



**PRISE DE POSITION DE LA SQG
SUR LA PRISE EN CHARGE DU DELIRIUM**

Thien Tuong Minh Vu, MD, FRCPC
Interniste - Gériatre
CHUM

Octobre 2011

1. Introduction
2. Diagnostic
3. Dépistage
4. Prise en charge
 - 4.1 Prévention
 - 4.2 Traitement
 - 4.3 Considérations particulières pour la clientèle en externe
5. Recommandations
6. Références

1. Introduction

Le delirium est un syndrome organique neuropsychiatrique fréquent d'apparition aiguë ou subaiguë, habituellement transitoire et réversible, qui peut se présenter à tout âge, mais qui est particulièrement fréquent chez la personne âgée, pouvant atteindre un risque de 42% par admission (1). C'est un mode de présentation d'une maladie aiguë, d'un post-opératoire chirurgical, d'une intoxication, de l'effet secondaire d'un médicament ou d'un ensemble d'évènement combinés suffisamment intenses pour perturber l'état mental d'une personne âgée fragile. Le tableau clinique se développe sur une courte période de temps (souvent sur quelques heures ou quelques jours) et peut fluctuer en sévérité au cours d'une journée. La personne peut montrer plusieurs des symptômes suivants : une altération de prise de conscience de son environnement, des troubles d'attention, des atteintes de la mémoire, une pensée désorganisée, un trouble du langage, de la désorientation dans le temps, dans le lieu ou au niveau des personnes, des troubles perceptuels, une atteinte des fonctions exécutives, une agitation ou même un ralentissement psychomoteur, ou des changements des habitudes de sommeil. Le tableau clinique d'une personne âgée en delirium peut prendre la forme d'un délirium hyperactif, hypoactif ou mixte. Le delirium hyperactif se caractérise davantage par une agitation et une hypervigilance alors que la forme hypoactive se manifeste plutôt par une léthargie et un ralentissement psychomoteur. Bien que plusieurs symptômes puissent être similaires à une démence, le delirium n'est pas une démence. Il existe aussi un sous-groupe de personnes qui peuvent développer des symptômes de delirium mais sans jamais progresser jusqu'à répondre entièrement aux critères qui définissent le delirium : le *delirium subclinique* (*subsyndromal delirium*) s'inscrit dans un continuum entre l'absence de symptôme et le délirium. Les facteurs de risque du délirium subclinique demeurent similaires aux facteurs de risque du delirium (par exemple, l'âge avancé, la démence, la sévérité des comorbidités). Son pronostic semble intermédiaire entre les patients qui n'ont pas de delirium subclinique et ceux qui présentent un delirium tel que défini par le DSM (2).

Le delirium s'inscrit dans un modèle multifactoriel où il existe une relation complexe entre la vulnérabilité de base (facteurs prédisposants), de la personne à son admission (par exemple, des comorbidités importantes, un déficit cognitif, une histoire d'abus d'alcool, une

déshydratation, un déficit auditif ou visuel, un âge avancé, un antécédent de delirium) et les facteurs précipitants qui surviennent durant son hospitalisation (par exemple, l'utilisation de contention, le développement de dénutrition, l'ajout de trois médicaments et plus, tout événement iatrogénique, une infection, une perturbation métabolique, un accident vasculaire cérébral) (3). Ainsi, une personne âgée fragile ayant plusieurs facteurs prédisposants pourra développer un delirium suite à une simple atteinte physique, psychologique, médicamenteuse, environnementale ou autre, alors qu'une personne âgée en bonne santé développera davantage un delirium suite à un facteur précipitant plus agressif, comme une chirurgie cardiaque (3).

Le delirium signe souvent un mauvais pronostic. On observe une augmentation des durées de séjour, du taux de complication ou de décès. Il est également associé à une perte fonctionnelle, une perte cognitive et un risque accru d'institutionnalisation (3). Une meilleure compréhension du delirium par les intervenants d'une équipe interdisciplinaire ainsi que la prise en charge précoce des facteurs de risque permettent de prévenir son apparition, d'en réduire la durée ou la sévérité (3).

2. Diagnostic

Suite à une évaluation approfondie, le diagnostic du delirium devrait se baser sur les critères diagnostiques du DSM-IV-TR qui sont présentés ci-dessous (4). À noter, des changements sont à prévoir dans la prochaine version du DSM-V, ayant pour but d'améliorer la définition actuelle.

