

Normes
de qualité

Délirium

Soins aux adultes

À propos de cette norme de qualité

La norme de qualité suivante concerne les soins aux adultes âgés de 18 ans ou plus qui sont à risque de souffrir de délirium ou qui présentent des symptômes de délirium. Elle comprend les personnes hospitalisées (y compris les services d'urgence, les soins aigus et critiques, les établissements de soins continus complexes et les hôpitaux de réadaptation, ainsi que les cliniques préopératoires), les personnes qui passent de l'hôpital à leur domicile, et celles qui se trouvent dans des maisons de soins de longue durée et d'autres milieux communautaires.

Cette norme de qualité est axée sur l'identification, l'évaluation, la prévention et la gestion du délirium dans toutes les professions de la santé.

Qu'est-ce qu'une norme de qualité?

Les normes de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour des conditions ou des processus où il y a de grandes variations dans la façon dont les soins sont offerts ou où il y a des écarts entre les soins fournis en Ontario et les soins que les patients devraient recevoir. Objectifs :

- Aider les patients, les familles et les aidants à savoir ce qu'ils doivent demander relativement aux soins;
- Aider les professionnels de la santé à savoir quels soins ils devraient offrir, sur la base de données probantes et d'un consensus d'experts;
- Aider les organismes de soins de santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur rendement en matière de soins aux patients.

Les normes de qualité sont élaborées par Santé Ontario, en collaboration avec les professionnels de la santé, les patients et les aidants de l'Ontario.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez communiquer avec Qualité des services de santé Ontario à l'adresse qualitystandards@ontariohealth.ca.

Valeurs à la base de cette norme de qualité

Cette norme de qualité a été créée et devrait être mise en œuvre conformément à la [Déclaration de valeurs des patients pour l'Ontario](#). Cette déclaration « est une vision qui trace la voie vers un partenariat avec les patients dans l'ensemble du système de soins de santé de l'Ontario. Elle décrit un ensemble de principes fondamentaux considérés du point de vue des patients ontariens; elle sert de document d'orientation pour tous ceux qui ont affaire à notre système de soins de santé. »

Ces valeurs sont :

- Respect et dignité
- Empathie et compassion
- Responsabilité
- Transparence
- Équité et participation

Reconnaître l'impact de la colonisation

Les professionnels de la santé devraient reconnaître les répercussions historiques et actuelles de la colonisation dans le contexte de la vie des peuples autochtones partout au Canada et s'efforcer d'y remédier. Ce travail consiste à être sensible aux impacts des traumatismes intergénérationnels et actuels et aux préjudices physiques, mentaux, émotionnels et sociaux subis par les peuples, les familles et les communautés autochtones, ainsi qu'à reconnaître leur force et leur résilience. Cette norme de qualité s'appuie sur des lignes directrices de pratique clinique existantes élaborées par des groupes qui n'incluent pas nécessairement de soins culturellement pertinents ou qui ne reconnaissent pas les croyances, les pratiques et les modèles de soins traditionnels autochtones.

Énoncés de qualité pour améliorer les soins

Ces énoncés de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes exposées au risque de délirium ou qui présentent des symptômes de délirium.

Énoncé de qualité 1 : Identification des facteurs de risque du délirium

Lors du premier contact avec le système de soins de santé, les personnes sont évaluées pour déterminer les facteurs de risque de délirium, en particulier lorsqu'elles se présentent à l'hôpital ou dans un établissement de soins de longue durée. Tout facteur de risque de délirium est documenté dans le dossier médical et lors des transitions de soins, et est communiqué à la personne, à sa famille et à ses soignants, ainsi qu'à son équipe de soins.

Énoncé de qualité 2 : Interventions pour prévenir le délirium

Les personnes à risque de délirium bénéficient d'interventions de prévention du délirium adaptées à leurs besoins individuels et à leur environnement de soins.

Énoncé de qualité 3 : Dépistage précoce du délirium

Les personnes qui se présentent à l'hôpital avec des facteurs de risque de délirium, ou qui présentent un changement aigu de comportement ou de fonction cognitive pendant un séjour à l'hôpital ou dans un centre de soins de longue durée ou dans la communauté, sont dépistées en temps utile par un professionnel de la santé formé au dépistage du délirium à l'aide d'outils normalisés et validés. La personne, sa famille et ses soignants sont interrogés sur tout changement aigu du comportement ou des fonctions cognitives de la personne.

Énoncé de qualité 4 : Éducation pour les personnes atteintes de délirium, leur famille et leurs soignants

Les personnes à risque de délirium ou atteintes de délirium (ainsi que leur famille et leurs soignants) reçoivent une éducation sur le délirium.

Énoncé de qualité 5 : Gestion du délirium

Sur la base des résultats d'une évaluation complète, les personnes atteintes de délirium disposent d'un plan de gestion interprofessionnel à plusieurs composantes pour traiter les causes et gérer les symptômes du délirium.

Énoncé de qualité 6 : Médicaments antipsychotiques

Seules les personnes qui sont dans une détresse grave en raison de symptômes de délirium ou qui risquent immédiatement de se faire du mal ou d'en faire à d'autres sont prises en considération pour l'utilisation de médicaments antipsychotiques. Ces médicaments sont toujours utilisés en combinaison avec des stratégies de gestion de première ligne. Si un traitement antipsychotique est mis en place, il est examiné quotidiennement et arrêté dès que la situation clinique le permet.

Énoncé de qualité 7 : Transitions dans les soins

Lors des transitions dans les soins, les personnes atteintes de délirium actuel ou résolu (ainsi que leur famille et leurs soignants) reçoivent des informations relatives au délirium et à sa gestion. Ces informations sont communiquées aux personnes impliquées dans le cercle de soins de la personne et documentées dans le dossier de santé lors des transitions de soins.

Table des matières

À propos de cette norme de qualité	1
Qu'est-ce qu'une norme de qualité?	1
Valeurs à la base de cette norme de qualité	2
Énoncés de qualité pour améliorer les soins	3
Portée de cette norme de qualité	6
Justification de la nécessité de cette norme	6
Comment utiliser cette norme de qualité	9
Pour les patients	9
Pour les cliniciens et les organismes	10
Comment le système de santé peut appuyer la mise en œuvre	11
Manière de mesurer le succès global	11
Énoncés de qualité pour améliorer les soins : détails	13
Énoncé de qualité 1 : Identification des facteurs de risque du délirium	14
Énoncé de qualité 2 : Interventions pour prévenir le délirium	17
Énoncé de qualité 3 : Dépistage précoce du délirium	21
Énoncé de qualité 4 : Éducation pour les personnes atteintes de délirium, leur famille et leurs soignants	26
Énoncé de qualité 5 : Gestion du délirium	29
Énoncé de qualité 6 : Médicaments antipsychotiques	33
Énoncé de qualité 7 : Transitions dans les soins	37
Appendices	41
Appendice 1. Mesure à l'appui de l'amélioration	42
Appendice 2. Glossaire	48
Remerciements	50
Références	52
À propos de nous	56
À propos du Provincial Geriatrics Leadership Ontario	56

Portée de cette norme de qualité

Cette norme de qualité concerne les soins aux adultes âgés de 18 ans ou plus exposés aux risques de délirium ou qui présentent des symptômes de délirium. Elle comprend les personnes hospitalisées (y compris celles qui se trouvent aux urgences, les soins aigus et critiques, les établissements de soins continus complexes et les hôpitaux de réadaptation, ainsi que les cliniques préopératoires), celles qui passent de l'hôpital à leur domicile, et celles qui se trouvent dans des maisons de soins de longue durée, et un cadre familial et communautaire.

La norme de qualité est axée sur l'identification, l'évaluation, la prévention et la gestion du délirium dans toutes les professions de la santé.

Certains des énoncés de cette norme peuvent s'appliquer aux personnes qui développent un délirium en fin de vie — l'un des nombreux symptômes courants associés à une maladie progressive et limitant la vie. Pour des conseils spécifiques sur la prise en charge des personnes atteintes d'une maladie grave et limitant la durée de vie (ainsi que pour leur famille et leurs soignants), voir notre norme de qualité [Soins palliatifs](#).

Cette norme de qualité ne s'applique pas aux personnes souffrant de confusion liée au sevrage alcoolique (voir notre norme de qualité [Consommation problématique d'alcool et trouble de consommation d'alcool](#)). Cette norme de qualité ne comprend pas de conseils sur la gestion de complications sanitaires spécifiques secondaires au délirium (p. ex. chutes, immobilité, plaies de pression; voir notre norme de qualité [Plaies de pression](#)).

Justification de la nécessité de cette norme

Le délirium est un trouble aigu de l'attention, de la conscience et de l'altération de l'état mental.¹ Elle se développe sur une courte période (généralement de quelques heures à quelques jours) et a tendance à fluctuer en intensité au cours d'une journée.¹ Parmi les autres caractéristiques cliniques clés du délirium, citons la désorganisation de la pensée, l'altération du niveau de conscience, la désorientation, les troubles de la mémoire, les perturbations de la perception (illusions ou hallucinations) et les délires, l'augmentation ou la diminution de l'activité psychomotrice et la perturbation du cycle veille-sommeil.²

Les personnes atteintes de délirium peuvent présenter des formes hypoactives ou hyperactives.³ Dans la forme hypoactive, les personnes se présentent comme léthargiques, repliées sur elles-mêmes et somnolentes, et souvent leur délirium n'est pas détecté par les cliniciens et les soignants.⁴ La forme hyperactive est caractérisée par de la fiébrilité, de l'agitation, de l'hypersensibilité et souvent par des hallucinations et des délires. De nombreuses personnes peuvent fluctuer entre les deux formes (délirium mixte).³

Un certain nombre de problèmes de santé, notamment des troubles neurocognitifs, de l'humeur, de l'anxiété et des troubles psychotiques, peuvent s'apparenter au délirium, lequel peut passer inaperçu ou être mal diagnostiqué.⁵ Distinguer ces troubles peut être particulièrement difficile lorsque les personnes n'ont ni famille ni soignants pour fournir des informations sur l'état mental de base de la personne, et sur le moment où les changements se sont produits. Le délirium peut être facilement omis chez les personnes atteintes de démence, car certains des symptômes se chevauchent, et de nombreuses personnes souffrent des deux maladies (22 à 89 % des personnes vivant dans la communauté et à l'hôpital souffrent des deux).⁶⁻⁸

Bien que le délirium puisse être causé par un seul facteur, il est plus souvent le résultat d'une combinaison de facteurs prédisposants qui rendent la personne vulnérable (p. ex., l'âge avancé, des conditions médicales coexistantes, la démence ou une déficience cognitive, la dépression, des problèmes d'audition et de vision) et de l'exposition à des facteurs précipitants ou à des stress aigus (p. ex., les médicaments, la malnutrition, une maladie aiguë, l'utilisation de contraintes physiques, l'utilisation d'un cathéter pour la vessie, la douleur, les interruptions de sommeil, une chirurgie).^{7,9,10} Dans environ 30 % des cas, aucune cause ne peut être trouvée.^{11,12}

Le délirium est très fréquent chez les personnes âgées en milieu hospitalier : le taux global d'occurrence varie entre 29 % et 64 %.⁹ Les établissements présentant les taux d'incidence les plus élevés sont les soins intensifs (19 % à 82 %), les soins post-chirurgicaux (11 % à 51 %), les soins palliatifs (42 % à 88 %) et les soins de longue durée ou les soins post-actifs (20 % à 22 %).^{9,13} La prévalence du délirium en milieu communautaire est plus faible (1 à 2 %), mais son apparition nécessite généralement des soins d'urgence.⁹ Le délirium est présent chez 8 à 17 % des personnes âgées qui se présentent aux urgences.⁹

