



2.122 – ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE PRISE EN CHARGE DU DÉLIRIUM

CLIENTÈLE VISÉE

- Prise en charge des patients présentant un score de 4 ou plus à l'outil de dépistage 4AT ou avec un diagnostic de délirium.
Se référer à l'aide-mémoire de la p.3 pour un résumé des facteurs précipitants et des grands principes d'intervention du délirium.

CRITÈRES D'EXCLUSION

- Patients souffrant de délirium secondaire à un sevrage à l'alcool ou aux benzodiazépines;
- Patients dont le délirium survient dans un contexte de soins palliatifs;
- Patients dont le délirium survient dans un contexte des soins intensifs, se référer d'abord au médecin traitant avant d'appliquer cette OPI.

BILAN

BILAN DE BASE DU DÉLIRIUM	BILAN CIBLÉ SELON LA CLINIQUE
☐ Glycémie capillaire x 1 ☐ Bladder Scan (résidu post-mictionnel) x 1 Si non effectué au cours des dernières 24 heures : ☐ FSC ☐ Électrolytes (Na ⁺ , K ⁺ , Cl ⁻) ☐ Créatinine ☐ Urée ☐ Bicarbonate ☐ Glucose Si non effectué au cours de l'admission actuelle : ☐ Bilirubine totale ☐ ALT ☐ Phosphatase alcaline ☐ Calcium Total ☐ Albumine ☐ Magnésium ☐ TSH ☐ Vitamine B12	☐ ECG ☐ Radiographie pulmonaire (PA et latérale) ☐ Plaque simple de l'abdomen ☐ Scan tête ² ☐ Troponine hs ☐ Hémocultures (2 séries) ☐ Analyse d'urine ¹ si POSITIF → ☐ Culture d'urine ☐ Gaz veineux/lactate ☐ Autres : (ex. : digoxine, acide valproïque, phénytoïne, lithium) : _____

¹L'analyse et la culture d'urine ne doivent pas être effectuées de manière systématique. Ces tests sont appropriés en présence de symptômes attribuables aux voies urinaires inférieures (urgence mictionnelle, pollakiurie, dysurie, douleur abdominale inférieure, avec fièvre et/ou changement de la qualité de l'urine) ou aux voies urinaires supérieures (fièvre, hypotension, sensibilité de l'angle costo-vertébral).

²Le scan/tomodensitométrie de la tête ne doit pas être effectué de manière systématique. Cet examen est approprié en présence de déficits neurologiques focaux et/ou latéralisés ou à la suite d'un traumatisme crânien chez les patients recevant des anticoagulants.

CONSULTATION

- Compléter le formulaire de consultation médicale/service professionnel approprié
- ☐ Psychiatrie ☐ Médecine interne ☐ Physiothérapie ☐ Ergothérapie ☐ Travail social
- ☐ Pharmacie ☐ Infirmier.ère de liaison ☐ Gestionnaire de cas complexes et grands consommateurs
- ☐ Autre : _____

MÉDICATION

- Réviser tous les médicaments, en particulier ceux qui ont des propriétés anticholinergiques, car ils peuvent contribuer au délirium. Voir la « Liste des médicaments potentiellement associés au délirium » disponible dans l'aide-mémoire Prise en charge du délirium, p.3.
- Analyser le rôle causatif des nouveaux médicaments, de l'augmentation des doses ou des interactions médicamenteuses potentielles dans l'apparition du délirium.
- Évaluer les éventuels symptômes de sevrage liés à l'arrêt de l'alcool ou des médicaments (par exemple, l'utilisation prolongée de sédatifs plus de 2 semaines en continue).
- Cesser, suspendre ou sevrer progressivement les antipsychotiques non essentiels.

Signature du médecin/IPSSA : _____	Date : _____ Heure : _____
------------------------------------	----------------------------



2.122 – ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE PRISE EN CHARGE DU DÉLIRIUM

INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES À LA CAUSE IDENTIFIÉE

Hydratation

La présence d'une perfusion IV, la déshydratation et les déséquilibres électrolytiques augmentent le risque de délirium.

- ☐ Cesser la perfusion IV ☐ Perfusion IV : Type : _____ à _____ mL/h pour ☐ 24 h ☐ 48 h ☐ Autre : _____
☐ Cesser le cathéter périphérique ☐ Conserver le cathéter périphérique

Système urinaire

En général, les sondes urinaires peuvent augmenter l'incidence du délirium.