- A. Perturbation de la conscience (c'est-à-dire baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement) avec diminution de la capacité de mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention.
- B. Modification du fonctionnement cognitif (tel qu'un déficit de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage) ou survenue d'une perturbation des perceptions qui n'est pas, par ailleurs, expliquées par une démence existante, stabilisée ou en évolution.
- C. La perturbation s'installe en un court laps de temps (habituellement quelques heures ou quelques jours) et tend à évoluer de façon fluctuante tout au long de la journée.
- D. Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, que la perturbation est due aux conséquences physiologiques directes d'une affection générale à l'intoxication par une substance, au sevrage d'une substance ou à des étiologies multiples.

3. Dépistage

Plusieurs échelles de dépistage sont disponibles pour faciliter la reconnaissance du delirium (voir annexe 1). Par exemple, le *Confusion Assessment Method* (CAM) présente une bonne sensibilité et spécificité (5). D'autres échelles sont également disponibles, telles que le NEECHAM confusion scale, le NU-DESC, développés à l'intention du personnel infirmier, ou le CAM-ICU et le Intensive Care Delirium Screening Checklist, développés pour le contexte des

soins intensifs. Il ne s'agit que de quelques exemples d'échelle de dépistage de delirium. La Société québécoise de gériatrie ne recommande pas l'utilisation d'une échelle de dépistage à privilégier par rapport à une autre, cependant, il demeure important de s'assurer que l'échelle utilisée ait une fiabilité et une validité acceptable et qu'elle soit utilisée dans le contexte approprié pour lequel elle a été développée.

4. Prise en charge

4.1 Prévention

Il est possible de diminuer l'apparition du delirium à l'hôpital par l'application d'un ensemble d'interventions interprofessionnelles (6) (7) (8) (9). Par exemple, un programme intégré de prévention du delirium, *Hospital Elder Life Program* (HELP), basée sur 6 interventions (1-garder la personne orientée dans le temps, le lieu et les personnes et l'exposer à des activités cognitives stimulantes; 2-assurer un sommeil réparateur par des moyens non-pharmacologiques; 3-mobiliser la personne fréquemment; 4- corriger les déficits visuels par l'utilisation d'aides visuelles et d'équipement adapté; 5- corriger les déficits auditifs par l'utilisation d'appareils d'auditifs, d'amplificateurs de voix et le nettoyage des oreilles; et 6-prévenir et corriger la déshydratation) a permis de diminuer l'incidence du delirium de 40% chez les personnes à risque modéré (6).

Le *National Institute for Health and Clinical Excellence* a émis 13 recommandations pour la prévention du delirium chez les adultes hospitalisés ou vivant en résidence de soins de longue durée (10).

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.).

Par ailleurs, les interventions à visée préventive demeurent plus efficaces que les interventions plus tardives (11) (12) (13) pour réduire les complications du delirium.

4.2 Traitement

Le traitement du delirium repose sur quatre principes généraux :

1. Identifier et traiter la ou les conditions sous-jacentes : une anamnèse auprès de la personne ou d'autres sources, un examen physique et une investigation appropriée devraient être obtenus en temps opportun, et le traitement débuté de manière efficace.
2. Éviter les facteurs qui aggravent le delirium : l'identification et la correction des facteurs qui aggravent le delirium devraient être entreprises parallèlement à la recherche et au traitement des conditions sous-jacentes qui ont précipitées le delirium.
3. Offrir des soins de support pour éviter les complications et favoriser la récupération fonctionnelle : il demeure essentiel d'adopter les mesures nécessaires pour diminuer le risque de malnutrition, l'apparition d'un syndrome d'immobilisation, le développement de plaies de pression et autres complications et de s'efforcer de maintenir et d'améliorer l'autonomie, la mobilité et le niveau d'activité de la personne âgée.
4. Contrôler le tableau comportemental : les approches non pharmacologiques telles qu'au niveau de l'environnement, la sécurité, la communication devraient constituer la première étape. L'approche pharmacologique devrait être ciblée et réservée aux situations de détresse causée par l'agitation ou les symptômes psychotiques de la personne, pour permettre de poursuivre une investigation ou un traitement ou pour prévenir un danger pour la personne ou pour les autres.

Il ne faut pas oublier d'offrir un soutien à la famille et aux proches qui vivent également des moments difficiles.

L'annexe 2 résume les recommandations de la *Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées* (14) sur l'évaluation d'une personne en delirium.

