

GUIDES ET NORMES

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

Rapport associé à l'outil d'aide à la prise en
charge et à l'aide-mémoire

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)



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

Rapport associé à l'outil d'aide à la prise en charge et à l'aide-mémoire

Rédaction

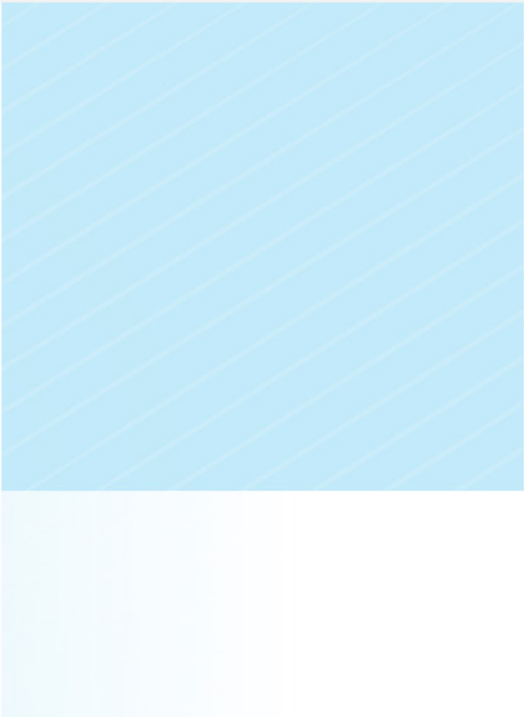
Priscilla Lam Wai Shun
Stéphanie Hallée

Coordination scientifique

Isabelle Boisvert
Caroline Turcotte

Direction

Marie-Claude Sirois
Catherine Truchon
Ann Lévesque



Le présent produit de connaissance a été présenté au Comité délibératif permanent – Services sociaux et santé mentale, auquel se sont joints deux membres du Comité délibératif permanent – Modes d'intervention en santé, de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), lors des réunions du 13 avril 2023 et du 7 décembre 2023.

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

Membres de l'équipe de projet

Auteures principales

Priscilla Lam Wai Shun, Ph. D., erg.
Stéphanie Hallée, Ph. D.

Coordonnatrices scientifiques

Isabelle Boisvert, Ph. D., ps. éd.
Caroline Turcotte, Ph. D.

Directrice adjointe, volets scientifique et transversal

Ann Lévesque, Ph. D.

Directrice scientifique principale

Marie-Claude Sirois, M. Sc. ps.éd., M. Sc. Adm.

Directrice scientifique en soutien

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm

Repérage de l'information scientifique

Lysane St-Amour, M.B.S.I.
Karine Bélanger, M.S.I.
Bin Chen, techn. docum.

Transfert des connaissances

Caroline Plante, M. Ed. Adm. A.
Geneviève Corriveau, M. Sc.

Soutien administratif

Brigitte Beaulieu
Marie-Michelle Mongeau

Équipe de l'édition

Hélène St-Hilaire
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Micheline Lampron, révision linguistique
Traductions À la page, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024
ISBN 978-2-550-97418-5 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2024

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Délirium chez les personnes âgées à l'urgence : prévention, évaluation et prise en charge. Rapport associé à l'outil d'aide à la prise en charge et à l'aide-mémoire rédigé par Priscilla Lam Wai Shun et Stéphanie Hallée. Québec, Qc : INESSS; 2024. 52 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité consultatif sont :

D^{re} Doris Clerc, gérontopsychiatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M. Lawrence Fillion, infirmier, directeur adjoint des soins infirmiers – qualité et évolution de la pratique professionnelle, CHU de Sherbrooke, CIUSSS de l'Estrie

M. James Hill, pharmacien, Hôpital régional de Rimouski, CISSS du Bas-Saint-Laurent

M^{me} Yvonne Hui, ergothérapeute, Centre universitaire de santé McGill

M^{me} Marthe Isabel, infirmière, assistante au supérieur immédiat - soins critiques, Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts, CISSS de la Gaspésie

M^{me} Joanie Larouche, infirmière clinicienne en gériatrie à l'urgence, équipe de consultation gériatrique et thérapeutique à l'urgence, Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, CIUSSS de l'Estrie

M^{me} Tanya Mailhot, professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

M^{me} Eveline Matifat, physiothérapeute à l'urgence, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

D^r Eric Mercier, urgentologue et chef d'équipe en traumatologie, CHU de Québec

D^{re} Audrey-Anne Turcotte-Brousseau, urgentologue, CHU de Sherbrooke, CIUSSS de l'Estrie

M. Philippe Voyer, professeur titulaire, vice-doyen aux études de 1^{er} cycle et à la formation continue, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

D^r Thien Tuong Minh Vu, interniste, gériatre, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Comité de suivi

Pour ce rapport, les membres du comité de suivi sont :

M^{me} Andrée-Ann Aubut, représentante du ministère de la Santé et des Services sociaux - Direction des services d'urgence et de la fluidité, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (MSSS-DSUF-DGAUMIP) (14 avril et 27 novembre 2023)

M^{me} Manon Dufresne, représentante de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) (14 avril 2023)

M^{me} Stéphanie Grégoire, représentante de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) (27 novembre 2023)

M^{me} Marie-France Jobin, représentante de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) (27 novembre 2023)

M^{me} Charlène Joyal, représentante du ministère de la Santé et des Services sociaux - Direction des services aux aînés et aux proches aidants, Direction générale des aînés et des proches aidants (MSSS-DSAPA-DGAPA) (14 avril et 27 novembre 2023)

D^{re} Marie-Pier Lanoue, représentante, urgentologue de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) (14 avril 2023)

M^{me} Maria Martino, représentante de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (14 avril 2023)

D^r Fadi Massoud, représentant, gériatre de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) (27 novembre 2023)

M. Alexandre Nadeau, représentant de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) (14 avril 2023)

M^{me} Dominique Nadeau, représentante de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (27 novembre 2023)

D^{re} Manon Poirier, représentante du Collège des médecins du Québec (CMQ) (14 avril et 27 novembre 2023)

M^{me} Nancy Proulx, représentante de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) (27 novembre 2023)

M^{me} Rachel Rouleau, représentante de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) (14 novembre 2023)

M^{me} Lisa-Marie Roy-Perron, représentante de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) (14 avril 2023)

D^r Leon Tourian, représentant, psychiatre de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) (27 novembre 2023)

Lectrice et lecteurs externes

Pour ce rapport, la lectrice et les lecteurs externes sont :

D^r Jean-Sébastien Audette-Côté, urgentologue et chef du département d'urgence, Centre hospitalier régional de Lanaudière

D^r Pierre Jacob Durand, médecin clinicien et enseignant titulaire au Département de médecine sociale et préventive, Université Laval

M^{me} Sarah Filiatreault, infirmière, candidate au doctorat, *Department of Community Health Sciences, University of Manitoba*

Panel des usagers et des proches de la DESA

Pour ce rapport, les membres du Panel des usagers et des proches de la DESA consultés sont :

M^{me} Julie Bergeron

M^{me} Angela Fragasso

M. Louis Lochhead

M. Yvon Massicotte

Personnes proches aidantes

Pour ce rapport, les personnes proches aidantes consultées sont :

M^{me} Nancie Brunet

M^{me} Karina Cistera

M^{me} Luigia Cistera

M^{me} Josée Dion

M^{me} Ginette Leroux

M^{me} Émilie Mercier

M^{me} Danielle Pelletier

Comité délibératif permanent mixte

Pour ce rapport, les membres du Comité délibératif permanent – Services sociaux et santé mentale sont :

D^{re} Evangelia-Lila Amirali, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, cheffe du Département de psychiatrie du CHU Sainte-Justine; professeure agrégée, Université de Montréal; professeure associée, Université McGill (13 avril et 7 décembre 2023)

M^{me} Lorraine Chartier, citoyenne (13 avril 2023)

D^{re} Pascale Cholette, médecin de famille, CIUSSS de la Capitale-Nationale (7 décembre 2023)

M. Jean Deaudelin, citoyen (13 avril et 7 décembre 2023)

M^{me} Johanne Dion, psychologue retraitée (13 avril et 7 décembre 2023)

M. Eric Latimer, professeur titulaire, Département de psychiatrie, Université McGill; membre associé au Département d'épidémiologie, biostatistiques et santé au travail, Université McGill; membre associé à l'Institut pour la santé et la politique sociale, Université McGill; professeur adjoint, Département des sciences informatiques, Université Lakehead (7 décembre 2023)

M. Jean-Marc Ménard, psychologue, consultant au Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants, Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université de Montréal; chargé d'enseignement à la Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke (13 avril et 7 décembre 2023)

M. Pierre-Paul Milette, directeur général adjoint, Programme santé physique générale et spécialisée, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (13 avril 2023)

M. Michel Perreault, psychologue-chercheur, Institut Douglas; professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université McGill (13 avril et 7 décembre 2023)

Pour ce rapport, les membres du Comité délibératif permanent – Modes d'intervention en santé sont :

M^{me} Sylvie Desgagné, pharmacienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale (13 avril 2023)

M. Serge Dumont, professeur émérite, Faculté des sciences sociales, Université Laval (13 avril et 7 décembre 2023)

Futur(e)s utilisateurs(rices)

Pour ce rapport, les futur(e)s utilisateurs(rices) consulté(e)s sont :

D^r Gilbert Boucher, urgentologue, Institut de cardiologie de Montréal

M. Raphaël Bourgouin, pharmacien, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M^{me} Cathryn Brogan, ergothérapeute, Jewish General Hospital

M^{me} Catherine Canello, infirmière auxiliaire, CHU de Québec - Hôpital de l'Enfant Jésus

D^{re} Geneviève Côté, médecin d'urgence, CHU de Québec - Université Laval - Hôpital de l'Enfant-Jésus

M^{me} Amélie Dagenais-Campbell, conseillère en soins infirmiers, CISSS des Laurentides

M^{me} Jessica Doiron, pharmacienne, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

M. Patrick Masse, infirmier en soins critiques, CHU de Québec - Hôpital Saint-François d'Assise

M^{me} Nathalie Morin, conseillère-cadre par intérim - volet urgence et première ligne, CISSS Montérégie-Centre

M^{me} Annie Perron, infirmière, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

M^{me} Marie-Christine Plante, infirmière gestionnaire, CISSS de Chaudière-Appalaches – Hôpital de Montmagny

M^{me} Claudie Roussy, infirmière praticienne spécialisée, conseillère-cadre, Institut de cardiologie de Montréal

D^{re} Julie Sirois, médecin de famille, cheffe du Département de médecine d'urgence, Institut de cardiologie de Montréal

D^{re} Camille Tessier-Bussièrès, gériatre, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal - Hôpital Notre-Dame

M^{me} Marie-Julie Thériault, infirmière, CISSS des Îles

Autres contributions

L'Institut tient aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué aux travaux :

- Olivier Demers-Payette et Monika Wagner, Bureau – Méthodologies et éthique (BMÉ), INESSS
- Émilie Proteau-Dupont, Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention - services sociaux et santé mentale (DESA), INESSS
- Caroline Tétreault, Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé (DEP), INESSS
- Le personnel de l'urgence de l'Hôpital Hôtel-Dieu du CIUSSS de l'Estrie - CHU de Sherbrooke
- Le personnel de l'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement - CHU de Québec

Déclaration d'intérêts

Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ces travaux. Les membres de l'équipe de projet de l'INESSS qui ont déclaré avoir des conflits d'intérêts sont mentionnés ci-dessous.

M^{me} Isabelle Boisvert, membre de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

M^{me} Priscilla Lam Wai Shun, membre de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec

Les parties prenantes qui ont déclaré avoir des conflits d'intérêts sont mentionnées ci-dessous.

D^r Jean-Sébastien Audette-Côté : A participé à la révision du Cadre de référence - Vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée (MSSS, 2022)

M^{me} Andrée-Ann Aubut : Responsable des mises à jour du Cadre de référence - Vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée (MSSS, 2022)

D^{re} Doris Clerc : Auteure du document Annexe 6 - Gestion des antipsychotiques dans le traitement du délirium en UCDG. Guide de gestion médicamenteuse en UCDG – 3^e édition, Montréal (Québec), Regroupement des unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ), 2021

M^{me} Sarah Filiatreault : A reçu du financement du *Canadian Institutes of Health Research* (CIHR; 2020-2024), du *Canadian Nurses Foundation* (2020-2021/2022-2023) et de l'Université du Manitoba pour la conduite d'études doctorales portant sur la qualité des soins offerts aux personnes âgées en délirium dans les urgences. A publié des articles et fait des présentations nationales et internationales sur le thème du délirium chez les personnes âgées dans les urgences, pour lesquels elle a reçu du financement.

M. James Hill : Auteur de publications et communications liées au thème du projet et président du Regroupement des pharmaciens experts en gériatrie de l'Association des pharmaciens des établissements de santé.

M^{me} Charlène Joyal : Administratrice à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

M^{me} Tanya Mailhot : Auteure de publications et communications liées au thème du projet. Réalise des recherches en lien avec le thème du projet, pour lesquelles du financement est reçu. Est impliquée dans la création de l'intervention SCREENED-ED.

M^{me} Eveline Matifat : Auteure de publications et communications liées au thème du projet. Participe à des recherches en lien avec le thème du projet, pour lesquelles du financement est reçu.

D^r Éric Mercier : Auteur de publications liées au thème du projet.

M^{me} Rachel Rouleau : A conçu une formation en ligne pour l'Ordre des pharmaciens du Québec abordant le thème du projet et pour laquelle une rémunération a été reçue. A collaboré à un projet de recherche abordant le thème du projet et pour lequel du financement a été reçu.

D^{re} Audrey-Anne Turcotte-Brousseau : Auteure de publications liées au thème du projet.

M. Philippe Voyer : Réalise des recherches en lien avec le thème du projet, pour lesquelles du financement est reçu. Auteur de publications, de communications et de formations. Expertise-conseil liée au thème du projet, dont certaines activités génèrent des redevances ou honoraires. S'est prononcé publiquement sur des questions à l'étude et a élaboré un outil de repérage actif du délirium adapté à la routine (R.A.D.A.R.).

D^r Thien Tuong Minh Vu : Auteur de publications et communications liées au thème du projet. Réalise des activités d'enseignement portant sur le thème du projet. Réalise des recherches sur ce même thème, pour lesquelles il reçoit du financement.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	IV
SIGLES ET ACRONYMES	VII
INTRODUCTION	1
1 MÉTHODOLOGIE ET DESCRIPTION DES DOCUMENTS RETENUS	4
1.1 Questions d'évaluation	4
1.2 Méthodologie	5
1.3 Description des documents retenus	7
2 ARGUMENTAIRE ET RECOMMANDATIONS RETENUES	9
2.1 Présentation clinique du délirium	9
2.1.1 Généralités	9
2.2 Prévention du délirium.....	10
2.2.1 Généralités	10
2.2.2 Identification des facteurs de risque.....	11
2.2.3 Informations à transmettre à la personne âgée et aux personnes proches aidantes	15
2.2.4 Interventions préventives	16
2.4 Évaluation du délirium	23
2.4.1 Généralités	23
2.4.2 Signes et symptômes pouvant indiquer un délirium.....	23
2.4.3 Diagnostic différentiel	26
2.4.4 Dépistage du délirium.....	27
2.4.5 Diagnostic de délirium	29
2.5 Prise en charge de la personne en délirium.....	30
2.5.1 Généralités	30
2.5.2 Identification et traitement des causes sous-jacentes.....	31
2.5.3 Approche non pharmacologique	34
2.5.4 Informations à transmettre aux personnes proches aidantes	37
2.5.5 Approche pharmacologique pour atténuer les symptômes de détresse induits par le délirium	38
2.6 Congé de l'urgence et suivi	41
3 PERSPECTIVES DES AUTRES PARTIES PRENANTES CONSULTÉES	43
3.1 Panel des usagers et des proches de la DESA	43
3.2 Comité de suivi	43
3.3 Comité délibératif permanent	44
4 ENJEUX LIÉS À L'IMPLANTATION DES MEILLEURES PRATIQUES.....	46
5 VALIDATION DES TRAVAUX	47
CONCLUSION	48
RÉFÉRENCES	50

RÉSUMÉ

Introduction

Le délirium se caractérise par une altération aiguë et fluctuante de l'état mental ainsi que par une perturbation de l'attention et de l'état de conscience. Sa durée est variable, allant de quelques heures à quelques semaines, voire des mois, et les conséquences sont parfois irréversibles. Le délirium est associé à un risque accru de morbidité et de mortalité, de séjours hospitaliers prolongés, de réadmission à l'hôpital et d'institutionnalisation, ce qui en fait une urgence médicale. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont plus susceptibles de développer un délirium, en raison d'une plus grande vulnérabilité cérébrale liée au vieillissement. De 10 % à 18 % des personnes âgées séjournant à l'urgence développent en effet un délirium, mais jusqu'à 85 % de ces cas ne sont pas détectés et, par conséquent, ne sont pas pris en charge. Dans ce contexte, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a interpellé l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) afin d'élaborer un outil pour soutenir les pratiques de prévention, d'évaluation et de prise en charge du délirium chez les personnes âgées à l'urgence.

