



## Fiche clinique : AGITATION TERMINALE ET DÉLIRIUM

### 1. Agitation terminale

En soins palliatifs et en fin de vie, l'agitation fait partie de ces situations urgentes à considérer et à surveiller, car elle perturbe grandement la personne et déstabilise les proches/famille et les soignants.

Dans les derniers jours et les dernières heures de vie, 25 à 85 %<sup>1</sup> des personnes manifesteront des signes et des symptômes d'agitation terminale. Il ne faut donc pas hésiter à entreprendre rapidement les interventions appropriées pour la contrôler.

#### 1.1 Causes

Elles peuvent être multiples et des facteurs physiologiques sont souvent à l'origine de l'agitation :

- Difficulté respiratoire
- Douleur mal contrôlée
- Anxiété
- Globe vésical
- Constipation, fécalome
- Réaction paradoxale à une médication ou un sevrage d'un médicament ou d'alcool
- Signes de délirium

Un traitement pharmacologique est souvent nécessaire pour soulager l'agitation terminale, mais il est important d'exclure les causes potentiellement réversibles. L'infirmière doit les rechercher, les évaluer et appliquer les mesures appropriées pour les soulager, ex. : faire un cathétérisme en cas de rétention urinaire, faire un curage rectal pour la personne qui présente un fécalome, soulager la dyspnée en administrant un opioïde.

### 2. Délirium

La personne en soins palliatifs et en phase terminale présente un haut risque de développer un délirium en raison de sa condition physiologique et de la médication qu'elle reçoit. La rapidité de détection permettra une rapidité d'intervention pour tenter de le renverser, le traiter et en diminuer les impacts.

#### 2.1 Causes

- Médicamenteuse: opioïdes, stéroïdes, benzodiazépines, les médicaments à effets anticholinergiques, anticonvulsivants, etc.
- Symptômes mal contrôlés: douleur, constipation, anxiété, etc.
- Progression de la maladie: déshydratation, atteintes cérébrales directes, déséquilibres métaboliques, insuffisance des organes, processus infectieux, fièvre, rétention urinaire, hypoxie, etc.

### 3. Conséquences/impacts

Le délirium et l'agitation doivent être considérés comme des symptômes sérieux et urgents. Les personnes souffrant de délirium léger et modéré peuvent avoir conscience de ce qui leur arrive et vivent ces moments avec beaucoup d'anxiété, de peur et de détresse. Ces symptômes les exposent dans leur vulnérabilité.

<sup>1</sup> Source : Guide pratique des soins palliatifs, Gestion de la douleur et autres symptômes, APES 2008



## Fiche clinique : AGITATION TERMINALE ET DÉLIRIUM

---

Les proches/famille sont évidemment très affectés par la situation et peuvent avoir de la difficulté à comprendre ces changements soudains. Ils ne reconnaissent plus la personne qu'ils aiment et ne parviennent plus à entrer en contact avec elle. Ils peuvent être blessés et attristés par des gestes ou des paroles à leur égard lors de comportement agressif de la personne. Il est donc essentiel de les informer sur l'origine et la nature du problème, de son caractère fluctuant et du but ultime des interventions visant le soulagement des souffrances tout en acceptant l'effet secondaire possible de sédation de la médication.

### 4. Les types de délirium

Cliniquement, on peut observer 3 types de délirium :

- Hyperactif : Agitation psychomotrice, agressivité physique, hypervigilance, délire, hallucinations, etc.
- Hypoactif : Léthargie, hypovigilance, ralentissement psychomoteur, somnolence, retrait, etc. Ce type est plus difficile à déceler en clinique, passe souvent inaperçu et est plus fréquent que le type hyperactif
- Mixte : Alternance entre les types hyperactif et hypoactif

### 5. Critères de diagnostic du délirium

Le délirium se définit par la présence des signes suivants :

- Une perturbation de l'état de conscience
- Incapacité de soutenir l'attention (difficulté à diriger son attention, à se concentrer, oubli des consignes)
- Des atteintes cognitives (ex. : troubles de la mémoire ou désorientation) ou perceptuelles (hallucinations, illusions et des idées délirantes)
- L'histoire et l'examen clinique tendent à démontrer que le délirium est causé par les conséquences physiologiques d'un problème de santé
- La survenue rapide des symptômes, généralement de quelques heures à quelques jours et la fluctuation de ces symptômes sur une période de 24 heures

### 6. Dépistage du délirium

Il est indispensable d'utiliser systématiquement et régulièrement un outil de dépistage pour déceler les signes de confusion aiguë dès qu'ils se manifestent afin d'éviter que le délirium s'installe ou pour en limiter les impacts.

L'échelle de dépistage du délirium (Gaudreau, JD., et al., 2005), est la version française de l'outil d'évaluation Nu-DESC (*The Nursing Delirium Screening Scale*). Cet outil de dépistage a été développé à l'intention du personnel infirmier.

Cette grille est basée sur l'observation de 5 manifestations comportementales de délirium et permet une évaluation rapide de la gravité des symptômes de la confusion :

- Désorientation
- Comportement inapproprié
- Communication inappropriée
- Illusions/hallucinations
- Ralentissement physique/mental

Un score de 0, 1 ou 2 est attribué à chaque manifestation selon la présence et son intensité. Le résultat est positif lorsqu'on obtient un score de  $\geq 2$ . L'infirmière doit alors aviser le médecin pour convenir des prochaines interventions.