Aucune médication n'a une indication formellement approuvée par Santé Canada ou la Food and Drug Administration (FDA) pour le traitement du delirium. Bien que la plupart des guides de pratiques cliniques (14) (15) (16) (17) recommandent l'usage de l'haloperidol comme médication de choix en cas de delirium, aucune étude scientifique rigoureuse ne permet de supporter clairement cette recommandation largement acceptée (18) (19) (20) (21) (22). Par ailleurs, les antipsychotiques atypiques pourraient constituer une alternative thérapeutique

acceptable dans le delirium, étant donné leur efficacité comparable à l'halopéridol et leurs effets extrapyramidaux moindres. Il faut toutefois tenir compte du fait que les recherches scientifiques appuyant cette recommandation présentent des limitations méthodologiques et que d'autres études scientifiques plus approfondies seraient nécessaires (22) (23) (24). Actuellement, il n'y a pas de preuves scientifiques suffisamment solides pour recommander l'utilisation d'inhibiteurs de l'acétylcholinestérase dans le traitement du delirium (22). En ce qui concerne l'usage des benzodiazépines, ils ne devraient pas être utilisés en première intention à l'exception du traitement du delirium associé au sevrage alcoolique ou au sevrage d'un sédatif.

Finalement, à la lumière des connaissances actuelles et en raison de effets secondaires potentiels associés à leur utilisation, l'usage des antipsychotiques dans le contrôle du delirium devrait être limitée aux indications suivantes:

- Détresse causée par l'agitation ou les symptômes psychotiques
- Permettre de poursuivre une investigation ou un traitement
- Prévenir un danger pour eux-mêmes ou pour les autres

Si un antipsychotique est utilisé, le but visé est un patient éveillé mais calme et la médication devrait être sevrée et arrêtée dès que possible.

Par ailleurs, en raison des détériorations potentielles sur le plan cognitif et fonctionnel à moyen et long termes, il importe d'assurer un suivi auprès de la personne âgée ayant présenté un delirium pour confirmer la résolution de l'épisode de délirium, ainsi que l'absence de déclin sur ces plans(3).

4.3 Considérations particulières pour la clientèle en externe

Il est parfois difficile de transposer toutes les interventions recommandées des milieux de soins à d'autres milieux comme la clinique privée, par exemple. Le clinicien doit cependant garder un degré élevé de suspicion de delirium lorsqu'une personne se présente avec une nouvelle détérioration cognitive, comportementale ou fonctionnelle. Lorsqu'un delirium est suspecté, le questionnaire du patient et de ses proches, l'examen physique et une investigation appropriée doivent être entrepris pour découvrir la ou les causes du delirium et les corriger. Si le clinicien est capable d'assurer un suivi étroit et que la famille est à l'aise et est en mesure de contrôler les symptômes comportementaux par les moyens non-pharmacologiques et la médication, le patient pourrait demeurer dans son milieu de vie, sinon, il serait préférable de le transférer à l'urgence pour en assurer une prise en charge.

Lorsqu'un patient reçoit son congé de l'hôpital, il demeure essentiel qu'il soit revu par son médecin de famille au courant des trois prochains mois pour un suivi médical. Celui-ci devrait toujours se questionner sur la nécessité de poursuivre un antipsychotique qui avait été débuté à l'hôpital pour traiter les symptômes d'un delirium et represcrit au congé du patient. S'il n'y a pas d'autre indication, il serait justifié de tenter son arrêt en sevrant progressivement l'antipsychotique. De plus, il est essentiel de faire une évaluation cognitive post-delirium, à

distance de l'épisode aigu (3 à 6 mois après l'épisode de delirium), afin de s'assurer qu'il n'y a pas de détérioration à ce niveau pouvant parfois signifier un début de démence.

Par ailleurs, puisque la présence d'une démence est un facteur de risque significatif pour le delirium, il pourrait être utile que le clinicien qui diagnostique une démence chez un patient prenne le temps de discuter avec ses proches de l'éventuelle apparition d'un delirium, de sa signification et des mesures à prendre le cas échéant.

