

# GESTION DES ANTIPSYCHOTIQUES DANS LE TRAITEMENT DU DELIRIUM EN UCDG

ANNEXE 6 DU DOCUMENT «GUIDE DE GESTION MÉDICAMENTEUSE EN UCDG – 3<sup>ÈME</sup> ÉDITION» [1]

*Cette fiche pratique est présentée à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du médecin ou du pharmacien.*

## Auteurs :

James Hill, Pharm.D., M.Sc., BCPS, pharmacien, Hôpital régional de Rimouski, CISSS du Bas-St-Laurent  
Doris Clerc, M.D., gériopsychiatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal,  
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal,

Édition 2021



Regroupement des Unités de Courte Durée Gériatriques  
et des services hospitaliers de gériatrie du Québec

## Révisure:

Marie-Jeanne Kergoat, M.D., gériatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal,  
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Deuxième édition : 2017 [2]

Première édition : 2015 [3]

Illustrations : Victoire K-Bezeau

## GÉNÉRALITÉS

Le delirium se définit comme une perturbation de l'état mental à début soudain, de durée généralement brève et dont les symptômes sont fluctuants. Les manifestations cardinales sont les perturbations de l'état de conscience et de l'attention associées à des changements cognitifs ou des perturbations perceptuelles. On lui reconnaît les formes hyperactive (agitation psychomotrice avec ou sans agressivité, hypervigilance, symptômes psychotiques), hypoactive (sommolence, léthargie, ralentissement psychomoteur, apathie) et mixte (combinaison de symptômes des deux formes) [4-7]. Il peut être aigu (heures ou jours) ou persistant (semaines ou mois).

Tableau 1. Critères diagnostiques du delirium selon le DSM-5 [8]

Critères	Spécifier si le delirium est :
<p>A. Une perturbation de l'<b>attention</b> (i.e. diminution de la capacité de diriger, concentrer, maintenir et changer son attention) et de la <b>prise de conscience</b> (diminution de l'orientation à l'environnement)</p> <p>B. La perturbation se développe sur une <b>courte période de temps</b> (habituellement sur quelques heures ou quelques jours), représente un <b>changement du niveau de base</b> de l'attention et la prise de conscience, et <b>tend à fluctuer en intensité au cours d'une même journée</b></p> <p>C. Une <b>perturbation additionnelle dans la cognition</b> (ex. mémoire, orientation, langage, habileté visuospatiale ou perception)</p> <p>D. Les perturbations des critères A et B ne sont <b>pas expliquées par un désordre neurocognitif</b> préexistant, établi ou évolutif et ne se produisent pas dans le contexte d'une diminution sévère du niveau de conscience, comme un coma</p> <p>E. Il y a évidence, à partir de l'histoire, de l'examen physique ou des résultats de laboratoire que la perturbation est une conséquence physiologique directe d'une autre <b>condition médicale, intoxication</b> à une substance ou d'un sevrage (i.e. abus de drogue ou de médicament) ou exposition à une <b>toxine</b> ou à de <b>multiples étiologies</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Secondaire à une substance (alcool, cannabis, phencyclidine, autres hallucinogènes, inhalant, opioïde, sédatif, hypnotique, anxiolytique, amphétamine (ou autre stimulant), cocaïne, autre substance (ou substance inconnue))</li><li>• Secondaire à un sevrage de substance</li><li>• Induit par un médicament</li><li>• Induit par une condition médicale</li><li>• Induit par de multiples étiologies</li></ul> <p><u>Durée</u> : aigu ou persistant</p> <p><u>Caractère</u> : hyperactif, hypoactif ou mixte</p>

Le delirium est un problème très répandu parmi les personnes âgées hospitalisées, sa prévalence à l'admission variant de 14 % à 24 % et son incidence en cours d'hospitalisation de 6 % à 56 % [9]. Malheureusement, il demeure trop peu reconnu, particulièrement dans sa forme hypoactive, et ce, même s'il est associé à une morbidité et une mortalité considérable [10]. Malgré l'abondante littérature concernant le delirium, nous disposons de très peu d'études scientifiques rigoureuses concernant la prise en charge optimale de ce

syndrome gériatrique. La majorité des recommandations des guides de pratique concernant le traitement du delirium sont donc issues de consensus d'experts et de l'expérience clinique [4-7, 11-14]. Nous vous invitons à consulter le référentiel intitulé « [Approche interprofessionnelle structurée pour la prévention, l'évaluation et la gestion des comportements perturbateurs reliés au delirium et autres TNC en UCDG](#) » produit en 2018 par sous-comité sur les outils cliniques et administratifs du RUSHGQ [15].

## DÉMARCHE CLINIQUE

### La prévention

La reconnaissance des patients à risque de développer un delirium et l'application d'interventions préventives interprofessionnelles permettent de réduire l'incidence du delirium de 31% [16]. Il est donc primordial de reconnaître les patients à risque, présentant une combinaison variée de facteurs prédisposants et de facteurs précipitants [4-7, 17]. Il y a une interrelation entre la vulnérabilité du patient et les facteurs précipitants. Ainsi, un patient très vulnérable (ex : un patient très âgé ayant plusieurs comorbidités) est susceptible de développer un delirium avec un facteur précipitant minime (ex : infection urinaire sans complication, changement de milieu de vie), alors qu'un patient moins vulnérable (ex : un patient de 70 ans avec un diabète et une hypertension artérielle bien contrôlés) nécessitera un facteur précipitant plus sévère (ex : une septicémie sur une infection urinaire).

