INESSS
LE SAVOIR PREND FORME

Outil d'aide à la prise en charge - Avril 2024 (Révisé le 22 octobre 2024)

Pour plus de détails, cliquez sur les mots soulignés.

DÉLIRIUM CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES À L'URGENCE

Le présent outil d'aide à la prise en charge s'adresse principalement au personnel infirmier et aux médecins, mais aussi à tout autre professionnel(le) œuvrant à l'urgence. Les établissements devront identifier les membres du personnel pouvant assurer la mise en œuvre des recommandations, dans le respect des champs d'exercice et responsabilités de chacun(e). Cet outil est fourni à titre indicatif et ne remplace aucunement le jugement des professionnel(le)s. Les recommandations ont été élaborées au moyen d'une démarche systématique et sont soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de professionnel(le)s, de chercheur(euse)s québécois(es) et de personnes proches aidantes. Pour plus de détails, consulter **inesss.qc.ca**.

GÉNÉRALITÉS

LE DÉLIRIUM :

- constitue une **urgence médicale** qui doit être prise en charge rapidement;
- est plus fréquent chez les personnes âgées, mais n'est pas une conséquence normale du vieillissement;
- peut souvent être prévenu;
- est réversible dans la majorité des cas;
- est souvent d'origine multifactorielle impliquant :
  - des facteurs prédisposants (vulnérabilité de base);
  - des facteurs précipitants (causes du délirium qui surviennent avant l'arrivée ou durant le séjour à l'hôpital);
- peut être associé à de graves conséquences, notamment un risque accru de chute, de mortalité, de déclin cognitif et fonctionnel, de séjours hospitaliers prolongés et d'institutionnalisation.

PRÉSENTATION CLINIQUE

Symptômes et durée

- Le délirium se manifeste entre autres par :
  - une altération aiguë et fluctuante de l'état mental;
  - une perturbation de l'attention et de l'état de conscience.
- Sa durée est variable :
  - le plus souvent, il dure de quelques heures à quelques jours;
  - il peut parfois persister des semaines, voire des mois.

Trois formes de délirium

- **Hypoactive :** caractérisée par une léthargie et un ralentissement psychomoteur.
- **Hyperactive :** caractérisée par un état d'agitation et d'hypervigilance.
- **Mixte :** alternance entre l'état hyperactif et l'état hypoactif.
  - La forme hypoactive est la plus fréquente, mais passe souvent inaperçue.
  - L'épisode de délirium peut être difficile à distinguer d'un trouble neurocognitif majeur (TNCM) ou d'un trouble dépressif.

LÉGENDE

Consulter ou impliquer les proches
Porter une attention particulière
À éviter

ABRÉVIATIONS

AAPA : Approche adaptée à la personne âgée
AVC : Accident vasculaire cérébral
CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
TNCM : Trouble neurocognitif majeur

SOMMAIRE

Généralités 1
Délirium 1
Présentation clinique 1
Prévention 2
Identification des facteurs de risque 2
Informations à transmettre à la personne âgée et aux proches 3
Interventions préventives 3
Approche pharmacologique 3
Approche non pharmacologique 4
Évaluation 5
Repérage des signes et symptômes 5
Dépistage du délirium 6
Diagnostic du délirium 6
Prise en charge de la personne en délirium 7
Identification et traitement des causes médicales sous-jacentes 7
Approche non pharmacologique 8
Informations à transmettre aux proches 8
Approche pharmacologique 9
Congé et suivi 9
Références 10
Annexe 1 11
Annexe 2 12

Consultez l'**aide-mémoire** et l'**algorithme** pour un rappel des meilleures pratiques et des étapes à suivre. Ces outils synthétisent l'information existante pour en faciliter l'application.

© Gouvernement du Québec, avril 2024

Québec

PRÉVENTION DU DÉLIRIUM

Dès le premier contact avec des personnes de 75 ans et plus (ou 65 ans et plus présentant un profil gériatrique), rechercher la présence de facteurs de risque de délirium et mettre en place des interventions préventives auprès des personnes identifiées à risque.

IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE

⚠ Un séjour à l'urgence augmente significativement le risque d'apparition du délirium chez les personnes âgées.

Questionner la personne et les proches pour faciliter l'identification des facteurs de risque.

