

GUIDES ET NORMES

Délirium chez les personnes âgées à l'urgence : prévention, évaluation et prise en charge

Annexes complémentaires

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et du soutien à
l'amélioration des modes d'intervention -
services sociaux et santé mentale (DESA)

et

Direction de l'évaluation et de la pertinence des
modes d'intervention en santé (DEP)

Le présent document contient les annexes complémentaires au rapport *Délirium chez les personnes âgées à l'urgence : prévention, évaluation et prise en charge*.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ces annexes et le rapport final sont accessibles en ligne dans la section [Publications](#) de notre site *Web*.

Renseignements

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
Téléphone : 418 643-1339
Télécopieur : 418 646-8349

2021, avenue Union, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2563
Télécopieur : 514 873-1369

inesss@inesss.qc.ca
www.inesss.qc.ca

Responsabilité

L'Institut rend accessibles les principales informations qui ont servi à la préparation du rapport *Délirium chez les personnes âgées à l'urgence : prévention, évaluation et prise en charge* aux lecteurs qui désirent plus de détails sur sa démarche scientifique.

Ce document n'a pas fait l'objet d'une révision linguistique. Il ne reflète pas forcément les opinions des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXE A	1
Méthodologie détaillée	1
ANNEXE B	15
Stratégie de repérage de l'information scientifique	15
Repérage de la littérature grise	25
ANNEXE C	31
Sélection des documents (Diagrammes de flux).....	31
ANNEXE D	34
Liste des documents exclus et raisons de l'exclusion.....	34
ANNEXE E	46
Liste des documents inclus	46
Description des documents inclus.....	49
ANNEXE F	57
Évaluation de la qualité méthodologique des documents.....	57
ANNEXE G.....	67
Synthèses des données issues des guides de pratique clinique et des revues systématiques.....	67
Synthèses des données issues des revues systématiques portant spécifiquement sur la médication et le délirium.....	90
ANNEXE H.....	96
Résultats du sondage auprès des futurs utilisateurs de l'outil d'aide à la prise en charge et de l'aide-mémoire	96
RÉFÉRENCES.....	100

LISTE DES TABLEAUX

Tableau A-1 Critères d'inclusion et d'exclusion des guides de pratique clinique	4
Tableau A-2 Critères d'inclusion et d'exclusion des revues systématiques et des examens de la portée	6
Tableau A-3 Critères d'inclusion et d'exclusion des revues systématiques portant spécifiquement sur la médication et le délirium.....	8
Tableau B-1 Bases de données bibliographiques – Guides de pratique clinique	15
Tableau B-2 Base de données bibliographiques – Revues systématiques	18
Tableau B-3 Base de données bibliographiques – Revues systématiques portant spécifiquement sur la médication et le délirium.....	21
Tableau D-1 Liste des documents exclus et raison d'exclusion – Guides de pratique clinique	34
Tableau D-2 Liste des documents exclus et raison d'exclusion – Revues systématiques.....	41
Tableau D-3 Liste des documents exclus et raison d'exclusion – Revues systématiques portant spécifiquement sur la médication et le délirium	44

Tableau E-1	Guides de pratique clinique inclus	46
Tableau E-2	Revue systématique incluse	47
Tableau E-3	Guides de pratique clinique et revues systématiques portant spécifiquement sur la médication et le délirium.....	48
Tableau E-4	Description des documents inclus - Guides de pratique clinique	49
Tableau E-5	Description des documents inclus – Revues systématiques	51
Tableau E-6	Description des documents inclus – Guide de pratique clinique et revues systématiques portant spécifiquement sur la médication et le délirium.....	55
Tableau F-1	Critères d'évaluation de la grille AGREE II	57
Tableau F-2	Qualité globale des guides de pratique clinique selon la grille AGREE II.....	59
Tableau F-3	Qualité globale des revues systématiques selon l'outil ROBIS	65
Tableau F-4	Qualité globale des revues systématiques portant spécifiquement sur la médication et le délirium	66

LISTE DES FIGURES

Figure C-1	Diagramme de flux – Guides de pratique clinique	31
Figure C-2	Diagramme de flux – Revues systématiques.....	32
Figure C-3	Diagramme de flux – Revues systématiques portant spécifiquement sur la médication et le délirium	33
Figure F-1	Critères d'évaluation de la grille ROBIS.....	63

ANNEXE A

Méthodologie détaillée

La méthodologie employée pour réaliser l'outil d'aide à la prise en charge a respecté les normes de qualité de l'INESSS. Les questions d'évaluation identifiées ont été traitées en tenant compte des données scientifiques issues de la littérature ainsi que de données contextuelles et du savoir expérientiel provenant de différentes parties prenantes, soit de professionnels, chercheurs et personnes proches aidantes. L'analyse des informations recueillies a été réalisée dans une perspective de contextualisation de la pratique dans les urgences du Québec et en intégrant la perspective des parties prenantes consultées.

Question décisionnelle

Quelles sont les meilleures pratiques de prévention, d'évaluation et de prise en charge du délirium chez les personnes âgées dans les urgences et comment adapter ces pratiques à la réalité québécoise?

Questions d'évaluation

Les questions d'évaluation ont été déterminées selon les divers aspects à documenter pour élaborer un outil d'aide à la prise en charge pour la prévention, l'évaluation et la prise en charge du délirium chez les personnes âgées à l'urgence. Elles ont été formulées en tenant compte des éléments du modèle PIPOH utilisé pour définir la stratégie de recherche des guides de pratique clinique : population ciblée, interventions d'intérêt, professionnels/personnes à qui s'adressera l'outil d'aide à la prise en charge, paramètres d'intérêt (*outcomes*) et contexte clinique dans lequel l'outil sera implanté (*health care setting*). Pour la recherche de revues systématiques portant sur le sujet, les questions d'évaluation ont été formulées en tenant compte des éléments du modèle PICO : population, intervention, comparateur, paramètres d'intérêt (*outcomes*).

En ce qui concerne les meilleures pratiques de prévention du délirium chez les personnes âgées à l'urgence :

- Q1.** Quels sont les facteurs de risque de délirium?
- Q2.** Quelles sont les recommandations de meilleures pratiques pour prévenir l'apparition du délirium chez les personnes âgées à risque de délirium?
 - a) approche non pharmacologique
 - b) approche pharmacologique

En ce qui concerne les meilleures pratiques d'évaluation du délirium chez les personnes âgées à risque de délirium à l'urgence :

- Q3.** Quels sont les signes et symptômes pouvant indiquer un délirium?
- Q4.** Quels sont les signes et symptômes qui différencient le délirium des autres troubles (diagnostic différentiel)?
- Q5.** Quels sont les outils de dépistage standardisés à privilégier?
- Q6.** Quelles sont les causes sous-jacentes du délirium à rechercher (p. ex. : causes médicales ou environnementales)?
- Q7.** Quels sont les évaluations complémentaires et les examens médicaux à réaliser?
- Q8.** Quelles sont les recommandations de meilleures pratiques pour diagnostiquer le délirium?
- Q9.** Quelles sont les recommandations de meilleures pratiques pour la surveillance des signes et symptômes du délirium chez les personnes âgées à l'urgence?

En ce qui concerne les meilleures pratiques de prise en charge des personnes âgées en délirium à l'urgence :

- Q10.** Quelles sont les recommandations de meilleures pratiques concernant les interventions à privilégier auprès d'une personne âgée en délirium?
 - a) approche non pharmacologique
 - b) approche pharmacologique

En ce qui concerne les modalités de mise en œuvre des meilleures pratiques :

- Q11.** Y a-t-il des contre-indications ou des précautions particulières à considérer?
- Q12.** Quelles sont les recommandations de meilleures pratiques en ce qui a trait à l'implication des autres membres de l'équipe interdisciplinaire, des personnes proches aidantes et des bénévoles dans la prévention, l'évaluation et la prise en charge du délirium chez les personnes âgées à l'urgence?

En ce qui concerne le suivi :

- Q13.** Quelles sont les modalités de suivi recommandées pour une personne qui a présenté un délirium à l'urgence?

Autres aspects documentés en cours de projet

- Les particularités liées au contexte des urgences au Québec (p. ex. : le champ d'exercice des professionnels, l'organisation des services à l'urgence, les outils cliniques déjà utilisés pour la gestion du délirium).
- Les pratiques cliniques de prévention, d'évaluation et de prise en charge du délirium actuellement déployées dans les urgences québécoises.

- Les enjeux liés à l'utilisation et l'implantation d'un outil d'aide à la prise en charge pour prévenir, évaluer et prendre en charge le délirium dans les urgences québécoises.

Méthode de synthèse de l'information et des recommandations cliniques issues de la littérature

Type de revue de la littérature

Une recension des documents présentant des données scientifiques ou des recommandations cliniques pour répondre aux questions d'évaluation a été réalisée. Une méthode de revue rapide a été utilisée dans le respect des normes de réalisation élaborées par l'INESSS [INESSS, 2023]. Cette méthode conserve la démarche rigoureuse d'une revue systématique, mais permet certaines modifications de la méthodologie habituelle, en vue de répondre en temps opportun au besoin décisionnel ciblé [Hamel *et al.*, 2021].

Stratégies de repérage et critères de sélection

Trois recherches documentaires ont été réalisées pour répondre aux questions d'évaluation. Une première recherche a permis de repérer des guides de pratique clinique portant sur la gestion du délirium chez les personnes adultes ou âgées en milieu hospitalier. Une deuxième recherche a été effectuée en cours de projet, et sur avis du comité consultatif, afin de repérer des revues systématiques portant plus spécifiquement sur le délirium chez les personnes âgées dans le contexte de l'urgence. Finalement, une troisième recherche a aussi été effectuée en cours de projet, et sur avis du comité consultatif, afin de repérer des revues systématiques qui permettraient de préciser les médicaments à éviter, car à risque de précipiter un délirium chez les personnes âgées et les médicaments à privilégier pour atténuer les symptômes de détresse induits par le délirium. Toutes les stratégies de repérage ont été élaborées en collaboration avec une conseillère en information scientifique (bibliothécaire) de l'INESSS.

Stratégie de repérage des guides de pratique clinique et critères de sélection

La recherche documentaire des guides de pratique clinique a été effectuée dans les bases de données MEDLINE, Embase, PsycInfo et CINAHL Complete. Une recherche manuelle complémentaire de la littérature grise a été effectuée par une professionnelle scientifique au moyen du moteur de recherche Google afin de repérer des guides de pratique clinique non répertoriés dans les bases de données. Les sites Web de sociétés savantes, d'agences d'évaluation des technologies de la santé, d'organismes gouvernementaux et d'associations professionnelles ont aussi été consultés. Les recherches ont été réalisées en janvier 2023 et une mise à jour a été effectuée en septembre 2023. Les recherches se sont limitées aux documents publiés entre 2012 et septembre 2023, ainsi qu'aux documents rédigés en français et en anglais. Seuls les guides de pratique clinique provenant des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ont été examinés puisque ces

pays adhérent à des principes similaires visant l'amélioration de l'accès, de l'efficacité et de la qualité des soins de santé [OCDE, 2023].

La stratégie complète de repérage des guides de pratique clinique de même que la liste des sites Web d'organismes ciblés par la recherche manuelle sont détaillées à [l'annexe B](#).

Les critères d'inclusion et d'exclusion utilisés pour la sélection des guides de pratique clinique étaient les suivants :

Tableau A-1 Critères d'inclusion et d'exclusion des guides de pratique clinique

PIPOH	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
POPULATION	▪ Adulte de 18 ans et plus	▪ Personnes de 18 ans ou moins ▪ Personnes présentant un syndrome du délire agité ▪ Personnes présentant un délirium lié à l'alcool ▪ Personnes présentant un délirium en fin de vie
INTERVENTION	Meilleures pratiques de : ▪ prévention du délirium ▪ évaluation du délirium ▪ prise en charge de la personne âgée en délirium	Pratiques visant à prévenir, évaluer ou traiter le déclin fonctionnel ou le déclin cognitif sans qu'elles ne soient spécifiques au délirium
PROFESSIONNELS ou PERSONNES à qui s'adresse l'outil d'aide à la prise en charge	Principalement : ▪ le personnel infirmier ▪ les médecins Mais aussi tout autre membre du personnel œuvrant à l'urgence (p. ex. préposé(e) aux bénéficiaires, physiothérapeute, ergothérapeute, pharmacien(ne))	Aucun
PARAMÈTRES D'INTÉRÊT (Outcomes)	<u>Prévention du délirium :</u> ▪ Facteurs de risque ▪ Interventions préventives <u>Évaluation du délirium :</u> ▪ Signes et symptômes du délirium ▪ Outils standardisés de dépistage ▪ Évaluations complémentaires et examens médicaux ▪ Recommandations pour le diagnostic ▪ Surveillance du délirium	Aucun

PIPOH	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
	<u>Prise en charge de la personne âgée en délirium</u> - Interventions non pharmacologiques et pharmacologiques <u>Modalités de mise en œuvre</u> - Contre-indications ou précautions particulières - Implication des autres membres de l'équipe interdisciplinaire, des personnes proches aidantes et des bénévoles <u>Modalités de suivi au congé de l'urgence</u>	
TYPE DE DOCUMENTS	Guides de pratique clinique <i>de novo</i>	- Livres et chapitres de livres - Articles primaires - Éditoriaux - Examens de la portée - Revue systématique de la littérature avec ou sans méta-analyse - Adaptation d'un guide de pratique clinique - Ancienne version d'un guide de pratique clinique ayant fait l'objet d'une mise à jour - Absence de description de la méthodologie dans le guide de pratique clinique
CONTEXTE CLINIQUE	Guides de pratique clinique : - Contexte hospitalier (urgence, soins intensifs, soins de chirurgie et soins psychiatriques) Revue de littérature : - Contexte de l'urgence exclusivement	Documents dont les recommandations s'appliquent aux contextes suivants : milieux non hospitaliers, soins palliatifs, soins de cancérologie
ANNÉES DE PUBLICATION	2012 à 2023	Documents publiés avant 2012
LANGUE	Anglais et français	Autres langues que l'anglais et le français
PAYS	Pays membres de l'OCDE	Pays non membres de l'OCDE

Stratégie de repérage des revues systématiques (gestion du délirium chez les personnes âgées à l'urgence) et critères de sélection

La recherche documentaire pour les revues systématiques portant spécifiquement sur le délirium chez les personnes âgées à l'urgence a été effectuée en mars 2023 dans les bases de données MEDLINE, Embase, PsycInfo, CINAHL Complete et Cochrane Database of Systematic Reviews. Une mise à jour a été réalisée en cours de projet, soit en septembre 2023. La recherche s'est limitée aux documents publiés entre 2012 et septembre 2023, ainsi qu'aux documents rédigés en français et en anglais. Les bibliographies des documents retenus ont aussi été examinées afin de répertorier d'autres documents pertinents.

La stratégie complète de repérage des revues systématiques est détaillée à [l'annexe B](#). Les critères d'inclusion et d'exclusion utilisés pour la sélection des revues systématiques étaient les suivants :

Tableau A-2 Critères d'inclusion et d'exclusion des revues systématiques et des examens de la portée

PICO	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
POPULATION	Personnes âgées (65 ans et plus)	- Personnes de 65 ans et moins - Personnes présentant un syndrome du délire agité - Personnes présentant un délirium lié à l'alcool - Personnes présentant un délirium en fin de vie
INTERVENTION (ou EXPOSITION)	- Facteurs de risque - Interventions préventives - Évaluation du délirium (p. ex. outils de dépistage) - Prise en charge (p. ex. examens médicaux, intervention non pharmacologique ou pharmacologique)	Aucun
Comparateur	Si applicable : aucune intervention, pratique usuelle ou placebo	Aucun
PARAMÈTRES D'INTÉRÊT (Outcomes)	Incidence du délirium	Autres troubles cognitifs

PICO	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
TYPE DE DOCUMENTS	- Revue systématique de la littérature avec ou sans méta-analyse - Examens de la portée	- Guides de pratique clinique - Livres et chapitres de livres - Articles primaires - Éditoriaux - Revue narrative
CONTEXTE CLINIQUE	Contexte de l'urgence	- Milieux non hospitaliers - Contextes hospitaliers autres que l'urgence : soins palliatifs, soins intensifs, soins de chirurgie et soins psychiatriques
ANNÉES DE PUBLICATION	2012 à 2023	Documents publiés avant 2012
LANGUE	Anglais et français	Autres langues que l'anglais et le français

Stratégie de repérage des revues systématiques portant sur les médicaments et critères de sélection

En cours de projet, les membres du comité consultatif ont souhaité obtenir des données scientifiques plus précises concernant les médicaments à éviter puisqu'à risque de précipiter le délirium chez les personnes âgées ainsi que l'efficacité et l'innocuité des médicaments utilisés pour atténuer les symptômes de détresse induits par le délirium. Une recherche documentaire a donc été effectuée en juin 2023 dans les bases de données MEDLINE, Embase, PsycInfo et Cochrane Database of Systematic Reviews. La recherche s'est limitée aux documents publiés entre 2012 et septembre 2023, ainsi qu'aux documents rédigés en français et en anglais. Les bibliographies des documents retenus ont aussi été examinées afin de répertorier d'autres documents pertinents.

La stratégie complète de repérage de ces revues systématiques est détaillée à [l'annexe B](#). Les critères d'inclusion et d'exclusion utilisés pour la sélection de ces revues systématiques étaient les suivants :

Tableau A-3 Critères d'inclusion et d'exclusion des revues systématiques portant spécifiquement sur la médication et le délirium

PICO	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
POPULATION	Personnes âgées (65 ans et plus)	- Personnes de 65 ans et moins - Personnes présentant un syndrome du délire agité - Personnes présentant un délirium lié à l'alcool - Personnes présentant un délirium en fin de vie
INTERVENTION (ou EXPOSITION)	- Prise de médicaments - Traitement pharmacologique du délirium ou de ses symptômes	Aucune médication exclue
Comparateur	Si applicable : placebo ou aucun	Aucun
PARAMÈTRES D'INTÉRÊT (Outcomes)	- Incidence du délirium - Sévérité du délirium - Durée du délirium - Durée du séjour hospitalier	Tout autre paramètre
TYPE DE DOCUMENTS	Revue systématique de la littérature avec ou sans méta-analyse	- Guides de pratique clinique - Livres et chapitres de livres - Articles primaires - Éditoriaux - Revue narrative
CONTEXTE CLINIQUE	Tous contextes	Aucun
ANNÉES DE PUBLICATION	2012 à 2023	Documents publiés avant 2012
LANGUE	Anglais et français	Autres langues que l'anglais et le français

Processus de sélection de la littérature

Les détails du processus de sélection des documents ont été consignés sous forme de diagramme de flux, conformément aux recommandations du *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)* [Page *et al.*, 2022]. Les diagrammes de flux sont disponibles à [l'annexe C](#).

La sélection des documents a été réalisée en trois temps autant pour les documents repérés dans les bases de données que ceux repérés sur les sites Web :

- 1) **Phase pilote** : Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été prétestés sur 15 % des titres et des résumés des documents repérés lors de la recherche de guides de pratique clinique et sur 10 % des documents repérés lors de la recherche de revues systématiques, avec un taux d'accord de 94 % dans les deux cas. Les désaccords ont été discutés en équipe de projet jusqu'à l'obtention d'un consensus. Ces discussions ont permis de raffiner les critères d'inclusion et d'exclusion.
- 2) **Sélection à partir des titres et des résumés** : Les documents restants ont été répartis entre les deux professionnelles scientifiques qui ont fait une sélection de façon indépendante. En cas de doute concernant l'inclusion ou l'exclusion d'un document, la seconde professionnelle était consultée. Chacune des professionnelles a ensuite validé la sélection effectuée par l'autre professionnelle sur un échantillon aléatoire de 10 % des documents (autant parmi les documents inclus qu'exclus). Les désaccords ont été discutés en équipe de projet jusqu'à l'obtention d'un consensus.
- 3) **Sélection à partir de la lecture complète** : La sélection à partir de la lecture complète des documents a été réalisée par les deux professionnelles scientifiques de façon indépendante. Dans le cas de publications multiples, seule la version la plus récente a été retenue pour analyse. Les raisons d'exclusion lors de la sélection à partir de la lecture intégrale ont été inscrites dans des tableaux disponibles à [l'annexe D](#). La liste des documents inclus ainsi que la description de ces documents sont disponibles à [l'annexe E](#).

Le logiciel bibliographique EndNote a été utilisé pour la gestion des références bibliographiques.

Évaluation de la qualité méthodologique

L'évaluation de la qualité méthodologique des documents sélectionnés a été effectuée de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques. Les outils d'évaluation suivants ont été utilisés :

- l'outil d'évaluation AGREE II (*Appraisal of guidelines for research and evaluation*) pour évaluer la qualité méthodologique des guides de pratique clinique [Brouwers *et al.*, 2010];
- l'outil ROBIS (*Risk of bias in systematic reviews*) pour évaluer la qualité méthodologique des revues systématiques (avec ou sans méta-analyses) [Whiting *et al.*, 2016].

Les résultats des évaluations de la qualité méthodologique sont présentés à [l'annexe F](#).

Extraction des informations et des recommandations

L'extraction des données scientifiques et des recommandations cliniques permettant de répondre aux questions d'évaluation a été effectuée par une professionnelle scientifique à l'aide de tableaux d'extraction préétablis et préalablement testés sur quelques documents afin d'en assurer la validité. Toutes les extractions ont été validées par une deuxième professionnelle scientifique. Les tableaux d'extraction sont disponibles sur demande.

Analyse et synthèse des données issues de la littérature

Les similitudes et les divergences entre les différentes positions, recommandations et informations ont été analysées tout en considérant en parallèle la qualité méthodologique des documents et l'applicabilité au contexte de l'urgence. Pour chaque paramètre d'intérêt, une professionnelle scientifique a rédigé une synthèse narrative analytique afin de résumer les informations provenant des guides de pratique clinique, de même que pour les revues systématiques. À partir de ces synthèses, des énoncés de preuve ont été formulés. Les synthèses et les énoncés de preuve ont été validés par la seconde professionnelle scientifique. Les synthèses et les énoncés de preuve sont présentés à [l'annexe G](#).

Méthode de synthèse des données contextuelles et expérientielles recueillies auprès des parties prenantes

Parties prenantes consultées

Des informateurs clés ont d'abord été consultés lors de la phase de planification du projet : une urgentologue, un gériatre, une infirmière clinicienne en gériatrie à l'urgence et deux chercheurs. Ces consultations ont permis de mieux cerner les enjeux entourant le délirium chez les personnes âgées à l'urgence.

Les recommandations cliniques élaborées par l'INESSS sont le fruit de l'appréciation de l'information et des recommandations issues de la littérature, de la perspective de parties prenantes québécoises ainsi que d'éléments contextuels propres au Québec. Les données contextuelles et expérientielles ont été obtenues par la consultation des parties prenantes suivantes:

- panel d'utilisateurs, d'utilisatrices et des proches de la DESA;
- personnes proches aidantes de personnes ayant fait un délirium à l'urgence;
- comité consultatif (professionnels et chercheurs avec une expertise liée à la thématique du projet);
- comité de suivi (représentants du MSSS, d'ordres et d'associations professionnelles).

Les noms des personnes qui ont collaboré au projet ou qui ont été consultées apparaissent dans les pages liminaires du rapport associé.

Recrutement et collecte de données

Panel d'usagers, d'usagères et des proches de la DESA :

Ce panel est une instance permanente à l'INESSS. Il se compose de personnes proches aidantes et d'usager(ère)s de différents services sociaux. Elles ont été consultées au début du projet (février 2023), lors d'une rencontre en mode virtuel. Elles ont alimenté les réflexions sur les préoccupations ou enjeux qui touchent les usager(ère)s et leurs proches et ont recommandé, dans le cadre de ce projet, de mener une consultation auprès de personnes proches aidantes de personnes ayant vécu un épisode de délirium à l'urgence.

Consultation auprès de personnes proches aidantes :

Une consultation auprès de personnes proches aidantes ayant accompagné une personne âgée qui a vécu un épisode de délirium à l'urgence a été réalisée en juin 2023. Pour participer à la consultation, les personnes proches aidantes devaient satisfaire certains critères, notamment être âgées de 18 ans ou plus et avoir accompagné une personne âgée de 65 ans ou plus ayant fait un épisode de délirium à l'urgence dans les 3 dernières années. Les personnes proches aidantes ont été recrutées par l'intermédiaire d'une annonce publiée dans l'infolettre INESSS Express et sur les réseaux sociaux de l'INESSS. Les personnes intéressées étaient invitées à remplir un court questionnaire en ligne et elles ont ensuite été rencontrées brièvement en mode virtuel pour valider leur admissibilité. Sept personnes proches aidantes ont été retenues. La collecte des données a eu lieu lors d'un groupe de discussion réalisé en mode virtuel. Un guide d'entretien a été élaboré au préalable et les questions incluses visaient à recueillir l'expérience des personnes proches aidantes en lien avec les soins et services reçus ainsi que leurs suggestions d'amélioration pour la gestion du délirium.

Comité consultatif :

Le comité consultatif avait pour mandat de valider les preuves scientifiques, en cohérence avec leur expertise clinique et de recherche. Les membres du comité consultatif ont été recrutés en fonction de leur expertise clinique ou de recherche dans l'un des domaines suivants : gériatrie, psychiatrie, pharmacologie, urgence. La représentativité régionale a également été considérée au moment de la sélection des membres. Le comité consultatif était constitué de 12 membres, à savoir : deux urgentologues, trois infirmiers/infirmières d'urgence, un gériatre, une gérontopsychiatre, un pharmacien, une ergothérapeute, une physiothérapeute et deux chercheurs québécois ayant contribué à la recherche sur le délirium. L'ensemble des membres du comité a été rencontré à trois reprises (février, juin et octobre 2023). Un sous-groupe du comité a été rencontré pour un échange spécifique portant sur l'approche pharmacologique. Lors des rencontres, les membres du comité ont été invités à :

- se prononcer sur les thèmes et questions d'évaluation puis les critères d'inclusion et d'exclusion;
- prendre connaissance des résultats de la revue de littérature;

- partager leur perspective des énoncés de preuve se dégageant de la revue de littérature et de leur applicabilité dans le contexte de la pratique dans les urgences du Québec;
- contribuer à la formulation des recommandations cliniques émises dans l'outil d'aide à la prise en charge et l'aide-mémoire associé;
- fournir des éléments contextuels et des savoirs expérientiels;
- identifier des barrières et facilitateurs à la prestation de soins et services.

Comité de suivi :

Le mandat du comité de suivi était d'alimenter les réflexions sur l'applicabilité, la faisabilité d'implantation ainsi que la diffusion des produits élaborés dans ce projet. Ce comité était composé de représentants du MSSS, d'ordres et d'associations professionnelles. Le recrutement des membres s'est fait par l'entremise des ordres et associations qui ont désigné un représentant. Le comité a été rencontré en mode virtuel au début ainsi qu'à la fin du projet (avril et novembre 2023). À la première rencontre, les membres ont été invités à partager leur perspective des possibles enjeux professionnels et organisationnels entourant le projet. À la fin du projet, l'outil d'aide à la prise en charge ainsi que l'aide-mémoire associé leur ont été présentés et les membres ont été invités à se prononcer sur les enjeux qu'ils anticipent à l'adoption et l'implantation des meilleures pratiques recommandées dans ces produits et ont suggéré des facilitateurs pour la diffusion des produits et l'implantation des recommandations.

L'ensemble des rencontres de consultation ont été enregistrées avec l'accord des participants. Les comptes rendus de ces rencontres ont été rédigés par les professionnelles scientifiques et vérifiés par les coordonnatrices scientifiques, après quoi les enregistrements ont été détruits.

Analyse et synthèse des données recueillies auprès des parties prenantes

L'information issue des consultations avec les parties prenantes a été extraite des comptes rendus et une synthèse narrative a été effectuée par une professionnelle scientifique en fonction des questions d'évaluation. L'information ainsi synthétisée a été validée par la seconde professionnelle scientifique ayant aussi participé aux échanges tenus avec les parties prenantes et intégrée au rapport en soutien.

Processus et méthode d'élaboration de l'outil d'aide à la décision à la prise en charge et de l'aide-mémoire

Le choix du contenu ainsi que l'élaboration de l'outil et de l'aide-mémoire ont été déterminés en collaboration avec le comité consultatif. Pour chaque question d'évaluation, des propositions de recommandations ont d'abord été formulées par l'équipe de projet en tenant compte de l'information clinique ou des recommandations de meilleures pratiques issues de la littérature ainsi que des données contextuelles et expérientielles provenant des parties prenantes. À la deuxième rencontre, les membres du comité consultatif ont été invités à échanger sur l'ensemble de la preuve issue de la

revue de littérature et à réagir aux énoncés de preuve. Les échanges ont porté entre autres sur l'équilibre entre les avantages et les inconvénients, les valeurs et les préférences des professionnels et des usagers et l'applicabilité des recommandations dans le contexte organisationnel et le contexte de la pratique au Québec. À la troisième rencontre, les recommandations élaborées à partir des énoncés de preuve et contenues dans l'outil d'aide à la prise en charge et l'aide-mémoire ont été présentées aux membres. Ces derniers ont été invités à valider la formulation des recommandations ainsi que le format des livrables afin de s'assurer qu'ils soient adaptés aux besoins des professionnels œuvrant à l'urgence. À la fin du projet (décembre 2023), les membres du comité ont été invités à commenter par écrit l'ensemble des documents finaux produits (outil, aide-mémoire et rapport en soutien).

Processus d'appréciation globale

Le comité délibératif permanent est une instance permanente de l'INESSS qui a notamment pour mandat d'effectuer une appréciation globale de la valeur et de la pertinence des travaux pour la société québécoise. L'ensemble des travaux a été présenté à un comité délibératif composé des membres du Comité délibératif permanent en services sociaux et santé mentale, auxquels se sont joints certains membres du Comité délibératif permanent en santé. Les membres ont été rencontrés en mode virtuel au début ainsi qu'à la fin du projet (avril et décembre 2023). Ce comité était composé de personnes apportant des perspectives diversifiées : scientifiques, professionnels, gestionnaires, éthiciens, citoyens.

Processus de validation externe

Une consultation de futurs utilisateurs potentiels a été réalisée en novembre 2023. Ces derniers ont été recrutés par le biais d'une annonce dans l'infolettre INESSS Express et par la diffusion de cette annonce auprès de la communauté virtuelle d'apprentissage et de pratique en soins d'urgence. Les personnes intéressées ont rempli un court questionnaire en ligne pour vérifier leur admissibilité et pour recueillir des informations permettant d'assurer une diversité régionale et professionnelle. Parmi les 125 professionnels œuvrant à l'urgence ayant soumis leur candidature, 25 personnes ont été sélectionnées. Ils ont été invités à remplir un questionnaire comportant des questions sur la clarté, la convivialité et la facilité d'utilisation de l'outil d'aide à la prise en charge et de l'aide-mémoire. Au final, 15 personnes ont rempli ce questionnaire. Les commentaires recueillis ont été analysés par l'équipe de projet et intégrés aux documents finaux, le cas échéant (voir [l'annexe H](#)).

Enfin, trois lecteurs externes ont évalué la qualité et la rigueur scientifique de l'outil d'aide à la prise en charge, de l'aide-mémoire et du rapport en soutien. Ces personnes ont été choisies en fonction de leur expertise de recherche et de leur implication dans le domaine concerné.