- ☐ Cesser l'utilisation de la sonde urinaire STAT ☐ Maintenir la sonde urinaire
☐ Évaluer le résidu post-mictionnel dans 4 heures OU si des symptômes de rétention urinaire apparaissent.
☐ Informer le médecin ou l'IPS si le résidu post-mictionnel est supérieur à 400 mL.

Sommeil

- Mettre en place des interventions non-pharmacologiques en 1^e instance (Se référer à l'aide-mémoire Prise en charge du délirium, p.3)
- Favoriser l'utilisation de la mélatonine en première intention.
 - ☐ Mélatonine 3 mg (1 co de 3 mg) PO HS ☐ Mélatonine 6 mg (2 co de 3 mg) PO HS ☐ Mélatonine 9 mg (3 co de 3 mg) PO HS
 - Cette ordonnance annule toute prescription de la section « insomnie » des ordonnances collectives générales 1.10 et 1.11.
- Éviter d'utiliser les benzodiazépines/zopiclone et les antipsychotiques en première intention pour traiter l'insomnie ou l'agitation, en raison de leur risque accru de causer ou d'exacerber le délirium et les chutes.
- Considérer interrompre, cesser ou sevrer les sédatifs et/ou hypnotiques actuels.

Douleur

Une gestion efficace de la douleur réduit le risque de délirium, mais l'utilisation inappropriée des antidouleurs peut contribuer au délirium.

- Considérer interrompre, cesser ou sevrer les opioïdes en cours si possible.
- Favoriser l'utilisation des co-analgésiques dans la gestion de la douleur (ex : acétaminophène, AINS topique, prégabaline, etc.). Utiliser la dose minimale efficace.
- Co-analgésique (ou compléter la section du bas – *Modifications ou ajouts de prescriptions*)
 - ☐ ≤ 45 kg : Acétaminophène (Tylenol^{MD}) 650 mg PO ou IR q 6 h PRN ☐ ≥ 45 kg : Acétaminophène (Tylenol^{MD}) 975 mg PO ou IR q 6 h PRN
 - ☐ Gel de diclofénac (Voltaren^{MD} Gel) 1,16 % application PRN TID au niveau de la zone affectée (préciser la zone) : _____
 - ☐ Prégabaline (Lyrica^{MD}) _____ mg PO _____

Constipation

La constipation peut contribuer au délirium.

- Appliquer le protocole 3.20 - Prévention et traitement de la constipation.

Agitation sévère malgré la mise en place d'interventions non pharmacologiques

- Considérer une consultation en psychiatrie (p.1)
 - Les interventions pharmacologiques pour le délirium sont généralement réservées aux patients souffrant d'une agitation sévère menaçant leur sécurité ou celles d'autrui, causant l'interruption de thérapies médicales essentielles, ou causant une détresse sévère au patient en raison de l'agitation ou de symptômes psychotiques.
 - Si un traitement pharmacologique urgent est souhaité, l'utilisation de l'halopéridol (Haldol^{MD}) à faible dose (0,25 à 0,5 mg PO, SC, IM ou IV q 4-6 h PRN) peut être considéré. À éviter chez les patients qui ont un QTc significativement allongé, atteints de la maladie de Parkinson ou d'une démence à corps de Lewy.
- Modifications ou ajouts de prescriptions (ou compléter une ordonnance individuelle)

À cesser	Ajout(s)	Modification(s)
☐	☐	☐
☐	☐	☐

Signature du médecin/IPSSA : _____	Date : _____ Heure : _____
------------------------------------	----------------------------

AIDE-MÉMOIRE PRISE EN CHARGE DU DÉLIRIUM

FACTEURS PRÉCIPITANTS (CAUSES POTENTIELLES)

→ Rechercher en moyenne 2 à 6 causes.

→ Prudence et vigilance lorsqu'une cause apparaît très évidente (une cause unique est exceptionnelle : < 50 % des cas)