→ Consigner au dossier de la personne les facteurs de risque identifiés au triage et informer l'équipe de soins.

Principaux facteurs de risque de délirium
• atteinte cognitive (p. ex. : dans les cas de TNCM ou d'AVC); • antécédent de délirium; • fragilité (p. ex. : difficulté à se mobiliser et aide nécessaire pour les activités de la vie quotidienne).*

Autres facteurs de risque (liste non exhaustive)	
• déficience auditive et visuelle; • douleur sévère non contrôlée; • changement de dose ou ajout récent de médicaments pouvant précipiter le délirium (liste des médicaments ci-dessous); • polypharmacie;	• présence d'une sonde urinaire; • problématique aigüe de santé (p. ex. : fracture de la hanche); • sevrage d'alcool, de nicotine ou de drogue; • mauvaise ou sous-alimentation; • demeurer dans un centre de soins prolongés.

* Plusieurs outils sont disponibles pour évaluer la fragilité, dont le score de fragilité clinique (Rockwood et al., 2005).

⚠ **Médicaments pouvant précipiter le délirium***	
• médicaments ayant un effet anticholinergique élevé : - antihistaminiques de première génération; - certains antidépresseurs (tricycliques et paroxétine); - certains antiparkinsoniens (benztropine et trihexyphénidyl); - certains antiémétiques (prochlorpérazine, prométhazine et dimenhydrinate); - antimuscariniques urinaires; - antispasmodiques; - relaxants musculaires;	• benzodiazépines; • opioïdes; • corticostéroïdes (oraux et parentéraux); • antagonistes des récepteurs H2; • hypnotiques de type Z.

* Liste adaptée des critères de Beers 2023 (AGS, 2023).

Informations à transmettre à la personne âgée et aux proches

Informer la personne à risque de délirium et ses proches à propos :

- du délirium (p. ex. : facteurs de risque, signes et symptômes, apparition soudaine, durée, évolution, causes possibles);
- des interventions non pharmacologiques que les proches peuvent mettre en place selon la condition de la personne et les précautions médicales associées;
- de la possibilité d'utilisation de mesures de contrôle (contentions physiques ou antipsychotiques) en dernier recours seulement et pour la durée la plus courte possible, lorsque la personne pose un risque imminent pour elle-même ou les autres.

INTERVENTIONS PRÉVENTIVES

→ **Travailler en équipe interdisciplinaire** (médecins, infirmier(ère)s, préposé(e)s aux bénéficiaires). Collaborer avec les autres professionnel(le)s (p. ex. ergothérapeute, pharmacien(ne), physiothérapeute) selon la complexité du cas et leur disponibilité. Tous les membres du personnel peuvent contribuer à la mise en place des interventions préventives.

→ **Identifier un ensemble** d'interventions préventives (voir p. 4) à mettre en place en fonction des facteurs de risque (voir p. 2) et des besoins de la personne.

Approche préventive pharmacologique

Gestion de la médication

⊗ **Ne pas administrer de médicaments en prophylaxie** (p. ex. : antipsychotique, tel que l'halopéridol).

→ Éviter de suspendre ou de retarder l'administration de la médication usuelle de la personne.

→ Effectuer une revue de la médication.

- Dans le cas d'un ajout récent d'un médicament pouvant précipiter le délirium, réévaluer la pertinence et la posologie du médicament.
- Si l'arrêt d'un médicament est envisagé, considérer une alternative.

⚠ Ne pas arrêter les benzodiazépines dans le cas d'un sevrage d'alcool.

⊗ Éviter, lorsque possible, d'introduire de nouveaux médicaments pouvant précipiter un délirium (voir p. 2).

Soulagement de la douleur

→ Évaluer la douleur en utilisant l'échelle de 0 à 10 si la personne est en mesure de répondre verbalement. Sinon, opter pour l'échelle comportementale utilisée dans votre établissement.

→ Pour soulager la douleur, privilégier l'acétaminophène et les mesures non pharmacologiques.

→ Si la personne n'est pas soulagée par l'acétaminophène et qu'un opioïde doit être administré, privilégier l'hydromorphone ou la morphine à dose minimale efficace.

⊗ Éviter la codéine et la mépéridine.

→ Si un médicament contre la nausée doit être donné, privilégier l'ondansétron et éviter le dimenhydrinate.