**Tableau 2 : Facteurs prédisposants et précipitants du delirium [4-7, 17, 18]**

Facteurs prédisposants	Facteurs précipitants
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge avancé</li> <li>• Sexe masculin</li> <li>• Atteinte neurosensorielle (déficit visuel et/ou auditif)</li> <li>• Déshydratation/dénutrition</li> <li>• Démence<sup>1</sup> et autres atteintes du SNC (AVC, Parkinson...)</li> <li>• Trouble psychiatrique (particulièrement la dépression)</li> <li>• Incapacités fonctionnelles</li> <li>• Alcoolisme</li> <li>• Présence de comorbidités</li> <li>• Présence d'une polypharmacie (narcotiques, psychotropes, anticholinergiques)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicaments               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Polypharmacie</li> <li>○ Certains médicaments sont plus susceptibles de causer un delirium (cf. tableau 2)</li> </ul> </li> <li>• Maladie physique intercurrente</li> <li>• Rétention urinaire</li> <li>• Fécalome</li> <li>• Entraves à la mobilité (<b>contentions</b>, sonde urinaire, soluté...)</li> <li>• Douleur</li> <li>• Évènement iatrogénique</li> <li>• Surcharge ou déprivation sensorielle (ex. : dans le contexte d'une hospitalisation aux soins intensifs)</li> </ul>

Une histoire médicamenteuse complète incluant la prise de médicaments de vente libre et les produits de santé naturels doit être effectuée. Il est important d'identifier les modifications récentes dans le profil médicamenteux (ajout, retrait, arrêt brusque ou modification de dosage) ainsi que les interactions médicamenteuses qui peuvent parfois être la cause d'un delirium [14, 19-21]. Connaître la prise réelle des substances à risque d'abus (sédatifs, alcool, drogues) avant le delirium est également primordial [20].

**Tableau 3: Médicaments pouvant précipiter un delirium [17, 18, 20-23]**

- Antagonistes des récepteurs H2 (ex: ranitidine, famotidine)
- Anticholinergiques (ex: antihistaminiques de 1ère génération, antimuscariniques, antidépresseurs tricycliques, paroxétine, relaxants musculaires, antispasmodiques)
- Antimicrobiens (dont l'ertapénem)
- Antiparkinsoniens (dont les anticholinergiques)
- Barbituriques
- Benzodiazépines
- Corticostéroïdes (oraux et parentéraux)
- Digoxine
- Opiacés (tous mais le plus à risque est la mépéridine)
- Zolpidem, zopiclone, eszopiclone

<sup>1</sup>Selon le DSM-5, le terme démence est remplacé par la dénomination de trouble neurocognitif majeur (TNC). Dans la présente fiche, il a été choisi d'utiliser le terme démence compte tenu qu'il est davantage utilisé dans la littérature consultée.

Voici certaines des **interventions préventives** à appliquer auprès des patients à risque de développer un delirium [4-7, 17]:

- Réorientation (temps, au lieu, à la personne) fréquente et activités de stimulation cognitive;
- Favoriser le sommeil via des mesures non pharmacologiques;
- Stimuler la mobilité;
- Favoriser les interactions sociales;
- Corriger les déficits visuel et auditif;
- Prévenir et corriger promptement la déshydratation;
- Adapter l'environnement (calme, éclairage, calendrier, horloge...).

Il n'existe aucune preuve convaincante et reproductible supportant l'usage des antipsychotiques pour la prévention du delirium chez les patients à risque, ni pour d'autres classes pharmacologiques tels les inhibiteurs de la cholinestérase et la mélatonine [16].

## PRISE EN CHARGE DU DELIRIUM

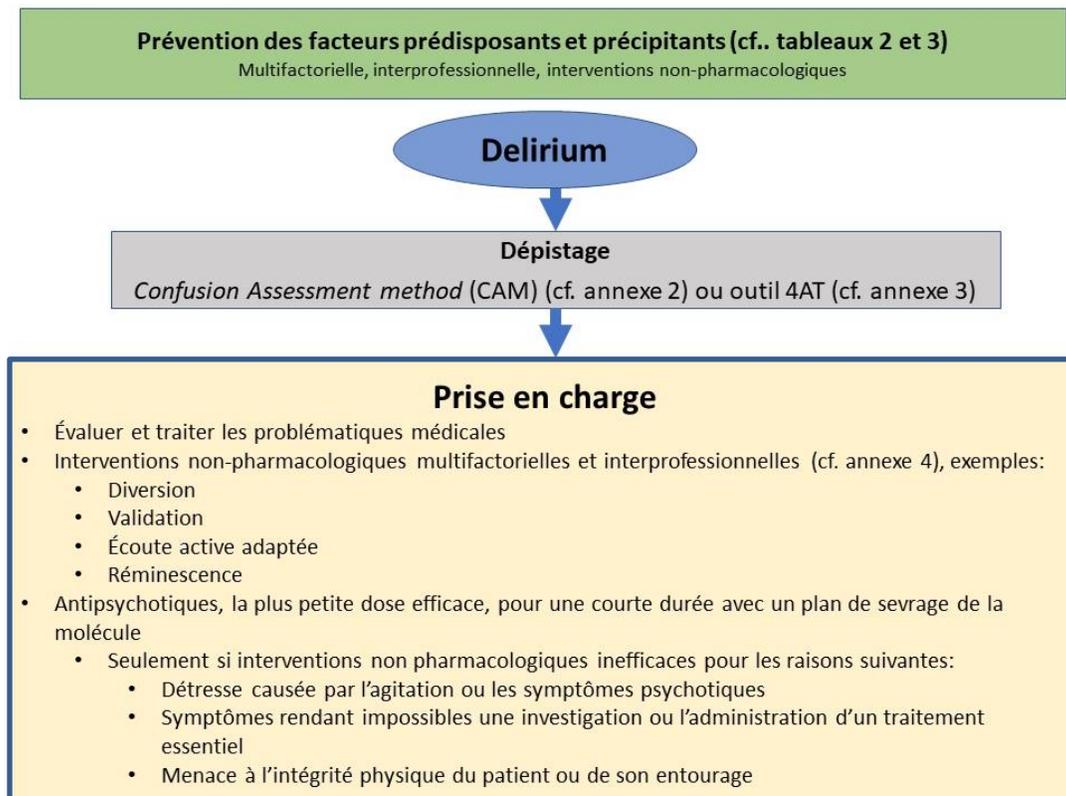
La reconnaissance du delirium constitue souvent un défi pour les équipes traitantes. Le diagnostic peut être amélioré par l'utilisation du *Confusion Assessment Method* (CAM) [24] (annexe 2) ou l'outil 4AT (annexe 3) [15, 25, 26] par le personnel infirmier [24, 27]. Le CAM met en évidence les manifestations principales, soit :

