

Évaluation en vue de déterminer la ou les causes du délirium

- Histoire médicale détaillée, corroborée par un proche et examen physique complet.
- Une attention particulière doit être accordée aux problèmes de santé et aux traitements (y compris les médicaments) qui sont les plus susceptibles de contribuer au délirium.
- D'habitude, une neuroimagerie n'est pas requise, sauf en cas de traumatisme crânien récent, de chute, d'utilisation d'anticoagulants, de nouveaux signes neurologiques focaux, de fièvre inexplicquée, de signes d'augmentation de la pression intracrânienne (par exemple, nouveaux maux de tête, vomissements, altération de l'état mental, œdème papillaire) ou si aucune cause n'a été trouvée après une évaluation approfondie.

Investigations souvent indiquées ou à considérer

- Formule sanguine complète (FSC)
- Biochimie – calcium, albumine, créatinine, urée, électrolytes, tests de la fonction hépatique, glucose
- Tests de la fonction thyroïdienne (par exemple, TSH)
- Hémoculture
- Saturation en oxygène ou gaz du sang artériel
- Uroculture, en cas de symptômes des voies urinaires inférieures, d'une suspicion de septicémie, d'un trouble neurocognitif majeur avancé et/ou d'une sonde à demeure
- Radiographie pulmonaire
- Électrocardiogramme (ECG)
- D'autres investigations peuvent être indiquées en fonction de la présentation clinique

Prise en charge

A. Traiter les facteurs sous-jacents favorisant/déclenchant le délirium

- Corriger tous les facteurs contributifs traitables.
- Lorsque possible, arrêter ou sevrer les médicaments pouvant contribuer au délirium (ou utiliser la dose la plus faible possible). Consulter le tableau des « médicaments à haut risque ».
- En cas de suspicion d'infection, commencer les antibiotiques rapidement.
- Assurer la stabilité cardiovasculaire, une oxygénation adéquate et un équilibre hydrique/électrolytique.
- S'assurer que l'intestin et la vessie fonctionnent bien (par exemple, la rétention urinaire peut augmenter l'agitation).
- Surveiller la nutrition et l'intégrité de la peau.
- Dépister et corriger les déficiences sensorielles (par exemple, en prescrivant le port de prothèses auditives, de lunettes).
- Évaluer et gérer la douleur en utilisant les interventions les plus sûres.
- Favoriser un sommeil réparateur et essayer d'éviter l'utilisation de sédatifs si possible.
- Surveiller l'état physiologique et l'état mental de la personne âgée. Évaluer la réponse aux soins prodigués et modifier au besoin.
- S'assurer que le patient âgé est en sécurité en l'observant de près, si nécessaire. Ceci pourrait se faire dans le cadre de soins individuels prodigués par le personnel, un soignant engagé, un membre de la famille (si disponible), ou un bénévole formé.

Liste de médicaments à haut risque de contribuer au délirium :

Catégories de médicaments	Exemples
Sédatifs - hypnotiques	<ul style="list-style-type: none"> • Agonistes des récepteurs des benzodiazépines (tels que le diazépam, la zopiclone) • Barbituriques • Antihistaminiques (par exemple, diphenhydramine)
Narcotiques	<ul style="list-style-type: none"> • Tout opiacé risque de précipiter le délirium
Médicaments ayant des effets anticholinergiques (ceci n'est pas une liste exhaustive)	<ul style="list-style-type: none"> • Antidépresseurs (par exemple, amitriptyline) • Antihistaminiques (par exemple, diphenhydramine) • Antimuscariniques (par exemple, oxybutynine) • Agents antiparkinsoniens (par exemple, benzotropine) • Antipsychotiques (par exemple, olanzapine) • Antispasmodiques (par exemple, dicyclomine) • Relaxants musculaires squelettiques (par exemple, cyclobenzaprine) • Effets cumulatifs de plusieurs agents
Anticonvulsants	<ul style="list-style-type: none"> • Primidone • Phénytoïne
Antiparkinsoniens	<ul style="list-style-type: none"> • Agonistes de la dopamine • Lévodopa-carbidopa • Amantadine

B. Communication/gestion du comportement

- Identifier les facteurs qui ont déclenché l'agitation et modifier l'environnement de la personne et/ou la prestation des soins.
- Essayer de comprendre ce que vit le patient, surtout s'il présente des signes et symptômes psychotiques. Le rassurer peut l'aider à passer à travers cette épreuve.
- Maximiser la sécurité en utilisant les mesures les moins restrictives. L'utilisation de moyens de contention pour prévenir l'errance ou les chutes n'est pas justifiée.
- Encourager la présence d'un membre de la famille ou d'un ami pour aider à calmer le patient.