Approche préventive non pharmacologique

Favoriser la présence **des proches** et considérer leur implication dans les interventions préventives en fonction de leurs capacités et leur disponibilité.

Interventions non pharmacologiques Choisir en fonction des facteurs de risque et des besoins de la personne âgée	
Catégories d'interventions*	**Exemples d'interventions**
Alimentation et hydratation	En l'absence de contre-indications médicales, encourager la personne à s'alimenter aux heures de repas et à s'hydrater régulièrement : • s'assurer que la personne porte ses prothèses dentaires; • fournir l'aide nécessaire à l'alimentation, au besoin; • offrir un verre d'eau à chaque contact avec la personne; • placer un verre d'eau au chevet de la personne; • porter une attention particulière aux textures et consistances tolérées en cas de dysphagie.
Communication adaptée à la personne âgée†	• établir un contact visuel; • parler à la personne (et non seulement à son proche); • appeler la personne par son nom lors des interactions; • se présenter à la personne et expliquer son rôle; • utiliser un vocabulaire simple et concret et des phrases courtes; • éviter le langage infantilisant; • expliquer les soins à venir et, au besoin, employer des gestes et faire des démonstrations pour favoriser la compréhension; • traiter la personne avec dignité et empathie.
Élimination urinaire et fécale	• encourager ou aider la personne à aller à la toilette; • éviter la sonde urinaire si possible; • au besoin, favoriser le cathétérisme intermittent; • au besoin, se référer au protocole médical national de l'INESSS sur l'élimination fécale.
Mobilisation	• encourager la personne à se lever et à marcher (p. ex. : s'asseoir au fauteuil pour les repas, marcher pour aller à la toilette, marcher dans le corridor); • encourager la personne alitée à bouger (p. ex. : exercices au lit); • mettre des aides à la marche à disposition et les ajuster adéquatement (p. ex. : canne, marchette); • minimiser l'utilisation de dispositifs médicaux et de tubulures qui restreignent la mobilité (p. ex. : monitorage cardiaque, soluté).
Orientation	• afficher l'heure et la date (p. ex. : horloge et calendrier); • placer à la vue l'écriteau « Vous êtes à l'hôpital X »; • rappeler régulièrement à la personne le moment de la journée et le lieu où elle se trouve; • annoncer les soins et traitements prodigués ou à venir; • minimiser les changements de salle.
Sommeil	• réduire le bruit et la lumière durant les heures de sommeil : - éviter le fonctionnement inutile des appareils (p. ex. : mettre le moniteur en mode veille); - baisser le volume de la sonnerie des téléphones; • limiter et regrouper les soins offerts la nuit, si possible.
Vision et audition	• s'assurer que la personne porte ses lunettes et prothèses auditives; • enlever les bouchons de cérumen, au besoin.

* Les interventions sont présentées en ordre alphabétique et non en ordre d'importance. Plusieurs s'apparentent aux interventions présentées dans le cadre de référence **Vers un service d'urgence adapté à la personne âgée** (MSSS, 2022) et parfois représentées sous l'acronyme AINÉES.

† Exemples tirés et adaptés de **l'AAPA-fiche délirium** (MSSS, 2012)

ÉVALUATION DU DÉLIRIUM

Dès le triage, assurer un suivi régulier de la personne âgée à risque de délirium et procéder à une évaluation dès qu'un changement est observé sur le plan cognitif, physique ou comportemental. L'évaluation comprend le repérage des signes et symptômes, le dépistage du délirium à l'aide d'un outil standardisé et l'évaluation diagnostique.

REPÉRAGE DES SIGNES ET SYMPTÔMES

→ Rechercher la présence de signes et symptômes pouvant indiquer un délirium une fois par quart de travail, minimalement. Porter une attention particulière à une apparition aiguë ou une fluctuation de l'intensité des signes et symptômes[1].

Consulter les proches pour connaître le fonctionnement habituel de la personne; encourager les proches à rapporter tout changement de comportement observé.

→ Transmettre l'information au professionnel en mesure de procéder au dépistage ou au diagnostic.

[1] Un outil est disponible pour le repérage de certains signes et symptômes, soit l'outil R.A.D.A.R. (Voyer et al., 2017).