Méthodologie

Une recension des guides de pratique clinique et des revues systématiques a été réalisée pour répertorier les meilleures pratiques à cet égard. Un comité consultatif formé de professionnels et de chercheurs de différentes spécialités et expertises a validé les preuves scientifiques et participé à l'élaboration des recommandations. La perspective de personnes proches aidantes ayant accompagné une personne âgée qui a vécu un épisode de délirium à l'urgence a aussi été prise en considération. Les données recueillies (scientifiques, contextuelles et expérientielles) ont été analysées afin d'élaborer un outil d'aide à la prise en charge contenant des recommandations de meilleures pratiques adaptées au contexte québécois. Les travaux ont été présentés à un comité de suivi composé de représentants du MSSS, d'associations et d'ordres professionnels et à un comité délibératif de l'INESSS. De plus, une validation externe a été réalisée en consultant des futurs utilisateurs (c.-à-d. des professionnels œuvrant à l'urgence n'ayant pas participé aux travaux) et des lecteurs externes spécialistes du domaine d'intérêt.

Résultats

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information colligée et des perspectives des parties prenantes, les recommandations suivantes ont été retenues pour soutenir l'amélioration et l'harmonisation de la pratique.

Identifier les personnes âgées à risque de délirium et mettre en place des interventions non pharmacologiques pour en prévenir l'apparition.

- Les principaux facteurs de risque du délirium sont un âge avancé, une atteinte cognitive et une fragilité qui s'exprime par une mobilité réduite ou un besoin d'assistance pour les activités quotidiennes.
- Il est recommandé d'identifier les personnes à risque de délirium dès le premier contact à l'urgence afin de rapidement mettre en place des interventions pour en prévenir l'apparition.
- Les interventions non pharmacologiques suivantes sont à privilégier : utiliser une méthode de communication adaptée à la personne âgée, orienter la personne (temps et lieu), s'assurer qu'elle s'alimente et s'hydrate, faciliter l'élimination urinaire et fécale, encourager la mobilisation, favoriser le sommeil et s'assurer du port des lunettes ainsi que des prothèses auditives. Il est aussi recommandé de faire une revue de la médication, d'éviter d'introduire des médicaments pouvant précipiter le délirium – lorsque cela est possible – et de soulager la douleur.

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

- Sachant que le délirium est sous-détecté chez les personnes âgées à l'urgence, les professionnels devraient se familiariser avec les signes et symptômes pouvant indiquer un délirium et, en leur présence, procéder à un dépistage à l'aide d'un outil standardisé.
- Une attention particulière devrait être portée au délirium hypoactif puisqu'il passe souvent inaperçu.
- À l'heure actuelle, l'outil de dépistage 4AT serait à privilégier, compte tenu de sa sensibilité et de sa spécificité adéquates, de la disponibilité d'une version canadienne-française et de son temps court d'administration.

Identifier et traiter les causes médicales sous-jacentes et privilégier l'approche non pharmacologique lors de la prise en charge d'une personne âgée en délirium.

- Le délirium est souvent d'origine multifactorielle. Il peut être causé par une ou plusieurs affections médicales et précipité par des facteurs liés à l'environnement physique ou social. L'identification et le traitement de la ou des causes médicales ainsi que la mise en place d'interventions non pharmacologiques sont donc essentiels lors de la prise en charge.
- Les interventions non pharmacologiques recommandées en prévention sont les mêmes à préconiser lors de la prise en charge.
- Il est important d'employer des méthodes de communication adaptées à la personne en délirium aux prises avec des hallucinations, des illusions ou des idées délirantes (p. ex. éviter la confrontation), afin d'éviter une escalade des comportements problématiques.

- Les contentions physiques et les antipsychotiques doivent être utilisés en dernier recours seulement et de façon temporaire, lorsque la personne présente une détresse importante ou qu'elle pose un risque pour elle-même ou pour les autres.

Consulter, impliquer et informer les personnes proches aidantes.

- Les personnes proches aidantes sont celles qui connaissent le mieux la personne âgée et son fonctionnement habituel. Les professionnels auraient avantage à les consulter à chacune des étapes de la démarche clinique, puisqu'elles peuvent transmettre une variété d'informations susceptibles de les aider à identifier les facteurs de risque et les besoins de la personne âgée.
- Les personnes proches aidantes peuvent aussi participer à la mise en place d'interventions non pharmacologiques en prévention et en prise en charge du délirium.

Conclusion

Sans se substituer au jugement clinique, les recommandations formulées dans l'outil d'aide à la prise en charge devraient contribuer à améliorer la prévention, l'évaluation et la prise en charge du délirium chez les personnes âgées à l'urgence. Plusieurs enjeux, particulièrement ceux touchant la pratique professionnelle, ont été pris en considération lors de l'élaboration de cet outil et d'un aide-mémoire, afin d'adapter ces derniers au contexte des urgences québécoises. Néanmoins, plusieurs parties prenantes ont souligné l'existence de barrières à l'appropriation et la mise en œuvre des meilleures pratiques, qui sont liées à l'organisation des services et à l'environnement physique peu adaptés aux personnes âgées dans les urgences. L'ensemble de ces enjeux suggèrent des besoins en termes de soutien à l'implantation des meilleures pratiques.

SUMMARY

Delirium in elderly persons in emergency departments: prevention, assessment and management

Introduction

Delirium is characterized by acute and fluctuating changes in mental status as well as disturbances of attention and consciousness. It usually lasts a few hours to a few weeks or even months, and the consequences are sometimes irreversible. Delirium is associated with an increased risk of morbidity and mortality, prolonged hospital stays, hospital readmissions and institutionalization – making it a medical emergency. People aged 65 and older are more likely to develop delirium because of greater age-related brain vulnerability. From 10 to 18% of older people in emergency departments develop delirium; however, up to 85% of these cases are not detected and therefore, not managed. Given this context, the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) was approached by the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) to develop a clinical support tool for the prevention, assessment and management of delirium in elderly persons in emergency departments.

Methodology

A review of clinical practice guidelines and systematic reviews was conducted to identify best practices. An advisory committee of professionals and researchers from various specialties and areas of expertise validated the scientific evidence and participated in developing recommendations. The perspective of caregivers who accompanied an elderly person with delirium in an emergency department was also taken into consideration. The data collected (scientific, contextual and experiential) was analyzed to develop a management support tool containing recommendations for best practices adapted to Quebec's healthcare context. The work was presented to a monitoring committee made up of representatives from the MSSS, professional associations and colleges, and to one of INESSS' deliberative committee. In addition, further validation was carried out by consulting future users (i.e., emergency department professionals who did not participate in the work) and external reviewers with expertise in the field of interest.

Results

After analyzing all collected information and stakeholder perspectives, we consider the following recommendations as most important to help improve and harmonize clinical practice.

Identify elderly persons at risk of delirium and implement non-pharmacological interventions to prevent delirium onset.

- The main risk factors for delirium are advanced age, cognitive impairment and frailty which can be observed in persons with reduced mobility or needing assistance with daily activities.
- Upon the first contact with an elderly person in the emergency department, it is recommended that those who are at risk of delirium be identified so that preventive measures can be put in place.
- Preference should be given to the following non-pharmacological interventions: use a communication method adapted to elderly people; orient them with respect to time and place; ensure proper nutrition and hydration; facilitate urinary and fecal elimination; encourage mobilization, promote sleep; and ensure that glasses and hearing aids are worn. Other recommendations are to carry out a medication review; to avoid – when possible – introducing drugs that may precipitate delirium; and to provide pain relief.

Screen for delirium with a standardized screening tool.

- Bearing in mind that delirium is underdetected in elderly people in emergency departments, professionals should become familiar with the potential signs and symptoms of delirium and screen for delirium using a standardized tool.
- Particular attention should be paid to hypoactive delirium since it often goes unnoticed.
- Currently, the 4AT is the preferred choice for a screening tool since it is adequately sensitive and specific, available in a French Canadian version and requires only a short time to administer.

Identify and treat underlying medical causes and prioritize a non-pharmacological approach when managing elderly patients with delirium.

- Delirium is often multifactorial in origin. It may be caused by one or more medical conditions and it may be precipitated by factors related to the physical or social environment. Identifying and treating the medical cause(s), as well as implementing non-pharmacological interventions, is therefore essential in its management.
- The non-pharmacological interventions recommended for prevention are the same as those advocated for management.
- It is important to use communication methods adapted to a person with delirium who is struggling with hallucinations, illusions or delusions (e.g., avoid confrontation) in order to avoid the escalation of disruptive behaviours.
- Physical restraints and antipsychotics are to be used only temporarily and only as a last resort when elderly persons are experiencing significant distress or pose a risk to themselves or other people.

Consult and involve caregivers and keep them informed.

- Caregivers know the elderly person best and know how the person usually functions in daily life. Professionals should consult caregivers at each stage of the clinical process since they can provide information likely to help in identifying risk factors and patients' needs.
- Caregivers can also implement non-pharmacological interventions in delirium prevention and management.

Conclusion

The recommendations made in the management support tool do not replace clinical judgment but they should help improve delirium prevention, assessment and management in elderly persons in emergency departments. A number of issues, particularly those relating to professional practice, were taken into consideration during the development of this tool and of a memory aid in order to adapt them to Quebec emergency departments context. Nevertheless, several stakeholders highlighted the fact that there are barriers to mastering and implementing best practices due to how emergency department services are organized and because of the physical settings which are poorly adapted to meet the needs of elderly people. All of these issues suggest a need for support in implementing best practices.

SIGLES ET ACRONYMES

4AT	<i>4 A's Test</i>
AAPA	Approche adaptée à la personne âgée
AGREE II	<i>Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation</i>
AÎNÉES	Acronyme utilisé dans l'AAPA et dont les lettres correspondent à : Autonomie et mobilité; Intégrité de la peau; Nutrition et hydratation; Élimination; État cognitif et comportement; Sommeil
CAM	<i>Confusion Assessment Method</i>
CAM-ICU	<i>CAM-Intensive Care Unit</i>
CDP	Comité délibératif permanent
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DESA	Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention - services sociaux et santé mentale
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
mbCAM	<i>Modified brief CAM</i>
mCAM-ED	<i>Modified CAM-Emergency Department</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
RUSHGQ	Regroupement des unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec
TNCM	Trouble neurocognitif majeur

INTRODUCTION

Problématique

Délirium chez la personne âgée

Le délirium se caractérise par une altération aiguë et fluctuante de l'état mental ainsi que par une perturbation de l'attention et de l'état de conscience. Les symptômes peuvent se manifester par des atteintes sur les plans de la mémoire, du langage ou des perceptions, une désorientation, une agitation ou un ralentissement psychomoteur [APA, 2022]. Trois formes de délirium sont observées : hyperactive, hypoactive et mixte. La forme hyperactive se caractérise par une agitation, alors que la forme hypoactive se manifeste plutôt par une léthargie et un ralentissement psychomoteur [APA, 2022]. La forme mixte est, quant à elle, souvent décrite comme une alternance entre l'état hyperactif et l'état hypoactif [RNAO, 2016]¹. Il existe également une forme subclinique, aussi appelée le syndrome d'état confusionnel atténué, où la personne présente un ou plusieurs critères diagnostiques, sans toutefois répondre à l'ensemble de ceux-ci.

Le délirium s'installe habituellement en l'espace de quelques heures à quelques jours. Il est de durée variable, pouvant subsister quelques heures, quelques semaines ou même quelques mois. Dans certains cas, les conséquences sont irréversibles. Chez les personnes âgées, le délirium est associé à un risque accru de morbidité et de mortalité, de séjours hospitaliers prolongés, de réadmission à l'hôpital et d'institutionnalisation [Giroux *et al.*, 2021; Emond *et al.*, 2017]. Afin d'éviter des séquelles sur le plan cognitif et un déclin fonctionnel liés au délirium, il est important d'en prévenir l'apparition ou d'effectuer une prise en charge précoce.

Bien que le délirium puisse affecter des personnes de tous âges, celles âgées de 65 ans et plus demeurent plus susceptibles de vivre des épisodes de délirium, en raison d'une plus grande vulnérabilité cérébrale liée au vieillissement [Emond *et al.*, 2017; Inouye *et al.*, 2014]. Le délirium peut être causé par une affection médicale générale, par une intoxication engendrée par une substance ou le sevrage d'une substance ou par des problèmes multiples relevant d'une combinaison de facteurs prédisposants (associés aux caractéristiques de la personne) et de facteurs précipitants (associés à l'état de santé ou à l'environnement) [Inouye *et al.*, 2014].

¹ Selon la version la plus récente du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5-TR), la forme mixte du délirium se caractérise par une activité psychomotrice normale, bien que l'attention et le niveau de conscience soient perturbés. Cependant, la définition du délirium de forme mixte présentée dans les guides de pratique clinique, soit une alternance entre les états hypoactif et hyperactif, a été privilégiée ici puisqu'elle est davantage utilisée dans les milieux de pratique, selon les membres du comité consultatif.

Sous-détection du délirium à l'urgence

Le vieillissement de la population québécoise engendre une pression accrue sur le système hospitalier. À l'urgence, une civière sur trois est occupée par une personne de 75 ans et plus [MSSS, 2022a]. Certaines personnes présenteront déjà un délirium à leur arrivée à l'urgence, alors que d'autres le développeront durant leur séjour. Selon deux études réalisées au Québec, de 10 % à 18 % des personnes âgées développent en effet un délirium durant leur séjour à l'urgence [Boucher *et al.*, 2019; Emond *et al.*, 2018], mais jusqu'à 85 % de ces cas ne seront pas détectés par les professionnels de la santé [Boucher *et al.*, 2019]. Le délirium est donc fréquent, mais sous-estimé. Il peut par ailleurs s'avérer fatal lorsque les causes l'ayant entraîné ne sont pas bien détectées, ou lorsque des complications en découlent [Inouye *et al.*, 2014], ce qui en fait une urgence médicale.

Contexte de l'amorce des travaux

En 2011, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publiait un cadre de référence pour l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier [MSSS, 2011]. Cette approche vise à améliorer la qualité des soins et services offerts aux personnes âgées et, plus précisément, à prévenir ou atténuer le déclin fonctionnel. Plus récemment, le MSSS a publié une version de l'AAPA spécifique au contexte des services d'urgence [MSSS, 2022b], dans laquelle une section est consacrée à la gestion du délirium.