Le délirium est une urgence médicale aiguë qui nécessite une reconnaissance et un traitement rapides des causes sous-jacentes.^{14,15} Le délirium a été identifié comme la troisième situation nuisible la plus fréquente subie par les personnes admises dans les hôpitaux canadiens.¹⁶ Elle a été associée à une augmentation de la mortalité dans de

multiples établissements de soins, notamment les services d'urgence,¹⁷ les soins ambulatoires des hôpitaux,¹⁸ les unités de soins intensifs,^{9, 19, 20} et les foyers de soins de longue durée.²¹ Le délirium est également lié à la prolongation de la durée du séjour à l'hôpital et à l'augmentation du placement dans des foyers de soins de longue durée après l'hospitalisation.^{9,22,23} Le délirium peut être une expérience stressante et effrayante pour la personne, leur famille et leurs soignants, ainsi que pour leurs prestataires de soins de santé.^{24,25}

Un épisode de délirium est souvent associé à une diminution de l'indépendance fonctionnelle et à un déclin cognitif (c'est-à-dire une aggravation d'une déficience cognitive ou d'une démence préexistante et un risque accru de démence nouvelle) .^{9, 22, 26-28} Le délirium prolongé, dont les symptômes persistent à la sortie de l'hôpital ou au-delà, peut se produire chez 29 % à 55 % des patients. ⁷ Jusqu'à 30 % d'entre eux présentent des symptômes persistants six mois après leur sortie de l'hôpital.²⁹

Malgré les charges évidentes qui pèsent sur les individus et sur le système de soins de santé, le délirium est souvent méconnu, mal diagnostiqué comme un autre trouble ou attribué par erreur à la démence.^{2, 7, 30} En effet, le délirium n'est reconnu que dans environ un tiers des cas.⁵ Cependant, l'identification précoce des facteurs de risque est importante car le délirium peut être évité dans 30 à 40 % des cas,^{9,31,32} en utilisant des interventions préventives.^{33,34} Des lignes directrices soutiennent le dépistage des personnes à risque,^{7,28,30} et des interventions adaptées peuvent prévenir et gérer le délirium.^{7,11,28,30,35} Lorsque les symptômes du délire ne sont pas identifiés à temps, l'évaluation et le traitement des causes sous-jacentes et la mise en œuvre de stratégies de gestion à plusieurs composantes sont retardés.

La consultation d'un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre gériatrique) pour les personnes âgées qui doivent subir une intervention chirurgicale d'urgence peut réduire l'apparition du délirium.²⁸ Par rapport aux soins habituels (évaluation gériatrique réactive), il a été démontré que l'évaluation préopératoire et le suivi postopératoire par un gériatre réduisent l'incidence du délirium de plus d'un tiers et réduisent le délirium grave de plus de la moitié chez les personnes ayant une fracture de la hanche.³²

Lorsqu'il existe des obstacles à la communication (p. ex. une discordance de langage ou des troubles de l'audition ou de la parole), le délirium est plus difficile à identifier, car de nombreux instruments utilisés pour dépister le délirium reposent sur la capacité à communiquer. Les obstacles à la communication peuvent également entraver la compréhension d'informations spécifiques liées au délirium et à sa gestion continue.

La stratégie identifiée par le « Senior Friendly Hospital » en Ontario a permis de constater des améliorations dans les pratiques liées au délirium, mais aussi une certaine variation dans la diffusion de ces pratiques au sein et entre les hôpitaux ontariens participants (135 hôpitaux dans toute la province).³⁶ Dans le cadre d'une stratégie plus large visant à améliorer les soins aux personnes âgées hospitalisées, le Cadre de soins adaptés aux aînés (sfCare) a soutenu les meilleures pratiques en matière de délirium.^{15,37} Suite à la mise en œuvre du cadre sfCare, le pourcentage d'hôpitaux participants déclarant des pratiques de dépistage et de détection du délirium est passé de 62 % en 2011 à 92 % en 2014.³⁶ Le nombre d'hôpitaux déclarant des stratégies de prévention et de gestion du délirium est passé de 62 % en 2011 à 88 % en 2014.³⁶ Malgré ces améliorations, en 2014, seuls 36 % des hôpitaux participants ont déclaré avoir étendu les pratiques de dépistage et de détection à l'ensemble de l'organisation, et seuls 23 % ont déclaré avoir étendu les pratiques de prévention et de gestion à l'ensemble de l'organisation.

Des disparités régionales existent également pour l'accès aux services gériatriques spécialisés et aux autres prestataires qui peuvent avoir une expertise particulière dans l'identification et la gestion du délirium.³⁸

Comment utiliser cette norme de qualité

Les normes de qualité informent les patients, les cliniciens et les organismes sur ce à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les problèmes de santé ou les processus jugés prioritaires pour l'amélioration de la qualité en Ontario. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes.

Vous trouverez ci-dessous des conseils sur la façon d'utiliser les normes de qualité et les ressources qui y sont associées.

Pour les patients

Cette norme de qualité consiste en des énoncés de qualité. Ces derniers décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour adultes atteints de délirium.

Dans chaque énoncé de qualité, nous avons inclus de l'information sur ce que ces énoncés signifient pour vous, en tant que patient.

De plus, vous voudrez peut-être télécharger ce [guide du patient](#) sur le delirium, vous et votre famille, à avoir des conversations éclairées avec vos fournisseurs de soins de santé. À l'intérieur, vous y trouverez des questions que vous voudrez peut-être poser lorsque vous travaillerez ensemble à la préparation du plan de vos soins.

Pour les cliniciens et les organismes

Ces énoncés de qualité à l'intérieur de cette norme de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les adultes atteints de délirium.

Ils sont fondés sur les meilleures données probantes et conçus pour vous aider à savoir quoi faire pour réduire les écarts et les variations dans les soins.

De nombreux cliniciens et organismes offrent déjà des soins de grande qualité fondés sur des données probantes. Cependant, certains éléments de vos soins peuvent être améliorés. Cette norme de qualité peut servir de ressource pour vous aider à prioriser et à mesurer les efforts d'amélioration.

Des outils et des ressources pour vous soutenir dans vos efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme de qualité. Ces ressources comprennent des indicateurs et leurs définitions (Appendice 1) pour vous aider à évaluer la qualité des soins que vous fournissez et à cerner les lacunes dans les soins et les secteurs à améliorer. Bien qu'il ne soit pas obligatoire d'utiliser ou de recueillir des données lorsqu'on utilise une norme de qualité pour améliorer les soins, la mesure est essentielle pour améliorer la qualité.

Il existe également un certain nombre de ressources en ligne pour vous aider, notamment :

- Notre [guide du patient](#) sur le délirium, que vous pouvez partager avec les patients et les familles pour les aider à avoir des conversations avec vous et leurs autres fournisseurs de soins de santé. Veuillez mettre à la disposition des gens le guide du patient où vous prodiguez les soins;
- Nos [ressources de mesure](#), qui comprennent notre guide de mesure des spécifications techniques pour les indicateurs dans cette norme, et notre diaporama « dossier d'amélioration » pour vous aider à expliquer pourquoi cette norme a été créée et les données qui la soutiennent;
- Notre [Guide de démarrage](#), qui comprend des liens vers des modèles et des outils pour vous aider à mettre en pratique les normes de qualité. Ce guide vous

montre comment planifier, mettre en œuvre et soutenir les changements dans votre pratique;

- [Quorum](#), qui est une communauté en ligne vouée à l'amélioration de la qualité des soins en Ontario. C'est un endroit où les fournisseurs de soins de santé peuvent échanger de l'information et se soutenir mutuellement. Le site comprend des outils et des ressources pour vous aider à mettre en œuvre les énoncés de qualité dans chaque norme;
- Les [plans d'amélioration de la qualité](#), qui peuvent aider votre organisme à décrire comment il améliorera la qualité des soins fournis à vos patients, résidents ou clients au cours de la prochaine année.

Comment le système de santé peut appuyer la mise en œuvre

Pendant que vous travaillez à la mise en œuvre de cette norme de qualité, il peut y avoir des moments où vous trouvez difficile de fournir les soins décrits en raison d'obstacles ou de lacunes au niveau du système. Ces difficultés ont été cernées et documentées dans le cadre de l'élaboration de la norme, qui comprenait une vaste consultation auprès de professionnels de la santé et de conseillers chevronnés et un examen minutieux des données probantes disponibles et des programmes existants. Bon nombre des leviers du changement du système relèvent de Santé Ontario, et c'est pourquoi nous continuerons de travailler pour éliminer ces obstacles afin d'appuyer la mise en œuvre de normes de qualité. Nous mobiliserons et soutiendrons également d'autres partenaires provinciaux, y compris le ministère de la Santé ou d'autres ministères concernés, dans le cadre d'initiatives stratégiques visant à combler les lacunes au niveau du système.

Entre-temps, il y a de nombreuses mesures que vous pouvez prendre de votre propre chef. Prenez connaissance de la norme et agissez là où vous le pouvez.

Manière de mesurer le succès global

Le Comité consultatif sur la norme de qualité relative au délirium a défini certains objectifs généraux pour cette norme de qualité. Ces objectifs ont été mis en correspondance avec des indicateurs qui peuvent servir à suivre les progrès réalisés pour améliorer les soins pour les personnes atteintes de délirium en Ontario. Certains

indicateurs sont mesurables à l'échelle provinciale, tandis que d'autres ne peuvent être mesurés qu'à l'aide de données de source locale.

La collecte et l'utilisation des données associées à cette norme de qualité sont facultatives. Toutefois, les données vous aideront à évaluer la qualité des soins que vous prodiguez et l'efficacité de vos efforts d'amélioration de la qualité.

Nous savons que cette norme comprend une longue liste d'indicateurs. Nous vous avons remis cette liste afin que vous n'ayez pas à créer vos propres indicateurs d'amélioration de la qualité. Nous vous recommandons d'identifier les domaines sur lesquels vous devez vous concentrer dans la norme de qualité, puis d'utiliser un ou plusieurs des indicateurs associés pour guider et évaluer vos efforts d'amélioration de la qualité.

Voir l'appendice 1 pour plus de détails sur la façon de mesurer ces indicateurs et notre [guide de mesure](#) pour plus d'information et de soutien.

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

- Taux de délirium chez les personnes admises à l'hôpital, avec apparition pendant leur séjour.
- Pourcentage de personnes atteintes de délirium qui sont renvoyées de l'hôpital à leur domicile et qui déclarent avoir le sentiment d'avoir participé autant qu'elles le souhaitent à la prestation des soins et à la planification de leur sortie.

Indicateurs ne pouvant être mesurés qu'à l'aide de données locales

- Pourcentage de personnes à risque de délirium qui ont des interventions documentées dans leur plan de soins pour le prévenir.
- Pourcentage de personnes atteintes de délirium qui disposent d'un plan de gestion interprofessionnel à plusieurs composantes pour traiter les causes et gérer les symptômes du délirium.

Énoncés de qualité pour améliorer les soins : détails

1

Identification des facteurs de risque du délirium

Lors du premier contact avec le système de soins de santé, les personnes sont évaluées pour déterminer les facteurs de risque de délirium, en particulier lorsqu'elles se présentent à l'hôpital ou dans un établissement de soins de longue durée. Tout facteur de risque de délirium est documenté dans le dossier médical et lors des transitions de soins, et est communiqué à la personne, à sa famille et à ses soignants, ainsi qu'à son équipe de soins.

Sources : La coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2014²⁸ | le National Institute for Health and Care Excellence, 2019³⁰ | l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2016⁷

Définitions

Premier contact : Initiation des soins ou premier contact avec le système de soins de santé.