Confidentialité et considérations éthiques

Toute information de nature personnelle ou médicale fournie par les parties prenantes consultées a été anonymisée afin de protéger l'identité des participants. Les membres de l'équipe de projet ainsi que toutes les parties prenantes consultées étaient tenus de respecter le devoir de réserve, de confidentialité, d'intégrité et de respect dicté par l'INESSS. Chaque membre de l'INESSS et chaque collaborateur participant aux travaux a pris connaissance du code d'éthique et s'est engagé à le respecter.

Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles

Toute personne appelée à collaborer sur ce dossier a dû déclarer les intérêts personnels qui la placent dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts, qu'ils soient commerciaux, financiers, relatifs à la carrière, relationnel ou autre. Les personnes étaient également invitées à déclarer les différentes activités professionnelles ou les rôles qui les placent dans une situation propice au développement de conflits de rôles. Tous les collaborateurs ont rempli un formulaire standardisé applicable à l'INESSS. Les futurs utilisateurs ont rempli une version abrégée incluse dans un questionnaire en ligne. Les déclarations complétées par les collaborateurs au dossier ont été évaluées par l'équipe de projet afin de déterminer les modalités de gestion à appliquer selon les situations déclarées. L'ensemble des situations déclarées sont divulguées dans les pages liminaires du rapport par souci de transparence.

ANNEXE B

Stratégie de repérage de l'information scientifique

Tableau B-1 Bases de données bibliographiques – Guides de pratique clinique

MEDLINE (Ovid)	
Segment : ALL 1946 to January 17, 2023	
Date de la recherche : 18 janvier 2023	
Limites : 2012- ; anglais, français	
Mise à jour : 15 septembre 2023	
1	*Confusion/di,dt,pc,th OR *Psychomotor Agitation/di,dt,pc,th
2	*Delirium/
3	(delir* OR ((acute* OR sudden*) ADJ2 (agitat* OR brain dysfunction* OR brain failure* OR brain syndrome* OR confus* OR disorient* OR psycho-organic OR psychoorganic OR psychosyndrome* OR psychosyndrome*))) .ti,ab,kf
4	(diagnosis OR diagnostic OR prevention OR therapy).fx OR (approach* OR assess* OR care OR control* OR detect* OR diagnos* OR evaluat* OR identif* OR initiative* OR intervention* OR manag* OR predict* OR prevent* OR recogni* OR screen* OR strateg* OR treat* OR therap*).ti,ab,hw,kf.
5	1 OR ((2 OR 3) AND 4)
6	*Alcohol Withdrawal Delirium/ OR *Psychoses, Alcoholic/ OR *Substance Withdrawal Syndrome/ OR alcohol*.ti
7	5 NOT 6
8	(child* OR infant* OR paediatr* OR pediater*).ti
9	7 NOT 8
10	(case reports OR comment OR editorial OR letter).pt OR (case report* OR case stud* OR comment* OR editorial* OR reply OR replies OR letter*).ti
11	9 NOT 10
12	exp Algorithms/ OR exp Clinical Protocols/ OR exp Consensus/ OR exp Consensus Development Conference/ OR exp Consensus Development Conferences as Topic/ OR exp Critical Pathways/ OR exp Guideline/ OR exp Guidelines as Topic/ OR Health Planning Guidelines/ OR Clinical Conference.pt OR (guideline* OR guide line* OR CPG OR CPGs OR guidance OR practical guide* OR (best ADJ3 practice*) OR (evidence ADJ2 (base* OR report* OR syntheses* OR research OR practice* OR best)) OR consensus OR algorithm* OR (clinical ADJ2 (path OR paths OR pathway* OR protocol*)) OR (critical ADJ2 (path OR paths OR pathway*)) OR recommendation* OR committee opinion* OR policy statement* OR position statement* OR position paper* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR ((standard OR standards) ADJ2 (care* OR practice* OR gold OR quality))).ti,kf
13	11 AND 12

EMBASE (Ovid)	
Segment : 1974 to 2023 January 17	
Date de la recherche : 18 janvier 2023	
Limites : 2012- ; anglais, français	
Mise à jour : 15 septembre 2023	
1	*Confusion/di,dm,dt,pc,th OR Exp *Delirium assessment/ OR *Restlessness/di,dm,dt,pc,th
2	*Acute confusion/ OR exp *Delirium/
3	(delir* OR ((acute* OR sudden*) ADJ2 (agitat* OR brain failure* OR brain syndrome* OR brain dysfunction* OR confus* OR disorient* OR psycho-organic OR psychoorganic OR psychosyndrome* OR psychosyndrome*))) .ti,ab,kf
4	(di OR diagnosis OR dm OR dt OR management OR pc OR prevention OR th OR therapy).fx. OR (approach* OR assess* OR care OR control* OR detect* OR diagnos* OR evaluat* OR identif* OR initiative* OR intervention* OR predict* OR prevent* OR manag* OR recogni* OR screen* OR strateg* OR therap* OR treat*).ti,ab,hw,kf.
5	1 OR ((2 OR 3) AND 4)
6	exp *Alcohol Psychosis/ OR *Alcohol Withdrawal Syndrome/ OR *Alcoholic Delirium/ OR *Withdrawal Syndrome/ OR alcohol*.ti
7	5 NOT 6
8	(child* OR infant* OR paediatr* OR pediater*).ti
9	7 NOT 8

10	Case Report/ OR Editorial/ OR Letter/ OR (case report* OR case stud* OR comment* OR editorial* OR reply OR replies OR letter*).ti
11	9 NOT 10
12	Algorithm/ OR Clinical Pathway/ OR Clinical Protocol/ OR Consensus/ OR Consensus Development/ OR Health Care Planning/ OR exp Practice Guideline/ OR (guideline* OR guide line* OR CPG OR CPGs OR guidance OR practical guide* OR (best ADJ3 practice*) OR (evidence ADJ2 (base* OR report* OR syntheses* OR research OR practice* OR best)) OR consensus OR algorithm* OR (clinical ADJ2 (path OR paths OR pathway* OR protocol*)) OR (critical ADJ2 (path OR paths OR pathway*)) OR recommendation* OR committee opinion* OR policy statement* OR position statement* OR position paper* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR ((standard OR standards) ADJ2 (care* OR practice* OR gold OR quality))).ti,kf
13	11 AND 12
14	limit 13 to embase
15	limit 14 to exclude medline journals
16	14 OR 15

PsycINFO (Ovid) Segment : 1806 to January Week 2 2023 Date de la recherche : 18 janvier 2023 Limites : 2012- ; anglais, français Mise à jour : 15 septembre 2023	
1	*Agitation/ OR *Delirium/ OR *Mental Confusion/ OR *Restlessness/
2	(delir* OR ((acute* OR sudden*) ADJ2 (agitat* OR brain dysfunction* OR brain failure* OR brain syndrome* OR confus* OR disorient* OR psychoorganic OR psycho-organic OR psycho-syndrome* OR psychosyndrome*))).ti,ab,id
3	1 OR 2
4	(approach* OR assess* OR care OR control* OR detect* OR diagnos* OR evaluat* OR identif* OR initiative* OR intervention* OR manag* OR predict*prevent* OR recogni* OR screen* OR strateg* OR therap* OR treat*).ti,ab,hw,id
5	3 AND 4
6	*Alcohol Withdrawal/ OR exp *Alcoholic Psychosis/ OR *Drug Withdrawal/ OR alcohol*.ti
7	5 NOT 6
8	(child* OR infant* OR paediatr* OR pediater*).ti
9	7 NOT 8
10	Case Report/ OR (comment reply OR editorial OR letter).dt. OR (case report* OR case stud* OR comment* OR editorial* OR reply OR replies OR letter*).ti
11	9 NOT 10
12	Treatment Guidelines/ OR Best Practices/ OR Evidence Based Practice/ OR Health Planning Guidelines/ OR (guideline* OR guide line* OR CPG OR CPGs OR guidance OR practical guide* OR (best ADJ3 practice*) OR (evidence ADJ2 (base* OR report* OR syntheses* OR research OR practice* OR best)) OR consensus OR algorithm* OR (clinical ADJ2 (path OR paths OR pathway* OR protocol*)) OR ((critical) ADJ2 (path OR paths OR pathway*)) OR recommendation* OR committee opinion* OR policy statement* OR position statement* OR position paper* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR ((standard OR standards) ADJ2 (care* OR practice* OR gold OR quality))).ti,id
13	11 AND 12

CINAHL Complete (EBSCO) Date de la recherche : 18 janvier 2023 Limites : 2012- ; anglais, français Mise à jour : 15 septembre 2023	
S1	MM (Confusion/DI/DT/PC/TH OR Delirium Management (Iowa NIC) OR Psychomotor Agitation/DI/DT/PC/TH
S2	MM (Delirium OR Acute Confusion (NANDA))
S3	TI (delir* OR ((acute* OR sudden*) N2 (confus* OR agit* OR disorient* OR brain syndrome* OR brain dysfunction* OR brain failure* OR psycho-organic OR psychoorganic OR psychosyndrome* OR psycho-syndrome*))) OR AB (delir* OR ((acute* OR sudden*) N2 (confus* OR agit* OR disorient* OR brain syndrome* OR brain dysfunction* OR brain failure* OR psycho-organic OR psychoorganic OR psychosyndrome* OR psycho-syndrome*))) OR SU (delir* OR ((acute* OR sudden*) N2 (confus* OR agit* OR disorient* OR brain syndrome* OR brain dysfunction* OR brain failure* OR psycho-organic OR psychoorganic OR psychosyndrome* OR psycho-syndrome*)))
S4	TI (prevent* OR control* OR manag* OR diagnos* OR assess* OR screen* OR detect* OR evaluat* OR treat* OR therap* OR intervention* OR care OR strateg* OR approach* OR initiative* OR identif* OR recogni* OR predict*) OR AB (prevent* OR control* OR manag* OR diagnos* OR assess* OR screen* OR detect* OR evaluat* OR treat* OR therap* OR intervention* OR care OR strateg* OR approach* OR initiative* OR identif* OR recogni* OR predict*) OR MW (prevent* OR control* OR manag* OR diagnos* OR assess* OR screen* OR detect* OR evaluat* OR treat* OR therap* OR intervention* OR care OR strateg* OR approach* OR initiative* OR identif* OR recogni* OR predict*)
S5	S1 OR ((S2 OR S3) AND S4)
S6	MM (Psychoses, Alcoholic OR Alcohol Withdrawal Delirium OR Substance Withdrawal Syndrome OR Alcohol Withdrawal Syndrome) OR TI (alcohol*)
S7	S5 NOT S6
S8	TI (child* OR infant* OR paediatr* OR pediater*)
S9	S7 NOT S8
S10	PT (Case Study OR Commentary OR Editorial OR Letter) OR TI (case report* OR case stud* OR comment* OR reply OR replies OR editorial* OR letter*)
S11	S9 NOT S10
S12	MH (Guidelines as topic OR Practice guidelines as topic OR Health planning guidelines OR Algorithms OR Consensus OR Consensus development conferences as topic OR Critical pathways OR Clinical protocols) OR PT (practice guidelines) OR TI (guideline* OR guide line* OR CPG OR CPGs OR guidance OR practical guide* OR (best N3 practice*) OR (evidence N2 (base* OR report* OR syntheses* OR research OR practice* OR best)) OR consensus OR algorithm* OR (clinical N2 (path OR paths OR pathway* OR protocol*)) OR ((critical N2 (path OR paths OR pathway*)) OR recommendation* OR committee opinion* OR policy statement* OR position statement* OR position paper* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR ((standard OR standards) N2 (care* OR practice* OR gold OR quality)))
S13	S11 AND S12

Tableau B-2 Base de données bibliographiques – Revues systématiques

MEDLINE (Ovid)	
Segment : ALL 1946 to February 27, 2023	
Date de la recherche : 28 février 2023	
Limites : 2012- ; anglais, français	
Mise à jour : 18 septembre 2023	
1	Confusion/ OR Delirium/ OR Psychomotor Agitation/
2	(delir* OR ((acute* OR sudden*) ADJ2 (agitat* OR brain syndrome* OR brain dysfunction* OR brain failure* OR confus* OR disorient* OR psycho-organic OR psychoorganic OR psychosyndrome* OR psycho-syndrome*))) .ti,ab,kf,bt
3	1 OR 2
4	Emergency Service, Hospital/ OR Emergency Services, Psychiatric/ OR Emergency Medical Services/ OR Triage/ OR Emergency Nursing/ OR Emergency Medicine/ OR Clinical Observation Units/
5	((casualty OR casualties OR emergencies OR emergency) ADJ2 (centre? OR center? OR department? OR hospital? OR medicine OR room? OR service? OR unit? OR visit* OR ward?)) OR "A&E" OR "A & E" OR "E & C" OR "E&C" OR ED OR EMS OR triage).ti,kf,bt
6	((acute ADJ2 (medical OR assessment OR admission*) ADJ unit?) OR ((medical assessment OR observation OR clinical decision OR short stay OR rapid assessment) ADJ2 unit?) OR AAU OR AAUs OR AMU OR AMUs OR ECU OR ECUs OR EAU OR EAUs OR MAPU OR MAPUs OR EMAU OR EMAUs OR MAU OR MAUs OR AMAU OR AMAUs OR RAMU OR RAMUs).ti,kf,bt
7	4 OR 5 OR 6
8	3 AND 7
9	(child* OR infant* OR paediatr* OR pediater*).ti
10	*Alcohol Withdrawal Delirium/ OR *Psychoses, Alcoholic/ OR *Substance Withdrawal Syndrome/ OR alcohol*.ti
11	8 NOT (9 OR 10)
12	Meta-Analysis/ OR exp Meta-Analysis as Topic/ OR Systematic Review/ OR (meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta-review* OR metareview* OR meta regression* OR metaregression* OR meta synthesis OR metasynthesis OR (overview* ADJ2 review*) OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) or ((quantitative or methodologic* or integrativ*) adj (review* or overview* or syntheses*)) OR umbrella review*).ti,ab,kf OR (meta analysis OR review OR systematic review).pt
13	11 AND 12

EMBASE (Ovid)	
Segment : 1974 to 2023 February 27	
Date de la recherche : 28 février 2023	
Limites : 2012- ; anglais, français	
Mise à jour : 18 septembre 2023	
1	Acute confusion/ OR Confusion/ OR exp Delirium/ OR Exp Delirium assessment/ OR Restlessness/
2	(delir* OR ((acute* OR sudden*) ADJ2 (agitat* OR brain syndrome* OR brain dysfunction* OR brain failure* OR confus* OR disorient* OR psycho-organic OR psychoorganic OR psychosyndrome* OR psycho-syndrome*))) .ti,ab,kf,bt
3	1 OR 2
4	Exp Emergency Health Service/ OR Emergency Nursing/ OR Emergency Medicine/ OR Emergency Ward/ OR Observation Unit/
5	((casualty OR casualties OR emergencies OR emergency) ADJ2 (centre? OR center? OR department? OR room? OR service? OR hospital? OR medicine OR unit? OR visit* OR ward?)) OR ED OR EMS OR "A&E" OR "A & E" OR "E & C" OR "E&C" OR triage).ti,kf,bt
6	((acute ADJ2 (medical OR assessment OR admission*) ADJ unit?) OR ((medical assessment OR observation OR clinical decision OR short stay OR rapid assessment) ADJ2 unit?) OR AAU OR AAUs OR AMU OR AMUs OR ECU OR ECUs OR EAU OR EAUs OR MAPU OR MAPUs OR EMAU OR EMAUs OR MAU OR MAUs OR AMAU OR AMAUs OR RAMU OR RAMUs).ti,kf,bt
7	4 OR 5 OR 6
8	3 AND 7
9	(child* OR infant* OR paediatr* OR pediater*).ti
10	Exp *Alcohol psychosis/ OR *Alcohol withdrawal syndrome/ OR *Alcoholic delirium/ OR *Withdrawal syndrome/ OR alcohol*.ti
11	8 NOT (9 OR 10)

12	Meta Analysis/ OR "Meta Analysis (topic)"/ OR Systematic Review/ OR "Systematic Review (topic)"/ OR (meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta-review* OR metareview* OR meta regression* OR metaregression* OR meta synthesis OR metasynthesis OR (overview* ADJ2 review*) OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR umbrella review*).ti,ab,kf OR (review).pt
13	11 AND 12
14	limit 15 to embase
15	limit 15 to exclude medline journals
16	14 OR 15

PsycINFO (Ovid) Segment : 1806 to February Week 3 2023 Date de la recherche : 28 février 2023 Limites : 2012- ; anglais, français Mise à jour : 18 septembre 2023	
1	Agitation/ OR Delirium/OR Mental Confusion/ OR Restlessness/
2	(delir* OR ((acute* OR sudden*) ADJ2 (confus* OR agitat* OR disorient* OR brain syndrome* OR brain dysfunction* OR brain failure* OR psycho-organic OR psychoorganic OR psychosyndrome* OR psycho-syndrome*))).ti,ab,id
3	1 OR 2
4	Emergency Management/ OR Emergency Medicine/ OR Emergency Services/
5	((casualty OR casualties OR emergency OR emergencies) ADJ2 (centre? OR center? OR department? OR hospital? OR medicine OR room? OR service? OR unit? OR visit* OR ward?)) OR ED OR EMS OR "A&E" OR "A & E" OR "E & C" OR "E&C" OR triage).ti,id
6	((acute ADJ2 (medical OR assessment OR admission*) ADJ unit?) OR ((medical assessment OR observation OR clinical decision OR short stay OR rapid assessment) ADJ2 unit?) OR AAU OR AAUs OR AMU OR AMUs OR ECU OR ECUs OR EAU OR EAUs OR MAPU OR MAPUs OR EMAU OR EMAUs OR MAU OR MAUs OR AMAU OR AMAUs OR RAMU OR RAMUs).ti,id
7	4 OR 5 OR 6
8	3 AND 7
9	(child* OR infant* OR paediatr* OR pediater*).ti
10	*Alcohol withdrawal delirium/ OR *Psychoses, alcoholic/ OR *Substance withdrawal syndrome/ OR alcohol*.ti
11	8 NOT (9 OR 10)
12	Meta Analysis/ OR Systematic Review/ OR (meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta-review* OR metareview* OR meta regression* OR metaregression* OR meta synthesis OR metasynthesis OR (overview* ADJ2 review*) OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR umbrella review*).ti,ab,id
13	11 AND 12

CINAHL Complete (EBSCO) Date de la recherche : 28 février 2023 Limites : 2012- ; anglais, français Mise à jour : 18 septembre 2023	
S1	MH (Acute Confusion (NANDA) OR Confusion OR Delirium Management (Iowa NIC) OR Psychomotor Agitation OR Delirium)
S2	TI (delir* OR ((acute* OR sudden*) N2 (confus* OR agitat* OR disorient* OR brain syndrome* OR brain dysfunction* OR brain failure* OR psycho-organic OR psychoorganic OR psychosyndrome* OR psycho-syndrome*))) OR AB (delir* OR ((acute* OR sudden*) N2 (confus* OR agitat* OR disorient* OR brain syndrome* OR brain dysfunction* OR brain failure* OR psycho-organic OR psychoorganic OR psychosyndrome* OR psycho-syndrome*))) OR SU (delir* OR ((acute* OR sudden*) N2 (confus* OR agitat* OR disorient* OR brain syndrome* OR brain dysfunction* OR brain failure* OR psycho-organic OR psychoorganic OR psychosyndrome* OR psycho-syndrome*)))
S3	S1 OR S2
S4	MH (Emergency Medical Services+ OR Emergency Medicine OR Emergency Nursing OR Emergency Service OR Emergency Services, Psychiatric OR Triage OR Observation Units)
S5	TI ("A&E" OR "A & E" OR "E & C" OR "E&C" OR "ED" OR EMS OR triage OR ((emergency OR emergencies OR casualty OR casualties) N2 (unit* OR department* OR room* OR service* OR ward* OR hospital* OR centre* OR center* OR medicine OR visit*))) OR SU ("A&E" OR "A & E" OR "E & C" OR

	"E&C" OR "ED" OR EMS OR triage OR ((emergency OR emergencies OR casualty OR casualties) N2 (unit* OR department* OR room* OR service* OR ward* OR hospital* OR centre* OR center* OR medicine OR visit*))
S6	TI ((acute N2 (medical OR assessment OR admission*) N0 unit?) OR ((medical assessment OR observation OR clinical decision OR short stay OR rapid assessment) N2 unit?) OR AAU OR AAUs OR AMU OR AMUs OR ECU OR ECUs OR EAU OR EAUs OR MAPU OR MAPUs OR EMAU OR EMAUs OR MAU OR MAUs OR AMAU OR AMAUs OR RAMU OR RAMUs) OR SU ((acute N2 (medical OR assessment OR admission*) N0 unit?) OR ((medical assessment OR observation OR clinical decision OR short stay OR rapid assessment) N2 unit?) OR AAU OR AAUs OR AMU OR AMUs OR ECU OR ECUs OR EAU OR EAUs OR MAPU OR MAPUs OR EMAU OR EMAUs OR MAU OR MAUs OR AMAU OR AMAUs OR RAMU OR RAMUs)
S7	S4 OR S5 OR S
S8	S3 AND S7
S9	TI (child* OR infant* OR paediatr* OR pediater*)
S10	MM (Psychoses, Alcoholic OR Alcohol Withdrawal Delirium OR Substance Withdrawal Syndrome OR Alcohol Withdrawal Syndrome) OR TI (alcohol*)
S11	S8 NOT (S9 OR S10)
S12	MH (Meta-analysis OR Meta-analysis as topic OR Review literature as topic) OR PT (meta analysis) OR TI ("meta-analy*" OR metaanaly* OR "met analy*" OR metanaly* OR "meta regression*" OR metaregression* OR "meta review*" OR metareview* OR "meta synthesis" OR metasynthesis OR "overview of review*" OR (systematic* N3 (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR "umbrella review*") OR PT (meta analysis OR meta synthesis OR review OR systematic review)
S13	S11 AND S12

EBM Reviews – Cochrane Database of Systematic Reviews (Ovid) Segment : 2005 to February 22, 2023 Date de la recherche : 28 février 2023 Limites : 2012- ; anglais, français Mise à jour : 18 septembre 2023	
1	(delir* OR ((acute* OR sudden*) ADJ2 (agitat* OR brain syndrome* OR brain dysfunction* OR brain failure* OR confus* OR disorient* OR psycho-organic OR psychoorganic OR psychosyndrome* OR psycho-syndrome*))).ti,kw
2	((casualty OR casualties OR emergency OR emergencies) ADJ2 (centre? OR center? OR department? OR hospital? OR medicine OR room? OR service? OR unit? OR visit* OR ward?)) OR ED OR EMS OR "A&E" OR "A & E" OR "E & C" OR "E&C" OR triage).ti,kw
3	((acute ADJ2 (medical OR assessment OR admission*) ADJ unit?) OR ((medical assessment OR observation OR clinical decision OR short stay OR rapid assessment) ADJ2 unit?) OR AAU OR AAUs OR AMU OR AMUs OR ECU OR ECUs OR EAU OR EAUs OR MAPU OR MAPUs OR EMAU OR EMAUs OR MAU OR MAUs OR AMAU OR AMAUs OR RAMU OR RAMUs).ti,kw
4	1 AND (2 OR 3)
5	(child* OR infant* OR paediatr* OR pediater*).ti
6	alcohol*.ti
7	4 NOT (5 OR 6)

Tableau B-3 Base de données bibliographiques – Revues systématiques portant spécifiquement sur la médication et le délirium

MEDLINE (Ovid) Segment : ALL 1946 to June 27, 2023 Date du repérage : 28 juin 2023 Limites : 2012- ; anglais, français	
1	Confusion/ OR Delirium/ OR Psychomotor Agitation/
2	(delir* OR ((acute* OR sudden*) ADJ2 (agitat* OR brain syndrome* OR brain dysfunction* OR brain failure* OR confus* OR disorient* OR psycho-organic OR psychoorganic OR psychosyndrome* OR psychosyndrome*))) .ti,ab,kf,bt
3	1 OR 2
4	exp Aged/ OR Geriatrics/ OR Geriatric Nursing/
5	((((aged OR old*) ADJ1 (adult* OR age OR individual* OR m#n OR patient* OR people OR person* OR population* OR resident* OR wom#n)) OR ag?ing OR centenarian* OR elder* OR geriatric* OR gerontolog* OR late adulthood OR nonagenarian* OR octogenarian* OR oldest old OR senior* OR senium OR very old).ti,ab,kf,bt.
6	4 OR 5
7	exp Analgesics, Opioid/ OR exp Antipsychotic Agents/ OR exp Benzodiazepines/ OR exp Psychotropic Drugs/ OR Narcotics/
8	(antipsychotic* OR abilify* OR adasuve* OR amisulpride* OR anquil* OR apoplon* OR aripiprazole* OR aristada* OR barhemsys* OR benperidol* OR chlorpromazine* OR chlorprothixene* OR cisordinol* OR clopenthixol* OR clopixol* OR clozapine* OR clozaril* OR compazine* OR deniban* OR depixol* OR detenler* OR dogmatil* OR droperidol* OR etaperazine* OR etazolate* OR fluaxol* OR flupenthixol* OR fluphenazine* OR fluspirilene* OR haldol* OR haloperidol* OR hirnamin* OR inapsine* OR invega* OR lamictal* OR lamotrigine* OR largactil* OR latuda* OR levomepromazine* OR levoprome* OR levotomin* OR loxapine* OR loxitane* OR lurasidone* OR mesoridazine* OR methotrimeprazine* OR moban* OR molindone* OR navane* OR neurocil* OR nozinan* OR olanzapine* OR opiran* OR orap* OR paliperidone* OR penfluridol* OR perazine* OR permitil* OR pernazine* OR perphenazin* OR perphenazine* OR pimozide* OR pimozidum* OR prochlorperazine* OR prolixin* OR promazine* OR protactyl* OR psychoperidol* OR psytomin* OR quetiapine* OR raclopride* OR raclopridum* OR racloprida* OR redeptin* OR remoxipride* OR reserpine* OR risperdal* OR risperidal* OR risperidone* OR rispolept* OR ritanserin* OR romtiazin* OR roxiam* OR semap* OR serentil* OR seroquel* OR serpalan* OR serpasil* OR sinophenin* OR socian* OR solian* OR spiperone* OR spiroperidol* OR spiropitan* OR stelazine* OR sulpiride* OR taractan* OR taxilan* OR thiothixene* OR thorazine* OR tiapridal* OR tiapride* OR tiotixene* OR tiserton* OR trifluoperazine* OR trifluperidol* OR triflupromazine* OR trilafon* OR triperidol* OR trisedil* OR vesprin* OR zuclopenthixol* OR zyprexa*).ti,ab,kf,bt
9	(adumbran* OR alprazolam* OR anezate* OR anthramycin* OR ativan* OR benزالin* OR benzodiazepine* OR benzodiazepinones* OR bromazepam* OR buccolam* OR calmepam* OR centrax* OR chlordiazepoxide* OR chlorepin* OR chlozepid* OR clobazam* OR clonazepam* OR clorazepate* OR clorazolam* clorepin* OR compedium* OR creosedin* OR dalmame* OR demetrix* OR devazepide* OR devazepidum* OR diastat* OR diazepam* OR dormicum* OR durazanol* OR estazolam* OR eurodin* OR flumazenil* OR flumazepil* OR flunitrazepam* OR flurazepam* OR flurazepanum* OR frisium* OR halcion* OR hydroxydiazepam* OR imeson* OR klonopin* OR lektopam* OR lekotam* OR levanxol* OR lexaurnin* OR lexilium* OR lexomil* OR lexotan* OR lexotanol* OR librium* OR lorazepam* OR lysanxia* OR medazepam* OR methaminodiazepoxide* OR methyloxazepam* OR midazolam* OR midazolamum* OR neozepam* OR nitrazepam* OR nobrium* OR noctosom* OR normoc* OR nuctalon* OR olansek* OR olanzapine* OR oxazepam* OR pirenzepin* OR prazepam* OR prosom* OR resmit* OR restoril* OR rivotril* OR rohypnol* OR romazicon* OR rudotel* OR serax* OR songar* OR tazepam* OR temazepam* OR trepidant* OR triazolam* OR ultramidol* OR urbanyl* OR valium* OR xanax* OR zalasta* OR zyprexa*).ti,ab,kf,bt
10	(abstral* OR acetylmethadol* OR actiq* OR alfenta* OR alfentanil* OR algafan* OR alphaprodine* OR antalvic* OR buprenorphine* OR butorphanol* OR codein* OR codicept* OR coducept* OR cosydan* OR demerol* OR dextromoramide* OR dextropropoxyphene* OR dihydrocodeinone* OR dihydromorphine* OR dilaudid* OR dimorlin* OR diolan* OR dionina* OR diosan* OR dipidolor* OR dipirritamide* OR dolophine* OR duragesic* OR ethylmorphine* OR exalgo* OR femadol* OR fentanyl* OR fentora* OR fortal* OR fortwin* OR hitleart* OR hycodan* OR hydrocodone* OR hydromorphone* OR hysingla* OR isopromedol* OR jetricum* OR kadian* OR lazanda* OR lealgin* OR levo-dromoran* OR levorphanol* OR longtec* OR meperidine* OR meptazinol* OR meptid* OR methadone* OR methadose* OR methadyl* OR methylmorphine* OR moramide* OR morphine* OR ms-contin* OR msir* OR nalbuphine* OR narcotic* OR narphen* OR nisentil* OR nubain* OR nucynta* OR opana* OR operidine* OR opiate* OR opioid* OR opium* OR oramorph* OR oxycodone* OR oxycontin* OR oxymorphone* OR oxypro* OR palfium* OR

	palphium* OR paramorfan* OR paramorphan* OR pentazocine* OR phenazocine* OR phenoperidine* OR piridolan* OR pirinitramide* OR piritramide* OR prinadol* OR prisilidine* OR promedol* OR propoxyphene* OR proxagesic* OR pyrrolamidol* OR ralivia* OR rapifen* OR reltebon* OR remifentanil* OR robidone* OR roxanol* OR solvipect* OR sosegon* OR stadol* OR subsys* OR subutex* OR sufentanil* OR talacen* OR talwin* OR tapentadol* OR tetova* OR tilidin* OR trachyl* OR tramadol* OR tramadon* OR trimeperidin* OR ultiva* OR valoron* OR valtran* OR vantrela* OR zohydro* OR zomestine* OR zytram*).ti,ab,kf,bt
11	OR/7-10
12	(delir* ADJ5 (drug* OR manag* OR treat* OR medication* OR pharmacolog* OR pharmaceutic* OR pharmacokinetic* OR pharmacotherapy* OR psychotropic*).ti,ab,kf,bt
13	(3 AND 6 AND 11) OR (6 AND 12)
14	(child* OR infant* OR paediatr* OR pediater*).ti
15	*Alcohol Withdrawal Delirium/ OR *Psychoses, Alcoholic/ OR *Substance Withdrawal Syndrome/ OR alcohol*.ti
16	13 NOT (14 OR 15)
17	Meta-Analysis/ OR exp Meta-Analysis as Topic/ OR Systematic Review/ OR (meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta-review* OR metareview* OR meta regression* OR metaregression* OR meta synthesis OR metasynthesis OR (overview* ADJ2 review*) OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) or ((quantitative or methodologic* or integrativ*) adj (review* or overview* or synthes*)) OR umbrella review*).ti,ab,kf OR (meta analysis OR review OR systematic review).pt
18	16 AND 17