Cependant, les informations colligées par le MSSS en 2022 indiquent que seulement 34 des 99 urgences du Québec effectuent le dépistage du délirium chez les personnes âgées présentant un risque de délirium, et seulement 24 d'entre elles disposent d'un protocole pour intervenir auprès de cette clientèle. Ainsi, la mise en œuvre des recommandations de l'AAPA demeure un défi dans les urgences.

Face aux enjeux vécus, le MSSS a approché l'INESSS afin de réaliser des travaux visant à guider de manière plus orientée et opérationnelle les pratiques de prévention, d'évaluation et de prise en charge du délirium chez les personnes âgées dans les urgences. Selon les informateurs clés rencontrés durant la phase de cadrage du projet, un outil d'aide à la prise en charge spécifique aux services d'urgence est également requis pour guider la pratique et favoriser son harmonisation.

Objectif général

Les présents travaux avaient donc pour objectif général de recenser les meilleures pratiques cliniques de prévention, d'évaluation et de prise en charge du délirium chez les personnes âgées et d'adapter ces recommandations à la réalité québécoise des urgences.

Livrables

En plus du présent rapport, les livrables sont :

- 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;
- un aide-mémoire résumant les éléments essentiels de la démarche clinique de prévention, d'évaluation et de prise en charge;
- des outils de soutien à l'implantation pourraient être élaborés ultérieurement, en fonction des besoins exprimés.

Aspects exclus des travaux

Les aspects suivants n'ont pas été abordés dans les travaux :

- recommandations associées au syndrome du délire agité (*excited delirium syndrome*)², au delirium tremens et au délirium en fin de vie;
- recommandations sur l'organisation des soins et services en lien avec la trajectoire de soins des personnes âgées;
- analyse économique liée à la prévention, l'évaluation et le traitement du délirium à l'urgence.

² Le syndrome du délire agité est un terme controversé, mais parfois utilisé pour décrire une condition clinique caractérisée par des comportements très agités et agressifs chez des personnes qui sont sous l'effet d'une consommation abusive de drogues sympathomimétiques pouvant, à certaines occasions, mener à une mort subite [Gerold *et al.*, 2015].

1 MÉTHODOLOGIE ET DESCRIPTION DES DOCUMENTS RETENUS

1.1 Questions d'évaluation

Les questions d'évaluation ont été déterminées selon les divers aspects à documenter pour élaborer un outil visant à soutenir les pratiques de prévention, d'évaluation et de prise en charge du délirium chez les personnes âgées dans les urgences québécoises. 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*). En ce qui concerne 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 du 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 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 à l'égard d'une personne qui a présenté un délirium à l'urgence?

Autres aspects à documenter 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.

1.2 Méthodologie

Un résumé de la méthodologie est présenté ci-dessous. La méthodologie complète pour mener à terme ces travaux est détaillée dans le document *Annexes complémentaires*, disponible sur le site Internet de l'INESSS.

Les méthodes appliquées pour traiter les questions d'évaluation ont respecté les normes de qualité de l'INESSS. Elles incluaient la triangulation de l'information provenant 1) des données scientifiques issues de guides de pratique clinique publiés par diverses organisations et de revues systématiques récentes portant sur les thèmes ciblés, 2) des éléments contextuels et 3) du savoir expérientiel de personnes proches aidantes, de professionnels et de chercheurs.

Une recension de documents présentant des données scientifiques ou des recommandations cliniques a été réalisée. Une méthode de revue rapide a été utilisée dans le respect des normes de production 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].

Le repérage de la littérature scientifique a été effectué en collaboration avec deux conseillères en information scientifique (bibliothécaires). Une recherche manuelle de la littérature grise a été réalisée pour le repérage des guides de pratique clinique en consultant, entre autres, les sites Web de sociétés savantes spécialisées dans le domaine lié au thème des travaux.

L'analyse de l'information a été faite dans une perspective de contextualisation de la pratique au Québec, et ce, en consultant les différentes parties prenantes suivantes.

- Le Panel des usagers et des proches de la DESA a été consulté en début de projet pour alimenter la réflexion autour des préoccupations qui touchent les usagers et leurs proches.
- Des personnes proches aidantes ont été consultées afin de nourrir la réflexion relativement aux besoins des personnes âgées qui ont vécu un épisode de délirium à l'urgence ainsi qu'à ceux des proches ayant accompagné une de ces personnes.
- Un comité consultatif a été formé afin de s'assurer de la crédibilité scientifique ainsi que de la pertinence clinique des recommandations issues des travaux. Ce comité était composé de professionnels détenant différentes spécialités et expertises de même que de chercheurs. Les recommandations ont été élaborées en concertation avec les membres du comité consultatif et basées sur la revue de la littérature et leurs connaissances relatives au contexte des urgences du Québec.
- Un comité de suivi a été formé afin de s'assurer de la pertinence des travaux et pour alimenter la réflexion entourant l'applicabilité, la faisabilité d'implantation et la diffusion des travaux. Ce comité était composé notamment de représentants du MSSS et d'ordres professionnels.

Les travaux ont aussi été présentés à un comité délibératif formé des membres du Comité délibératif permanent en services sociaux et santé mentale de l'INESSS, auxquels se sont joints certains membres du Comité délibératif permanent en santé³. Les membres de ce comité mixte ont effectué une appréciation globale de la valeur des travaux pour la société québécoise, en prenant en considération les dimensions clinique,

³ Les comités délibératifs permanents sont une structure interne de l'INESSS. Leur rôle est d'apprécier les savoirs recueillis, analysés et intégrés pour chacune des dimensions de l'évaluation (clinique, populationnelle, économique, organisationnelle et socioculturelle) liées au projet.

populationnelle et économique du système de santé et des services sociaux ainsi que les dimensions organisationnelle et socioculturelle spécifiques au contexte québécois.

Le processus de validation des travaux a inclus une consultation auprès de futurs utilisateurs, qui se sont prononcés sur la clarté, la convivialité et l'utilité de l'outil d'aide à la prise en charge et de l'aide-mémoire. Enfin, la qualité globale et la rigueur des travaux ont été appréciées par des lecteurs externes spécialistes du domaine d'intérêt.

1.3 Description des documents retenus

Lors de la recherche de guides de pratique clinique, 3 203 documents publiés entre janvier 2012 et septembre 2023 ont été repérés au total, auxquels s'ajoutent 31 documents issus de la littérature grise. À la suite de la sélection et de l'évaluation de la qualité méthodologique, neuf guides de pratique clinique avec une qualité méthodologique de modérée à bonne, selon la grille AGREE II, ont été retenus. Ces guides portaient sur la gestion du délirium chez les personnes adultes ou âgées en milieu hospitalier. Ils ont été publiés par les associations ou sociétés savantes suivantes :

- American Geriatrics Society (AGS) Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults [AGS, 2021];
- American Society for Enhanced Recovery - PeriOperative Quality Initiative (ASER-POQI) [Hughes *et al.*, 2020];
- Society of Critical Care Medicine (SCCM) [Devlin *et al.*, 2018];
- European Society of Anaesthesiology (ESA) [Aldecoa *et al.*, 2017];
- European Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (ESAIC) [Aldecoa *et al.*, 2023];
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE, 2023];
- The Software ENgine for the Assessment & optimization of drug and non-drug Therapy in Older peRsons - Optimal evidence-based Nondrug Therapies in Older People (SENATOR-ONTOP) project [Abraha *et al.*, 2016];
- Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO, 2016];
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN, 2022].

Puisqu'aucun des guides de pratique clinique repérés ne portait spécifiquement sur le contexte de l'urgence, une recherche de revues systématiques s'intéressant spécifiquement à la gestion du délirium chez les personnes âgées à l'urgence a été effectuée. Au total, 463 documents publiés entre janvier 2012 et septembre 2023 ont été repérés. À la suite de la sélection, huit revues systématiques et un examen de la portée ont été retenus. Ces documents recensent les facteurs de risque du délirium en contexte d'urgence [Oliveira *et al.*, 2021], les interventions de prévention du délirium [Lee *et al.*, 2022], les outils de dépistage du délirium [Calf *et al.*, 2021; Mariz *et al.*, 2016; Jayita et Wand, 2015; LaMantia *et al.*, 2014], les examens médicaux à réaliser en présence de

délirium [Lee *et al.*, 2023; Akhtar *et al.*, 2022] ainsi que les signes et symptômes à surveiller [LaMantia *et al.*, 2014]. Une revue systématique a examiné une intervention non pharmacologique à effectuer auprès de la personne en délirium [Lee *et al.*, 2022]. La qualité méthodologique des revues systématiques a été analysée à l'aide de l'outil ROBIS. Finalement, un examen de la portée a brossé le portrait d'interventions préventives et d'outils standardisés de dépistage [Carpenter *et al.*, 2021].

En ce qui concerne spécifiquement les interventions pharmacologiques, un guide de pratique clinique a été consulté puisqu'il est utilisé par les professionnels comme document de référence pour guider les pratiques de prescription de médicaments auprès des personnes âgées :

- 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 [AGS, 2023].

De plus, une recherche de revues systématiques portant spécifiquement sur les interventions pharmacologiques en présence de délirium a été réalisée. Au total, 1 028 documents publiés entre janvier 2012 et juin 2023 ont été repérés. Quatre revues systématiques ont été sélectionnées, et leur qualité méthodologique a été analysée à l'aide de l'outil ROBIS [Reisinger *et al.*, 2023; Cerveira *et al.*, 2017; Oh *et al.*, 2017; Swart *et al.*, 2017].

Un tableau faisant la synthèse des données extraites des guides de pratique clinique et des revues systématiques ainsi que les énoncés de preuve scientifique élaborés à partir de ces données est présenté à l'annexe G du document *Annexes complémentaires* (INESSS, 2024). Les tableaux d'extraction détaillant l'ensemble de l'information extraite sont disponibles sur demande.

2 ARGUMENTAIRE ET RECOMMANDATIONS RETENUES

Cette section présente l'argumentaire sous-tendant la formulation de chacune des recommandations de meilleures pratiques mise de l'avant dans l'outil d'aide à la prise en charge. Pour chaque question d'évaluation, une synthèse de l'information scientifique tirée des guides de pratique clinique et des revues systématiques est présentée, suivie d'une synthèse de l'information issue de la perspective des membres du comité consultatif (soit des professionnels et des chercheurs) et de la perspective des personnes proches aidantes.

2.1 Présentation clinique du délirium

2.1.1 Généralités

2.1.1.1 Information et recommandations tirées des documents retenus

Selon les guides de pratique clinique, le délirium se manifeste par une altération aiguë et fluctuante de l'état mental et se caractérise par une perturbation de l'attention et de l'état de conscience [SIGN, 2022; Aldecoa *et al.*, 2017; RNAO, 2016]. La durée du délirium est variable, généralement de quelques heures à quelques jours, mais il peut parfois persister des semaines, voire des mois [SIGN, 2022; RNAO, 2016].

Le délirium se présente sous trois principales formes [NICE, 2023; AGS, 2021; Aldecoa *et al.*, 2017; RNAO, 2016].

- Le délirium hyperactif se caractérise par un état d'agitation et d'hypervigilance.
- Le délirium hypoactif se caractérise par une léthargie et un ralentissement moteur.
- Le délirium mixte se caractérise par une alternance entre les états hyperactif et hypoactif.

2.1.1.2 Perspective du comité consultatif

Les membres du comité ont déclaré être d'accord avec la définition et la description du délirium. Afin d'éviter que le délirium hypoactif passe inaperçu, le comité a suggéré de spécifier que cette forme, bien qu'elle soit la plus fréquente, demeure celle qui est la moins bien détectée par les professionnels. Le comité a également jugé pertinent d'inclure les distinctions entre le délirium et le trouble neurocognitif majeur (TNCM) ou le trouble dépressif, puisqu'ils sont parfois confondus.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE

PRÉSENTATION CLINIQUE

Symptômes et durée

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

Trois formes de délirium

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

2.2 Prévention du délirium

2.2.1 Généralités

2.2.1.1 Information et recommandations tirées des documents retenus

Trois guides de pratique clinique recommandent d'identifier, dès le premier contact avec des personnes âgées, celles qui sont à risque de développer un délirium en recherchant la présence de facteurs de risque [NICE, 2023; Hughes *et al.*, 2020; RNAO, 2016].

L'ensemble des guides retenus recommandent de mettre ensuite en place des interventions susceptibles de prévenir l'apparition du délirium chez les personnes identifiées à risque [Aldecoa *et al.*, 2023; NICE, 2023; SIGN, 2022; AGS, 2021; Hughes *et al.*, 2020; Devlin *et al.*, 2018; Aldecoa *et al.*, 2017; Abraha *et al.*, 2016; RNAO, 2016].

2.2.1.2 Perspective du comité consultatif

Les membres du comité consultatif sont d'avis que la prévention du délirium devrait surtout cibler les personnes de 75 ans et plus. Quoique la majorité des guides de pratique clinique recensés indiquent de rechercher les facteurs de risque auprès des personnes âgées de 65 ans et plus, les membres soutiennent qu'il serait plus réaliste, dans le contexte de l'adoption de nouvelles pratiques à l'urgence, de cibler la tranche d'âge de 75 ans et plus. Il est cependant suggéré de préciser que la prévention devrait également cibler les personnes de 65 ans et plus présentant un profil gériatrique.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE

PRÉVENTION DU DÉLIRIUM

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

2.2.2 Identification des facteurs de risque

2.2.2.1 Information et recommandations tirées des documents retenus

Selon neuf guides de pratique clinique [Aldecoa *et al.*, 2023; NICE, 2023; SIGN, 2022; AGS, 2021; Hughes *et al.*, 2020; Devlin *et al.*, 2018; Aldecoa *et al.*, 2017; Abraha *et al.*, 2016; RNAO, 2016] et une revue systématique [Oliveira *et al.*, 2021], les principaux facteurs de risque du délirium sont les suivants :

- âge avancé (60 ans et plus ou 65 ans et plus ou 70 ans et plus);
- atteinte cognitive;
- maladie grave, maladie aiguë, comorbidités, fragilité.

De nombreux autres facteurs de risque du délirium ont été extraits des documents consultés (une liste complète peut être consultée dans les tableaux d'extraction disponibles sur demande). Parmi ces facteurs de risque, seuls ceux jugés facilement repérables au premier contact à l'urgence ainsi que ceux indiquant un risque accru de délirium ont été retenus :

- antécédent ou présence d'accident vasculaire cérébral;
- attente à l'urgence > 10 h;
- déficience auditive;
- demeurer dans un centre de soins prolongés;
- douleur sévère et non contrôlée;
- fracture de la hanche;
- prise de médicaments à haut risque de précipiter un délirium (benzodiazépines, médicaments avec effets anticholinergiques élevés.
- présence d'une sonde urinaire;
- sous ou mauvaise alimentation;
- trouble neurocognitif majeur.

En ce qui a trait plus spécifiquement aux médicaments pouvant précipiter le délirium, un guide de pratique clinique publié périodiquement par l'*American Geriatrics Society* (communément appelé « critères de Beers ») a été consulté sur l'avis du comité consultatif [AGS, 2023]. Selon ce guide, les médicaments suivants seraient ainsi à proscrire chez les personnes âgées :

- médicaments ayant un effet anticholinergique élevé (antihistaminiques de première génération, certains antidépresseurs, certains antiparkinsoniens tels que la benzotropine et le trihexyphenidyl, certains antiémétiques tels que la prochlorperazine et la prométhazine, les antimuscariniques urinaires, les antispasmodiques, les relaxants musculaires);
- benzodiazépines (à éviter, sauf dans les cas de sevrage des benzodiazépines, de sevrage d'alcool et de trouble anxieux généralisé sévère);
- opioïdes (particulièrement la mépéridine);
- corticostéroïdes (oraux et parentéraux);
- antagonistes des récepteurs H2;
- hypnotiques de type Z.