1. Changement soudain de l'état mental avec fluctuations;
2. Inattention;
3. Désorganisation de la pensée;
4. Altération de l'état de conscience.

Le diagnostic du delirium requiert la présence des critères 1, 2 **et** 3 **ou** 4, avec une sensibilité et une spécificité de plus de 90%.

Il est primordial que tout changement cognitif identifié par un employé en contact avec le patient soit communiqué à l'infirmière et au médecin qui poursuivront l'évaluation. Le CAM et le 4AT, qui peuvent être administrés par du personnel formé en moins de 5 à 10 minutes, sont des outils recommandés dans le dépistage du delirium.

**Figure 1. Prévention et prise en charge du delirium**



Une fois le delirium diagnostiqué, sa prise en charge repose sur **quatre principes généraux** [5, 6]:

1. Identifier et traiter la/les causes du delirium incluant le soulagement approprié de la douleur;
2. Éviter les médicaments et les interventions reconnus pour précipiter ou perpétuer le delirium;
3. Fournir les soins nécessaires pour éviter les complications médicales et le déclin fonctionnel;
4. Atténuer les symptômes psychologiques et comportementaux si nécessaire.

**Le traitement des symptômes psychologiques et comportementaux du delirium se fait en tout premier lieu à l'aide de modalités non pharmacologiques.** L'aménagement de l'environnement, l'emploi de techniques de communication apaisantes, l'implication de la famille et la poursuite des interventions préventives en constituent les pierres angulaires [4-7, 17].

Le risque de delirium est plus important chez les patients ayant des atteintes cognitives. Par ailleurs, la littérature scientifique montre qu'il y aurait un lien entre delirium et déclin cognitif à long terme, d'étiologie probablement multifactorielle. Dans une étude datant de 2012 [28], le delirium était associé à un déclin cognitif deux fois plus important dans l'année suivant le delirium, et cette accélération du déclin cognitif persistait encore au suivi 5 ans plus tard. Une méta-analyse récente a démontré un déclin cognitif significatif 3 mois après un delirium chez les patients chirurgicaux et non chirurgicaux [29, 30]. Chez tout patient ayant fait un delirium, il est donc recommandé de procéder à une réévaluation cognitive 6 mois après un delirium [31].

Concernant la prise en charge globale de la médication chez le patient en delirium, il faut dans un premier temps réévaluer l'ensemble des médicaments [18, 21] :

- Retirer ou diminuer la dose des médicaments potentiellement en cause (attention au risque de sevrage de certaines molécules telles les benzodiazépines en prise chronique)
- Choisir des alternatives qui causent moins de delirium
- Privilégier les alternatives non pharmacologiques recommandées en première instance pour les problématiques qui sont trop souvent traitées d'emblée avec des médicaments (ex: troubles du sommeil)

**La littérature n'a pas démontré d'impact bénéfique des antipsychotiques ou de toute autre médication dans le traitement du delirium, que ce soit en regard de la durée ou la sévérité du delirium de même que la durée de séjour [18, 32, 33]. Par conséquent, aucune médication n'est formellement indiquée par Santé Canada pour le traitement du delirium.** Malgré l'absence de preuves scientifiques rigoureuses, les antipsychotiques demeurent les médicaments de choix lorsqu'un traitement pharmacologique est nécessaire. En pratique, les antipsychotiques les plus utilisés sont l'halopéridol et la rispéridone en raison de leur caractère plus incisif. À l'exception des deliriums de sevrage alcoolique ou de sevrage aux benzodiazépines, **l'emploi des benzodiazépines est à proscrire dans le traitement du delirium** puisqu'elles aggravent les perturbations de la vigilance et les troubles cognitifs [19, 20, 34]. De plus, il n'est pas recommandé de traiter le delirium hypoactif à l'aide de médicaments [19].

La majorité des guides de pratique recommandent de limiter l'utilisation des antipsychotiques aux situations suivantes [4-7, 13, 17, 19]:

- Détresse causée par l'agitation ou les symptômes psychotiques;
- Symptômes rendant impossibles une investigation ou l'administration d'un traitement essentiel;
- Menace à l'intégrité physique du patient ou de son entourage.

L'utilisation d'une petite dose d'halopéridol étant supportée par des années de pratique clinique, il est toujours recommandé en première intention lors d'une utilisation au besoin (PRN). Il est l'antipsychotique indiqué lorsque l'administration parentérale est nécessaire ou qu'un soulagement rapide de l'agitation et de l'agressivité est souhaité puisque son délai d'action est court (20 minutes pour les voies sous-cutanée et intramusculaire et 30 à 60 minutes pour la voie orale) [35, 36]. Comparativement aux antipsychotiques atypiques, l'halopéridol à petite dose cause beaucoup moins d'effets anticholinergiques et rarement d'hypotension orthostatique. Il est toutefois à éviter chez les patients atteints de la maladie de Parkinson ou d'une démence à corps de Lewy puisqu'il peut aggraver les symptômes extrapyramidaux [13].

