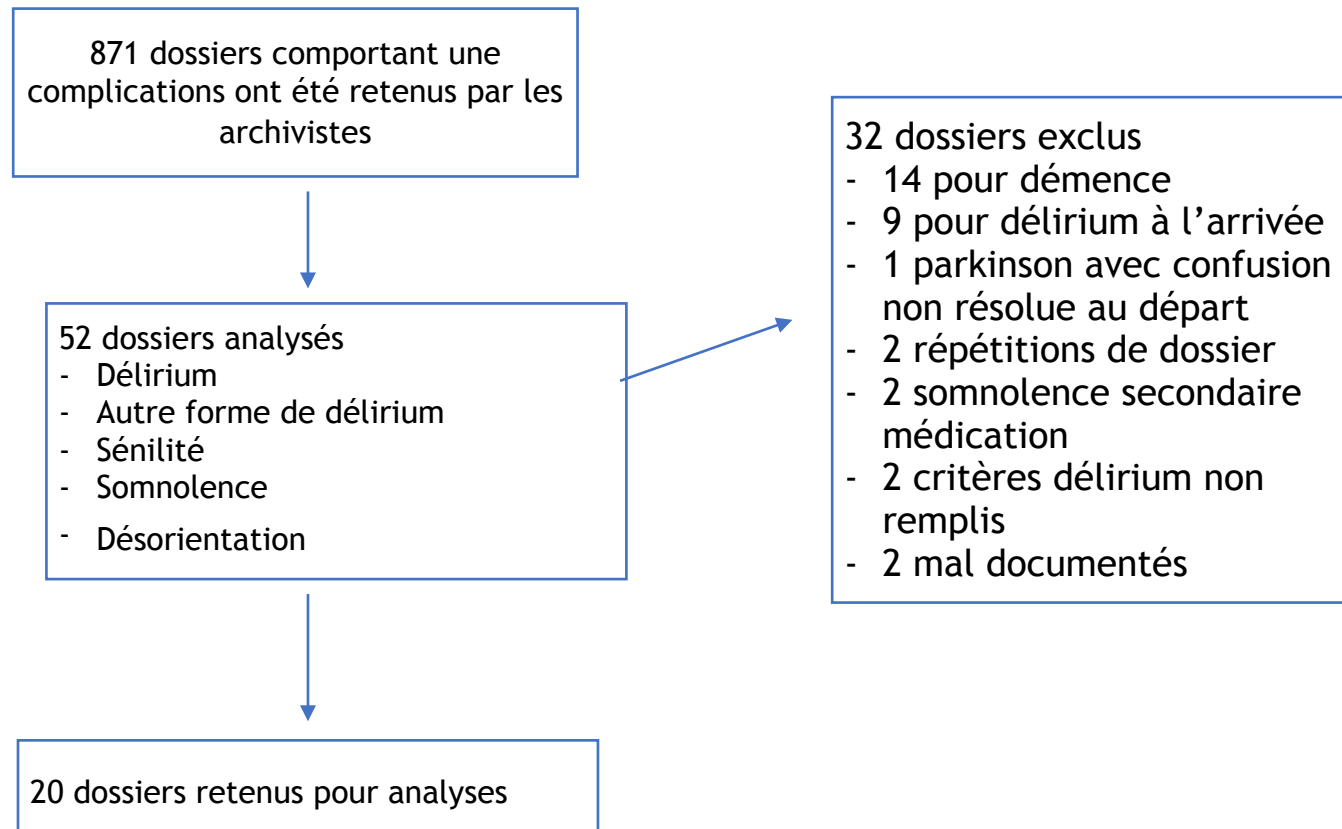
Nutrition et hydratation

État cognitif et comportements

Sommeil

Diagramme de Venn

- Dossiers des patients hospitalisés en médecine familiale au CHAUR de Trois-Rivières de mars 2019 à avril 2020