Facteurs de risque du délirium : Si l'un de ces facteurs de risque clés est présent, la personne est exposée au risque de délirium^{5, 7, 30} :

- 65 ans ou plus
- Déficience cognitive et/ou démence
- Fracture de la hanche (hanche cassée)

- Maladie grave (un état clinique qui se détériore ou qui risque de se détériorer)
- Délirium dans le passé
- Consommation problématique d'alcool ou de drogues

Justification

Certaines personnes peuvent être à risque de délirium et doivent être identifiées, afin que les prestataires de soins de santé, la famille et les soignants puissent les surveiller de près et mettre en place des interventions efficaces pour prévenir le délirium (norme de qualité 2).⁷ C'est important, car le délirium est souvent méconnu ou non détecté dans les soins cliniques de routine, et il a des conséquences potentiellement graves, notamment un risque accru de déclin cognitif et fonctionnel et de décès.^{7,30}

La documentation des facteurs de risque du délirium dans le dossier médical d'une personne et la communication de ces facteurs de risque à l'équipe de soins, au patient, à sa famille et à ses soignants sont essentielles pour sensibiliser, surveiller les premiers signes et symptômes du délirium et mettre en place des interventions pour prévenir ou gérer rapidement le délirium.⁷

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Lors de votre premier contact avec le système de soins de santé, vous devriez être évalué pour voir si vous êtes exposé au risque de délirium. Cela est particulièrement important lorsque vous arrivez dans un hôpital ou une maison de soins de longue durée. Ainsi, votre équipe de soins pourra essayer d'empêcher le délirium de se produire.

Pour les cliniciens

Évaluer les facteurs de risque du délirium lors du premier contact avec le système de soins de santé. C'est particulièrement important pour les personnes qui se présentent à l'hôpital ou aux soins de longue durée. Documenter tout facteur de risque de délire dans le dossier médical de la personne (y compris les informations de base avant l'admission) et communiquer ces facteurs de risque à l'équipe de soins de santé, à la personne, à sa famille et à ses soignants. Les facteurs de risque doivent également être clairement documentés lors des transitions dans les soins (p. ex par le biais de notes de transfert clinique, de résumés de sortie, de plans de transition et d'aiguillage).

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que la formation, les systèmes, les processus et les ressources soient en place pour que les prestataires de soins de santé puissent évaluer les risques de délirium lors du premier contact des personnes avec le système de soins de santé. S'assurer que des systèmes et des processus sont en place pour communiquer tout facteur de risque de délirium et les documenter dans le dossier médical de la personne (y compris les informations de base avant l'admission) et lors des transitions dans les soins.

Veiller à ce que les prestataires de soins de santé sachent comment évaluer les facteurs de risque de délirium des patients lors du premier contact.

INDICATEURS DE QUALITÉ : **MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ**

- Pourcentage des personnes se présentant à l'hôpital et dont les facteurs de risque de délirium sont évalués lors du premier contact.
- Pourcentage des personnes se présentant à des soins de longue durée dont les facteurs de risque de délirium sont évalués lors du premier contact.
- Disponibilité locale à des dossiers de santé électroniques intégrés dans lesquels les facteurs de risque de délirium sont documentés et communiqués entre les prestataires.

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 1.

2

Interventions pour prévenir le délirium

Les personnes à risque de délirium bénéficient d'interventions de prévention du délirium adaptées à leurs besoins individuels et à leur environnement de soins.

Sources : L'American Geriatrics Society, 2014³⁵ | La coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2014²⁸ | le National Institute for Health and Care Excellence, 2019³⁰ | l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2016⁷ | le Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2019¹¹

Définition

Des interventions sur mesure pour prévenir le délirium : Des interventions à plusieurs composantes adaptées aux besoins individuels de la personne et à son environnement de soins, basées sur une évaluation des facteurs cliniques pouvant contribuer au développement du délirium, tels que la déficience cognitive, la désorientation, la déshydratation, la constipation, l'hypoxie, l'infection ou toute autre maladie aiguë, l'immobilité ou la mobilité réduite, la douleur, les effets des médicaments, la mauvaise alimentation, la déficience sensorielle et les troubles du sommeil.^{7,30} Les interventions peuvent inclure⁶:

- Réorienter la personne en fonction du jour, du mois et de l'année en cours;
- Veiller à ce que les aides auditives et visuelles fonctionnent et soient utilisées;
- Encourager autant que possible les visites régulières de la famille et des amis;
- Veiller à ce que la personne ait un apport hydrique suffisant;
- Veiller à ce que la personne soit nourrie (si cela est autorisé) tout au long de la journée;
- Encourager la personne à marcher ou, si ce n'est pas possible, à faire des exercices d'amplitude de mouvement;
- Éviter les mouvements de personnes à l'intérieur et entre les unités ou pièces cliniques, sauf en cas d'absolue nécessité;

- Fournir un éclairage approprié (p. ex. lumière du jour si possible, minimiser la lumière la nuit) et une signalisation claire (p. ex. une horloge de 24 heures, un calendrier);
- Introduire des activités stimulantes sur le plan cognitif (p. ex. lire, écouter de la musique, faire des mots croisés);
- Identifier et traiter les infections;
- Éviter le cathétérisme urinaire inutile;
- Établir une routine de toilette;
- Passer en revue la gestion de la douleur;
- Effectuer un examen des médicaments;
- Veiller à ce que la personne ait accès à ses prothèses dentaires;
- Réduire le bruit pendant les périodes de sommeil;
- Éviter les interventions médicales ou infirmières pendant les périodes de sommeil;
- Surveiller les personnes âgées (plus de 60 ans) subissant une anesthésie générale de plus d'une heure pour éviter une anesthésie profonde;^{11,35}
- Consulter un médecin spécialiste (p. ex. gériatre, psychiatre gériatrique) pour les personnes âgées devant subir une intervention chirurgicale d'urgence;²⁸
- Éviter les contraintes physiques.

Ces interventions sont assurées par une équipe interprofessionnelle de prestataires de soins de santé compétents en matière de prévention et de gestion du délirium.⁶ Les interventions ci-dessus doivent être mises en œuvre pour les patients à risque de délirium (bilan de qualité 1) et pour ceux qui sont atteints de délirium (bilan de qualité 5).³⁹

Justification

Le délirium est un état complexe, et de nombreux facteurs peuvent contribuer à son apparition.⁷ Cependant, le délirium peut être évité chez 30 à 40 % des personnes à risque, grâce à des interventions préventives.^{33,34} Ces mesures peuvent également prévenir les complications (telles que les chutes et les lésions de pression) et réduire la durée du séjour à l'hôpital,^{9,40} mais de nombreux hôpitaux et établissements de soins de longue durée n'ont pas de programme de prévention en place, ou ne mettent pas en œuvre ou n'adhèrent pas systématiquement à leurs programmes.^{9,40}

Les plans de prévention doivent être élaborés par une équipe interprofessionnelle en collaboration avec la personne, sa famille et ses soignants.^{7, 28, 30}

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Si vous êtes à risque de délirium, votre équipe soignante doit prendre des mesures pour réduire vos risques de délirium, en tenant compte de vos besoins spécifiques. Cette prise en charge peut comprendre une combinaison de plusieurs éléments, tels que :

- Vous souvenir quel jour, quel mois et quelle année on est;
- Si vous portez des lunettes ou des appareils auditifs, vous assurer que vous les avez et qu'ils fonctionnent;
- Encourager autant que possible les visites régulières de la famille et des amis;
- Vérifier que vous avez assez à manger et à boire tout au long de la journée;
- Vous aider à vous déplacer autant que possible;
- Vous encourager à stimuler votre esprit (lire, écouter de la musique, faire des mots croisés);
- Vous rendre le plus à l'aise possible;
- Gérer la douleur que vous éprouvez.

Pour les cliniciens

Offrir aux personnes à risque de délirium une gamme d'interventions adaptées pour prévenir le délirium, en tenant compte de leurs besoins individuels et du contexte clinique.³⁰ Discuter des interventions proposées avec la personne, sa famille et ses soignants, et les inviter à s'impliquer.

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que la formation, les systèmes, les processus et les ressources soient en place dans les hôpitaux, les maisons de soins de longue durée et les établissements communautaires, afin que les prestataires de soins de santé puissent proposer des interventions adaptées pour prévenir le délirium chez les personnes à risque. Veiller à ce que les personnes à risque de délirium, leur famille et leurs soignants aient accès à des prestataires de soins de santé formés aux interventions visant à prévenir le délirium.

INDICATEUR DE QUALITÉ :
MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de personnes à risque de délirium qui ont des interventions documentées dans leur plan de soins pour prévenir le délirium.

Les détails de mesure de cet indicateur, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 1.

3

Dépistage précoce du délirium

Les personnes qui se présentent à l'hôpital avec des facteurs de risque de délirium, ou qui présentent un changement aigu de comportement ou de fonction cognitive pendant un séjour à l'hôpital ou dans un centre de soins de longue durée ou dans la communauté, sont dépistées en temps utile par un professionnel de la santé formé au dépistage du délirium à l'aide d'outils normalisés et validés. La personne, sa famille et ses soignants sont interrogés sur tout changement aigu du comportement ou des fonctions cognitives de la personne.

Sources : Consensus du comité consultatif (calendrier) | l'American Geriatrics Society, 2014³⁵ | La coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2014²⁸ | le National Institute for Health and Care Excellence, 2019³⁰ | l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2016⁷ | le Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2019⁴¹

Définitions

Modification aiguë du comportement ou de la fonction cognitive : Cela inclut les changements ou les fluctuations récents (en quelques heures ou quelques jours) dans le comportement ou la pensée. Les changements peuvent être signalés par la personne à risque ou par un membre de la famille ou un soignant, et peuvent avoir des répercussions sur ce qui suit :^{2, 30, 41}

- Fonction cognitive (p. ex. détérioration de la concentration, lenteur des réactions ou confusion);
- Perception (p. ex. hallucinations visuelles, auditives ou tactiles, ou délires);

- Fonctionnement physique (p. ex. mobilité réduite, mouvement réduit, agitation, changements d'appétit ou troubles du sommeil);
- Comportement social (par exemple, difficulté ou incapacité à coopérer avec des demandes raisonnables, retrait ou altération de la communication, de l'humeur ou de l'attitude);
- Vivacité d'esprit (p. ex. altération du niveau d'alerte ou de conscience, comme difficulté à se réveiller et somnolence ou hypersensibilité marquée).

Dépistage du délirium : Cela commence par une brève évaluation de dépistage du délirium à l'aide d'un outil normalisé et validé. Le délirium pourrait se produire chez les personnes dont le résultat du dépistage est négatif parce que leur état fluctue. Les professionnels de la santé ne doivent pas se fier à un seul résultat de dépistage du délirium durant une hospitalisation.¹¹

Si une personne est dépistée positivement par l'outil de dépistage du délirium, un professionnel de la santé dûment formé¹¹ procède à une évaluation en utilisant la norme actuelle de diagnostic du délirium décrite dans la *Classification internationale des maladies (CIM-10)*⁴² ou le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)*.¹

En temps voulu : Pour les personnes se présentant à l'hôpital avec des facteurs de risque de délirium, le dépistage du délire doit avoir lieu dans les deux heures suivant l'arrivée (consensus du comité consultatif), et au moins une fois par jour par la suite.^{7,30} Pour les personnes qui présentent un changement aigu de comportement ou de fonction cognitive pendant un séjour à l'hôpital, dans un centre de soins de longue durée ou dans la communauté, le dépistage du délirium doit avoir lieu immédiatement après que ces changements ont été observés ou signalés (consensus du comité consultatif).

Professionnel de la santé formé : Un médecin, une infirmière ou un autre professionnel de la santé ayant une formation et des compétences appropriées en matière de dépistage du délirium.