Les antipsychotiques atypiques (rispéridone et olanzapine) sont des alternatives raisonnables (efficacité comparable à l'halopéridol et profil d'effets indésirables plus favorable) [5, 13, 35, 37], mais aucune forme injectable ne permet leur utilisation en cas d'urgence. Quoique moins incisive, la quétiapine peut aussi être utilisée. Toutefois, l'utilisation d'un de ces antipsychotiques atypiques en PRN n'est pas recommandée lors d'un delirium étant donné le délai d'action de quelques heures même pour les formes à dissolution rapide [36], mais ils peuvent être utiles lorsqu'un antipsychotique doit être donné sur une base régulière.

À noter que la combinaison d'halopéridol avec du lorazépam en injection **n'est justifiable qu'en situation de crise**, lorsque l'intégrité physique du patient ou d'autrui est menacée et que le contrôle du patient est un objectif prioritaire et urgent [7]. La dose de lorazépam utilisée doit alors être petite (0,25 à 1 mg) et la dose d'halopéridol réduite de 50 %.

Lorsqu'un antipsychotique est utilisé, le clinicien doit trouver la **dose minimale efficace** (cf. tableau 3), réévaluer quotidiennement sa pertinence et surveiller les effets indésirables, particulièrement la sédation, l'hypotension, l'hypotension orthostatique et les signes extra-pyramidaux [38]. L'antipsychotique doit être **cessé dès la résolution des symptômes ciblés (généralement moins d'une semaine)** [13]. Un arrêt abrupt de l'antipsychotique est approprié s'il a été utilisé durant une semaine ou moins. Un sevrage sur une semaine est préférable si l'antipsychotique a été nécessaire pour quelques semaines. **Si l'antipsychotique n'a pu être cessé au moment du congé, le sevrage doit être prévu sur la prescription de départ [14, 21, 38]**. Un suivi dans la communauté doit être effectué [14]. La réapparition des symptômes doit pousser le clinicien à rechercher les facteurs précipitants et un possible trouble neurocognitif sous-jacent [14].

Certains auteurs recommandent un ECG de base et de contrôle lorsqu'un antipsychotique est utilisé dans ce contexte [17]. S'il y a prolongation de l'intervalle QTc au-delà de 450 ms ou une élévation de 25% par rapport à la ligne de base, il est recommandé de cesser l'antipsychotique [17].

**Tableau 4: Antipsychotiques et delirium [5, 7, 9, 19, 20, 35, 37, 39, 40]**

Médicament	Dose initiale quotidienne	Dose maximale quotidienne	Métabolisme	Particularités
<b>Halopéridol</b>	0,25 à 1 mg PO bid* 0,25 à 1 mg SC ou IM q 1 h PRN	2 à 4 mg	Substrat 2D6, 3A4, P-gp Inhibiteur faible 2D6, 3A4, P-gp	Peut s'administrer par voie orale, sous-cutanée et intramusculaire
<b>Rispéridone</b>	0,25 mg PO HS à BID	2 mg	Substrat 2D6, 3A4, P-gp Inhibiteur faible 2D6, 3A4	Formulation liquide (1 mg/ml) et à dissolution rapide (cos 0,5 mg, 1 mg et 2 mg) disponibles.
<b>Olanzapine</b>	1,25 à 2,5 mg PO HS	10 mg	Substrat 1A2, 2D6, UGT1A4 Inhibiteur faible 1A2, 2C9, 2C19, 2D6, 3A4	Formulation à dissolution rapide (cos 5 et 10 mg) disponible. Effets anticholinergiques et hypotenseurs à considérer
<b>Quétiapine</b>	12,5 à 25 mg PO BID	200 mg	Substrat 2D6, 3A4, P-gp Inhibiteur faible 1A2, 2C9, 2C19, 2D6, 3A4	Forme longue action disponible (Seroquel XR®) : non indiquée pour traitement du delirium à court terme

\*Si un antipsychotique doit être donné sur une base régulière, il est recommandé de privilégier un antipsychotique atypique.

## CAS CLINIQUE

*M. Letendre, 84 ans, a été amené à l'urgence par sa famille pour un tableau clinique de delirium avec confusion et agitation fluctuantes, le tout accompagné de faiblesse et de température. Il demeure en appartement avec son épouse, se mobilise facilement et est autonome pour les AVQ. Il est connu pour une hypertension artérielle, un diabète de type 2 et un ancien écrasement vertébral. Sa médication est composée d'amlodipine 5 mg PO DIE, glyburide 5 mg PO BID, calcium 500 mg PO DIE et vitamine D<sub>3</sub> 10 000 unités q 1 semaine.*

### Approche initiale

- Identifier et traiter la cause du delirium

L'évaluation clinique met en évidence une pneumonie et un antibiotique par voie intra-veineuse est débuté.

- Déterminer si un antipsychotique est indiqué

Puisque M. Letendre présente des idées de persécution, refusant de s'alimenter et d'être approché par qui que ce soit, qu'il démontre de l'agressivité envers le personnel malgré la présence rassurante de son épouse, un traitement pharmacologique est indiqué. Le médecin de garde à l'urgence opte pour de la rispéridone 0,25 mg PO BID PRN et du lorazépam 1 mg PO HS puisque les symptômes sont particulièrement perturbateurs la nuit.