Signes et symptômes communs
(liste non exhaustive et non spécifique au délirium)

- désorientation;
- difficulté à communiquer;
- manque de coopération;
- pensées désorganisées;
- perturbation de l'appétit;
- perturbation du sommeil;
- perturbation de l'attention;
- perturbation de l'état de conscience;
- problèmes de mémoire;
- propos décousus;
- saute d'humeur.

Signes et symptômes selon la forme de délirium

Forme hypoactive	Forme hyperactive	Forme mixte
• apathie; • ralentissement de l'activité psychomotrice; • réponses lentes; • somnolence; • vigilance diminuée.	• agitation; • agressivité verbale ou physique; • hallucinations visuelles ou auditives; • vigilance accrue.	• alternance entre l'état hyperactif et l'état hypoactif.

⚠ Une attention particulière devrait être portée au délirium hypoactif puisqu'il passe souvent inaperçu ou peut être confondu avec les signes et symptômes du trouble dépressif.

Distinction entre délirium, trouble neurocognitif majeur et trouble dépressif*
(liste non exhaustive)

Caractéristiques	Délirium	TNCM	Trouble dépressif
Apparition	Aiguë, début précis	Déclin progressif	Variable
Évolution	Fluctuante	Perte progressive	Effets diurnes
Durée	Habituellement réversible (dure de quelques heures à quelques jours)	Chronique (mois à année) Irréversible	Signes et symptômes présents pendant au moins 2 semaines
Attention	Inattention, distraction	Généralement normale	Atteinte minimale
État de conscience	Apathie ou agitation	Normal	Normal

* Tiré et adapté du *Delirium, dementia, and depression in older adults: assessment and care* (RNAO, 2016).

DÉPISTAGE DU DÉLIRIUM

→ Dépister le délirium à l'aide d'un outil standardisé.

- Privilégier l'**outil 4AT** (aperçu ci-dessous et version française imprimable incluant instructions standardisées à l'annexe 1, p. 11).

[1] ÉTAT DE CONSCIENCE

ENCERCLER

Cela inclut les patients qui peuvent être nettement somnolents (par exemple, difficiles à réveiller et/ou visiblement endormis lors de l'évaluation) ou agités/hyperactifs. Observez le patient. S'il est endormi, essayez de le réveiller en lui parlant ou en touchant doucement son épaule. Demandez au patient de dire son nom et son adresse pour aider l'évaluation.

Normal *(alerte, mais pas agité, tout au long de l'évaluation)*	**0**
Somnolence légère <10 secondes après le réveil, puis normal	**0**
Clairement anormal	**4**

[2] AMT4

Âge, date de naissance, endroit (nom de l'hôpital ou du bâtiment), année courante.

Aucune erreur	**0**
1 erreur	**1**
2 erreurs ou plus/ne peut être testé	**2**

[3] ATTENTION

Demandez au patient : « Pouvez-vous me dire les mois de l'année dans l'ordre inverse, en commençant par décembre? »
Pour aider à la compréhension, il est permis de dire une seule fois : « quel est le mois avant décembre? »

Mois de l'année à l'envers	
Réussit à nommer 7 mois ou plus	**0**
Commence, mais réussit <7 mois ou refuse de commencer	**1**
Ne peut être testé *(ne peut pas commencer, car ne se sent pas bien, somnolent ou inattentif)*	**2**

[4] CHANGEMENT AIGU OU ÉVOLUTION FLUCTUANTE

Preuve de changements significatifs ou de fluctuation de l'état de conscience, cognition, autre fonction mentale (ex. paranoïa, hallucinations) apparus au cours des 2 dernières semaines et encore apparents dans les dernières 24 heures.

Non	**0**
Oui	**4**

4 ou plus : délirium possible +/- troubles cognitifs
1-3 : troubles cognitifs possibles
0 : délirium ou troubles cognitifs sévères peu probable (mais délirium encore possible si information incomplète à [4])

SCORE DU **4AT** ☐

- L'outil *Confusion Assessment Method* (CAM) peut également être utilisé si les professionnel(le)s sont formés et familiers avec son utilisation.

→ En cas de résultat positif (score total de 4 ou plus), vérifier auprès des proches que le comportement est inhabituel et débuter la prise en charge (voir p. 7).

→ En cas de résultat négatif (score entre 0 et 3), poursuivre les interventions préventives et refaire un dépistage à l'aide de l'outil 4AT si un changement est observé au niveau des signes et symptômes.