- Interagir avec le patient de manière appropriée.
- Évaluer le besoin d'un interprète.
- Communiquer de façon claire et simple. Éviter la confrontation et utiliser la distraction pour minimiser l'agitation. Dire son nom, sa discipline et la raison de la visite au début de chaque rencontre.
- Fournir à la personne âgée atteinte de délirium et à sa famille des informations sur le délirium.

Balayer pour voir

Des informations sur le délirium



C. Mesures concernant l'environnement

- Éviter les transferts de chambre et les changements de personnel soignant.
- Orienter la personne au moins trois fois par jour, par exemple, à l'aide d'une montre ou d'un calendrier et la rassurer.
- Utiliser un éclairage approprié pour réduire les illusions et favoriser le sommeil.
- Fournir des objets familiers à la personne âgée pour réduire la désorientation.
- Veiller à ce que l'environnement soit sécuritaire pour la personne âgée et les autres.

Gestion pharmacologique des symptômes du délirium

- La prise en charge doit être individualisée et les stratégies non pharmacologiques doivent être utilisées en premier lieu.
- Les données probantes actuelles ne soutiennent pas l'utilisation systématique d'antipsychotiques pour les symptômes du délirium. Une utilisation à court terme peut être envisagée dans des circonstances telles que : un risque imminent de blessures pour la personne elle-même ou pour autrui.
 - » Utiliser uniquement après une évaluation minutieuse des effets indésirables potentiels. Considérant le risque d'allongement de l'intervalle QTc, il est recommandé d'effectuer un ECG avant et pendant le traitement.

- » Prescrire une monothérapie à la dose appropriée la plus faible pour la durée la plus courte possible.
- » Consigner dans un document un plan pour la durée proposée d'utilisation suivi des critères d'arrêt.
- » Le choix devrait être guidé par le profil des effets secondaires et des comorbidités du patient (consulter le tableau).
- » Une utilisation prudente de la quétiapine à faible dose est recommandée chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson ou le TNCM à corps de Lewy qui ne peuvent pas être prises en charge par des mesures non pharmacologiques.
- Les benzodiazépines peuvent exacerber le délirium et doivent être réservées aux personnes dont le délirium est dû à un sevrage d'alcool ou d'un sédatif/hypnotique.

Comparaison des antipsychotiques couramment prescrits utilisés pour le délirium hyperactif chez les personnes âgées

Médicament	Catégorie	Doses initiales	Voie	Sédation	Risque de SEP	Activité anticholinergique
Quétiapine	Deuxième génération	6,25-12,5 mg	Orale	Élevée	Faible	Modérée ¹
Rispéridone	Deuxième génération	0,25-0,5 mg	Orale	Faible	Modérée	Modérée
Olanzapine	Deuxième génération	1,25-2,5 mg	Voie orale, IM	Élevée	Modérée	Élevée
Halopéridol	Première génération	0,25-0,5 mg	Orale, IM, IV [‡]	Faible	Élevée	Faible
Loxapine	Première génération	10 mg	Voie orale, IM	Élevée	Modérée	Modérée

IM= intramusculaire, IV= intraveineuse, SEP= symptômes extrapyramidaux.

¹À des doses élevées (>100 mg) qui ne sont généralement pas utilisées pour le délirium.

[‡]Risque important d'allongement de l'intervalle QT avec l'utilisation par voie intraveineuse.

Adaptation de Reppas-Rindlischbacher, C, Wiesenfeld, L, Stall, NM. Antipsychotiques pour les personnes âgées hospitalisées atteintes de délirium. CMAJ 2023. doi : 10.1503/cmaj.230227. (Annexe 1)

Le délirium

Évaluation et traitement chez les personnes âgées

D'après les :
Lignes directrices de la
CCSMPA - Évaluation et
traitement du délirium
(2006, mise à jour de 2014)

© Coalition canadienne pour la santé mentale
des personnes âgées, version révisée en 2024