## Mi-séjour

Deux jours plus tard, M. Letendre est admis à l'UCDG. Le patient demeure avec des symptômes psychotiques très perturbants malgré une défervescence des signes infectieux. Il présente aussi des bouffées d'agressivité importantes envers le personnel décrites comme étant « réfractaires à la rispéridone ». Il a toutefois recommencé à s'alimenter légèrement. Le médecin et l'équipe de l'UCDG effectuent les ajustements suivant au plan de traitement :

- Prise en charge non pharmacologique du delirium dans le but d'accélérer la résolution du delirium et de prévenir le déclin fonctionnel
  - Réorienter régulièrement dans les 3 sphères;
  - S'assurer du port des aides auditives et visuelles;
  - Stimuler l'hydratation, l'alimentation et la mobilité;
  - La famille est encouragée à s'impliquer dans le traitement et un proche est présent lors de chaque repas pour apaiser M. Letendre, l'aider à s'alimenter au besoin et marcher au corridor, sans égard aux horaires réguliers des visites sur le département.
  
- Éviter les interventions et médicaments reconnus pour perpétuer le delirium
  - Le lorazépam est cessé puisque les benzodiazépines sont reconnues pour déclencher ou entretenir les deliriums;
  - Le glyburide est suspendu en raison de quelques hypoglycémies liées aux apports erratiques;
  - Le plan de soins et de traitement est révisé et les modifications suivantes sont apportées :
    - Essai de sevrage de l'oxygène puisque le patient sature à 97 % avec 1,5 L/min d'oxygène.
    - L'antibiotique est passé par voie orale puisque le patient s'alimente et qu'il est afebrile depuis près de 48 heures.
    - La fréquence de la mesure des signes vitaux est réduite de q 4 h à TID pour favoriser le sommeil.
    - Les ponctions veineuses quotidiennes sont espacées vu la correction progressive des anomalies.
  
- Ajustement du traitement pharmacologique
  - Puisque les symptômes psychotiques demeurent très dérangeants, les antipsychotiques demeurent indiqués.
  - La rispéridone est prescrite sur une base régulière à une dose de 0,25 mg PO HS. Le délai d'action des antipsychotiques atypiques est trop long pour être utiles en administration PRN lors d'un delirium.
  - L'ajout d'halopéridol à une dose de 0,5 mg PO/sc q 1 h PRN si agressivité marquée avec un maximum de 4 doses par 24 heures permettra de contrôler les bouffées d'agressivité sévère.

## Planification au congé / suivi

Au jour 6 de l'hospitalisation, le patient s'est grandement amélioré. Malgré une confusion persistante, il ne présente plus de symptômes psychotiques ni d'agressivité. La rispéridone est donc cessée.

Au jour 8, les antibiotiques sont terminés et le patient ne présente qu'une toux et une légère dyspnée résiduelle. Des troubles cognitifs sont toujours présents. Le patient a conservé un bon niveau de mobilité mais a perdu 3 kg durant son hospitalisation. Le patient et la famille étant favorables à un retour à domicile rapide, le congé de l'hôpital est préparé.

La médication au congé sera composée d'amlodipine, de calcium et de vitamine D comme à l'admission. L'halopéridol est cessé de même que le glyburide qui est substitué par de la metformine 250 mg PO BID (clairance de la créatinine à 55 ml/min). Un rendez-vous de suivi est prévu trois mois plus tard, et comme le delirium est un facteur de risque pour une atteinte cognitive, il est recommandé de réévaluer les fonctions cognitives dans les 6 mois suivant le congé. Des conseils nutritionnels sont prodigués pour favoriser l'amélioration de l'état nutritionnel.

## ANNEXE 1 - RÉFÉRENCES

1. Kergoat MJ, Gravel J, Hill J, Clerc D, Vasil N, Hoang LUA, Latour J, Loontjens B, Tessier D, Morin S *et al*: **Guide de gestion médicamenteuse en UCDG - 3<sup>ième</sup> édition**. Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2021.
2. Paré C, Hill J, Kergoat MJ: **Gestion des antipsychotiques dans le traitement du delirium en UCDG**. In: *Guide de gestion médicamenteuse appropriée en UCDG, 2<sup>ième</sup> édition*. Montréal (Québec): Regroupement des Unités de courtes durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec; 2017.
3. Paré C, Hill J, Clerc D, Hoang ALL, Gravel J, Doiron A, Kergoat MJ: **Gestion des antipsychotiques dans le traitement du delirium en UCDG**. In: *Guide de gestion médicamenteuse appropriée en UCDG*. Montréal (Québec): Regroupement des Unités de courtes durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec; 2015.
4. Freter S, Rockwood K: **Le diagnostic et la prévention du delirium chez les personnes âgées**. *La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer* 2004, **Janvier 2004**:4-9.
5. Société Québécoise de Gériatrie: **Prise de position sur la prise en charge du delirium**; 2011, [https://www.sqgeriatrie.org/dl2.php?file=2011-10\\_prise\\_de\\_position\\_sur\\_le\\_delirium.pdf](https://www.sqgeriatrie.org/dl2.php?file=2011-10_prise_de_position_sur_le_delirium.pdf) [consulté le 5 décembre 2020].
6. Kergoat M-J, Dupras A, Juneau L, Bourque M, Boyer D, et al: **Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier: cadre de référence**. Québec (province), Canada: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications 2011.
7. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées: **Lignes directrices nationales. La santé mentale de la personne âgée. Évaluation et prise en charge du delirium**. Toronto (Ontario, Canada): Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées; 2006.
8. American Psychiatric Association: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-V)**; 2013.
9. Inouye SK: **Delirium in older persons**. *N Engl J Med* 2006, **354**(11):1157-1165.
10. Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA: **Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis**. *JAMA* 2010, **304**(4):443-451.
11. Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP, Expert Consensus Panel for Using Antipsychotic Drugs in Older P: **Using antipsychotic agents in older patients**. *The Journal of clinical psychiatry* 2004, **65 Suppl 2**:5-99; discussion 100-102; quiz 103-104.
12. Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG, Old Age Task Force of the World Federation of Biological P: **Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia**. *The American journal of psychiatry* 2005, **162**(11):1996-2021.
13. Gage L, Hogan DB: **2014 CCSMH Guideline Update: The Assessment and Treatment of Delirium**. Toronto, Canada: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (CCSMH); 2014, <http://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/2014-ccsmh-Guideline-Update-Delirium.pdf> [consulté le 5 décembre 2020].
14. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): **Risk reduction and management of delirium**. Edinburgh, Scotland: SIGN; 2019, <https://www.sign.ac.uk/media/1423/sign157.pdf> [Consulté le 6 décembre 2020].
15. Champagne G, Molin P, Forget C, Gagnon A, Laverdière A, Maheu A, Bolduc A: **Approche interprofessionnelle structurée pour la prévention, l'évaluation et la gestion des comportements perturbateurs reliés au delirium et autres troubles neurocognitifs en UCDG**. Montréal (Québec): Regroupement des Unités de courte durée gériatrique et des

