



# Quand des symptômes d'anxiété, de dépression, d'insomnie et de **délirium** surgissent en fin de vie, que puis-je faire?

1<sup>ère</sup> partie

Martine Roy, MD

6 mai 2022

# QUAND DES SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ, DE DÉPRESSION, D'INSOMNIE ET DE DÉLIRIUM SURGISSENT EN FIN DE VIE, QUE PUIS-JE FAIRE?



Bonjour, merci d'avoir répondu à mon invitation.

Pendant que vous vous installez confortablement, je vous invite à penser à une personne que vous avez accompagnée et qui a souffert de :

DÉLIRIUM \_\_\_\_\_

DÉPRESSION \_\_\_\_\_

ANXIÉTÉ \_\_\_\_\_

Qui étaient ces personnes? Quels étaient leurs symptômes? Quelles ont été les interventions effectuées? Etc

Comment avez-vous vécu cela?

C'est un exercice intéressant à faire afin de pouvoir encore mieux profiter de ce que nous allons aborder au cours des prochains 90 minutes.

Martine Roy



# Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

Martine Roy, MD



n'ai aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation

# Déclaration des conflits d'intérêt réels ou potentiels

**Martine Roy, MD**



En relation ou non avec le contenu de cette présentation, j'ai eu au cours des deux dernières années, une affiliation ou des intérêts financiers ou de tout ordre avec une société à but lucratif **ou** j'estime que je dois divulguer à l'auditoire un intérêt ou une orientation particulière, non pécuniaire.

<b>Noms des entreprises</b>	<b>Type d'affiliation</b> (Subvention, honoraires, conférenciers, actionnariat majoritaire, autres...)	<b>Date</b>



**JE**

**ME**

**PRÉSENTE**



D'hier à  
aujourd'hui :  
innover et  
transmettre  
avec passion

5 - 6 mai 2022

# Parce que l'essentiel est invisible...



Au-delà du dossier médical,  
devant moi

**C'EST UN ÊTRE HUMAIN, comme moi**  
que je m'apprête à rencontrer.

Il n'est pas seulement un cancer,  
Il n'est pas seulement un patient,

**C'EST UN ÊTRE HUMAIN QUI VIT LE DERNIER CHAPITRE DE SA VIE**  
que moi aussi je vivrai un jour.

**ACCOMPAGNER (médicalement, psychologiquement, spirituellement...) est une**  
**EXPÉRIENCE HUMAINE**

**MERCI À TOUTES CES PERSONNES QUI M'ONT INSPIRÉE ET AIDÉE À MIEUX**  
**COMPRENDRE CE QUI PEUT ARRIVER À CETTE DERNIÈRE ÉTAPE DE LA VIE**

**Mais surtout...**



D'hier à  
aujourd'hui :  
innover et  
transmettre  
avec passion

5 - 6 mai 2022



**MERCI À TOUTES CES PERSONNES QUI M'APPRENNENT...**

**À VIVRE**



**Ce cours de base explore les symptômes d'anxiété, de dépression, d'insomnie et de délirium qui peuvent se présenter dans un contexte de fin de vie.**



**Comment écouter, évaluer, réagir et que pouvons-nous faire comme intervenant ?**

# OBJECTIFS/INTENTIONS

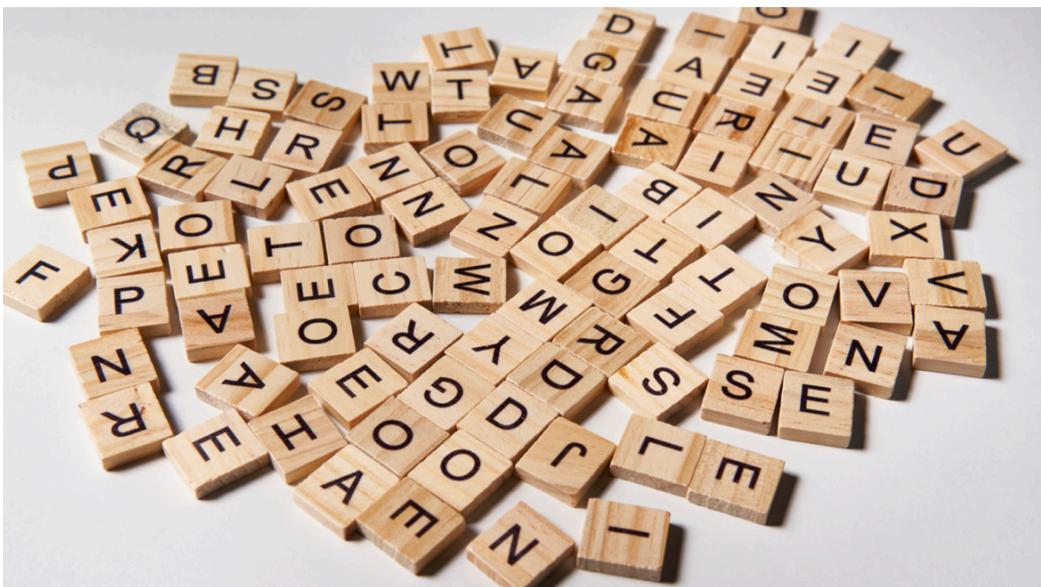


**Reconnaître les problèmes d'anxiété, de dépression, d'insomnie et de délirium qui se présentent en fin de vie**

**Savoir évaluer ces problématiques**

**Appliquer une approche palliative adaptée aux besoins du patient et de ses proches**

# PARCE QUE LES MOTS SONT IMPORTANTS...





## CONFUSION

C'est un **symptôme** pour décrire les diverses formes de troubles cognitifs qui peuvent affecter la personne en fin de vie (fdv).

## AGITATION

**Extrême détresse** qui implique des changements de comportements.

## AGITATION TERMINALE

25-88% des personnes en phase d'agonie ou dans les jours qui précèdent auront des S&S d'agitation terminale.

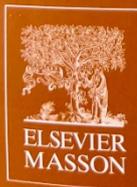
## DÉTRESSE

- C'est un état subjectif de **MAL ÊTRE GÉNÉRALISÉ**.
- Une expérience **émotionnelle** désagréable et multifactorielle
- De nature psychologique (cognitive, comportementale, émotive), sociale et/ou spirituelle

# DSM-5<sup>®</sup>

## CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

# DSM-5



Coordination générale de la traduction française  
**Marc-Antoine Crocq** et **Julien Daniel Guelfi**

Directeurs de l'équipe de la traduction française  
**Patrice Boyer, Marc-Antoine Crocq,**  
**Julien Daniel Guelfi, Charles Pull,**  
**Marie-Claire Pull-Erpelding**



## DÉLIRIUM

## ÉTAT CONFUSIONNEL

# ÉTAT CONFUSIONNEL TYPES



1. Intoxication à une substance
2. Sevrage d'une substance
3. Induit par un médicament
4. Autre affection médicale
5. Étiologies multiples

# ATTENTION



# CONSCIENCE



# LA PERTURBATION



- S'installe en un **TEMPS COURT**
- Représente un **CHANGEMENT** par rapport à l'état préalable
- **FLUCTUE** en sévérité tout au long de la journée



Au moins une autre **PERTURBATION COGNITIVE** s'ajoute à la diminution de l'attention

- **Mémoire**
- **Orientation**
- **Langage**
- **Habiletés visuo-spatiales ou des perceptions**



**Ce n'est **pas** expliqué par un trouble neurocognitif préexistant, stabilisé ou en évolution**



## CONSÉQUENCE PHYSIOLOGIQUE DIRECTE

- d'une autre affection médicale
- d'une intoxication ou d'un sevrage d'une substance ou d'une exposition à un produit toxique
- de multiples causes



# PROBLÈME DE NATURE **MÉDICALE**



# POURQUOI FAUT-IL EN PARLER?



## « UN APPEL À L'AIDE DÉSORGANISÉ »

LE problème neuropsychiatrique le plus fréquent en maladie avancée

**Sous-diagnostiqué (jusqu'à 70%)**

**Augmente morbidité**

**Augmente mortalité**

**Souvent réversible (jusqu'à 50%)**

**Souvent on peut le prévenir (jusqu'à 40%)**

## LES PROCHES

Le délirium inquiète, décontenance.