Critères d'inclusion

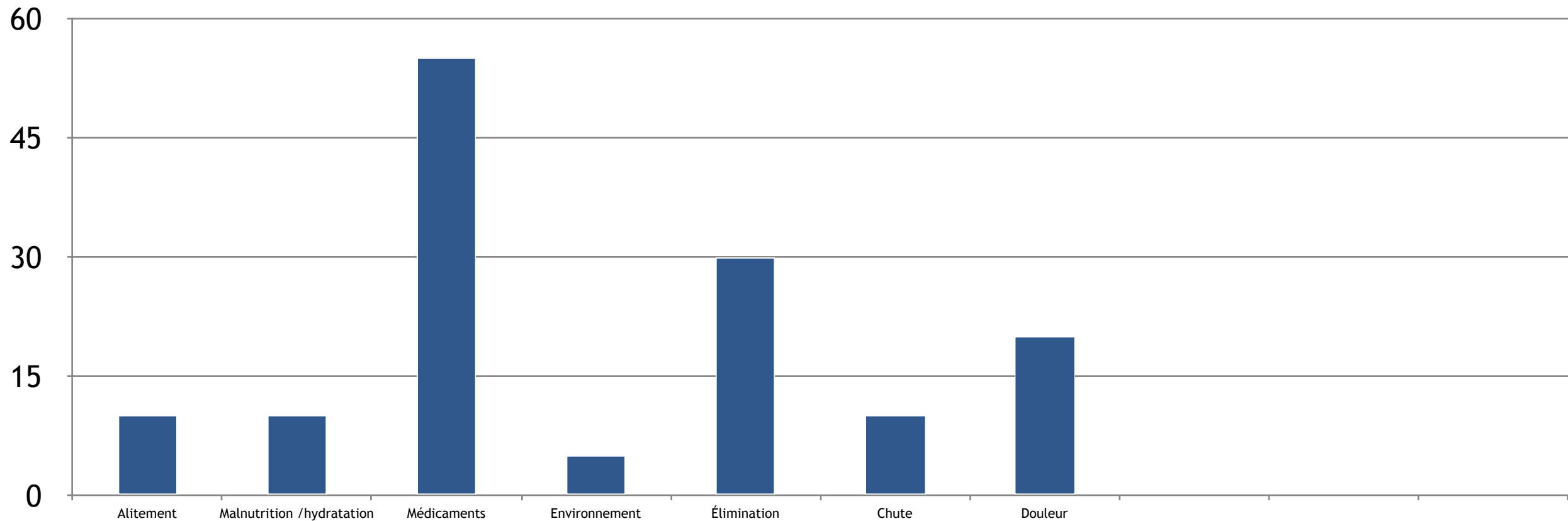
- Remplir les critères du délirium (critère du DSM 5)
- Pas de démence sous-jacente
- Délirium développé lors de l'hospitalisation