Une revue systématique met en évidence l'absence d'association positive entre le risque de délirium chez les personnes âgées et la prise d'antipsychotiques (halopéridol, olanzapine), de corticostéroïdes et de kétamine [Reisinger *et al.*, 2023]. Selon cette même revue, la prise de médicaments à effet anticholinergique élevé serait cependant associée à un risque accru de délirium, bien que le niveau de preuve soit faible. De plus, il n'existerait pas de preuve scientifique de qualité satisfaisante permettant d'établir un lien entre le risque de délirium et les éléments suivants : polypharmacie, prise d'antidépresseurs, d'antiparkinsoniens, de benzodiazépines ou d'antihistaminiques H-1. Finalement, selon deux revues, il n'y aurait pas d'association significative entre les opioïdes de façon générale et le délirium [Reisinger *et al.*, 2023; Swart *et al.*, 2017]. Toutefois, certains opioïdes spécifiques ont été associés à un risque plus élevé de délirium, soit la mépéridine et le tramadol [Reisinger *et al.*, 2023; Swart *et al.*, 2017].

En somme, les données extraites du guide et des revues sont parfois divergentes quant aux médicaments à risque de précipiter un délirium chez les personnes âgées. Cette divergence découlerait notamment de la grande hétérogénéité de populations étudiées (p. ex. présence ou non de trouble neurocognitif) et des contextes de soins (p. ex. soins intensifs, chirurgie) dans les études incluses dans les revues. De plus, la qualité méthodologique des études ainsi que le niveau de preuve sont généralement faibles ou très faibles.

2.2.2.2 Perspective du comité consultatif

Le comité précise que l'identification des facteurs de risque dans un contexte d'urgence ne devrait pas nécessiter une évaluation cognitive ou physique, et que ces facteurs devraient être facilement repérables dès le premier contact, au moment du triage. Un membre rappelle que l'objectif principal du triage consiste à identifier les personnes dont la vie est en danger imminent et aussi que les urgences sont achalandées, d'où la nécessité d'une courte liste de facteurs de risque du délirium à repérer.

Les membres du comité sont globalement d'accord avec la liste des facteurs de risque présentée. Quelques précisions sont cependant apportées.

- Il est suggéré que les TNCM ainsi que les antécédents d'accident vasculaire cérébral soient utilisés à titre d'exemples de condition médicale où les atteintes cognitives constituent un facteur de risque important de délirium.
- Les membres suggèrent de délaissier les notions de maladie grave, maladie aiguë et comorbidité, pour ne conserver que la fragilité parmi les facteurs de risque principaux du délirium. Puisque le concept de fragilité n'est pas connu de tous les professionnels et qu'il n'existe pas de définition consensuelle, les membres du comité sont d'accord pour indiquer que la fragilité peut s'observer lorsqu'une personne âgée a de la difficulté à se mobiliser et a besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne. Il est par ailleurs mentionné par un membre du comité que l'Échelle de fragilité clinique de Rockwood peut s'avérer utile pour mesurer le degré de fragilité d'une personne âgée.
- Les membres soulignent qu'une personne ayant déjà vécu un épisode de délirium présente plus de risques d'en développer un à nouveau. Conséquemment, ce facteur devrait selon eux se retrouver dans la liste des principaux facteurs à rechercher.
- Les membres suggèrent d'ajouter, parmi les facteurs de risque : la déficience visuelle, le changement récent de médication, la polypharmacie (sans toutefois préciser le nombre exact de médicaments), une problématique aiguë de santé (p. ex. une fracture de la hanche) ainsi que le sevrage d'alcool, de nicotine ou de drogue.
- Il a été convenu avec les membres du comité de ne pas classer les facteurs de risque en facteurs prédisposants et précipitants. Quoique cette catégorisation soit souvent utilisée dans la littérature, elle l'est peu dans les guides de pratique clinique, et certains facteurs de risque peuvent se retrouver à la fois comme facteurs prédisposants et précipitants, selon la situation de la personne (p. ex. présence d'une sonde urinaire).

Les membres du comité ont souligné l'importance de mettre l'accent sur un changement récent (ajout ou changement de dose) de médicament, qui accroît le risque de précipiter le délirium, plutôt que sur la prise de médicaments en elle-même. Le comité approuve la liste de médicaments à risque de précipiter le délirium, adaptée selon les critères de Beers [AGS, 2023]. Quelques précisions y ont toutefois été apportées. Un membre

mentionne que ce sont les antidépresseurs tricycliques et la paroxétine qui sont anticholinergiques, et qu'il est important de le préciser dans l'outil. Il a aussi été suggéré de retirer l'exemple de la mépéridine de la classe d'opioïdes puisque celle-ci n'est plus disponible sous forme orale au Québec. Il est donc très peu probable qu'une personne se présente à l'urgence avec une prescription de ce médicament. En contrepartie, même si les preuves sont faibles, l'expérience des membres du comité consultatif étaye l'idée de maintenir la classe des opioïdes dans la liste des médicaments pouvant précipiter le délirium. Les membres ont suggéré de ne pas mettre d'exemples de médicaments dans le tableau, afin d'éviter d'être trop restrictif et directif. Selon eux, des exemples sont toutefois nécessaires dans le cas de trois médicaments : antidépresseurs, antiémétiques et antiparkinsoniens, puisque ce ne sont pas tous les médicaments compris dans cette classe qui ont un effet anticholinergique élevé et qui sont donc à risque de précipiter un délirium.

Quelques membres soulignent que la communication fréquente entre les membres de l'équipe interdisciplinaire et entre les quarts de travail est essentielle. Ils suggèrent de spécifier l'importance de noter les facteurs de risque dans le dossier du patient, à la suite de l'évaluation effectuée au triage, et d'en informer l'équipe de soins. Un membre mentionne que cela est particulièrement important dans le contexte où le personnel infirmier du triage et celui qui travaille en salle d'observation ne sont pas formés de la même façon.

2.2.2.3 Perspective des personnes proches aidantes

Les personnes proches aidantes ont exprimé le souhait d'être consultées et écoutées lors du premier contact à l'urgence. Elles estiment être les personnes les mieux informées de l'état et du fonctionnement habituels de la personne âgée qu'elles accompagnent. Elles possèdent entre autres des informations pertinentes sur les antécédents de la personne âgée qui peuvent aider les professionnels à mieux identifier les facteurs de risque. Les personnes proches aidantes soulignent que certaines questions simples auraient pu leur être posées par le personnel du triage pour mieux cerner le profil de la personne âgée et ainsi identifier le risque de délirium (p. ex. Est-ce que la personne porte des appareils auditifs? À quel moment la personne est-elle allée à la toilette la dernière fois?). Les personnes proches aidantes sont également en mesure de signaler des changements dans le comportement de la personne âgée, si le personnel les questionne à ce sujet.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE

IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE



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



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

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

Principaux facteurs de risque de délirium	
• atteinte cognitive (p. ex. : dans les cas de TNCM ou d'AVC); • antécédent de délirium; • fragilité (p. ex. : difficulté à se mobiliser et aide nécessaire pour les activités de la vie quotidienne).*	
Autres facteurs de risque (liste non exhaustive)	
• déficience auditive et visuelle; • douleur sévère non contrôlée; • changement de dose ou ajout récent de médicaments pouvant précipiter le délirium (liste des médicaments ci-dessous); • polypharmacie;	• présence d'une sonde urinaire; • problématique aigüe de santé (p. ex. : fracture de la hanche); • sevrage d'alcool, de nicotine ou de drogue; • mauvaise ou sous-alimentation; • demeurer dans un centre de soins prolongés.

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

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

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

2.2.3 Informations à transmettre à la personne âgée et aux personnes proches aidantes

2.2.3.1 Information et recommandations tirées des documents retenus

Six guides de pratique clinique recommandent d'éduquer les proches en leur fournissant de l'information à propos du délirium (p. ex. facteurs de risque, signes et symptômes, durée) et sur les interventions préventives à mettre en place [NICE, 2023; SIGN, 2022; AGS, 2021; Hughes *et al.*, 2020; Aldecoa *et al.*, 2017; RNAO, 2016].

2.2.3.2 Perspective du comité consultatif

Le comité consultatif est d'accord avec les recommandations et n'a pas émis de commentaires spécifiques à ce sujet.

2.2.3.3 Perspective des personnes proches aidantes

Certaines personnes proches aidantes mentionnent ne pas avoir été informées du fait que la personne âgée qu'elles accompagnaient était à risque de délirium. Elles auraient souhaité en être avisées, recevoir des informations générales sur le délirium et connaître ce qui aurait pu être mis en place pour le prévenir.

Plusieurs disent avoir ressenti de l'inquiétude ou de la panique lorsque le délirium est apparu chez la personne aidée, particulièrement en présence de confusion ou de comportements agressifs et lors de l'usage de contentions physiques ou de l'administration de médicaments utilisés comme contention chimique. Les personnes proches aidantes rapportent que si elles avaient reçu de l'information au préalable, elles auraient été moins surprises et choquées lors de l'apparition du délirium et de la prise en charge qui s'en est suivie.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE



Informations à transmettre à la personne âgée et aux proches

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

- du délirium (p. ex. : facteurs de risque, signes et symptômes, apparition soudaine, durée, évolution, causes possibles);
- des interventions non pharmacologiques que les proches peuvent mettre en place selon la condition de la personne et les précautions médicales associées;
- de la possibilité de recourir à des antipsychotiques ou des contentions physiques, en dernier recours et de façon temporaire, lorsque la personne pose un risque pour elle-même ou les autres.

2.2.4 Interventions préventives

2.2.4.1 Information et recommandations tirées des documents retenus

Cette section s'appuie sur neuf guides de pratique clinique [Aldecoa *et al.*, 2023; NICE, 2023; SIGN, 2022; AGS, 2021; Hughes *et al.*, 2020; Devlin *et al.*, 2018; Aldecoa *et al.*, 2017; Abraha *et al.*, 2016; RNAO, 2016], une revue systématique [Lee *et al.*, 2022] et un examen de la portée [Carpenter *et al.*, 2021].

Ces documents recommandent, de façon générale :

- de mettre en place un ensemble d'interventions préventives pour les personnes à risque de développer un délirium;
- que le plan de prévention du délirium comprenne des interventions non pharmacologiques et qu'il soit élaboré et mis en œuvre par une équipe interdisciplinaire formée minimalement de médecins et de personnel en soins infirmiers. D'autres professionnels (p. ex. pharmacien) peuvent s'impliquer, au besoin;

- d'impliquer les membres de la famille dans l'élaboration et la mise en place du plan de prévention non pharmacologique pour les personnes à risque de développer un délirium;
- d'individualiser les interventions en fonction des facteurs de risque et des besoins des personnes.

2.2.4.1.1 Approche pharmacologique en prévention

Selon six guides de pratique clinique [Aldecoa *et al.*, 2023; SIGN, 2022; AGS, 2021; Hughes *et al.*, 2020; Devlin *et al.*, 2018; Aldecoa *et al.*, 2017] et une revue systématique [Lee *et al.*, 2022], les preuves sont insuffisantes pour recommander l'administration de médicaments en prophylaxie (p. ex. antipsychotique, halopéridol, inhibiteur de cholinestérase). Six guides recommandent d'effectuer une revue de la médication et, si possible, d'éviter ou arrêter les médicaments qui augmentent le risque de délirium, ou d'en modifier la posologie [NICE, 2023; SIGN, 2022; AGS, 2021; Hughes *et al.*, 2020; Aldecoa *et al.*, 2017; RNAO, 2016]. Sept guides recommandent d'évaluer et de soulager la douleur [NICE, 2023; SIGN, 2022; AGS, 2021; Hughes *et al.*, 2020; Aldecoa *et al.*, 2017; RNAO, 2016]. En ce qui a trait à l'usage d'opioïdes pour soulager la douleur, un guide recommande d'éviter la mépéridine puisque ce médicament peut précipiter un délirium [AGS, 2023]. De plus, les résultats de deux revues systématiques indiquent une association positive entre la prise de mépéridine et l'apparition du délirium [Reisinger *et al.*, 2023; Swart *et al.*, 2017].

2.2.4.1.2 Approche non pharmacologique en prévention

Les principales interventions non pharmacologiques dégagées des guides de pratique clinique [Aldecoa *et al.*, 2023; NICE, 2023; SIGN, 2022; AGS, 2021; Hughes *et al.*, 2020; Devlin *et al.*, 2018; Ab raha *et al.*, 2016; RNAO, 2016] au regard de la prévention du délirium sont les suivantes :

- mettre en place des interventions préventives pour favoriser l'orientation cognitive, telles qu'afficher une horloge ou un calendrier, communiquer clairement le temps et le lieu, se présenter à la personne et expliquer son rôle, éviter les changements de salle inutiles;
- favoriser la mobilité en encourageant la personne à bouger ou à marcher, en mettant des aides à la marche à disposition, en évitant les contentions ainsi que les dispositifs médicaux qui peuvent restreindre la mobilité;
- mettre en place des conditions propices au sommeil en réduisant notamment le bruit et la lumière durant les heures de sommeil;
- optimiser les fonctions visuelles et auditives en s'assurant que la personne porte ses lunettes ou ses prothèses auditives, s'il y a lieu;
- s'assurer que la personne s'alimente et s'hydrate régulièrement durant son attente à l'urgence;

- s'assurer du fonctionnement de la vessie et de l'intestin en évitant, par exemple, la constipation et l'usage inutile de cathéters;
- assurer un apport adéquat en oxygène.

Les résultats d'une revue systématique indiquent que des interventions non pharmacologiques multicomposantes permettent de diminuer significativement le risque d'apparition du délirium chez les personnes âgées dans le contexte de l'urgence [Lee *et al.*, 2022].

2.2.4.2 Perspective du comité consultatif

Les membres du comité consultatif soutiennent qu'il est important de privilégier le recours à des interventions préventives non pharmacologiques et de favoriser un travail interdisciplinaire, afin de prévenir le délirium. La plupart des membres sont aussi d'avis que les interventions préventives devraient être mises en place en fonction des facteurs de risque identifiés et des besoins de la personne concernée.

2.2.4.2.1 Approche pharmacologique en prévention

Les membres ont suggéré d'ajouter les précisions suivantes.

- Éviter de suspendre ou de retarder l'administration de la médication usuelle de la personne afin, entre autres, de prévenir un sevrage non souhaité lors du séjour à l'urgence.
- Porter une attention particulière à l'ajout récent ou au changement de dose de médicaments pouvant précipiter le délirium, et nuancer les propos en considérant la pertinence de modifier la posologie ou d'arrêter la prise du médicament. En cas d'arrêt d'un médicament, il serait nécessaire de considérer une alternative.
- Préciser qu'en cas de sevrage d'alcool, il n'est pas souhaitable d'arrêter les benzodiazépines.
- Éviter, lorsque cela est possible, d'introduire de nouveaux médicaments à risque de précipiter le délirium.
- Puisqu'il n'est pas toujours possible d'utiliser l'échelle de 1 à 10 pour l'évaluation de la douleur chez les personnes en délirium (cette échelle exigeant une réponse verbale), le comité suggère de préciser qu'une échelle comportementale pourrait être utilisée. Les membres n'ont pas déterminé d'échelle à privilégier puisqu'il n'y a pas de consensus à cet égard, et que les établissements utilisent des échelles différentes.
- Rappeler que les mesures non pharmacologiques peuvent être utilisées pour soulager la douleur.
- Si la douleur n'est pas soulagée par l'acétaminophène et qu'un opioïde doit être administré, l'hydromorphone ou la morphine peuvent être utilisés à dose minimale efficace. Cette suggestion est émise pour éviter la prescription d'oxycodone en première intention, compte tenu entre autres des risques de troubles liés à

l'usage de substances associées à ce médicament et de l'impossibilité de le prescrire à petite dose, comparativement à l'hydromorphone. Aussi, quoique la littérature consultée ne mentionne pas d'éviter la codéine, les membres du comité consultatif suggèrent d'inscrire cette recommandation puisque, selon leur expérience, elle peut provoquer des nausées importantes et mener à un délirium. De plus, ils soulignent la pertinence de préciser, dans cette section, d'éviter l'administration de mépéridine intra-musculaire pour soulager la douleur car cette médication peut précipiter un délirium.