Difficulté à comprendre ce qui se passe.

Leur anxiété peut se communiquer à la personne vivant le délirium et ainsi nous entrons dans une spirale.

Peuvent interpréter l'agitation comme de la douleur mal soulagée.

Peuvent commencer à se questionner sur la qualité des soins.

Relations proches-personnels soignants peuvent en être affectées.



## L'ÉQUIPE SOIGNANTE

Les troubles de comportement liés au délirium augmentent la charge de travail des soignants.

L'évaluation des symptômes physiques et psychologiques sont d'autant plus complexifiés

Le soignant peut parfois ressentir de l'insécurité ou de l'incompréhension concernant ces nouveaux comportements qui disons-le peuvent être confrontants par moment.





# IMPACT MAJEUR SUR LA QUALITÉ DE VIE

- LES PERSONNE EN FIN DE VIE
- LES PROCHES ET LES FAMILLES
- LES SOIGNANTS

DÉTRESSE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

ATTEINTE À LA DIGNITÉ

IMPACT DIRECT SUR LA QUALITÉ DES LIENS INTERPERSONNELS

ET SURTOUT...

# UN TEMPS PRÉCIEUX SE PERD...





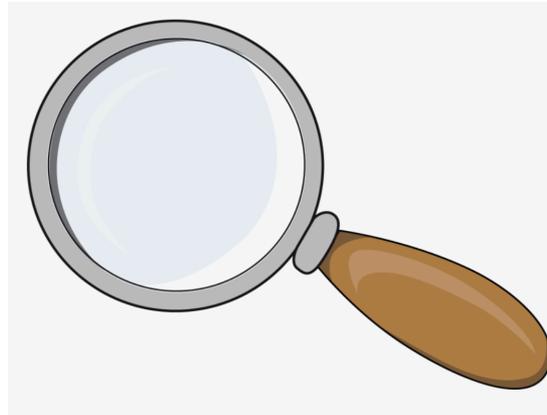
**LE DÉLIRIUM doit être considéré comme une**

**URGENCE MÉDICALE**

**en soins palliatifs**



# COMMENT LE RECONNAÎTRE



# FACTEURS DE RISQUE

## TNC

Âge avancé (>80 ans)

Comorbidités médicales (ATCD abus ROH, maladie cérébrovasculaire, de délirium)

Anorexie-cachexie

Hypoalbuminémie

Inflammation liée au cancer

Désafférentation (trouble visuels, auditifs)

Polypharmacie

Changement de lieu de soins

Apnée du sommeil

Mauvais statut de performance (PPS, ECOG)



# LES SOUS-TYPES DE DÉLIRIUM



## HYPERACTIF (25%)

Hypervigilance

Agité, irritable, impatient

Chants, sacres, rires, discours  
tangential, tachyphémie

Comportements perturbateurs

Hallucinations... Délire

## HYPOACTIF

Hypovigilance

Apathique, léthargique  
ralentissement psychomoteur

Langage altéré

Retrait silencieux

## MIXTE

La personne fluctue d'un état à l'autre

Prédicteur d'une mauvaise réponse au traitement: **Délirium Mixte et hypoactif**

Prédicteur d'une bonne réponse au traitement: **Délirium hyperactif**

**ÉTIOLOGIES**



**TOUJOURS ORGANIQUES**



## ATTEINTE CÉRÉBRALE DIRECTE

**Tumeur primaire**

**Métastases**

**Méningite carcinomateuse**

# ATTEINTE CÉRÉBRALE INDIRECTE



**Médication (Opiacés, benzo, cortico, anti-Ach...)**

**Métaboliques/électrolytiques**

**Insuffisance d'organe**

**Endocrinienne**

**Hypoxie**

**Infectieuse**

**Hématologique**

**Substance provoquant sevrage**

**Autres (rétention urinaire, fécalome, KT, HDH, Chx récente, douleur mal contrôlée...)**

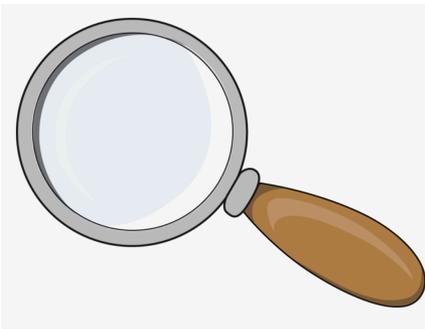
# QUE PUIS-JE FAIRE?



# DÉPISTAGE



**D'ABORD IL FAUT LE CHERCHER**



**CONTINUELLEMENT...**

**EXAMINER**

**ÉDUQUER**

**QUESTIONNER**

**ÉVALUER**

**OBSERVER**

**TRAVAILLER EN ÉQUIPE**

**ÉCOUTER**

# OUTILS DE DÉPISTAGE



## 1- SQiD (Single Question in Délirium)

« DO YOU FEEL THAT \_\_\_\_\_ HAS BEEN MORE CONFUSED LATELY »

Sensibilité 87%

Spécificité 46%

## 2- EDD (Nu-DESC)

Purement observationnel.

Score > ou = à 2, état confusionnel suspecté.

Utile pour le dépistage ET le suivi

Sensibilité 86%

Spécificité 87%

Sands M.B., et al. Single Question in delirium (SQiD: testing its efficacy against psychiatrist interview, the Confusion Assessment Method and the Memorial Delirium Assessment Scale. Palliative Medicine, 24 (6): 561-565

Gaudreau, J.D. et al., Fast, systematic and continuous delirium assessment in hospitalized patients: the nursing delirium screenig scale. Journal of Pain and Symptom Management, 2005.29 (4): p. 368-375.

# Échelle de dépistage du délirium (EDD)



D'hier à aujourd'hui :  
innover et  
transmettre  
avec passion

5 - 6 mai 2022

## ÉCHELLE DE DÉPISTAGE DU DÉLIRIUM (EDD)

Date (mois, jour)												
	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S
Désorientation												
Comportement inapproprié												
Communication inappropriée												
Illusions/Hallucinations												
Ralentissement phys./mental												
Pointage par période												
Si N.E., écrire: a=sommeil naturel; b=sédation induite; c=stupsur ou coma; d=autres												

### SCORE (EDD , NuDESC)

0= Absence de comportement

1= Occasionnellement ou peu prononcé

2= De modéré à grave

**Total:  $\geq 2$  indique la possibilité de délirium qui doit être évaluée de manière plus approfondie**



D'hier à  
aujourd'hui :  
innover et  
transmettre  
avec passion

5 - 6 mai 2022

## DÉSORIENTATION

Manifestations verbales ou comportementales indicatives d'une mauvaise orientation dans le temps et/ou l'espace ou d'un mauvais discernement des personnes dans l'environnement.