Critères d'exclusion

- Critère dx non remplis
- Délirium présent à l'admission
- Démence

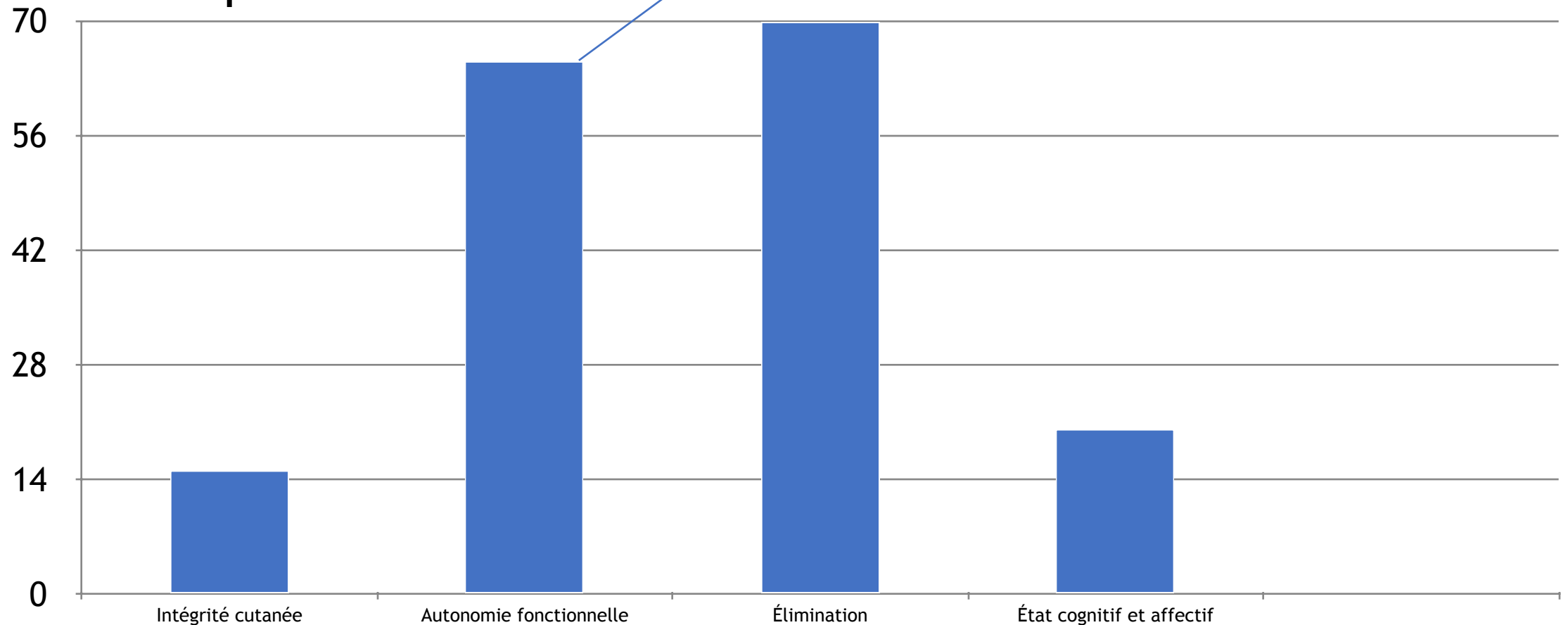
Analyse des dossiers

- Facteurs précipitants (présence en pourcentage)



Analyse des dossiers

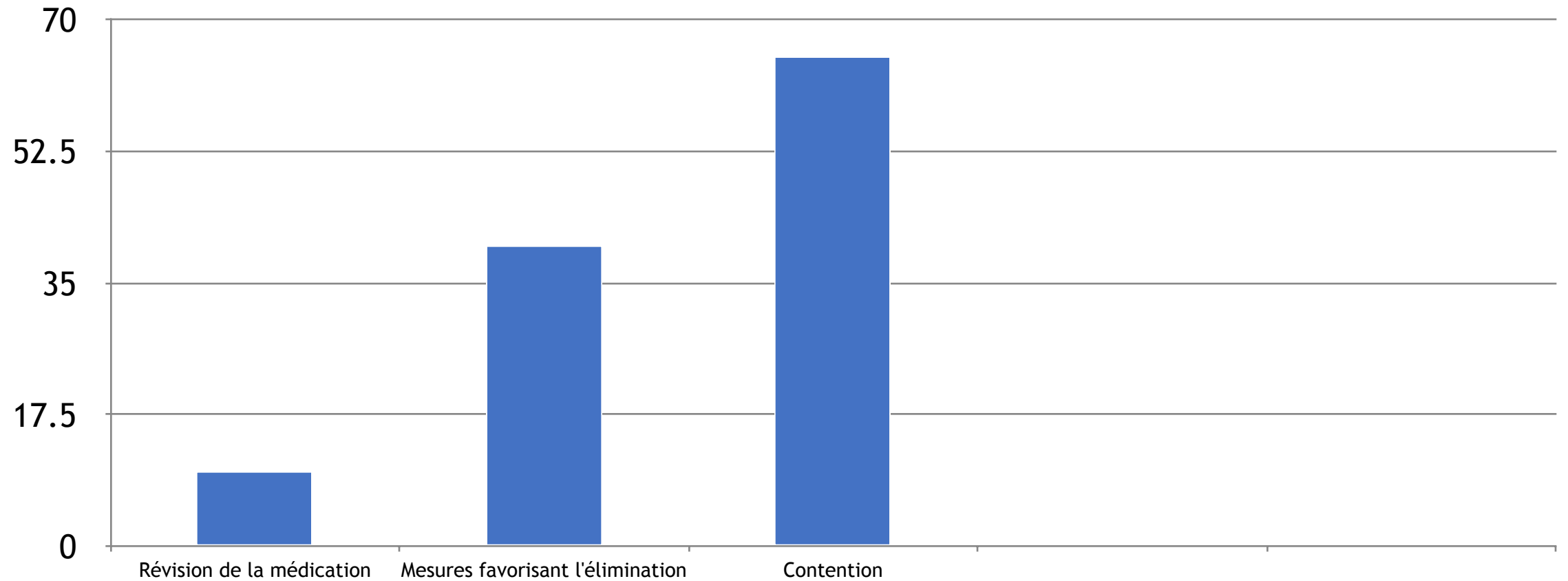
- Mesures préventives



Souvent équipe multi pas dans le dossier avant le délirium ou mise sur pause per délirium