Des outils standardisés et validés : De nombreux outils sont disponibles pour dépister un éventuel délirium dans différents contextes. Voici quelques exemples d'outils validés de dépistage du délirium :

- Dépistage du délirium (DTS) pour le service des urgences et les hôpitaux (en dehors de l'unité de soins intensifs)^{43,44}
 - Si le DTS est positif, une évaluation plus spécifique du délirium est nécessaire pour statuer sur le délirium (p. ex. l'un des outils de la méthode d'évaluation de la confusion ou le test mental abrégé 4 sur l'éveil et l'attention; l'outil de changement aigu, ci-dessous). Si le DTS est négatif, le délirium est alors exclu pour le moment.
- Outils de la méthode d'évaluation de la confusion (CAM) :
 - Méthode d'évaluation de la confusion (CAM)^{2,45-47}
 - Méthode d'évaluation de la confusion pour l'unité de soins intensifs (CAM-ICU)^{47,48}
 - Évaluation diagnostique de 3 minutes (3D-CAM)^{47,49}
 - Méthode d'évaluation de la confusion familiale (FAM-CAM)^{47,50}
 - Méthode d'évaluation brève de la confusion (B-CAM)⁴³
- Éveil, Attention, Test mental abrégé 4, Changement aigu (outil 4AT)⁴¹
 - L'outil 4AT peut être utilisé pour dépister un probable délirium dans les services d'urgence et les hôpitaux de soins de courte durée. On peut également envisager de l'utiliser dans un cadre communautaire ou autre pour dépister les personnes en état de délirium probable.
- Liste de contrôle pour le dépistage du délire en soins intensifs (ICDSC)⁵¹

Justification

Dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée, le délirium est souvent non détecté, diagnostiqué à tort comme une dépression ou un trouble psychotique, ou attribué par erreur à la démence.^{2, 7, 30} Un mauvais dépistage du délirium est particulièrement problématique chez les personnes âgées, en particulier chez celles qui souffrent de la forme hypoactive du délirium, car il peut être plus difficile à reconnaître que le délirium hyperactif.⁵² Toutefois, le dépistage et la détection précoce du délirium sont importants pour que les causes réversibles puissent être traitées et que des soins de soutien puissent être mis en place dès que possible pour gérer les symptômes (bilan de qualité 5).⁶ Un retard dans l'identification des symptômes du délirium peut entraîner de mauvaises conséquences pour les patients³⁰ et une détresse importante pour les patients, la famille et les soignants.^{24,25}

Comme le délire est généralement identifié comme étant secondaire à la raison principale de l'admission de la personne à l'hôpital ou dans un centre de soins de longue durée, il n'est souvent pas documenté dans le dossier médical ou communiqué à l'équipe de soins de la personne.⁶ L'amélioration de la communication et de la

documentation relatives au délire peut contribuer à sensibiliser et à faire reconnaître les personnes concernées.

Il est également nécessaire de sensibiliser et d'informer davantage les prestataires de soins de santé sur l'importance du dépistage précoce du délirium et sur l'accessibilité à des outils normalisés et validés.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Si vous êtes à risque de délirium lorsque vous allez à l'hôpital, ou si vous avez un changement soudain de comportement ou de pensée pendant que vous êtes à l'hôpital ou dans une maison de soins de longue durée ou dans la communauté, votre équipe de soins de santé doit vérifier si vous avez des problèmes de mémoire, de pensée ou de communication. Vous, votre famille et les personnes qui s'occupent de vous devez également être interrogés sur tout changement récent de votre comportement ou de votre façon de penser.

Pour les cliniciens

Évaluer les personnes qui se présentent à l'hôpital et qui sont à risque de délirium, ou qui présentent des changements aigus de comportement ou de fonction cognitive pendant un séjour à l'hôpital, dans une maison de soins de longue durée ou dans la communauté. Utiliser un outil normalisé et validé pour dépister le délire probable (p. ex., les outils DTS, CAM), qui peut ensuite déclencher une évaluation plus détaillée pour confirmer le délirium (p. ex., *DSM-5*,¹ *ICD-10*⁴²) et la prise en compte des causes sous-jacentes (voir la définition de « évaluation complète » dans le bilan de qualité 5).¹¹

Lorsque le délirium est confirmé, en discuter avec la personne, sa famille et ses soignants, le communiquer à son équipe de soins, en évaluer les causes sous-jacentes et mettre en place un plan de gestion interprofessionnel à plusieurs composantes (bilan de qualité 5). Documenter le délirium dans leur dossier médical.¹¹

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que la formation, les systèmes, les processus et les ressources soient en place pour les professionnels de la santé, afin de soutenir le dépistage précoce du délire chez les personnes qui se présentent à l'hôpital et qui sont à risque de délire, et chez les personnes qui présentent un changement aigu de comportement ou de fonction cognitive pendant un séjour à l'hôpital, dans une maison de soins de longue durée ou

dans la communauté. Il s'agit notamment de s'assurer que des outils normalisés et validés sont disponibles localement et qu'ils sont utilisés par un personnel formé et compétent.

S'assurer que des systèmes et des processus sont en place pour communiquer et documenter et codifier la présence de délirium dans les dossiers médicaux des patients, évaluer les causes sous-jacentes et mettre en place un plan de gestion (bilan de qualité 5).

INDICATEURS DE QUALITÉ :

MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de personnes qui se présentent à l'hôpital avec des facteurs de risque de délirium et qui font l'objet d'un dépistage du délirium.
- Pourcentage de personnes se présentant à l'hôpital avec des facteurs de risque de délirium qui sont dépistées dans les deux (2) heures suivant leur présentation et au moins une fois par jour par la suite.
- Disponibilité locale de professionnels de la santé ayant reçu une éducation et une formation au dépistage du délire à l'aide d'outils standardisés et validés.

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 1.

4

Éducation pour les personnes atteintes de délirium, leur famille et leurs soignants

Les personnes à risque de délirium ou atteintes de délirium (ainsi que leur famille et leurs soignants) reçoivent une éducation sur le délirium.

Sources : La coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2014²⁸ | Le National Institute for Health and Care Excellence, 2019³⁰ | l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2016⁷ | le Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2019¹¹

Définition

Éducation sur le délirium : L'éducation doit être adaptée aux besoins individuels des patients, des familles et des soignants en utilisant un langage simple et des outils visuels. L'éducation doit être donnée sous différentes formes, notamment verbale (réunions à deux ou appels téléphoniques), écrite ou électronique. L'éducation devrait ^{11,30} :

- Expliquer ce qu'est le délirium et préciser que les symptômes peuvent fluctuer (c'est-à-dire que la confusion peut aller et venir au cours de la journée);
- Informer les gens que le délirium est fréquent et potentiellement réversible, mais que certaines personnes peuvent ne pas se rétablir complètement et risquent de souffrir de troubles cognitifs à long terme;
- Informer les gens que le délirium apparaît rapidement (en quelques heures ou quelques jours), qu'il signale la nécessité d'un traitement médical immédiat et qu'il peut toucher des personnes de tous âges;
- Informer les gens sur la manière d'identifier les premiers symptômes du délirium (bilan de qualité 3);

- Fournir une formation sur les outils de dépistage du délirium aux familles et aux soignants, afin de les aider à détecter rapidement le délirium (bilan de qualité 3; p. ex., FAM-CAM,^{47, 50} Questionnaire sur le dépistage du délirium⁵³);
- Informer les gens des principaux facteurs de risque du délirium (bilan de qualité 1);
- Informer les personnes qui subissent une opération du risque accru de développer un délirium pendant la période préopératoire (pendant ou après l'opération);
- Décrire les expériences des gens en matière de délirium;
- Encourager les personnes à risque de délirium, ainsi que leur famille et leurs soignants, à informer dès que possible leur équipe de soins de santé ou leur prestataire de soins primaires (p. ex. médecin de famille, infirmière praticienne) des changements aigus ou des fluctuations du comportement ou de la fonction cognitive;
- Encourager les personnes qui ont souffert de délirium à partager leur expérience avec leur équipe soignante pendant leur convalescence;
- Fournir des informations sur les groupes de soutien disponibles, si nécessaire;
- Conseiller les gens sur les stratégies de prévention et de gestion du délirium (bilans de qualité 2 et 5).

Justification

Souffrir de délirium peut être effrayant et angoissant pour les patients, les familles et les soignants. Fournir des informations et un soutien pour aider les gens à mieux comprendre le délirium et ses facteurs de risque, ainsi qu'une prévention et une gestion efficaces, peut réduire la peur, améliorer la compréhension et aider les gens à faire face à un épisode de délire.⁷

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients les aidants naturels

Votre équipe de soins de santé devrait vous offrir une éducation qui vous aidera à comprendre ce qu'est le délirium, les moyens de le prévenir ou de le gérer, et les aides disponibles. Ils doivent vous parler des traitements ou des aides permettant de prévenir ou de gérer le délirium, et ils doivent encourager votre famille et vos soignants à s'impliquer.

Pour les cliniciens

Offrir une éducation sur le délirium aux personnes qui risquent de délirer ou qui sont atteintes de délirium, ainsi qu'à leur famille et à leurs soignants. Adapter les informations aux besoins de la personne, discuter de toute intervention mise en place pour prévenir ou gérer le délirium, et encourager la famille et les soignants à s'impliquer selon leur volonté et leur capacité (p. ex. en fournissant une orientation, une stimulation cognitive et en rassurant la personne dont ils s'occupent). Veiller à ce que les informations fournies répondent aux besoins culturels, cognitifs et linguistiques des personnes. Si nécessaire, assurez-vous qu'un interprète ou un avocat est disponible.

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que la formation, les systèmes, les processus et les ressources soient en place dans les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et les établissements de proximité, afin que les prestataires de soins de santé puissent offrir une éducation sur le délirium en réponse aux besoins des personnes qui sont à risque de délirium ou qui sont atteintes de délirium, ainsi qu'à leur famille et leurs soignants.

INDICATEURS DE QUALITÉ :

MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de personnes à risque de délirium ou atteintes de délirium (ainsi que leur famille et leurs soignants) qui déclarent avoir reçu une éducation sur le délirium.
- Disponibilité locale de programmes d'éducation sur le délirium pour les personnes qui sont à risque de délirium ou qui sont atteintes de délirium, ainsi que pour leur famille et leurs soignants.

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 1.

5

Gestion du délirium

Sur la base des résultats d'une évaluation complète, les personnes atteintes de délirium disposent d'un plan de gestion interprofessionnel à plusieurs composantes pour traiter les causes et gérer les symptômes du délirium.

Sources : L'American Geriatrics Society, 2014³⁵ | La coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2014²⁸ | le National Institute for Health and Care Excellence, 2019³⁰ | l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2016⁷ | le Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2019¹¹

Définitions

Évaluation complète : Elle est menée en collaboration avec la personne, sa famille et ses soignants, afin d'identifier les causes sous-jacentes possibles du délirium (p. ex. infection, déséquilibres métaboliques, facteurs environnementaux). Elle devrait comprendre les éléments suivants :^{11,39}

- Les antécédents médicaux et sociaux, en prêtant une attention particulière aux antécédents de médication de la personne, à ses besoins en matière de gestion de la douleur et à son état nutritionnel;
- Un examen physique;
- Enquêtes pertinentes, fondées sur les antécédents médicaux et l'examen physique.