## COMPORTEMENT INNAPPROPRIÉ

Comportement inapproprié pour l'endroit et/ou pour la personne; par exemple essayer de sortir du lit alors que c'est contre-indiqué, arracher ses sondes.

## COMMUNICATION INAPPROPRIÉE

Communication inappropriée pour l'endroit et/ou pour la personne; par exemple incohérence, état d'incommunicabilité, discours inintelligible.

## ILLUSIONS/HALLUCINATIONS

Voir ou entendre des choses qui ne sont pas réellement présentes; distorsions dans la perception des objets.

## RALENTISSEMENT PHYSIQUE et/ou ÉTAT MENTAL INHABITUEL

Temps de réaction allongé, peu ou pas d'actions/de paroles spontanées; par exemple le patient est difficile à réveiller.



Date : \_\_\_\_\_



ÉTAT DE CONSCIENCE		J	S	N
<b>DÉLIRIUM</b>	ÉTAT D'ÉVEIL			
	SOMMEIL			
	ANXIÉTÉ			
	AGITATION			
	DÉSORIENTATION			
	COMPORTEMENT INAPPROPRIÉ			
	COMMUNICATION INAPPROPRIÉE			
	ILLUSION / HALLUCINATIONS			
	RALENTISSEMENT PHYSIQUE / MENTAL			
	INITIALES :			

**ÉTAT ÉVEILLÉ :**

0 = éveillé 1 = éveillable à la stimulation 2 = éveillable avec difficulté  
3 = non-éveillable 4 = sédation

**SOMMEIL :** 1 = dort 2 = dort par intervalles 3 = insomnie

**N.B. :** Si manifestation de symptômes de délirium **mettre \***  
et décrire dans notes complémentaires **si absence** ☉

RESPIRATION	J	S	N
FRÉQUENCE RESPIRATOIRE	/bpm	/bpm	/bpm
FRÉQUENCE CARDIAQUE	/bpm	/bpm	/bpm
DYSPNÉE			
TOUX			
SÉCRÉTIONS / EMBARRAS			
O <sub>2</sub> À	L / MIN.		

**DYSPNÉE :** E = Effort R = Repos ☉ = Absent

**TOUX :** ☉ = Absente S = Sèche G = Grasse

**SÉCRÉTIONS :**

☉ = Absente C = Claire J = Jaunâtre B = Brunâtre V = Verdâtre  
P = Présence

MESURE DE SÉCURITÉ		J	S	N
CLOCHE D'APPEL À PORTÉE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
TAPIS « SMART » en fonction	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			

**Ridelles de lits (à cocher) :**

J	S	N
<input type="checkbox"/> X 2	<input type="checkbox"/> X 2	<input type="checkbox"/> X 2
<input type="checkbox"/> X 4	<input type="checkbox"/> X 4	<input type="checkbox"/> X 4

**MOBILITÉ**

**DÉPLACEMENT :**

AUTONOME  1 PERS.  2 PERS.  FAUTEUIL ROULANT  
 MARCHETTE  ALITÉ(E)  LEVIER

**TIMBRE - DURAGÉSIC**

Médicament	Concentration	Site	J	S	N
			INT	INT	INT

**SITE :** BG = Bras gauche BD = Bras droit

DG = Dos gauche DD = Dos droit

TG = Thorax gauche TD = Thorax droit \* = si changé ce jour

HYGIÈNE ET EXAMEN DE LA BOUCHE	
<input type="checkbox"/> AUTONOME	<input type="checkbox"/> BAIN THÉRAPEUTIQUE
<input type="checkbox"/> TOILETTE LAVABO	<input type="checkbox"/> TOILETTE AU LIT <input type="checkbox"/> REFUS D'HYGIÈNE
<input type="checkbox"/> EXAMEN DE LA BOUCHE :	

ÉVALUATION DES TÉGUMENTS	J	S	N
MEMBRES SUPÉRIEURS			
MEMBRE INFÉRIEURS			
DOS ET SIÈGE			
<b>I = INTACT R = ROUGEUR P = PLAIE O = OEDÈME</b>			

Braden voir document en annexe

à faire à l'admission et réévaluer **LE LUNDI**

**INSCRIRE LE RÉSULTAT AU PLAN DE SOINS**

**PRÉSENCE DE PLAIE**  OUI  NON

**ASPECT DU PANSEMENT :**

	J	S	N
Site 1			
Site 2			
Site 3			

P = propre  
S = souillé

ALIMENTATION	J	S	N	
DIÈTE / TEXTURE				
HYDRATATION APPROXIMATIVE	ml	ml	ml	
NAUSÉE / VOMISSEMENT				
SOINS DE BOUCHE				
Déjeuner	/4	Dîner	/4 Souper	/4

**DIÈTE :**

N = normale M = molle L = liquide ☉ = ne s'alimente pas  
N = Nausée V = vomissement ☉ = absence

ÉLIMINATION	J	S	N
MICTION			
SONDE	ml	ml	ml
FONCTIONNEMENT INTESTINAL			
VIDANGE COLOSTOMIE			
AUTRE DRAIN : PLEUREX			

VOIE D'ADMINISTRATION						
TYPE DE CATHÉTER	SITE	PANSEMENT	MÉDICAMENT ADM.	J	S	N

**CATHÉTER :**

MP = Micro-perfuseur I = Intima **SITE :** BG = Bras gauche

BD = Bras droit TG = Thorax gauche TD = Thorax droit

MIG = Membre inf. gauche MID = Membre inf. droit \* = si changé ce jour

**PANSEMENT :**

I = Intact S = Souillé \* = Voir note si changé



# QUE PUIS-JE FAIRE POUR PRÉVENIR UN DÉLIRIUM?

## ORIENTATION, offrir des repères au niveau:

- **Temporel** (calendrier, horloge...)
- **Spatial** (photos, objets significatifs...)
- **Humain** (famille et proches, personnel stable)

## ENVIRONNEMENT

- **Le plus calme et stable possible**
- **Température ambiante entre 21 et 25 degrés Celsius**
- **Luminosité adéquate**

## STIMULATION

### Attention à la sous-stimulation:

- **Éviter l'isolement**
- **Éviter l'immobilisation , contention**

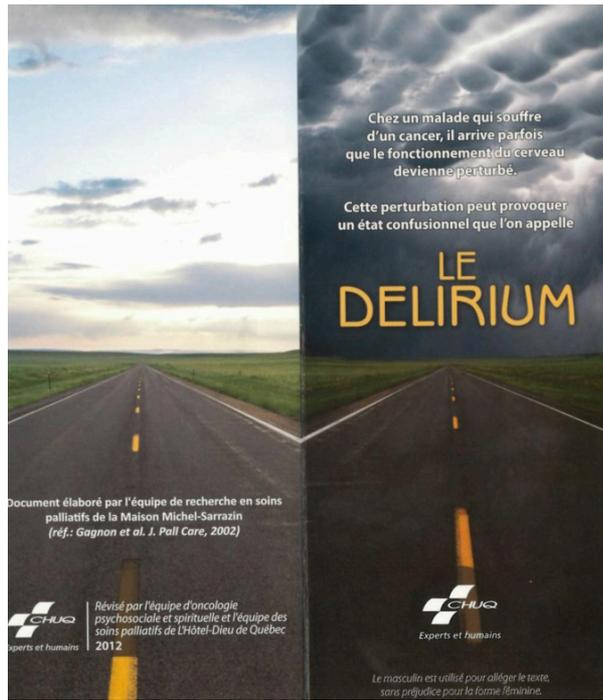
### Attention à la surstimulation:

- **Minimiser les tubulures de toutes sortes (KT, sonde...)**
- **Excès de bruit, lumière**



## RÉDUIRE AU MINIMUM LES CAUSES PRÉVISIBLES (facteurs prédisposants et précipitants)

- Réviser les médicaments fréquemment
- Contrôler la douleur
- Prévenir les symptômes de sevrage (ROH, drogues, Rx)
- Hydratation
- Nutrition
- Surveiller fonctions rénales et hépatiques
- Surveiller élimination (rétention urinaire, fécalome)
- Attention à la désafférentation (port de lunettes, appareils auditifs)



**Document élaboré par l'équipe de recherche en soins palliatifs de la Maison Michel-Sarrazin (ref Gagnon et al. J. Pall Care, 2002)**

**Révisé par l'équipe d'oncologie psychosociale et spirituelle et l'équipe des soins palliatifs De L'Hôtel-Dieu de Québec, 2012**

Quelles sont les manifestations du délirium?	Quelles sont les causes du délirium?	Que fait l'équipe de soins lorsqu'un malade est confus	Comment agir avec un malade en délirium?
<p>UN MALADE SOUFFRANT DE DELIRIUM PEUT PRÉSENTER PLUSIEURS DES MANIFESTATIONS SUIVANTES :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est souvent désorienté et peut avoir des troubles d'attention, de mémoire ou de langage.</li> <li>• Il peut dire, faire ou vouloir faire des choses qui n'ont pas de sens dans son état (sortir dehors en pyjama l'hiver, partir en voyage alors qu'il a de la difficulté à se lever du lit, etc.). Il peut aussi avoir des hallucinations (entendre ou voir des choses qui n'existent pas).</li> <li>• Il peut manifester de l'agressivité, de la colère, de la méfiance, des changements d'humeur.</li> <li>• Il peut être agité ou, au contraire, avoir des réactions beaucoup plus lentes que d'habitude.</li> <li>• Les manifestations du délirium peuvent changer de façon marquée durant une même journée ou d'un jour à l'autre.</li> </ul>	<p>LE DELIRIUM N'EST PAS CAUSÉ PAR UN PROBLÈME PSYCHOLOGIQUE, MAIS PAR UNE COMBINAISON DE FACTEURS MÉDICAUX, TELS QUE :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un trouble de fonctionnement des organes vitaux comme les reins, le foie ou les poumons.</li> <li>• Une atteinte au cerveau par les cellules cancéreuses.</li> <li>• Les effets secondaires de certains médicaments requis pour soulager les symptômes.</li> </ul> <p>LE DELIRIUM EST DIFFÉRENT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER. C'EST UN PROBLÈME GÉNÉRALEMENT TRANSITOIRE ET N'EST PAS UN TYPE DE DÉMENCE.</p>	 <p>• Si vous notez des signes de confusion chez le malade, n'hésitez pas à en informer son infirmière. En effet, l'infirmière porte une attention spéciale pour détecter les signes de délirium dès leur apparition.</p> <p>• Lorsqu'un malade souffre de délirium, le médecin identifie les facteurs qui pourraient être en cause, reajuste la médication au besoin et met en place le traitement approprié.</p> <p>• Avec un traitement approprié, les manifestations de délirium disparaissent dans la moitié des cas ou deviennent moins sévères dans les autres cas.</p>	<p>VOICI LES MESURES À PRENDRE AVEC UN MALADE EN DELIRIUM :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rassurez-le.</b> Maintenez autour de lui un environnement calme contenant des objets familiers. Évitez toute stimulation excessive. Donnez lui des points de repère (à date, le moment de la journée).</li> <li>• S'il a des idées inappropriées, replacez-le doucement dans la réalité. Il est recommandé de <b>ne pas argumenter</b> car cela peut provoquer de l'agressivité.</li> <li>• Essayez de <b>vous accorder des temps de repos</b> pour reprendre un peu votre souffle. Si possible, aidez-vous remplacer occasionnellement auprès du malade.</li> </ul>

- Quelles sont les manifestations du délirium
- Quelles sont les causes du délirium
- Que fait l'équipe de soins lorsqu'un malade est confus
- Comment agir avec un malade en délirium

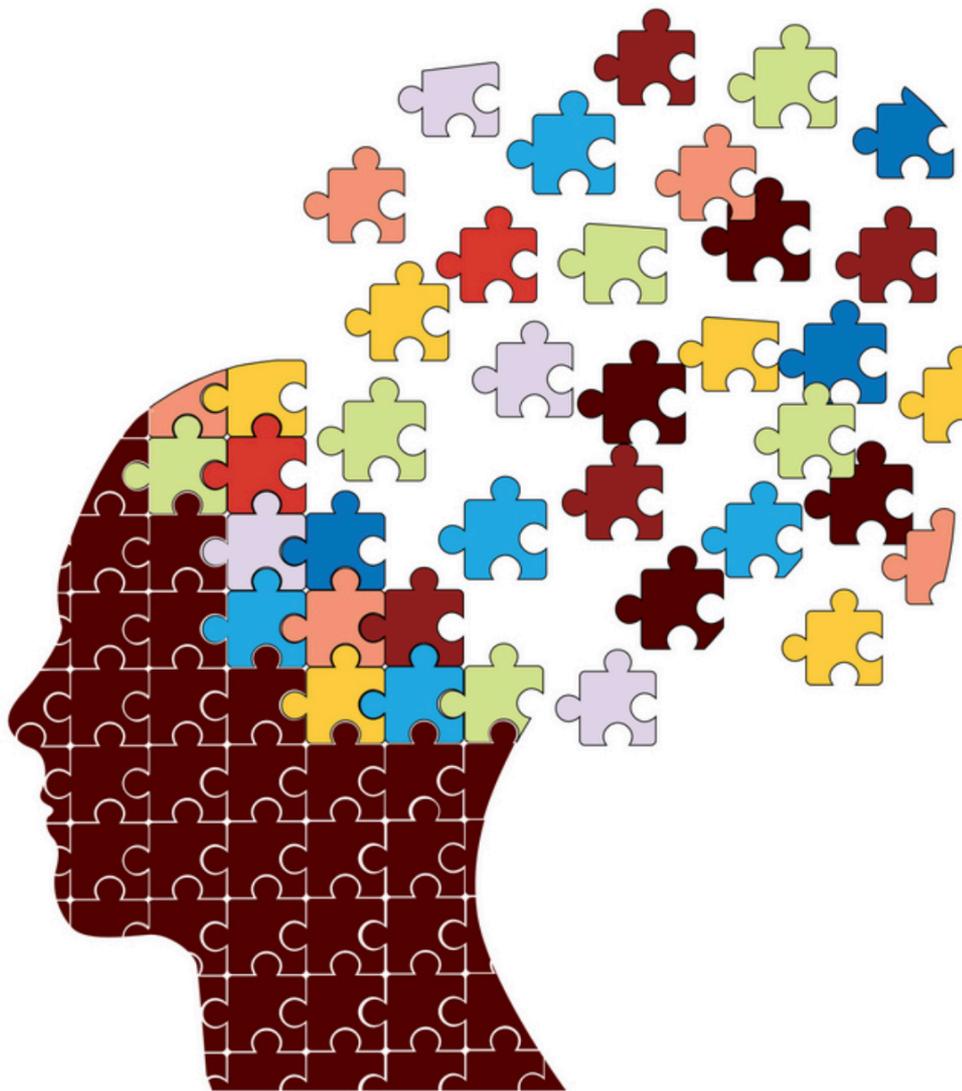
# Suggestions pour prévenir la confusion et le délirium

