
Le diagnostic et la prévention du delirium chez les personnes âgées

Le delirium est un problème répandu, mais trop peu reconnu, et ce, même s'il est associé à une morbidité et à une mortalité considérables. Plusieurs outils sont à la portée des cliniciens pour cerner et dépister les signes du delirium, mais le diagnostic repose essentiellement sur la reconnaissance des facteurs de risque et sur une observation minutieuse des symptômes. En outre, il existe diverses stratégies thérapeutiques, notamment des mesures d'appoint et des médicaments, de même que des interventions préventives simples.

par Susan Freter, B. Sc., M. Sc., M.D., FRCPC, et Kenneth Rockwood, M.D., MPA, FRCPC

On sait tous que, lorsqu'on est malade, il est plus difficile de se concentrer et de bien s'acquitter de certaines tâches mentales. Pour nombre de gens âgés, particulièrement ceux qui sont frêles, toute perturbation de l'état mental associée à une maladie aiguë peut se révéler catastrophique. Ce type d'altération subite, consécutive à une cause externe, est le delirium. Ce dernier n'est pas seulement une baisse quantitative de la concentration, mais aussi une baisse qualitative, puisqu'il se répercute sur la mémoire et le jugement, donnant même lieu à des hallucinations et à de la confusion.

Le Dr Freter est professeure adjointe de gériatrie au département de médecine de l'université Dalhousie, à Halifax (Nouvelle-Écosse).

Le Dr Rockwood est professeur de médecine au département de médecine (gériatrie et neurologie) à l'université Dalhousie, à Halifax (Nouvelle-Écosse).

Le delirium est un problème répandu et grave, mais trop peu reconnu, alors qu'il est associé à une morbidité et à une mortalité considérables. Les estimations situent sa prévalence entre 15 % et 60 % selon la population étudiée et la méthodologie utilisée¹⁻⁵. D'après des preuves rigoureuses, la présence de delirium est un facteur prédictif et contributif d'un pronostic sombre^{3,6-10}. De fait, il a été associé à une prolongation de l'hospitalisation et à une exacerbation du risque de complications nosocomiales. Il s'accompagne habituellement d'un déclin des habiletés fonctionnelles et cognitives et il est associé à un risque beaucoup plus grand de placement en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Le delirium a également été associé à un risque accru de mortalité en cours d'hospitalisation et après 12 mois de suivi¹⁰. Ces liens persistent même après ajustement pour tenir compte de la gravité de la maladie, de l'âge et du statut fonctionnel et cognitif au départ⁶. Ce problème de

santé peut persister des semaines, voire des mois, chez une proportion substantielle de la population âgée^{3,6-10}.

De nombreuses études ont permis de cerner les facteurs de risque à l'égard du delirium. On peut les regrouper selon leur présence au départ (facteurs prédisposants) ou leur nouveauté (facteurs déclencheurs). Les facteurs prédisposants sont, entre autres, le vieillissement, l'atteinte cognitive ou fonctionnelle préalable, l'atteinte sensorielle et la présence de comorbidités¹¹⁻¹⁶. Le fait d'être de sexe masculin et les antécédents d'alcoolisme ont aussi été mentionnés dans certaines études. La prise de médicaments serait pour sa part la plus fréquente cause iatrogène de delirium¹, puisqu'elle jouerait un rôle dans une proportion pouvant atteindre 40 % des cas¹⁷. Les médicaments les plus souvent en cause sont les benzodiazépines, les narcotiques et les médicaments avec des propriétés anticholinergiques. Il faut aussi considérer le syndrome de sevrage lié aux médicaments. Parmi les autres