→ Documenter le résultat dans le dossier de la personne et aviser le médecin ou l'infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e).

DIAGNOSTIC DU DÉLIRIUM

Lorsque le résultat du dépistage est positif, le diagnostic devrait :

→ être posé par un médecin ou un(e) infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e);

→ s'appuyer sur la version la plus récente du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) (voir annexe 2, p. 12);

→ être documenté dans le dossier de la personne.

PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE EN DÉLIRIUM

⚠ Il n'existe aucun médicament pour le traitement curatif du délirium, mais les symptômes peuvent être soulagés.

→ La prise en charge comprend l'identification et le traitement des causes médicales sous-jacentes ainsi que la mise en place d'interventions non pharmacologiques. Les mesures de contrôle (contentions physiques ou antipsychotiques) devraient être utilisées en dernier recours seulement et pour la durée la plus courte possible.

→ **Travailler en équipe interdisciplinaire** (médecins, infirmier(ère)s, préposé(e)s aux bénéficiaires). Collaborer avec les autres professionnel(le)s (p. ex. ergothérapeute, gériatre pharmacien(ne), physiothérapeute, psychiatre) selon la complexité du cas et leur disponibilité.

IDENTIFICATION ET TRAITEMENT DES CAUSES MÉDICALES SOUS-JACENTES

→ En présence de délirium, rechercher la ou les causes médicales en procédant à des évaluations complémentaires et des examens médicaux.

<table>
<tr><th colspan="2">Causes médicales sous-jacentes possibles
(liste non exhaustive)</th></tr>
<tr><td>• Hypotension;
• Hypoxie;
• Douleur;
• Infection;
• Constipation;
• Rétention urinaire;
• Déséquilibre métabolique;
• Hypoglycémie;
• Déshydratation;
• Sevrage d'alcool, de nicotine, de drogue.</td><td>• Médication :
- ajout d'un nouveau médicament;
- retrait d'un médicament;
- changement de dose;
- mauvaise observance;
- intoxication ou sevrage d'un médicament.
• Problème de santé sévère, p. ex. :
- neurologique (p. ex. : un AVC);
- cardiaque (p. ex. : un syndrome coronarien aigu).</td></tr>
<tr><th colspan="2">Évaluations complémentaires et examens médicaux
(liste non exhaustive)</th></tr>
<tr><td>• Examen complet incluant :
- anamnèse;
- examen neurologique;
- examen de l'état mental;
- évaluation des signes vitaux;
- évaluation de la douleur;
- recherche de la présence d'une rétention urinaire ou fécale.
• Revue de la médication
- médicaments d'ordonnance*;
- produits de santé naturels;
- médicaments en vente libre.</td><td>• Tests de laboratoire (prise de sang et test d'urine) en fonction des résultats obtenus lors de l'examen complet. Vérifier la présence de déséquilibres métaboliques si nécessaire.
• Électrocardiogramme
⊗ Éviter l'imagerie cérébrale de routine
Procéder à une tomodensitométrie axiale dans les cas suivants :
- présence de nouveaux signes neurologiques focaux;
- historique de chutes récentes;
- blessure à la tête.</td></tr>
</table>

* Porter une attention particulière aux **médicaments pouvant précipiter le délirium** (voir p. 2).

APPROCHE NON PHARMACOLOGIQUE

Outre les causes médicales, d'autres facteurs liés à la vulnérabilité de base de la personne âgée ou à l'environnement de l'urgence peuvent contribuer à la présence du délirium et doivent être considérés dans la prise en charge. Afin d'atténuer l'effet de ces facteurs, les interventions de prise en charge suivantes peuvent être mises en place.

→ **Mettre en place des interventions non pharmacologiques** (voir p. 4 pour des exemples concrets) en veillant à les adapter aux besoins de la personne en délirium :

- s'assurer que la personne mange et s'hydrate;
- faciliter l'élimination urinaire et fécale;
- encourager la mobilisation;
- orienter la personne (temps et lieu);
- favoriser le sommeil;
- s'assurer du port des lunettes ou des prothèses auditives;
- soulager la douleur (voir p. 3).

Impliquer les proches dans la mise en place d'interventions non pharmacologiques selon les capacités de la personne, celles des proches et les précautions médicales à prendre.

