



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Ouest-de-
l'Île-de-Montréal
Québec 

Delirium Index Version française

Un outil d'évaluation pour mesurer la sévérité du delirium

Développé par:

Jane McCusker, MD, DrPH

Martin Cole, MD, FRCPC

Pour plus d'informations, contacter jane.mccusker@mcgill.ca

Financé par:



Centre de recherche de St. Mary
Centre hospitalier de St. Mary
3830 avenue Lacombe, Montréal, Québec, H3T 1M5,
Canada

7 décembre 2021

DELIRIUM INDEX

UN OUTIL D'ÉVALUATION POUR MESURER LA SÉVÉRITÉ DU DELIRIUM

Le Delirium Index est un outil d'évaluation permettant de mesurer la gravité des symptômes de delirium (l'état confusionnel aigu). La mesure repose entièrement sur l'observation du patient sans nécessiter d'informations additionnelles de la part de ses proches, du personnel infirmier ou de données provenant de son dossier médical. Cette échelle de mesure a été conçue afin d'être utilisée conjointement avec le Mini Mental State Exam (MMSE) ou un test cognitif similaire. Les cinq premières questions du MMSE font partie de la base d'observation. Des questions additionnelles peuvent être nécessaires pour obtenir un score concernant certains symptômes.

1) Inattention

0. Attentif;
1. Généralement attentif mais a fait au moins 1 erreur en épelant le mot MONDE à l'envers;
2. Peut généralement répondre aux questions, mais est facilement distrait et a parfois de la difficulté à suivre les questions. Peut avoir de la difficulté à porter son attention sur de nouvelles questions, ou les questions doivent être répétées plusieurs fois;
3. Ne réponds pas ou est totalement incapable de suivre ou de répondre aux questions. A beaucoup de difficulté à garder son attention et est souvent distrait par d'autres stimuli;
9. Impossible à évaluer (ou patient refuse)

2) Désorganisation de la pensée

0. Des réponses logiques, cohérentes, et pertinentes;
1. Des réponses vagues et nébuleuses;
2. Une pensée qui est occasionnellement illogique, incohérente, ou non pertinente;
3. Ne répond pas ou sa pensée est fragmentée, illogique, incohérente et non pertinente;
9. Impossible à évaluer (ou patient refuse)

3) État de conscience

0. Alerté ;
1. a) Vigilant (hyper alerte)
b) Hypovigilant (yeux fixes, diminution de réaction aux questions);
2. Somnolent; répond aux questions seulement si le ton de voix est élevé;
3. Sans réaction ou comateux;

4) Désorientation spatio-temporelle

Voir MMSE questions 1-2. Des questions additionnelles sur l'âge, la date et le lieu de naissance peuvent être utilisées.

0. Sait la date d'aujourd'hui (± 1 jour) et le nom de l'hôpital;
1. Ne sait pas la date (± 1 jour) ou ne sait pas le nom de l'hôpital;
2. Ne sait pas le mois ou l'année ou ne sait pas qu'il est dans un hôpital;
3. Ne répond pas ou ne sait pas son nom ou sa date de naissance;
9. Impossible à évaluer (ou patient refuse)

5) Problèmes de mémoire

0. Se rappelle des 3 mots ou des détails de son hospitalisation;
1. Ne se rappelle pas 1 des 3 mots ou a de la difficulté à se rappeler des détails de son hospitalisation;
2. Ne se rappelle pas 2 des 3 mots ou se rappelle peu des détails de son hospitalisation;
3. Ne répond pas ou ne se rappelle d'aucun des 3 mots ou des détails de son hospitalisation;
9. Impossible à évaluer (ou patient refuse)

6) Troubles perceptuels

0. Ne répond pas ou n'a pas de troubles perceptuels;
1. Interprète mal les stimuli (ex: interpréter le claquement d'une porte comme un coup de fusil)
2. A occasionnellement des hallucinations non menaçantes;
3. A fréquemment des hallucinations menaçantes.

7a) Augmentation de l'activité motrice

0. Pas d'augmentation de l'activité motrice ;
1. Répond bien aux questions mais bouge fréquemment;
2. Bouge continuellement (pourrait avoir des contentions);
3. Est agité, difficile à contrôler (contention nécessaire)

7b) Diminution de l'activité motrice

0. Pas de diminution de l'activité motrice ;
1. Lent/léthargique ;
2. Bouge lentement et peu de mouvements volontaires ;
3. Aucun mouvement volontaire.

Score :

1. Le score total représente la somme des scores obtenus pour les 7 questions.
2. Si un score de « 9 » est accordé pour les questions 1, 2, 4 ou 5, remplacez le 9 par le score accordé pour la question 3.

Références:

1. McCusker J, Cole M, Bellavance F, Primeau F. The reliability and validity of a new measure of severity of delirium. *International Psychogeriatrics*, 10(4): 421-433, 1998.
2. McCusker J, Cole M, Dendukuri N, Belzile E. The Delirium Index, a measure of the severity of delirium: New findings on reliability, validity, and responsiveness. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(10):1744-1749, 2004.