Tableau 1

Critères de définition du delirium selon le DSM-IV

- Altération de la conscience (modification du niveau de présence mentale à l'endroit du milieu environnant) avec difficulté de se concentrer et de maintenir ou de modifier son attention
- Troubles cognitifs (déficit de la mémoire, distorsion, troubles du langage) ou troubles perceptuels ne pouvant s'expliquer par aucune démence préexistante connue ou présente
- Trouble qui apparaît sur une courte période (habituellement quelques heures ou quelques jours) tendant à fluctuer au cours de la journée
- Éléments de l'anamnèse ou de l'examen médical ou résultats d'analyses de laboratoire suggérant la présence d'un problème de santé, d'une intoxication ou d'effets secondaires d'un médicament pouvant être à l'origine du trouble

(Traduction libre)

Tableau 2

Méthode CAM²²

Le diagnostic de delirium peut être posé en présence des caractéristiques 1 et 2 et de la caractéristique 3 ou 4.

1. Changement soudain de l'état mental et fluctuations par la suite

- L'état cognitif du patient a-t-il changé subitement?
- Le comportement anormal fluctue-t-il durant la journée? (A-t-il tendance à disparaître et à réapparaître ou à s'accroître et à s'atténuer?)

2. Troubles de l'attention

- Le patient a-t-il de la difficulté à se concentrer? (Est-il facile à distraire? A-t-il de la difficulté à se souvenir de ce qui vient de se dire?)

3. Désorganisation de la pensée

- Le patient présente-t-il une pensée désorganisée? Est-il incohérent? (Divague-t-il ou tient-il des propos hors contexte? Ses idées sont-elles confuses ou illogiques? Passe-t-il d'un sujet à l'autre, sans qu'il semble y avoir une suite logique?)

4. Altération de l'état de conscience

- Sur le plan de son état de conscience, le patient est-il tout sauf alerte (c'est-à-dire vigilant ou hypervigilant, léthargique, endormi ou facile à éveiller, stuporeux ou difficile à réveiller, comateux ou impossible à réveiller)?

(Traduction libre)

facteurs déclencheurs, on trouve les infections, la décompensation cardiaque, l'hypoxémie et les anomalies métaboliques (surtout la déshydratation). De plus, parmi les facteurs associés, on trouve un taux d'hémoglobine bas, une douleur chronique et certaines contraintes d'ordre physique. À mentionner également que le delirium est assez fréquent après une anesthésie et une chirurgie. Quelques facteurs déclencheurs seulement suffisent pour précipiter le delirium chez une personne âgée et frêle qui présente déjà plusieurs facteurs de risque prédisposants.

Diagnostic

On pose généralement un diagnostic de delirium sur la base des critères énoncés dans la 4^e édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) (voir tableau 1)¹⁸. Il existe plusieurs outils pour dépister le delirium, notamment le *Delirium Symptom Interview*¹⁹, la *Delirium Observation Screening Scale*²⁰, l'échelle de mesure de la confusion NEECHAM²¹ et la *Confusion Assessment Method* (CAM)²². Cette dernière offre un degré de sensibilité et de spécificité de plus de 95 % et elle est rapide à utiliser (tableau 2).

Il arrive souvent aux infirmières et aux médecins de ne pas reconnaître le delirium^{5, 23-26}. Ce phénomène s'explique en partie par le fait qu'on a souvent à tort l'impression que les patients confus sont nécessairement agités, alors que les manifestations hyperactives du delirium s'observent seulement chez une minorité de patients (tableau 3). Le delirium passe donc inaperçu chez les patients indolents ou somnolents, ou alors est faussement diagnostiqué en tant que démence^{17, 26}. Par contre, le delirium sous forme hypoactive est parfois associé à un pronostic plus

Tableau 3

Phénotypes du delirium

Delirium avec agitation psychomotrice

- Cas : *delirium tremens*
- Hypervigilance, mais distractivité
- Hyperactivité autonome
- Agitation psychomotrice, allant de la nervosité à la violence

Delirium avec ralentissement psychomoteur

- Cas : état stuporeux ou comateux
- Réduction de l'attention et du degré d'éveil (vous constatez que vous parlez fort à ces patients ou que vous tapotez vigoureusement leur bras pour les stimuler)