Suggestions pour <b>prévenir</b> la confusion et le delirium	
<p>ATTITUDES À PRIVILÉGIER AVEC LE PATIENT :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser le sommeil la nuit et l'éveil le jour (ce qui n'exclut pas des courtes siestes au besoin, surtout en début d'après-midi).</li> <li>• L'aider à se souvenir de l'endroit où il se trouve, de la date et du moment de la journée (matin, après-midi, soir, nuit), au besoin avec un calendrier et une horloge.</li> <li>• Tenter de lui recréer un environnement familier (photos, objets personnels, oreillers, etc.).</li> <li>• Garder une stimulation légère (conversation, musique, télé, s'asseoir ou marcher si possible) sans stimulation excessive (éviter le bruit).</li> <li>• Parler avec des phrases et des mots simples, lentement, sans chuchoter.</li> </ul> 	<p>SI VOUS REMARQUEZ CERTAINS DES SYMPTÔMES SUIVANTS CHEZ LE PATIENT AVISEZ L'ÉQUIPE TRAITANTE :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'il présente des signes de confusion (par exemple, il ne connaît pas la date ou l'endroit où il se trouve / Il a un comportement inapproprié).</li> <li>• S'il survient un changement dans sa capacité à s'exprimer.</li> <li>• S'il survient un changement de son niveau d'activité (par exemple, il devient ralenti ou agité).</li> <li>• S'il survient un changement au niveau de sa personnalité ou de ses émotions (par exemple, il devient irritable, méfiant, triste ou anxieux).</li> <li>• S'il interprète mal les paroles et les bruits qu'il entend ou les choses qu'il voit (par exemple, il interprète un dessin sur un chandail comme de la saleté), ou s'il entend des paroles et des bruits ou voit des choses qui ne sont pas présentes (par exemple, il entend une sirène alors qu'il n'y en a pas).</li> <li>• Si son fonctionnement global diminue subitement (par exemple, il ne peut plus collaborer comme auparavant pour s'alimenter, se vêtir ou faire sa toilette).</li> </ul>

**Attitudes à privilégier avec le patient.**

**Si vous remarquez certains symptômes suivants chez le patient, avisez l'équipe traitante**

# QUE PUIS-JE FAIRE?



D'hier à  
aujourd'hui :  
innover et  
transmettre  
avec passion

5 - 6 mai 2022

**TRAITEMENT**



**DEMEURER CALME et ÊTRE RASSURANT  
pour**

**la personne en délirium, ses proches, les membres de mon équipe,  
et moi-même.**

**La famille et les proches sont de grands alliés.**

**Leur offrir explications, éducation et soutien.**

**La transparence est toujours crucial.**

# ADAPTER

## LES INTERVENTIONS SELON LA SITUATION CLINIQUE



Question à se poser: **Quelle est mon INTENTION?**

Je vise la résolution du délirium et le traitement des symptômes

**Ou**

Je vise uniquement le contrôle des symptômes

## 3 VOLETS



**1) Traitement des causes réversibles (si adapté à la situation)**

**2) Traitements non pharmacologiques**

Traitement de soutien

Travaille sur les facteurs de risques modifiables

Travail en collaboration avec la famille.

**3) Traitement pharmacologique**

**DOIVENT ÊTRE ADRESSÉS CONJOINTEMENT**



# 1) TRAITEMENT DES CAUSES

1) TRAITER LES CONDITIONS MÉDICALES AIGUËS (voir liste des causes)

2) MÉDICAMENTS

Réduire ou retirer les médicaments psychoactifs  
(Anticholinergiques, sédatifs, hypnotiques, opioïdes, etc.)

Rotation d'opioïdes, y penser...

Attention à la cessation de Lyrica

## 2) TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE

### TRAITEMENT DE SOUTIEN

S'assurer que la personne est bien hydratée.

L'aider à s'alimenter.

L'aider et l'inviter à participer à ses soins d'hygiène.

Aider à réorienter la personne plusieurs fois par jour en intégrant des éléments d'orientation dans les conversations.

L'accompagner dans ses déplacements, mais l'inviter à se mobiliser.

Utiliser des tactiques de diversion pour lui changer les idées.

### Environnement

- Le plus calme et stable possible
- Garder les visages familiers auprès de la personne (famille, soignants)
- Réduire l'isolement environnementale
- Diminuer l'excès de bruit
- Une luminosité adéquate
- Éviter les contentions et les côtés de lit



# Travailler à normaliser le cycle éveil-sommeil

## Favoriser la vigilance diurne et le sommeil la nuit

### Le jour

On veut limiter les siestes

Exposition à la lumière naturelle,

On stimule mais légèrement (AVQs)

### La nuit

Luminosité minimale (installer une petite veilleuse)

Environnement calme

Minimiser les bruits et interventions au coucher tels prise de SVs

Éviter les changements d'éclairage trop intenses et rapides  
(surcharge sensorielle)



Et...

**Continuer à appliquer  
toutes les mesures énoncées en prévention**



**Notre rôle est crucial:**

**Assurer sa dignité pendant cette  
période de détresse.**

# IL FAUT ÉVITER

- **Hausser le ton**
- **Gestes brusques et rapides**
- **D'argumenter ou de vouloir raisonner la personne**
- **Les contentions**
- **La surstimulation**
- **La soustimulation**
- **Les stimuli nociceptifs (prise de SV, voies veineuses, sonde urinaire...)**
- **De ne pas avoir une bonne discussion avec les proches**



### 3) TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE



Il n'existe aucun médicament  
« **ANTI-DÉLIRIUM** »

# QUELQUES PRINCIPES



L'utilisation de médicaments pour prévenir le délirium n'a pas sa place.

Éviter l'emploi des benzodiazépines sauf:

- Contexte de sevrage alcool/hypnotique sédatif ou en situation de sédation avancée ou terminale
- Contexte de délirium plus rebelle, la combinaison d'un antipsychotique et d'une benzodiazépine afin d'utiliser des doses moins élevées des 2 classes de médicaments.

« L'halopéridol, l'olanzapine et la rispéridone sont 3 neuroleptiques dont l'efficacité

clinique est démontrée par données probantes (niveau de preuve élevé pour l'efficacité comparative du contrôle pour des syxs du délirium) », A.P.E.S.