EMBASE (Ovid) Segment : 1974 to 2023 June 27 Date du repérage : 28 juin 2023 Limites : 2012- ; anglais, français	
1	Acute Confusion/ OR Confusion/ OR exp Delirium/ OR exp Delirium Assessment/ OR Restlessness/
2	(delir* OR ((acute* OR sudden*) ADJ2 (agitat* OR brain syndrome* OR brain dysfunction* OR brain failure* OR confus* OR disorient* OR psycho-organic OR psychoorganic OR psychosyndrome* OR psycho-syndrome*))).ti,ab,kf,bt
3	1 OR 2
4	Aged/ OR Elderly Care/ OR Frail Elderly/ OR Geriatric Care/ OR Geriatric Nursing/ OR Geriatrics/ OR Very Elderly/
5	((aged OR old*) ADJ1 (adult* OR age OR individual* OR m#n OR patient* OR people OR person* OR population* OR resident* OR wom#n)) OR ag?ing OR centenarian* OR elder* OR geriatric* OR gerontolog* OR late adulthood OR nonagenarian* OR octogenarian* OR oldest old OR senior* OR senium OR very old).ti,ab,kf,bt.
6	4 OR 5
7	exp Benzodiazepine Derivative/ OR exp Narcotic Analgesic Agent/ OR exp Neuroleptic Agent/ OR exp Psychotropic Agent/
8	(antipsychotic* OR abilify* OR adasuve* OR amisulpride* OR anquil* OR apoplone* OR aripiprazole* OR aristada* OR barhemsys* OR benperidol* OR chlorpromazine* OR chlorprothixene* OR cisordinol* OR clopenthixol* OR clopitol* OR clozapine* OR clozaril* OR compazine* OR deniban* OR depixol* OR detenler* OR dogmatil* OR droperidol* OR etaperazine* OR etazolate* OR fluaxol* OR flupenthixol* OR fluphenazine* OR fluspirilene* OR haldol* OR haloperidol* OR hiranamin* OR inapsine* OR invega* OR lamictal* OR lamotrigine* OR largactil* OR latuda* OR levomepromazine* OR levoprome* OR levotomin* OR loxapine* OR loxitane* OR lurasidone* OR mesoridazine* OR methotrimeprazine* OR moban* OR molindone* OR navane* OR neurocil* OR nozinan* OR olanzapine* OR opiran* OR orap* OR paliperidone* OR penfluridol* OR perazine* OR permitil* OR pernazine* OR perphenazin* OR perphenazine* OR pimozide* OR pimozidum* OR prochlorperazine* OR prolixin* OR promazine* OR protactyl* OR psychoperidol* OR psytomin* OR quetiapine* OR raclopride* OR raclopridum* OR racloprida* OR redeptin* OR remoxipride* OR reserpine* OR risperdal* OR risperidal* OR risperidone* OR rispolept* OR ritanserine* OR romtizan* OR roxiam* OR semap* OR serentil* OR seroquel* OR serpalan* OR serpasil* OR sinophenin* OR socian* OR solian* OR spiperone* OR spiroperidol* OR spiropitan* OR stelazine* OR sulpiride* OR taractan* OR taxilan* OR thiothixene* OR thorazine* OR tiapridal* OR tiapride* OR tiotixene* OR tiserton* OR trifluoperazine* OR trifluoperidol* OR trifluopromazine* OR trilafon* OR triperidol* OR trisedil* OR vesprin* OR zuclopenthixol* OR zyprexa*).ti,ab,kf,bt
9	(adumbran* OR alprazolam* OR anezate* OR anthramycin* OR ativan* OR benzalin* OR benzodiazepine* OR benzodiazepinones* OR bromazepam* OR buccolam* OR calmepam* OR centrax* OR chlordiazepoxide* OR chlorepin* OR chlozepid* OR clobazam* OR clonazepam* OR clorazepate* OR clorazolam* cloropin* OR compedium* OR creosedin* OR dalmene* OR demetrin* OR devazepide* OR

	devazepidum* OR diastat* OR diazepam* OR dormicum* OR durazani* OR estazolam* OR eurodin* OR flumazenil* OR flumazepil* OR flunitrazepam* OR flurazepam* OR flurazepanum* OR frisium* OR halcion* OR hydroxydiazepam* OR imeson* OR klonopin* OR lectopam* OR lekotam* OR levanxol* OR lexaunin* OR lexilium* OR lexomil* OR lexotan* OR lexotani* OR librium* OR lorazepam* OR lysanxia* OR medazepam* OR methaminodiazepoxide* OR methyloxazepam* OR midazolam* OR midazolamum* OR neozepam* OR nitrazepam* OR nobrium* OR noctosom* OR normoc* OR nuctalon* OR olansek* OR olanzapine* OR oxazepam* OR pirenzepin* OR prazepam* OR prosom* OR resmit* OR restoril* OR rivotril* OR rohypnol* OR romazicon* OR rudotel* OR serax* OR songar* OR tazepam* OR temazepam* OR trepidant* OR triazolam* OR ultramidol* OR urbanyl* OR valium* OR xanax* OR zalasta* OR zyprexa*).ti,ab,kf,bt
10	(abstral* OR acetylmethadol* OR actiq* OR alfenta* OR alfentanil* OR algafan* OR alphaprodine* OR antalvic* OR buprenorphine* OR butorphanol* OR codein* OR codicept* OR coducept* OR cosylan* OR demerol* OR dextromoramide* OR dextropropoxyphene* OR dihydrocodeinone* OR dihydromorphine* OR dilaudid* OR dimorlin* OR diolan* OR dionina* OR diosan* OR dipidolor* OR dipiritramide* OR dolophine* OR duragesic* OR ethylmorphine* OR exalgo* OR femadol* OR fentanyl* OR fentora* OR fortral* OR fortwin* OR hitleart* OR hycodan* OR hydrocodone* OR hydromorphone* OR hysingla* OR isopromedol* OR jetrium* OR kadian* OR lazanda* OR lealgin* OR levo-dromoran* OR levorphanol* OR longtec* OR meperidine* OR meptazinol* OR meptid* OR methadone* OR methadose* OR methadyl* OR methylmorphine* OR moramide* OR morphine* OR ms-contin* OR msir* OR nalbuphine* OR narcotic* OR naphen* OR nisentil* OR nubain* OR nucynta* OR opana* OR operidine* OR opiate* OR opioid* OR opium* OR oramorph* OR oxycodone* OR oxycontin* OR oxymorphone* OR oxypro* OR palfium* OR palphium* OR paramorfan* OR paramorphan* OR pentazocine* OR phenazocine* OR phenoperidine* OR piridolan* OR piritramide* OR piritramide* OR prinadol* OR prisilidine* OR promedol* OR propoxyphene* OR proxagesic* OR pyrrolamidol* OR ralivia* OR rapifen* OR reltebon* OR remifentanil* OR robidone* OR roxanol* OR solvipect* OR sosegon* OR stadol* OR subsys* OR subutex* OR sufentanil* OR talacen* OR talwin* OR tapentadol* OR tetova* OR tilidin* OR trachyl* OR tramadol* OR tramadon* OR trimeperidin* OR ultiva* OR valoron* OR valtran* OR vantrela* OR zohydro* OR zomestine* OR zytram*).ti,ab,kf,bt
11	OR/7-10
12	(delir* ADJ5 (drug* OR manag* OR treat* OR medication* OR pharmacolog* OR pharmaceutic* OR pharmacokinetic* OR pharmacotherap* OR psychotropic*).ti,ab,kf,bt
13	(3 AND 6 AND 11) OR (6 AND 12)
14	(child* OR infant* OR paediatr* OR pediater*).ti
15	exp *Alcohol Psychosis/ OR *Alcohol Withdrawal Syndrome/ OR *Alcoholic Delirium/ OR *Withdrawal Syndrome/ OR alcohol*.ti
16	13 NOT (14 OR 15)
17	Meta Analysis/ OR "Meta Analysis (topic)"/ OR Systematic Review/ OR "Systematic Review (topic)"/ OR (meta-analy* OR metaanaly* OR met anal* OR metanaly* OR meta-review* OR metareview* OR meta regression* OR metaregression* OR meta synthesis OR metasynthesis OR (overview* ADJ2 review*) OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR umbrella review*).ti,ab,kf OR (review).pt
18	16 AND 17

EBM Reviews – Cochrane Database of Systematic Reviews (Ovid)	
Segment : 2005 to June 20, 2023	
Date du repérage : 28 juin 2023	
Limites : 2012- ; anglais, français	
1	(delir* OR ((acute* OR sudden*) ADJ2 (agitat* OR brain syndrome* OR brain dysfunction* OR brain failure* OR confus* OR disorient* OR psycho-organic OR psychoorganic OR psychosyndrome* OR psychosyndrome*))).ti,kw
2	((((aged OR old*) ADJ1 (adult* OR age OR individual* OR m#n OR patient* OR people OR person* OR population* OR resident* OR wom#n)) OR ag?ing OR centenarian* OR elder* OR geriatric* OR gerontolog* OR late adulthood OR nonagenarian* OR octogenarian* OR oldest old OR senior* OR senium OR very old).ti,kw.
3	(antipsychotic* OR abilify* OR adasuve* OR amisulpride* OR anquil* OR apoplone* OR aripiprazole* OR aristada* OR barhemsys* OR benperidol* OR chlorpromazine* OR chlorprothixene* OR cisordinol* OR clopenthixol* OR clopitol* OR clozapine* OR clozaril* OR compazine* OR deniban* OR depixol* OR detenler* OR dogmatil* OR droperidol* OR etaperazine* OR etazolate* OR fluanaxol* OR flupenthixol* OR fluphenazine* OR fluspirilene* OR haldol* OR haloperidol* OR hiranamin* OR inapsine* OR invenga* OR lamictal* OR lamotrigine* OR largactil* OR latuda* OR levomepromazine* OR levoprome* OR levotomin* OR loxapine* OR loxitane* OR lurasidone* OR mesoridazine* OR methotrimeprazine* OR moban* OR molindone* OR navane* OR neurocil* OR nozinan* OR olanzapine* OR opiran* OR orap* OR

	paliperidone* OR penfluridol* OR perazine* OR permitil* OR pernazine* OR perphenazin* OR perphenazine* OR pimozone* OR pimozidum* OR prochlorperazine* OR prolixin* OR promazine* OR protactyl* OR psychoperidol* OR psytomin* OR quetiapine* OR raclopride* OR raclopridum* OR racloprida* OR redeptin* OR remoxipride* OR reserpine* OR risperdal* OR risperidal* OR risperidone* OR rispolept* OR ritanserin* OR romtiazin* OR roxiam* OR semap* OR serentil* OR seroquel* OR serpalan* OR serpasil* OR sinophenin* OR socian* OR solian* OR spiperone* OR spiroperidol* OR spiropitan* OR stelazine* OR sulpiride* OR taractan* OR taxilan* OR thiothixene* OR thorazine* OR tiapridal* OR tiapride* OR tiotixene* OR tiserton* OR trifluoperazine* OR trifluoperidol* OR triflupromazine* OR trilafon* OR triperidol* OR trisedil* OR vesprin* OR zuclopenthixol* OR zyprexa*).ti,kw
4	(adumbran* OR alprazolam* OR anezate* OR anthramycin* OR ativan* OR benزالin* OR benzodiazepine* OR benzodiazepinones* OR bromazepam* OR buccolam* OR calmepam* OR centrax* OR chlordiazepoxide* OR chlorepin* OR chlozepid* OR clobazam* OR clonazepam* OR clorazepate* OR clorazolam* OR cloropin* OR compedium* OR creosedin* OR dalmene* OR demetrim* OR devazepide* OR devazepidum* OR diastat* OR diazepam* OR dormicum* OR durazanol* OR estazolam* OR eurodin* OR flumazenil* OR flumazepil* OR flunitrazepam* OR flurazepam* OR flurazepanum* OR frisium* OR halcion* OR hydroxydiazepam* OR imeson* OR klonopin* OR lectopam* OR lekotam* OR levanxol* OR lexaurin* OR lexilium* OR lexomil* OR lexotan* OR lexotanol* OR librium* OR lorazepam* OR lysanxia* OR medazepam* OR methaminodiazepoxide* OR methyloxazepam* OR midazolam* OR midazolamum* OR neozepam* OR nitrazepam* OR nobrium* OR noctosom* OR normoc* OR nuctalon* OR olansek* OR olanzapine* OR oxazepam* OR pirenzepin* OR prazepam* OR prosom* OR resmit* OR restoril* OR rivotril* OR rohypnol* OR romazicon* OR rudotel* OR serax* OR songar* OR tazepam* OR temazepam* OR trepidant* OR triazolam* OR ultramidol* OR urbanyl* OR valium* OR xanax* OR zalasta* OR zyprexa*).ti,kw
5	(abstral* OR acetylmethadol* OR actiq* OR alfenta* OR alfentanil* OR algafan* OR alphaprodine* OR antalvic* OR buprenorphine* OR butorphanol* OR codein* OR codicept* OR coducept* OR cosylin* OR demerol* OR dextromoramide* OR dextropropoxyphene* OR dihydrocodeinone* OR dihydromorphine* OR dilaudid* OR dimorlin* OR diolan* OR dionina* OR diosan* OR dipidolor* OR dipirritamide* OR dolophine* OR duragesic* OR ethylmorphine* OR exalgo* OR femadol* OR fentanyl* OR fentora* OR fortral* OR fortwin* OR hitleart* OR hycodan* OR hydrocodone* OR hydromorphone* OR hysingla* OR isopromedol* OR jetrium* OR kadian* OR lazanda* OR lealgin* OR levo-dromoran* OR levorphanol* OR longtec* OR meperidine* OR meptazinol* OR meptid* OR methadone* OR methadose* OR methadyl* OR methylmorphine* OR moramide* OR morphine* OR ms-contin* OR msir* OR nalbuphine* OR narcotic* OR narphen* OR nisentil* OR nubain* OR nucynta* OR opana* OR operidine* OR opiate* OR opioid* OR opium* OR oramorph* OR oxycodone* OR oxycontin* OR oxymorphone* OR oxypro* OR palfium* OR palphium* OR paramorfan* OR paramorphan* OR pentazocine* OR phenazocine* OR phenoperidine* OR piridolan* OR pirinitramide* OR piritramide* OR prinadol* OR prisilidine* OR promedol* OR propoxyphene* OR proxagesic* OR pyrrolamidol* OR ralivia* OR rapifen* OR reltebon* OR remifentanil* OR robidone* OR roxanol* OR solvipect* OR sosegon* OR stadol* OR subsys* OR subutex* OR sufentanil* OR talacen* OR talwin* OR tapentadol* OR tetova* OR tilidin* OR trachyl* OR tramadol* OR tramadon* OR trimeperidin* OR ultiva* OR valoron* OR valtran* OR vantrela* OR zohydro* OR zomestine* OR zytram*).ti,kw
6	OR/3-5
7	(delir* ADJ5 (drug* OR manag* OR treat* OR medication* OR pharmacolog* OR pharmaceutic* OR pharmacokinetic* OR pharmacotherap* OR psychotropic*).ti,kw
8	(1 AND 2 AND 6) OR (2 AND 7)

Repérage de la littérature grise

Date de consultation : janvier 2023

Limites : 2012- ; anglais, français

Agences d'évaluation des technologies en santé (ÉTS) et de guides de pratique :

Québec

- Collège des médecins du Québec (CMQ) : www.cmq.org
- Espace info MSSS : www.informa.msss.gouv.qc.ca
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : <https://www.inspq.qc.ca/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux – Québec : <http://www.msss.gouv.qc.ca/>

Canada

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC) : <http://www.phac-aspc.gc.ca/>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) : <https://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/search.html>
- Alberta Health Services (AHS) : www.albertahealthservices.ca
- Alberta - Ministry of Health : <http://www.health.alberta.ca/>
- Association médicale canadienne - Canadian Medical Association (Infobanque AMC) : <https://www.cma.ca/Fr/Pages/clinical-practice-guidelines>
- British Columbia Guidelines : <http://www.bcguidelines.ca/>
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (ACMTS/CADTH) : <http://www.cadth.ca>
- Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI) : <http://www.cfhi-fcass.ca>
- Choosing Wisely Canada : www.choosingwiselycanada.org
- Colombie-Britannique - Ministry of Health : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines>
- ECRI Guideline trust : <https://guidelines.ecri.org/>
- Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) : <https://www.ices.on.ca/>
- Manitoba Government : <https://professionals.wrha.mb.ca/>
- Manitoba - Ministère de la Santé, Aînés et Vie active : <https://www.gov.mb.ca/health/index.fr.html>

- Nouveau-Brunswick - Ministère de la Santé : <http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/sante.html>
- Nouvelle-Écosse - Department of Health and Wellness : <https://novascotia.ca/dhw/> et <https://www.nshealth.ca/>
- Ontario - Ministère de la Santé et des Soins de longue durée : <http://www.health.gov.on.ca/fr/>
- Santé Canada : www.hc-sc.gc.ca
- Santé publique Ontario : <https://www.publichealthontario.ca/FR>
- Saskatchewan - Ministry of Health : <http://www.saskatchewan.ca/government/government-structure/ministries/health>
- Territoire du Nord-Ouest (T.N.-O.) - Ministère de la Santé et des Services sociaux : <http://www.hss.gov.nt.ca/fr>
- Terre-Neuve-et-Labrador - Department of Health and Community Services : <http://www.health.gov.nl.ca/health/>
- TOP Alberta (Toward Optimized Practice) : www.topalbertadoctors.org
- Santé Île-du-Prince-Édouard : <https://www.princeedwardisland.ca/fr/sujet/sante-i-p-e>
- Canadian Safety Institute : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Pages/default.aspx>
- Yukon - Department of Health and Social Services : <http://www.gov.yk.ca/services/hss.html>

Organisations internationales

- Australian Government Department of Health : <https://www.health.gov.au/>
- Australian Indigenous Health InfoNet : <http://www.healthinfonet.ecu.edu.au/>
- Australian National Audit Office (ANAO) : <https://www.anao.gov.au/>
- Biomedical Advanced Research and Development Authority : <https://www.phe.gov/about/BARDA/Pages/>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) : <https://www.cdc.gov/>
- Centre for Reviews and Dissemination (CRD) : <https://www.york.ac.uk/crd/>
- Department of Health UK: <https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health>
- Guideline Central : <https://www.guidelinecentral.com/guidelines/>
- Guidelines International Network (G-I-N) : <http://www.g-i-n.net/>

- Haut Conseil de la santé publique (HCSP) : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Hcsp>
- Haute autorité de santé (HAS) : <https://www.has-sante.fr/>
- Healthcare Improvement Scotland : <http://www.healthcareimprovementscotland.org/>
- Health Quality Ontario (HQO) : <https://www.hqontario.ca/>
- Health Technology Wales : <https://www.healthtechnology.wales/>
- International Network for Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) : <https://database.inahta.org/>
- MSAC (Medical services advisory committee) : www.msac.gov.au
- National Health Service (NHS) : <https://www.nhs.uk/pages/home.aspx>
- National Institute of Health and Care Excellence (NICE) : <https://www.nice.org.uk/>
- New Zealand Ministry of Health : <http://www.health.govt.nz/>
<https://www.govt.nz/browse/health-system/>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) : <http://www.health.govt.nz/about-ministry/ministry-health-websites/new-zealand-guidelines-group>
- NHS England : <https://www.england.nhs.uk/>
- Organisation mondiale de la santé (OMS) : <https://www.who.int/fr/>
- Queensland Health : <https://www.health.qld.gov.au/clinical-practice/guidelines-procedures/>
- Robert Koch Institute : http://www.rki.de/EN/Content/Institute/institute_node.html
- Santé publique France : <http://www.santepubliquefrance.fr>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) : <http://www.sign.ac.uk/>
- Social Care Institute of Excellence (SCIE) : <https://www.scie.org.uk/atoz>
- U.S. Department of Health and Human Services : <https://www.hhs.gov/about/agencies/dab/different-appeals-at-dab/appeals-to-board/guidelines/index.html>

Statistiques sur la santé

- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : www.cihi.ca
- Institut de la statistique du Québec (ISQ) : <http://www.stat.gouv.qc.ca>
- Statistiques Canada : www.statcan.gc.ca

Économie de la santé

- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) :
www.uspreventiveservicestaskforce.org

Sites de sociétés savantes dans le domaine du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

Québec

- Ami Québec : <https://amiquebec.org/seniors/>
- Association des médecins gériatres du Québec : <http://www.amgq.ca/> Association des médecins psychiatres du Québec : <https://ampq.org/>
- Association québécoise de gérontologie : <https://www.aqq-quebec.org/>
- Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie : <https://www.aqiig.org/>
- Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM) : <http://www.criugm.qc.ca/>
- Center for research on aging (EngAGE) Concordia : <https://www.concordia.ca/research/aging.html>
- Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) : <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/personnel-sante/centre-excellence-vieillissement-quebec>
- Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS) : <http://www.creges.ca/>
- Centre de recherche sur le vieillissement -Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke : <http://cdrv.csss-iugs.ca/accueil>
- Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec : <https://conferencedestables.org/>
- Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés (IVPSA) : <http://www.ivpsa.ulaval.ca/>
- McGill University Research Centre for Studies in Aging (MCSA) : <http://aging.mcgill.ca/>
- Observatoire vieillissement et société (OVS) : <http://ovs-oas.org/>

Canada

- Association médicale canadienne : <https://www.cma.ca/fr/soins-aux-aines>
- Alberta Association on Gerontology (AAG) : <https://www.albertaaging.ca/>
- Canadian Geriatrics Society (CGS) : <http://canadiangeriatrics.ca/>

- Canadian Gerontological Nursing Association : <https://cgna.net/>
- National Initiative for the Care of the Elderly Nice Network Canada : <http://www.nicenet.ca/>
- Nova Scotia Center on Aging : <https://www.msvu.ca/research-at-the-mount/centres-and-institutes/nova-scotia-centre-on-aging/>
- Regional Geriatric Program Toronto : <https://www.rgptoronto.ca/>
- Regional Geriatric Programs Ontario : <https://www.rgps.on.ca/>

Organisations internationales

- Age UK : <https://www.ageuk.org.uk/>
- American Geriatrics Society (AGS) : <https://www.americangeriatrics.org/>
- American Health care association : <https://www.ahcancal.org/Pages/Default.aspx> Gerontological Society of America <https://www.geron.org/>
- Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine : <http://www.anzsgm.org/>
- Australian Department of Health and Ageing : <https://www.health.gov.au/resources/publications>
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care : <https://www.safetyandquality.gov.au/>
- British Geriatrics Society : <https://www.bgs.org.uk/>
- British Society of Gerontology - The study of ageing : <https://www.britishgerontology.org/>
- European Union Geriatric Medicine Society : <https://www.eugms.org/home.html>
- Institute for Ageing and Health- Newcastle University <https://www.ncl.ac.uk/who-we-are/strengths/ageing-health/>
- Irish Gerontological Society : <https://www.irishgerontology.com/>
- National Institute on Aging : <https://www.nia.nih.gov/>
- New Zealand Association of Gerontology : <http://gerontology.org.nz/>
- Personnes âgées / autonomie Ministère des Affaires sociales et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/>
- Société belge de gériatrie et de gérontologie : <https://geriatrie.be/fr/>
- Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) : <https://sfgg.org/>
- Aston Research Center for Healthy Ageing (UK) (ARCHA) : <https://www2.aston.ac.uk/lhs/research/centres-facilities/archa>

Autres sites consultés en lien avec le délirium ou l'urgence

- Academy of Geriatric Emergency Medicine : <https://www.saem.org/about-saem/academies-interest-groups-affiliates2/agem>
- American academy of emergency medicine : <https://www.aaem.org/>
- American College of Emergency Physicians (ACEP) : <http://www.acep.org>
- American delirium society : <https://americandeliriumsociety.org/>
- Australasian Delirium Association : www.delirium.org.au
- American Psychiatric Association :
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines>
- Canadian Association of Emergency Physicians : <https://caep.ca/>
- Dementia Pathways – Ireland : <https://dementiaphways.ie/>
- Emergency Department Delirium : <http://eddelirium.org/>
- Emergency Nurse Association : <https://www.ena.org/my-account/home>
- Emergency Nurses Association of Ontario : <https://www.ena.ca/>
- European Delirium Association : <https://www.europeandeliriumassociation.org/>
- European Society for Emergency Medicine :
<https://posters.geriemeurope.eu/> Geriatric Emergency Department Collaborative (GEDC) : <https://gedcollaborative.com/>
- Fédération des médecins spécialistes du Québec : <https://fmsq.org/fr>
- International Federation for emergency medicine : <https://www.ifem.cc/>

ANNEXE C

Sélection des documents (Diagrammes de flux)

Figure C-1 Diagramme de flux – Guides de pratique clinique

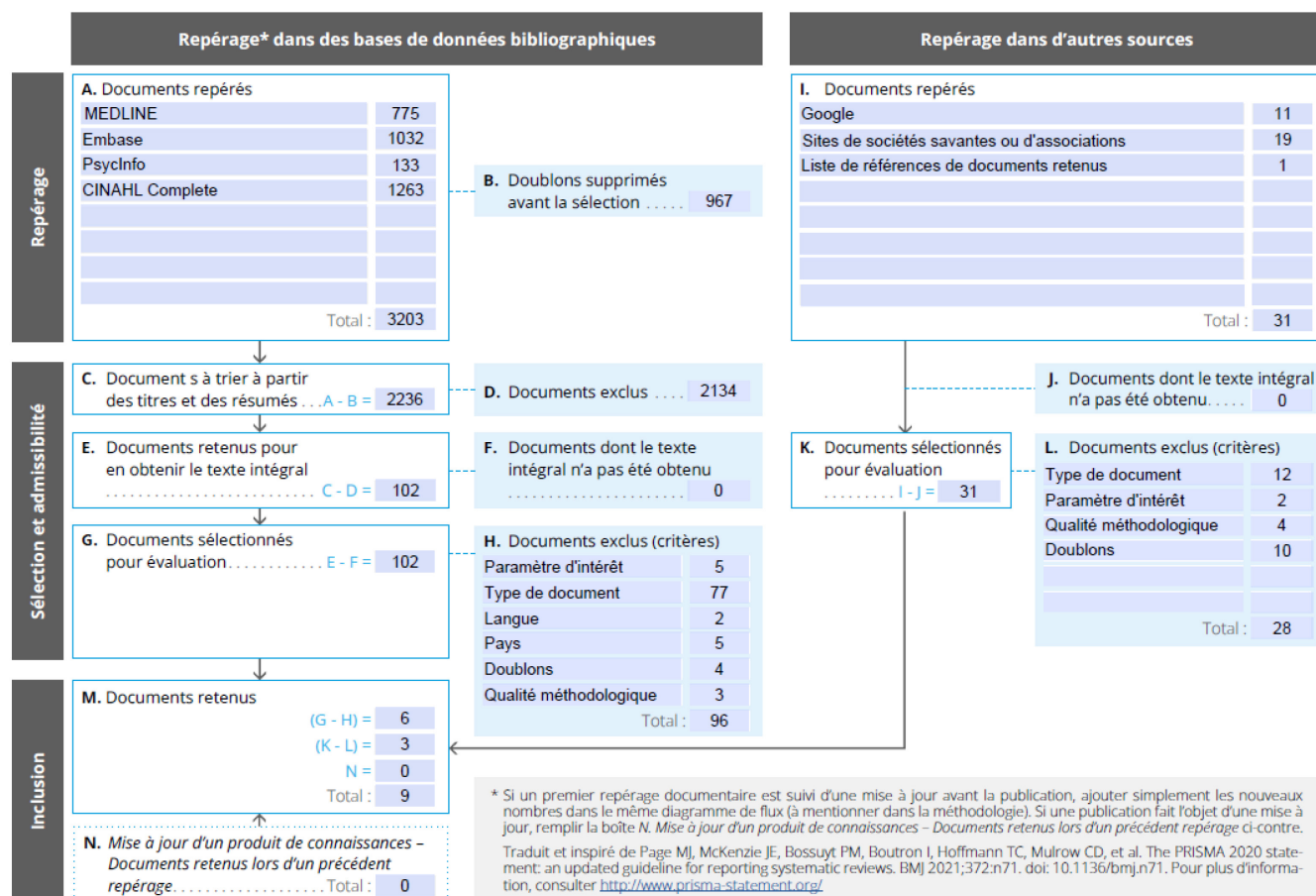


Figure C-2 Diagramme de flux – Revues systématiques

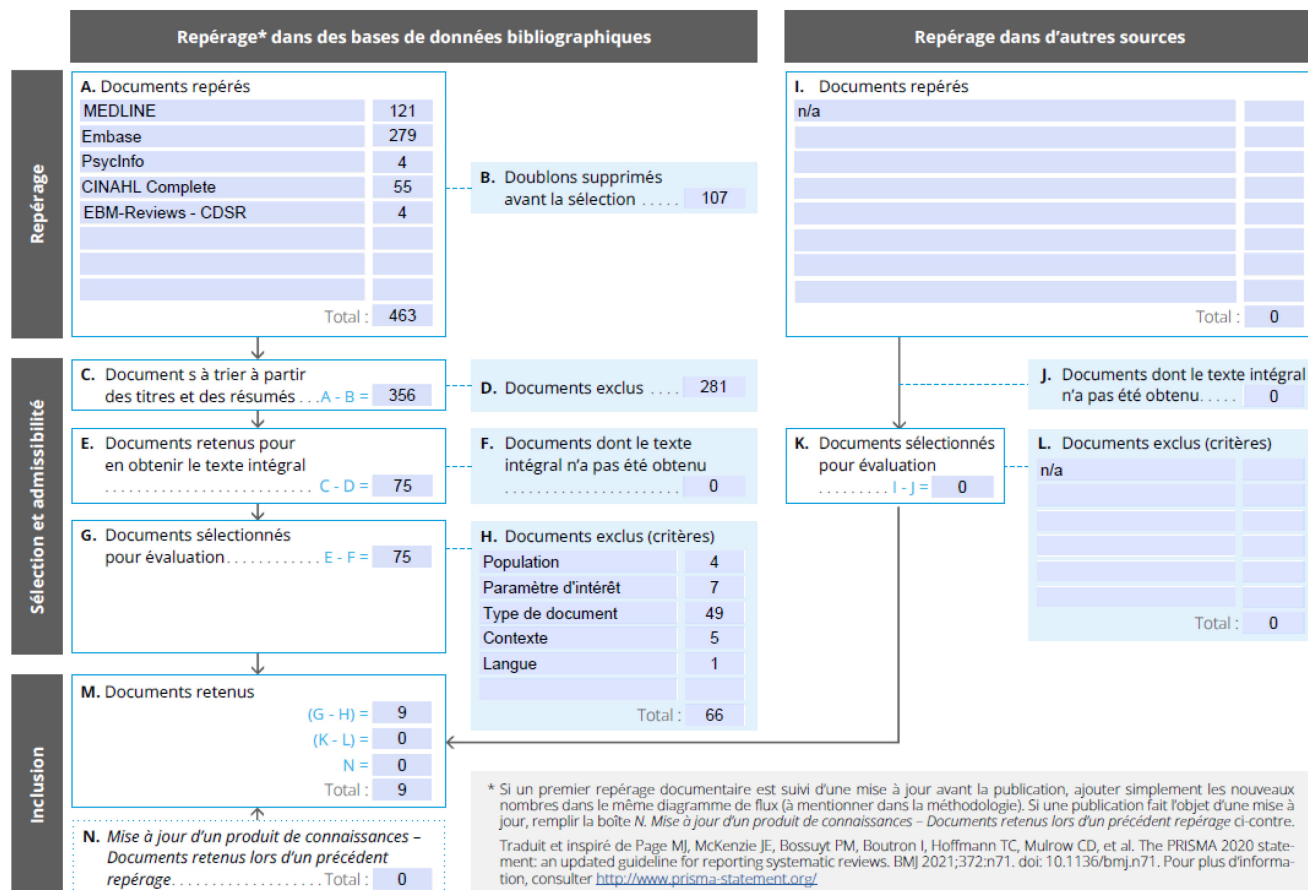
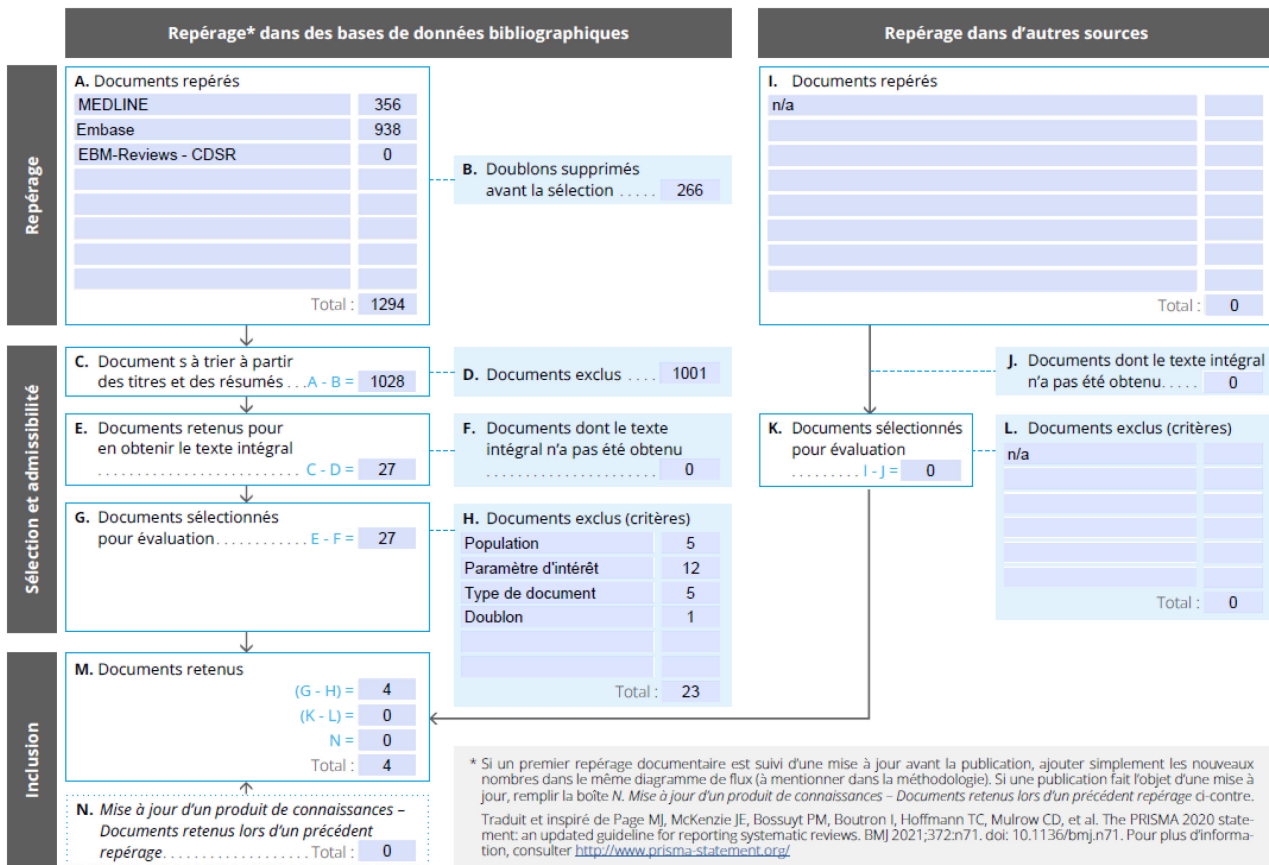