Tableau mixte (alternance d'agitation et de ralentissement psychomoteurs)

sombre^{17, 23, 27}. La probabilité que les infirmières détectent un état confusionnel durant leurs tâches cliniques courantes est plus faible en présence de démence, d'un risque élevé de delirium au départ et d'une forme hypoactive de delirium²⁶. Le pronostic est encore plus sombre dans les cas de delirium grave que dans les cas de delirium léger, et les patients qui ne répondent pas à tous les critères, mais qui présentent néanmoins certains traits confusionnels, risquent de connaître une évolution plus sombre que s'ils présentent peu ou pas de symptômes²⁸. Il serait possible de dépister plus efficacement la maladie en procédant à une évaluation du statut cognitif (et en intégrant celle-ci à la pratique clinique de routine^{1, 17}) et en établissant des programmes éducatifs²³ et des paradigmes cliniques¹.

On a constaté que le delirium est plus facile à dépister lorsque les facteurs de risque sont déjà pris en compte au moment de l'admission. Cela facilite le diagnostic et permet de cibler les patients susceptibles de bénéficier d'une intervention. Cependant, la plupart des protocoles employés dans les études subventionnées sont difficilement applicables à

la pratique clinique courante¹². Les infirmières occupent un place privilégiée pour déceler tout changement de l'état mental et aviser les médecins de l'apparition d'un état confus. Par la suite, les analyses nécessaires peuvent être effectuées pour orienter sans délai la prise en charge. Ainsi, une formation adéquate des infirmières de premiers recours est souhaitable, bien qu'il soit difficile d'incorporer d'emblée ces recommandations dans la pratique des soins infirmiers²⁹.

Prise en charge

Dépistage. La prise en charge commence par la reconnaissance du problème, laquelle est facilitée par une évaluation cognitive de routine dans le cadre des soins courants prodigués aux patients âgés¹. L'atteinte cognitive préopératoire, mesurée au moyen du mini-examen de l'état mental (MMSE)^{4, 30, 31} ou du test de l'horloge³², semble être un bon facteur prédictif de delirium postopératoire. Le dépistage est également simplifié par la revue des antécédents du patient. Les membres de la famille s'alarment souvent devant l'apparition d'un état confusionnel chez un être cher; ils n'hésiteront pas à en parler au

médecin pour lui signaler que « leur mère n'est pas toujours comme ça ».

Identification des causes sous-jacentes. Une fois le delirium identifié, des analyses s'imposent pour en connaître les causes sous-jacentes. Les tests dépendent de l'évaluation globale du patient et incluent une revue minutieuse des médicaments administrés (une attention particulière devrait être accordée aux nouveaux médicaments et aux changements posologiques récents). Les analyses de laboratoire devraient comprendre au moins une formule sanguine complète, un bilan électrolytique, une évaluation de la fonction rénale, le taux de saturation du sang en oxygène, un électrocardiogramme, une analyse d'urine et une radiographie pulmonaire. La correction d'un déséquilibre électrolytique permet d'abrèger significativement la durée de l'épisode de delirium³³. En outre, les patients âgés frêles qui présentent des facteurs de risque à l'égard du delirium ou qui sont déjà légèrement confus se révèlent parfois incapables de se nourrir adéquatement et gagneraient à ce que l'on surveille davantage leur hydratation et leur nutrition.