Plan de gestion interprofessionnel à plusieurs composantes : Ce plan doit être élaboré par une équipe interprofessionnelle de prestataires de soins de santé travaillant avec la personne, sa famille et ses soignants. Il devrait comprendre les éléments suivants :

- Identifier et traiter les causes sous-jacentes du délirium sur la base des résultats d'une évaluation complète effectuée par un professionnel de la santé;

- Des interventions à plusieurs composantes adaptées aux besoins de la personne, au type de délirium et au contexte de soins, y compris des interventions visant à prévenir le délirium (bilan de qualité 2) et des soins de soutien pour gérer les symptômes du délirium.^{14,15}

Justification

Le délirium est une urgence médicale aiguë qui nécessite une reconnaissance et un traitement rapides des causes sous-jacentes.^{14,15} Cela peut nécessiter le renvoi à un service d'urgence pour un examen immédiat sur les causes possibles et le traitement.¹⁵

L'identification et le traitement précoces des causes du délirium peuvent réduire sa durée et sa gravité, ainsi que le risque de complications qui en découlent.³⁰ Il existe de multiples causes ou déclencheurs possibles du délirium (p. ex., une maladie aiguë, une infection, une opération chirurgicale, des interruptions de sommeil), de sorte qu'une évaluation complète est essentielle pour identifier et traiter ces causes sous-jacentes. La personne et sa famille ou ses soignants doivent être inclus dans l'évaluation. Si le traitement ne permet pas d'améliorer le délirium d'une personne, celle-ci doit être réévaluée pour voir si des problèmes sous-jacents ont été oubliés et pour examiner une éventuelle démence (voir notre norme de qualité sur les [symptômes comportementaux de la démence](#)).

Il est nécessaire de sensibiliser davantage les professionnels de la santé et de les informer sur l'évaluation des personnes atteintes de délirium et sur l'identification des causes sous-jacentes dès qu'elles ont été identifiées.

Certaines personnes peuvent avoir besoin de consulter un médecin spécialiste en gériatrie ou en psychiatrie gériatrique, un infirmier praticien en gériatrie ou un neuropsychologue (p. ex. les personnes qui présentent une agitation ou une détresse grave liée à leurs symptômes de délire, celles qui ne répondent pas aux mesures standard ci-dessus, celles dont le diagnostic est douteux ou les personnes âgées qui subissent une intervention chirurgicale d'urgence).^{11,28} L'accès à ces services et aux professionnels de la santé qui ont une expertise particulière dans l'évaluation et la gestion du délirium varie d'une région à l'autre.³⁸

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Si vous souffrez de délirium, votre équipe de soins de santé doit travailler avec vous, votre famille et vos soignants pour découvrir la cause de votre délirium et la manière de le traiter. Ils peuvent vous examiner et vous faire passer des tests (p. ex. des analyses de sang, d'urine, une radiographie pulmonaire). Ils peuvent vous poser des questions sur les médicaments que vous prenez, sur les changements récents de médicaments et sur la douleur. Vous devez recevoir un traitement basé sur la cause de votre délirium (p. ex. changer de médicament, vous donner plus de liquides à boire ou vous prescrire des antibiotiques si vous avez une infection).

Votre équipe soignante, y compris votre famille et vos soignants, doivent travailler ensemble pour vous soutenir (p. ex. vous rassurer, vous calmer si vous êtes en détresse, vous aider à dormir, réduire le bruit et veiller à ce que vos besoins quotidiens de base soient satisfaits).

Pour les cliniciens

Effectuer et documenter une évaluation complète pour les personnes atteintes de délirium, en consultation avec la personne, sa famille et ses soignants. Si possible, demander un résumé au prestataire de soins primaires de la personne, afin d'éclairer l'évaluation. Si nécessaire, aiguiller la personne vers un service d'urgence pour une enquête immédiate sur les causes possibles et le traitement. Commencer le traitement en fonction des causes identifiées et des symptômes cibles du délirium (voir la définition des « interventions adaptées pour prévenir le délirium » dans le bilan de qualité 2). S'assurer que des interventions visant à prévenir le délirium (bilan de qualité 2) et les modifications de l'environnement sont en place, et que les besoins quotidiens de base et les besoins psychologiques de la personne sont satisfaits.

Surveiller régulièrement les patients pour détecter les changements de comportement ou de fonction cognitive, y compris la détérioration clinique.

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que la formation, les systèmes, les processus et les ressources soient en place dans les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et les établissements de proximité pour aider les professionnels de la santé à déterminer les causes du délirium sur la base d'une évaluation complète, et pour élaborer des plans de gestion interprofessionnelle, afin de traiter les causes et de gérer les symptômes du délirium.

INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de personnes atteintes de délirium qui ont fait l'objet d'une évaluation complète pour identifier les causes de leur délirium.
- Pourcentage de personnes atteintes de délirium qui disposent d'un plan de gestion interprofessionnel à plusieurs composantes pour traiter les causes et gérer les symptômes du délirium.

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'annexe 1.

6

Médicaments antipsychotiques

Seules les personnes qui sont dans une détresse grave en raison de symptômes de délirium ou qui risquent immédiatement de se faire du mal ou d'en faire à d'autres sont prises en considération pour l'utilisation de médicaments antipsychotiques. Ces médicaments sont toujours utilisés en combinaison avec des stratégies de gestion de première ligne. Si un traitement antipsychotique est mis en place, il est examiné quotidiennement et arrêté dès que la situation clinique le permet.

Sources : L'American Geriatrics Society, 2014³⁵ | La coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2014²⁸ | le National Institute for Health and Care Excellence, 2019³⁰ | l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2016⁷ | le Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2019¹¹

Définitions

Détresse sévère due aux symptômes du délirium : Il s'agit de la détresse causée par l'apparition de symptômes psychotiques liés au délirium (hallucinations ou délires).

Médicaments antipsychotiques : Une stratégie de gestion de deuxième ligne pour le délire qui n'est envisagée que dans les circonstances où les symptômes psychotiques du délirium (p. ex. des expériences hallucinatoires ou délirantes) causent à la personne une détresse grave; lorsque la personne est en danger immédiat de se faire du mal ou d'en faire à d'autres; ou pour faciliter les soins nécessaires au maintien de la vie qui ne peuvent être dispensés en raison du comportement de la personne. Il est principalement utilisé pour traiter la détresse liée à l'expérience d'hallucinations ou de

délires, et pour réduire les symptômes d'agitation associés au délirium, afin de protéger les patients, la famille et les soignants.

Stratégies de gestion de première ligne : Il s'agit notamment d'identifier et de traiter les causes sous-jacentes du délirium (bilan de qualité 5) et d'utiliser des techniques verbales et non verbales pour désamorcer la situation si nécessaire,³⁰ ainsi que de suivre un plan de gestion interprofessionnel à plusieurs composantes (voir définition dans le bilan de qualité 5) qui comprend des stratégies de communication et de comportement et des considérations environnementales (bilans de qualité 2 et 5).

Abandon : Le médicament est arrêté selon un processus planifié et supervisé, y compris une réduction progressive sûre, le cas échéant.

Justification

Il n'y a pas de preuves cohérentes démontrant que l'utilisation de médicaments antipsychotiques chez les personnes atteintes de délirium entraîne une réduction de la durée des symptômes du délirium, une diminution de la gravité des symptômes ou une résolution des symptômes; en effet, certaines études suggèrent des résultats cliniques plus mauvais en raison de son utilisation.⁵⁴ Les médicaments antipsychotiques ont été associés à un certain nombre d'effets indésirables graves (p. ex. crise cardiaque, rythme cardiaque anormal, décès).^{30,55} Pour les personnes atteintes de délirium en fin de vie, les médicaments antipsychotiques peuvent aggraver les symptômes.⁵⁶ Par conséquent, les médicaments antipsychotiques ne doivent pas être prescrits systématiquement aux personnes atteintes de délirium et ne doivent être envisagés que dans les cas où les symptômes du délirium (p. ex. les expériences délirantes ou hallucinatoires) causent une détresse grave à la personne, lorsque la personne risque immédiatement de se faire du mal ou d'en faire aux autres, ou pour faciliter les soins nécessaires au maintien de la vie qui ne peuvent être dispensés en raison du comportement de la personne.

Il est important de peser les risques liés à la prescription de médicaments antipsychotiques en fonction des avantages pour la personne atteinte de délirium, sa famille et ses soignants. Si un médicament antipsychotique est utilisé, il doit être prescrit à la dose efficace la plus faible pour la durée la plus courte possible. Les stratégies de gestion de première ligne pour le délirium sont toujours appropriées.

Les médicaments antipsychotiques commencés à l'hôpital sont souvent poursuivis après la sortie de l'hôpital sans que l'on en tienne compte. Pour ceux qui pourraient bénéficier d'une poursuite de la prise de médicaments antipsychotiques après leur sortie ou leur transfert de l'hôpital, il faut prévoir un examen et un suivi des médicaments dans les

maisons de soins de longue durée et dans d'autres milieux en foyers et dans la communauté.¹¹ Cela devrait inclure la communication et la documentation d'un plan convenu avec le prestataire de soins primaires de la personne et le pharmacien communautaire pour réduire et arrêter la médication une fois le délirium résolu.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Si vous souffrez de délirium et de détresse grave liée à vos symptômes (p. ex. hallucinations, délires) ou si vous représentez un danger immédiat pour vous-même ou pour autrui, un médecin ou une infirmière peut discuter avec vous, votre famille et vos soignants de la possibilité de vous prescrire un médicament antipsychotique à faible dose pendant une courte période. Ces médicaments doivent toujours être utilisés avec d'autres moyens pour vous soutenir (p. ex. pour vous rassurer, vous calmer si vous êtes en détresse, vous aider à dormir, réduire le bruit et veiller à ce que vos besoins quotidiens de base soient satisfaits). Le médecin ou l'infirmière doit également discuter avec vous, votre famille et vos soignants du choix du médicament, de ses effets secondaires et de ses avantages, de la dose et de la durée de la prise. Si vous devez continuer à prendre le médicament à votre retour à domicile, votre médecin de famille et votre pharmacien communautaire doivent travailler ensemble pour réduire et arrêter le médicament lorsque vous n'avez plus de symptômes.

Pour les cliniciens

Pour une personne atteinte de délirium, n'envisager la prise d'un médicament antipsychotique que lorsque les symptômes du délirium lui causent une détresse grave ou la mettent en danger immédiat pour elle-même ou pour autrui. Si un médicament antipsychotique est envisagé :

- Peser les risques et les avantages individuels avant de prescrire;
- Discuter du choix des médicaments antipsychotiques, des risques et des avantages, du dosage et de la durée avec la personne, la famille et les soignants;
- Utiliser une faible dose, surveiller de près la réaction (c.-à-d. les signes vitaux, les changements de comportement de la personne) avant d'envisager toute augmentation de la dose, et limiter l'utilisation pour une période aussi courte que possible;
- Éviter d'utiliser des médicaments antipsychotiques, ou les utiliser avec prudence, chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson ou de démence à corps de Lewy.³⁰

Ces médicaments doivent toujours être utilisés en combinaison avec des stratégies de gestion de première ligne.

Pour ceux qui pourraient bénéficier de la poursuite de la médication antipsychotique contre le délirium après leur sortie ou leur transfert de l'hôpital, travaillez avec le prestataire de soins primaires et le pharmacien communautaire pour convenir d'un plan clair de révision et de suivi de la médication dans la communauté, dans le but de réduire et d'interrompre la médication une fois le délirium résolu.

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que la formation, les systèmes, les processus et les ressources soient en place dans les hôpitaux, les maisons de soins de longue durée et les établissements de proximité pour soutenir l'utilisation de stratégies de gestion de première ligne du délire et l'utilisation de médicaments antipsychotiques uniquement lorsque cela est approprié (c.-à-d. lorsque les symptômes du délirium provoquent une détresse grave chez la personne ou la mettent en danger immédiat pour elle-même ou pour autrui), y compris des conseils aux professionnels de la santé sur la posologie, la durée du traitement, la nécessité d'une révision régulière, et la réduction progressive et l'arrêt du traitement.

INDICATEURS DE QUALITÉ :

MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de personnes atteintes de délirium à qui l'on administre des médicaments antipsychotiques sans documentation attestant une détresse grave due aux symptômes du délirium, un risque immédiat de préjudice pour elles-mêmes ou pour autrui, ou le recours à des stratégies de gestion de première ligne.
- Nombre de jours d'examen documentés par rapport au nombre total de jours où les patients atteints de délirium prennent des antipsychotiques.