Figure C-3 Diagramme de flux – Revues systématiques portant spécifiquement sur la médication et le délirium



ANNEXE D

Liste des documents exclus et raisons de l'exclusion

Tableau D-1 Liste des documents exclus et raison d'exclusion – Guides de pratique clinique

Références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)	Raison d'exclusion
Abraha IA, Trotta FM, Rimland J, Cruz A, Soiza R, Pierini V, et al. Recommendations for the use of non-pharmacological interventions to prevent and treat delirium in older patients. Applying the GRADE approach. the SENATOR project ONTOP series. European Geriatric Medicine 2014;5(SUPPL. 1):S57-S8.	Type de document
Al-Khaled M. Stroke-related delirium. Journal of the Neurological Sciences 2021;420:117250.	Type de document
American Geriatrics Society (AGS). Geriatric Emergency Department Guidelines. US : American College of Emergency Physicians, The American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, Society for Academic Emergency Medicine; 2014. Disponible à : https://www.acep.org/globalassets/uploads/uploaded-files/acep/clinical-and-practice-management/resources/geriatrics/geri_ed_guidelines_final.pdf .	Type de document
American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia. American Psychiatric Publishing; 2016.	Paramètre d'intérêt
Anon. 8 steps to surgical recovery. Consumer Reports on Health 2012;24(11):1-5.	Type de document
Anon. AACN issues four new evidence-based practice alerts. AACN Bold Voices 2012;4(1):12-.	Type de document
Anon. Applying Evidence to Practice for Management of Patients With Delirium. AACN Bold Voices 2020;12(3):28-.	Type de document
Anon. Bundle Compliance Increases Survival, Reduces Delirium. AACN Bold Voices 2017;9(8):19-.	Type de document
Anon. Delirium assessment and management. AACN Bold Voices 2012;4(3):7-9.	Type de document
Anon. Delirium Assessment and Management. Critical Care Nurse 2012;32(1):79-82.	Type de document
Anon. Evidence Updates from NICE. Guidelines in Practice 2013;16(10):35-.	Type de document
Anon. Guideline developed for prevention and treatment of postoperative delirium in older patients. Same-Day Surgery 2015;39(2):22-3.	Type de document
Anon. Hip Fracture Guideline Improves Clinical Practice. AACN Bold Voices 2015;7(5):9-.	Type de document
Anon. New Clinical Practice Guideline on Postoperative Delirium in Older Adults. Annals of Long-Term Care 2014;22(12):11-.	Type de document
Anon. Pain, Agitation, Delirium Guidelines Expand Nurses' Toolkit. AACN Bold Voices 2014;6(4):7-.	Type de document
Anonymous. Assessment and Management of Delirium Across the Life Span. Critical care nurse 2017;37(2):112.	Type de document
Apold S. Delirium Superimposed on Dementia. Journal for Nurse Practitioners 2018;14(3):183-9.	Type de document
Arias F, Wiggins M, Urman RD, Armstrong R, Pfeifer K, Bader AM, et al. Rapid In-Person Cognitive Screening in the Preoperative Setting: Test Considerations and Recommendations from the Society for Perioperative Assessment and Quality Improvement (SPAQI). Perioperative care and operating room management 2020;19	Type de document
Aubrun F, Baillard C, Beuscart JB, Billard V, Boddaert J, Boulanger E, et al. Guidelines on elderly anaesthesia: The example of the hip fracture. Anesthesie et Reanimation 2019;5(2):122-38.	Paramètre d'intérêt

Références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)	Raison d'exclusion
Baller EB, Hogan CS, Fusunyan MA, Ivkovic A, Luccarelli JW, Madva E, et al. Neurocovid: Pharmacological Recommendations for Delirium Associated With COVID-19. <i>Psychosomatics</i> 2020;61(6):585-96.	Type de document
Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gelinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit: executive summary. <i>American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists</i> 2013;70(1):53-8.	Type de document
Bartzak PJ. Post-Operative Delirium: Hold the Narcotics, Benzodiazepines, and Bed Alarms. <i>Med-Surg Matters</i> 2019;28(5):10-1.	Type de document
Bell L. Medications, delirium, and older adults. <i>American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses</i> 2013;22(5):444.	Type de document
Bellelli G, Morandi A, Trabucchi M, Caironi G, Coen D, Fraticelli C, et al. Italian intersociety consensus on prevention, diagnosis, and treatment of delirium in hospitalized older persons. <i>Internal and emergency medicine</i> 2018;13(1):113-21.	Qualité méthodologique
Berger M, Schenning KJ, Brown CHt, Deiner SG, Whittington RA, Eckenhoff RG, et al. Best Practices for Postoperative Brain Health: Recommendations From the Fifth International Perioperative Neurotoxicity Working Group. <i>Anesthesia and analgesia</i> 2018;127(6):1406-13.	Type de document
Bond P et Goudie K. Identifying and managing patients with delirium in acute care settings. <i>Nursing Older People</i> 2015;27(9):28-32.	Type de document
Brathovde A. Improving the Standard of Care in the Management of Agitation in the Acute Psychiatric Setting. <i>Journal of the American Psychiatric Nurses Association</i> 2021;27(3):251-8.	Type de document
Brooke J. Differentiation of delirium, dementia and delirium superimposed on dementia in the older person. <i>British journal of nursing (Mark Allen Publishing)</i> 2018;27(7):363-7.	Type de document
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Sleep Medications for the Treatment or Prevention of Delirium: Clinical Effectiveness and Guidelines. Canada : CADTH; 2016. Disponible à : https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2016/RB1046%20Sleep%20Medications%20for%20Delirium%20Final.pdf .	Type de document
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Treatment of Older Adults with Insomnia, Agitation, or Delirium with Benzodiazepines: Clinical Effectiveness and Guidelines. Canada : CADTH; 2015. Disponible à : https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/apr-2015/RB0838%20Treatment%20of%20Insomnia%20Agitation%20or%20Delirium%20with%20Benzodiaepines%20Final.pdf .	Type de document
Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (CCSMH). The Assessment and Treatment of Delirium. CCSMH; 2006 updated 2014.	Qualité méthodologique
Carpenter CR, Hammouda N, Linton EA, Doering M, Ohuabunwa UK, Ko KJ, et al. Delirium Prevention, Detection, and Treatment in Emergency Medicine Settings: A Geriatric Emergency Care Applied Research (GEAR) Network Scoping Review and Consensus Statement. <i>Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine</i> 2021;28(1):19-35.	Type de document
Celis-Rodriguez E, Birchenall C, de la Cal MA, Castorena Arellano G, Hernandez A, Ceraso D, et al. Clinical practice guidelines for evidence-based management of sedoanalgesia in critically ill adult patients. <i>Medicina intensiva</i> 2013;37(8):519-74.	Type de document
Celis-Rodriguez E, Diaz Cortes JC, Cardenas Bolivar YR, Carrizosa Gonzalez JA, Pinilla DI, Ferrer Zaccaro LE, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for the management of sedoanalgesia and delirium in critically ill adult patients. <i>Guías de practica clinica basadas en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia y delirium en el paciente adulto criticamente enfermo</i> 2020;44(3):171-84.	Qualité méthodologique

Références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)	Raison d'exclusion
Chen L et Lim FA. Stuck inside a cloud: Optimizing sedation to reduce ICU-associated delirium in geriatric patients. Critical Care Nursing Quarterly 2015;38(3):245-52.	Type de document
Chow WB, Rosenthal RA, Merkow RP, Ko CY, Esnaola NF, American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement P, American Geriatrics S. Optimal preoperative assessment of the geriatric surgical patient: a best practices guideline from the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program and the American Geriatrics Society. J Am Coll Surg 2012;215(4):453-66.	Qualité méthodologique
Curtis MS, Forman NA, Donovan AL, Whitlock EL. Postoperative delirium: Why, what, and how to confront it at your institution. Current Opinion in Anaesthesiology 2020;33(5):668-73.	Type de document
Davis D, Searle SD, Tsui A. The Scottish Intercollegiate Guidelines Network: risk reduction and management of delirium. Age and ageing 2019;48(4):485-8.	Type de document
Delirium Dementia and Cognitive Impairment subcommittee. Delirium and Dementia in Hospital. Melbourne, Australia : Monash Health National Standard 5, Comprehensive Care Committee, Monash Health; 2020. Disponible à : https://www.coronerscourt.vic.gov.au/sites/default/files/2021-06/Attachment%203%20-%20Delirium%20and%20Dementia_0.pdf .	Type de document
Devlin JW, Brummel NE, Al-Qadheeb NS. Optimising the recognition of delirium in the intensive care unit. Best practice & research Clinical anaesthesiology 2012;26(3):385-93.	Type de document
Devlin JW, Fraser GL, Ely EW, Kress JP, Skrobik Y, Dasta JF. Pharmacological management of sedation and delirium in mechanically ventilated ICU patients: remaining evidence gaps and controversies. Seminars in respiratory and critical care medicine 2013;34(2):201-15.	Type de document
Donato M, Carini FC, Meschini MJ, Saubidet IL, Goldberg A, Sarubio MG, et al. Consensus for the management of analgesia, sedation and delirium in adults with COVID-19-associated acute respiratory distress syndrome. Consenso para el manejo de la analgesia, sedacion y delirium en adultos con síndrome de distres respiratorio agudo por COVID-19 2021;33(1):48-67.	Pays
Duggan MC, Van J, Ely EW. Delirium Assessment in Critically Ill Older Adults: Considerations During the COVID-19 Pandemic. Critical Care Clinics 2021;37(1):175-90.	Type de document
Farlow MR et Shamliyan TA. Benefits and harms of atypical antipsychotics for agitation in adults with dementia. European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology 2017;27(3):217-31.	Type de document
Filiatreault S, Grimshaw JM, Kreindler SA, Chochinov A, Linton J, Doupe MB. A critical appraisal of delirium clinical practice guidelines relevant to the care of older adults in the emergency department with a synthesis of recommendations: an umbrella review protocol. Systematic reviews 2022;11(1):262.	Type de document
Filiatreault S, Grimshaw JM, Kreindler SA, Chochinov A, Linton J, Chatterjee R, et al. A critical appraisal and recommendation synthesis of delirium clinical practice guidelines relevant to the care of older adults in the emergency department: An umbrella review. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2023;29(6):1039-53.	Type de document
Force USPST, Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, et al. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA 2020;323(8):757-63.	Type de document
Franco JG, Molano JC, Rincon H, Tirado JDV, Cardeno C, Rodriguez LP, et al. Consensus of the Liaison-Psychiatry Committee of the Colombian Psychiatric Association on the diagnosis and treatment of delirium in the context of the COVID-19 pandemic. Revista Colombiana de psiquiatria (English ed) 2022;51(3):245-55.	Type de document
Galazzi A, Giusti GD, Pagnucci N, Bambi S. Assessment of delirium in adult patients in Intensive Care Unit: Italian Critical Care Nurses Best Practices. Intensive & Critical Care Nursing 2021;66:N.PAG-N.PAG.	Type de document

Références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)	Raison d'exclusion
Garpestad E et Devlin JW. Polypharmacy and Delirium in Critically Ill Older Adults: Recognition and Prevention. Clinics in Geriatric Medicine 2017;33(2):189-203.	Type de document
Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vazquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry 2016;17(2):86-128.	Paramètre d'intérêt
Geraghty D. Removing Confusion from the Intensive Care Unit: Implementing Best Practice to Improve Patient Outcomes. Arizona Nurse 2013;66(2):7-.	Type de document
Ghaeli P, Shahhatami F, Mojtabeh Zade M, Mohammadi M, Arbabi M. Preventive Intervention to Prevent Delirium in Patients Hospitalized in Intensive Care Unit. Iranian Journal of Psychiatry 2018;13(2):143-7.	Pays
Global Council on Brain Health (GCBH). Preserving Your Brain Health During Illness or Surgery: GCBH Recommendations to Prevent and Treat Delirium. GCBH, AARP; 2020. Disponible à : https://www.aarp.org/health/brain-health/global-council-on-brain-health/delirium/ .	Qualité méthodologique
Gonzalez D, Bienroth M, Curtis V, Debenham M, Jones S, Pitsi D, George M. Consensus statement on the use of intramuscular aripiprazole for the rapid control of agitation in bipolar mania and schizophrenia. Current medical research and opinion 2013;29(3):241-50.	Type de document
Gottlieb M, Long B, Koyfman A. Approach to the Agitated Emergency Department Patient. Journal of Emergency Medicine (0736-4679) 2018;54(4):447-57.	Type de document
Greiner S. Clarifying the Confusion of Adult Emergence Delirium. AANA Journal 2019;87(3):243-51.	Type de document
Guenther U, Riedel L, Radtke FM. Patients prone for postoperative delirium: preoperative assessment, perioperative prophylaxis, postoperative treatment. Current opinion in anaesthesiology 2016;29(3):384-90.	Type de document
Guidelines & Protocols Advisory Committee. Cognitive Impairment - Recognition, Diagnosis and Management in Primary Care. BC, Canada : BC Guideline, British Columbia - Ministry of health; 2016. Disponible à : https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/cognitive-impairment .	Paramètre d'intérêt
Hadley L, Goh S, Jang P, Nilsen A, Noggle E. What are the harms of using antipsychotics in the treatment of acute delirium? Evidence-Based Practice 2022;25(10):27-8.	Type de document
Heneghan C et O'Sullivan J. Antipsychotics for preventing and treating delirium: Not recommended. BMJ Evidence-Based Medicine 2021;26(1):32-3.	Type de document
Holly C, Cantwell ER, Kamienski MC. Evidence-Based Practices for the Identification, Screening, and Prevention of Acute Delirium in the Hospitalized Elderly: An Overview of Systematic Reviews. Current Translational Geriatrics and Gerontology Reports 2013;2(1):7-15.	Type de document
Holly C. Primary Prevention to Maintain Cognition and Prevent Acute Delirium Following Orthopaedic Surgery. Orthopaedic Nursing 2019;38(4):244-52.	Type de document
Hshieh TT, Inouye SK, Oh ES. Delirium in the Elderly. Clinics in Geriatric Medicine 2020;36(2):183-99.	Type de document
Huang LW, Inouye SK, Jones RN, Fong TG, Rudolph JL, O'Connor MG, et al. Identifying indicators of important diagnostic features of delirium. Journal of the American Geriatrics Society 2012;60(6):1044-50.	Type de document
Irwin SA, Pirrello RD, Hirst JM, Buckholz GT, Ferris FD. Clarifying delirium management: practical, evidenced-based, expert recommendations for clinical practice. Journal of palliative medicine 2013;16(4):423-35.	Type de document
Kilgore C. How do I manage the care of an older person with delirium?: National guidelines recommend prompt detection of delirium by screening older people on admission to hospital. Nursing Older People 2020;32(3):11-.	Type de document

Références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)	Raison d'exclusion
Ko D, Lacroix-Boulanger M-C, Widder S, Committee on Acute Care Surgery CAoGS. Post-operative delirium - Dynamic practice guidelines for emergency general surgery. Kanata, ON : Canadian Association of General Surgeons; 2018. Disponible à : https://cags-accg.ca/wp-content/uploads/2018/11/ACS-Handbook-CPG-Ch-28-Delirium.pdf .	Type de document
Kukolja J et Kuhn J. SOP: treatment of delirium. Neurological Research and Practice 2021;3(1):12.	Type de document
Leentjens AFG, Molag ML, Van Munster BC, De Rooij SE, Luijendijk HJ, Vochteloo AJH, et al. Changing perspectives on delirium care: the new Dutch guideline on delirium. Journal of psychosomatic research 2014;77(3):240-1.	Type de document
Lucke JA, Mooijart SP, Heeren P, Singler K, McNamara R, Gilbert T, et al. Providing care for older adults in the Emergency Department: expert clinical recommendations from the European Task Force on Geriatric Emergency Medicine. European geriatric medicine 2022;13(2):309-17.	Type de document
Marcantonio ER. Delirium in Hospitalized Older Adults. The New England journal of medicine 2017;377(15):1456-66.	Type de document
Marwale A, Phadke S, Kocher A. Psychiatric management of patients in intensive care units. Indian Journal of Psychiatry 2022;64:292-307.	Pays
McCormick WC. New guidance on the prevention and treatment of postoperative delirium in older adults. Journal of gerontological nursing 2015;41(1):59-60.	Type de document
Meagher D, Adamis D, Timmons S, O'Regan NA, O'Keeffe S, Kennelly S, et al. Developing a guidance resource for managing delirium in patients with COVID-19. Irish journal of psychological medicine 2021;38(3):208-13.	Type de document
Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. Haloperidol (Haldol): reminder of risks when used in elderly patients for the acute treatment of delirium. UK : UK Government; 2021. Disponible à : https://www.gov.uk/drug-safety-update/haloperidol-haldol-reminder-of-risks-when-used-in-elderly-patients-for-the-acute-treatment-of-delirium .	Type de document
Melguizo-Herrera E, Acosta-Lopez A, Gomez-Palencia IP, Manrique-Anaya Y, Hueso-Montoro C. The design and validation of a nursing plan for elderly patients with postoperative delirium. International Journal of Environmental Research and Public Health 2019;16(22):4504.	Type de document
Meyers Enger LM. A Clinical Practice Guideline for Reducing Postoperative Delirium in Geriatric Patients. Blatimore, MD : University of Maryland School of Nursing; 2017. Disponible à : https://archive.hshsl.umaryland.edu/bitstream/handle/10713/6451/MeyersEnger_ReducingPostoperativeDelirium_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y .	Qualité méthodologique
Mossie A, Regasa T, Neme D, Awoke Z, Zemedkun A, Hailu S. Evidence-Based Guideline on Management of Postoperative Delirium in Older People for Low Resource Setting: Systematic Review Article. International journal of general medicine 2022;15:4053-65.	Pays
Neme D, Awoke Z, Micho H, Mola S, Jemal B, Regasa T. Evidence-Based Guideline for Adult Sedation, Pain Assessment, and Analgesia in a Low Resource Setting Intensive Care Unit: Review Article. International journal of general medicine 2020;13:1445-52.	Pays
Overstreet N et Bergman C. The Delirium, Depression, and Dementia (3Ds) Clinical Practice Guideline: A Team Effort and Labor of Love. Caring for the Ages 2023;24(3):13-8.	Type de document
Parra Santiago A, Barragan Martinez D, Tejeiro Martinez J. Acute confusional syndrome: diagnostic and therapeutic protocol. Medicine (Spain) 2019;12(74):4371-5.	Langue
Patel MX, Sethi FN, Barnes TR, Dix R, Dratcu L, Fox B, et al. Joint BAP NAPICU evidence-based consensus guidelines for the clinical management of acute disturbance: De-escalation and rapid tranquillisation. Journal of psychopharmacology (Oxford, England) 2018;32(6):601-40.	Paramètre d'intérêt

Références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)	Raison d'exclusion
Paulo M, Scruth EA, Jacoby SR. Dementia and Delirium in the Elderly Hospitalized Patient: Delirium Is a Medical Emergency. Clinical nurse specialist CNS 2017;31(2):66-9.	Type de document
Peden CJ, Miller TR, Deiner SG, Eckenhooff RG, Fleisher LA, Members of the Perioperative Brain Health Expert P. Improving perioperative brain health: an expert consensus review of key actions for the perioperative care team. British journal of anaesthesia 2021;126(2):423-32.	Type de document
Phillips LA. Delirium in geriatric patients: identification and prevention. Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses 2013;22(1):9-12.	Type de document
Quinn TJ, Richard E, Teuschl Y, Gattringer T, Hafdi M, O'Brien JT, et al. European Stroke Organisation and European Academy of Neurology joint guidelines on post-stroke cognitive impairment. European stroke journal 2021;6(3):I-XXXVIII.	Paramètre d'intérêt
Reade MC et Finfer S. Sedation and delirium in the intensive care unit. The New England journal of medicine 2014;370(5):444-54.	Type de document
Reddy S, Irkal J, Srinivasamurthy A. Postoperative delirium in elderly citizens and current practice. Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology 2017;33(3):291-9.	Type de document
Regional Geriatric Program of Toronto (RGP). Considerations for preventing and managing delirium in older adults during the covid-19 pandemic, across the care continuum. Toronto, ON : RGP; 2020. Disponible à : https://www.rgptoronto.ca/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19-Prevention-and-management-of-delirium-in-older-adults.pdf .	Type de document
Regional Geriatric Program of Toronto (RGP). How to Provide Senior Friendly Care During the Pandemic – Spotlight on Delirium Toronto, ON : RGP; 2020. Disponible à : https://www.rgptoronto.ca/wp-content/uploads/2020/06/Senior-Friendly-Care-during-a-pandemic-spotlight-on-delirium-FINAL.pdf .	Type de document
Riker RR et Fraser GL. The new practice guidelines for pain, agitation, and delirium. American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses 2013;22(2):153-7.	Type de document
Rosen T, Connors S, Clark S, Halpern A, Stern ME, DeWald J, et al. Assessment and Management of Delirium in Older Adults in the Emergency Department: Literature Review to Inform Development of a Novel Clinical Protocol. Advanced emergency nursing journal 2015;37(3):183-E.	Type de document
Royal College of Emergency Medicine. Acute Behavioural Disturbance in Emergency Departments. Best Practice Guideline. 2 éd. London, UK : Royal College of Emergency Medicine; 2022. Disponible à : https://rcem.ac.uk/wp-content/uploads/2022/09/Acute_Behavioural_Disturbance_in_Emergency_Departments_Sept2022_V2.pdf	Type de document
Schwartz AC, Fisher TJ, Greenspan HN, Heinrich TW. Pharmacologic and nonpharmacologic approaches to the prevention and management of delirium. International Journal of Psychiatry in Medicine 2016;51(2):160-70.	Type de document
Seo Y, Lee HJ, Ha EJ, Ha TS. 2021 KSCCM clinical practice guidelines for pain, agitation, delirium, immobility, and sleep disturbance in the intensive care unit. Acute and critical care 2022;37(1):1-25.	Type de document
Seo Y, Lee HJ, Ha EJ, Ha TS. 2021 KSCCM clinical practice guidelines for pain, agitation, delirium, immobility, and sleep disturbance in the intensive care unit. Acute Crit 2023;38(1):149.	Type de document
Smallheer B. Early Recognition of Preventable Factors Associated with Delirium Saves Lives and Costs. The Nursing clinics of North America 2021;56(3):345-56.	Type de document

Références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)	Raison d'exclusion
Société Belge de Gériatologie et Gériatrie et Collège de médecins pour les services de gériatrie. Approche uniformisée de la problématique de delirium chez le patient gériatrique hospitalisé. Belgique : Société Belge de Gériatologie et Gériatrie, Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2013. Disponible à : https://geriatrie.be/media/2019/05/ppt_Delir_folder-FR.pdf .	Type de document
Soiza RL et Myint PK. The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 157: Guidelines on Risk Reduction and Management of Delirium. Medicina (Kaunas, Lithuania) 2019;55(8)	Type de document
Steiner LA. Postoperative delirium guidelines. European Journal of Anaesthesiology 2017;34(4):189-91.	Type de document
Stephens J et Wright M. Pain and Agitation Management in Critically Ill Patients. The Nursing clinics of North America 2016;51(1):95-106.	Type de document
DAS Taskforce, Baron R, Binder A, Biniek R, Braune S, Buerkle H, et al. Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015) - short version. German medical science : GMS e-journal 2015;13:Doc19.	Qualité méthodologique
Taylor DM, Barnes TRE, Young AH. The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry. The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry 2021;	Type de document
Toward Optimized Practice (TOP). Cognitive Impairment - Part 1: Symptoms to Diagnosis and Part 2: Diagnosis to Management. Edmonton, AB : TOP; 2017. Disponible à : https://act.albertadoctors.org/CPGs/Pages/Cognitive-Impairment.aspx .	Type de document
Wavre SC, Ansermot N, Sibailly G, Vandenberghe F, Grandjean C, Robalo BT, et al. Rapid tranquilisation in adults : Algorithm proposed for psychopharmacological treatment. Revue Medicale Suisse 2020;16(707):1751-5.	Type de document
Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH, Jr., Feifel D. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup. The western journal of emergency medicine 2012;13(1):26-34.	Type de document
Wolf A, Muller A, Weiss B, Spies C. S3 guideline: Management of delirium, analgesia and sedation in the intensive care. Anasthesiologie und Intensivmedizin 2016;57(1):41-4.	Langue
Wong IMJ, Thangavelautham S, Loh SCH, Ng SY, Murfin B, Shehabi Y. Sedation and Delirium in the Intensive Care Unit-A Practice-Based Approach. Annals of the Academy of Medicine, Singapore 2020;49(4):215-25.	Type de document
Yohanna D et Cifu AS. Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia. Jama 2017;318(11):1057-8.	Paramètre d'intérêt

Tableau D-2 Liste des documents exclus et raison d'exclusion – Revues systématiques

Références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)	Raison d'exclusion
Abraham MK, Aquino PR, Kuo DC. Special Considerations in Trauma Patients. Emerg Med Clin North Am 2015;33(4):853-61.	Type de document
Acquisto NM, Slocum GW, Bilhimer MH, Awad NI, Justice SB, Kelly GF, et al. Key articles and guidelines for the emergency medicine clinical pharmacist: 2011-2018 update. American Journal of Health-System Pharmacy 2021;77(16):1284-335.	Type de document
Aftab A et Shah AA. Behavioral Emergencies: Special Considerations in the Geriatric Psychiatric Patient. Psychiatric Clinics of North America 2017;40(3):449-62.	Type de document
Ahmed S, Leurent B, Sampson EL. Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: a systematic review and meta-analysis. Age & Ageing 2014;43(3):326-33.	Contexte
Alekseeva N, Geller F, Patterson J, Fitz-Gerald M, Horton R, Minagar A. Urgent and emergent psychiatric disorders. Neurologic Clinics 2012;30(1):321-44.	Type de document
Anonymous. Towards evidence-based emergency medicine: best BETs from the Manchester Royal Infirmary. BET 1: excited delirium syndrome and sudden death. Emergency Medicine Journal 2013;30(11):958-60.	Type de document
Bailey AM, Baum RA, Horn K, Lewis T, Morizio K, Schultz A, et al. Review of Intranasally Administered Medications for Use in the Emergency Department. Journal of Emergency Medicine 2017;53(1):38-48.	Type de document
Bak M, Weltens I, Bervoets C, De Fruyt J, Samochowiec J, Fiorillo A, et al. The pharmacological management of agitated and aggressive behaviour: A systematic review and meta-analysis. Eur Psychiatry 2019;57:78-100.	Paramètre d'intérêt
Baker SN. Management of Acute Agitation in the Emergency Department. Advanced Emergency Nursing Journal 2012;34(4):306-20.	Type de document
Barron EA et Holmes J. Delirium within the emergency care setting, occurrence and detection: a systematic review. Emergency Medicine Journal 2013;30(4):263-8.	Paramètre d'intérêt
Beales LK et Mercuri M. BET 1: Screening for delirium within the emergency department. Emergency Medicine Journal 2016;33(10):741-3.	Type de document
Bell D, Ruttenberg MB, Chai E. Care of Geriatric Patients with Advanced Illnesses and End-of-Life Needs in the Emergency Department. Clinics in Geriatric Medicine 2018;34(3):453-67.	Type de document
Bessey LJ, Radue RM, Chapman EN, Boyle LL, Shah MN. Behavioral Health Needs of Older Adults in the Emergency Department. Clinics in Geriatric Medicine 2018;34(3):469-89.	Type de document
Brooks SE et Peetz AB. Evidence-Based Care of Geriatric Trauma Patients. Surgical Clinics of North America 2017;97(5):1157-74.	Type de document
Brown CS, Sarangarm P, Faine B, Rech MA, Flack T, Gilbert B, et al. The Emergency Medicine Pharmacotherapy Literature of 2021. American Journal of Emergency Medicine 2022;60:88-95.	Type de document
Carpenter CR, Kennedy M, Arendts G, Schnitker L, Eagles D, Mooijaart S, et al. 243 Accuracy of Emergency Department Delirium Screening: A Diagnostic Meta-Analysis. Annals of Emergency Medicine 2018;72:S96-S7.	Type de document
Carpenter CR, Shelton E, Fowler S, Suffoletto B, Platts-Mills TF, Rothman RE, Hogan TM. Risk factors and screening instruments to predict adverse outcomes for undifferentiated older emergency department patients: a systematic review and meta-analysis. Academic Emergency Medicine 2015;22(1):1-21.	Paramètre d'intérêt
Chen F, Liu L, Wang Y, Liu Y, Fan L, Chi J. Delirium prevalence in geriatric emergency department patients: A systematic review and meta-analysis. American Journal of Emergency Medicine 2022;59:121-8.	Paramètre d'intérêt