→ **Utiliser des méthodes de communication adaptées à la personne âgée en délirium aux prises avec des hallucinations, des illusions ou des idées délirantes** afin d'éviter une escalade des symptômes de détresse, p. ex.[1] :

- éviter de confronter la personne même si ses propos sont incohérents;
- éviter d'argumenter avec la personne sur ses idées délirantes ou hallucinations;
- utiliser une tactique de diversion (lui changer les idées);
- essayer d'enlever l'objet qui cause une illusion;
- rassurer la personne et lui dire qu'elle est en sécurité avec vous.

[1] Exemples tirés de l'AAPA-fiche délirium (MSSS, 2012).

Les contentions physiques devraient être utilisées en dernier recours seulement et pour la durée la plus courte possible, lorsque la personne pose un risque imminent pour elle-même ou les autres.

- Tenter en premier lieu les interventions de prise en charge ci-dessus et des méthodes de communication adaptées à la personne en délirium pour prévenir l'escalade des comportements.
- Privilégier un moyen moins contraignant que les contentions physiques, lorsque possible (p. ex. : présence d'un surveillant ou de la famille, utilisation de coussins d'alerte).
- Respecter la règlementation de l'établissement en ce qui concerne l'utilisation, le suivi et la documentation des mesures de contentions.

Informer les proches quant à l'usage des contentions (utilisées en dernier recours et pour la durée la plus courte possible).

Informations à transmettre aux proches

Informer les proches à propos :

- du délirium (signes et symptômes, durée, évolution, causes possibles);
- de la façon de communiquer avec une personne en délirium;
- de la prise en charge qui sera effectuée (causes médicales sous-jacentes et traitement, possibilité d'utilisation de mesures de contrôle (contentions physiques ou antipsychotiques) en dernier recours seulement et pour la durée la plus courte possible).

APPROCHE PHARMACOLOGIQUE POUR ATTÉNUER LES SYMPTÔMES DE DÉTRESSE INDUITS PAR LE DÉLIRIUM

→ **Utiliser des antipsychotiques à court terme**, seulement dans les situations suivantes :

- chez les personnes qui ont des symptômes de détresse importants induits par le délirium, tels que des hallucinations ou des idées délirantes, de la peur, de l'anxiété; ou chez les personnes qui sont très agitées;
- lorsqu'une personne en délirium pose un risque imminent pour elle-même ou les autres.

⊗ Éviter les benzodiazépines, sauf si la personne âgée est en sevrage d'alcool.

⊗ En cas de maladie de Parkinson ou de démence à corps de Lewy, éviter l'halopéridol, la rispéridone et l'olanzapine.

Antipsychotiques pour atténuer les symptômes de détresse induits par le délirium

Antipsychotiques	Posologie initiale (dose minimale efficace)	Fréquence*	Posologie maximale	Particularités
Halopéridol	0,25 à 0,5 mg PO, SC ou IM	**PRN** q30-60 min SC IM **OU** q60 min PO	Max 4 doses **OU** 2 mg / 24 h	Surveiller l'akathisie
Rispéridone	0,25 mg PO	**Régulier‡** DIE à BID	s.o.	Surveiller l'akathisie
Quétiapine	12,5 mg PO	q3h **PRN** **OU** BID **régulier‡**	Maximum 3 doses / 24 h	À privilégier dans les cas de Parkinson ou démence à corps de Lewy
Olanzapine	1,25 à 2,5 mg PO	**Régulier** HS‡	s.o.	Considérer les effets anticholinergiques

PO : per os (oral); SC : sous-cutané; IM : intramusculaire; q : à tous les; DIE : 1X/jour; BID : 2X/jour; s.o. : sans objet; PRN : au besoin; HS : au coucher

*Réévaluer l'effet des antipsychotiques régulièrement. Demander la consultation d'un(e) spécialiste si les symptômes persistent.

⚠ ‡Les antipsychotiques atypiques réguliers devraient être administrés pour un maximum de **3 jours**, puis leur pertinence devrait être réévaluée. Considérer l'arrêt de ces médicaments dès la disparition des symptômes de détresse.

CONGÉ ET SUIVI

→ Le retour à domicile est possible lorsque l'ensemble des conditions suivantes sont présentes :

- causes médicales bien identifiées et traitées;
- milieu de vie adéquat;
- présence d'un filet de sécurité psychosocial.