5. Recommandations

Considérant les complications associées à l'apparition d'un delirium, et les impacts à court, à moyen et à long terme qui en découlent,

La Société québécoise de gériatrie :

- recommande le dépistage du delirium chez les personnes âgées présentant des symptômes de delirium;
- recommande l'utilisation des critères diagnostiques du DSM pour confirmer la présence de delirium;
- recommande l'évaluation des facteurs de risque de delirium chez la personne âgée hospitalisée et la mise en place d'interventions multifactorielles et individualisées pour prévenir l'apparition du délirium par une équipe soignante interdisciplinaire et compétente ;
- recommande que le traitement du delirium se poursuive selon les 4 principes généraux énoncés ci-haut;
- recommande d'offrir un soutien à la famille et aux proches d'un patient souffrant de delirium;
- recommande une évaluation cognitive post-delirium à distance de l'épisode aigu afin de s'assurer de l'absence de détérioration cognitive.

6. Références

- (1) Siddiqi N., House A. O., Holmes J. D. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age Ageing*. 2006; 35(4): 350-364.
- (2) Cole MG. Delirium in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2004 Jan-Feb;12(1):7-21.
- (3) Kergoat MJ et al. Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Cadre de référence. Janvier 2010.
- (4) American Psychiatric Association . Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. (4th ed.) Washington (D.C.): American Psychiatric Association; 2003.
- (5) Wei LA et al. The Confusion Assessment Method: a systematic review of current usage. *J Am Geriatr Soc*. 2008 May;56(5):823-30. Epub 2008 Apr 1. Review.
- (6) Inouye SK et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients *NEJM* 1999; 340(9):669-76.
- (7) Marcantonio ER, et al. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc*. 2001 May;49(5):516-22.

- (8) Vidan M et al. Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Sep;53(9):1476-82.
- (9) Vidan MT et al. An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 2009 Nov;57(11):2029-36. Epub 2009 Sep 15.
- (10) O'Mahony R, Murthy L, Akunne A, Young J; Guideline Development Group. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. *Ann Intern Med.* 2011 Jun 7;154(11):746-51
- (11) Cole M et al. Systematic detection and multidisciplinary care of depression in older medical patients: a randomized trial. *CMAJ.* 2002;1677: 753-759.
- (12) Cole M et al. Systematic intervention for elderly inpatients with delirium: a randomized trial. *CMAJ.* 1994;1517: 965-970.
- (13) Pitkala KH et al. Multicomponent geriatric intervention for elderly inpatients with delirium: a randomized, controlled trial. *J Gerontol : Med Sci.* 2006;61A2: 176-181.
- (14) Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. National Guidelines for Seniors' Mental Health: The Assessment and Treatment of Delirium. May 2006.
- (15) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. *Am J Psychiatry.* 1999 May;156(5 Suppl):1-20.
- (16) Clinical Epidemiology and Health Service Evaluation Unit, Melbourne Health in collaboration with the Delirium Clinical Guidelines Expert Working Group. Clinical Practice Guidelines for the Management of Delirium in Older People, Octobre 2006
- (17) British Geriatrics Society, Guidelines for the prevention, diagnosis and management of delirium in older people in hospital, January 2006
- (18) Lacasse H, Perreault MM, Williamson DR. Systematic review of antipsychotics for the treatment of hospital-associated delirium in medically or surgically ill patients. *Ann Pharmacother.* 2006 Nov;40(11):1966-73.
- (19) Seitz DP, Gill SS, van Zyl LT. Antipsychotics in the treatment of delirium: a systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2007 Jan; 68(1):11-21.
- (20) Michaud L, Büla C, Berney A, Camus V, Voellinger R, Stiefel F, Burnand B. Delirium: guidelines for general hospitals. *J Psychosom Res.* 2007 Mar;62(3):371-83.
- (21) Campbell N, Boustani MA, Ayub A, Fox GC, Munger SL, Ott C, Guzman O, Farber M, Ademuyiwa A, Singh R. Pharmacological management of delirium in hospitalized adults-a systematic evidence review. *J Gen Intern Med.* 2009 Jul;24(7):848-53.
- (22) Grover S, Mattoo SK, Gupta N. Usefulness of atypical antipsychotics and choline esterase inhibitors in delirium: a review. *Pharmacopsychiatry.* 2011 Mar;44(2):43-54.
- (23) Lonergan E, Britton AM, Luxenberg J, Wyller T. Antipsychotics for delirium. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Apr 18;(2):CD005594.
- (24) Peritogiannis V, Stefanou E, Lixouriotis C, Gkogkos C, Rizos DV. Atypical antipsychotics in the treatment of delirium. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2009 Oct;63(5):623-31.

ANNEXE 1

Échelles de dépistage

Il existe plusieurs échelles de dépistage du delirium. Le tableau ci-dessous présente quelques unes des nombreuses échelles disponibles et leurs caractéristiques.