D	« Drugs »/médicaments : avoir une attention particulière au nouveau médicament, changement récent de dose, substances diverses, médicaments prescrits ou en vente libre. <i>Les médicaments sont responsables de presque 40 % des déliriums</i>
É	Électrolytiques : déséquilibre électrolytiques, déshydratation, dénutrition ($\downarrow$ poids $\geq 2\%$ x 1 sem.)
L	Environnement peu familier : hospitalisation, changement de chambre, contention, etc.
I	Infection
R	Réduction des apports sensoriels : déficience visuelle ou auditive, isolation sensorielle
I	Immobilité
U	Urinaire : rétention urinaire/sonde, constipation/fécalome, diarrhée
M	Métabolique : anomalies métaboliques et endocriniennes (carence vitaminique [vit. B12], hypo-hyperthyroïdie, fièvre, hypothermie, hypo-hyperglycémie / etc.)
Autres	État post-opératoire/douleur non soulagée; radiothérapie; maladies auto-immunes Trauma/fracture Atteinte myocardique/état O ₂ diminué (infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, hypotension intracrânienne, hypoxie, hypercapnie, embolie pulmonaire, MPOC, asthme, etc.) Atteinte neurologique (AVC, métastases)

Référence : Adapté du CUSM et de Saint Louis University Geriatrics Evaluation Mnemonics Screening Tools (SLU GEMS). Développé par : des membres du corps enseignant de la division de gériatrie de l'université Saint-Louis et du GRECC des affaires des anciens combattants de Saint-Louis.

MÉDICAMENTS POTENTIELLEMENT ASSOCIÉS AU RISQUE DE DÉLIRIUM (liste non exhaustive)

Médicaments à propriétés anticholinergiques	
- Anticholinergiques pour l'hyperactivité vésicale : oxybutynine, tolterodine, solifénacine, fésotérodine, trospium. - Antihistaminiques (première génération) : chlorphéniramine, dimenhydrinate, diphenhydramine, cyproheptadine, hydroxyzine. - Antiparkinsoniens : benztropine, procyclidine, trihexyphénidyle - Antipsychotiques (avec de fortes propriétés anticholinergiques) : chlorpromazine, clozapine, olanzapine, loxapine - Bloqueurs des récepteurs H₂ : cimétidine, ranitidine, famotidine	- Relaxants musculaires : cyclobenzaprine, méthocarbamol - Antidépresseurs tricycliques : amitriptyline, désipramine, doxépine, imipramine, nortriptyline. - Autres : opium-belladonna, paroxétine, prochlorperazine, prométhazine, scopolamine, hyoscine butylbromide, atropine, icyclomine, disopyramide
Psychotropes (qui ne figurent pas déjà dans la liste ci-dessus)	
- Antiépileptiques : gabapentine, levetiracetam, prégabaline, phénytoïne, phénobarbital, primidone - Antiparkinsoniens : lévodopa/carbidopa, amantadine, pramipexole, ropinirole, sélégiline - Benzodiazépines : bromazépam, diazépam, flurazépam, lorazépam, oxazépam, clonazépam	- Hypnotiques sédatifs autres que les benzodiazépines : zopiclone, zolpidem - Opioides : codéine, morphine, hydromorphone, oxycodone, fentanyl, tramadol - Autres : lithium, cannabis
Autres	
- Anti-inflammatoires : indométhacine - Antimicrobiens : fluoroquinolones (tous); carbapénèmes (tous) - Digoxin	- Clonidine - Corticostéroïdes (oraux et parentéraux)

Références : American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Journal of the American Geriatrics Society. Catic, A. G. (2011). Identification and management of in-hospital drug-induced delirium in older patients. Drugs & aging, 28(9), 737-748. Lexicomp Online (2019). Lexi-Drugs Online, Hudson, Ohio: Wolters Kluwer Clinical Drug Information, Inc.; February 18, 2019. Marcantonio, E. R. (2017). Delirium in hospitalized older adults. New England Journal of Medicine, 377(15), 1456-1466.

GESTION DU DÉLIRIUM

- Recherche des causes = le traitement le plus important du délirium
- Maintenir les interventions universelles de prévention du délirium (p. 4)
- Mettre en place des interventions spécifiques au patient, en ciblant les causes (p.2)
- Impliquer l'équipe interdisciplinaire
- Communiquer et mettre en œuvre un plan d'intervention interdisciplinaire
- Impliquer la famille, offrir de l'information et du soutien
- Identifier et atténuer le risque de conséquences négatives (chutes, plaies de pression, pertes fonctionnelles, déconditionnement, dénutrition, agitation physique, agressivité, effets secondaires des médicaments, etc.)



