

ECHELLE DE DETECTION ET D'OBSERVATION DU DELIRE (EDOD) (version 0 – 1)

date:

nom du patient:

OBSERVATIONS Le patient:		service de jour <<			service tard <<			service de nuit <<			TOTAL SCORE CETTE JOURNEE (0 - 39)
		noit	parfois - toujours	Ne sais pas	jamais	parfois - toujours	Ne sais pas	jamais	parfois - toujours	Ne sais pas	
1	S'assoupit (somnole) pendant une conversation ou des activités	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
2	Est facilement distrait par les stimuli extérieurs	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
3	Prête attention à la discussion ou aux actions	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
4	Pose une question ou ne répond pas complètement	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
5	Donne des réponses qui ne correspondent pas à la question	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
6	Réagit lentement aux ordres	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
7	Pense se trouver ailleurs	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
8	Réalise quand même dans quelle partie de la journée on se trouve	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
9	Se souvient des événements récents	1	0	-	1	0	-	1	0	-	
10	Tripote à tout (chiffonne les draps, les vêtements, ...), est désordonné, agité	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
11	Est relié à une perfusion, une sonde, un cathéter, etc.	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
12	S'émeut facilement ou subitement	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
13	A des hallucinations/entend des voix	0	1	-	0	1	-	0	1	-	
SCORE TOTAL PAR SERVICE (0 – 13)											
DOS ECHELLE SCORE FINAL = SCORE TOTAL CETTE JOURNEE / 3											



score ECHELLE DOD	< 3	Pas de délire
	≥ 3	Délire probable

EXPLICATIONS

Source: Schuurmans M.J., Shortridge-Baggett L.M. & Duursma S.A. (2003b) The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium. (un instrument de dépistage du délire) Research and Theory for Nursing Practice 17, 31–50. Pour de plus amples informations, vous pouvez vous adresser à Marieke Schuurmans, Haute Ecole d'Utrecht, Section Infirmières, chambre 3.100, Bolognalaan 101, 3584 CJ Utrecht, par e-mail à l'adresse suivante: M.Schuurmans@fg.hvu.nl

Introduction

Le délire est une des formes les plus fréquentes de psychopathologie que l'on rencontre chez les patients d'un certain âge et chez les patients se trouvant en phase finale de leur vie. Ce qu'il y a de caractéristique pour le délire, c'est l'apparition rapide et l'alternance des symptômes. L'Echelle de Détection et d'Observation du Délire comprend 13 observations de comportement (verbal et non-verbal) qui représentent les symptômes du délire. Ces observations peuvent être effectuées pendant les contacts réguliers avec le patient. Afin de bien reconnaître le délire, il est important de mettre par écrit l'observation du comportement par service/shift. Si toutefois vous n'êtes en contact avec le client qu'une seule fois par jour (ex. soins à domicile), une observation unique suffit.

Evaluation

jamais	L'observation décrite n'a été rencontrée aucune fois lors des contacts avec le patient pendant ce service (ENTOUREZ LE NOMBRE DANS CETTE COLONNE)
parfois - toujours	L'observation décrite a été rencontrée une ou plusieurs fois ou même à chaque fois lors des contacts avec le patient pendant ce service (ENTOUREZ LE NOMBRE DANS CETTE COLONNE)
Ne sais pas	L'observation décrite n'a pas été rencontrée lors des contacts avec le patient pendant ce service parce que le patient dormait toujours ou n'établissait aucun contact verbal ou parce que l'évaluateur ne s'estime pas en mesure d'évaluer la présence ou l'absence (ENTOUREZ)

Explication/exemples supplémentaires

Une personne **est facilement distraite par les stimuli extérieurs** lorsqu'il/elle réagit de façon verbale ou non-verbale aux bruits ou mouvements qui ne se rapportent pas à lui/elle et dont la nature fait qu'on ne devrait pas s'attendre à une réaction de sa part (par exemple, il est normal qu'une personne réagisse aux hurlements dans le couloir mais par contre, il n'est pas normal qu'une personne réagisse à une question posée calmement à un autre patient). Une personne **prête attention à la discussion ou aux actions** quand il/elle fait montre, de façon verbale ou non-verbale, de suivre la discussion ou l'action. Une personne **réagit lentement aux ordres** lorsque les actions sont ralenties et/ou quand il y a des moments de silence/d'inactivité avant de d'exécuter l'action. Une personne **pense se trouver ailleurs** quand il/elle le fait paraître dans ses paroles ou ses actes (quelqu'un qui vous demande par exemple de prendre quelque chose qui se trouve sur le dressoir ou quelqu'un qui interprète l'environnement d'une autre manière qu'un hôpital)

Une personne **se rend compte dans quelle partie de la journée on est** quand il/elle le fait paraître dans ses paroles ou ses actes (quelqu'un qui se lève par exemple en plein milieu de la nuit pour prendre une douche n'a généralement pas notion de la partie de la journée dans laquelle on se situe. Une personne **se souvient des événements récents** quand par exemple il/elle peut raconter avec exactitude s'il/si elle a reçu une de la visite et ce qu'il/elle a mangé. Une personne **s'émeut facilement ou subitement** quand il/elle manifeste des émotions fortes sans raison ou lorsque l'intensité de l'émotion ne semble pas correspondre à ce qui l'a provoquée (par exemple quelqu'un qui commence à pleurer sans raison apparente ou qui se montre très anxieux à l'idée de devoir se laver ou qui se fâche si le thé est froid. Une personne a des hallucinations/entend des voix quand il/elle le fait paraître de façon verbale (vérifier !) ou non-verbale (par exemple qui veut déplacer des objets qui ne sont pas visibles ou qui réagit à la présence de personnes ou d'animaux qui ne sont en réalité pas présents.

Score

Dans le cas de plusieurs observations par jour

- Un score total est calculé par service en faisant l'addition du nombre de uns entourés; le **score total par service** est de minimum 0 et maximum 13
- Les scores totaux des trois services sont additionnés jusqu'à obtenir le **score total de la journée**; le score total de la journée est de minimum 0 et de maximum 39
- Le **Score final à l'Echelle DOD** est calculé en divisant le score total de la journée par 3; le score final DOD se situe entre 0 et 13

- un Score final à l'Echelle DOD < 3 signifie que le patient ne délire probablement pas, un Score final à l'Echelle DOD ≥ 3 signifie qu'il est bien probable que le patient soit atteint de délire

*dans un groupe de 92 patients qui souffrent d'une fracture de la hanche, dont 18 sont atteints de délire, 94,4% (Echelle de sensibilité DOD) des patients délirants ont obtenu un score supérieur ou égal à 3 et 76.6% (Echelle de spécificité DOD) des patients non-délirants ont obtenu un score inférieur à 3 (0-2) Cela veut dire que les patients ayant obtenu un score supérieur ou égal à 3 ne sont pas tout à fait délirants tandis qu'il est pratiquement certain que les patients ayant obtenu un score inférieur à 3 ne sont pas atteints de délire (Schuurmans, 2001)

Dans le cas d'une seule observation par jour

- Un score total est calculé en additionnant le nombre de uns entourés: Le score total de ce service est de minimum 0 et de maximum 13 et est également le score final à l'Echelle DOD
- un Score final à l'Echelle DOD < 3 signifie que le patient ne délire probablement pas, un Score final à l'Echelle DOD ≥ 3 signifie qu'il est bien probable que le patient soit atteint de délire