Échelles de dépistage	Basé sur	Utilité	Durée	Nombre d'items	Population	Sensibilité (%)	Spécificité (%)
NEECHAM (1987) (1)	Recherche	Dépistage	10 min	9	Soins intensifs	95	78
CAM (1990) (2)	DSM-III-R	Dépistage	5 – 20 min	4 / 9	Hospitalisée; Externe	94 - 100	90 – 95
DSI (1992) (3)	DSM-III	Dépistage	15 min	32	Hospitalisée		
MDAS (1997) (4)	DSM-IV	Dépistage Sévérité	10 min	22	Hospitalisée	87-98	86-96
DRS-R-98 (1998) (5)	DSM-IV	Dépistage Sévérité	5-10 min	16	Hospitalisée	92	95
ICDSC (2001) (6)	DSM-IV	Dépistage	5-10 min	8	Soins intensifs	99	64
CAM-ICU (2001) (7)	CAM	Dépistage	5-10 min	4	Soins intensifs	93-100	98-100
Nu-DESC (2005) (8)	(DSM-III-R) CRS Recherche	Dépistage	5 min	5	Hospitalisée	86	87

NEECHAM – NEECHAM Confusion Scale; CAM – Confusion Assesment Method; DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSI – Delirium Symptom Interview; MDAS – Memorial Delirium Assessment Scale; DRS-R-98 – Delirium Rating Scale-Revised-98; ICDSC – Intensive Care Delirium Screening Checklist; CAM ICU – Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit; Nu-DESC – Nursing Delirium Screening Scale; CRS – Confusion Rating Scale;

La Société québécoise de gériatrie ne recommande pas l'utilisation d'une échelle de dépistage à privilégier par rapport à une autre, cependant, la Société recommande de s'assurer que l'échelle utilisée ait une fiabilité et une validité acceptable et qu'elle soit utilisée dans le contexte approprié pour lequel elle a été développée.

Plusieurs associations ou regroupements, comme l'*American Psychiatric Association* (9) ou la *Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées* (10) suggèrent l'utilisation du *Confusion Assessment Method* (CAM) (2) dans leurs lignes directrices pour la détection du délirium. Le CAM est un instrument de dépistage du delirium validé qui a une sensibilité de 94% et une spécificité de 89% (11). Il est utilisé en recherche et en clinique. Il a été adapté pour les

soins intensifs, l'urgence, les soins de longue durée, pour grader l'intensité du delirium et pour détecter le delirium subclinique. Il a été traduit dans plus de 10 langues et est utilisé partout à travers le monde. Le CAM évalue la présence, la sévérité et la fluctuation de neuf caractéristiques du delirium : début aigu, inattention, pensée désorganisée, altération de l'état de conscience, désorientation, trouble de mémoire, trouble perceptuel, agitation ou ralentissement psychomoteur et altération du cycle veille-sommeil. Toutefois, seuls quatre critères cardinaux servent à l'algorithme de détection du delirium : 1) début aigu et évolution fluctuante, 2) inattention, 3) pensées désorganisées, 4) altération de l'état de conscience. La détection du delirium à l'aide du CAM requiert la présence des critères 1, 2 et soit 3 ou 4. Les auteurs du CAM ont développé leur outil pour permettre aux cliniciens qui n'ont pas nécessairement une expertise en psychiatrie de détecter rapidement la présence d'un delirium suite à une évaluation cognitive objective en se servant, par exemple du *MMSE* (12) ou du *Modified Mini-Cog Test* (13) qui comprend cinq éléments (1-orientation temporelle, 2-orientation spatiale, 3-enregistrement de 3 mots, 4-test de l'horloge, 5-rappel des 3 mots).

Confusion Assessment Method (CAM)

1. Début aigu et évolution fluctuante
2. Inattention
3. Pensée désorganisée
4. Altération de l'état de conscience

Dépistage positif du délirium : critères 1 + 2 + (3 ou 4)