Références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)	Raison d'exclusion
Cull E, Kent B, Phillips NM, Mistarz R. Risk factors for incident delirium in acute medical in-patients: A systematic review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports 2013;11(5):62-111.	Type de document
Delaney M, Pepin J, Somes J. Emergency Department Delirium Screening Improves Care and Reduces Revisits for the Older Adult Patient. Journal of Emergency Nursing 2015;41(6):521-4.	Type de document
deSouza IS, Thode HC, Jr., Shrestha P, Allen R, Koos J, Singer AJ. Rapid tranquilization of the agitated patient in the emergency department: A systematic review and network meta-analysis. American Journal of Emergency Medicine 2022;51:363-73.	Population
Eagles D et Khoujah D. Rapid Fire: Acute Brain Failure in Older Emergency Department Patients. Emerg Med Clin North Am 2021;39(2):287-305.	Type de document
Eagles D. Delirium in older emergency department patients. CJEM, Can 2018;20(6):811-2.	Type de document
Filiatreault S, Grimshaw JM, Kreindler SA, Chochinov A, Linton J, Doupe MB. A critical appraisal of delirium clinical practice guidelines relevant to the care of older adults in the emergency department with a synthesis of recommendations: an umbrella review protocol. Systematic Reviews 2022;11(1):262.	Type de document
Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vazquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. World J Biol Psychiatry 2016;17(2):86-128.	Type de document
Gottlieb M, Long B, Koyfman A. Approach to the Agitated Emergency Department Patient. Journal of Emergency Medicine 2018;54(4):447-57.	Type de document
Gower LEJ, Gatewood MO, Kang CS. Emergency department management of delirium in the elderly. Western Journal of Emergency Medicine 2012;13(2):194-201.	Type de document
Han JH et Suyama J. Delirium and Dementia. Clinics in Geriatric Medicine 2018;34(3):327-54.	Type de document
Han JH et Wilber ST. Altered mental status in older patients in the emergency department. Clinics in Geriatric Medicine 2013;29(1):101-36.	Type de document
Himadi E. Behavioral emergencies in adults. Assessment and treatment. Notfall und Rettungsmedizin 2016;19(3):198-202.	Langue
Hou L, Zhang Q, Cao L, Chen M, Wang Q, Li Y, et al. Diagnostic accuracy of the 4AT for delirium: A systematic review and meta-analysis. Asian Journal of Psychiatry 2023;80 (no pagination)	Contexte
Kim HK, Leonard JB, Corwell BN, Connors NJ. Safety and efficacy of pharmacologic agents used for rapid tranquilization of emergency department patients with acute agitation or excited delirium. Expert Opinion on Drug Safety 2021;20(2):123-38.	Type de document
Korczak V, Kirby A, Gunja N. Chemical agents for the sedation of agitated patients in the ED: a systematic review. American Journal of Emergency Medicine 2016;34(12):2426-31.	Population
LaHue SC et Douglas VC. Approach to Altered Mental Status and Inpatient Delirium. Neurologic Clinics 2022;40(1):45-57.	Type de document
Lee S, Angel C, Han JH. Succinct Approach to Delirium in the Emergency Department. Curr Emerg Hosp Med Rep 2021;9(2):11-8.	Type de document
Lee S, Howard MA, Han JH. Delirium and Delirium Prevention in the Emergency Department. Clinics in Geriatric Medicine 2023;	Type de document
Liu SW, Lee S, Hayes JM, Khoujah D, Lo AX, Doering M, de Wit K. Head computed tomography findings in geriatric emergency department patients with delirium, altered mental status, and confusion: A systematic review. Academic Emergency Medicine 2022;04:04.	Paramètre d'intérêt
Mankowitz SL, Regenbreg P, Kaldan J, Cole JB. Ketamine for Rapid Sedation of Agitated Patients in the Prehospital and Emergency Department Settings: A Systematic Review and Proportional Meta-Analysis. Journal of Emergency Medicine 2018;55(5):670-81.	Population

Références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)	Raison d'exclusion
McCabe JJ et Kennelly SP. Acute care of older patients in the emergency department: strategies to improve patient outcomes. Open access emerg 2015;7:45-54.	Type de document
Nentwich LM et Wittmann CW. Emergency Department Evaluation of the Adult Psychiatric Patient. Emerg Med Clin North Am 2020;38(2):419-35.	Type de document
Normandin PA, Khorey SJ, Donahue MA, Benotti SA, Manning BA. Use of Intranasal Ketamine for the Severely Agitated or Violent ED Patient. Journal of Emergency Nursing 2016;42(1):61-3.	Type de document
Odiari EA, Sekhon N, Han JY, David EH. Stabilizing and Managing Patients with Altered Mental Status and Delirium. Emerg Med Clin North Am 2015;33(4):753-64.	Type de document
Oliveira JESL, Berning MJ, Stanich JA, Gerberi DJ, Han J, Bellolio F. Risk factors for delirium among older adults in the emergency department: a systematic review protocol. BMJ Open 2020;10(7):e039175.	Type de document
Ormseth CH, Lahue SC, Oldham MA, Josephson SA, Whitaker E, Douglas VC. Predisposing and Precipitating Factors Associated with Delirium: A Systematic Review. JAMA Network Open 2023;6(1):E2249950.	Contexte
Pahwa AK, Qureshi I, Cumbler E. Things we do for no reasonTM: Use of antipsychotic medications in patients with delirium. Journal of Hospital Medicine 2019;14(9):565-7.	Type de document
Rosen T, Connors S, Clark S, Halpern A, Stern ME, DeWald J, et al. Assessment and Management of Delirium in Older Adults in the Emergency Department: Literature Review to Inform Development of a Novel Clinical Protocol. Advanced Emergency Nursing Journal 2015;37(3):183-96; quiz E3.	Type de document
Schneider A, Mullinax S, Hall N, Acheson A, Oliveto AH, Wilson MP. Intramuscular medication for treatment of agitation in the emergency department: A systematic review of controlled trials. American Journal of Emergency Medicine 2021;46:193-9.	Paramètre d'intérêt
Schnitker L, Martin-Khan M, Beattie E, Gray L. What is the evidence to guide best practice for the management of older people with cognitive impairment presenting to emergency departments? A systematic review. Advanced Emergency Nursing Journal 2013;35(2):154-69.	Contexte
Setters B et Solberg LM. Delirium. Primary Care - Clinics in Office Practice 2017;44(3):541-59.	Type de document
Shenvi CL et Platts-Mills TF. Managing the Elderly Emergency Department Patient. Annals of Emergency Medicine 2019;73(3):302-7.	Type de document
Sikka V, Kalra S, Galwankar S. Psychiatric Emergencies in the Elderly. Emerg Med Clin North Am 2015;33(4):825-39.	Type de document
Somes J et Donatelli NS. Medicating the "Out of Control" Older Adult. Journal of Emergency Nursing 2016;42(1):75-7.	Type de document
Sullivan N, Chen C, Siegel R, Ma Y, Pourmand A, Montano N, Meltzer A. Ketamine for emergency sedation of agitated patients: A systematic review and meta-analysis. American Journal of Emergency Medicine 2020;38(3):655-61.	Population
Tamune H et Yasugi D. How can we identify patients with delirium in the emergency department?: A review of available screening and diagnostic tools. American Journal of Emergency Medicine 2017;35(9):1332-4.	Type de document
Theou O, Campbell S, Malone ML, Rockwood K. Older Adults in the Emergency Department with Frailty. Clinics in Geriatric Medicine 2018;34(3):369-86.	Type de document
Tieges Z, Maclullich AMJ, Anand A, Brookes C, Cassarino M, O'Connor M, et al. Diagnostic accuracy of the 4AT for delirium detection in older adults: systematic review and meta-analysis. Age & Ageing 2021;50(3):733-43.	Contexte
Vasilevskis EE, Han JH, Hughes CG, Ely EW. Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology 2012;26(3):277-87.	Type de document

Références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)	Raison d'exclusion
Veronese NCustodero CDemurtas JSmith LBarbagallo MMaggi S, et al. Comprehensive geriatric assessment in older people: An umbrella review of health outcomes. Age and Ageing 2022;51(5) (no pagination)	Paramètre d'intérêt
Vilke GM, Bozeman WP, Dawes DM, Demers G, Wilson MP. Excited delirium syndrome (ExDS): Treatment options and considerations. Journal of Forensic and Legal Medicine 2012;19(3):117-21.	Type de document
Wilber ST et Ondrejka JE. Altered Mental Status and Delirium. Emerg Med Clin North Am 2016;34(3):649-65.	Type de document
Wolak JP. Chronic Brain Failure. Emerg Med Clin North Am 2021;39(2):307-22.	Type de document
Wong N et Abraham G. Managing Delirium In The Emergency Department: Tools For Targeting Underlying Etiology. Emerg 2015;17(10):1-20; quiz 1.	Type de document
Yamane DP. Pearls and Pitfalls in the Crashing Geriatric Patient. Emerg Med Clin North Am 2020;38(4):919-30.	Type de document
Zeller SL et Citrome L. Managing Agitation Associated with Schizophrenia and Bipolar Disorder in the Emergency Setting. The Western Journal of Emergency Medicine 2016;17(2):165-72.	Type de document
Zhang Q, Li S, Chen M, Yang Q, Cao X, Ge L, Di B. Delirium screening tools in the emergency department: A protocol for systematic review and meta-analysis. Medicine 2021;100(8):e24779.	Type de document
Zun LS. Evidence-Based Review Of Pharmacotherapy For Acute Agitation. Part 2: Safety. Journal of Emergency Medicine 2018;54(4):522-32.	Type de document

Tableau D-3 Liste des documents exclus et raison d'exclusion – Revues systématiques portant spécifiquement sur la médication et le délirium

Références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)	Raison d'exclusion
Abou Kassm S, Naja W, Hoertel N, Limosin F. Prise en charge pharmacologique des idées délirantes associées à un syndrome démentiel, Pharmacological management of delusions associated with dementia. Geriatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement 2019;17(3):317-26.	Type de document
Beaucage-Charron J, Rinfret J, Coveney R, Williamson D. Melatonin and Ramelteon for the treatment of delirium: A systematic review and meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research 2023;170:111345.	Population
Bloch F, Karoui I, Boutalha S, Defouilloy C, Dubaele JM. Tolerability of Midazolam to treat acute agitation in elderly demented patients: A systematic review. Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics 2019;44(2):143-7.	Paramètre d'intérêt
CADTH. Treatment of Older Adults with Insomnia, Agitation, or Delirium with Benzodiazepines: A Review of the Clinical Effectiveness and Guidelines. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health CADTH Rapid Response Reports2016 2016;01:14.	Paramètre d'intérêt
Egberts A, Moreno-Gonzalez R, Alan H, Ziere G, Mattace-Raso FUS. Anticholinergic Drug Burden and Delirium: A Systematic Review. Journal of the American Medical Directors Association 2021;22(1):65-73.e4.	Paramètre d'intérêt
El-Saifi N, Moyle W, Jones C, Tuffaha H. Quetiapine safety in older adults: A systematic literature review. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 2016;41(1):7-18.	Paramètre d'intérêt
Fox C, Smith T, Maidment I, Chan WY, Bua N, Myint PK, et al. Effect of medications with anti-cholinergic properties on cognitive function, delirium, physical function and mortality: a systematic review. Age & Ageing 2014;43(5):604-15.	Population

Références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)	Raison d'exclusion
Gravel J, DeVries M, Horn D, McLeod S, Varner C. A systematic review of the efficacy of opioid analgesics for the management of acute pain in older adults in the emergency department. <i>Canadian Journal of Emergency Medicine</i> 2018;20(Supplement 1):S77.	Paramètre d'intérêt
Gupta A, Joshi P, Bhattacharya G, Lehman M, Funaro M, Tampi DJ, Tampi RR. Is there evidence for using anticonvulsants in the prevention and/or treatment of delirium among older adults? <i>International Psychogeriatrics</i> 2022;34(10):889-903.	Paramètre d'intérêt
Haque N, Naqvi RM, Dasgupta M. Efficacy of Ondansetron in the Prevention or Treatment of Post-operative Delirium-a Systematic Review. <i>Can Geriatr J</i> 2019;22(1):1-6.	Paramètre d'intérêt
Hindle JV. The practical management of cognitive impairment and psychosis in the older Parkinson's disease patient. <i>J Neural Transm</i> 2013;120(4):649-53.	Type de document
Hulshof TA, Zuidema SU, Ostelo RW, Luijendijk HJ. The Mortality Risk of Conventional Antipsychotics in Elderly Patients: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> 2015;16(10):817-24.	Paramètre d'intérêt
Igwe EO, Nealon J, Mohammed M, Hickey B, Chou KR, Chen KH, Traynor V. Multi-disciplinary and pharmacological interventions to reduce post-operative delirium in elderly patients: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of Clinical Anesthesia</i> 2020;67:110004.	Paramètre d'intérêt
Jassal M, Egan G, Dahri K. Opioid Prescribing in the Elderly: A Systematic Review. <i>Journal of Pharmacy Technology</i> 2020;36(1):28-40.	Paramètre d'intérêt
Khan BA, Gutteridge D, Campbell NL. Update on Pharmacotherapy for Prevention and Treatment of Post-operative Delirium: A Systematic Evidence Review. <i>Current Anesthesiology Reports</i> 2015;5(1):57-64.	Population
Lauretani F, Bellelli G, Pela G, Morganti S, Tagliaferri S, Maggio M. Treatment of Delirium in Older Persons: What We Should Not Do! <i>Int</i> 2020;21(7):31.	Type de document
Pahwa AK, Qureshi I, Cumbler E. Things we do for no reasonTM: Use of antipsychotic medications in patients with delirium. <i>Journal of Hospital Medicine</i> 2019;14(9):565-7.	Type de document
Pepersack T, Beernaert L, Allegre S, Vandenbroucke A, Brand D, Namias B, Praet JP. [Appropriate use of psychotropic drugs in institutionalized elderly presenting acute confusional state (delirium)]. <i>Rev Med Brux</i> 2016;37(3):145-51.	Type de document
Riviere J, van der Mast RC, Vandenberghe J, Van Den Eede F. Efficacy and Tolerability of Atypical Antipsychotics in the Treatment of Delirium: A Systematic Review of the Literature. <i>Psychosomatics</i> 2019;60(1):18-26.	Population
Schrijver EJ, de Graaf K, de Vries OJ, Maier AB, Nanayakkara PW. Efficacy and safety of haloperidol for in-hospital delirium prevention and treatment: A systematic review of current evidence. <i>European Journal of Internal Medicine</i> 2016;27:14-23.	Population
Tampi R, Tampi D, Ghorri AK. Acetylcholinesterase inhibitors for delirium in older adults. <i>American Journal of Geriatric Psychiatry</i> 2016;24(3 Supplement 1):S118.	Paramètre d'intérêt
Yu A, Wu S, Zhang Z, Denning T, Zhao S, Pinner G, et al. Cholinesterase inhibitors for the treatment of delirium in non-ICU settings. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2018;6:CD012494.	Paramètre d'intérêt

ANNEXE E

Liste des documents inclus

Tableau E-1 Guides de pratique clinique inclus

Références	Abréviation
Aldecoa C, Bettelli G, Bilotta F, Sanders RD, Aceto P, Audisio R, et al. Update of the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium in adult patients. European Journal of Anaesthesiology 2023;31:31.	ESAIC, 2023
Aldecoa C, Bettelli G, Bilotta F, Sanders RD, Audisio R, Borozdina A, et al. European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium. European Journal of Anaesthesiology 2017;34(4):192-214.	ESA, 2017
Abraha I, Rimland JM, Trotta F, Pierini V, Cruz-Jentoft A, Soiza R, et al. Non-pharmacological interventions to prevent or treat delirium in older patients: clinical practice recommendations The SENATOR-ONTOP Series. The Journal of Nutrition, Health & Aging 2016;20(9):927-36.	SENATOR-ONTOP, 2016
American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. Clinical practice guideline for postoperative delirium in older adult. New York City, NY : AGS; 2021.	AGS, 2021
Devlin JW, Skrobik Y, Gelinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. Critical Care Medicine 2018;46(9):e825-e73.	SCCM, 2018
Hughes CG, Boncyk CS, Culley DJ, Fleisher LA, Leung JM, McDonagh DL, et al. American society for enhanced recovery and perioperative quality initiative joint consensus statement on postoperative delirium prevention. Anesthesia and Analgesia 2020;130(6):1572-90.	ASER-POQI, 2020
National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care [CG103]. London, UK : NICE; 2023.	NICE, 2023
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Delirium, dementia, and depression in older adults: assessment and care. second edition éd. Toronto, ON : RNAO; 2016.	RNAO, 2016
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Risk reduction and management of delirium (SIGN157). Guidelines in Practice. Edinburgh, Scotland : SIGN; 2022.	SIGN, 2022

Tableau E-2 Revues systématiques incluses

Références	Abréviation
Akhtar H, Chaudhry SH, Bortolussi-Courval E, Hanula R, Akhtar A, Nauche B, McDonald EG. Diagnostic yield of CT head in delirium and altered mental status-A systematic review and meta-analysis. Journal of the American Geriatrics Society 2022;1-13.	Akhtar et al., 2022
Calf AH, Pouw MA, van Munster BC, Burgerhof JGM, de Rooij SE, Smidt N. Screening instruments for cognitive impairment in older patients in the Emergency Department: a systematic review and meta-analysis. Age & Ageing 2021;50(1):105-12.	Calf et al., 2021
Carpenter CR, Hammouda N, Linton EA, Doering M, Ohuabunwa UK, Ko KJ, et al. Delirium prevention, detection, and treatment in emergency medicine settings: a geriatric emergency care applied research (GEAR) network scoping review and consensus statement. Academic Emergency Medicine 2021;28(1):19-35.	Carpenter et al., 2021
Jayita D et Wand ARF. Delirium screening: a systematic review of delirium screening tools in hospitalized patients. Gerontologist 2015;55(6):1079-99.	Jayita & Wand, 2015
LaMantia MA, Messina FC, Hobgood CD, Miller DK. Screening for delirium in the emergency department: a systematic review. Annals of Emergency Medicine 2014;63(5):551-60.e2.	LaMantia et al., 2014
Lee S, Chen H, Hibino S, Miller D, Healy H, Lee JS, et al. Can we improve delirium prevention and treatment in the emergency department? A systematic review. Journal of the American Geriatrics Society 2022;70(6):1838-49.	Lee et al., 2022
Lee S, Cavalier FR, Hayes JM, Doering M, Lo AX, Khoujah D, et al. Delirium, confusion, or altered mental status as a risk for abnormal head CT in older adults in the emergency department: A systematic review and meta-analysis. American Journal of Emergency Medicine 2023;71:190-4.	Lee et al., 2023
Mariz J, Costa Castanho T, Teixeira J, Sousa N, Correia Santos N. Delirium diagnostic and screening instruments in the emergency department: an up-to-date systematic review. Geriatr 2016;1(3):01.	Mariz et al., 2016
Oliveira JESL, Berning MJ, Stanich JA, Gerberi DJ, Murad MH, Han JH, Bellolio F. Risk factors for delirium in older adults in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. Annals of Emergency Medicine 2021;78(4):549-65.	Oliveira et al, 2021

Tableau E-3 Guides de pratique clinique et revues systématiques portant spécifiquement sur la médication et le délirium

Références	Abréviation
American Geriatrics Society (AGS) Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria(R) for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc 2023;	AGS, 2023
Cerveira CCT, Pupo CC, Dos Santos SS, Santos JEM. Delirium in the elderly: A systematic review of pharmacological and non-pharmacological treatments. Dementia & Neuropsychologia 2017;11(3):270-5.	Cerveira et al., 2017
Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA 2017;318(12):1161-74.	Oh et al., 2017
Reisinger M, Reininghaus EZ, Biasi JD, Fellendorf FT, Schoberer D. Delirium-associated medication in people at risk: A systematic update review, meta-analyses, and GRADE-profiles. Acta Psychiatrica Scandinavica 2023;147(1):16-42.	Reisinger et al., 2023
Swart LM, van der Zanden V, Spies PE, de Rooij SE, van Munster BC. The Comparative Risk of Delirium with Different Opioids: A Systematic Review. Drugs & Aging 2017;34(6):437-43.	Swart et al., 2017

Description des documents inclus

Tableau E-4 Description des documents inclus - Guides de pratique clinique

Auteur, année	Pays	Population cible	Professionnels ou personnes à qui s'adresse l'outil d'aide à la prise en charge	Contexte de soins ciblé	Exclusions	Pratique ciblée
AGS, 2021	United State	adults 65 years and older	Any healthcare professional or healthcare system who provides care for older adults in the perioperative setting.	Postoperative setting	None	Delirium • prevention • treatment
ESA, 2017	Europe	Postoperative delirious patients	anaesthesiologists and all other healthcare professionals involved in the care of surgical patients	Preoperative, intraoperative and postoperative setting	None	• Preoperative identification and intraoperative care of patients at risk of postoperative delirium • Postoperative detection of delirium • Management of delirious patients
ESAIC, 2023	Europe	Adults	NS	Preoperative, intraoperative and postoperative setting	• paediatric patients • patients less than 18 years • nonsurgical patients	Postoperative delirium • Prevention • Management
NICE, 2023	UK	People aged 18 and over	NHS staff caring for patients in hospital and long-term residential care settings (including primary care healthcare professionals). Adults in hospital, long-term residential care or a nursing home who have, or are at high risk of developing, delirium; their family and carers.	• hospital • long-term residential care • nursing home	• people with delirium related to drug or alcohol use • people receiving end-of-life care • children and young people (younger than 18 years)	Delirium • Diagnosing • Treating • Identifying people at risk • Preventing onset
SENATOR-ONTOP, 2016	European union (Italy, Spain, UK, Ireland)	Older patients	NS	Hospital • hospitalized in medical wards • surgical unit • ICU	None	Delirium • prevention (non-pharmacological interventions) • Treatment (non-pharmacological interventions)

Auteur, année	Pays	Population cible	Professionnels ou personnes à qui s'adresse l'outil d'aide à la prise en charge	Contexte de soins ciblé	Exclusions	Pratique ciblée
SCCM, 2018	International	Adult patients	• Clinicians who provide patient care; • Critically ill patients (and their families) • Methodologists and other CPG developers • Researchers who aim to identify and resolve current evidence gaps.	Intensive care unit (ICU)	None	Prevention and management: • Pain • Agitation/sedation • Delirium • Immobility (rehabilitation/mobilization), • Sleep (disruption)
ASER-POQI, 2020	United State	Older surgical patients at high risk of postoperative delirium	Hospitals and health systems, health care providers	Surgical, postoperative	Pediatric patients, emergence delirium, delirium in nonsurgical patients, or delirium in the nonsurgical ICU patient	Delirium • risk factors • assessment • risk reduction (prevention)
RNAO, 2016	Canada (Ontario)	Older adults (65 years and older)	• Nurses • Other members of the interprofessional team who collaborate with nurses	Across the spectrum of care, including (but not limited to): • primary care • acute care • home-care settings • alternative level of care/complex continuing care • long-term care	• Delirium caused by alcohol withdrawal • Delirium in the last days of life	Delirium, Dementia, Depression • Screening • Assessment • Management
SIGN, 2022	UK (Scotland)	Adults	• primary and secondary healthcare professionals • community and care home staff • patients and carers	The guideline applies to all settings : • home • long-term care • hospital • hospice	• delirium secondary solely to alcohol and illicit substances use • delirium in children	Delirium • Detection • Assessment • Treatment • Follow-up • Reduce risk of delirium

Tableau E-5 Description des documents inclus – Revues systématiques

Auteur, année	Période couverte par la revue de littérature	Objectifs de l'étude pertinents au regard des questions d'évaluation	Population cible	Paramètre(s) d'intérêt étudié(s)	Critères d'exclusion	Nombre d'études incluses et caractéristiques des études incluses
Akhtar et al., 2022 (revue systématique)	Up to November 2021	Better understand trends and overall diagnostic yield of CT head in patients with delirium and altered mental status	Population with either a delirium or altered mental status	CT scan for diagnostic yield for delirium	• Case reports and case series • Studies that were conducted exclusively in trauma populations • Studies conducted exclusively in falls populations • Pediatric studies	46 observational studies (prospective, retrospective, case-control) • 37 studies performed in the ED or inpatient units • 9 studies performed in the ICU
Calf et al., 2021 (revue systématique)	Up to March 3rd 2020	Evaluate the diagnostic test accuracy of screening tools to rule out cognitive impairment (including delirium) in older patients in the ED	Patients with a mean or median age 65 years or older, visiting an ED	Cognitive screening tools	• Studies conducted in a different environment than the ED. • Studies without index test and/or reference standard • Studies using a game as an index test	23 studies (cohort or case-control) in 17 different study cohorts • 12 cognitive screening tools were investigated • Almost all studies used the DSM criteria for delirium as reference standard, 2 studies used the CAM
Carpenter et al., 2021 (examen de la portée)	Up to November 2019	Report ED best practices for delirium prevention, recognition, and treatment	≥ 65-year-old ED patients	Delirium screening instruments Intervention to reduce the occurrence (i.e., prevent) of incident delirium Intervention to reduce the duration or severity of prevalent delirium	• Not a clinical study • Not ED-based • Instrument not assessed for diagnostic accuracy • Instrument assessed without gold standard • Cohort not exclusively geriatric	Delirium screening instruments: 27 studies • 27 different instruments were investigated • Most commonly used reference standards were the CAM, the DSM and the CAM-ICU Interventions to reduce the occurrence or the duration and severity of delirium: • 1 study investigated a multifactorial protocol to prevent delirium in patients with hip fracture undergoing surgery • 3 studies investigated pharmacologic intervention to reduce or prevent ED delirium

Auteur, année	Période couverte par la revue de littérature	Objectifs de l'étude pertinents au regard des questions d'évaluation	Population cible	Paramètre(s) d'intérêt étudié(s)	Critères d'exclusion	Nombre d'études incluses et caractéristiques des études incluses
Jayita & Wand, 2015 (revue systématique)	Up to July 2014	Identify, compare, and evaluate validation studies of delirium screening tools used in hospital inpatients	Hospitalized adult inpatients (including ED)	Delirium screening tools	- ICU population. - Articles solely concerned with rating delirium severity, those which did not apply DSM or ICD criteria as a reference standard for delirium diagnosis or which validated a non-English version of a delirium screening tool, or looked at delirium screening in community settings - Review articles and purely descriptive studies of delirium assessment tools were also not included.	31 studies 2 studies in ED 3 delirium screening tools were investigated in the ED - the DSM and the CAM were used as reference standards in studies in ED
LaMantia et al., 2014 (revue systématique)	Up to February 2013	Identify what delirium screening tools have been used in ED-based epidemiologic studies of delirium, whether there is a validated set of screening instruments to identify delirium among older adults in the ED or prehospital environments, and an ideal schedule during an older adult's visit to perform a delirium evaluation	Aged 65 years or above and in the ED or out-of-hospital (i.e., EMS) environment	Delirium screening tools	- Evaluation taking place outside of ED/out-of-hospital environment or assessment deals with patients who are delirious as a result of illicit drug consumption or ethanol intake/withdrawal - The article was not in English, or the presented abstract was from a scientific meeting presentation and was not published as a separate, peer-reviewed article	22 articles - only 2 validation studies of screening instruments - the DSM and the CAM were used as reference standards
Lee et al., 2022 (revue systématique)	Up to September 9th 2021	Identify pharmacologic and nonpharmacologic interventions to prevent or treat delirium to reduce the incidence, severity, and duration of delirium in older adults presenting to the ED	For prevention : studies with participants 65 years of age or older who screened negative or did not get a	Preventative interventions Therapeutic interventions	Studies that did not include ED or focused entirely on delirium tremens or emergence delirium	10 studies (RCT, cohort, case-control) 9 studies investigated preventative interventions 2 studies evaluated pharmacologic interventions for delirium prevention

Auteur, année	Période couverte par la revue de littérature	Objectifs de l'étude pertinents au regard des questions d'évaluation	Population cible	Paramètre(s) d'intérêt étudié(s)	Critères d'exclusion	Nombre d'études incluses et caractéristiques des études incluses
			diagnosis for delirium on ED presentation For treatment : studies with participants 65 years of age or older who screened positive for delirium			- 4 studies evaluated a multifactorial delirium prevention program - 3 studies evaluated regional anesthesia for hip fractures • 1 study investigated therapeutic intervention - 1 study evaluated foley catheter and high-risk medication exposure on delirious and non-delirious patients in the ED
Lee et al., 2023 (revue systématique)	Up to April 8th, 2021	Report the association between altered mental status in older ED patients and acute abnormal findings on head computed tomogram.	Patients aged 65 years or older who received head imaging at the time of ED assessment	neuroimaging during ED visit	• Conference abstracts, case reports, and published manuscripts • Studies on hospitalized inpatients • Studies only on specific subgroups of delirious patients (such as trauma patients or patients with cancer)	2 studies (Retrospective) • 1 study in which the definition of Altered mental status is confusion • 1 study in which the definition of Altered mental status is Glasgow Coma Scale < 14 or delirium with no focal deficits
Mariz et al., 2016 (revue systématique)	Up to November 2015	Explore target areas in screening methods for delirium in the ED and/or acute care units, with focused attention on rapid screening tools adapted to these settings	Patients aged 65 years of age and older	Delirium screening tool	• Out-of-hospital evaluations and interventional studies (on delirium) • Commentaries and/or author opinions on neuropsychological (delirium) instruments	30 studies (prospective cohort studies) • 7 delirium screening tools were identified as being used in the ED

Auteur, année	Période couverte par la revue de littérature	Objectifs de l'étude pertinents au regard des questions d'évaluation	Population cible	Paramètre(s) d'intérêt étudié(s)	Critères d'exclusion	Nombre d'études incluses et caractéristiques des études incluses
Oliveira et al., 2021 (revue systématique)	Up to July 2020	Identify risk factors for delirium in geriatric patients in the emergency department and to identify emergency department (ED)-based modifiable risk factors for developing delirium during hospitalization	Older adults (age ≥ 60 years) presenting to the ED	Risk factors for either prevalent or incident delirium	• Case reports, narrative reviews, and opinion articles were excluded • Studies conducted in a primary care, inpatient, or ICU setting • Studies that only reported information regarding blood biomarkers not commonly used in emergency medicine practice • ED diagnoses, laboratory or imaging results, and etiologies of delirium • Studies of either delirium tremens or drug-induced excited delirium were excluded	34 studies (cross-sectional, case-control, and cohort studies) • 27 studies with data available regarding potential risk factors for ED delirium • 7 studies with data available regarding ED-based modifiable risk factors for developing delirium during hospitalization (incident delirium)

Tableau E-6 Description des documents inclus – Guide de pratique clinique et revues systématiques portant spécifiquement sur la médication et le délirium

Guide de pratique clinique						
Auteur, année	Pays	Population cible	Professionnels ou personnes à qui s'adresse l'outil d'aide à la prise en charge	Contexte de soins ciblé	Exclusion	Pratique ciblée
AGS-2023	USA	Adults 65 years	Clinicians, educators, researchers, healthcare administrators, and regulators	All ambulatory, acute, and institutionalized settings of care	- Hospice and end-of-life care settings - Case reports, case series, letters to the editor, and editorials were excluded	- Medications considered as potentially inappropriate - Medications potentially inappropriate in patients with certain diseases or syndromes - Medications to be used with caution - Potentially inappropriate drug–drug interactions - Medications whose dosages should be adjusted based on renal function

Revue systématique						
Auteur, année	Période couverte par la revue de littérature	Objectifs de la revue	Population cible	Paramètre(s) d'intérêt étudié(s)	Critères d'exclusion	Nombre d'études incluses et caractéristiques des études incluses
Cerveira et al., 2017	up to January 6th, 2016	To determine the efficacy of pharmacological and non-pharmacological treatments in elderly patients with delirium	Patients 60 years or older with the diagnosis of delirium	Primary outcome : duration of delirium Secondary outcomes : length of hospital stay, need of physical restraint, lethality, functional decline and the incidence of complications	Studies with unclear designs, improper control group, younger or adult-only samples, insufficient outcome data, unclear diagnosis of delirium at study admission, or insufficient outcome data. Non-randomized/controlled clinical trial	10 studies evaluating 1588 patients. 4 studies on pharmacological interventions 5 studies on non-pharmacological interventions 1 study on both (pharmacological and non-pharmacological)

Revue(s) systématique(s)						
Auteur, année	Période couverte par la revue de littérature	Objectifs de la revue	Population cible	Paramètre(s) d'intérêt étudié(s)	Critères d'exclusion	Nombre d'études incluses et caractéristiques des études incluses
Oh et al., 2017	January 1, 2011 to March 16, 2017	To summarize the current state of the art in diagnosis and treatment of delirium and to highlight critical areas for future research to advance the field	Elderly populations	Duration or severity of delirium	Studies based solely in the intensive care unit (ICU)	7 studies with 787 participants • 3 RCTs • 1 Open-label, matched • 1 case series • 1 prospective cohort • Prospective observational
Reisinger et al., 2023	October 1, 2009 to June 23, 2020	To further investigate the body of evidence for drugs suspected to trigger delirium	Focus on elderly people (> 65 years old)	Incident delirium	Retrospective study designs, case reports, and studies that failed to present exploratory statistics	31 studies • 11 RCTs • 17 prospective cohort • 3 prospective case-control
Swart et al., 2017	1946 to December 2014	Evaluate and discuss possible differences in the risk of delirium from the use of various types of opioids in older patients	Geriatric	Incidence of delirium	Mean age of the study population below 60 years and opioid-dependent populations	6 studies were included • investigated eight different opioids: morphine, meperidine, fentanyl, tramadol, oxycodone, codeine, hydromorphone, and hydrocodone • 2 retrospective cohort studies • 2 prospective cohort studies • 2 nested case control studies

ANNEXE F

Évaluation de la qualité méthodologique des documents

Tableau F-1 Critères d'évaluation de la grille AGREE II

Domaine 1. Champ et objectifs (score 1 à 7)

1. Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.
2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.
3. La population à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.