Mesures d'appoint. Ces mesures comprennent le maintien d'un environnement stable, confortable et familial. La présence des proches, si possible, sécurise les patients. Si les proches passent du temps à leur chevet, ils peuvent les aider à s'orienter ou à se divertir. Ils peuvent également les aider à se nourrir, à retrouver ou à mettre en place leurs prothèses au besoin (prothèses auditives ou dentaires, lunettes, etc.) et à faire leur toilette. Il faut aussi encourager la stabilité du personnel, particulièrement du personnel infirmier. Dans la mesure du possible, la chambre doit être calme, bien éclairée, munie d'une horloge bien visible, d'un

calendrier et d'objets familiers provenant du domicile du patient. Il faut incorporer dans les soins de routine un dépistage des déficits sensoriels et veiller à ce que le patient porte ses lunettes ou ses prothèses auditives. Préférentiellement, la prise des médicaments ne devrait pas interrompre le sommeil nocturne. À noter que l'utilisation de contentions physiques ou pharmacologiques est inhumaine et risque en plus d'aggraver le delirium. Il faut faire bouger les patients ambulatoires au moins une fois par jour. De leur côté, les proches ont besoin d'être informés et rassurés. Malheureusement, ces stratégies liées à l'environnement des patients sont souvent reléguées au second plan³⁴.

Traitement pharmacologique. Dans certains cas de delirium hyperactif, l'agitation, l'agressivité et les symptômes psychotiques mettent la vie du patient ou celle d'autrui en danger, et justifient par conséquent un traitement pharmacologique. Étant donné que les médicaments utilisés pour soulager ces symptômes peuvent aggraver le delirium, il est important d'en ajuster avec soin la posologie. On dispose de peu de données empiriques sur le traitement pharmacologique du delirium⁵. L'halopéridol s'est révélé plus utile que les narcotiques³⁵ et que le lorazépam³⁶, bien que les benzodiazépines soient utilisées lorsque le delirium fait suite à un sevrage d'alcool ou de benzodiazépines elles-mêmes. On peut utiliser l'halopéridol en association avec une benzodiazépine pour réduire la dose et, ainsi, les effets secondaires associés à chacun³⁷. L'halopéridol est en général considéré comme le médicament de choix en raison de ses effets anticholinergiques minimes et doit être prescrit à faible dose régulièrement et pour une période limitée (par exemple 0,5 mg toutes les six heures pendant trois jours). Les

Tableau 4

Mesures de prévention des épisodes de delirium

- Dépistage cognitif systématique à l'admission et durant le séjour hospitalier
- Revue des médicaments afin de réduire la prise de médicaments susceptibles de causer le delirium
- Incitation à utiliser les prothèses (prothèses auditives, lunettes correctrices, etc.)
- Surveillance de l'apport liquidien et nutritionnel (avec aide au besoin)
- Identification et traitement sans retard de la déshydratation
- Mobilisation rapide
- Évitement des contentions (pharmacologiques et physiques)
- Participation des proches ou embauche d'aides pour rassurer et orienter le patient

rapports de cas portant sur les neuroleptiques atypiques semblent prometteurs³⁸. On s'est aussi intéressé à la miansérine^{39, 40}, un inhibiteur relativement sélectif des récepteurs 5-HT₂, mais des cas de delirium causé par ce médicament ont été rapportés⁴¹.

Intervention plurifactorielle. Le delirium est un syndrome plurifactoriel. Les patients frêles qui présentent un grand nombre de facteurs prédisposants y sont plus sujets. À ce titre, les stratégies d'intervention les plus efficaces seront plurifactorielles et s'appliqueront de façon proactive. Les principes de prévention et de prise en charge globale sont similaires et devraient être incorporés aux soins habituels.

Un certain nombre d'études ont mesuré l'efficacité de diverses interventions dans la prévention du delirium avec des résultats variables^{2, 42}. L'une d'entre elles a porté sur une intervention en soins infirmiers chez des patients qui avaient subi une fracture de la hanche, mais qui ne présentaient pas d'atteinte cognitive préalable. Les interventions comportaient une surveillance particulière des atteintes sensorielles et les services d'une infirmière visiteuse pour orienter et rassurer les patients; cette étude