Sensibilité 94% Spécificité 89%

Références

- (1) Neelon VJ, Champagne MT, Carlson JR, Funk SG. *The NEECHAM Confusion Scale: construction, validation, and clinical testing.* Nurs Res 1996; 45 (6):324-330.
- (2) Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. *Clarifying confusion : The Confusion Assessment Method.* Ann Intern Med 1990; 113: 941-948.
- (3) Albert MS, Levkoff SE, Reilly C, Liptzin B, Pilgrim D, Cleary PD et al. *The delirium symptom interview: an interview for the detection of delirium symptoms in hospitalized patients.* J Geriatr Psychiatry Neurol 1992; 5 (1):14-21.
- (4) Breitbart W, Rosenfeld B, Roth A, Smith MJ, Cohen K, Passik S. *The Memorial Delirium Assessment Scale.* J Pain Symptom Manage 1997;13(3):128-37.
- (5) Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, Canary K, Norton J, Jimerson N. *Validation of the Delirium Rating Scale-Revised-98: Comparison with the Delirium Rating Scale and the Cognitive Test for Delirium.* J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2001 Spring;13(2):229-42.

- (6) Bergeron N, Dubois MJ, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. *Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool*. Intensive Care Med 2001; 27:859-864.
- (7) Ely, EW, et al. *Delirium in mechanically ventilated patients. Validity and reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)*. JAMA 2001; 286 (21): 2703-271.
- (8) Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, Tremblay A, Roy MA. *Fast, Systematic, and Continuous Delirium Assessment in Hospitalized Patients: The Nursing Delirium Screening Scale*. J Pain Symptom Manage 2005;29(4):368-75.
- (9) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. Am J Psychiatry. 1999 May;156(5 Suppl):1-20.
- (10) Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. National Guidelines for Seniors' Mental Health: The Assessment and Treatment of Delirium. May 2006.
- (11) Wei LA, Fearing MA, Sternberg EJ, Inouye SK. The Confusion Assessment Method: a systematic review of current usage. J Am Geriatr Soc. 2008 May;56(5):823-30.
- (12) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975 Nov;12(3):189-98.
- (13) Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. Int J Geriatr Psychiatry. 2000 Nov;15(11):1021-7.

ANNEXE 2

Évaluation et traitement du delirium – tiré des lignes directrices émises par la *Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées*

1. Éléments pertinents à relever lors de l'histoire clinique

- Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques
- Médication, incluant médicaments en vente-libre
- Prise d'alcool, abus d'autres substances
- Niveau cognitif de base
- Capacités fonctionnelles (AVD, AVQ)
- Histoire psychosociale
- Début et évolution du délirium
- Histoire antérieure de délirium (et réponse au traitement)
- Symptômes suggestifs de causes sous-jacentes et facteurs précipitants
- Déficits sensoriels, présence ou utilisation d'aide sensorielle
- Habitudes intestinales
- Habitudes de sommeil
- Chercher d'autres sources d'information lorsque possible
 - Dossier
 - Personnel médical, paramédical
 - Famille
 - Amis
 - Autres sources
- Évaluer le potentiel de dangerosité du patient envers lui-même ou envers les autres

2. Éléments pertinents à relever lors de l'examen physique

- Examen physique complet incluant
 - Examen neurologique, incluant niveau de conscience et fonction neurocognitive en utilisant un test standardisé
 - État d'hydratation et nutritionnel
 - Indices de sepsis (ex: température) et source potentielle de sepsis (ex: pneumonie)
 - Indices d'abus d'alcool (ex: stigmates d'abus d'alcool) et / ou de sevrage (ex: tremblements)

3. Bilan d'investigation

- Formule sanguine complète
- Électrolytes
- Urée / Créatinine
- Glycémie
- Ca - Mg - PO4
- Albumine
- Bilan hépatique (bilirubine, AST, ALT, PA)
- TSH
- Hémocultures
- Gaz artériel (ou saturation O2)
- Analyse d'urine
- Radiographie pulmonaire
- ECG (+ enzymes cardiaques)
- Autres investigations selon suspicion clinique (histoire, examen physique, investigation initiale)
 - Neuroimagerie:
 - Pas de routine
 - Réservée en cas de suspicion de lésion intracrânienne (sx focaux, confusion post-trauma, indice de hypertension intracrânienne (ex: papilloedème)
 - EEG
 - Pas de routine
 - Parfois utile en cas de difficulté de diagnostic entre delirium et démence ou épilepsie (ex: status épileptique non-convulsif, crise partielle complexe) et pour différencier delirium hypoactif de la dépression.
 - Ponction lombaire
 - Pas de routine
 - Réservée en cas de suspicion de méningite (ex: raideur de nuque, céphalée nouvelle, indice d'infection de cause incertaine)

Références

Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. National Guidelines for Seniors' Mental Health: The Assessment and Treatment of Delirium. May 2006.