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 1.

7

Transitions dans les soins

Lors des transitions dans les soins, les personnes atteintes de délirium actuel ou résolu (ainsi que leur famille et leurs soignants) reçoivent des informations relatives au délirium et à sa gestion. Ces informations sont communiquées aux personnes impliquées dans le cercle de soins de la personne et documentées dans le dossier de santé lors des transitions de soins.

Sources : La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2014²⁸ | Le National Institute for Health and Care Excellence, 2019³⁰ | Le Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2019¹¹

Définitions

Informations relatives au délirium et à sa gestion : Informations spécifiques concernant l'épisode de délirium d'une personne, y compris ce qui suit^{6, 11, 39} :

- Documentation du délirium actuel ou résolu et de son état actuel;
- Un rappel que les symptômes du délirium peuvent persister à la sortie de l'hôpital ou au-delà;
- Stratégies de gestion du délirium persistant et de prévention de la récurrence du délirium;
- Description des traitements en cours liés au délirium et des éventuels soins de suivi;
- Si un médicament antipsychotique a été prescrit, un plan de révision quotidienne et un calendrier de réduction et d'interruption (bilan de qualité 6);
- Les dispositions prises pour les soins de suivi (p. ex. le prestataire de soins primaires, le médecin spécialiste) ou les coordonnées des services de santé et d'aide sociale permanents disponibles dans la communauté, le cas échéant.

Ces informations sont partagées avec la personne, la famille, les soignants et toutes les personnes impliquées dans les soins de la personne lors des transitions dans les soins.

Certaines de ces informations peuvent figurer dans le résumé de sortie ou plan de transition, qui est un document écrit (imprimé ou électronique) résumant le séjour de la personne à l'hôpital, ses diagnostics, les interventions effectuées et les actions recommandées (p. ex. la coordination des soins et le soutien pour la transition entre l'hôpital et le domicile; voir notre norme de qualité « [Transitions entre l'hôpital et la maison](#) »).^{57,58}

Cercle de soins : Cela inclut les membres de l'équipe de soins de santé qui sont inclus dans le consentement implicite de l'individu pour collecter, utiliser ou divulguer les informations personnelles sur la santé d'une personne dans le but de fournir ou d'aider à fournir des soins de santé.⁵⁹ Le cercle de soins peut également comprendre les membres de la famille et les soignants que le patient consent à inclure dans son cercle de soins, ainsi que tout décideur remplaçant (voir la définition à l'appendice 2. Glossaire).

Justification

Une communication efficace entre les prestataires de soins de santé dans tous les milieux (p. ex. services d'urgence, hôpitaux, soins primaires, soins à domicile et communautaires, soins de longue durée) est essentielle pour la prise en charge et le rétablissement des personnes atteintes de délirium.³⁹

Pour de nombreuses personnes qui souffrent de délirium à l'hôpital, les symptômes peuvent persister à la sortie de l'hôpital ou après,²⁷ et certaines personnes peuvent ne pas se rétablir complètement (c.-à-d. qu'il peut y avoir un déclin cognitif et fonctionnel) ou être à risque d'une nouvelle démence.²⁸ Pour ces raisons, il est important que l'épisode de délirium de la personne pendant son séjour à l'hôpital soit clairement documenté dans son dossier médical lors des transitions de soins et communiqué à son cercle de soins. Cela inclut toute documentation visant à soutenir les transitions dans les soins (p. ex. par le biais de notes de transfert clinique, d'un plan de transition, d'un résumé de sortie, de références).

Le délirium d'une personne est généralement identifié comme étant secondaire à la raison principale de son admission à l'hôpital et n'est souvent pas communiqué ou documenté.⁶ L'amélioration de la documentation et de la communication peut contribuer à sensibiliser les prestataires de soins de santé au délirium et à garantir que les personnes qui se remettent d'un délirium ou qui en souffrent encore reçoivent des

informations spécifiques relatives à la gestion et aux soins de suivi appropriés lorsqu'elles passent d'un établissement de soins à un autre et d'un prestataire à un autre.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Votre équipe soignante doit discuter de votre épisode de délirium avec vous, votre famille et vos soignants, et décrire les soins dont vous aurez besoin lorsque vous passerez de l'hôpital à votre domicile ou dans un autre établissement de soins (p. ex. une maison de soins de longue durée). Ils doivent vous donner des informations sur le délirium et élaborer un plan de gestion avec vous, votre famille et vos soignants. Votre équipe de soins doit vous donner des informations qui expliquent tout ce que vous devez savoir, y compris :

- Vos objectifs de soins et les moyens de gérer votre délirium et de réduire le risque d'avoir un autre épisode de délirium (comme bien manger et boire beaucoup d'eau ou d'autres liquides);
- Les traitements dont vous pourriez avoir besoin (comme les moyens de gérer un délirium persistant, les médicaments à prendre, la manière de les prendre, leur but et les raisons pour lesquelles certains médicaments peuvent avoir cessé d'être pris);
- Plans de suivi des soins (p. ex. avec votre prestataire de soins primaires ou un médecin spécialiste) et services de soutien de proximité.

Vous recevrez une copie écrite de ces informations avant de quitter l'hôpital. Elle peut faire partie de ce qu'on appelle un résumé de sortie axé sur le patient, ou PODS. Si vous acceptez, votre famille et les personnes qui s'occupent de vous doivent également en obtenir une copie écrite. Ces informations doivent être faciles à lire et à comprendre, et votre équipe de soins doit vous proposer de vous les expliquer.

Pour les cliniciens

Si vous faites partie d'une équipe hospitalière, donner aux patients, aux familles et aux soignants une copie écrite des informations spécifiques relatives au délirium et à sa gestion continue avant que le patient ne quitte l'hôpital ou ne soit transféré vers un autre établissement de soins de santé. Communiquer ces informations aux personnes impliquées dans le cercle de soins de la personne et documenter-les dans le dossier de santé lors des transitions de soins et à tout le cercle de soins du patient.

Utiliser une documentation et un codage normalisés du délirium dans le dossier médical et d'autres documents pour soutenir les transitions dans les soins (p. ex. par des notes de transfert clinique, des plans de transition, des résumés de sortie, des aiguillages).

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les hôpitaux disposent de systèmes, de processus et de ressources pour donner aux personnes atteintes de délirium en cours ou résolu qui passent de l'hôpital à leur domicile, ou à un autre établissement ou prestataire de soins, une copie écrite des informations spécifiques relatives au délirium et à sa gestion (p. ex. via un résumé de sortie axé sur le patient [PODS]).

Veiller à ce que les hôpitaux disposent de systèmes, de processus et de ressources permettant de normaliser la documentation et le codage du délirium dans le dossier médical, afin de signaler les épisodes pendant les séjours à l'hôpital et de soutenir les transitions dans les soins (p. ex. notes de transfert clinique, plans de transition, résumés de sortie, aiguillages).

INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de personnes sortant de l'hôpital et rentrant chez elles avec un délirium en cours ou résolu (ainsi que leur famille et leurs soignants) qui déclarent avoir reçu des informations sur le délirium et sa gestion lors des transitions de soins.
- Pourcentage de personnes atteintes de délirium qui sont sorties de l'hôpital pour rentrer chez elles et dont le dossier médical contient des informations sur le délirium et sa gestion, afin de faciliter les transitions dans les soins.

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 1.

Appendices

Appendice 1. Mesure à l'appui de l'amélioration

Le Comité consultatif sur la norme de qualité relative au délirium a défini certains objectifs généraux pour cette norme de qualité. Ces objectifs ont été mis en correspondance avec des indicateurs qui peuvent servir à suivre les progrès réalisés pour améliorer les soins aux personnes souffrant de délirium en Ontario. Certains indicateurs sont mesurables à l'échelle provinciale, tandis que d'autres ne peuvent être mesurés qu'à l'aide de données de source locale.

La collecte et l'utilisation des données associées à cette norme de qualité sont facultatives. Toutefois, les données vous aideront à évaluer la qualité des soins que vous prodiguez et l'efficacité de vos efforts d'amélioration de la qualité.

Nous savons que cette norme comprend une longue liste d'indicateurs. Nous vous avons remis cette liste afin que vous n'ayez pas à créer vos propres indicateurs d'amélioration de la qualité. Nous vous recommandons d'identifier les domaines sur lesquels vous devez vous concentrer dans la norme de qualité, puis d'utiliser un ou plusieurs des indicateurs associés pour guider et évaluer vos efforts d'amélioration de la qualité.

Pour évaluer la prestation équitable des soins, vous pouvez stratifier les indicateurs mesurés localement selon les caractéristiques socioéconomiques et démographiques des patients, comme l'âge, le niveau de scolarité, le genre, le revenu, la langue et le sexe.

Notre [guide de mesure](#) fournit plus d'informations et des étapes concrètes sur la façon d'intégrer la mesure dans votre travail de planification et d'amélioration de la qualité.

Manière de mesurer le succès global

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

Taux de délirium chez les personnes admises à l'hôpital, avec apparition pendant leur séjour

- Dénominateur : nombre total de personnes admises à l'hôpital
- Numérateur : nombre de personnes qui, dans le dénominateur, ont eu un début de délirium pendant leur séjour
- Source des données : Base de données des résumés des congés

Pourcentage de personnes atteintes de délirium qui sont renvoyées de l'hôpital à leur domicile et qui déclarent avoir le sentiment d'avoir participé autant qu'elles le souhaitent à la prestation des soins et à la planification de leur congé

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de délirium qui quittent l'hôpital pour rentrer chez elles
- Numérateur : nombre de personnes qui, dans le dénominateur, déclarent avoir eu le sentiment d'être impliquées dans la prestation des soins et la planification du congé autant qu'elles le souhaitent
- Sources de données : Base de données sur les congés des patients et enquête sur l'expérience des patients canadiens

Indicateurs ne pouvant être mesurés qu'à l'aide de données locales

Pourcentage de personnes à risque de délirium qui ont des interventions documentées dans leur plan de soins pour prévenir le délirium

- Dénominateur : nombre total de personnes à risque de délirium
- Numérateur : nombre de personnes qui, dans le dénominateur, ont des interventions documentées dans leur plan de soins pour prévenir le délirium
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes de délirium qui disposent d'un plan de gestion interprofessionnel à plusieurs composantes pour traiter les causes et gérer les symptômes du délirium

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de délirium
- Numérateur : nombre de personnes qui, dans le dénominateur, disposent d'un plan de gestion interprofessionnel à plusieurs composantes pour traiter les causes et gérer les symptômes du délirium
- Source des données : collecte de données locales

Manière de mesurer l'amélioration par rapport aux énoncés spécifiques

Énoncé de qualité 1 : Identification des facteurs de risque du délirium

Pourcentage des personnes se présentant à l'hôpital et dont les facteurs de risque de délirium sont évalués lors du premier contact

- Dénominateur : nombre total de personnes qui se présentant à l'hôpital

- Numérateur : nombre de personnes qui, dans le dénominateur, sont évaluées pour les facteurs de risque de délirium lors du premier contact
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage des personnes se présentant à des soins de longue durée dont les facteurs de risque de délirium sont évalués lors du premier contact

- Dénominateur : nombre total de personnes se présentant à des soins de longue durée
- Numérateur : nombre de personnes qui, dans le dénominateur, sont évaluées pour les facteurs de risque de délirium lors du premier contact
- Source des données : collecte de données locales

Disponibilité locale à des dossiers de santé électroniques intégrés dans lesquels les facteurs de risque de délirium sont documentés et communiqués entre les prestataires

- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 2 : Interventions pour prévenir le délirium

Pourcentage de personnes à risque de délirium qui ont des interventions documentées dans leur plan de soins pour prévenir le délirium