Domaine 2. Participation des groupes concernés (score 1 à 7)

4. Le groupe de travail ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.
5. Les opinions et leurs préférences de la population cible ont été identifiées.
6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.

Domaine 3. Rigueur d'élaboration de la RPC (score 1 à 7)

7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.
8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.
9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.
10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.
11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.
12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.
13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.
14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.

Domaine 4. Clarté et présentation (score 1 à 7)

15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.
16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.
17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.

Domaine 5. Applicabilité (score 1 à 7)

18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles
19. La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.
20. Les répercussions potentielles sur les ressources de l'application des recommandations ont été examinées.
21. La RPC propose des critères de suivi et de vérification.

Domaine 6. Indépendance éditoriale (score 1 à 7)

22. Le point de vue des organismes de financement n'a pas influencé le contenu de la RPC.

23. Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.

Appréciation générale de la qualité du guide (score de 1 à 7)

Recommandation de l'utilisation du guide (oui ou non)

Tableau F-2 Qualité globale des guides de pratique clinique selon la grille AGREE II

	Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), 2016				National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2023				Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, 2014			
Évaluateurs	1	2			1	2			1	2		
Domaines			T*	%†			T*	%†			T*	%†
Champ d'application et objectifs	20	21	41	97,2	21	21	42	100,0	15	16	31	69,4
Participation des groupes concernés	16	16	32	72,2	17	18	35	80,6	11	12	23	47,2
Rigueur du proc. d'élaboration du guide	42	44	86	72,9	46	45	91	78,1	33	32	65	51,0
Clarté et présentation	20	20	40	94,4	19	20	39	91,7	21	21	42	100,0
Applicabilité	13	15	28	41,7	16	19	35	56,3	4	4	8	0,0
Indépendance éditoriale	11	11	22	75,0	10	8	18	58,3	4	4	8	16,7
Total	122	127	249		129	131	260		88	89	177	
Score Global**				73,6				77,5				47,5
Recommandation - utilisation du guide	Oui				Oui				Non			

	American Geriatrics Society (AGS), 2021				University of Maryland, 2017				Global Council on Brain Health, 2020			
Évaluateurs	1	2			1	2			1	2		
Domaines			T*	%†			T*	%†			T*	%†
Champ d'application et objectifs	21	21	42	100,0	19	20	39	91,7	20	19	39	91,7
Participation des groupes concernés	15	15	30	66,7	10	11	21	41,7	15	15	30	66,7
Rigueur du proc. d'élaboration du guide	43	44	87	74,0	29	29	58	43,8	13	12	25	9,4
Clarté et présentation	19	20	39	91,7	15	11	26	55,6	17	17	34	77,8
Applicabilité	5	7	12	8,3	6	7	13	10,4	7	7	14	12,5
Indépendance éditoriale	14	13	27	95,8	11	11	22	75,0	9	8	17	54,2
Total	117	120	237		90	89	179		81	78	159	
Score Global**				69,2				48,2				40,9
Recommandation - utilisation du guide	Oui				Non				Non			

	American College of Surgeons and American Geriatrics Society, 2012				Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2022				SENATOR-ONTOP, 2016			
Évaluateurs	1	2			1	2			1	2		
Domaines			T ⁺	% ⁺			T ⁺	% ⁺			T ⁺	% ⁺
Champ d'application et objectifs	18	19	37	86,1	21	21	42	100,0	20	21	41	97,2
Participation des groupes concernés	11	11	22	44,4	19	19	38	88,9	7	7	14	22,2
Rigueur du proc. d'élaboration du guide	18	18	36	20,8	40	40	80	66,7	40	39	79	65,6
Clarté et présentation	14	13	27	58,3	21	20	41	97,2	19	20	39	91,7
Applicabilité	4	4	8	0,0	15	17	32	50,0	4	4	8	0,0
Indépendance éditoriale	2	2	4	0,0	11	12	23	79,2	10	9	19	62,5
Total	67	67	134		127	129	256		100	100	200	
Score Global**				31,9				76,1				55,8
Recommandation - utilisation du guide	Non				Oui				Oui			

	European Society of Anaesthesiology (ESA), 2017				Italian intersociety, 2018				Celis-Rodriguez, 2020			
Évaluateurs	1	2			1	2			1	2		
Domaines			T ⁺	% ⁺			T ⁺	% ⁺			T ⁺	% ⁺
Champ d'application et objectifs	20	20	40	94,4	19	16	35	80,6	20	18	38	88,9
Participation des groupes concernés	13	13	26	55,6	10	9	19	36,1	13	13	26	55,6
Rigueur du proc. d'élaboration du guide	33	36	69	55,2	13	12	25	9,4	17	16	33	17,7
Clarté et présentation	20	19	39	91,7	20	20	40	94,4	20	20	40	94,4
Applicabilité	6	7	13	10,4	4	4	8	0,0	4	4	8	0,0
Indépendance éditoriale	13	12	25	87,5	7	6	13	37,5	8	8	16	50,0
Total	105	107	212		73	67	140		82	79	161	
Score Global**				60,1				34,1				41,7
Recommandation - utilisation du guide	Oui				Non				Non *Justification des preuves scientifiques en espagnol			

	Society of Critical Care Medicine (SCCM), 2018				American society for enhanced recovery and perioperative quality initiative (ASER-POQI), 2020				DAS Taskforce, 2015			
Évaluateurs	1	2			1	2			1	2		
Domaines			T ⁺	% ⁺			T ⁺	% ⁺			T ⁺	% ⁺
Champ d'application et objectifs	19	18	37	86,1	21	21	42	100,0	18	20	38	88,9
Participation des groupes concernés	17	17	34	77,8	11	10	21	41,7	11	12	23	47,2
Rigueur du proc. d'élaboration du guide	42	40	82	68,8	37	36	73	59,4	24	23	47	32,3
Clarté et présentation	17	16	33	75,0	21	21	42	100,0	13	13	26	55,6
Applicabilité	14	12	26	37,5	4	4	8	0,0	7	6	13	10,4
Indépendance éditoriale	8	8	16	50,0	8	8	16	50,0	11	11	22	75,0
Total	117	111	228		102	100	202		84	85	169	
Score Global**				65,9				56,5				44,6
Recommandation - utilisation du guide	Oui				Oui				Non * Complément de méthodologie en allemand			

	American Geriatrics Society, 2023				European Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (ESAIC), 2023			
Évaluateurs	1	2			1	2		
Domaines			T ⁺	% ⁺			T ⁺	% ⁺
Champ d'application et objectifs	20	20	40	94,4	20	21	41	97,2
Participation des groupes concernés	20	19	39	91,7	12	13	25	52,8
Rigueur du proc. d'élaboration du guide	34	34	68	54,2	34	32	66	52,1
Clarté et présentation	18	20	38	88,9	18	17	35	80,6
Applicabilité	9	8	17	18,8	5	5	10	4,2
Indépendance éditoriale	12	13	25	87,5	8	8	16	50,0
Total	113	114	227		97	96	193	
Score Global**				65,6				53,3
Recommandation - utilisation du guide	Oui				Oui			

Critères de qualité :	
Score Global >75 %	Bonne qualité
Score Global entre 50-74 %	Qualité modérée
Score Global entre 25- 49 %	Faible qualité
Score Global < 25 %	Très faible qualité

*Somme des scores obtenus par domaine pour chaque évaluateur.

† Pourcentage des scores par domaine = $[(\text{Total} - \text{score minimal possible}) / (\text{score maximal possible} - \text{score minimal possible})] \times 100$.

** Score global = $[(\text{Total des scores pour l'ensemble des domaines} - \text{score minimal possible (46)}) / (\text{score maximal possible (322)} - \text{score minimal possible (46)})] \times 100$.

Figure F-1 Critères d'évaluation de la grille ROBIS

Phase 2: Identifying concerns with the review process

DOMAIN 1: STUDY ELIGIBILITY CRITERIA		
Describe the study eligibility criteria, any restrictions on eligibility and whether there was evidence that objectives and eligibility criteria were pre-specified:		
1.1 Did the review adhere to pre-defined objectives and eligibility criteria?		Y/PY/PN/N/NI
1.2 Were the eligibility criteria appropriate for the review question?		Y/PY/PN/N/NI
1.3 Were eligibility criteria unambiguous?		Y/PY/PN/N/NI
1.4 Were all restrictions in eligibility criteria based on study characteristics appropriate (e.g. date, sample size, study quality, outcomes measured)?		Y/PY/PN/N/NI
1.5 Were any restrictions in eligibility criteria based on sources of information appropriate (e.g. publication status or format, language, availability of data)?		Y/PY/PN/N/NI
Concerns regarding specification of study eligibility criteria		LOW/HIGH/UNCLEAR
Rationale for concern:		

DOMAIN 2: IDENTIFICATION AND SELECTION OF STUDIES		
Describe methods of study identification and selection (e.g. number of reviewers involved):		
2.1 Did the search include an appropriate range of databases/electronic sources for published and unpublished reports?		Y/PY/PN/N/NI
2.2 Were methods additional to database searching used to identify relevant reports?		Y/PY/PN/N/NI
2.3 Were the terms and structure of the search strategy likely to retrieve as many eligible studies as possible?		Y/PY/PN/N/NI
2.4 Were restrictions based on date, publication format, or language appropriate?		Y/PY/PN/N/NI
2.5 Were efforts made to minimise error in selection of studies?		Y/PY/PN/N/NI
Concerns regarding methods used to identify and/or select studies		LOW/HIGH/UNCLEAR
Rationale for concern:		

DOMAIN 3: DATA COLLECTION AND STUDY APPRAISAL		
Describe methods of data collection, what data were extracted from studies or collected through other means, how risk of bias was assessed (e.g. number of reviewers involved) and the tool used to assess risk of bias:		
3.1 Were efforts made to minimise error in data collection?		Y/PY/PN/N/NI
3.2 Were sufficient study characteristics available for both review authors and readers to be able to interpret the results?		Y/PY/PN/N/NI
3.3 Were all relevant study results collected for use in the synthesis?		Y/PY/PN/N/NI
3.4 Was risk of bias (or methodological quality) formally assessed using appropriate criteria?		Y/PY/PN/N/NI
3.5 Were efforts made to minimise error in risk of bias assessment?		Y/PY/PN/N/NI
Concerns regarding methods used to collect data and appraise studies		LOW/HIGH/UNCLEAR
Rationale for concern:		

DOMAIN 4: SYNTHESIS AND FINDINGS		
Describe synthesis methods:		
4.1 Did the synthesis include all studies that it should?		Y/PY/PN/N/NI
4.2 Were all pre-defined analyses reported or departures explained?		Y/PY/PN/N/NI
4.3 Was the synthesis appropriate given the nature and similarity in the research questions, study designs and outcomes across included studies?		Y/PY/PN/N/NI
4.4 Was between-study variation (heterogeneity) minimal or addressed in the synthesis?		Y/PY/PN/N/NI
4.5 Were the findings robust, e.g. as demonstrated through funnel plot or sensitivity analyses?		Y/PY/PN/N/NI
4.6 Were biases in primary studies minimal or addressed in the synthesis?		Y/PY/PN/N/NI
Concerns regarding the synthesis and findings		LOW/HIGH/UNCLEAR
Rationale for concern:		

Y=YES, PY=PROBABLY YES, PN=PROBABLY NO, N=NO, NI=NO INFORMATION

Phase 3: Judging risk of bias

Summarize the concerns identified during the Phase 2 assessment:

Domain	Concern	Rationale for concern
1. Concerns regarding specification of study eligibility criteria		
2. Concerns regarding methods used to identify and/or select studies		
3. Concerns regarding used to collect data and appraise studies		
4. Concerns regarding the synthesis and findings		

RISK OF BIAS IN THE REVIEW		
Describe whether conclusions were supported by the evidence:		
A. Did the interpretation of findings address all of the concerns identified in Domains 1 to 4?		Y/PY/PN/N/NI
B. Was the relevance of identified studies to the review's research question appropriately considered?		Y/PY/PN/N/NI
C. Did the reviewers avoid emphasizing results on the basis of their statistical significance?		Y/PY/PN/N/NI
Risk of bias in the review		RISK: LOW/HIGH/UNCLEAR

Y=YES, PY=PROBABLY YES, PN=PROBABLY NO, N=NO, NI=NO INFORMATION

Tableau F-3 Qualité globale des revues systématiques selon l'outil ROBIS

Review	Phase 2				Phase 3
	1. Critères d'admissibilité des études	2. Identification et sélection des études	3. Collecte de données et évaluation des études	4. Synthèse des résultats	RISQUE DE BIAIS DE LA REVUE
Akhtar, 2022	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible
Calf, 2021	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible
Jayita, 2015	Faible	Élevé	Incertain	Incertain	Incertain
LaMantia, 2014	Faible	Élevé	Incertain	Élevé	Élevé
Lee, 2022	Faible	Faible	Faible	Incertain	Faible
Mariz, 2016	Faible	Élevé	Élevé	Élevé	Élevé
Oliveira, 2021	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible
Lee, 2023	Incertain	Faible	Incertain	Faible	Incertain

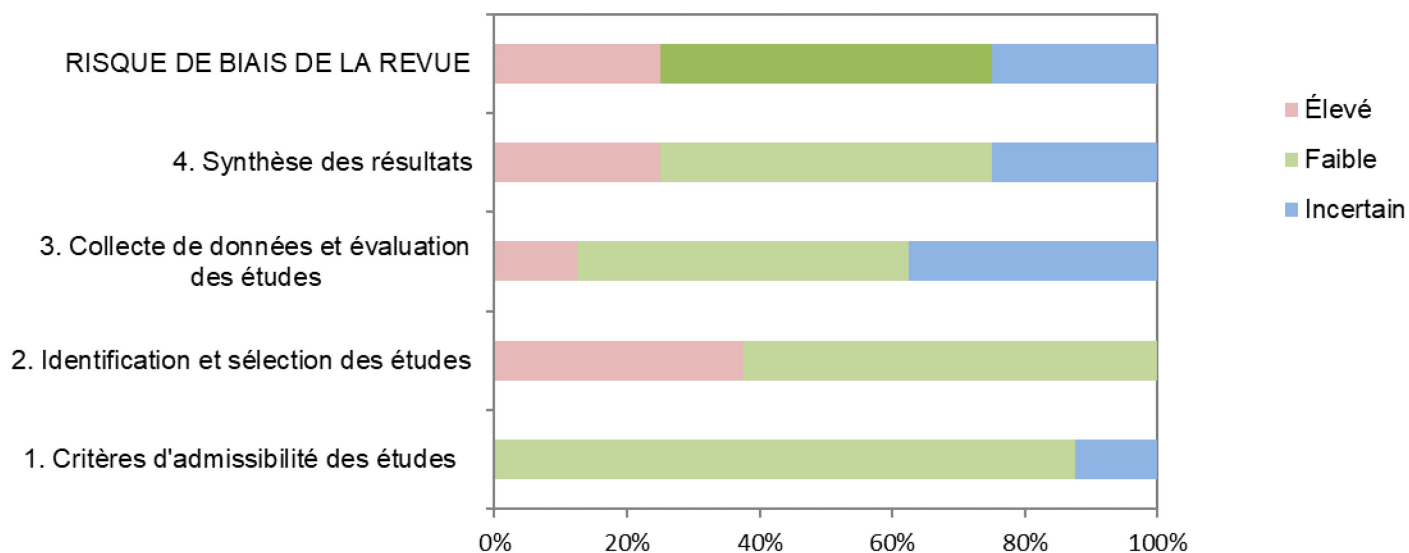
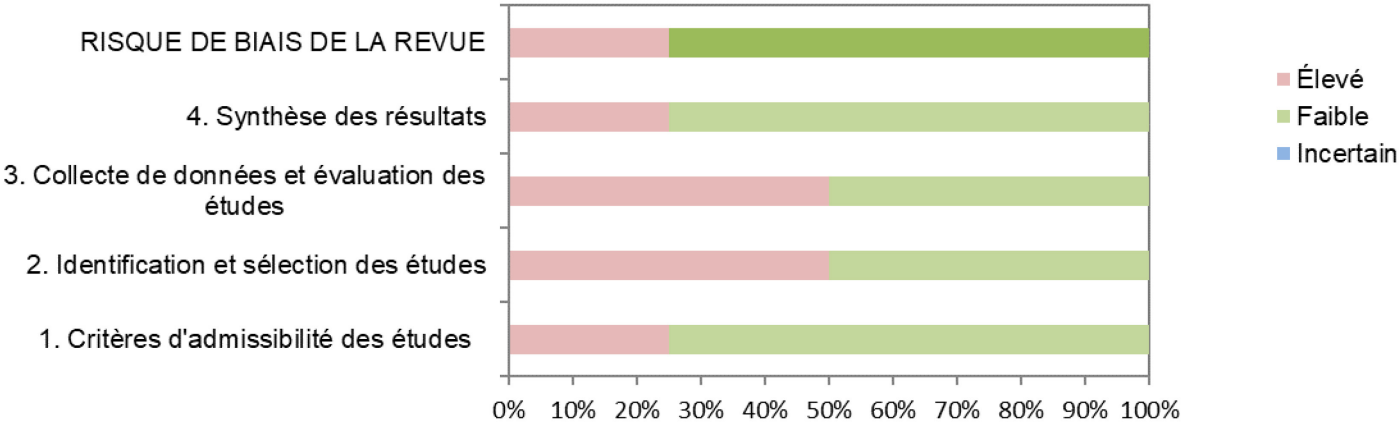


Tableau F-4 Qualité globale des revues systématiques portant spécifiquement sur la médication et le délirium

Review	Phase 2			Phase 3	
	1. Critères d'admissibilité des études	2. Identification et sélection des études	3. Collecte de données et évaluation des études	4. Synthèse des résultats	RISQUE DE BIAIS DE LA REVUE
Cerveira, 2017	Faible	Faible	Élevé	Faible	Faible
Oh, 2017	Élevé	Élevé	Élevé	Élevé	Élevé
Reisinger, 2023	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible
Swart, 2017	Faible	Élevé	Faible	Faible	Faible



ANNEXE G

Synthèses des données issues des guides de pratique clinique et des revues systématiques

Généralités

DÉFINITIONS ET PRÉSENTATION CLINIQUE DU DÉLIRIUM	
SYNTHÈSE DES GUIDES	3 guides présentent une définition du délirium (RNAO, SIGN, ESA). Les définitions retenues s'appuient sur le DSM-5 ou le ICD-10 (SIGN, ESA, ESAIC) : - Le délirium est une altération aiguë et fluctuante de l'état mental caractérisé par une diminution de la conscience et une perturbation de l'attention. 2 guides mentionnent que la durée du délirium est variable, allant de quelques heures à quelques jours ou le délirium peut persister des semaines ou des mois (RNAO, SIGN). 4 guides de pratique clinique mentionnent trois principales formes de délirium : hyperactive, hypoactive, mixte (alternance entre les états hyperactif et hypoactif) (RNAO, NICE, AGS, ESA) : - Hyperactif : se caractérise par une vigilance accrue, une agitation ou un comportement agressif - Hypoactif : se caractérise par une somnolence, un état tranquille ou un comportement désintéressé/ effacé, une diminution de la vigilance, de l'activité motrice - mixte : alternance les états hyperactif et hypoactif (RNAO) ou gamme de symptômes hyperactifs et hypoactifs (AGS)
SYNTHÈSE DES REVUES	∅
ÉNONCÉ DE PREUVE SCIENTIFIQUE	Le délirium : - se manifeste par une altération aiguë et fluctuante de l'état mental - se caractérise par une perturbation de l'attention et de l'état de conscience La durée est variable : - généralement de quelques heures à quelques jours, - peut parfois persister des semaines, voire des mois Le délirium se présente sous trois principales formes : Hyperactive : se caractérise par une vigilance accrue, une agitation ou un comportement agressif Hypoactive : se caractérise par une somnolence, un état tranquille ou un comportement désintéressé/ effacé, une diminution de la vigilance, de l'activité motrice Mixte : alternance les états hyperactif et hypoactif (RNAO) ou gamme de symptômes hyperactifs et hypoactifs (AGS)

Prévention du délirium

GÉNÉRALITÉS – PRÉVENTION	
SYNTHÈSE DES GUIDES	8 guides recommandent d'adopter des interventions préventives seulement chez les personnes identifiées comme étant à risque de développer un délirium (RNAO, SENATOR-ONTOP, NICE, SIGN, AGS, ESAIC, ASER-POQI, SCCM). 3 guides recommandent d'identifier rapidement, dès le premier contact, les personnes à risque de développer un délirium en recherchant la présence de facteurs de risque (RNAO, NICE, ASER-POQI). 3 guides font la distinction entre les facteurs précipitants et les facteurs prédisposants (RNAO, ESAIC, ASER-POQI).
SYNTHÈSE DES REVUES	Ø
ÉNONCÉ DE PREUVE SCIENTIFIQUE	Les guides recommandent : - d'identifier rapidement, dès le premier contact, les personnes à risque de développer un délirium en recherchant la présence de facteurs de risque. - de mettre en place des interventions préventives chez les personnes à risque de développer un délirium
FACTEURS DE RISQUE	
SYNTHÈSE DES GUIDES	Facteurs de risque communs à l'ensemble des guides : - âge avancé (ESA, ASER-POQI, SCCM); et plus précisément 65 ans ou plus (RNAO, SENATOR-ONTOP, NICE) ou 70 ans et plus (RNAO, SIGN); - déficience cognitive (RNAO, SENATOR-ONTOP, NICE, SIGN, ESA, ASER-POQI, SCCM) - maladies graves (RNAO, SENATOR-ONTOP, NICE, SIGN, ASER-POQI, SCCM), maladie aiguë (RNAO, SIGN), comorbidités (RNAO, ESA, ASER-POQI), fragilité (SIGN, ASER-POQI) Facteurs de risque fréquemment retrouvés (au moins 2 fois): - Démence (RNAO, NICE, SIGN, ESA, ASER-POQI, SCCM) - Fracture de la hanche (RNAO, NICE), opération de la hanche récente (SIGN) - Déficience sensorielle : auditive, visuelle (RNAO, SENATOR-ONTOP, SIGN, ESA) - Déshydratation (RNAO, SENATOR-ONTOP, SIGN) - Sous/mauvaise alimentation (RNAO, ESA, ASER-POQI) - Anémie (RNAO, ESA, ASER-POQI) - Consommation/abus d'alcool (RNAO, SENATOR-ONTOP, SIGN, ESA, ASER-POQI) - Dépression (RNAO, SIGN, ESA, ASER-POQI) - Délirium antérieur (RNAO, ASER-POQI) - Douleur non contrôlée (RNAO, SIGN, ESA, ASER-POQI) - Manque/trouble du sommeil (RNAO, SENATOR-ONTOP, ASER-POQI) - Immobilité, mobilité réduite, contraintes physiques (RNAO, SIGN) - Polypharmacie (RNAO, SIGN, ESAIC) - Médicaments à haut risque de précipiter un délirium: médicaments psychoactifs (RNAO), hypnotiques (RNAO), sédatifs (RNAO), benzodiazépines (RNAO, SIGN, ASER-POQI, SCCM), anticholinergiques (RNAO, SIGN, ESA), antihistaminiques (RNAO), meperidine (RNAO, ASER-POQI), opioïdes (SIGN).