## Fiche clinique : AGITATION TERMINALE ET DÉLIRIUM

---

Puisque le délirium est un phénomène fluctuant, une utilisation quotidienne de l'échelle de dépistage du délirium permet la surveillance étroite pour mieux le détecter. Une évaluation fréquente permet d'obtenir le portrait précis de l'état cognitif et physique de la personne et de documenter son évolution. La comparaison des données obtenues révèle les périodes de fluctuations et les changements des fonctions mentales qui confirment la présence d'un délirium.

### 7. Démarche clinique de l'agitation terminale et du délirium par l'infirmière

#### 7.1 Évaluation clinique de l'infirmière

- Connaître l'histoire de santé, le stade de la maladie, ATCD médicaux
- Revoir le profil médicamenteux avec le médecin. Vérifier s'il y a un lien entre l'apparition des symptômes et les changements récents de la médication. Revoir les derniers résultats de laboratoire si lien soupçonné. D'autres demandes d'examen de laboratoire n'ont plus d'utilité thérapeutique en fin de vie.
- Faire la collecte de données subjectives par l'outil d'évaluation PQRST-U pour la personne capable de répondre aux questions et de décrire son inconfort

#### 7.2 Recherche des causes potentielles de l'agitation/délirium et correction des causes réversibles si l'état de santé le permet

#### 7.3 Observation/notification des comportements d'agitation

- Comment l'agitation se manifeste-t-elle? Avec quelle intensité?
- À quel moment se présentent les comportements d'agitation, au réveil, la nuit, à la mobilisation, lors de la prise de médicaments, lors d'un événement émotionnel particulier, etc. ?

#### 7.4 Recherche/notification de l'absence ou la présence de 5 manifestations comportementales de délirium en complétant l'échelle de dépistage du délirium tous les jours et à chaque quart de travail

- Désorientation dans le temps et dans l'espace, ou mauvais discernement des personnes de son entourage, ex. : se trompe de chambre, fait de l'errance, ne reconnaît plus ses proches, etc.
- Comportements inappropriés, ex. : agitée, réagit de façon exacerbée aux stimuli, etc.
- Communication inadéquate, ex. : entretient une conversation décousue, non pertinente, passe d'un sujet à un autre, tient des idées illogiques et un langage incompréhensible, etc.
- Illusions/hallucinations?
- Ralentissement physique ou mental comparativement à son état habituel?

#### 7.5 Recherche des autres symptômes pour confirmer un délirium

- Début soudain d'un changement de l'état mental
- Évolution fluctuante durant la journée, ex. : présent/absent ou fluctuation en intensité
- Altération de l'état de conscience (niveau de conscience : alerte, vigilant, léthargique, stupeur, coma)
- Diminution de l'attention, ex. : difficulté à focaliser son attention, distrait et difficulté à retenir l'information et les consignes, etc.

#### 7.6 Validation de la perception des autres professionnels en regard du comportement de la personne



## Fiche clinique : AGITATION TERMINALE ET DÉLIRIUM

---

**7.7 Exploration auprès des proches/famille de leur perception du comportement en comparaison au comportement habituel. Ils peuvent détecter des changements subtils et alerter le personnel infirmier**

**7.8 Examen physique ciblé selon l'état de santé et le pronostic**

**7.9 Constat PTI, directives infirmières**

**8. Note au dossier tous les jours et à chaque quart de travail**

Consigner les observations cliniques et les résultats obtenus à l'échelle de dépistage du délirium.

**9. Approche thérapeutique de l'agitation et du délirium**

Le traitement de l'agitation terminale et du délirium implique la compréhension de l'état médical de la personne, du stade de sa maladie, et la recherche des causes réversibles. Par compte, le délirium n'est pas toujours réversible dans les 24 à 48 dernières heures de la vie. Il est souvent un signe de mauvais pronostic.

Si la mort est perçue comme imminente, le contrôle des symptômes devient le seul but visé et toute investigation supplémentaire devient inopportune.

Les approches non pharmacologiques ciblées au niveau de l'environnement, la sécurité, la communication devraient constituer une démarche importante et indissociable au traitement pharmacologique. L'équipe de soins doit toujours considérer l'éventualité d'un délirium en fin de vie compte tenu de son incidence élevée. En discutant avec les proches/famille de la possibilité qu'une telle situation se présente, ceux-ci seront mieux préparés.

La pharmacologie est basée sur le contrôle des symptômes plus que sur le diagnostic. Un traitement neuroleptique s'impose aussitôt que possible, car le délirium est source d'un grand inconfort. L'halopéridol et le méthotriméprazine sont les plus utilisés. Le but étant de diminuer les symptômes anxiogènes et les comportements inappropriés.

D'autres options sont disponibles. Les antipsychotiques typiques agissent plus rapidement que les antipsychotiques atypiques et la possibilité de les administrer par voie S.C. et la voie bucco-gingivale est intéressante.

En ces moments difficiles, l'équipe de soins doit être à la hauteur en offrant des soins infirmiers justes, compétents, soutenant et rassurants à la personne et ses proches/famille pour que l'expérience de fin de vie reste positive jusqu'aux derniers moments.

**Se référer**

- Algorithme de l'agitation terminale et délirium.
- Formulaire de l'échelle de dépistage du délirium.