a fait état d'une réduction significative du delirium postopératoire¹⁶. Une autre étude en soins infirmiers a confirmé les effets bienfaisants d'un programme d'intervention axé sur la reconnaissance et le traitement précoces du delirium chez des patients qui avaient subi une fracture de la hanche⁴³. Cette étude mettait l'accent sur la formation du personnel infirmier, sur le dépistage systématique des problèmes cognitifs et l'administration régulière des analgésiques prescrits. Elle a pour sa part fait état d'épisodes confusionnels moins graves et moins longs⁴³. En outre, les consultations proactives en gériatrie au cours desquelles on insiste sur les facteurs environnementaux, pharmacologiques et métaboliques ont réduit de plus du tiers l'incidence du delirium postopératoire (réduction de moitié du nombre de cas de delirium grave) chez des patients âgés souffrant d'une fracture de la hanche⁴⁴. Un programme d'intervention gériatrique et anesthésique, axé sur les complications peropératoires et postopératoires chez des patients qui avaient subi une fracture de la hanche, a donné lieu à une baisse de l'incidence et à un abrègement des épisodes confusionnels, à une réduction

Tableau 5

Renseignements à l'intention des familles dont un être cher souffre de delirium

Qu'est-ce que le delirium?	Le delirium est un signe que cet être cher éprouve des problèmes de santé. À l'heure actuelle, il n'exerce qu'un contrôle limité sur ses actions.
La situation va-t-elle s'améliorer?	La plupart des patients confus vont voir leur état s'améliorer jusqu'à un certain point. Bien des gens se remettent tout à fait, mais d'autres ont des problèmes persistants sur le plan cognitif (particulièrement sur le plan de la mémoire). Le temps le dira.
Combien de temps faudra-t-il pour voir une amélioration?	En règle générale, pour quelqu'un qui n'a jamais eu de problème de mémoire, il faut deux à quatre fois plus de temps qu'il s'en est écoulé entre l'apparition des signes apparents de delirium et le début du traitement.
Que faire pour l'aider?	Rassurer le patient. S'il est agité, lui rendre visite le soir, puisque l'état s'aggrave en général à la nuit tombée.

tion du nombre de complications post-opératoires et à des hospitalisations de plus courte durée en orthopédie⁴⁵.

Les premières études sur les interventions visant à prendre en charge le delirium chez les patients âgés hospi-

sés ont été appliqués en présence de certains facteurs de risque ciblés, notamment l'atteinte cognitive, le manque de sommeil, l'immobilité, les atteintes sensorielles et la déshydratation. Le programme a été cou-

naissance du problème et sur la formation du personnel de première ligne. Des interventions préventives simples (tableau 4) sont à la portée de tous et pourraient entraîner des économies substantielles, tout en améliorant les normes thérapeutiques pour les patients âgés hospitalisés. Comme on l'a vu, le delirium est un phénomène très stressant autant pour les patients que pour leurs proches. Il se révèle donc important de rassurer les patients confus et de leur expliquer qu'ils traversent un épisode passager. La plupart des patients qui se remettent d'un tel épisode semblent en garder peu de souvenirs, mais, chez ceux qui s'en souviennent, l'expérience est plutôt terrifiante. Il faut également expliquer aux familles ce qui se passe, en abordant en général avec eux plusieurs points (tableau 5).

Le delirium se révèle un véritable défi pour les médecins et les professionnels de la santé, car ils doivent bien souvent composer avec l'absence d'un de leurs principaux outils (les antécédents du patient). Le delirium cause beaucoup d'anxiété et nécessite des soins attentifs. Il permet en quelque sorte de mesurer ses compétences médicales.