- Préciser que si un médicament contre la nausée doit être administré, il est préférable de privilégier l'ondansétron et d'éviter le dimenhydrinate. La prise d'opioïdes occasionne souvent des nausées, de sorte qu'un antiémétique est souvent prescrit en même temps. Dans ces situations, il est important de ne pas utiliser le dimenhydrinate, en raison de ses effets anticholinergiques.

2.2.4.2.2 Approche non pharmacologique en prévention

Les membres sont globalement d'accord avec les catégories d'interventions non pharmacologiques préventives extraites des guides de pratique clinique. Le comité a cependant soulevé les considérations suivantes.

- Il serait pertinent d'indiquer clairement que la famille et les proches peuvent s'impliquer dans les interventions préventives.
- La présence de dysphagie doit être considérée avant d'encourager la personne à s'alimenter et s'hydrater. Une indication à cet égard devrait être ajoutée.
- L'optimisation de la saturation ne devrait pas être mentionnée. Cette intervention n'est pas spécifique au délirium, mais relève de la pratique usuelle d'évaluation des signes vitaux.

2.2.4.3 Information tirée de documents produits par des établissements québécois

À la suggestion du comité consultatif, une revue sommaire de différents documents produits par des établissements au Québec a été réalisée afin de cibler des exemples concrets et précis d'interventions non pharmacologiques à utiliser pour prévenir le délirium. Les exemples relevés ont été présentés et validés par les membres du comité.

Quelques membres font le parallèle entre les interventions visant à prévenir le délirium et celles promues dans l'AAPA, représentées par l'acronyme AÎNÉES [MSSS, 2011]. Cet acronyme désigne un ensemble d'interventions recommandées pour prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées. Toutefois, il n'a pas été repris dans les présents travaux puisque :

- bien qu'il soit connu dans les centres hospitaliers, les centres d'hébergement et les services de soutien à domicile, il serait peu connu à l'urgence;
- certaines de ses parties n'ont pas d'équivalent dans le cadre de la prévention du délirium. Par exemple, des interventions préventives visant à préserver l'intégrité

cutanée (représentée par le « Î » dans l'acronyme) ne sont pas pertinentes dans le cadre de la prévention du délirium.

Toutefois, une note de bas de page a été insérée dans l'outil d'aide à la prise en charge afin que les professionnels familiers avec l'acronyme AÎNÉES puissent en constater les similitudes.

2.2.4.4 Perspective des personnes proches aidantes

Les personnes proches aidantes mentionnent ne pas avoir été avisées d'interventions qu'elles auraient pu mettre en place pour prévenir le délirium. Dans les cas où une intervention préventive était évoquée (p. ex. pour éviter la constipation chez la personne âgée), celle-ci n'était pas décrite de façon assez précise (p. ex. que faire pour éviter la constipation).

Les personnes proches aidantes signalent aussi que certaines pratiques déployées à l'urgence ne sont pas adaptées aux personnes âgées. Selon elles, ces pratiques peuvent induire de la confusion chez les personnes âgées (p. ex. procédures ou soins à venir qui ne sont pas expliqués) et ne répondent pas aux besoins de base (p. ex. incapacité à s'alimenter en raison de la difficulté à ouvrir certains contenants). Les personnes proches aidantes estiment qu'une meilleure communication et des pratiques plus adaptées à la personne âgée pourraient aider à prévenir le délirium.

L'environnement de l'urgence est aussi perçu par les personnes proches aidantes comme propice à l'apparition du délirium puisqu'il peut être difficile, pour la personne âgée, d'y trouver un sens : bruits, gestes rapides, déplacements sur civière sans explication, etc. Les personnes proches aidantes sont d'avis que leur présence est importante en prévention, afin de rassurer la personne âgée ainsi que de l'aider à mieux interpréter l'environnement de l'urgence et à mieux comprendre le processus clinique.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE

INTERVENTIONS PRÉVENTIVES

- Travailler en équipe interdisciplinaire (médecins, infirmier(ère)s, préposé(e)s aux bénéficiaires). Collaborer avec les autres professionnel(le)s (p. ex. ergothérapeute, pharmacien(ne), physiothérapeute) selon la complexité du cas et leur disponibilité.
- Identifier un ensemble [d'interventions préventives](#) (voir p. 4) à mettre en place en fonction des [facteurs de risque](#) (voir p. 2) et des besoins de la personne.

Approche préventive pharmacologique

Gestion de la médication

- ✗ Ne pas administrer de médicaments en prophylaxie (p. ex. : antipsychotique, tel que l'halopéridol).
- Éviter de suspendre ou de retarder l'administration de la médication usuelle de la personne.
- Effectuer une revue de la médication.
 - Dans le cas d'un ajout récent d'un [médicament pouvant précipiter le délirium](#), réévaluer la pertinence et la posologie du médicament.
 - Si l'arrêt d'un médicament est envisagé, considérer une alternative.
- ⚠ Ne pas arrêter les benzodiazépines dans le cas d'un sevrage d'alcool.
- ✗ Éviter, lorsque possible, d'introduire de nouveaux [médicaments pouvant précipiter un délirium](#) (voir p. 2).

Soulagement de la douleur

- Évaluer la douleur en utilisant l'échelle de 0 à 10 si la personne est en mesure de répondre verbalement. Sinon, opter pour l'échelle comportementale utilisée dans votre établissement.
- Pour soulager la douleur, privilégier l'acétaminophène et les mesures non pharmacologiques.
- Si la personne n'est pas soulagée par l'acétaminophène et qu'un opioïde doit être administré, privilégier l'hydromorphone ou la morphine à dose minimale efficace.
 - ✗ Éviter la codéine et la mépéridine.
- Si un médicament contre la nausée doit être donné, privilégier l'ondansétron et éviter le dimenhhydrinate.

Approche préventive non pharmacologique



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

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

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

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

2.4 Évaluation du délirium

2.4.1 Généralités

2.4.1.1 Information et recommandations tirées des documents retenus

En ce qui a trait à l'évaluation du délirium, les guides [NICE, 2023; SIGN, 2022; AGS, 2021; Hughes *et al.*, 2020; Devlin *et al.*, 2018; Aldecoa *et al.*, 2017; RNAO, 2016] recommandent :

- de repérer les signes et symptômes pouvant indiquer un délirium;
- d'effectuer un dépistage à l'aide d'un outil standardisé;
- d'établir le diagnostic en s'appuyant sur les critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM).

Quatre guides recommandent d'évaluer les personnes à risque de délirium le plus rapidement possible et chaque fois qu'un changement est observé sur les plans cognitif, physique ou comportemental [NICE, 2023; SIGN, 2022; Aldecoa *et al.*, 2017; RNAO, 2016].

INFORMATION CLINIQUE RETENUE

ÉVALUATION DU DÉLIRIUM

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

2.4.2 Signes et symptômes pouvant indiquer un délirium

2.4.2.1 Information et recommandations tirées des documents retenus

Selon deux guides de pratique clinique [NICE, 2023; RNAO, 2016], il est recommandé, pour les personnes à risque de développer un délirium, de :

- surveiller les signes et symptômes au moins une fois par jour ou en présence de changement dans le comportement;
- d'effectuer une surveillance plus fréquente en contexte de soins aigus ou de l'urgence, idéalement à tous les quarts de travail;
- considérer les changements de comportement rapportés par la famille.

Selon six guides [NICE, 2023; SIGN, 2022; AGS, 2021; Hughes *et al.*, 2020; Aldecoa *et al.*, 2017; RNAO, 2016], une apparition aiguë des signes et symptômes suivants peut indiquer la présence d'un délirium :

- perturbations de la cognition, telles qu'une altération de l'état de conscience, une désorientation, une diminution de l'attention ou de la concentration, des pensées désorganisées, des problèmes de mémoire, des propos confus ou des réponses lentes;
- perturbations de la perception, telles que des hallucinations visuelles ou auditives;
- perturbations des fonctions physiques, telles qu'une somnolence, une diminution de la mobilité et des mouvements, une agitation, une altération de l'appétit ou du sommeil;
- perturbations du comportement social, telles qu'une apathie, une difficulté à communiquer, des sautes d'humeur, un manque de coopération.

Les signes et symptômes varient selon le type de délirium (hypoactif, hyperactif ou mixte) [NICE, 2023; SIGN, 2022; AGS, 2021; Aldecoa *et al.*, 2017; RNAO, 2016]. Puisqu'ils passent souvent inaperçus, il est suggéré de porter une attention particulière aux signes et symptômes du délirium hypoactif [NICE, 2023].

Les guides recommandent d'être attentif à l'apparition de signes et symptômes, sans toutefois proposer d'outils spécifiques pour leur repérage.

2.4.2.2 Perspective du comité consultatif

Les membres du comité précisent que l'apparition de signes et symptômes du délirium peut parfois être aiguë, mais que leur présence et leur intensité peuvent fluctuer. Ils sont donc d'avis que le repérage devrait avoir lieu minimalement à chaque quart de travail. Selon les membres, il serait nécessaire de mentionner dans l'outil d'aide à la prise en charge que les signes et symptômes ne sont pas spécifiques au délirium et peuvent être associés à d'autres problématiques de santé.

Les membres conviennent que l'utilisation d'un outil standardisé pour le repérage des signes et symptômes (p. ex. l'outil Repérage Actif du Délirium Adapté à la Routine (R.A.D.A.R.)) n'est pas essentielle. L'implantation d'un tel outil pourrait s'avérer difficile actuellement dans le contexte de l'urgence.

Puisque la communication fréquente entre les membres de l'équipe interdisciplinaire et entre les quarts de travail est fondamentale, les membres du comité suggèrent de formuler une recommandation précisant de transmettre les observations relatives aux signes et symptômes au professionnel en mesure de procéder au dépistage ou au diagnostic.

2.4.2.3 Perspective des personnes proches aidantes

Les personnes proches aidantes soulignent qu'elles sont des observatrices privilégiées des changements soudains ou fluctuations dans le comportement de la personne âgée qu'elles accompagnent à l'urgence. Elles souhaiteraient que le personnel de l'urgence, particulièrement au moment du triage, soit plus attentif à leurs observations et les prenne en considération dans leur évaluation, afin d'aider à l'identification du délirium et à la compréhension de son évolution durant le séjour à l'urgence. Certaines personnes proches aidantes ont évoqué des situations où la personne âgée qu'elles accompagnaient devenait de plus en plus confuse, agitée ou agressive dans la salle d'attente. Elles estiment ne pas avoir reçu de soutien à ce moment et se sont senties laissées à elles-mêmes, paniquées devant les comportements de la personne âgée et craignant parfois pour la sécurité de celle-ci, pour la leur ou pour celle des autres personnes dans la salle d'attente.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE

REPÉRAGE DES SIGNES ET SYMPTÔMES

→ Rechercher la présence de signes et symptômes pouvant indiquer un délirium une fois par quart de travail, minimalement. Porter une attention particulière à une apparition aiguë ou une fluctuation de l'intensité des signes et symptômes¹.

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

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

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

Signes et symptômes communs (liste non exhaustive et non spécifique au délirium)		
- désorientation; - difficulté à communiquer; - manque de coopération; - pensées désorganisées; - perturbation de l'appétit; - perturbation du sommeil; - perturbation de l'attention; - perturbation de l'état de conscience; - problèmes de mémoire; - propos décousus; - sauts d'humeur.		
Signes et symptômes selon la forme de délirium		
Forme hypoactive	Forme hyperactive	Forme mixte
- apathie; - ralentissement de l'activité psychomotrice; - réponses lentes; - somnolence; - vigilance diminuée.	- agitation; - agressivité verbale ou physique; - hallucinations visuelles ou auditives; - vigilance accrue.	alternance entre l'état hyperactif et l'état hypoactif.

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

2.4.3 Diagnostic différentiel

2.4.3.1 Information et recommandations tirées des documents retenus

Selon trois guides, le délirium peut être difficile à distinguer d'un TNCM ou d'un trouble dépressif [NICE, 2023; SIGN, 2022; RNAO, 2016]. Un guide recommande de porter une attention particulière aux cas de délirium hypoactif, car les symptômes associés peuvent s'apparenter à ceux du trouble dépressif [RNAO, 2016]. Parmi les guides consultés, celui du *Registered Nurses' Association of Ontario* présente plus explicitement les signes et symptômes permettant de distinguer un délirium d'un TNCM ou d'un trouble dépressif [RNAO, 2016].

2.4.3.2 Perspective du comité consultatif

Les membres du comité sont d'accord avec ces recommandations. Certains mentionnent qu'un tableau présentant les comparaisons principales entre les caractéristiques du délirium et celles du TNCM ou du trouble dépressif pourrait être utile pour les professionnels. Cependant, des références à des documents plus complets seraient nécessaires afin que les professionnels puissent obtenir, au besoin, toute l'information disponible sur les critères diagnostiques.

2.4.3.3 Perspective des personnes proches aidantes

Les personnes proches aidantes qui ont accompagné à l'urgence une personne âgée atteinte d'un TNCM rapportent avoir d'abord cru à un déclin rapide associé à la progression du TNCM, puisqu'elles manquaient de connaissances quant aux manifestations possibles du délirium. Certaines personnes mentionnent que les membres du personnel de l'urgence éprouveraient également de la difficulté à faire la distinction entre ces deux états, car ils ne connaissent pas le fonctionnement habituel de la personne âgée. Une personne proche aidante a aussi rapporté une situation où les comportements de la personne âgée ont été perçus par le personnel du triage comme des manifestations d'anxiété.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE

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

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

2.4.4 Dépistage du délirium

2.4.4.1 Information et recommandations tirées des documents retenus

Cette section s'appuie sur six guides de pratique clinique [NICE, 2023; SIGN, 2022; Hughes *et al.*, 2020; Devlin *et al.*, 2018; Aldecoa *et al.*, 2017; RNAO, 2016], quatre revues systématiques [Calf *et al.*, 2021; Mariz *et al.*, 2016; Jayita et Wand, 2015; LaMantia *et al.*, 2014] et un examen de la portée sur les pratiques de dépistage du délirium [Carpenter *et al.*, 2021].

Les six guides recommandent de dépister⁴ le délirium à l'aide d'un outil standardisé et validé [NICE, 2023; SIGN, 2022; Hughes *et al.*, 2020; Devlin *et al.*, 2018; Aldecoa *et al.*, 2017; RNAO, 2016]. Deux de ces guides préconisent l'outil 4AT [NICE, 2023; SIGN, 2022], dont un recommande son utilisation spécifiquement à l'urgence [SIGN, 2022]. Un autre guide mentionne que l'outil *Confusion Assessment Method* (CAM) peut être utilisé dans la plupart des contextes cliniques, mais que le temps d'administration est long et donc moins applicable à l'urgence [RNAO, 2016].

Il ressort des revues systématiques que quatre outils présentent une sensibilité ainsi qu'une spécificité égales ou supérieures à 85 % dans au moins une étude de validation : 4AT, *CAM-Intensive Care Unit (CAM-ICU)*, *Modified brief CAM (mbCAM)* et *Modified CAM-Emergency Department (mCAM-ED)* [Calf *et al.*, 2021; Mariz *et al.*, 2016; LaMantia *et al.*, 2014]. Le temps d'administration de ces outils varie entre une et six minutes. Seul le 4AT (version canadienne-française) a été étudié auprès d'une population québécoise dans le contexte de l'urgence. La sensibilité de cette dernière version est de 84 % et sa spécificité de 74 %, selon la revue systématique consultée [Calf *et al.*, 2021].