Toujours surveiller l'apparition d'effets extrapyramidaux quand on utilise un neuroleptique



D'hier à  
aujourd'hui :  
innover et  
transmettre  
avec passion

5 - 6 mai 2022

## Ne pas cesser le antipsychotiques le 1<sup>er</sup> jour de stabilisation

### Halopéridol (Haldol)

- 1) Une fois la résolution des syxs obtenue, une dose équivalant à 50% de la dose nécessaire pour calmer la réaction pourrait être offerte en dose de maintien (habituellement entre 1.5- 20 mg/jour).
- 2) Si personne âgée surtout si vierge de tout tx antipsychotiques débuté à plus petite dose (0.25 à 0.5 mg/dose).

**Antipsychotiques atypiques sont utiles pour calmer l'agitation, car plus sédatif.**

**Cependant po seulement**

**Sauf Olanzapine (Zyprexa) qui est homologué pour son administration IM et qui a également sa forme de comprimé à dissolution rapide (Zydis).**



**Selon situation clinique**

**Si symptômes aigus favoriser Haloperidol ou Méthotriméprazine (Nozinan)**

**Si symptômes persistants pourrions favoriser Risperidone ou Olanzapine**

**Délirium hypoactif**

**Méthylphenidate (Ritalin)**

**Employer seul ou avec un antipsychotique.**

**Débuter à 2.5- 5 mg die po à augmenter ad 10-50mg /jour po en 1-2 prises (matin et midi)**

**Mais attention à la transformation en délirium hyperactif**

**Si délirium/agitation terminale réfractaire, envisager la sédation palliative**



**Tableau 16.5**  
**Approches pharmacologiques du delirium**

Nom	Posologies suggérées et voies d'administration	Formulation disponible	Commentaires
<b>Delirium léger</b>			
Halopéridol	<ul style="list-style-type: none"> <li>dose : 0,5 à 1 mg (0,25 à 0,5 mg si personne âgée) <i>bid</i> PO, SC (voie non homologuée), IV*.</li> </ul>	Injectable : 5 mg/ml; PO : 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg.	<ul style="list-style-type: none"> <li>ajuster la dose selon les besoins;</li> <li>ratio de conversion : voie parentérale → administrer 1/2 à 2/3 de la dose orale (en pratique, plusieurs utilisent un ratio 1:1);</li> <li>si réaction extrapyramidale (REP) : donner benztropine 1 à 2 mg <i>die</i> à <i>bid</i> PO, SC (voie non homologuée);</li> <li>la voie intraveineuse donne lieu à une fréquence moins élevée de REP selon certaines références, mais risques d'effets indésirables de type cardiaque.</li> </ul> <p>* Notons que la voie IV n'est pas homologuée au Canada (nécessite télé-métrie).</p>
Rispéridone	<ul style="list-style-type: none"> <li>dose : 0,25 à 1 mg <i>die-bid</i> PO;</li> <li>ajuster la dose q 2 à 3 jours par tranches de 0,25 à 1 mg/dose <i>ad</i> 4-6 mg/jour.</li> </ul>	Comprimés réguliers : 0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg et 4 mg; Comprimés à dissolution rapide (M-TAB) : 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg et 4 mg; Solution orale : 1 mg/ml.	<ul style="list-style-type: none"> <li>peu d'effets anticholinergiques comparativement à l'olanzapine;</li> <li>risques de REP proportionnels à la dose.</li> </ul>
Olanzapine	<ul style="list-style-type: none"> <li>dose : 2,5 à 20 mg/jour PO (en 1 ou 2 prises);</li> <li>ajuster la dose q 5 à 7 jours.</li> </ul>	Comprimés réguliers : 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 15 mg et 20 mg; Comprimés à dissolution rapide Zydys <sup>MD</sup> : 5, 10, 15 mg et 20 mg.	<ul style="list-style-type: none"> <li>bon choix si sédation recherchée, mais effets anticholinergiques possibles.</li> </ul>
Quétiapine	<ul style="list-style-type: none"> <li>dose : 25 à 200 mg/jour PO (en deux ou trois prises, mais possibilité de donner en une prise par jour);</li> <li>ajuster la dose q 2 à 3 jours par tranche de 25 à 50 mg/dose;</li> <li>dose maximale usuelle : 300 à 400 mg/jour (possibilité de doses beaucoup plus élevées en santé mentale).</li> </ul>	Comprimés réguliers : 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg; Formulation XR (libération prolongée - ne pas écraser, ni couper, ni croquer - comprimé de 50 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg).	<ul style="list-style-type: none"> <li>bon choix si sédation recherchée;</li> <li>potentiel de REP rare. Possibilité d'effet antidyskinésique;</li> <li>peut causer de l'hypotension orthostatique;</li> <li>formulation XR : profil d'effets indésirables avantageux causant possiblement moins de sédation et d'hypotension orthostatique que la formulation à libération immédiate.</li> </ul>
Loxapine	<ul style="list-style-type: none"> <li>dose : 5 à 15 mg/jour (en 2 à 3 prises) PO, SC (voie non homologuée).</li> </ul>	Comprimés réguliers : 2,5 mg, 5 mg, 10 mg, 25 mg et 50 mg; Solution orale : 25 mg/ml; Solution injectable : 50 mg/ml	<ul style="list-style-type: none"> <li>molécule intéressante, car certaines références mentionnent qu'à faibles doses elle pourrait comporter moins de risques de REP (&lt; 50 mg/jour).</li> </ul>

Tiré du Guide pratique des soins palliatifs: gestion de la douleur et autres symptômes. 5<sup>e</sup> édition. Montréal: A.P.E.S. (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec); 2018. Tableau 16.5 intitulé: « Approches Pharmacologiques du délirium), chapitre 16: États confusionnel et agitation (Auteure : Mélanie Brassard). Reproduit avec la permissions de l'A.P.E.S.