[Les mesures d'appoint] comprennent le maintien d'un environnement stable, confortable et familial. La présence des proches, si possible, sécurise les patients. Si les proches passent du temps à leur chevet, ils peuvent les aider à s'orienter ou à se divertir. Ils peuvent également les aider à se nourrir, à retrouver ou à mettre en place leurs prothèses au besoin et à faire leur toilette.

talisés ont donné des résultats variables^{2, 46}. Il faut préciser qu'elles comportaient des lacunes sur le plan de la taille des échantillons et une très faible incidence⁴⁷ ou une très forte prévalence⁴⁸ du delirium. Une étude importante de Inouye et de ses collaborateurs¹² a porté sur l'approche d'une équipe pluridisciplinaire particulièrement bien préparée, composée d'un gériatre, d'infirmières, de thérapeutes et de bénévoles, dans un service de médecine générale. Des protocoles d'intervention standardi-

onnés de succès et a réduit davantage l'incidence et le nombre total de jours de delirium, et ce, comparativement aux soins hospitaliers habituels.

Conclusion

Le delirium est un problème de santé fréquent et grave dont les conséquences sur le pronostic sont importantes. Malheureusement, il passe souvent inaperçu et n'est pas pris en charge adéquatement. La reconnaissance et la prise en charge appropriée du delirium reposent sur une meilleure con-

Références :