Compte tenu des recommandations des guides de pratique clinique et des résultats des revues systématiques consultées, le 4AT offrirait le meilleur équilibre entre la sensibilité, la spécificité et l'applicabilité dans un contexte d'urgence au Québec. Le *CAM-ICU* et le *mCAM-ED* offriraient aussi un bon équilibre 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 de ces deux outils.

2.4.4.2 Perspective du comité consultatif

Les membres du comité consultatif ont exprimé la nécessité d'identifier un outil de dépistage simple et rapide (deux minutes ou moins). Ils considèrent le 4AT comme l'outil à privilégier. Ils mentionnent cependant que cette recommandation pourrait demander un changement de culture organisationnelle pour certains milieux hospitaliers, qui utilisent actuellement le CAM. Les membres suggèrent de privilégier le 4AT sans l'imposer puisque d'autres outils standardisés et validés peuvent aussi être utilisés.

⁴ Il existe plusieurs types de dépistage. Dans le cadre des présents travaux, il s'agit d'un dépistage ciblé qui s'applique à un groupe d'individus présentant des caractéristiques communes (Comité d'experts sur le dépistage et la surveillance en santé au travail, 2009).

Afin de justifier leur recommandation de privilégier l'outil 4AT, les membres du comité ont émis les arguments suivants.

- Lorsqu'il est administré de façon standardisée, le CAM est plus long à administrer que le 4AT.
- Quoique le CAM soit connu des milieux hospitaliers, aucun outil n'est présentement utilisé de façon systématique dans les urgences au Québec.
- Le CAM-ICU est utilisé seulement aux soins intensifs, et le mCAM-ED n'est pas connu des membres du comité.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE

DÉPISTAGE DU DÉLIRIUM

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

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

[1] ÉTAT DE CONSCIENCE		ENCERCLER
Cela inclut les patients qui peuvent être nettement somnolents (par exemple, difficiles à réveiller et/ou visiblement endormis lors de l'évaluation) ou agités/hyperactifs. Observez le patient. S'il est endormi, essayez de le réveiller en lui parlant ou en touchant doucement son épaule. Demandez au patient de dire son nom et son adresse pour aider l'évaluation.		
Normal (alerte, mais pas agité, tout au long de l'évaluation)	0	
Somnolence légère <10 secondes après le réveil, puis normal	0	
Clairement anormal	4	
[2] AMT4		
Âge, date de naissance, endroit (nom de l'hôpital ou du bâtiment), année courante.		
Aucune erreur	0	
1 erreur	1	
2 erreurs ou plus/ne peut être testé	2	
[3] ATTENTION		
Demandez au patient : « Pouvez-vous me dire les mois de l'année dans l'ordre inverse, en commençant par décembre? » Pour aider à la compréhension, il est permis de dire une seule fois : « quel est le mois avant décembre? »		
Mois de l'année à l'envers	Réussit à nommer 7 mois ou plus	0
	Commence, mais réussit <7 mois ou refuse de commencer	1
	Ne peut être testé (ne peut pas commencer, car ne se sent pas bien, somnolent ou inattentif)	2
[4] CHANGEMENT AIGU OU ÉVOLUTION FLUCTUANTE		
Preuve de changements significatifs ou de fluctuation de l'état de conscience, cognition, autre fonction mentale (ex. paranoïa, hallucinations) apparus au cours des 2 dernières semaines et encore apparents dans les dernières 24 heures.		
	Non	0
	Oui	4
4 ou plus : délirium possible +/- troubles cognitifs 1-3 : troubles cognitifs possibles 0 : délirium ou troubles cognitifs sévères peu probable (mais délirium encore possible si information incomplète à [4])		
SCORE DU 4AT		

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

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

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

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

2.4.5 Diagnostic de délirium

2.4.5.1 Information et recommandations tirées des documents retenus

Cinq guides de pratique clinique recommandent, lorsqu'un délirium est suspecté, qu'un diagnostic officiel soit posé par un professionnel possédant l'expertise nécessaire (p. ex. gériatre, psychiatre) [NICE, 2023; SIGN, 2022; Hughes *et al.*, 2020; Aldecoa *et al.*, 2017; RNAO, 2016]. Selon quatre de ces guides, le diagnostic de délirium devrait s'appuyer sur les critères du *DSM* ou de la Classification internationale des maladies [NICE, 2023; SIGN, 2022; Hughes *et al.*, 2020; Aldecoa *et al.*, 2017]. Deux de ces guides précisent cependant qu'il n'est pas toujours possible de se fier uniquement à ces critères, et que le choix de la méthode pour établir un diagnostic reste à la discrétion du professionnel [NICE, 2023; Hughes *et al.*, 2020].

Deux guides recommandent que le diagnostic de délirium soit inscrit dans le dossier médical du patient [NICE, 2023; SIGN, 2022].

2.4.5.2 Perspective du comité consultatif

Les membres du comité sont globalement d'accord avec les recommandations. Ils précisent cependant qu'au Québec, tous les médecins sont en mesure de poser un diagnostic de délirium, de même que les infirmier(ère)s praticien(ne)s spécialisé(e)s, et non seulement les gériatres ou les psychiatres. Ils privilégient les critères diagnostiques du *DSM* et jugent qu'il serait pertinent de faire un rappel de ces critères dans l'outil d'aide à la prise en charge.

2.4.5.3 Perspective des personnes proches aidantes

Plusieurs personnes proches aidantes rapportent ne pas avoir été clairement informées, à l'urgence, du diagnostic de délirium et de ses caractéristiques (p. ex. manifestations, durée, évolution).

INFORMATION CLINIQUE RETENUE

DIAGNOSTIC DU DÉLIRIUM

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

- être posé par un médecin ou un(e) infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e);
- s'appuyer sur la version la plus récente du [Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux \(DSM\)](#) (voir annexe 2, p. 12);
- être documenté dans le dossier de la personne.

2.5 Prise en charge de la personne en délirium

2.5.1 Généralités

2.5.1.1 Information et recommandations tirées des documents retenus

Cette section s'appuie sur sept guides de pratique clinique [NICE, 2023; SIGN, 2022; AGS, 2021; Devlin *et al.*, 2018; Aldecoa *et al.*, 2017; Abraha *et al.*, 2016; RNAO, 2016].

Selon ces documents, il n'y a pas suffisamment de preuves à ce jour pour recommander l'utilisation d'agents pharmacologiques pour le traitement curatif du délirium.

En présence de délirium, la prise en charge devrait comprendre :

- un ensemble d'interventions puisqu'une seule est rarement suffisante;
- l'identification et le traitement de la ou des causes médicales sous-jacentes du délirium;
- la mise en place d'un ensemble d'interventions non pharmacologiques adaptées aux besoins de la personne;
- une utilisation prudente de la médication pour atténuer les symptômes de détresse induits par le délirium ou pour diminuer la douleur.

De plus, il est recommandé que la mise en œuvre du plan de prise en charge de la personne en délirium soit assurée par une équipe interdisciplinaire.

2.5.1.2 Perspective du comité consultatif

Les membres du comité indiquent qu'outre les médecins, le personnel infirmier et les préposé(e)s aux bénéficiaires, les membres de l'équipe interdisciplinaire pouvant être appelés à collaborer à la prise en charge sont entre autres les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les pharmaciens. Les membres suggèrent aussi de souligner que les contentions physiques et les médicaments utilisés pour atténuer les symptômes de détresse devraient être utilisés en dernier recours seulement et de façon temporaire.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE

PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE EN DÉLIRIUM

- ⚠ Il n'existe aucun médicament pour le traitement curatif du délirium, mais les symptômes peuvent être soulagés.
- La prise en charge comprend l'identification et le traitement des causes médicales sous-jacentes ainsi que la mise en place d'interventions non pharmacologiques. Les contentions physiques et les agents pharmacologiques pour atténuer les symptômes de détresse induits par le délirium devraient être utilisés en dernier recours et de façon temporaire.
- **Travailler en équipe interdisciplinaire** (médecins, infirmier(ère)s, préposé(e)s aux bénéficiaires). Collaborer avec les autres professionnel(le)s (p. ex. ergothérapeute, gériatre pharmacien(ne), physiothérapeute, psychiatre) selon la complexité du cas et leur disponibilité.

2.5.2 Identification et traitement des causes sous-jacentes

2.5.2.1 Information et recommandations tirées des documents retenus

Cette section s'appuie sur quatre guides de pratique [NICE, 2023; SIGN, 2022; AGS, 2021; RNAO, 2016] et deux revues systématiques [Lee *et al.*, 2023; Akhtar *et al.*, 2022].

Les causes possibles du délirium sont mentionnées dans deux de ces guides [SIGN, 2022; AGS, 2021] :

- constipation;
- déséquilibre métabolique;
- déshydratation;
- douleur;
- hypoglycémie, hypotension, hypoxie;
- infection;
- intoxication ou sevrage d'une drogue;
- maladie grave (p. ex. accident vasculaire cérébral, hémorragie sous-durale, état épileptique non convulsif, méningite, encéphalite, septicémie);
- médication (p. ex. nouveau médicament, retrait d'un médicament, prise de psychotropes, intoxication ou sevrage d'un médicament);
- rétention urinaire.

Trois guides [SIGN, 2022; AGS, 2021; RNAO, 2016] recommandent les évaluations complémentaires et les examens médicaux suivants pour identifier les causes possibles du délirium :

- Examen de l'état 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 de l'état psychologique :
 - évaluer la mémoire;
 - évaluer l'humeur;
 - évaluer la perception

- Revue de la médication
- Tests de laboratoire (prise de sang et test d'urine) et tests pour vérifier la présence de déséquilibre métabolique
- Imagerie de routine en présence de délirium non recommandée. Une tomodensitométrie ou une imagerie par résonance magnétique est indiquée dans les cas suivants :
 - présence de nouveaux signes neurologiques focaux;
 - historique de chutes récentes;
 - blessure à la tête;
 - traitement anticoagulant
- Ponction lombaire de routine non recommandée
- Autres examens au besoin : électroencéphalogramme, électrocardiogramme, rayons X.

Les résultats d'une revue systématique portant sur le rendement diagnostique de la tomodensitométrie cérébrale indiquent que les probabilités d'observer des anomalies à cet examen chez les personnes présentant un délirium ou un état mental altéré à l'urgence sont seulement de 10,16 % et de 10,86 %, respectivement. Lorsque les personnes ayant un état mental altéré ont aussi des déficits neurologiques focaux, le pourcentage serait alors de 18,95 % [Akhtar *et al.*, 2022]. Il y a cependant une grande hétérogénéité statistique. Les résultats de la méta-analyse de Lee et ses collaborateurs [2023] indiquent que la probabilité d'obtenir un résultat positif à la tomodensitométrie cérébrale n'est pas plus élevée chez les personnes présentant un délirium que chez celles qui en sont exemptes. Toutefois, cette méta-analyse se base sur seulement deux études présentant une grande hétérogénéité statistique.

2.5.2.2 Perspective du comité consultatif

Les membres du comité précisent que la liste des causes ainsi que celle des évaluations complémentaires et examens médicaux énumérés ci-dessus n'est pas exhaustive. Un membre fait aussi valoir que les causes de délirium chez les personnes âgées sont souvent multiples, d'où la nécessité de ne pas s'arrêter après l'identification et le traitement d'une seule cause.

En ce qui a trait aux causes médicales sous-jacentes possibles, il est suggéré d'ajouter le sevrage d'alcool et de nicotine à la liste. Un membre suggère aussi de préciser deux conditions médicales souvent concomitantes à un délirium, soit une condition neurologique (p. ex. accident vasculaire cérébral) et une condition cardiaque (p. ex. syndrome coronarien aigu).

En ce qui concerne les évaluations complémentaires et les examens médicaux, il est suggéré d'inscrire « examen complet » et d'y inclure l'anamnèse, l'examen neurologique, l'examen de l'état mental, l'évaluation des signes vitaux, l'évaluation de la douleur et la recherche d'un problème de rétention urinaire ou fécale. Quant à la revue de la médication, un membre apporte les précisions suivantes : réviser l'ajout, le changement de dose, le retrait récent ou la mauvaise observance des médicaments prescrits, des produits de santé naturels ou des médicaments en vente libre. Les membres du comité sont d'avis qu'une personne sous traitement d'anticoagulant ne requiert pas d'imagerie cérébrale, et que cette recommandation peut être supprimée. La recommandation d'éviter une ponction lombaire de routine ne serait pas non plus nécessaire, puisque cet examen est rarement utilisé dans les cas de délirium. L'électroencéphalogramme serait également un examen rarement fait à l'urgence.

Il serait cependant pertinent d'inclure l'électrocardiogramme dans la liste des examens puisque des conditions cardiaques, telles qu'un syndrome coronarien aigu, peuvent être sous-jacentes à un délirium.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE

IDENTIFICATION ET TRAITEMENT DES CAUSES MÉDICALES SOUS-JACENTES

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

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

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

2.5.3 Approche non pharmacologique

2.5.3.1 Information et recommandations tirées des documents retenus

Cette section s'appuie sur six guides de pratique clinique [NICE, 2023; SIGN, 2022; AGS, 2021; Devlin *et al.*, 2018; Aldecoa *et al.*, 2017; RNAO, 2016] et une revue systématique [Lee *et al.*, 2022].

Les guides recommandent des interventions de prise en charge non pharmacologiques auprès de la personne qui vit un épisode de délirium. Voici les principales interventions répertoriées :

- offrir un environnement de soins adapté (p. ex. réduire le bruit, s'assurer d'une lumière adéquate, mettre une horloge et un calendrier à disposition);
- orienter la personne (p. ex. indiquer le lieu, le jour et la date, se présenter et expliquer son rôle professionnel, autoriser la présence de personnes familières au chevet);
- encourager la mobilisation;
- favoriser le sommeil;
- s'assurer du port d'appareils, tels que des prothèses auditives ou des lunettes;
- maintenir la nutrition et l'hydratation.

Un guide recommande d'adopter une méthode de communication efficace et rassurante avec les personnes présentant un délirium [NICE, 2023]. Par ailleurs, il recommande d'utiliser en premier lieu des techniques de désescalade verbales et non verbales lorsqu'une personne en délirium est en détresse et pose un risque pour elle-même ou les autres [NICE, 2023].

Une seule étude répertoriée dans une revue systématique a examiné des interventions non pharmacologiques effectuées auprès de personnes en délirium. Les résultats de cette étude indiquent que la pose d'une sonde urinaire à l'urgence est significativement associée à une augmentation de la durée du délirium [Lee *et al.*, 2022]. La sonde urinaire serait donc à éviter, lorsque cela est possible.

Les interventions recommandées mentionnées ci-dessus s'avèrent sensiblement les mêmes que celles préconisées en prévention du délirium (voir la section [Interventions préventives](#)).

Deux guides recommandent d'impliquer la famille et les personnes proches aidantes dans le plan d'intervention des personnes qui ont vécu un épisode de délirium [SIGN, 2022; RNAO, 2016].

Deux guides recommandent d'utiliser les mesures de contention seulement en dernier recours [AGS, 2021; RNAO, 2016]. 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 inscrire au dossier la mesure de contention, en faire le suivi et

procéder à sa réévaluation. La personne âgée et les personnes proches aidantes doivent être informées et rassurées quant à l'usage de mesures de contention [RNAO, 2016].

2.5.3.2 Perspective du comité consultatif

Un membre du comité souligne qu'outre les causes médicales, des facteurs liés à la vulnérabilité de base de la personne âgée ou à l'environnement de l'urgence peuvent contribuer à la présence de délirium et doivent être considérés dans la prise en charge non pharmacologique. Les membres font valoir que les interventions de prise en charge non pharmacologiques ne permettent pas de traiter le délirium de façon curative, mais s'avèrent de bonnes pratiques de soins auprès de personnes âgées.