- Le délirium est une urgence médicale qui touche fréquemment les personnes âgées.
- Les causes possibles du délirium sont multiples ainsi que les facteurs qui le favorisent, le déclenchent ou le perpétuent.
- Il est possible de prévenir le délirium. La connaissance des facteurs de risque modifiables est la clé de la prévention.
- Le délirium est souvent manqué ou diagnostiqué à tort comme étant un trouble neurocognitif majeur ou une dépression.
- Même lorsqu'il est détecté de façon précoce, évalué adéquatement et bien pris en charge, le délirium peut persister de quelques semaines à quelques mois, voire plus longtemps.
- Il faut envisager tout d'abord des interventions non pharmacologiques en cas de symptômes du délirium - les antipsychotiques ne devraient pas être utilisés de façon routinière. Ils ne préviennent ni ne réduisent la durée du délirium, peuvent le précipiter et s'accompagnent d'effets secondaires graves.
- Le recours à des moyens de contention devrait être minimisé, car ces derniers peuvent accroître l'agitation et précipiter le délirium.
- Une prise en charge efficace nécessite une approche interdisciplinaire.

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (www.ccsmpa.ca)

Télécharger des copies gratuites de la Ligne directrice nationale sur l'évaluation et le traitement du délirium et d'autres ressources sur le délirium fondées sur des données probantes.

[Les références sont disponibles sur demande.]



Selon le DSM-5-TR, les principales caractéristiques du délirium sont les suivantes

- Une perturbation de l'attention (c.-à-d. diminution de la capacité de diriger, focaliser, soutenir et déplacer son attention) et de la conscience (diminution de l'orientation dans l'environnement).
- La perturbation s'installe en un temps court (habituellement quelques heures à quelques jours), représente un changement par rapport à l'attention et à la conscience préalables, et tend à fluctuer en sévérité tout au long de la journée.
- Une autre perturbation cognitive (p. ex. un déficit de la mémoire, de l'orientation, du langage, des habiletés visuospatiales ou des perceptions).

Le délirium peut être la conséquence d'un autre état pathologique, d'une intoxication par des substances ou d'un sevrage d'une substance, d'un effet secondaire dû à un médicament ou d'étiologies multiples. Il n'est pas toujours possible d'établir l'étiologie spécifique chez une personne âgée.

Sous-types de délirium

- Hyperactif** : Les individus sont agités, nerveux, hypervigilants, souvent psychotiques (en proie à des idées délirantes, à des hallucinations) et peuvent être physiquement violents.
- Hypoactif** : Les patients sont léthargiques, somnolents, apathiques, calmes, répondent lentement aux questions, et leurs mouvements spontanés sont réduits. Ce sous-type peut passer facilement inaperçu.
- Mixte** : Les individus présentent un mélange des caractéristiques du délirium hyperactif et hypoactif.

Durée du délirium

- Aigu** : Qui dure quelques heures ou quelques jours
- Persistant** : Qui dure des semaines ou des mois

Outils de dépistage

Il est recommandé d'utiliser le **3D-CAM** (le diagramme suit) comme outil de dépistage et de diagnostic du délirium. Un UB-CAM positif peut être utilisé pour déterminer s'il est nécessaire ou non d'administrer le 3D-CAM complet (le test UB-CAM est positif si la personne âgée est incapable d'indiquer le bon jour de la semaine et/ou d'énumérer correctement les mois de l'année à l'envers).

Pour aider à évaluer le délirium lié au sevrage de l'alcool :

- Évaluation du sevrage actif à l'aide du CIWA-Ar
- Les outils de dépistage doivent être interprétés dans un contexte clinique et ne diagnostiquent pas eux-mêmes le délirium. Dans les cas plus complexes, il faut envisager des mesures supplémentaires pour évaluer l'état neurocognitif ou penser à une orientation vers un spécialiste.



Balayer pour voir
UB-CAM



Balayer pour voir
Protocole médical national —
Sevrage d'alcool - Annexe I et II

Critère diagnostic 1 : Apparition soudaine ou fluctuation
*Est-ce qu'au moins UN des éléments suivants est présent? **
Entretien direct : le patient signale être confus OU désorienté OU a des hallucinations
Observations pendant l'entretien : trouble de l'état de conscience OU de l'attention OU du langage

Arbre décisionnel 3D-CAM

OUI/NON

Critère diagnostic 2 : Inattention
Est-ce qu'au moins UN des éléments suivants est présent?
Entretien direct : erreur pendant les séries numériques inversées OU en donnant les jours de la semaine/les mois de l'année en sens inverse
Observations pendant l'entretien : difficulté à suivre la conversation OU distractabilité excessive par des stimuli externes