- Dénominateur : nombre total de personnes exposées au risque de délirium
- Numérateur : nombre de personnes qui, dans le dénominateur, ont des interventions documentées dans leur plan de soins pour prévenir le délirium
- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 3 : Dépistage précoce du délirium

Pourcentage de personnes qui se présentent à l'hôpital avec des facteurs de risque de délirium et qui font l'objet d'un dépistage du délirium

- Dénominateur : nombre total de personnes qui se présentent à l'hôpital avec des facteurs de risque de délirium
- Numérateur : nombre de personnes qui, dans le dénominateur, sont soumises à un dépistage du délirium
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes se présentant à l'hôpital avec des facteurs de risque de délirium qui sont dépistées dans les deux (2) heures suivant leur arrivée et au moins une fois par jour par la suite

- Dénominateur : nombre total de personnes se présentant à l'hôpital avec des facteurs de risque de délirium
- Numérateur : nombre de personnes qui, dans le dénominateur, sont examinées dans les deux (2) heures suivant leur arrivée et au moins une fois par jour par la suite
- Source des données : collecte de données locales

Disponibilité locale de professionnels de la santé ayant reçu une éducation et une formation au dépistage du délire à l'aide d'outils standardisés et validés

- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 4 : Éducation pour les personnes atteintes de délirium, leur famille et leurs soignants

Pourcentage de personnes à risque de délirium ou atteintes de délirium (ainsi que leur famille et leurs soignants) qui déclarent avoir reçu une éducation sur le délirium

- Dénominateur : nombre total de personnes qui sont exposées au risque de délirium ou qui sont atteintes de délirium (ainsi que leur famille et leurs soignants)
- Numérateur : nombre de personnes qui, dans le dénominateur, déclarent avoir été informées sur le délirium
- Source des données : collecte de données locales

Disponibilité locale de programmes d'éducation sur le délirium pour les personnes qui sont à risque de délirium ou qui sont atteintes de délirium, ainsi que pour leur famille et leurs soignants

- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 5 : Gestion du délirium

Pourcentage de personnes atteintes de délirium qui ont fait l'objet d'une évaluation complète pour identifier les causes de leur délirium

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de délirium
- Numérateur : nombre de personnes qui, dans le dénominateur, ont subi une évaluation complète pour identifier les causes de leur délirium
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes de délirium qui disposent d'un plan de gestion interprofessionnel à plusieurs composantes pour traiter les causes et gérer les symptômes du délirium

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de délirium
- Numérateur : nombre de personnes qui, dans le dénominateur, disposent d'un plan de gestion interprofessionnel à plusieurs composantes pour traiter les causes et gérer les symptômes du délirium
- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 6 : Médicaments antipsychotiques

Pourcentage de personnes atteintes de délirium à qui l'on administre des médicaments antipsychotiques sans documentation attestant une détresse grave due aux symptômes du délirium, un risque immédiat de préjudice pour elles-mêmes ou pour autrui, ou le recours à des stratégies de gestion de première ligne

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de délirium
- Numérateur : nombre de personnes, dans le dénominateur, auxquelles on administre des médicaments antipsychotiques sans document attestant d'une détresse grave due à des symptômes de délirium, d'un risque immédiat de préjudice pour elles-mêmes ou pour autrui, ou du recours à des stratégies de gestion de première ligne
- Source des données : collecte de données locales

Nombre de jours d'examen documentés par rapport au nombre total de jours où les patients atteints de délirium prennent des antipsychotiques

- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 7 : Transitions dans les soins

Pourcentage de personnes sortant de l'hôpital et rentrant chez elles avec un délirium en cours ou résolu (ainsi que leur famille et leurs soignants) qui déclarent avoir reçu des informations sur le délirium et sa gestion lors des transitions de soins

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant quitté l'hôpital pour rentrer chez elles avec un délirium en cours ou résolu (ainsi que leur famille et leurs soignants)
- Numérateur : nombre de personnes, dans le dénominateur, qui déclarent recevoir des informations sur le délirium et sa gestion lors des transitions de soins
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes de délirium qui sont sorties de l'hôpital pour rentrer chez elles et dont le dossier médical contient des informations sur le délirium et sa gestion, afin de faciliter les transitions dans les soins

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de délirium qui sont sorties de l'hôpital pour rentrer chez elles
- Numérateur : nombre de personnes, dans le dénominateur, dont le délirium et sa gestion sont documentés dans leur dossier médical pour faciliter les transitions dans les soins
- Source des données : collecte de données locales

Appendice 2. Glossaire

Le soignant : La personne non rémunérée qui fournit des soins et un soutien à titre non professionnel. Les soignants peuvent être des membres de la famille, des amis ou toute autre personne identifiée par la personne atteinte de délirium ou à risque de délirium. Les autres termes couramment utilisés pour décrire ce rôle sont « proche aidant », « accompagnant », « soignant familial », « soignant informel » et « soignant principal ». Nous reconnaissons que toutes les personnes assumant ce rôle ne peuvent pas s'identifier comme des « soignants ». Le rôle du soignant peut changer au fil du temps. Notre choix d'utiliser « soignant » ne diminue ni n'annule les termes qu'une personne peut préférer.

La famille : Les membres de la famille, les amis ou les personnes de soutien qui ne sont pas nécessairement liés à la personne atteinte de délirium. La personne atteinte de délirium définit sa famille et les personnes qui seront impliquées dans sa prise en charge.

Les professionnels de la santé : Les professionnels réglementés, tels que les infirmières diplômées, les infirmières praticiennes, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les médecins (médecins de famille, spécialistes), les physiothérapeutes, les psychologues, les travailleurs sociaux et les orthophonistes.

Les prestataires de soins de santé : Les professionnels de la santé, ainsi que les personnes exerçant des professions non réglementées, telles que le personnel administratif, les travailleurs de soutien comportemental, les travailleurs de soutien personnel, le personnel des loisirs, le personnel des soins spirituels et les bénévoles.

L'équipe de soins de santé : L'équipe interprofessionnelle de soins de santé, qui comprend toutes les personnes qui participent à la prestation de soins (y compris les prestataires de soins de santé).

La maison : Le lieu de résidence habituel d'une personne; il peut s'agir de résidences personnelles, de maisons de retraite, d'établissements de vie assistée, de maisons de soins de longue durée, de centres de soins palliatifs et de refuges.

Les prestataires de soins à domicile et de proximité : Les prestataires de soins de santé basés dans la communauté, y compris les prestataires de soins à domicile et de proximité; les gestionnaires de maisons de retraite, d'établissements de vie assistée et

de maisons de soins de longue durée; les coordinateurs de soins; les pharmaciens communautaires; et les prestataires de soins primaires en dehors des heures de travail.

L'équipe de l'hôpital : Tous les prestataires de soins de santé chargés de fournir des soins coordonnés à une personne, depuis son arrivée à l'hôpital jusqu'au à la maison. Cela inclut :

- Diététiciens
- Prestataires de services de santé mentale et de toxicomanie
- Infirmières et infirmiers praticiens
- Ergothérapeutes
- Personnel de soutien
- Pharmaciens
- Médecins
- Physiothérapeutes
- Psychologues
- Thérapeutes respiratoires
- Travailleurs sociaux
- Orthophonistes
- Bénévoles

Les soins de longue durée : Soins offerts dans une maison de soins de longue durée (anciennement également appelée maison de soins infirmiers).

Prestataire de soins primaires : Un médecin de famille (également appelé médecin de soins primaires) ou une infirmière praticienne.

Mandataire spécial : Une personne qui prend des décisions en matière de soins et de traitement au nom d'une autre personne si ou quand cette personne devient mentalement incapable de prendre ces décisions pour elle-même. La capacité peut varier d'une décision de traitement à une autre.⁶⁰ Le mandataire spécial prend des décisions en fonction de sa compréhension des souhaits de la personne ou, si ceux-ci sont inconnus ou inapplicables, fait des choix qui sont conformes aux valeurs et croyances connues de la personne et dans son intérêt.

Les transitions dans les soins : Ces cas se produisent lorsque les patients sont transférés entre différents établissements de soins (p. ex. hôpital, soins primaires, soins de longue durée, soins à domicile et soins de proximité) et entre différents prestataires de soins de santé au cours d'une maladie aiguë ou chronique.

Remerciements

Comité consultatif

Santé Ontario remercie les personnes suivantes pour leurs généreuses contributions volontaires en temps et en expertise afin d'aider à créer cette norme de qualité :

Barbara Liu (co-présidente)

Gériatre, directrice principale du programme gériatrique régional de Toronto

Camilla Wong (co-présidente)

Gériatre, Hôpital St. Michael's, division de gériatrie, professeur associée, Université de Toronto

Cindy Bourgault

Directrice de la pratique clinique, services aux personnes âgées, soins de longue durée, région de Niagara

Deborah Brown

Infirmière praticienne, stratégie de soins adaptés aux aînés, Sunnybrook Health Sciences Centre

Venera Bruto

Neuropsychologue clinicien, pratique privée; Ancien président et membre actuel à titre personnel, Développement adulte et vieillissement, Société canadienne de psychologie

Shirley Coughlin

Ergothérapeute agréée, Halton Healthcare

Sonya Hartviken

Préposée aux services de soutien de la personne, région de Durham

Karen Hicks

Infirmière de pratique avancée et infirmière en gestion des urgences gériatriques, Centre régional de santé de Peterborough

Saurabh Kalra

Directeur médical, soins de longue durée Jardins de Brierwood

Nicole Lafrenière-Davis

Conseillère en expérience de vie

Susan Landmark

Conseillère en expérience de vie

Rebekah Larter

Spécialiste de la vie des personnes âgées, Hôpital général de Guelph

Seung-Jun Lee

Médecin de famille, Clinique communautaire Memory

Eric Lui

Pharmacien, équipe de santé familiale
de North York

Don Melady

Urgentologue, Institut de médecine
d'urgence Schwartz/Reisman, Hôpital
Mount Sinai

Savannah Perrault

Travailleuse sociale, Centre régional des
sciences de la santé de Thunder Bay

Mary-Lynn Peters

Infirmière praticienne, professeur
adjoint, École de soins infirmiers
Lawrence Bloomberg, Université de
Toronto; directrice de projet, Normes de
soins pour les personnes âgées, Trillium
Health Partners

Kathleen Sheehan

Psychiatre du personnel, chercheuse
clinicienne, réseau de santé universitaire

Références

- (1) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): The Association; 2013.
- (2) Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*. 1990;113(12):941-8.
- (3) The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC Med*. 2014;12:141.
- (4) Wong CL, Holroyd-Leduc J, Simel DL, Straus SE. Does this patient have delirium?: value of bedside instruments. *J Am Med Assoc*. 2010;304(7):779-86.
- (5) Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in older persons: advances in diagnosis and treatment. *J Am Med Assoc*. 2017;318(12):1161-74.
- (6) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Delirium in adults quality standard [Internet]. United Kingdom: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2014 [cited 2014 July]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs63>
- (7) Registered Nurses' Association of Ontario. Delirium, dementia, and depression in older adults: assessment and care [Internet]. Toronto (ON): The Association; 2016 [cited 2019 Aug]. Available from: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/RNAO_Delirium_Dementia_Depression_Older_Adults_Assessment_and_Care.pdf
- (8) Morandi A, Davis D, Bellelli G, Arora RC, Caplan GA, Kamholz B, et al. The diagnosis of delirium superimposed on dementia: an emerging challenge. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(1):12-8.
- (9) Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383(9920):911-22.
- (10) Ahmed S, Leurent B, Sampson EL. Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2014;43(3):326-33.
- (11) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Risk reduction and management of delirium [Internet]. Edinburgh (Scotland): NHS Scotland; 2019 [cited 2019 Aug]. Available from: <https://www.sign.ac.uk/assets/sign157.pdf>
- (12) Think delirium: delirium toolkit [Internet]. Scotland: Healthcare Improvement Scotland; 2014 [cited 2020 Jan 23]. Available from: [http://www.widgetlibrary.knowledge.scot.nhs.uk/media/WidgetFiles/1010435/Delirium%20toolkit%20v3.1%20testing%20sep%20\(web\).pdf](http://www.widgetlibrary.knowledge.scot.nhs.uk/media/WidgetFiles/1010435/Delirium%20toolkit%20v3.1%20testing%20sep%20(web).pdf)
- (13) Watt CL, Momoli F, Ansari MT, Sikora L, Bush SH, Hosie A, et al. The incidence and prevalence of delirium across palliative care settings: a systematic review. *Palliat Med*. 2019;33(8):865-77.
- (14) Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. Clinician's pocket card: delirium assessment and treatment for older adults [Internet]. Markham (ON) : The Coalition; 2010 [cited 2020 Jan]. Available from: <https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/Delirium-tool-layout-FINAL.pdf>
- (15) Regional Geriatric Programs of Toronto. Senior Friendly Care: the SF7 toolkit [Internet]. Toronto: The Programs; 2019 [updated 2019; cited 2019 Nov]. Available from: <https://www.rgptoronto.ca/wp-content/uploads/2018/04/SF7-Toolkit.pdf>