Analyse des dossiers

- Interventions mises en place



Limites de l'étude

- Dépend ++ de la qualité de la documentation
- Certaines notes non lisibles
- Document-on vraiment tous les complications en cours d'hospitalisation ?
- Plusieurs facteurs préventif et mesures de traitement sûrement fait de façon systématique mais aucune trace dans le dossier médical (révision de la médication à l'admission, chambre seul VS à plusieurs, couche d'incontinence ajouter per H VS déjà présente, présence d'un calendrier et d'une horloge dans la chambre etc.)

Recommandations

- Fauteuil TID pour intégrité de la peau
- Mettre de façon systématique laxatif PRN + protocole de selle
- Demander marche au corridor au moins DIE avec préposé lorsque équipe multi tarde à entrer au dossier
- Révision systématique de la médication

Traitements		
Allergie à :	Taille (cm) :	Poids (kg) :
ADMISSION MÉDECINE GÉNÉRALE AU NOM DU DR :		
DIETE :		
☐ Normale	☐ Légère	☐ Diabétique
☐ Sans salière	☐ NPO	☐ Restriction hydrique : _____
SOINS ET SURVEILLANCES :		
Signes vitaux	☐ DIE	☐ BID
☐ T° rectale _____	☐ QID	☐ Autre : _____
☐ Glycémie capillaire QID	☐ O ₂ pour SaO ₂ : _____ %	☐ TA couchée + debout x 3
☐ Sonde urinaire	☐ Poids DIE ou _____	☐ Signes neurologiques aux _____ h
☐ Ingesta / excréta aux 8 h	☐ Autre : _____	
MOBILISATION :		
☐ Fauteuil TID	☐ Marche selon tolérance	☐ Repos strict
☐ Pas de mise en charge		

Ajouter une marche Die au corridor avec préposé ad prise en charge de l'équipe multi

☐ Acétaminophène _____ mg PO régulier	☐ BID	☐ TID	☐ QID
GASTRO-INTESTINAL :			
☐ Dimenhhydrinate (Gravol®) _____ mg PO/IR aux 6 h PRN si nausée			
☐ Prochlorpérazine (Stemetil®) 10 mg PO/ IR aux 6 h PRN si nausée			
☐ Protocole de selles aux 3 jours PRN si pas de selles			
☐ Polyethylene glycol 3350 (Lax-a-Day®) 17g PO DIE ☐ PRN ☐ Régulier			
☐ Docusate de sodium (Colace®) 100 mg PO _____ Caps. ☐ DIE ☐ BID Préciser : ☐ PRN ☐ Régulier			
☐ Sennosides (Senokot®) 12 mg PO _____ co ☐ DIE ☐ BID Préciser : ☐ PRN ☐ Régulier			

Bibliographie

Kergoat, M-J. et all. (2011). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Gouvernement du Québec.

Minh Vu, T. T. (2011). Prise de position de la SQG sur la prise en charge du délirium. La société québécoise de gériatrie.

Francis, J. (2021). Delirium and acute confusional states : Prevention, treatment, and prognosis.
[https://www.uptodate.com/contents/search?
search=délirium&sp=0&searchType=PLAIN_TEXT&source=USER_INPUT&searchControl=TOP_PULLD
OWN&searchOffset=1&autoComplete=false&language=&max=0&index=&autoCompleteTerm=](https://www.uptodate.com/contents/search?search=délirium&sp=0&searchType=PLAIN_TEXT&source=USER_INPUT&searchControl=TOP_PULLDOWN&searchOffset=1&autoComplete=false&language=&max=0&index=&autoCompleteTerm=)

Remerciements

- Merci à Dr. Brousseau-Foley pour l'accompagnement tout au long de notre projet de recherche.
- Merci aux archivistes médicales