Nom	Posologies suggérées et voies d'administration	Formulation disponible	Commentaires
<b>Delirium sévère</b>			
Halopéridol	<ul style="list-style-type: none"> <li>dose: 0,5 à 2 mg (<i>ad</i> 5 à 10 mg) <i>q</i> 1 h <i>prn ad</i> apaisement; IV*, SC, PO, puis <i>q</i> 4 à 6 h;</li> <li>débuter à plus petite dose si personne âgée: 0,25 à 0,5 mg/dose PO, SC, IV*, surtout si patient vierge de tout traitement aux antipsychotiques.</li> </ul>	Injectable: 5 mg/ml PO: 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg.	<ul style="list-style-type: none"> <li>une fois la résolution des symptômes obtenue, une dose équivalant à 50% de la dose nécessaire pour calmer la réaction pourrait être offerte en dose de maintien (habituellement entre 1,5 à 20 mg/jour);</li> <li>pic plasmatique PO: 0,5 à 3 heures#;</li> <li>pic plasmatique injection courte action: 10-20 minutes#;</li> </ul> <p>*Notons que la voie IV n'est pas homologuée au Canada (nécessite télémétrie).</p>
Rispéridone	<ul style="list-style-type: none"> <li>dose: 0,25 à 1 mg <i>bid</i> PO;</li> <li>ajuster la dose <i>q</i> 2 à 3 jours par tranche de 0,25 à 1 mg/dose <i>ad</i> 4-6 mg/jour.</li> </ul>	Comprimés réguliers: 0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg et 4 mg; Comprimés à dissolution rapide (M-TAB): 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg et 4 mg; Solution orale: 1 mg/ml.	<ul style="list-style-type: none"> <li>possibilité de donner en une prise par jour;</li> <li>peu d'effets anticholinergiques comparativement à l'olanzapine;</li> <li>pic plasmatique: 1-3 heures#;</li> <li>risques de REP proportionnels à la dose.</li> </ul>
Olanzapine	<ul style="list-style-type: none"> <li>dose: 2,5 à 20 mg/jour PO (en une ou deux prises);</li> <li>des doses <i>prn</i> aux 4 à 8 heures peuvent être données (<i>ad</i> max.: 30 mg/jour);</li> <li>à noter que la dose maximale totale d'olanzapine recommandée <i>prn</i> et régulièrement est de 30 mg/jour).</li> </ul>	Comprimés réguliers: 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 15 mg et 20 mg; Comprimés à dissolution rapide Zydys <sup>MD</sup> : 5, 10 et 15 mg et 20 mg; Zyprexa injectable: 10 mg/fiole.	<ul style="list-style-type: none"> <li>bon choix si sédation recherchée, mais effets anticholinergiques possibles;</li> <li>la formulation injectable n'est pas payée par la RAMQ et n'est pas au formulaire de la majorité des hôpitaux au Québec;</li> <li>la formulation injectable pour administration IM peut être administrée par voie SC;</li> <li>pic plasmatique PO: 5-8 heures#;</li> <li>pic plasmatique injection courte action: 15-45 minutes.#</li> </ul>
Quétiapine	<ul style="list-style-type: none"> <li>dose: 50 à 200 mg/jour PO (en 2 ou 3 prises, mais possibilité de donner en une prise par jour);</li> <li>ajuster la dose <i>q</i> 2 à 3 jours par tranche de 25 à 50 mg/dose;</li> <li>dose maximale usuelle: 300 à 400 mg/jour (possibilité de doses beaucoup plus élevées en santé mentale).</li> </ul>	Comprimés réguliers: 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg; Formulation XR (libération prolongée - ne pas écraser, ni couper, ni croquer - comprimé de 50 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg).	<ul style="list-style-type: none"> <li>bon choix si sédation recherchée;</li> <li>potentiel de REP rare; possibilité d'effet antidyskinésique;</li> <li>peut causer de l'hypotension orthostatique;</li> <li>formulation XR: profil d'effets indésirables avantageux causant possiblement moins de sédation et d'hypotension orthostatique que la formulation à libération immédiate;</li> <li>pic plasmatique PO: 0,5 à 3 heures (comprimé régulier).#</li> </ul>
Méthotriméprazine	<ul style="list-style-type: none"> <li>dose: 12,5 mg à 50 mg <i>q</i> 4 à 8 h <i>ad</i> 30 mg/24 h PO, SC (voie non homologuée), IV.</li> </ul>	Comprimés réguliers: 2 mg, 5 mg, 25 mg et 50 mg; Solution injectable: 25 mg/ml.	<ul style="list-style-type: none"> <li>très anticholinergique;</li> <li>pic plasmatique PO: 1-3 heures#;</li> <li>pic plasmatique IM: 0,5-1,5 heures.#</li> </ul>
Loxapine	<ul style="list-style-type: none"> <li>dose: 10 mg à 50 mg <i>q</i> 4 à 6 h PO, SC (voie non homologuée) <i>ad</i> 250 mg/jour.</li> </ul>	Comprimés réguliers: 2,5 mg, 5 mg, 10 mg, 25 mg et 50 mg; Solution orale: 25 mg/ml; Solution injectable: 50 mg/ml.	<ul style="list-style-type: none"> <li>molécule intéressante, car certaines références mentionnent qu'à faibles doses elle pourrait comporter moins de risques de REP (&lt; 50 mg/jour);</li> <li>pic plasmatique PO et injectable: 1-3 heures.#</li> </ul>
Chlorpromazine	<ul style="list-style-type: none"> <li>dose: 12,5 à 50 mg <i>q</i> 3 à 12 h PO, IV, SC (voie non homologuée), IR. Max: 900 mg/jour.</li> </ul>	Comprimés réguliers: 25 mg, 50 mg et 100 mg; Solution injectable: 25 mg/ml.	<ul style="list-style-type: none"> <li>très anticholinergique;</li> <li>solution injectable retirée du marché canadien à l'heure actuelle;</li> <li>pic plasmatique PO: 0,5 heure.#</li> </ul>



Tiré du Guide pratique des soins palliatifs: gestion de la douleur et autres symptômes. 5<sup>e</sup> édition. Montréal: A.P.E.S. (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec); 2018. Tableau 16.5 intitulé: « Approches Pharmacologiques du délirium), chapitre 16: États confusionnel et agitation (Auteure : Mélanie Brassard).Reproduit avec la permissions de l'A.P.E.S.

Nom	Posologies suggérées et voies d'administration	Formulation disponible	Commentaires
Aripiprazole	♦ doses : 5 à 20 mg par jour (ad 30 mg/jour).	Comprimés : 2 mg, 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg et 30 mg.	♦ pic plasmatique : 3 à 5 heures#; ♦ quelques études en soins palliatifs.



## Dans L'A.P.E.S. on y trouve également le traitement du délirium dans contexte du syndrome de sevrage de l'alcool

Tiré du Guide pratique des soins palliatifs: gestion de la douleur et autres symptômes. 5<sup>e</sup> édition. Montréal: A.P.E.S. (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec); 2018. Tableau 16.5 intitulé: « Approches Pharmacologiques du délirium), chapitre 16: États confusionnel et agitation (Auteure : Mélanie Brassard). **Reproduit avec la permissions de l'A.P.E.S.**

#Les pics plasmatiques ont été insérés dans le tableau pour aider à déterminer un intervalle d'administration adéquat en l'absence de données claires quant à la posologie des neuroleptiques en prn.

### Notes:

- ♦ Le remplacement d'un antipsychotique traditionnel (ou de première génération) par un agent atypique (rispéridone, olanzapine) peut se faire abruptement, mais il s'avère plus judicieux de sevrer le malade de l'agent traditionnel (surtout si ce dernier possède des propriétés anticholinergiques importantes (ex.: méthotriméprazine, chlorpromazine) pendant que l'agent atypique est instauré et ajusté.
- ♦ Les propriétés anticholinergiques de l'olanzapine, de la chlorpromazine et de la méthotriméprazine pourraient exacerber le delirium en ayant, entre autres, un effet délétère sur les fonctions cognitives. Leur effet anticholinergique est proportionnel à la dose utilisée.
- ♦ Les antipsychotiques atypiques n'agissent généralement pas aussi rapidement que les antipsychotiques traditionnels en situation d'agitation marquée et d'agressivité.
- ♦ La quétiapine et l'olanzapine sont les plus sédatifs des nouveaux agents, ce qui peut être utile pour un delirium de fin de vie.
- ♦ Si les REP sont une préoccupation importante (exemple: maladie de Parkinson), l'emploi de la quétiapine est suggéré malgré que les données probantes démontrant son efficacité soient mal étayées.
- ♦ Règles de prescription sur l'utilisation des doses prn :
  - indiquer un intervalle entre deux prises;
  - préciser le motif du PRN: en cas d'agitation ou d'agressivité;
  - ne pas donner si le patient est somnolent;