- (16) Chan B, Cochrane D. Measuring patient harm in Canadian hospitals. What can be done to improve patient safety? Ottawa (ON): Canadian Institute for Health Information, Canadian Patient Safety Institute; 2016.
- (17) Han JH, Shintani A, Eden S, Morandi A, Solberg LM, Schnelle J, et al. Delirium in the emergency department: an independent predictor of death within 6 months. *Ann Emerg Med*. 2010;56(3):244-52.
- (18) Pitkala KH, Laurila JV, Strandberg TE, Tilvis RS. Prognostic significance of delirium in frail older people. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2005;19(2-3):158-63.
- (19) Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harrell Jr FE, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *J Am Med Assoc*. 2004;291(14):1753-62.
- (20) Van den Boogaard M, Schoonhoven L, Van der Hoeven JG, Van Achterberg T, Pickkers P. Incidence and short-term consequences of delirium in critically ill patients: a prospective observational cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(7):775-83.
- (21) Marcantonio ER, Kiely DK, Simon SE, Orav EJ, Jones RN, Murphy KM, et al. Outcomes of older people admitted to postacute facilities with delirium. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(6):963-9.
- (22) McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Belzile E. Delirium predicts 12-month mortality. *Arch Intern Med*. 2002;162(4):457-63.
- (23) Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *J Am Med Assoc*. 2010;304(4):443-51.
- (24) Breitbart W, Gibson C, Tremblay A. The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics*. 2002;43(3):183-94.
- (25) Partridge JS, Martin FC, Harari D, Dhesei JK. The delirium experience: what is the effect on patients, relatives and staff and what can be done to modify this? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28(8):804-12.
- (26) Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, Morandi A, Thompson JL, Pun BT, et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. *N Engl J Med*. 2013;369(14):1306-16.
- (27) Dasgupta M, Hillier LM. Factors associated with prolonged delirium: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(3):373-94.
- (28) Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. The assessment and treatment of delirium [Internet]. Toronto (ON): The Coalition; 2014 [cited 2019 Aug]. Available from: <https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/2014-ccsmh-Guideline-Update-Delirium.pdf>
- (29) McCusker J, Cole MG, Dendukuri N, Belzile E. The delirium index, a measure of the severity of delirium: new findings on reliability, validity, and responsiveness. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(10):1744-9.
- (30) National Institute for Health and Care Excellence. Delirium: prevention, diagnosis and management [Internet]. London (UK): The Institute; 2019 [cited 2019 Aug]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
- (31) Inouye SK, Bogardus ST, Jr., Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med*. 1999;340(9):669-76.
- (32) Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM. Reducing delirium after hip

- fracture: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49(5):516-22.
- (33) Hshieh TT, Yue J, Oh E, Puelle M, Dowal S, Trivison T, et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2015;175(4):512-20.
- (34) Martinez F, Tobar C, Hill N. Preventing delirium: should non-pharmacological, multicomponent interventions be used? A systematic review and meta-analysis of the literature. *Age Ageing.* 2015;44(2):196-204.
- (35) American Geriatrics Society. Clinical practice guideline for postoperative delirium in older adults [Internet]. New York: The Society; 2014 [cited 2019 Aug]. Available from: <https://geriatriccareonline.org/Product/Abstract/american-geriatrics-society-clinical-practice-guideline-for-postoperative-delirium-in-older-adults/CL018>
- (36) Wong K, Tsang A, Liu B. Update on senior friendly hospital care in Ontario [Internet]. Toronto (ON): Regional Geriatric Program of Toronto; 2015 [updated 2018; cited 2018 July 24]. Available from: https://www.rgptoronto.ca/wp-content/uploads/2017/12/SFH_Care_in_Ontario_2015.pdf
- (37) Regional Geriatric Programs of Ontario. Senior Friendly Care (sfCare) [Internet]. Toronto (ON): The Programs; 2020 [updated 2020; cited 2020 Jan]. Available from: <https://www.rgps.on.ca/initiatives/sfcare/>
- (38) Hogan DB, Borrie M, Basran JF, Chung AM, Jarrett PG, Morais JA, et al. Specialist physicians in geriatrics—report of the Canadian geriatrics society physician resource work group. *Can Geriatr J.* 2012;15(3):68.
- (39) Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). Delirium clinical care standard [Internet]. Sydney: The Commission; 2016 [cited 2016 July]. Available from: <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/clinical-care-standards/delirium-clinical-care-standard>
- (40) Reston JT, Schoelles KM. In-facility delirium prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158(5 Pt 2):375-80.
- (41) 4AT rapid clinical test for delirium [Internet]. Edinburgh: Alasdair MacLulich; 2019 [updated unknown; cited 2019 Nov]. Available from: <https://www.the4at.com/>
- (42) World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorder. Diagnostic criteria for research. Geneva, Switzerland: The Organization; 1993.
- (43) Han JH, Wilson A, Vasilevskis EE, Shintani A, Schnelle JF, Dittus RS, et al. Diagnosing delirium in older emergency department patients: validity and reliability of the Delirium Triage Screen and the Brief Confusion Assessment Method. *Ann Emerg Med.* 2013;62(5):457-65.
- (44) Han JH. Delirium Triage Screen (DTS) instruction manual, version 1.0 [Internet]. Nashville (TN) : Vanderbilt University; 2015 [cited 2020 Dec]. Available from: <http://www.eddelirium.org/wp-content/uploads/2016/05/DTS-Training-Manual-Version-1.0-09-01-2015.pdf>
- (45) Han JH, Wilson A, Graves AJ, Shintani A, Schnelle JF, Ely EW. A quick and easy delirium assessment for nonphysician research personnel. *Am J Emerg Med.* 2016;34(6):1031-6.
- (46) Shi Q, Warren L, Saposnik G, Macdermid JC. Confusion assessment method: a systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy.

- Neuropsychiatr Dis Treat. 2013;9:1359-70.
- (47) American Geriatrics Society (AGS) CoCare: Hospital Elder Life Program (HELP), delirium instruments [Internet]. New York: American Geriatrics Society; 2019 [updated 2019; cited 2020 Dec]. Available from: <https://help.agscocare.org/table-of-contents/delirium-instruments/H00101>
- (48) Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med*. 2001;29(7):1370-9.
- (49) Marcantonio ER, Ngo LH, O'Connor M, Jones RN, Crane PK, Metzger ED, et al. 3D-CAM: derivation and validation of a 3-minute diagnostic interview for CAM-defined delirium: a cross-sectional diagnostic test study. *Ann Intern Med*. 2014;161(8):554-61.
- (50) Steis MR, Evans L, Hirschman KB, Hanlon A, Fick DM, Flanagan N, et al. Screening for delirium using family caregivers: convergent validity of the Family Confusion Assessment Method and interviewer-rated Confusion Assessment Method. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(11):2121-6.
- (51) Gusmao-Flores D, Salluh JI, Chalhub RA, Quarantini LC. The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Crit Care*. 2012;16(4):R115.
- (52) Quietly delirious [Internet]. London (UK): BMJ Publishing Group Ltd.; 2017 [updated 2020; cited 2020 Jan]. Available from: <https://www.bmj.com/content/357/bmj.j2047/infographic>
- (53) Shulman RW, Kalra S, Jiang JZ. Validation of the Sour Seven Questionnaire for screening delirium in hospitalized seniors by informal caregivers and untrained nurses. *BMC Geriatr*. 2016;16:44.
- (54) Nikooie R, Neufeld KJ, Oh ES, Wilson LM, Zhang A, Robinson KA, et al. Antipsychotics for treating delirium in hospitalized adults: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2019;171:485-95.
- (55) Agar MR, Lawlor PG, Quinn S, Draper B, Caplan GA, Rowett D, et al. Efficacy of oral risperidone, haloperidol, or placebo for symptoms of delirium among patients in palliative care: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2017;177(1):34-42.
- (56) Finucane AM, Jones L, Leurent B, Sampson EL, Stone P, Tookman A, et al. Drug therapy for delirium in terminally ill adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020:004770.
- (57) Hahn-Goldberg S, Jeffs L, Troup A, Kubba R, Okrainec K. "We are doing it together": the integral role of caregivers in a patient's transition home from the medicine unit. *PLoS One*. 2018;13(5):1-14.
- (58) Kwan JL, Morgan MW, Stewart TE, Bell CM. Impact of an innovative inpatient patient navigator program on length of stay and 30-day readmission. *J Hosp Med*. 2015;10(12):799-803.
- (59) Frequently asked questions: Personal Health Information Protection Act [Internet]. Toronto (ON): Information and Privacy Commissioner of Ontario; 2014 [updated 2015 Sep; cited 2020 Feb]. Available from: <https://www.ipc.on.ca/wp-content/uploads/2015/11/phipa-faq.pdf>
- (60) Ontario Palliative Care Network. Key palliative care concepts and terms [Internet]. 2017 [updated Jul 2017; cited 2021 Jan]. Available from: https://www.ontariopalliativecarenetwork.ca/sites/opcn/files/KEY_PALLIATIVE_CARE_CONCEPTS_AND_TERMS.pdf

À propos de nous

Nous sommes un organisme créé par le gouvernement de l'Ontario chargé de coordonner le système de soins de santé de notre province et de mettre en relation ses diverses composantes d'une manière qui n'a jamais été réalisée auparavant, et ce afin de permettre à la population ontarienne de recevoir les meilleurs soins possibles. Nous nous employons à améliorer les résultats en matière de santé, l'expérience des patients et des fournisseurs et à soutenir l'optimisation des ressources allouées aux soins de santé.

Pour plus d'informations, visitez : ontariohealth.ca/fr/notre-equipe

À propos du Provincial Geriatrics Leadership Ontario

Le Provincial Geriatrics Leadership Ontario (PGLO) est l'infrastructure provinciale pour les soins gériatriques cliniques et, en collaboration avec les professionnels de la santé fournissant des soins directs, il assure le leadership pour faire progresser les soins intégrés et centrés sur la personne pour les personnes âgées vivant avec des besoins de santé complexes en Ontario et leurs soignants.

Pour plus d'informations : <https://www.rgps.on.ca/>

Besoins de renseignements supplémentaires

Visiter hqontario.ca ou communiquer avec nous à l'adresse qualitystandards@ontariohealth.ca pour toute question ou rétroaction sur ce guide.

Santé Ontario

130 rue Bloor Ouest, 10^e étage
Toronto, Ontario
M5S 1N5

Tél. : 416-323-6868

Sans frais : 1-866-623-6868

Télécopieur : 416-323-9261

Courriel : qualitystandards@ontariohealth.ca

Site Web : hqontario.ca