NON
État confusionnel ABSENT

OUI

Critère diagnostic 3 : Pensée désorganisée
Est-ce qu'au moins UN des éléments suivants est présent?
Entretien direct : désorientation dans le temps (année, jour de la semaine) OU l'espace
Observations pendant l'entretien : idées troubles OU discours décousu OU réponses minimales

OUI
État confusionnel PRÉSENT
Seulement si la réponse à la première question est "oui". Dans le cas contraire, voir les questions supplémentaires pour identifier le critère 1

NON

Critère diagnostic 4 : Altération de l'état de conscience
Est-ce qu'au moins UN des éléments suivants est présent?
Observation pendant l'entretien : le patient est somnolent, très endormi, comateux OU semble en état d'alerte

OUI
État confusionnel PRÉSENT

***Questions supplémentaires pour identifier le critère diagnostic 1**
À demander uniquement si le critère 2 est présent, et le critère 3 ou 4 est présent, mais il y a un doute pour le critère 1 :

Contactez un membre de la famille, un proche, ou un soignant et demandez : «Avez-vous remarqué un changement de mémoire ou de raisonnement par rapport à la normale ?» **OU**
À partir du 2ème jour d'hospitalisation, si des évaluations 3D-CAM sont disponibles : Une ou plusieurs des réponses / observations a-t-elle changé dans le temps?

OUI
État confusionnel PRÉSENT

Causes fréquentes du délirium

Les personnes vulnérables (c'est-à-dire celles vivant avec un trouble neurocognitif majeur ou une maladie sous-jacente grave) peuvent développer le délirium à la suite d'un problème de santé relativement banal. Quand à celles qui sont peu vulnérables, il faudrait une offense plus grave pour qu'elles développent le délirium.

Cause	Exemples
Induit par la médication	(voir le tableau des « médicaments à haut risque » au verso)
Sevrage d'alcool, de drogues ou de médicaments	Sédatifs-hypnotiques (voir le tableau des « médicaments à haut risque » au verso)
Délirium postopératoire	À la suite d'une chirurgie cardiaque, orthopédique
Infections	Infection des voies respiratoires inférieures, infection urinaire symptomatique
Déséquilibre hydroélectrolytique	Déshydratation/hypovolémie
Pathologies métaboliques ou endocriniennes	Urémie, encéphalopathie hépatique, hypo/hyperglycémie, hypo/hyperthyroïdie, insuffisance surrénalienne, hypercalcémie
Hypoperfusion cardiogène et/ou hypoxie	Insuffisance cardiaque, œdème pulmonaire, insuffisance respiratoire
Problème intracrânien	Accident vasculaire cérébral, traumatisme crânien fermé, œdème cérébral, hématome sous-dural, méningite, convulsions
Facteurs sensoriels ou environnementaux	Déficience visuelle/auditive, utilisation de moyens de contention physique, utilisation d'une sonde vésicale, environnement (soins aigus, en particulier soins intensifs)

Reproduit avec l'autorisation de Palihnich, K, Gallagher, J, Inouye, SK, Marcantonio, ER. *The 3D CAM Training Manual for Research* Version 4.1. 2016; Boston : Hospital Elder Life Program. Le 3D-CAM Training Manual est disponible auprès de l'American Delirium Society.

Interventions pour prévenir le délirium

- Éviter d'ajouter et réduire avec précaution certains médicaments (par exemple, les opioïdes et les psychotropes).
- Arrêter les médicaments inappropriés ou inutiles, incluant les médicaments sans ordonnance.
- Utiliser une approche standard et par étapes pour contrôler la douleur.
- Maintenir des habitudes de sommeil normales et éviter l'utilisation de sédatifs.
- Réguler les fonctions intestinales et urinaires; éviter les sondes urinaires à demeure.
- Promouvoir le dépistage précoce et la prise en charge rapide des complications postopératoires.
- Adopter une approche qui minimise le recours à des moyens de contention.
- Encourager une mobilité et s'assurer qu'elle soit sécuritaire.
- Maintenir une bonne hydratation et surveiller les symptômes et signes de déshydratation.
- Assurer un apport d'oxygène en cas d'hypoxie.
- Assurer un apport nutritionnel adéquat.
- Proposer des activités de réorientation ou de stimulation cognitive.
- Utiliser des prothèses, si nécessaire, pour optimiser la vue et l'ouïe.

Cette ressource est destinée à des fins d'information uniquement et n'est pas destinée à être interprétée ou utilisée comme une norme de pratique médicale.