→ Transmettre les informations relatives à l'épisode de délirium aux personnes qui peuvent en assurer le suivi (p. ex. : médecin de famille, services de soutien à domicile, personne responsable à la résidence ou au CHSLD).

→ Orienter la personne vers un(e) professionnel(le) qui peut assurer un suivi qui inclut une évaluation cognitive et fonctionnelle.

→ Prévoir le sevrage de l'antipsychotique sur l'ordonnance de départ si le retrait n'a pas pu être effectué avant le congé. Si un sevrage ne semble pas possible, aviser le médecin de famille, un(e) spécialiste ou un(e) pharmacien(ne) afin que la prise de l'antipsychotique soit réévaluée après le congé.

PRINCIPALES RÉFÉRENCES

American Geriatrics Society (AGS) Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc 2023;

American Psychiatric Association. (2022). Neurocognitive disorders. In : Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed, text rev.)

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée. Cadre de référence. Québec, Qc : MSSS; 2022. Disponible à : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-905-03W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Délirium – Fiche clinique « État cognitif » - Approche adaptée à la personne âgée. Québec, Qc : MSSS; 2012. Disponible à : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-08W.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Delirium, dementia, and depression in older adults: assessment and care. second edition éd. Toronto, ON RNAO; 2016. Disponible à : RNAO_Delirium_Dementia_Depression_Older_Adults_Assessment_and_Care.pdf.

Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan D, McDowell I, Mitnitski A. A Global Clinical Measure of Fitness and Frailty in Elderly People. CMAJ 2005; 173 (5) : 489-494

Voyer, P., Émond, M., Boucher, V., Carmichael, P.H., Juneau, L., Richard, H., Vu, T.T.M., Lee, J., Bouchard, G. (2017). RADAR : A rapid detection tool for signs of delirium (6th vital sign) in emergency departments. Canadian Journal of Emergency Nursing, 40(2), 37-43.

Nom du patient :

Date de naissance :

Numéro de dossier :

4AT

OUTIL DE DÉPISTAGE DU DÉLIRIUM ET DES TROUBLES COGNITIFS

Date : **Heure :**

Évaluateur :

[1] ÉTAT DE CONSCIENCE

ENCERCLER

Cela inclut les patients qui peuvent être nettement somnolents (par exemple, difficiles à réveiller et/ou visiblement endormis lors de l'évaluation) ou agités/hyperactifs. Observez le patient. S'il est endormi, essayez de le réveiller en lui parlant ou en touchant doucement son épaule. Demandez au patient de dire son nom et son adresse pour aider l'évaluation.

Normal *(alerte, mais pas agité, tout au long de l'évaluation)*	**0**
Somnolence légère <10 secondes après le réveil, puis normal	**0**
Clairement anormal	**4**

[2] AMT4

Âge, date de naissance, endroit (nom de l'hôpital ou du bâtiment), année courante.

Aucune erreur	**0**
1 erreur	**1**
2 erreurs ou plus/ne peut être testé	**2**

[3] ATTENTION

Demandez au patient : « Pouvez-vous me dire les mois de l'année dans l'ordre inverse, en commençant par décembre? »
Pour aider à la compréhension, il est permis de dire une seule fois : « quel est le mois avant décembre? »

Mois de l'année à l'envers

Réussit à nommer 7 mois ou plus	**0**
Commence, mais réussit <7 mois ou refuse de commencer	**1**
Ne peut être testé *(ne peut pas commencer, car ne se sent pas bien, somnolent ou inattentif)*	**2**

[4] CHANGEMENT AIGU OU ÉVOLUTION FLUCTUANTE

Preuve de changements significatifs ou de fluctuation de l'état de conscience, cognition, autre fonction mentale (ex. paranoïa, hallucinations) apparus au cours des 2 dernières semaines et encore apparents dans les dernières 24 heures.