- services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2018.
16. Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, Simpkins SA: **Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients.** *Cochrane database of systematic reviews* 2016, **3**:CD005563.
  17. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées: **Outil d'évaluation et de traitement du delirium.** Toronto (Ontario, Canada): Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées 2010, [http://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/ccsmh\\_delirium\\_tool\\_v6-1.pdf](http://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/ccsmh_delirium_tool_v6-1.pdf) [consulté le 5 décembre 2020].
  18. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS: **Delirium in elderly people.** *Lancet* 2014, **383**(9920):911-922.
  19. Hshieh TT, Inouye SK, Oh ES: **Delirium in the Elderly.** *Psychiatr Clin North Am* 2018, **41**(1):1-17.
  20. Han JH, Suyama J: **Delirium and Dementia.** *Clin Geriatr Med* 2018, **34**(3):327-354.
  21. Marcantonio ER: **Delirium in Hospitalized Older Adults.** *N Engl J Med* 2017, **377**(15):1456-1466.
  22. By the American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert P: **American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria(R) for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults.** *J Am Geriatr Soc* 2019.
  23. American Society of Health-System Pharmacists: **Drug-Induced Diseases : Prevention, Detection, and Management:** American Society of Health-System Pharmacists; 2018.
  24. Laplante J, Cole M, McCusker J, Singh S, Ouimet MA: **[Confusion Assessment Method. Validation of a French-language version].** *Perspective infirmiere : revue officielle de l'Ordre des infirmieres et infirmiers du Quebec* 2005, **3**(1):12-14, 16-18, 20-12.
  25. Bellelli G, Morandi A, Davis DH, Mazzola P, Turco R, Gentile S, Ryan T, Cash H, Guerini F, Torpilliesi T *et al*: **Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people.** *Age Ageing* 2014, **43**(4):496-502.
  26. Voyer P, Wilchesky M, Richard H, Pelletier I, Ballard S, Lundu O: **4AT French version 1.0.** Université Laval (Québec, Canada); 2016, [https://static1.squarespace.com/static/543cac47e4b0388ca43554df/t/595faee0b11be10000160813/1499442913580/4AT+Fran%C3%A7ais+v1\\_1.pdf](https://static1.squarespace.com/static/543cac47e4b0388ca43554df/t/595faee0b11be10000160813/1499442913580/4AT+Fran%C3%A7ais+v1_1.pdf)
  27. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI: **Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium.** *Ann Intern Med* 1990, **113**(12):941-948.
  28. Gross AL, Jones RN, Habtemariam DA, Fong TG, Tommet D, Quach L, Schmitt E, Yap L, Inouye SK: **Delirium and Long-term Cognitive Trajectory Among Persons With Dementia.** *Arch Intern Med* 2012, **172**(17):1324-1331.
  29. Goldberg TE, Chen C, Wang Y, Jung E, Swanson A, Ing C, Garcia PS, Whittington RA, Moitra V: **Association of Delirium With Long-term Cognitive Decline: A Meta-analysis.** *JAMA neurology* 2020.
  30. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, Morandi A, Thompson JL, Pun BT, Brummel NE, Hughes CG, Vasilevskis EE, Shintani AK *et al*: **Long-term cognitive impairment after critical illness.** *N Engl J Med* 2013, **369**(14):1306-1316.
  31. Girard TD, Jackson JC, Pandharipande PP, Pun BT, Thompson JL, Shintani AK, Gordon SM, Canonico AE, Dittus RS, Bernard GR *et al*: **Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness.** *Critical care medicine* 2010, **38**(7):1513-1520.
  32. Neufeld KJ, Yue J, Robinson TN, Inouye SK, Needham DM: **Antipsychotic Medication for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis.** *J Am Geriatr Soc* 2016, **64**(4):705-714.
  33. Burry L, Mehta S, Perreault MM, Luxenberg JS, Siddiqi N, Hutton B, Fergusson DA, Bell C, Rose L: **Antipsychotics for treatment of delirium in hospitalised non-ICU patients.** *Cochrane database of systematic reviews* 2018, **6**:CD005594.
  34. Breitbart W, Marotta R, Platt MM, Weisman H, Derevenco M, Grau C, Corbera K, Raymond S, Lund S, Jacobson P: **A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients.** *The American journal of psychiatry* 1996, **153**(2):231-237.
  35. Dugas M: **Le patient âgé en delirium: regard pratique.** *Le médecin du Québec* 2009, **44**(1):59-64.