# EN PRATIQUE, RÉSUMÉ

## ANTIPSYCHOTIQUES TYPIQUES

### 1- HALOPERIDOL

#### Agent #1 utilisé

.5- 1 mg po OU sc (sc, voie non homologuée), Max 2-5 mg/ 24 hres

Délai d'action 10-15 min sc (60 min si po)

Demie-vie longue de 13-35h avec durée d'action jusqu'à 24 heures

Peut causer plus de REP\* que les antipsychotiques atypiques

### 2- MÉTHOTRIMÉPRAZINE (Nozinan)

12.5- 50 mg q 4-8 heures (sc voie non homologuée), Max 30 mg/24

Demie-vie 15-30 hres avec durée d'action 12-24 hres

Agit sur de multiples récepteurs

Plus sédatif qu'haldol (si personne très agitée ou le soir peut-être intéressant)

\* REP: Effets extrapyramidaux





## ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES

### 1- OLANZAPINE (zyprexa)

2.5 mg -5 mg po HS ou BID, Max10 mg/24 hres

Bon choix si sédation recherchée

Attention car plus anticholinergique

Formule en comprimés à dissoudre qu'on fait fondre sous la langue (Zydis)

### 2- RISPERIDONE (Risperdal)

.25- 1 mg HS ou BID (max 1- 1.5 mg/24 hres)

Demie-vie

Délai d'action 1- 3 heures

Moins d'effets anticholinergique qu'Olanzapine

Élimination plus lente chez personnes très âgées ou en insuffisance rénale

Risque de REP proportionnel à la dose

### 3- QUETIAPINE (Seroquel)

6.25 -25 mg po HS, Max jusqu'à 200 mg/ jour en 2-3 doses)

Bon choix si sédation recherchée

Cause rarement REP

Attention à hypotension orthostatique (HTO)

Formule XR, moins de sédation et moins de HTO



# EN RÉSUMÉ...



- **PRÉVENIR (40%)**

- **RECHERCHER**

Une évaluation systématique pour détecter les signes avant-coureurs du délirium est cruciale.

- **DIAGNOSTIQUER**

Est-ce un ralentissement psychomoteur qui se transforme en délirium hypoactif ou autre?

Est-ce de « l'anxiété » qui se transforme en délirium hyperactif ou autre

- **DÉTERMINER LE BUT DES TRAITEMENTS**

- ✓ La résolution du délirium + traitement des symptômes

- ✓ Uniquement le contrôle des symptômes

- **COMMUNIQUER, INFORMER et TOUJOURS OFFRIR SUPPORT ÉMOTIONNEL à la personne en fin de vie, à la famille, et à l'équipe interdisciplinaire.**

**CAR... UN DÉLIRIUM CHEZ UNE PERSONNE EN SOINS PALLIATIFS, C'EST UNE  
URGENCE MÉDICALE**



**MAIS...**



## Les chercheurs, Dr Agar M.R, Dr Lawler P.G. et al sont venus mêler les cartes...

Étude multicentrique à double insu où ils se sont posé la question suivante:

Quelle est l'efficacité de risperidone et de halopéridol dans le contrôle des symptômes du délirium chez des patients qui sont fin de vie.

Australie

Entre 2008-2014

247 participants

3 groupes (Risperidone, haloperidol et placebo)

≤ 65 ans, 0.5 mg bid avec titration par 0.5mg

>65 ans, 0.25 mg bid avec titration par 0.25 mg

Midazolam 2.5 mg s/c q 2 hres prn

# RÉSULTATS



**INTENSITÉ DES SYMPTÔMES DU DÉLIRIUM: PLACEBO < HALOPERIDOL < RISPERIDONE**

**SYMPTÔMES EXTRAPYRAMIDAUX (SEP): PLACEBO < HALOPERIDOL + RISPERIDONE**

**MEILLEURE SURVIE: PLACEBO**

**UTILISATION DE MIDAZOLAM: PLACEBO < HALOPERIDOL + RISPERIDONE**

**OUPS!**





À la lumière des diverses études présentées il conclut :

« Il a été démontré que l'halopéridol est dommageable

Les autres neuroleptiques sont pour l'instant très décevants

Quétiapine un petit espoir?

Le grand absent: Méthotriméprazine (Nozinan) »

Tiré de la conférence de Dr Bruno Gagnon au 30<sup>e</sup> congrès de l'AQSP en 2021: Délirium: littérature des dernières années en soins palliatifs, avec sa permission.



## Alors que faisons-nous avec ces dernières données?

- A- Vite on fait l'autruche et on ignore le tout et continuons avec les recommandations faites dans tout les merveilleux documents et articles qui nous sont si précieux, et que nous consultons constamment.
- B- On boude parce que tout allait bien et là on vient de perturber notre homéostasie?
- C- On tente de mieux comprendre

# Résumé suite à mes réflexions



Il est important de réaliser que toutes les recherches concernant l'halopéridol, dès le départ, ont été effectuées en psychiatrie dans des contextes tout autre de psychoses organiques.

L'administration d'un neuroleptique sera toujours plus dommageable à la personne que si on réussit à contrôler les symptômes de délirium par des mesures non pharmacologiques

Chaque situation ayant sa propre complexité, ne jamais hésiter à contacter votre pharmacien qui a une expertise en soins palliatifs. Des alliés ESSENTIELS.

Il y a un besoin de recherches additionnelles.

**Méthotriméprazine (Nozinan)**

2-6 mg po hs pourrait être une voie intéressante en utilisant versed (ou ativan) pour les moments de grandes agitations.

Nozinan a une action sur les récepteurs dopaminergiques (comme les autres antipsychotiques atypiques) mais aussi sur d'autres récepteurs sérotoninergiques et muscariniques.

Statut différent des autres de sa classe.

**Axer sur les éléments précipitants et perpétuants le délirium et agissons sur ceux-ci en priorité**

# RESSOURCES INTÉRESSANTES POUR VOUS...



- ❖ **Guide pratique des soins palliatifs: gestion de la douleur et des autres symptômes, 5<sup>e</sup> édition, chapitre 16, A.P.E.S.**
- ❖ **Mini-Guide Palli-Science, p. 65 et le site palli-science: [www.palli-science.com](http://www.palli-science.com)**
- ❖ **Livre de poche de Pallium sur les soins palliatifs, 2<sup>e</sup> édition, chap. 7, p.7-1 à 7-20.**
- ❖ **Dr Bruno Gagnon au Congrès de l'AQSP, 2021  
Déliirium: littérature des dernières années en soins palliatifs**
- ❖ **Dre Nancy Gaudreault au congrès de la FMOQ, 26 mars 2019  
Prise en charge du délirium en soins palliatifs**
- ❖ **Dre. Sandra Delisle, palli-science Le délirium en soins palliatifs**
- ❖ **Dépliant: Le Délirium**

# PARCE QUE L'ESSENTIEL EST INVISIBLE



# PARCE QUE L'ESSENTIEL EST INVISIBLE



5 - 6 mai 2022

**ON RESPIRE**



**QUESTIONS...**

**COMMENTAIRES...**

**PARTAGES...**