Un membre appuie la recommandation d'utiliser des méthodes de communication efficaces auprès des personnes en délirium afin d'éviter l'escalade de comportements problématiques. Il est cependant suggéré de fournir des exemples plus concrets, tels que ceux mentionnés dans l'AAPA [MSSS, 2011], pour mieux guider la pratique des professionnels à l'urgence (p. ex. utiliser une phrase à la fois, s'assurer du contact visuel).

En ce qui concerne l'utilisation de contentions, un membre rappelle que celle-ci est réglementée par les établissements en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Un autre membre donne des exemples de modalités moins contraignantes qui peuvent parfois être utilisées en remplacement de la contention physique : présence d'une personne pour assurer la surveillance, implication de la famille et des personnes proches aidantes, utilisation de coussins d'alerte.

Les membres du comité sont d'accord avec la recommandation d'impliquer les proches dans les interventions de prise en charge. Cependant, certains d'entre eux mentionnent qu'il n'est pas aisé de mettre cette recommandation en application, compte tenu du fait que les proches ne sont parfois pas présents à l'urgence.

2.5.3.3 Perspective des personnes proches aidantes

Les personnes proches aidantes rapportent qu'elles n'ont pas été avisées d'interventions qu'elles auraient pu mettre en place lorsque la personne âgée était en délirium à l'urgence. Selon une des personnes proches aidantes consultées, bien que ces dernières puissent s'impliquer dans les interventions de prise en charge (p. ex. pour mobiliser la personne ou aider la personne à s'alimenter), les contre-indications devraient leur être transmises lorsque des précautions médicales particulières doivent être prises (p. ex. ne pas mobiliser une personne avec une fracture de la hanche, précautions pour l'alimentation en présence de dysphagie).

L'habileté du personnel à communiquer avec une personne âgée qui présente des difficultés cognitives est un sujet abordé à quelques reprises par les personnes proches aidantes. Ces dernières remarquent que le personnel s'adresse souvent à elles plutôt qu'à la personne âgée, ce qui peut accentuer la confusion chez la personne âgée. De façon générale, les personnes proches aidantes rapportent que les interventions à l'urgence ne sont pas adaptées aux personnes âgées. Les personnes proches aidantes

signalent que les simples soins de base sont souvent oubliés à l'urgence (p. ex. s'assurer que la personne porte ses lunettes, lui permettant ainsi de bien voir; s'assurer que la personne porte ses prothèses auditives, lui permettant d'entendre ce qu'on lui dit). Elles comprennent que l'attention du personnel de l'urgence est consacrée en priorité aux cas plus urgents, d'où l'importance, selon elles, de favoriser la présence des proches auprès de la personne âgée lorsque cela est possible.

Les personnes proches aidantes qui ont assisté à l'utilisation de la contention physique ou de médicaments pour la sédation en présence de comportements d'agressivité rapportent avoir été bouleversées ou paniquées. Elles auraient souhaité recevoir au préalable de l'information sur la possibilité de l'usage temporaire de contentions, dans l'éventualité où une personne en délirium est agitée. Une personne proche aidante souligne que la présence d'un surveillant a permis d'éviter l'utilisation de contentions, ce qu'elle juge comme étant un moyen plus approprié qui permet de préserver la dignité de la personne.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE

APPROCHE NON PHARMACOLOGIQUE

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

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

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

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

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

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

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



Utiliser les contentions physiques en dernier recours seulement et de façon temporaire, lorsque la personne pose un risque pour elle-même ou les autres.

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



Informez les proches quant à l'usage des contentions (utilisées en dernier recours et de façon temporaire).

2.5.4 Informations à transmettre aux personnes proches aidantes

2.5.4.1 Information et recommandations tirées des documents retenus

Un guide recommande que le patient et la famille soient informés, en cas de diagnostic positif de délirium [SIGN, 2022].

Quatre guides recommandent de transmettre de l'information aux patients qui vivent un épisode de délirium ainsi qu'à leur famille [NICE, 2023; SIGN, 2022; AGS, 2021; RNAO, 2016] à propos :

- du délirium (p. ex. la nature fluctuante des signes et symptômes, la durée);
- de la façon de communiquer avec la personne en délirium et de la réorienter;
- de la prise en charge qui sera effectuée.

2.5.4.2 Perspective du comité consultatif

Les membres sont d'accord avec les recommandations liées aux informations à transmettre aux proches. Certains hôpitaux affichent, sur les murs des salles d'attente, des informations portant sur ce qui peut être fait pour prévenir le déclin fonctionnel chez la personne âgée, sans toutefois faire spécifiquement référence au délirium.

2.5.4.3 Perspective des personnes proches aidantes

Les personnes proches aidantes ont suggéré que plus d'information leur soit transmise en ce qui concerne les différentes étapes de la prise en charge. Elles ont rapporté s'être souvent senties démunies face aux manifestations du délirium, particulièrement lorsque la personne âgée qu'elles accompagnaient présentait des idées délirantes ou des comportements d'agressivité.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE



Informations à transmettre aux proches

Informez les proches à propos :

- du délirium (signes et symptômes, durée, évolution, causes possibles);
- de la façon de communiquer avec une personne en délirium;
- de la prise en charge qui sera effectuée (causes médicales sous-jacentes et traitement, possibilité d'usage de contentions physiques ou d'antipsychotiques pour atténuer les symptômes de détresse induits par le délirium).

2.5.5 Approche pharmacologique pour atténuer les symptômes de détresse induits par le délirium

2.5.5.1 Information et recommandations tirées des documents retenus

Cette section s'appuie sur sept guides de pratique clinique [AGS, 2023; NICE, 2023; SIGN, 2022; AGS, 2021; Devlin *et al.*, 2018; Aldecoa *et al.*, 2017; RNAO, 2016] et deux revues systématiques [Cerveira *et al.*, 2017; Oh *et al.*, 2017].

Deux guides recommandent de ne pas utiliser les benzodiazépines comme traitement de première intention pour le délirium [Aldecoa *et al.*, 2023; AGS, 2021].

Selon cinq guides, l'utilisation d'antipsychotiques chez les personnes âgées en délirium n'est pas recommandée [AGS, 2023; NICE, 2023; SIGN, 2022; AGS, 2021; Devlin *et al.*, 2018]. Cependant, le recours aux antipsychotiques pourrait être requis lorsqu'une escalade des comportements problématiques est observée, malgré la mise en place d'interventions non pharmacologiques [NICE, 2023; AGS, 2021; RNAO, 2016] et dans les situations suivantes :

- chez les personnes qui présentent des signes de détresse importante induite par le délirium, dont l'anxiété, la peur, les hallucinations ou les idées délirantes, ou chez celles qui sont très agitées [NICE, 2023; SIGN, 2022; AGS, 2021; Devlin *et al.*, 2018; RNAO, 2016];
- lorsqu'une personne en délirium pose un risque pour elle-même ou pour autrui [NICE, 2023; SIGN, 2022; AGS, 2021; Devlin *et al.*, 2018].

Six guides recommandent, lorsqu'un antipsychotique doit être prescrit, d'utiliser la plus faible dose jugée efficace et d'en cesser l'administration dès que les symptômes se dissipent [Aldecoa *et al.*, 2023; AGS, 2023; NICE, 2023; SIGN, 2022; AGS, 2021; Aldecoa *et al.*, 2017; RNAO, 2016]. Les doses suivantes sont suggérées :

- Halopéridol 0,125 à 0,25 mg [Aldecoa *et al.*, 2023];
- Halopéridol 0,5 à 1 mg par voie orale (maximum 2 mg en 24 heures) [SIGN, 2022];
- Halopéridol 0,5 mg intramusculaire (maximum 2 mg en 24 heures) [SIGN, 2022];
- Risperidone 0,25 mg par jour (maximum 1 mg en 24 heures) [SIGN, 2022].

Les résultats des revues systématiques démontrent que la plupart des études portant sur l'efficacité des traitements pharmacologiques visant à atténuer les symptômes ou la durée du délirium sont de faible qualité méthodologique (peu d'études, petit nombre de sujets, absence d'essai contrôlé par placebo). Les résultats des revues systématiques sont mitigés et contradictoires. Une revue conclut que l'utilisation d'antipsychotiques (rivastigmine, olanzapine, droperidol, haloperidol) a un effet bénéfique, en ce qu'elle atténue la sévérité et la durée du délirium, ainsi que la durée du séjour à l'hôpital [Cerveira *et al.*, 2017]. Cependant, les résultats d'une autre revue indiquent qu'il n'y a pas de réduction de la durée ou de la sévérité du délirium [Oh *et al.*, 2017]. Ils

démontrent néanmoins une efficacité similaire de l'halopéridol, la rispéridone, l'olanzapine et la quétiapine [Oh *et al.*, 2017].

Quatre guides mentionnent de ne pas administrer d'antipsychotiques aux personnes ayant la maladie de Parkinson ou à corps de Lewy [Aldecoa *et al.*, 2023; AGS, 2023; NICE, 2023; SIGN, 2022]. Dans ces situations, les médicaments suivants peuvent être considérés :

- Lorazepam 0,5 à 1mg par voie orale (maximum 2 mg en 24 heures) [SIGN, 2022];
- Midazolam 2,5 mg intramusculaire (maximum 7,5 mg en 24 heures) [SIGN, 2022];
- Clozapine, pimavansérine ou quétiapine [AGS, 2023].

2.5.5.2 Information tirée de documents produits par des établissements québécois

En raison du manque de précision de certaines modalités d'administration des antipsychotiques dans les guides de pratique clinique, des documents fournis par les membres du comité ont été consultés, notamment trois ordonnances collectives : Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) et Centre intégré de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches (CISSS Chaudière-Appalaches). Un document produit par le Regroupement des unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ) a aussi été consulté.

2.5.5.3 Perspective du comité consultatif

Les membres du comité consultatif se sont montrés d'accord avec l'utilisation d'antipsychotiques dans les situations suivantes : lorsque les interventions non pharmacologiques se sont avérées inefficaces, lorsqu'une personne en délirium pose un risque pour elle-même ou pour autrui et chez les personnes qui éprouvent une détresse importante induite par le délirium.

Les membres soulèvent l'importance d'inclure un avertissement mentionnant d'éviter les benzodiazépines, sauf si la personne âgée est en sevrage d'alcool.

Ils sont aussi d'accord avec le fait de recommander la quétiapine dans les cas de Parkinson ou de démence à corps de Lewy, mais d'éviter les autres antipsychotiques. Par ailleurs, les membres se sont fortement prononcés contre l'utilisation du midazolam dans ces situations, malgré des recommandations en faveur de leur utilisation dans les guides retenus.

Il existe peu de preuves scientifiques permettant de déterminer quel antipsychotique devrait être administré en présence de délirium. Les membres proposent donc de présenter les différents antipsychotiques (halopéridol, rispéridone, quétiapine et olanzapine) dans un tableau et de laisser, à la discrétion du prescripteur, le choix de l'antipsychotique à utiliser selon la situation. Les membres sont d'avis que le message à véhiculer est de recommander des doses minimales efficaces. Dans l'éventualité où les doses proposées dans le tableau ne seraient pas efficaces pour un patient, il serait

nécessaire de demander une consultation auprès d'un spécialiste. Un membre suggère aussi d'ajouter « surveiller l'akathisie » (une forme d'agitation qui peut être confondue avec l'agitation du délirium) dans les particularités pour l'halopéridol et la rispéridone. Il est aussi suggéré d'ajouter un énoncé pour rappeler qu'il est nécessaire d'évaluer régulièrement les effets des antipsychotiques prescrits.

2.5.5.4 Perspective des personnes proches aidantes

Les personnes proches aidantes rapportent qu'elles n'ont reçu que peu ou pas d'information à l'urgence sur l'approche pharmacologique utilisée pour atténuer les symptômes du délirium.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.6 Congé de l'urgence et suivi

2.6.1.1 Information et recommandations tirées des documents retenus

Cette section s'appuie sur trois guides de pratique clinique [SIGN, 2022; Devlin *et al.*, 2018; RNAO, 2016].

En ce qui a trait au suivi à la suite du congé de l'urgence, les guides recommandent :

- d'inscrire le diagnostic de délirium dans les documents de transfert ou dans la note de congé, afin de s'assurer de la transmission de l'information;
- d'orienter la personne vers un professionnel (p. ex. l'équipe de soins de première ligne) pouvant assurer le suivi qui inclut une évaluation cognitive et fonctionnelle;
- d'organiser un rendez-vous de suivi avec un médecin spécialiste (p. ex. en gériatrie) dans le cas où le délirium n'est pas résolu au moment du congé de l'hôpital;
- de s'assurer que la personne âgée ayant débuté la prise d'un antipsychotique à l'hôpital, pour atténuer les symptômes de détresse induits par le délirium, ne la poursuive pas inutilement après sa sortie.

2.6.1.2 Perspective du comité consultatif

Les membres du comité indiquent que le congé à domicile est possible lorsque certaines conditions sont réunies : causes médicales bien identifiées et traitées, milieu de vie adéquat, présence d'un filet de sécurité psychosocial.

Le comité est d'avis que la transmission d'informations liées à l'épisode de délirium est essentielle. Une note de congé peut être transmise à l'équipe de soins de première ligne, qui pourra en assurer le suivi. Cependant, un membre mentionne qu'il n'est pas toujours possible de transmettre des documents à certains partenaires dans la communauté (p. ex. responsables de résidences privées pour aînés), en raison des enjeux de confidentialité. Il est donc suggéré de ne pas recommander l'envoi de documents de transfert, mais de plutôt recommander la transmission d'informations aux personnes pouvant en assurer le suivi.

Un membre souligne que le suivi pour une évaluation cognitive et fonctionnelle est effectivement important, mais qu'il ne doit pas nécessairement être réalisé par un spécialiste ou par une équipe de soins, le médecin de famille pouvant s'en charger.

Un membre précise que, dans la situation où un antipsychotique a été prescrit, mais n'a pu être cessé avant le congé, un calendrier de sevrage doit être noté sur l'ordonnance de départ. Si le sevrage ne semble pas possible, il serait nécessaire d'en aviser le médecin de famille, un médecin spécialiste ou un pharmacien afin de réévaluer la pertinence de poursuivre la prise de l'antipsychotique dans le but d'éviter qu'il soit administré inutilement sur une période prolongée.

2.6.1.3 Perspective des personnes proches aidantes

Les personnes proches aidantes mentionnent qu'aucun suivi formel n'a été organisé autre que celui prévu avec le médecin de famille.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE

CONGÉ ET SUIVI

- Le retour à domicile est possible lorsque l'ensemble des conditions suivantes sont présentes :
 - causes médicales bien identifiées et traitées;
 - milieu de vie adéquat;
 - présence d'un filet de sécurité psychosocial.
- Transmettre les informations relatives à l'épisode de délirium aux personnes qui peuvent en assurer le suivi (p. ex. : médecin de famille, services de soutien à domicile, personne responsable à la résidence ou au CHSLD).
- Orienter la personne vers un(e) professionnel(le) qui peut assurer un suivi qui inclut une évaluation cognitive et fonctionnelle.
- Prévoir le sevrage de l'antipsychotique sur l'ordonnance de départ si le retrait n'a pas pu être effectué avant le congé. Si un sevrage ne semble pas possible, aviser le médecin de famille, un(e) spécialiste ou un(e) pharmacien(ne) afin que la prise de l'antipsychotique soit réévaluée après le congé.