36. Bruneau M-A: **Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD): évaluation et prise en charge globale.** In: *Guide médical en soins de longue durée (Mdsldca)*. Montréal (Québec): Institut universitaire de gériatrie de Montréal; 2013.
37. Pelland C, Trudel JF: **[Atypical antipsychotic efficacy and safety in managing delirium: a systematic review and critical analysis].** *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2009, **7**(2):109-119.
38. Rieck KM, Pagali S, Miller DM: **Delirium in hospitalized older adults.** *Hosp Pract (1995)* 2020, **48**(sup1):3-16.
39. Ozbolt LB, Paniagua MA, Kaiser RM: **Atypical antipsychotics for the treatment of delirious elders.** *J Am Med Dir Assoc* 2008, **9**(1):18-28.
40. Procyshyn RM, Bezchlibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ: **Clinical handbook of psychotropic drugs 21st edition.** Göttingen (Germany): Hegrefe; 2015.

## ANNEXE 2- VERSION FRANÇAISE DE L'OUTIL CAM (*CONFUSION ASSESSMENT METHOD*)

### Le CAM (*Confusion Assessment Method*)

#### Début soudain

- 1) Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient de son état habituel?

#### Inattention\*

- 2) A. Est-ce que le patient avait de la difficulté à focaliser son attention, par exemple être facilement distrait ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit?
- Pas présent à aucun moment lors de l'entrevue.
  - Présent à un moment donné lors de l'entrevue, mais de façon légère.
  - Présent à un moment donné lors de l'entrevue, de façon marquée.
  - Incertain.
- B. (Si présent ou anormal) Est-ce que ce comportement a fluctué lors de l'entrevue, c'est-à-dire qu'il a eu tendance à être présent ou absent ou à augmenter et diminuer en intensité?
- Oui.
  - Non.
  - Incertain.
  - Ne s'applique pas.
- C. (Si présent ou anormal) Prière de décrire ce comportement:

#### Désorganisation de la pensée

- 3) Est-ce que la pensée du patient était désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague ou illogique des idées, ou passer d'un sujet à un autre de façon imprévisible?

#### Altération de l'état de conscience

- 4) En général, comment évalueriez-vous l'état de conscience de ce patient?
- Alerte (normal).
  - Vigilant (hyper alerte, excessivement sensible aux stimuli de l'environnement, sursaute très facilement).
  - Léthargique (somnolent, se réveille facilement).
  - Stupeur (difficile à réveiller).
  - Coma (impossible à réveiller).
  - Incertain.

#### Désorientation

- 5) Est-ce que le patient a été désorienté à un certain moment lors de l'entrevue, tel que penser qu'il ou qu'elle était ailleurs qu'à l'hôpital, utiliser le mauvais lit, ou se tromper concernant le moment de la journée?

#### Troubles mnésiques

- 6) Est-ce que le patient a démontré des problèmes de mémoire lors de l'entrevue, tels qu'être incapable de se souvenir des événements à l'hôpital ou difficulté à se rappeler des consignes?

#### Anomalies de perception

- 7) Est-ce qu'il y avait évidence de troubles perceptuels chez le patient, par exemple hallucinations, illusions, ou erreurs d'interprétation (tels que penser que quelque chose avait bougé alors que ce n'était pas le cas)?

#### Agitation psychomotrice

- 8) Partie 1.  
À un moment donné lors de l'entrevue, est-ce que le patient a eu une augmentation inhabituelle de son activité motrice, telle que ne pas tenir en place, se tortiller ou gratter les draps, taper des doigts, ou changer fréquemment et soudainement de position?

#### Retard psychomoteur

- 8) Partie 2.  
À un moment donné lors de l'entrevue, est-ce que le patient a eu une diminution inhabituelle de son activité motrice, telle qu'une lenteur, un regard fixe, rester dans la même position pendant un long moment, ou se déplacer très lentement?

#### Perturbation du rythme veille-sommeil

- 9) Est-ce qu'il y a eu évidence de changement dans le rythme veille-sommeil chez le patient, telles que somnolence excessive le jour et insomnie la nuit?

\* Les questions sous ce symptôme ont été répétées pour chaque symptôme où ce fut applicable.

*Version française telle qu'elle a été validée dans le cadre de la présente étude*

Reproduit avec la permission des auteurs et de la revue : Laplante, J., Cole, M., McCusker, J., Singh, S. et Ouimet, M.A. « Confusion Assessment Method. Validation d'une version française », *Perspective infirmière*, sept./oct. 2005, vol. 3, n° 1, p. 12-22.

## L'algorithme diagnostique du CAM\*

- Critère 1** *Début soudain et fluctuation des symptômes*  
Ce critère est habituellement obtenu d'un membre de la famille ou d'une infirmière et est illustré par une réponse positive aux questions suivantes: Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient de son état habituel? Est-ce que ce comportement (anormal) a fluctué durant la journée, c'est-à-dire, qu'il a eu tendance à être présent ou absent ou à augmenter et diminuer en intensité?
- Critère 2** *Inattention*  
Ce critère est illustré par une réponse positive à la question suivante: Est-ce que le patient avait de la difficulté à focaliser son attention, par exemple être facilement distrait ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit?
- Critère 3** *Désorganisation de la pensée*  
Ce critère est illustré par une réponse positive à la question suivante: Est-ce que la pensée du patient était désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague ou illogique des idées, ou passer d'un sujet à un autre de façon imprévisible?
- Critère 4** *Altération de l'état de conscience*  
Ce critère est illustré par n'importe quelle réponse autre que "alerte" à la question suivante: En général, comment évalueriez-vous l'état de conscience de ce patient? (alerte [normal], vigilant [hyper alerte], léthargique [somnolent, se réveille facilement], stupeur [difficile à réveiller], ou coma [impossible à réveiller]).