AIDE-MÉMOIRE PRISE EN CHARGE DU DÉLIRIUM

GESTION POST DÉLIRIUM

- Réévaluer la nécessité d'un traitement continu (diminuer ou interrompre le traitement si nécessaire, ex. : antipsychotiques non indiqués)
- S'assurer que le diagnostic de délirium est consigné dans le résumé de dossier et sur la feuille sommaire d'hospitalisation
- Assurer un suivi post-hospitalisation approprié
- Informer le patient et sa famille du risque de récurrence du délirium

INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES

La mise en place de plusieurs interventions en simultanées est efficace pour réduire l'incidence du délirium.

Interventions universelles de prévention du délirium	■ Promouvoir l'autonomie et la mobilisation ○ Favoriser une mobilisation précoce ○ Fournir l'assistance nécessaire ○ Éviter d'utiliser des dispositifs susceptibles de restreindre la mobilité si possible (ex. : les perfusions intraveineuses [IV], les sondes, les tubes, les contentions physiques)	○ Encourager le patient à s'asseoir à la chaise pour les périodes de repas et à se rendre à la salle de bains ou la chaise d'aisance pour les besoins d'élimination
	■ Promouvoir l'orientation ○ Orienter le patient à chaque quart de travail (temps, espace, personne) ○ Éviter les changements de chambre inutiles ○ Faciliter la continuité du personnel soignant	○ Mettre le calendrier à jour et l'horloge à l'heure (l'orienter lors de conversations, encourager la présence de la famille et la présence d'objet significatif [photos, livres, vêtements])
	■ Promouvoir des habitudes de sommeil saines : ○ Encourager l'activité diurne ○ Le cas échéant, regrouper les heures d'administration des médicaments et d'interventions pour permettre un sommeil ininterrompu. ○ Encourager l'utilisation de bouchons d'oreilles	○ Adapter l'éclairage à l'heure du jour ou de la nuit ○ Dans la mesure du possible, les signes vitaux et les tests de laboratoire doivent respecter le sommeil ○ S'abstenir d'arrêter brusquement les sédatifs en cas d'utilisation chronique
	■ Maintenir une nutrition et une hydratation adéquates ○ Veiller à l'utilisation correcte des prothèses dentaires, à la bonne position du patient et l'aider à s'alimenter si nécessaire	○ Proposer fréquemment des liquides (s'il n'y a pas de contre-indication)
	■ Favoriser le confort ou gérer la douleur.	
	■ Surveiller la rétention urinaire/constipation. Obtenir un résidu post-mictionnel (Bladder scan) en cas de faible débit urinaire. ○ Ne pas installer de culottes d'incontinence si le patient n'en portait pas à domicile	
	■ Réévaluer régulièrement le besoin de dispositifs invasifs (perfusions IV, tubes, sonde urinaire). ■ Éviter la sur/sous-stimulation qui peut aggraver le délirium. ■ Réévaluer la pharmacothérapie et favoriser l'utilisation judicieuse des antipsychotiques dans le traitement du délirium ■ Éviter l'utilisation de moyens de contention.	
Stratégies de prise en charge des patients atteints de délirium	COMMUNICATION	
	■ Les barrières linguistiques et sensorielles peuvent aggraver les comportements perturbateurs ○ Communiquer au patient dans sa langue d'origine si possible ○ Demander l'aide d'un interprète au besoin ○ Assurer les ports des appareils auditifs, des lunettes afin d'éviter les déficits sensoriels pouvant aggraver le délirium	
	■ Utiliser l'amplificateur de sons (disponible au bureau de l'assistant-infirmière chef de l'unité de médecine cardiaque et au service social) ■ Communiquer une idée ou une instruction à la fois ■ Communication claire et simple ■ Ne pas confronter ou contester les idées délirantes ■ Utiliser la distraction pour minimiser l'agitation ■ Expliquer toutes les activités et interventions en termes simples avant de commencer l'activité	
	SÉCURITÉ ■ Si le patient devient agité pendant les soins, arrêter, s'assurer que le patient est en sécurité et revenir plus tard ■ Éviter ou minimiser l'utilisation de contentions ■ Modifier l'environnement pour favoriser la sécurité (lit/civière au niveau le plus bas, dégager les aires de déplacements des objets pouvant être source de trébuchement, etc.)	

Références: Adapté de CUSM/McGILL 2019 et de Emergency Department Pre-printed Order Set for Symptoms Suggestive of Delirium, Mount Sinai Hospital, Toronto & Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) Best Practice Guideline (2004). Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression; Hsieh, T. T., Yue, J., Oh, E., Puelle, M., Dowal, S., Trivison, T., & Inouye, S. K. (2015). Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. JAMA internal medicine, 175(4), 512-520.