3 PERSPECTIVES DES AUTRES PARTIES PRENANTES CONSULTÉES

3.1 Panel des usagers et des proches de la DESA

Rencontré en début de projet, ce panel a alimenté la réflexion autour de certaines préoccupations susceptibles de toucher les personnes âgées ainsi que les personnes proches aidantes qui les accompagnent à l'urgence. Le panel a exprimé le souhait que les pratiques déployées auprès des personnes âgées à l'urgence soient imprégnées d'empathie, de bienveillance et de respect de la dignité. Les membres ont mentionné que les personnes proches aidantes peuvent se sentir démunies face à certains comportements de la personne âgée en délirium, particulièrement lorsqu'elle devient agitée ou agressive. Il serait important de transmettre de l'information aux proches (p. ex. sur la durée habituellement temporaire du délirium, sur les techniques de gestion comportementale pour éviter de provoquer involontairement une escalade des comportements problématiques). Le panel a aussi fait valoir que l'environnement de l'urgence n'est pas adapté aux personnes qui vivent un épisode de délirium. Les membres rapportent des situations où les comportements désorganisés des personnes qui se trouvent dans la salle d'attente peuvent faire réagir d'autres usagers qui ne sont pas sensibilisés à ce type de comportements. Il y a rarement d'endroit à l'urgence où une personne qui présente des comportements désorganisés peut se retirer. Aux fins du présent projet, le panel a suggéré de consulter des personnes proches aidantes ayant accompagné une personne âgée qui a vécu un épisode de délirium à l'urgence, afin de mieux cerner les besoins des personnes âgées et de leurs proches et de s'assurer que les pratiques recommandées y répondront. Finalement, bien que le mandat de ce projet cible spécifiquement les pratiques dans le contexte de l'urgence, les membres du panel ont souligné que l'urgence est un milieu clinique peu propice au déploiement de pratiques préventives, et que la prévention du délirium devrait surtout se faire dans les milieux de vie.

3.2 Comité de suivi

Le mandat du comité de suivi était d'alimenter la réflexion sur l'applicabilité, la faisabilité d'implantation ainsi que la diffusion des travaux. Le comité a été rencontré au début et à la fin du projet.

Les membres ont conseillé de demeurer attentif à la terminologie utilisée et aux outils d'évaluation suggérés dans l'outil d'aide à la prise en charge, afin que les différents professionnels qui s'en serviront puissent en comprendre le langage. Ils ont aussi mentionné que ce dernier devrait s'adresser à l'ensemble des professionnels œuvrant à l'urgence pour que la responsabilité de l'application des meilleures pratiques ne repose pas uniquement sur le personnel infirmier. De plus, le comité signale que certaines urgences n'ont pas accès à tous les membres de l'équipe interdisciplinaire. Selon les membres, un outil simple et rapide est nécessaire dans le contexte de l'urgence. Les

membres suggèrent aussi de rendre l'outil d'aide à la prise en charge et l'aide-mémoire disponibles en divers formats (papier et numérique), puisque différents formats sont utilisés à l'urgence.

Plusieurs membres ont évoqué certains enjeux probables à l'implantation des meilleures pratiques suggérées dans l'outil d'aide à la prise en charge. Ils mentionnent le manque de temps du personnel de l'urgence, particulièrement lors de périodes de débordement, pour effectuer des interventions non pharmacologiques. D'autres membres soulèvent aussi le fait que le personnel de l'urgence ne sollicite pas systématiquement certains types de professionnels, qui pourraient soutenir la pratique dans le contexte de délirium (p. ex. ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social). Leur rôle de ces professionnels dans le contexte de délirium à l'urgence est souvent méconnu. L'environnement de l'urgence, qui n'est pas adapté aux personnes âgées, a aussi été évoqué comme une barrière à l'implantation des bonnes pratiques.

Parmi les stratégies qui pourraient faciliter l'implantation des recommandations de meilleures pratiques, les membres ont suggéré : 1) de développer une stratégie de transfert de connaissances pour aider les professionnels à se familiariser avec l'outil de dépistage 4AT, 2) d'encourager les établissements à intégrer les recommandations issues des travaux dans leurs processus cliniques et formulaires, 3) de diffuser les résultats des travaux auprès des établissements universitaires et institutions d'enseignement et 4) de produire un document de soutien à l'implantation destiné aux gestionnaires.

Finalement, les membres du comité de suivi précisent que la diffusion des travaux pourrait se faire via l'infolettre et les réseaux sociaux des associations et ordres professionnels ainsi que par l'entremise de la communauté de pratique en lien avec l'AAPA et de la communauté virtuelle d'apprentissage et de pratique en soins d'urgence. Les travaux pourraient aussi être diffusés lors des rencontres statutaires entre le MSSS et les gestionnaires et chefs médicaux des hôpitaux. Il a par ailleurs été suggéré de promouvoir l'outil d'aide à la prise en charge et l'aide-mémoire auprès des gestionnaires qui font la vigie de la qualité des soins et de la pratique.

3.3 Comité délibératif permanent

Ce comité a été consulté au début et à la fin du projet. Ses membres ont effectué une appréciation globale de la valeur des travaux pour la société québécoise et exprimé leur appui à l'égard de l'ensemble des recommandations et constats formulés dans l'outil d'aide à la prise en charge et l'aide-mémoire. De façon générale, les membres ont souligné la pertinence et l'utilité des livrables, tant au regard du contenu qu'au point de vue de la forme, pour les professionnels œuvrant à l'urgence. Ils ont néanmoins soulevé certains enjeux liés à l'implantation des recommandations dans le contexte de l'urgence, dont le fait que l'environnement physique de l'urgence est propice au développement d'un délirium chez la personne âgée (p. ex. les lumières toujours allumées, le bruit constant). Certains membres ont discuté de la pertinence des travaux dans un contexte de continuum de soins, en rapportant notamment que les meilleures pratiques en termes

de prévention et de prise en charge du délirium devraient être promues non seulement à l'urgence, mais aussi dans les milieux de vie. Les membres du comité ont rappelé l'importance de communiquer l'information relative au délirium aux proches. Selon eux, l'outil d'aide à la prise en charge pourrait permettre aux personnes proches aidantes de comprendre les concepts associés au délirium et, ainsi, faciliter les échanges avec les professionnels.

4 ENJEUX LIÉS À L'IMPLANTATION DES MEILLEURES PRATIQUES

Tout au long du projet, les différentes parties prenantes ont soulevé divers enjeux pouvant limiter l'implantation des recommandations de meilleures pratiques dans le contexte spécifique de l'urgence.

Les membres du comité consultatif et du comité de suivi ont explicitement souligné la nécessité de produire un aide-mémoire résumant les grandes lignes de la démarche clinique et les recommandations de meilleures pratiques, en format d'une page. L'aide-mémoire est disponible sur le site Web de l'INESSS.

D'autres enjeux d'implantation relevés dans la littérature ou par les parties prenantes consultées dépassent le cadre d'élaboration de l'outil d'aide à la prise en charge. Néanmoins, ces enjeux permettent de mieux comprendre les facteurs susceptibles de freiner ou de faciliter les changements de pratique nécessaires à l'implantation des meilleures pratiques recommandées. Ces principaux enjeux, touchant les dimensions professionnelle ou organisationnelle, sont les suivants :

- le manque de connaissances chez les professionnels œuvrant à l'urgence à propos du délirium et de la prise en charge recommandée chez la personne âgée;
- le manque d'accès à des formations sur le délirium adaptées à la réalité de l'urgence (formation de courte durée et facilement accessible);
- le manque de temps et de ressources humaines;
- les nombreuses priorités à gérer dans une urgence;
- l'environnement physique de l'urgence, qui n'est pas adapté à la personne âgée (p. ex. environnement bruyant, lumières allumées en tout temps);
- certains établissements qui n'ont pas accès à tous les membres de l'équipe interdisciplinaire à l'urgence;
- la difficulté d'obtenir des informations sur le fonctionnement de base de la personne âgée (p. ex. dossier du CLSC) puisque les systèmes informatiques utilisés en milieu communautaire ne sont pas accessibles à l'urgence.

Les stratégies suivantes ont été suggérées :

- rendre accessibles des protocoles et outils cliniques faciles à utiliser, qui soutiennent ou bonifient le jugement clinique des professionnels;
- définir plus clairement les rôles et responsabilités des différents professionnels dans la gestion du délirium à l'urgence;
- mettre au point un système de communication efficace, afin que les professionnels de l'urgence aient accès à des informations sur l'état de santé et le fonctionnement de base de la personne âgée.

5 VALIDATION DES TRAVAUX

Une validation du contenu du présent rapport, de l'outil d'aide à la prise en charge et de l'aide-mémoire a été effectuée par les coordonnatrices scientifiques ainsi que par la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale et la Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé. Une validation des aspects méthodologiques a été réalisée par le Bureau – Méthodologies et éthique de l'INESSS.

La pertinence, la clarté et la complétude de l'information présentée de même que l'applicabilité à la réalité du terrain et la facilité d'utilisation de l'outil d'aide à la prise en charge et de l'aide-mémoire ont été appréciées par 15 futurs utilisateurs (médecins, infirmier(ère)s, pharmacien(ne)s, ergothérapeute) de différentes régions du Québec qui n'avaient pas participé aux travaux. Ils ont rempli un questionnaire en ligne. Leurs réponses agrégées peuvent être consultées dans le document *Annexes complémentaires*. Tous les commentaires recueillis ont été analysés par l'équipe de projet et intégrés au document final, s'il y avait lieu.

Enfin, l'outil d'aide à la prise en charge a été soumis à trois lecteurs externes possédant une expertise sur les thématiques abordées dans les travaux (délirium, urgence hospitalière et services aux personnes âgées). Ils se sont notamment prononcés sur la forme, le contenu et la qualité scientifique du rapport. L'ensemble des commentaires formulés ont été examinés par les professionnelles de l'équipe de projet, discutés avec les coordonnatrices scientifiques et intégrés dans le rapport final, le cas échéant.

CONCLUSION

Forces et limites

Les présents travaux avaient pour objectif de recenser les meilleures pratiques cliniques de prévention, d'évaluation et de prise en charge du délirium chez les personnes âgées et d'adapter ces recommandations à la réalité du contexte de pratique des urgences au Québec. Les travaux ont mené à l'élaboration d'un outil d'aide à la prise en charge et d'un aide-mémoire associé, qui s'adressent aux différents professionnels œuvrant à l'urgence. Les recommandations qui en émanent ont été élaborées en utilisant une méthodologie rigoureuse, et elles sont soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de professionnels, de chercheurs québécois et de personnes proches aidantes.

La revue de la littérature scientifique a été effectuée dans le respect des lignes directrices de production de revues rapides de l'INESSS, pour le repérage et la sélection des documents, l'évaluation de la qualité méthodologique ainsi que l'extraction et l'analyse des données. La revue de littérature publiée entre 2012 et septembre 2023 a ciblé les pratiques cliniques, mais n'a pas abordé les dimensions économique, organisationnelle, éthique et populationnelle. Seuls les guides de pratique clinique présentant une qualité méthodologique de modérée à bonne ont été retenus. Les revues systématiques présentaient, quant à elles, des risques de biais variables. Dans l'ensemble, les données recueillies relativement à la démarche clinique et aux recommandations de meilleures pratiques liées à la prévention, à l'évaluation ou à la prise en charge du délirium chez les personnes âgées à l'urgence étaient cohérentes. Néanmoins, certains aspects de la démarche clinique manquaient de précision pour guider de façon concrète la pratique clinique. Cela a nécessité l'apport de la perspective de professionnels et chercheurs du comité consultatif.

Plusieurs parties prenantes ont par ailleurs été consultées en cours de projet afin de considérer l'ensemble des perspectives qui permettent de comprendre les besoins des personnes âgées, de leurs proches et des professionnels œuvrant à l'urgence, mais aussi pour bien saisir les enjeux liés au projet. Bien que les consultations auprès des parties prenantes ajoutent une dimension essentielle à la démarche d'évaluation des travaux de l'INESSS, elles comprennent inévitablement une part de biais relevant entre autres de la représentativité des groupes consultés.

Plusieurs enjeux, particulièrement ceux touchant la pratique clinique au Québec, ont été pris en considération lors de la réalisation des présents travaux. Ils ont permis l'élaboration d'un outil d'aide à la prise en charge et d'un aide-mémoire adaptés à la réalité des urgences.

Retombées potentielles des travaux

Le délirium est une complication qui se superpose à d'autres problématiques de santé chez les personnes âgées. Il peut avoir des répercussions sur l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie de ces personnes et de leurs proches, mais aussi sur le travail des professionnels et sur les services de santé (p. ex. augmentation de la durée de séjour, réadmission hospitalière). Sans se substituer au jugement clinique, les présents travaux visent à soutenir les pratiques de prévention, d'évaluation et de prise en charge du délirium chez les personnes âgées à l'urgence. Les outils élaborés devraient ainsi favoriser une prise en charge plus rapide et adéquate du délirium et, ultimement, améliorer la qualité des soins dispensés aux personnes âgées à l'urgence.

Les changements de pratique qui pourraient découler des travaux de l'INESSS dépendront de la diffusion de l'outil d'aide à la prise en charge et de l'aide-mémoire associés à ce rapport ainsi que de l'appropriation, par les professionnels de la santé concernés, de l'information clinique et des recommandations.

Mise à jour

La pertinence de mettre à jour les recommandations énoncées dans le présent rapport sera évaluée dans quatre ans à partir de la date de publication, soit en 2028, selon l'avancement des données scientifiques sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge du délirium, selon l'évolution des pratiques cliniques ainsi que selon les besoins du réseau de la santé et des services sociaux. Advenant de nouvelles données scientifiques ou recommandations qui changent significativement la pratique, une mise à jour avant quatre ans pourrait être envisagée.

RÉFÉRENCES

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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;
- 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. Disponible à : <https://www.archcare.org/sites/default/files/pdf/ags-2014-clinical-practice-guideline-for-postop-delirium-in-older-adults.pdf>.
- American Psychiatric Association. Neurocognitive disorders. Dans : Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed, text rev. 2022.
- Boucher V, Lamontagne ME, Nadeau A, Carmichael PH, Yadav K, Voyer P, et al. Unrecognized Incident Delirium in Older Emergency Department Patients. *J Emerg Med* 2019;57(4):535-42.
- 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.
- 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.
- 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.

- 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.
- Emond M, Boucher V, Carmichael PH, Voyer P, Pelletier M, Gouin E, et al. Incidence of delirium in the Canadian emergency department and its consequences on hospital length of stay: a prospective observational multicentre cohort study. *BMJ Open* 2018;8(3):e018190.
- Emond M, Grenier D, Morin J, Eagles D, Boucher V, Le Sage N, et al. Emergency Department Stay Associated Delirium in Older Patients. *Can Geriatr J* 2017;20(1):10-4.
- Gerold KB, Gibbons ME, Fisette RE, Jr., Alves D. Review, clinical update, and practice guidelines for excited delirium syndrome. *Journal of special operations medicine : a peer reviewed journal for SOF medical professionals* 2015;15(1):62-9.
- Giroux M, Emond M, Nadeau A, Boucher V, Carmichael PH, Voyer P, et al. Functional and cognitive decline in older delirious adults after an emergency department visit. *Age Ageing* 2021;50(1):135-40.
- 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.
- 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.
- Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet* 2014;383(9920):911-22.
- 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 p.
- Jayita D et Wand ARF. Delirium screening: a systematic review of delirium screening tools in hospitalized patients. *Gerontologist* 2015;55(6):1079-99.
- 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.
- 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 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.
- 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.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Guide de gestion des urgences - Gériatrie [site Web]. 2022a. Disponible à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-geriatrie/>.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée. 2022b:102.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : Cadre de référence. 2011:205.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care. [CG103]. London, UK : NICE; 2023. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/CG103>.
- Oh ES, Fong TG, Hsieh TT, Inouye SK. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. *Jama* 2017;318(12):1161-74.
- 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.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care. second edition éd. Toronto, ON : RNAO; 2016. Disponible à : https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/RNAO_Delirium_Dementia_Depression_Older_Adults_Assessment_and_Care.pdf.
- 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.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Risk reduction and management of delirium (SIGN157). Guidelines in Practice. Edinburgh, Scotland : SIGN; 2022. Disponible à : <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/risk-reduction-and-management-of-delirium/>.
- 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.

*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