1. Inouye SK, Schlessinger MJ, Lydon TJ. « Delirium: a symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care », *Am J Med* 1999;106:565-73.
2. Cole MG, Primeau F, McCusker J. « Effectiveness of interventions to prevent delirium in hospitalized patients: a systematic review », *CMAJ* 1996;155(9): 1263-8.
3. Edlund A et coll. « Clinical profile of delirium in patients treated for femoral neck fractures », *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999;10:325-9.
4. Galanakis P et coll. « Acute confusional state in the elderly following hip surgery: incidence risk factors and complications », *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16: 349-55.
5. Conn DK, Lief S. « Diagnosing and managing delirium in the elderly », *Can Fam Physician* 2001;47:101-8.
6. Inouye SK et coll. « Does delirium contribute to poor hospital outcomes? », *J Gen Intern Med* 1998;13:234-42.
7. Rockwood K. « The occurrence and duration of symptoms in elderly patients with delirium », *J Gerontol Med Sci* 1993; 48:M162-M166.
8. Levkoff SE et coll. « Progression and resolution of delirium in elderly patients hospitalized for acute care », *Am J Geriatr Psychiatry* 1994;2:230-8.
9. Moller JT et coll. « Long term postoperative cognitive dysfunction in the elderly: ISPOCD1 study », *Lancet* 1998; 351: 857-61.
10. McCusker J et coll. « Delirium predicts 12 month mortality », *Arch Intern Med* 2002;162:457-63.
11. Marcantonio ER et coll. « Delirium is independently associated with poor functional recovery after hip fracture », *JAGS* 2000;48:618-24.
12. Inouye SK et coll. « A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients », *NEJM* 1999; 340(9):669-76.
13. Inouye SK, Charpentier PA. « Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons », *JAMA* 1996;275(11):852-7.
14. Schor JD et coll. « Risk factors for delirium in hospitalized elderly », *JAMA* 1992;267(6):827-31.
15. Fick DM, Agostini JV, Inouye SK. « Delirium superimposed on dementia: a systematic review », *JAGS* 2002;50: 1723-32.
16. Williams MA et coll. « Reducing acute confusional states in elderly patients with hip fractures », *Res Nurs Hlth* 1985;8: 329-37.
17. Meagher DJ. « Delirium: optimizing management », *BMJ* 2001; 322:144-9.
18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e édition, Washington, 1994, American Psychiatric Association. p. 123-33.
19. Albert MS et coll. « The Delirium Symptom Interview: an interview for the detection of delirium in hospitalized patients », *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1992;5:14-21.
20. Shuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Duursma SA. « The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium », *Res Theory Nurs Pract* 2003;17(1): 31-50.
21. Neelon VJ et coll. « The NEECHAM Confusion Scale: construction, validation, and clinical testing », *Nursing Research* 1996;45(6):324-30.
22. Inouye SK et coll. « Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method », *Ann Int Med* 1990;113: 941-8.
23. Rockwood K et coll. « Increasing the recognition of delirium in elderly patients », *JAGS* 1994;42:252-6.
24. Gustafson Y et coll. « Underdiagnosis and poor documentation of acute confusional states in elderly hip fracture patients », *JAGS* 1991;39:760-5.
25. Dyer CB, Ashton CM, Teasdale TA. « Postoperative delirium: a review of 80 primary data-collection studies », *Arch Intern Med* 1995;155:461-5.
26. Inouye SK et coll. « Nurses' recognition of delirium and its symptoms », *Arch Intern Med* 2001;161:2467-73.
27. O'Keefe ST. « Clinical subtypes of delirium in the elderly », *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999;10:380-5.
28. Marcantonio E et coll. « Delirium severity and psychomotor types: their relationship with outcomes after hip fracture repair », *JAGS* 2002;50:850-7.
29. Cole MG et coll. « Systematic detection and multidisciplinary care of delirium in older medical inpatients: a randomized trial », *CMAJ* 2002;167(7):753-9.
30. Folstein MF, Folstein SE. « Mini-Mental State: a practical guide for grading the cognitive state of patients for the clinician », *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
31. Edlund A et coll. « Delirium before and after operation for femoral neck fracture », *JAGS* 2001;49:1335-40.
32. Fisher BW, Flowerdew G. « A simple model for predicting postoperative delirium in older patients undergoing elective orthopedic surgery », *JAGS* 1995;43:175-8.
33. Koizumi J et coll. « Duration of delirium shortened by the correction of electrolyte imbalance », *Jpn J Psychiatry Neurol* 1988;42:81-8.
34. Meagher DJ et coll. « The use of environmental strategies and psychotropic medication in the management of delirium », *Brit J Psychiatry* 1996;168: 512-5.
35. Sanders K et coll. « Delirium during intra-aortic balloon pump therapy: incidence and management », *Psychosomatics* 1992;33(1):35-44.
36. Breitbart W et coll. « A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients », *Am J Psychiatry* 1996;153:231-7.
37. Menza MA, Murray GB, Holms VF, Rafuls WA. « Controlled study of extrapyramidal reactions in the management of delirious, medically ill patients: intravenous haloperidol versus intravenous haloperidol plus benzodiazepines », *Heart Lung* 1988;17:238-41.
38. Sipahimalani A, Masand PS. « Use of risperidone in delirium: case reports », *Ann Clin Psychiatry* 1997;9:105-7.
39. Ikeguchi K, Kuroda A. « Mianserin treatment of patients with psychosis induced by antiparkinsonian drugs », *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995;244(6):320-4.
40. Cole MG, Primeau FJ, Elie LM. « Delirium: prevention, treatment and outcome studies », *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1998;11:126-37.
41. Bonne O, Shalev AY, Bloch M. « Delirium associated with mianserin », *Eur Neuropsychopharmacol* 1995; 5(2):147-9.
42. Britton A, Russell R. « Multidisciplinary team interventions for delirium in patients with chronic cognitive impairment (Cochrane Review) », dans : *The Cochrane Library*, n° 1, 2003. Oxford: Update Software.
43. Milisen K et coll. « A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients », *JAGS* 2001;49:523-32.
44. Marcantonio ER et coll. « Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial », *JAGS* 2001;49:516-22.
45. Gustafson Y et coll. « A geriatric-anesthesiologic program to reduce acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fractures », *JAGS* 1991; 39:655-62.
46. Cole M. « Delirium: effectiveness of systematic interventions », *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999;10:406-11.
47. Nagley SJ. « Predicting and preventing confusion in your patients », *J Gerontol Nursing* 1986;12:27-31.
48. Wanich CK et coll. « Functional status outcomes of a nursing intervention in hospitalized elderly », *Image J Nurs Sch* 1992; 24:201-7.