	• Infection, fièvre (RNAO, SIGN, ASER-POQI) • Accident vasculaire cérébral (SIGN, ESA) par le passé (ASER-POQI) • Maladie de Parkinson (SIGN, ESA) • Hypoxie (RNAO) ou Hypoxémie (ASER-POQI) • Cathétérisation (SIGN); Présence d'une sonde urinaire (RNAO) • Anomalie biochimique (ASER-POQI) : Anomalies électrolytiques (sodium ou du potassium ou du calcium) (RNAO, ESA); Déséquilibres métaboliques (SENATOR-ONTOP) Autres facteurs de risque : • Privation sensorielle, isolement (RNAO) • Changement dans la médication : ajout ou retrait (SIGN) • Constipation sévère (SIGN) • Rétention urinaire (SIGN) • Récente chirurgie sous anesthésie ou sortie récente des soins intensifs (SIGN) 1 guide recommande de vérifier les changements dans les facteurs de risque du délirium à chaque opportunité (NICE).
SYNTHÈSE DES REVUES	Une revue systématique a examiné les facteurs de risques prédisposants (facteurs associés à la présence de délirium chez la personne âgée lors de son arrivée à l'urgence) et précipitants (facteurs modifiables dans l'environnement de l'urgence) (Oliveira et al., 2021). Facteurs de risque prédisposants (associés à la présence de délirium chez la personne âgée lors de son arrivée à l'urgence) 4 facteurs de risque avec un effet estimé > 2 et une qualité de preuve élevée : • Demeurer dans un centre de soins prolongés • Présence d'une déficience cognitive • Présence d'une déficience auditive • Avoir subi un accident vasculaire cérébral antérieurement 3 facteurs de risque avec un effet estimé très élevé (>7,9), mais une qualité de preuve très faible à modérée : • Malnutrition • Fragilité • Altération de l'état mental Facteurs de risque précipitants (associés à l'apparition du délirium chez la personne âgée lors de l'attente à l'urgence) 2 facteurs de risque avec un effet estimé > 2 et une qualité de preuve élevée : • Attente à l'urgence > 10 heures • Douleur sévère 2 facteurs de risque précipitants avec un effet estimé > 2, mais une qualité de preuve modérée : • Présence d'un cathéter urinaire • Attente à l'urgence > 12 heures

ÉNONCÉ DE PREUVE SCIENTIFIQUE	Les principaux facteurs de risque associés au délirium sont : • être âgé de 65 ans et plus • déficience cognitive • comorbidités ou maladie grave ou maladie aiguë ou fragilité Ces facteurs de risque pourraient également contribuer à l'apparition du délirium : • douleur sévère non contrôlée • sous ou mauvaise alimentation • déficience auditive • antécédent ou présence d'accident vasculaire cérébral • présence d'une sonde urinaire • trouble neurocognitif majeur • médicaments à haut risque de précipiter un délirium : benzodiazépines, anticholinergiques • fracture de la hanche • attente à l'urgence > 10h • demeurer dans un centre de soins prolongés Un guide recommande de vérifier les changements dans les facteurs de risque du délirium à chaque opportunité.
INTERVENTIONS PRÉVENTIVES	
SYNTHÈSE DES GUIDES	8 guides de pratique clinique recommandent de mettre en place un plan de prévention comportant un ensemble d'interventions préventives non pharmacologiques (RNAO, SENATOR-ONTOP, NICE, SIGN, AGS, ESAIC, ASER-POQI, SCCM) et ce peu importe le contexte de soins (périopératoire ou soins critiques) ou la population. 5 guides recommandent que le plan de prévention soit établi en collaboration avec une équipe interdisciplinaire (RNAO, SENATOR-ONTOP, NICE, AGS, ESAIC) et avec les membres de la famille ou les proches selon 3 guides (RNAO, SENATOR-ONTOP, SIGN). 4 guides recommandent d'individualiser les interventions en fonction des facteurs de risques identifiés chez la personne (RNAO, SENATOR-ONTOP, NICE, ESAIC) <u>Interventions préventives recommandées :</u> 7 guides recommandent de mettre en place des interventions préventives afin de favoriser l'orientation et la réorientation cognitive (temps, lieu, personne) de la personne âgée (RNAO, SENATOR-ONTOP, NICE, SIGN, AGS, ASER-POQI, SCCM). Les interventions suivantes sont mentionnées plus spécifiquement : • une horloge, un calendrier (RNAO, SENATOR-ONTOP, NICE), • une lumière adéquate (RNAO) • une signalisation claire (RNAO) • un langage clair pour aider la personne à s'orienter (RNAO, NICE), par exemple le professionnel se présente et explique son rôle (NICE)

	7 guides recommandent de favoriser la mobilité des personnes à risque afin de prévenir le délirium (RNAO, SENATOR-ONTOP, NICE, SIGN, AGS, ASER-POQI, SCCM) • encourager la marche • proposer des exercices d'amplitude de mouvements • mettre des aides à la marche à disposition • d'éviter l'utilisation de moyens de contention (RNAO, ASER-POQI) • réduire l'utilisation de dispositifs médicaux qui peuvent restreindre la mobilité (par exemple, les lignes intraveineuses, les cathéters) (RNAO) 6 guides recommandent de mettre en place des conditions pour favoriser un sommeil optimal telles que : (RNAO, NICE, SIGN, AGS, ASER-POQI, SCCM) • réduire le bruit (avec des bouchons – SIGN) et la lumière durant les heures de sommeil (RNAO, NICE, SIGN, SCCM) • utiliser des méthodes non pharmacologiques d'amélioration du sommeil (RNAO, AGS) • éviter les visites médicales, les procédures et les tournées de médicaments durant les heures de sommeil (RNAO, NICE) 6 guides recommandent d'optimiser les fonctions sensorielles : visuelles et auditives (RNAO, NICE, SIGN, AGS, ASER-POQI, SCCM) • s'assurer que les prothèses auditives sont fonctionnelles et disponibles le cas échéant (RNAO, NICE, SIGN, ASER-POQI, SCCM) • s'assurer que la personne a ses lunettes (RNAO, NICE, SIGN, ASER-POQI, SCCM) • résoudre toute cause réversible de la déficience, telle qu'un bouchon de cérumen (RNAO, NICE) 6 guides recommandent de vérifier/optimiser l'alimentation, l'hydratation (RNAO, SENATOR-ONTOP, NICE, SIGN, AGS, ASER-POQI) et 5 guides recommandent de vérifier/optimiser le fonctionnement de la vessie et de l'intestin (constipation) de la personne à risque (RNAO, SENATOR-ONTOP, NICE, SIGN, AGS) • favoriser une bonne hydratation afin d'éviter la déshydratation (RNAO, SENATOR-ONTOP, NICE, SIGN, ASER-POQI) • Administrer des fluides sous-cutanés ou intraveineux si nécessaire (RNAO, NICE) • favoriser un apport en nourriture et en glucose adéquat (RNAO, SENATOR-ONTOP, NICE, SIGN, ESAIC, ASER-POQI) • s'assurer que les prothèses dentaires sont bien adaptées (RNAO, NICE) 4 guides recommandent d'instaurer un environnement propice à la stimulation cognitive et sociale afin de prévenir le délirium (RNAO, SENATOR-ONTOP, NICE, ESA) • favoriser la visite de la famille et des amis (RNAO, SENATOR-ONTOP, NICE) • éviter l'isolement et la privation sensorielle (RNAO, SENATOR-ONTOP) • éviter la surcharge sensorielle (RNAO) 3 guides recommandent d'éviter ou de réduire les changements de salles, sauf en cas de nécessité absolue (RNAO, NICE, SIGN). 3 guides recommandent de rechercher et de traiter les infections pour prévenir le délirium (ex. infection urinaire) et éviter les cathéters inutiles (RNAO, NICE, ESAIC) 5 guides recommandent de s'assurer d'un apport adéquat en oxygène (optimisation de la saturation), de surveiller le niveau de saturation et d'administrer de l'oxygène le cas échéant (RNAO, SENATOR-ONTOP, NICE, SIGN, AGS) Certains guides ne recommandent pas : • l'utilisation de la luminothérapie pour prévenir le délirium (SENATOR-ONTOP, SCCM) • l'utilisation de bouchons d'oreille afin de réduire le bruit (SENATOR-ONTOP) - Le SIGN recommande les bouchons d'oreille pour favoriser le
--	--

	sommeil seulement au cas par cas puisque, pour certaines personnes, les bouchons peuvent exacerber la confusion. • l'utilisation de la musicothérapie (SENATOR-ONTOP) 5 guides mentionnent que les preuves sont insuffisantes pour recommander l'administration de médicaments en prophylaxie afin prévenir le délirium (ex. antipsychotique, halopéridol, inhibiteur de cholinestérase) (SIGN, AGS, ESA, ASER-POQI, SCCM). 6 guides recommandent d'effectuer une revue de la médication pour les personnes qui prennent plusieurs médicaments : (RNAO, NICE, SIGN, AGS, ESA, ASER-POQI) • repérer les changements dans la médication : ajout ou retrait d'un médicament, traitement homéopathique, médicaments en vente libre (SIGN) • éviter, modifier la posologie ou arrêter les médicaments qui augmentent le risque de délirium si possible : (RNAO, SIGN, AGS, ESA) ○ entre autres les benzodiazépines, les médicaments à effet anticholinergique (p. ex., antidépresseur, antihistaminique) et les opioïdes (SIGN, AGS, ESA, ASER-POQI) 7 guides recommandent d'évaluer, de surveiller et de contrôler/gérer la douleur adéquatement pour prévenir le délirium (RNAO, SENATOR-ONTOP, NICE, SIGN, AGS, ESA, ASER-POQI). Un guide recommande d'être attentif aux signaux non verbaux de la douleur (NICE). Précaution : 1 guide recommande de porter une attention particulière lors de la gestion de l'équilibre hydrique chez les personnes qui présentent des comorbidités (p. ex. insuffisance cardiaque ou maladie rénale chronique) (NICE).
SYNTHÈSE DES REVUES	Un examen de la portée a répertorié certaines interventions pour prévenir l'apparition du délirium chez les personnes âgées à l'urgence (Carpenter et al., 2021) et une revue systématique a examiné l'efficacité de diverses interventions préventives pharmacologique et non pharmacologique (Lee et al., 2022). 2 interventions préventives diminuent significativement la probabilité de développer un délirium à l'urgence chez les personnes âgées et chez les patients ayant une fracture de la hanche : • interventions non pharmacologiques multicomposantes (risque de biais : 2 faibles et 2 élevés) • prise de mélatonine le soir : 0,5mg de mélatonine vs placebo (risque de biais : élevé) 3 interventions préventives n'ont pas donné lieu à une diminution significative de la probabilité de développer un délirium à l'urgence : • prise d'halopéridol 1 mg en prophylaxie chez la population de personnes âgées générale vs placebo (risque de biais : faible) • techniques du bloc du nerf fémoral chez les personnes âgées présentant une fracture de la hanche (risque de biais : élevé) • techniques du bloc facettaire chez les personnes âgées présentant une fracture de la hanche (risque de biais : faible)
ÉNONCÉ DE PREUVE SCIENTIFIQUE	Les guides recommandent : • de mettre en place des interventions préventives non pharmacologiques chez les personnes à risque de développer un délirium • d'établir un plan de prévention qui inclut un ensemble d'interventions préventives non pharmacologiques, en collaboration avec une équipe interdisciplinaire et les membres de la famille ou les proches Selon les revues systématiques consultées, les interventions non pharmacologiques multicomposantes permettent de diminuer significativement le risque d'apparition du délirium chez les personnes âgées à l'urgence.

Les guides recommandent les interventions préventives non pharmacologiques suivantes :

Intervention à favoriser	Exemples
Orientation	• Afficher une horloge et un calendrier • Communiquer clairement pour aider la personne à s'orienter (temps, lieu, personnes) • Se présenter à la personne et expliquer son rôle • Éviter les changements de salle inutile
Mobilisation	• Encourager la personne à bouger ou à marcher • Mettre des aides à la marche à disposition • Éviter les contentions • Éviter les dispositifs médicaux qui peuvent restreindre la mobilité
Douleur	• Évaluer et soulager la douleur
Sommeil	• Réduire le bruit et la lumière durant les heures de sommeil
Fonctions visuelles et auditives	• S'assurer que la personne porte ses prothèses auditives, lunettes ou autre aide sensorielle
Alimentation et hydratation	• S'assurer que la personne mange et s'hydrate régulièrement durant son attente à l'urgence
Élimination	• S'assurer du fonctionnement de la vessie et de l'intestin
Médication	• Effectuer une revue de la médication
Autres	• Éviter les cathéters inutiles • Favoriser la présence de la famille ou de proches

Selon les guides et les revues, les preuves sont insuffisantes pour recommander l'administration de médicaments en prophylaxie (ex. antipsychotique, halopéridol, inhibiteur de cholinestérase) pour prévenir l'apparition du délirium.

Précaution :

Un guide recommande de porter une attention particulière lors de la gestion de l'équilibre hydrique chez les personnes qui présentent des comorbidités (p. ex. insuffisance cardiaque ou maladie rénale chronique).

Évaluation du délirium

GÉNÉRALITÉS – ÉVALUATION	
SYNTHÈSE DES GUIDES	1 guide mentionne que l'évaluation du délirium se fait en 2 étapes : la première comprend l'observation de signes et symptômes du délirium et la deuxième implique de dépister ou diagnostiquer le délirium à l'aide d'outils standardisés ou des critères du DSM (NICE). Il n'y a pas de consensus parmi les guides à propos du groupe de patients qui devrait systématiquement être évalué pour le délirium. 3 guides recommandent que seulement les personnes identifiées comme étant à risque fassent l'objet d'une évaluation pour le délirium à l'aide d'outils standardisés (RNAO, NICE, ASER-POQI). 4 guides recommandent d'évaluer les personnes à risque le plus rapidement possible, au moins une fois par jour ou chaque fois qu'un changement sur le plan cognitif, physique ou comportemental est observé (RNAO, NICE, SIGN, ESA). 2 guides soulignent qu'il est important de porter attention aux changements de comportement qui pourraient indiquer un délirium, en particulier lorsque ces changements sont rapportés par les membres de la famille (RNAO, NICE). 1 guide précise qu'il est important que les changements indiquant un possible délirium soient notés dans le dossier de la personne (NICE). 2 guides recommandent d'évaluer la capacité de la personne à prendre des décisions ainsi qu'à comprendre et à apprécier les informations utiles à la prise de décision (RNAO, SIGN). Si la personne âgée est incapable de prendre certaines décisions, faire appel au mandataire désigné (RNAO) et remplir la documentation appropriée (SIGN).
SYNTHÈSE DES REVUES	Ø
ÉNONCÉ DE PREUVE SCIENTIFIQUE	Il n'y a pas de consensus parmi les guides à propos du groupe de patients qui devrait systématiquement être évalué pour le délirium. Certains guides recommandent que seulement les personnes identifiées comme étant à risque fassent l'objet d'une évaluation pour le délirium. Plusieurs guides recommandent d'évaluer les personnes à risque de délirium le plus rapidement possible, soit au moins une fois par jour ou chaque fois qu'un changement est observé sur le plan cognitif, physique ou comportemental ou rapporté par la famille. 2 guides soulignent l'importance d'évaluer la capacité de la personne à prendre des décisions et à comprendre les informations transmises. Faire appel au mandataire désigné le cas échéant.

SIGNES ET SYMPTÔMES	
SYNTHÈSE DES GUIDES	<u>Quels signes et symptômes rechercher :</u> 6 guides mentionnent que le délirium se présente comme un déclin soudain des fonctions cognitives et de l'attention, et plus particulièrement : (RNAO, NICE, SIGN, AGS, ESA, ASER-POQI) • diminution de la concentration (RNAO, NICE) • réponses lentes (RNAO, NICE) • pensées désorganisées, désorientation, confusion (RNAO, NICE, AGS, ESA) • problèmes de mémoire (RNAO, ESA) • diminution de l'état de conscience (RNAO, AGS, ESA, AER-POQI) Autres symptômes du délirium : • hallucinations visuelles et auditives (RNAO, NICE, SIGN) • changements dans les capacités psychomotrices et les fonctions physiques (ex. diminution de la mobilité et des mouvements, perturbation de l'appétit et du sommeil, agitation) (RNAO, NICE, SIGN, ESA) • changements dans le comportement social : comportement effacé, difficulté à communiquer, sauts d'humeur, manque de coopération (RNAO, NICE) • somnolence (SIGN) Les symptômes varient selon le type de délirium présent : hyperactif, hypoactif ou mixte : (SIGN, AGS, ESA) ➢ Hyperactif : agitation , agressivité, vigilance accrue ➢ Hypoactif : comportement de retrait, ralentissement de l'activité motrice, réponses lentes (NICE) ➢ Mixte : symptômes à la fois hyperactif et hypoactif Il est important de porter une attention particulière aux symptômes du délirium hypoactif puisqu'ils sont souvent moins bien connus et détectables (NICE). <u>Quand rechercher les signes et symptômes et chez qui :</u> 2 guides recommandent de surveiller les signes et symptômes chez les personnes à risque de délirium au moins une fois par jour ou en présence d'un changement dans le comportement (changements au niveau cognitif, perceptuel, physique ou du comportement social) rapporté par un proche ou un professionnel (RNAO, NICE).
SYNTHÈSE DES REVUES	Ø
ÉNONCÉ DE PREUVE SCIENTIFIQUE	Les guides recommandent d'être attentif à l'apparition de signes et symptômes du délirium chez les personnes à risque, sans recommander d'outils spécifiques pour le repérage de ces signes et symptômes. Selon les guides, une apparition soudaine des signes et symptômes suivants peut indiquer la présence d'un délirium : <u>Perturbations de la cognition</u> • diminution de la concentration • réponses lentes • pensées désorganisées • désorientation • propos confus

	• problèmes de mémoire • altération de l'état de conscience <u>Perturbations de la perception</u> • hallucinations visuelles ou auditives <u>Perturbations des fonctions physiques</u> • somnolence • diminution de la mobilité et des mouvements • agitation • perturbation de l'appétit • perturbation du sommeil <u>Perturbations du comportement social</u> • comportement effacé • difficulté à communiquer • sauts d'humeur • manque de coopération Il faut porter une attention particulière aux signes et symptômes du délirium hypoactif puisque ceux-ci passent souvent inaperçus. <u>Chez les personnes à risque de développer un délirium</u>, il est recommandé de surveiller les signes et symptômes au moins une fois par jour ou en présence de changement dans le comportement. Dans le contexte des soins aigus ou de l'urgence, une surveillance plus fréquente pourrait être nécessaire (p. ex. à tous les quarts de travail).
DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL	
SYNTHÈSE DES GUIDES	3 guides recommandent de traiter le délirium en premier lorsque la distinction entre un épisode de délirium et une démence est difficile à faire ou lorsque les deux sont présents (RNAO, NICE, SIGN). 1 guide recommande d'identifier et de distinguer les symptômes de délirium de ceux de la démence ou de la dépression puisque ces conditions sont souvent concomitantes chez les personnes âgées (RNAO). 1 guide précise de porter une attention particulière aux cas de délirium hypoactif, car les symptômes associés peuvent s'apparenter à ceux de la dépression (RNAO).
SYNTHÈSE DES REVUES	∅
ÉNONCÉ DE PREUVE SCIENTIFIQUE	Le délirium peut être difficile à distinguer d'un trouble neurocognitif majeur ou d'une dépression. Dans les cas où la distinction entre un délirium et un trouble neurocognitif majeur est difficile à faire ou lorsque les deux sont présents, mettre en place des interventions pour le délirium en premier. Il faut porter une attention particulière aux signes et symptômes du délirium hypoactif puisque ceux-ci peuvent s'apparenter à ceux de la dépression.

OUTILS DE DÉPISTAGE STANDARDISÉS	
SYNTHÈSE DES GUIDES	6 guides recommandent de dépister la présence de délirium à l'aide d'outils standardisés validés (RNAO, NICE, SIGN, ESA, ASER-POQI, SCCM). 1 guide recommande l'utilisation du 4AT pour dépister la présence du délirium (NICE) et 1 guide le recommande spécifiquement pour le contexte de l'urgence (SIGN). 1 guide mentionne que le CAM est efficace et utilisable dans la majorité des contextes cliniques, mais le temps d'administration est long et peut être moins applicable à l'urgence (RNAO). Autres contextes : • Soins critiques : CAM-ICU (SIGN) • Post-opératoire : CAM, CAM-ICU ou Nu-DESC (ESA, ASER-POQI)
SYNTHÈSE DES REVUES	4 revues systématiques (Calf, 2021, Jayita & Wand, 2015, LaMantia et al., 2014, Mariz et al., 2016) et 1 examen de la portée ont rapporté les outils de dépistage du délirium utilisés à l'urgence (Carpenter et al., 2021). % sensibilité ou spécificité ≤ 60% • DTS • O3DY (version française) • Tablet "serious" game (response time ≥1.88 seconds) • Interactive Computer Tablet (PrEDICT) Serious Game • Bergman-Paris Question • AMT4 (Abbreviated Mental Test – 4)

	- CFS ≥ 5 (Clinical Frailty Scale) - MOYB (6 et 12) (> 0 erreur) "LUNCH" backwards (> 0 erreur) - FAM-CAM	Outils présentant une sensibilité et spécificité ≥ 80%						
		Outils	Nombre d'études	Sensibilité	Spécificité	Fidélité interjuge	Temps	Items
	% sensibilité ou spécificité entre 61% et 79%	4AT	2	76 – 93%	91 – 94%	ND	1-2 min	4
	- mRASS or RASS - SQ patient and surrogate	CAM	3	40 – 94%	95 – 100%	0.91	20 min	9
	4AT (version française) "Nurse Screen" 10-letter vigilance "A" 5 Picture Recognition (≥ 2 erreurs) - NEECHAM - MOYB (6-12)	CAM-ICU	2	72 – 100%	98 – 100%	0.92	2–5 min	4
	% sensibilité et spécificité ≥ 80%	bCAM	2	65 – 84%	94 – 96%	0.88	2 min	4
	4AT - CAM - CAM-ICU - bCAM - modified bCAM - mCAM-ED - DTS, if positive, then bCAM 6CIT (résultat de 13 ou 14) - Tablet "serious" game (response time 1.13 seconds) - Days of week backwards (> 0 erreur)	mbCAM (Vigilance A au lieu MOYB)	1	86%	96%	0.87	ND	4
		mCAM-ED	1	90%	98%	ND	4 – 6 min	4
		DTS, if positive, then bCAM	1	82%	96%	ND	20 sec + 2min	2 + 4
		6CIT (résultat 13 ou 14)	1	83%	87%	ND	2 min*	6
		Tablet "serious" game (response time 1.13 sec.)	1	83%	88%	ND	ND	ND
		Days of week backwards (> 0 erreur)	1	84%	82%	ND	ND	1
		Outils (version française)						
		4AT (version française)	1	84 – 90%	60 – 74%		2 min*	4
		O3DY (version française)	1	84%	58%		< 1 min	4
	Selon 2 études répertoriées dans une revue systématique (LaMantia et al., 2014) :							
	- le dépistage à l'arrivée à l'urgence permet d'identifier les personnes âgées qui se présentent avec un délirium - le dépistage après 3h permet de détecter de nouveaux cas de délirium survenus depuis l'arrivée à l'urgence							

ÉNONCÉ DE PREUVE SCIENTIFIQUE	Les guides recommandent de dépister le délirium à l'aide d'outils standardisés et validés. Deux guides recommandent spécifiquement le 4AT, dont un recommande le 4AT spécifiquement pour l'urgence. Un guide mentionne que le CAM est efficace et utilisable dans la majorité des contextes cliniques, mais le temps d'administration est long et peut être moins applicable à l'urgence. En tenant compte du temps d'administration (< 5 minutes) et de la sensibilité et spécificité des outils standardisés pour dépister le délirium chez les personnes âgées dans le contexte de l'urgence : • les outils dont au moins une étude suggère une sensibilité et une spécificité ≥ 85% : 4AT, CAM-ICU, mbCAM, mCAM-ED • si la sensibilité est privilégiée, les outils dont au moins une étude présente une sensibilité ≥ 90% : 4AT, CAM-ICU, mCAM-ED, 4AT (version française) • si la spécificité est privilégiée, les outils standardisés dont au moins une étude présente une spécificité ≥ 90% : 4AT, CAM-ICU, bCAM, mbCAM, mCAM-ED, DTS+bCAM Considérant les recommandations des guides de pratique clinique et les résultats des revues systématiques retenues, le 4AT offrirait le meilleur compromis entre la spécificité, la sensibilité et l'applicabilité dans un contexte d'urgence. La version canadienne-française du 4AT présente une sensibilité > 80% et une spécificité < 80%. Selon les revues systématiques, le CAM-ICU et le mCAM-ED offriraient aussi un bon compromis entre spécificité et sensibilité dans le contexte de l'urgence, mais les revues systématiques n'ont pas répertorié d'études portant sur une version canadienne-française pour ces deux outils.
DIAGNOSTIC	
SYNTHÈSE DES GUIDES	5 guides recommandent qu'un diagnostic officiel soit réalisé par un professionnel possédant l'expertise nécessaire (p. ex. gériatre, psychiatre) et ce, pour les personnes chez qui un délirium est suspecté (RNAO, NICE, SIGN, ESA, ASER-POQI). 4 guides recommandent que le diagnostic de délirium s'appuie sur les critères du DSM ou de l'ICD-10 (NICE, SIGN, ESA, ASER-POQI). Les deux guides précisent par cependant qu'il n'est pas toujours possible de se fier uniquement à ces critères et que la méthode diagnostique reste à la discrétion du professionnel (NICE, ASER-POQI). 2 guides recommandent que le diagnostic de délirium soit inscrit dans le dossier médical du patient (NICE, SIGN).
SYNTHÈSE DES REVUES	Ø
ÉNONCÉ DE PREUVE SCIENTIFIQUE	Lorsque le résultat du dépistage est positif, il est recommandé qu'un diagnostic officiel soit réalisé par un professionnel possédant l'expertise nécessaire (p. ex. gériatre ou psychiatre). Le diagnostic devrait entre autres s'appuyer sur les critères du DSM-5-TR (ou sur l'ICD-10) et être documenté dans le dossier du patient.

SURVEILLANCE DES SIGNES ET SYMPTÔMES CHEZ LA PERSONNE PRÉSENTANT UN DÉLIRIUM	
SYNTHÈSE DES GUIDES	2 guides recommandent de surveiller les changements dans les symptômes et dans la réponse aux traitements chez les personnes qui ont été diagnostiquées avec un délirium et ce, à l'aide d'observations cliniques et d'outils validés au moins une fois par jour (RNAO, SIGN) 1 guide précise que la surveillance chez les personnes présentant un délirium doit être plus fréquente dans le contexte des soins aigus et recommande une surveillance, à tous les quarts de travail (RNAO).
SYNTHÈSE DES REVUES	∅
ÉNONCÉ DE PREUVE SCIENTIFIQUE	<u>Chez les personnes présentant un délirium</u> , il est recommandé de surveiller les changements au niveau des symptômes et de la réponse aux traitements à l'aide d'observations cliniques et d'outils validés.

Prise en charge de la personne en délirium

GÉNÉRALITÉS – PRISE EN CHARGE	
SYNTHÈSE DES GUIDES	4 guides recommandent d'utiliser et de prioriser les interventions non pharmacologiques (RNAO, SENATOR-ONTOP, NICE, SIGN) 3 guides recommandent d'établir un plan de traitement individualisé (RNAO) comportant un ensemble d'interventions puisqu'une seule intervention n'est souvent pas suffisante (RNAO, SENATOR-ONTOP, AGS). 3 guides recommandent que le plan de traitement soit établi en collaboration avec la personne, la famille, les proches et une équipe interdisciplinaire (RNAO, NICE, AGS) 4 guides recommandent que le plan de traitement comprenne l'identification et le traitement des causes sous-jacentes, c'est-à-dire, cibler les facteurs qui causent le délirium. À noter qu'il y a souvent plusieurs causes au délirium (RNAO, NICE, SIGN, AGS). 1 guide recommande l'utilisation de médication adéquate pour diminuer les symptômes du délirium ou pour réduire la douleur (RNAO). 1 guide recommande d'adopter une méthode de communication efficace et rassurante avec les personnes présentant un délirium (NICE). 1 guide mentionne qu'il est important d'éviter les complications associées au délirium telles que l'immobilité, les chutes, les plaies de pression, la déshydratation, la malnutrition et l'isolement (SIGN).
SYNTHÈSE DES REVUES	Ø
ÉNONCÉ DE PREUVE SCIENTIFIQUE	Chez les personnes présentant un délirium, il est recommandé d'établir un plan de traitement individualisé comportant un ensemble d'interventions : - mettre en place des interventions non pharmacologiques - traiter les causes sous-jacentes - utiliser la médication pour soulager les symptômes du délirium ou pour soulager la douleur. Le plan de traitement devrait être établi en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire ainsi que la famille ou les proches. Il est recommandé d'adopter une méthode de communication efficace et rassurante avec les personnes présentant un délirium. Il est important d'éviter les complications associées au délirium telles que l'immobilité, les chutes, les plaies de pression, la déshydratation, la malnutrition et l'isolement.
CAUSES SOUS-JACENTES AU DÉLIRIUM À RECHERCHER	
SYNTHÈSE DES GUIDES	4 guides recommandent de rechercher et traiter la ou les causes sous-jacentes au délirium (RNAO, NICE, SIGN, AGS). 2 guides énumèrent également les causes possibles du délirium (SIGN, AGS) : - condition/maladie sévère (accident vasculaire cérébral, hémorragie sous-durale, état épileptique non convulsif, méningite, encéphalite, septicémie) (SIGN) - infection (SIGN, AGS) - médication : nouveau médicament ou retrait d'un médicament, médicament à effet psychoactif (SIGN, AGS) - déséquilibre métabolique (FBC, U&E, Ca, LFTs, CRP, Mg, Glucose) (SIGN, AGS)

	• intoxication ou sevrage d'un médicament ou d'une drogue (SIGN) • niveau bas; d'oxygène (hypoxie), de glucose (hypoglycémie), pression artérielle (SIGN) • douleur (SIGN) • déshydratation, une constipation, une rétention urinaire (SIGN)
SYNTHÈSE DES REVUES	Ø
ÉNONCÉ DE PREUVE SCIENTIFIQUE	Liste non exhaustive des causes possibles : • condition ou une maladie sévère (p. ex. : accident vasculaire cérébral, hémorragie sous-durale, état épileptique non convulsif, méningite, encéphalite, septicémie) • infection • médication : nouveau médicament ou retrait d'un médicament, médicament à effet psychoactif • déséquilibre métabolique (FBC, U&E, Ca, LFTs, CRP, Mg, Glucose) • intoxication ou sevrage d'un médicament ou d'une drogue • niveau bas d'oxygène (hypoxie), de glucose (hypoglycémie), pression sanguine • douleur • déshydratation, une constipation, une rétention urinaire
ÉVALUATIONS COMPLÉMENTAIRES ET EXAMENS MÉDICAUX À RÉALISER	
SYNTHÈSE DES GUIDES	3 guides recommandent des évaluations complémentaires et les examens médicaux suivants afin d'identifier les causes possibles du délirium : (RNAO, SIGN, AGS) • Vérification des antécédents et l'historique de la personne (en collaboration avec les proches) (RNAO, SIGN) • Revue de la médication (RNAO, AGS) • Évaluation du niveau de douleur (RNAO, SIGN) • Examen physique (p. ex. examen neurologique, évaluation de la parole, niveau de vigilance) et psychologique (p. ex. mémoire, humeur, perception) (RNAO, SIGN) • Test de laboratoire (RNAO); prise de sang et test d'urine; vérification de la présence de déséquilibre métabolique (SIGN, AGS) • Vérification de la présence d'une infection et des signes de septicémie (AGS) • Imagerie (RNAO) et, dans certaines conditions, une tomodensitométrie et imagerie par résonance magnétique (IRM) (SIGN, AGS) 2 guides mentionnent toutefois que la tomodensitométrie et l'IRM doivent être réservées à certaines circonstances seulement (ex. lorsqu'aucune cause n'est trouvée) et non utilisées comme un test de routine (SIGN, AGS). 1 guide recommande une tomodensitométrie dans les cas suivants : nouveaux signes neurologiques focaux, un historique de chutes récentes, une blessure à la tête, un traitement anticoagulant (SIGN). • Une ponction lombaire ne devrait pas être faite de routine vu les risques associés (SIGN, AGS) • D'autres types d'examens : un électroencéphalogramme, un électrocardiogramme, des rayons X, oxymétrie pour vérifier le taux d'oxygène, ultrason pour détecter de la rétention urinaire (SIGN)

SYNTHÈSE DES REVUES	Les résultats d'une méta-analyse examinant le rendement diagnostique de la tomодensitométrie cérébrale suggèrent qu'un résultat anormal est observé chez 10,16% à 10,86% des personnes présentant un délirium ou un état mental altéré à l'urgence. Ce pourcentage augmente à 18,95% lorsque les personnes ayant un état mental altéré présentent aussi des déficits neurologiques focaux (Akhtar et al., 2022). L'hétérogénéité est cependant élevée. Les résultats d'une autre méta-analyse suggèrent que les probabilités d'obtenir un résultat positif à la tomодensitométrie cérébrale ne sont pas plus élevées chez les personnes présentant un délirium que chez les personnes ne présentant pas de délirium puisque la valeur nulle de 1 se retrouve dans l'intervalle de confiance (Lee et al., 2023). Cette méta-analyse se base sur seulement deux études présentant une grande hétérogénéité.
ÉNONCÉ DE PREUVE SCIENTIFIQUE	En présence de délirium, il est recommandé de procéder aux évaluations complémentaires et examens médicaux suivants afin d'identifier les causes possibles du délirium : ➤ Examen physique : • effectuer un examen neurologique • évaluer le langage • évaluer le niveau de conscience • évaluer la douleur • effectuer un ultrason pour détecter une rétention urinaire • vérifier la saturation en oxygène • évaluer la présence d'une infection et les signes de septicémie ➤ Examen psychologique : • évaluer la mémoire • évaluer l'humeur • évaluer la perception ➤ Procéder à une revue de la médication ➤ Procéder à des tests de laboratoire (prise de sang et test d'urine) et vérifier la présence de déséquilibre métabolique. ➤ L'imagerie de routine en présence de délirium n'est pas recommandée. Procéder à une tomодensitométrie ou imagerie par résonance magnétique dans les cas suivants : • présence de nouveaux signes neurologiques focaux • un historique de chutes récentes • une blessure à la tête • un traitement anticoagulant. ➤ La ponction lombaire de routine n'est pas recommandée. D'autres types d'examens mentionnés dans un seul guide : électroencéphalogramme, un électrocardiogramme, des rayons X

APPROCHE NON PHARMACOLOGIQUE	
SYNTHÈSE DES GUIDES	6 guides recommandent des interventions non pharmacologiques pour réduire le délirium, dont voici les principales: • Offrir un environnement de soins adapté : p. ex., réduire le bruit, s'assurer d'une lumière adéquate et d'une signalisation claire, mettre une horloge et un calendrier à disposition de la personne (RNAO, NICE, SIGN, AGS, ESA, SCCM) • Orienter la personne : p. ex., expliquer à la personne où elle est, le jour et la date, le professionnel se présente et explique son rôle. La présence de visages familiers aide à orienter la personne qui fait un délirium (NICE, AGS, ESA, SCCM) • Promouvoir la mobilisation des personnes (RNAO, AGS, ESA, SCCM) • Favoriser le sommeil (RNAO, SIGN, AGS, SCCM) • Réduire les déficiences auditives et/ou visuelles (s'assurer de l'utilisation d'appareils tels que des prothèses auditives ou des lunettes de vue) (AGS, SCCM) • Maintien de la nutrition et de l'hydratation (AGS) • Activités thérapeutiques ou de stimulation cognitive (AGS, SCCM) • Optimiser la physiologie et gérer les conditions concomitantes (SIGN) 1 guide ne recommande pas l'utilisation de la luminothérapie pour réduire le délirium (SCCM). 1 guide d'utiliser en premier lieu des techniques de dé-escalade verbales et non-verbales lorsqu'une personne en délirium est en détresse et pose un risque pour elle-même ou les autres (NICE). 2 guides recommandent d'éviter les mesures de contention et d'utiliser les mesures de contention en dernier recours seulement. (RNAO, AGS). Lorsque ces mesures sont nécessaires (p. ex., lors de risque d'extubation ou lorsque l'agitation est potentiellement dangereuse pour la personne ou pour les autres), l'approche de la moindre contrainte doit être privilégiée. Les professionnels doivent documenter la mesure de contention, faire le suivi et procéder à la ré-évaluation de la mesure. La personne et les familles doivent être informées et réassurées quant à l'usage des mesures de contention (RNAO).
SYNTHÈSE DES REVUES	Selon une étude répertoriée dans une revue systématique, la pose d'une sonde urinaire à l'urgence est significativement associée à une augmentation de la durée du délirium (Lee et al., 2022)
ÉNONCÉ DE PREUVE SCIENTIFIQUE	Les principales interventions non pharmacologiques recommandées sont : • Offrir un environnement de soins adapté : horloge, calendrier, réduire le bruit • Orienter la personne (temps, lieu, personne): se présenter et expliquer son rôle • Promouvoir la mobilisation • Favoriser le sommeil • S'assurer de l'utilisation d'appareils tels que des prothèses auditives ou des lunettes • Maintenir la nutrition et l'hydratation • Éviter ou retirer les sondes urinaires non nécessaires Lorsqu'une personne en délirium est en détresse et pose un risque pour elle-même ou les autres, utiliser en premier lieu des techniques de dé-escalade verbales et non verbales. Il est recommandé d'éviter les mesures de contention et de les utiliser en dernier recours seulement (p. ex., lors de risque d'extubation ou lorsque l'agitation est potentiellement dangereuse pour la personne ou pour les autres) : • L'approche de la moindre contrainte doit être privilégiée.