Non	**0**
Oui	**4**

4 ou plus : délirium possible +/- troubles cognitifs

1-3 : troubles cognitifs possibles

0 : délirium ou troubles cognitifs sévères peu probable (mais délirium encore possible si information incomplète à [4])

SCORE DU 4AT

INSTRUCTIONS

Version 1.2. Informations et téléchargement: **www.the4AT.com**

Le 4AT est un instrument de dépistage conçu pour l'évaluation initiale rapide du délirium et des troubles cognitifs. Un score de 4 ou plus *suggère un* délirium, mais n'est pas un diagnostic : une évaluation plus détaillée de l'état mental peut être nécessaire pour parvenir à un diagnostic. Un score de 1 à 3 suggère un trouble cognitif : des tests cognitifs plus détaillés ainsi que la réalisation de l'anamnèse selon un proche aidant sont nécessaires. Un score de 0 n'exclut pas définitivement la présence d'un délirium ou de troubles cognitifs : une évaluation plus détaillée peut être nécessaire en fonction du contexte clinique. Les items 1 à 3 sont évalués *uniquement sur l'observation du patient au moment de l'évaluation*. L'item 4 nécessite des informations provenant d'une ou plusieurs sources, par exemple, votre propre connaissance du patient, d'autres membres du personnel qui connaissent le patient (ex. les infirmières de l'unité), une lettre du médecin traitant, les notes au dossier, les soignants. L'évaluateur doit prendre en compte des difficultés de communication (déficience auditive, dysphasie, langue) lors de la réalisation de l'évaluation et de l'interprétation du score.

État de conscience : L'altération de l'état de conscience est très susceptible d'être un délirium dans le milieu hospitalier. Si le patient montre une altération significative de son état de conscience lors de l'évaluation au chevet, indiquer un score de 4 pour cet item.

Changement aigu ou évolution fluctuante : la fluctuation est observée dans certains cas de démence sans présence de délirium, cependant une fluctuation prononcée indique généralement un délirium. Pour aider à cerner la présence d'hallucinations et/ou de pensées paranoïdes, poser des questions au patient telles que, « Êtes-vous préoccupé par quelque chose qui se passe ici? »; « Avez-vous peur de quelque chose ou de quelqu'un? »; « Avez-vous vu ou entendu des choses inhabituelles? »

Voyer, P., Wilchesky, M., Richard, H., Pelletier, I, Ballard, S., Lundu, O. (2016). 4AT French version 1.0. Université Laval, Québec, Canada.

adapté de © 2011-2014 MacLullich, Ryan, Cash

ANNEXE 2

Critères diagnostiques du délirium selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5-TR)

A. Une perturbation de l'attention (c.-à-d. diminution de la capacité de diriger, focaliser, soutenir et déplacer son attention) et de la conscience (diminution de l'orientation dans l'environnement).

B. La perturbation s'installe en un temps court (habituellement quelques heures à quelques jours), représente un changement par rapport à l'attention et à la conscience préalables et tend à fluctuer en sévérité tout au long de la journée.

C. Une autre perturbation cognitive (p. ex. : un déficit de la mémoire, de l'orientation, du langage, des habiletés visuospatiales ou des perceptions).

D. Les perturbations des critères A et C ne sont pas mieux expliquées par un trouble neurocognitif préexistant, stabilisé ou en évolution et ne doivent pas survenir dans le contexte d'un niveau de vigilance très réduit, comme dans un coma.

E. Mise en évidence d'après les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires que la perturbation est la conséquence physiologique directe d'une autre affection médicale, d'une intoxication ou d'un sevrage d'une substance (c.-à-d. une drogue ou un médicament) ou d'une exposition à un produit toxique, ou est due à de multiples causes.

Spécifier si :

Aigu : Durée de quelques heures à quelques jours.

Persistant : durée de quelques semaines à quelques mois.

Spécifier si :

Hyperactif : La personne présente une hyperactivité psychomotrice qui peut s'accompagner de labilité émotionnelle, d'agitation, et/ou d'une mauvaise adhésion aux soins médicaux.

Hypoactif : La personne présente une hypoactivité psychomotrice qui peut s'accompagner de lenteur et de léthargie jusqu'à la stupeur.

Niveau d'activité mixte : La personne a une activité psychomotrice normale bien que son attention et son niveaude conscience soient perturbés. Inclure aussi les sujets dont l'activité psychomotrice fluctue rapidement.

Spécifier si :

Délirium dû à une intoxication par une substance;

Délirium dû au sevrage d'une substance;

Délirium induit par un médicament;

Délirium dû à une autre affection médicale;

Délirium dû à des étiologies multiples.