\* Le diagnostic de l'état confusionnel aigu à l'aide du CAM requiert la présence des critères 1, 2 et 3 ou 4.

Traduit de INOUE, S.K. et al. « Clarifying confusion: the confusion assessment method », *Annals of Internal Medicine*, vol. 113, n° 12, 15 déc. 1990, p. 941-948.

Version française telle qu'elle a été validée dans le cadre de la présente étude

Reproduit avec la permission des auteurs et de la revue : Laplante, J., Cole, M., McCusker, J., Singh, S. et Ouimet, M.A. « Confusion Assessment Method. Validation d'une version française », *Perspective infirmière*, sept./oct. 2005, vol. 3, n° 1, p. 12-22.

## Tableau I Description des quatre critères principaux du CAM

### **Critère I : début soudain et fluctuation des symptômes**

Ce critère se caractérise par un changement soudain des fonctions mentales supérieures du patient au cours du dernier mois (Inouye *et al.*, 1990) comprenant une fluctuation des symptômes au cours de la journée (ex. : confus en matinée et non en après-midi). Cette information est très souvent obtenue auprès des personnes qui connaissent bien le patient. Ces personnes vivent avec le patient, p. ex. le conjoint; travaillent auprès de celui-ci, p. ex. les professionnels de la santé (CLSC, famille d'accueil, résidence, hôpital, CHSLD, médecin de famille) ; ou voient le patient régulièrement, p. ex. les amis et les enfants. Il est en général facile pour ces personnes de reconnaître un changement au niveau des fonctions mentales supérieures. Le début de l'état confusionnel aigu est en général soudain et entraîne très souvent une situation de crise pour le patient et sa famille. Le patient réagit aux stimuli différemment. Il n'est plus le même (Laplante et Cole, 2001).

### **Critère II : inattention**

L'inattention est observée lorsque le patient est facilement distrait ou a de la difficulté à retenir ce qui a été dit (Inouye *et al.*, 1990). Lors d'une conversation, le patient a de la difficulté à garder son attention sur le sujet de la discussion. Son niveau de concentration est diminué. L'information doit être répétée plusieurs fois avant d'être enregistrée et comprise. Le patient oublie rapidement ce qui vient de lui être dit. Il perd aussi facilement le fil de ses idées. L'inattention s'observe cliniquement à l'aide de questions telles que des soustractions simples (ex. : soustraire 7 de 100 et continuer de soustraire le nombre 7 du résultat obtenu), des commandes simples (ex. : épeler le mot monde à l'envers) (Inouye *et al.*, 1990), ou encore par une incapacité à suivre ou à diriger une conversation (ex. : le patient continue de répondre à une question posée antérieurement) ou à accomplir une tâche.

Reproduit avec la permission des auteurs et de la revue : Laplante, J., Cole, M., McCusker, J., Singh, S. et Ouimet, M.A. « Confusion Assessment Method. Validation d'une version française », *Perspective infirmière*, sept./oct. 2005, vol. 3, n° 1, p. 12-22.



## ANNEXE 4- EXEMPLES DE STRATÉGIES D'INTERVENTION NON PHARMACOLOGIQUES

Stratégies	Description
<b>Diversion</b>	La diversion peut être particulièrement utile pour « changer les idées » d'une personne présentant des pensées persistantes. Cette technique consiste à détourner l'attention du patient d'une pensée ou d'une situation anxiogène. Cela peut se faire en discutant d'un élément heureux ou significatif de son histoire biographique ou en proposant une activité concrète adaptée aux intérêts de l'utilisateur (regarder une photo, changer de pièce, plier des vêtements, etc.).
<b>Validation</b>	Cette approche demande au soignant « d'entrer dans la réalité » de la personne pour éviter une escalade de confrontation. En reconnaissant les préoccupations et les émotions du patient et en facilitant qu'il les exprime, il est possible d'atténuer l'anxiété et les comportements perturbateurs qui en découlent. En présence d'idées délirantes par exemple, il convient de ne pas corriger la personne, tout en n'alimentant pas son délire.
<b>Adaptation de la stimulation environnementale</b>	En règle générale, il est approprié de saisir les opportunités de stimulation que procure le quotidien. Dans certains cas d'agitation, la réduction du niveau de stimulation environnementale peut également être favorable (bruit, télévision, encombrement, éclairage, etc.).
<b>Stratégie décisionnelle</b>	Cette stratégie permet à la personne d'avoir du pouvoir sur sa situation. Par exemple, on lui demande la permission pour entrer dans sa chambre, on lui offre un choix de vêtement ou de repas. La personne est impliquée dans la prise de décision.
<b>Toucher thérapeutique</b>	Le toucher thérapeutique est une technique qui permet de communiquer de l'empathie et du réconfort.
<b>Écoute active adaptée</b>	Écouter la personne et commenter ce qu'elle dit et ce, même si les propos sont incompréhensibles. Par exemple, je vous comprends... je suis d'accord avec vous...
<b>Gestion des refus</b>	Il s'agit en premier lieu de reformuler la présentation de la demande. On y mentionne qu'il est parfois utile de faire une pause dans l'activité ou même de changer de soignant.
<b>Réminiscence</b>	Cette activité structurée consiste à parler d'évènements du passé qui sont émotionnellement positifs pour le patient. Ce qui requiert une bonne connaissance de l'histoire biographique de celui-ci afin de l'aider au besoin, à se rappeler de ses souvenirs. L'usage de la réminiscence chez les patients ayant des SCPD aurait comme effets de diminuer l'anxiété, la tristesse et l'agitation et de remplacer les pensées négatives par des pensées plus positives, en plus de réduire le stress chez les aidants

Tableau extrait de la référence [15].