	- Les professionnels doivent documenter la mesure de contention, faire le suivi et procéder à la ré-évaluation de la mesure. - La personne et les familles doivent être informées et réassurées quant à l'usage des mesures de contention.
APPROCHE PHARMACOLOGIQUE	
SYNTHÈSE DES GUIDES	Aucun médicament n'est recommandé pour le traitement curatif du délirium. 3 guides mentionnent qu'il y a peu d'évidence qui supporte l'utilisation d'agents pharmacologiques pour le traitement du délirium (NICE, SIGN, AGS) 6 guides recommandent l'utilisation de médicaments pour traiter certains symptômes de détresse induits par le délirium : - utilisation à court terme d'halopéridol ou d'un antipsychotique atypique jusqu'à ce que les symptômes disparaissent (NICE, AGS, SCCM) - utilisation de la dose efficace la plus faible d'halopéridol ou d'un antipsychotique atypique pour traiter les symptômes de détresse associés au délirium (RNAO, NICE, SIGN, AGS, ESA) - Halopéridol 0.5-1mg oral (max 2mg/24h) (SIGN) - Halopéridol 0.5mg intramusculaire (max 2mg/24h) (SIGN) - Faible dose d'antipsychotique atypique (p. ex. Risperidone 0.25 mg/jour, maximum 1mg/24h (SIGN) - Dans les cas où les antipsychotiques sont contre-indiqués (p.ex. : maladie de Parkinson ou à corps de Lewy) (NICE), les médicaments suivants peuvent être considérés : Lorazepam 0.5-1mg oral (max 2mg/24 h); Midazolam 2.5mg intramusculaire (max 7.5mg/24 h) (SIGN) 5 guides recommandent d'utiliser les antipsychotiques dans les situations suivantes : - Chez les patients qui éprouvent une détresse importante induite par le délirium tel que l'anxiété, la peur, les hallucinations ou les idées délirantes, ou chez les patients qui sont très agités (RNAO, NICE, SIGN, AGS, SCCM) - Lorsqu'une personne en délirium pose un risque pour elle-même ou les autres (NICE, SIGN, AGS, SCCM) - Lorsque les interventions non pharmacologiques et les techniques de dé-escalade n'ont pas fonctionné (RNAO, NICE, AGS) 1 guide recommande de ne pas systématiquement utiliser l'halopéridol, un antipsychotique atypique ou un inhibiteur de la HMG-CoA réductase pour traiter le délirium (SCCM) 1 guide recommande de ne pas prescrire d'inhibiteurs de la cholinestérase à des personnes âgées pour traiter le délirium (AGS) et un autre mentionne qu'il n'y a pas assez d'évidence pour le recommander (SIGN). 1 guide recommande de ne pas utiliser les benzodiazépines comme traitement de première intention pour le délirium (AGS) 1 guide mentionne également que l'utilisation d'analgésique pour contrôler la douleur peut parfois être nécessaire puisque la douleur contribue au délirium (RNAO). 2 guides recommandent de ré-évaluer sur une base quotidienne la pertinence du traitement pharmacologique (AGS, SIGN). 3 guides recommandent de surveiller, optimiser, réduire et documenter l'utilisation ainsi que les effets des médicaments, en accordant une attention particulière aux médicaments présentant un risque accru pour les personnes âgées et d'être attentif à la polypharmacie (RNAO, SIGN, AGS). <u>Précautions :</u> 1 guide recommande de tenir compte des avis des agences réglementaires au sujet des risques reliés à l'utilisation de l'halopéridol pour le traitement du délirium, y compris les risques d'effets secondaires cardiaques et neurologiques (en particulier chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson ou de démence à corps de Lewy) (NICE).

SYNTHÈSE DES REVUES	Selon une étude répertoriée dans un examen de la portée, la prise de Blonanserin diminue la sévérité du délirium (étude réalisée auprès de 9 personnes âgées à l'urgence) (Carpenter et al., 2021).
ÉNONCÉ DE PREUVE SCIENTIFIQUE	Aucun médicament n'est recommandé pour le traitement curatif du délirium. Les guides recommandent d'utiliser des antipsychotiques pour traiter certains symptômes de détresse induits par le délirium seulement dans les situations suivantes : • Chez les patients qui éprouvent une détresse importante induite par le délirium tel que l'anxiété, la peur, les hallucinations ou les idées délirantes ou chez les patients qui sont très agités. • Lorsqu'une personne en délirium pose un risque pour elle-même ou les autres • Lorsque les interventions non pharmacologiques et les techniques de désescalade n'ont pas fonctionné Les guides recommandent les types d'antipsychotiques et les dosages suivants : • utilisation à court terme d'halopéridol ou d'un antipsychotique atypique • utilisation de la dose efficace la plus faible d'halopéridol ou d'un antipsychotique atypique ○ Halopéridol 0.125-0.25mg ○ Halopéridol 0.5-1mg oral (max 2mg/24h) ○ Haloperidol 0.5mg intra-musculaire (max 2mg/24h) ○ Faible dose d'antipsychotique atypique (p. ex. Risperidone 0.25 mg/jour, maximum 1mg/24h) • Arrêter l'halopéridol ou l'antipsychotique atypique dès la disparition des symptômes de détresse • Dans les cas où les antipsychotiques sont contre-indiqués (p.ex. : maladie de Parkinson ou à corps de Lewy), les médicaments suivants peuvent être considérés ○ Lorazepam 0.5-1mg oral (max 2mg/24 h) ○ Midazolam 2.5mg intramusculaires (max 7.5mg/24 h). Il est recommandé de surveiller, optimiser, réduire et documenter l'utilisation ainsi que les effets des médicaments, en accordant une attention particulière aux médicaments présentant un risque accru pour les personnes âgées et d'être attentif à la polypharmacie. <u>Précaution lors d'interventions pharmacologiques :</u> • Un guide recommande de tenir compte des risques reliés à l'utilisation de l'halopéridol pour le traitement des symptômes induits par le délirium, y compris les risques d'effets secondaires cardiaques et neurologiques (en particulier chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson ou de démence à corps de Lewy).

Implication de l'équipe interdisciplinaire, de la personne âgée et des personnes proches aidantes

IMPLICATIONS DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE	
SYNTHÈSE DES GUIDES	3 guides recommandent que le plan de prévention ou de traitement pour les personnes à risque de délirium soit assuré par une équipe de soins interdisciplinaire formée et compétente en matière de gestion du délirium (SENATOR-ONTOP, NICE, AGS) 2 guides recommandent de référer à un spécialiste avec compétence en gestion de délirium lorsque la personne est suspectée de faire un épisode de délirium (RNAO) ou en cas d'échec du traitement chez la personne qui fait un épisode de délirium (SIGN) 1 guide précise que l'équipe interdisciplinaire devrait être composée minimalement de médecins, infirmiers ou infirmières et au moins un membre ayant reçu une formation sur la gestion du délirium. De plus, l'équipe peut aussi inclure des pharmaciens, des travailleurs sociaux et autres professionnels (AGS).
SYNTHÈSE DES REVUES	∅
ÉNONCÉ DE PREUVE SCIENTIFIQUE	Le plan de prévention et le plan de traitement devraient être établis et assurés par une équipe interdisciplinaire formée et compétente en matière de gestion du délirium. Cette équipe devrait minimalement être composée de médecins, d'infirmiers/infirmières et d'au moins un membre ayant reçu une formation sur la gestion du délirium.
IMPLICATION/ÉDUCATION DE LA PERSONNE ÂGÉE ET DES PERSONNES PROCHES AIDANTES	
SYNTHÈSE DES GUIDES	2 guides recommandent de veiller à ce que l'information transmise corresponde aux particularités linguistiques, culturelles, cognitives de la personne et de la famille (RNAO, NICE) et d'adapter l'information selon les besoins et les capacités du patient (RNAO, ASER-POQI) <u>Lorsqu'une personne est identifiée à risque :</u> 1 guide mentionne que la personne à risque de délirium qui est confuse n'est peut-être pas en mesure de fournir toute l'information clinique nécessaire et que l'implication de l'accompagnateur dans l'anamnèse du patient devrait alors être envisagée (SIGN). Certains guides recommandent d'éduquer et de donner de l'information à propos : • du délirium (facteurs de risque, signes et symptômes, le délirium est commun et temporaire) (RNAO, NICE, SIGN, AGS, ESA, ASER-POQI) • des interventions de prévention (RNAO) 3 guides recommandent l'implication des membres de la famille dans le plan de prévention non pharmacologique (p. ex. réorientation) chez les personnes à risque de développer un délirium (RNAO, SENATOR-ONTOP, SIGN). 1 guide recommande de ne pas donner de l'information sur le délirium à toutes les personnes qui se présentent à l'hôpital, car cela pourrait inquiéter indûment les personnes qui ne sont pas à risque. Le NICE recommande donc de donner de l'information seulement aux personnes à risque ou diagnostiquées avec le délirium et à leurs proches (NICE).

	<u>Lorsqu'une personne présente un délirium :</u> 1 guide recommande qu'en cas de diagnostic positif, le patient et la famille soient informés du diagnostic (SIGN). Certains guides recommandent d'éduquer et de donner de l'information à propos : • des traitements (RNAO, SIGN) • du soutien disponible après la sortie de l'hôpital afin d'assurer la continuité des soins (SIGN, ESA) 2 guides recommandent l'implication des membres de la famille dans le plan d'intervention non pharmacologique chez les personnes qui font un épisode de délirium (RNAO, SIGN).
SYNTHÈSE DES REVUES	∅
ÉNONCÉ DE PREUVE SCIENTIFIQUE	Il est recommandé de s'assurer que l'information soit adaptée aux particularités linguistiques, culturelles et cognitives de la personne et de sa famille ou ses proches. <u>Lorsqu'une personne est identifiée à risque :</u> Certains guides recommandent d'éduquer et de donner de l'information à propos : • du délirium (facteurs de risque, signes, symptômes, le délirium est commun et temporaire) • des interventions de prévention Certains guides recommandent l'implication des membres de la famille dans le plan de prévention non pharmacologique chez les personnes à risque de développer un délirium. <u>Lorsqu'une personne présente un délirium :</u> Un guide recommande qu'en cas de diagnostic positif, le patient et la famille soient informés du diagnostic. Certains guides recommandent d'éduquer et de donner de l'information à propos : • des traitements • du soutien disponible après la sortie de l'hôpital afin d'assurer la continuité des soins Certains guides recommandent l'implication des membres de la famille dans le plan d'intervention non pharmacologique chez les personnes qui font un épisode de délirium.

Congé et suivi

SUIVI À LA SUITE D'UN ÉPISODE DE DÉLIRIUM	
SYNTHÈSE DES GUIDES	2 guides recommandent un rendez-vous de suivi avec un spécialiste (p. ex. en gériatrie) si le délirium n'est pas résolu au congé de l'hôpital (RNAO, SIGN). 1 guide recommande qu'une évaluation cognitive et fonctionnelle soit considérée lors du suivi (SIGN). 1 guide recommande aussi que tous les patients ayant fait un épisode de délirium soient suivis par l'équipe professionnelle de première ligne (SIGN). 1 guide recommande de documenter le diagnostic de délirium dans le dossier du patient, dans les documents de transfert ou dans la note de congé le cas échéant (SIGN). <u>Précaution</u> 1 guide mentionne que les patients qui commencent un traitement avec un antipsychotique pour traiter les symptômes du délirium durant l'hospitalisation poursuivent souvent inutilement le traitement après leur sortie. L'exposition continue aux antipsychotiques peut entraîner une morbidité et un coût financier important (SCCM).
SYNTHÈSE DES REVUES	Ø
ÉNONCÉ DE PREUVE SCIENTIFIQUE	Certains guides recommandent qu'un suivi par un spécialiste ou une équipe professionnelle soit planifié suivant le congé hospitalier de la personne qui a fait un épisode de délirium. Le suivi devrait comprendre une évaluation cognitive et fonctionnelle. Le diagnostic de délirium devrait être documenté dans le dossier du patient ainsi que dans les documents de transferts. Un guide recommande de s'assurer que les patients qui débutent un traitement avec un antipsychotique ne poursuivent pas ce traitement inutilement après la disparition des symptômes ou à la sortie.

Synthèses des données issues des revues systématiques portant spécifiquement sur la médication et le délirium

MÉDICAMENTS À RISQUE DE PRÉCIPITER LE DÉLIRIUM À RECHERCHER ET À ÉVITER	
SYNTHÈSE DES DONNÉES SCIENTIFIQUES	Les résultats extraits d'un guide et des revues sont parfois divergents en ce qui a trait aux médicaments à risque de précipiter un délirium qui sont à éviter. Une grande hétérogénéité de populations (p. ex. : présence ou non de trouble neurocognitif) et de contextes de soins (p. ex. : soins intensifs, chirurgie) est observée dans les revues. La qualité méthodologique des études incluses dans les revues ainsi que le niveau de preuve est aussi généralement faible ou très faible. De plus, les preuves scientifiques (p. ex. : liste des études incluses, tableaux d'extraction) sur lesquelles s'appuient les recommandations du guide de l'AGS (critères de Beers) ne sont pas disponibles.
	<u>Selon le guide AGS-2023</u> Liste des médicaments à proscrire et qui sont à risque de causer un délirium selon les critères de BEERS 2023 • Antipsychotiques Éviter, sauf pour certaines indications telles que la schizophrénie, le trouble bipolaire, la psychose de la maladie de Parkinson. ▪ Aripiprazole ▪ Haloperidol ▪ Olanzapine ▪ Quetiapine ▪ Risperidone • Médicaments ayant un effet anticholinergique élevé : L'utilisation de plusieurs médicaments ayant des propriétés anticholinergiques augmente le risque de délirium. ▪ Antihistaminiques de première génération ▪ Antidépresseurs ▪ Antiparkinsoniens (Benztropine (oral), Trihexyphenidyl) ▪ Antiémétiques ▪ Antimuscariniques urinaires ▪ Antispasmodiques ▪ Relaxants musculaires • Benzodiazépines Éviter les benzodiazépines sauf dans les cas de sevrage des benzodiazépines, de sevrage d'alcool et de trouble anxieux généralisé sévère • Opioïdes • Mépéridine (le plus à risque) • Corticostéroïdes (oraux et parentéraux) • Antagonistes des récepteurs H2 ▪ Cimetidine ▪ Famotidine

	▪ Nizatidine • Hypnotiques non-benzodiazépines ▪ Eszopiclone ▪ Zaleplon ▪ Zolpidem <u>Selon les revues :</u> La prise de ces médicaments n'augmente pas significativement le risque de délirium chez les personnes âgées (Niveau d'évidence haut à modéré) (Reisinger-2023) • Antipsychotiques (halopéridol, Olanzapine) • Corticostéroïdes • Kétamine La prise de ces médicaments augmente significativement le risque de délirium chez les personnes âgées (Niveau d'évidence faible) (Reisinger-2023) • Anticholinergique (surtout PHC [penehyclidine hydrochloride]) (low) Aucune conclusion pour les autres médicaments p. ex. (qualité de preuve insuffisante (very low) pour permettre de tirer des conclusions) (Reisinger-2023) • Antidépresseurs • Antiparkinsoniens • Benzodiazépines (midazolam, lorazepam) • H1 -Antihistaminiques • Polypharmacie Selon 2 revues il n'y aurait pas d'association significative entre les opioïdes de façon générale et le délirium (Reisinger, 2023). Par contre, certains opioïdes en particulier sont associés à un risque plus élevé de délirium : mépéridine et tramadol (qualité de la preuve très faible et qualité méthodologique faible) (Reisinger, 2023) (Swart-2017)
INFORMATION CONTEXTUELLE	<u>RUSHGQ (critères de BEERS-2019) :</u> • Antagonistes des récepteurs H2 (ex: ranitidine, famotidine) • Anticholinergiques (ex: antihistaminiques de 1ère génération, antimuscariniques urinaires, antidépresseurs tricycliques, paroxétine, relaxants musculaires, antispasmodiques) • Antimicrobiens (dont l'ertapénem) • Antiparkinsoniens (dont les anticholinergiques) • Barbituriques • Benzodiazépines • Corticostéroïdes • Digoxine • Opioïde (tous, mais le plus à risque est la mépéridine) • Zolpidem, zopiclone, eszopiclone

	CHUS MÉDICAMENTS À ÉVITER OU À RÉDUIRE EN PRÉSENCE DE DÉLIRIUM* AGENTS CARDIOVASCULAIRES Digoxine (Lanoxin®, Toloxin®) ANTICONSULSIVANTS ANTIDÉPRESSEURS Amitriptyline (Elavil®) Clomipramine (Anafranil®) Désipramine (Norpramin®) Duloxétine (Cymbalta®) Fluoxétine (Prozac®) Nortriptyline (Aventyl®) Paroxétine (Paxil®) ANTIDIARRHÉIQUES Atropine-diphenoxylate (Lomotil®) Lopéramide (Imodium®) ANTIÉMÉTIQUES Dimenhhydrinate (Gravol®) Metoclopramide (Maxeran®) Prochlorpérazine (Stemetil®) ANTIHISTAMINIQUES Cétirizine (Réactine®) Diphenhydramine (Benadryl®) Hydroxyzine (Atarax®) Loratadine (Claritin®) Prométhazine (Phenergan®) Ranitidine (Zantac®) ANTIMUSCARINIQUES URINAIRES Fésotérodine (Toviaz®) Oxybutynine (Ditropan®) Solifénacine (Vesicare®) Toltérodine (Detrol®) Trospium (Trosec®) ANTIPARKINSONIENS Amantadine (Symmetrel®) Benztropine (Cogentin®) Pramipexole (Mirapex®) Procyclidine (Kemadrin®) Trihexyphénidyl (Artane®) ANTISPASMODIQUES Dicyclomine (Bentylol®) Glycopyrrolate (Robinul®) Scopolamine (Hyoscine ou Buscopan®) BARBITURIQUES BENZODIAZÉPINES CORTICOSTÉROÏDES LITHIUM NARCOTIQUES (autres) • Codéine • Hydromorphone (Dilaudid®, Hydromorph Contin®) • Morphine (Kadian®, M-Eslon®, MS Contin®, Statex®) • Oxycodone (Supeudol®, OxyContin®) • Tramadol RELAXANTS MUSCULAIRES Baclofène (Lioresal®) Cyclobenzaprine (Flexeril®) Orphénadrine (Norflex®) Tizanidine (Zanaflex®)
ÉNONCÉ DE PREUVE	Section facteurs de risque du guide : Autres facteurs de risque : • prise de médicaments pouvant précipiter le délirium Tableau des médicaments pouvant précipiter le délirium (critères de BEERS 2023) MÉDICAMENTS POUVANT PRÉCIPITER LE DÉLIRIUM Antipsychotiques * ▪ Aripiprazole ▪ Haloperidol ▪ Olanzapine ▪ Quetiapine ▪ Risperidone Médicament ayant un effet anticholinergique élevé : ▪ Antihistaminiques de première génération ▪ Antidépresseurs ▪ Antiparkinsoniens (Benztropine oral, Trihexyphénidyl) ▪ Antiémétiques ▪ Antimuscariniques urinaires ▪ Antispasmodiques ▪ Relaxants musculaires Benzodiazépines † Opioides ▪ Mépéridine Corticostéroïdes Antagonistes des récepteurs H2 ▪ Cimetidine ▪ Famotidine ▪ Nizatidine Hypnotiques non-benzodiazépines ▪ Eszopiclone ▪ Zaleplon ▪ Zolpidem

UTILISATION DES ANTIYPYSYCHOTIQUES EN PRÉSENCE DE DÉLIRIUM

SYNTHÈSE DES DONNÉES SCIENTIFIQUES

Selon le guide AGS-2023 :

Les antipsychotiques sont à éviter chez les personnes âgées en délirium sauf dans les situations où les interventions non pharmacologiques ont échoué ou si la personne présente un risque pour elle-même ou pour les autres. Si les antipsychotiques sont utilisés, prescrire seulement pour une courte période et utiliser la plus faible dose efficace possible. Les antipsychotiques sont associés à un risque accru de déclin cognitif et de mortalité chez les personnes qui présentent des troubles neurocognitifs majeurs.

Selon les revues :

Il existe peu d'études de bonne qualité portant sur l'efficacité des traitements pharmacologiques afin d'atténuer les symptômes ou la durée du délirium (peu d'études, petit nombre de sujets, absence d'essai contrôlé par placebo).

Les résultats des RS concernant l'effet des antipsychotiques sur le délirium sont mitigés et contradictoires :

- 1 RS (Cerveira-2017) conclut que l'utilisation des antipsychotiques a un effet bénéfique sur la sévérité, la durée du délirium, et la durée du séjour à l'hôpital.
 - Rivastigmine, olanzapine, droperidol, halopéridol
- 1 RS (Oh-2017) met en évidence que la plupart des études ne montrent pas de bénéfice à la prise d'antipsychotiques quant à la réduction de la durée ou de la sévérité du délirium.
 - La RS montre une efficacité similaire entre l'halopéridol, la rispéridone, l'olanzapine et la quétiapine.

INFORMATION CONTEXTUELLE

Les recommandations suivantes relatives aux doses d'antipsychotiques à administrer en cas de détresse induite par le délirium ont été recensées dans des outils cliniques québécois.

Ordonnance du CHUM :

- **Halopéridol** 0.5mg per os ou SC ou IM (q 30 min; max 4 doses par 24h)
- *Aviser le médecin si les symptômes de détresse persistent 30 minutes après la 4e dose d'halopéridol*
- **Risperidone** 0.25mg BID régulier x 3 j

Ordonnance du CISSS Chaudière-Appalache :

- **Halopéridol** 0.25 mg per os ou SC (q 1h; max 3 doses par 24h)
- **Halopéridol** 0.5mg per os ou SC (q 1h; max 3 doses par 24h)

Guide du groupe RUSHGQ :

- **Halopéridol** 0.25 – 1mg per os BID (max 2-4 mg)
- **Halopéridol** 0.25-1 mg SC ou IM (q 1h; max 2 à 4mg) PRN
- **Risperidone** 0.25mg per os HS à BID (max 2mg)

Ordonnance CHUS

- **Haloperidol** 0,5 mg q4h PRN (max. 3 doses/24 h) PO ou IM ou SC

ÉNONCÉ DE PREUVE	Utiliser des antipsychotiques à court terme seulement chez les patients qui éprouvent une détresse importante induite par le délirium tel qu'une anxiété ou une peur importante, des hallucinations ou des idées délirantes ou une agitation importante.				
	Éviter les benzodiazépines, sauf si la personne âgée est en sevrage d'alcool ou lors de prise chronique de benzodiazépines.				
	Antipsychotique	Posologie	Posologie maximale	Fréquence	Durée recommandée
	Au besoin				
	Halopéridol	La dose efficace la plus faible 0.25 - 0,5 mg PO, SC ou IM	Maximum 4 doses (2 mg) / 24h)	q30-60 minutes	s.o.
	Régulier				
	Risperidone	0.25 mg	s.o.	ID à BID régulier	3 jours et réévaluer
Aviser le médecin si les symptômes de détresse persistent 30 minutes après la 4e dose d'halopéridol.					
Cesser l'antipsychotique dès la disparition des symptômes de détresse.					
UTILISATION DES ANTI-PSYCHOTIQUES EN PRÉSENCE DE DÉLIRIUM – PRÉCAUTION PARKINSON, DÉMENCE À CORPS DE LEWY ET SEVRAGE D'ALCOOL					
SYNTHÈSE DES DONNÉES SCIENTIFIQUES	Selon le guide AGS-2023 : Les antipsychotiques sont à éviter dans les cas de maladie de Parkinson. La clozapine, la pimavansérine et la quétiapine semblent cependant les moins susceptibles de précipiter l'aggravation de la maladie de Parkinson que les autres antipsychotiques.				
INFORMATION CONTEXTUELLE	Ordonnance du CHUM : • Cesser halopéridol • Cesser risperidone • Quétiapine 12.5mg per os BID régulier • Quétiapine 12.5mg per os TID PRN <i>*Éviter benzodiazépines</i> Ordonnance du CISSS Chaudière-Appalache : • Quétiapine 12.5mg per os q 3h PRN (max 3 doses par 24h) <i>*Éviter halopéridol, risperidone et olanzapine</i> Ordonnance CHUS • Quétiapine 12,5 mg PO x 1 dose <i>favoriser quétiapine si voie PO possible</i>				

ÉNONCÉ DE PREUVE	! Éviter les benzodiazépines, sauf si la personne âgée est en sevrage d'alcool ou lors de prise chronique de benzodiazépines.			
	! Les antipsychotiques (halopéridol et rispéridone) sont à éviter dans les cas de maladies de Parkinson.			
	Antipsychotique	Posologie	Posologie maximale	Fréquence
	Durée recommandée			
	Maladie de Parkinson et démence à corps de Lewy			
	Quétiapine	12.5mg per os	s.o.	BID <u>régulier</u>
3-5 jours				
	Sevrage alcool ou prise chronique de benzodiazépines			
	Lorazepam	0,5-1 mg PO, SL,SC ou IM	Maximum 4 doses (2 mg) /24h)	q30-60 minutes <u>au besoin</u>
s.o.				

ANNEXE H

Résultats du sondage auprès des futurs utilisateurs de l'outil d'aide à la prise en charge et de l'aide-mémoire

Au total, quinze futurs utilisateurs ont accepté de répondre au questionnaire pour ce projet. Ils ont tous rempli le questionnaire au complet, il n'y avait donc aucune donnée manquante.

Q1. Le contenu de l'outil est pertinent à ma pratique (adapté à ma réalité et mes besoins au quotidien).

	Totalement en accord	8
	Plutôt en accord	6
	Plutôt en désaccord	1
	Totalement en désaccord	0



Q2. Les informations présentées dans l'outil sont claires et faciles à comprendre :

	Totalement en accord	11
	Plutôt en accord	4
	Plutôt en désaccord	0
	Totalement en désaccord	0



Q3. L'outil contient assez d'informations pour me guider dans la marche à suivre pour la prévention et l'évaluation du délirium ainsi que la prise en charge de la personne âgée en délirium à l'urgence :

	Totalement en accord	9
	Plutôt en accord	6
	Plutôt en désaccord	0
	Totalement en désaccord	0



Q4. Certaines améliorations sont nécessaires à l'outil pour qu'il soit applicable dans ma pratique.

● Totalelement en accord	1
● Plutôt en accord	3
● Plutôt en désaccord	6
● Totalelement en désaccord	5



Q5. Les sections dans l'outil (prévention, évaluation, prise en charge, suivi) regroupent bien les informations d'un même aspect et facilitent le repérage d'information :

● Totalelement en accord	11
● Plutôt en accord	4
● Plutôt en désaccord	0
● Totalelement en désaccord	0

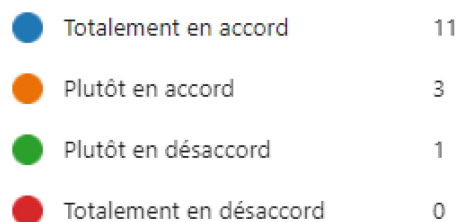


Q6. Les exemples d'interventions non pharmacologiques à la page 4 sont clairs et applicables dans mon milieu de pratique :

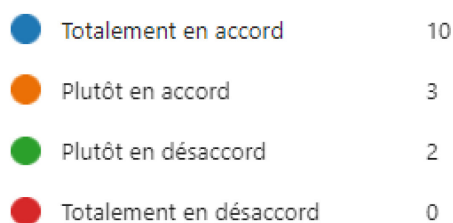
● Totalelement en accord	9
● Plutôt en accord	4
● Plutôt en désaccord	2
● Totalelement en désaccord	0



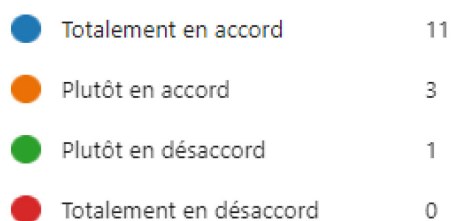
Q7. Les consignes de l'outil de dépistage 4AT (tel que présenté en annexe) sont assez claires pour me permettre d'utiliser cet outil dans ma pratique :



Q8. Tous les éléments essentiels à ma démarche clinique se retrouvent dans l'aide-mémoire.



Q9. Le format actuel de l'aide-mémoire (une page, pdf, 8½ X 11) est optimal pour ma pratique quotidienne :



Q10. La mise en page de l'aide-mémoire permet de repérer rapidement les éléments essentiels de la démarche clinique

● Totalement en accord	12
● Plutôt en accord	3
● Plutôt en désaccord	0
● Totalement en désaccord	0



RÉFÉRENCES

- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* 2010;182(18):E839-42.
- Hamel C, Michaud A, Thuku M, Skidmore B, Stevens A, Nussbaumer-Streit B, Garritty C. Defining rapid reviews: a systematic scoping review and thematic analysis of definitions and defining characteristics of rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology* 2021;129:74-85.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Lignes directrices de revues rapides. Rédigé par Hervé Tchala Vignon Zomahoun et Quan Nha Hong. Québec, QC : INESSS; 2023:40.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Santé [site Web]. 2023. Disponible à : <https://www.oecd.org/fr/sante/>.
- Page MJ, Moher D, McKenzie JE. Introduction to preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses 2020 and implications for research synthesis methodologists. *Res Synth Methods* 2022;13(2):156-63.
- Whiting P, Savovic J, Higgins JP, Caldwell DM, Reeves BC, Shea B, et al. ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *J Clin Epidemiol* 2016;69:225-34.

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

