

Confusion mentale en cancérologie

Référentiel du 03/12/2010

Date de révision : 20/12/2013

Sommaire

Définition, formes cliniques.....	3
Données épidémiologiques.....	4
Fausse idées sur la confusion.....	5
Prévention / dépistage.....	6
Démarche diagnostique.....	10
Traitement d'un syndrome confusionnel: objectifs.....	11
Traitement étiologique.....	12
Démarche étiologique, principales étiologies organiques.....	13
Examens complémentaires recommandés.....	15
Traitement symptomatique de la confusion.....	16
Modalités de prescription : étapes de traitement.....	17
Delirium tremens.....	19
Prise en charge environnementale.....	20
Prise en charge de la fin de l'épisode (gestion de l'après confusion).....	21
Coordination de soins.....	22
Annexes	
Annexe 1 : échelle EDD.....	23
Annexe 2 : Bonnes pratiques pour le contrôle de la confusion mentale en soins palliatifs.....	24
Annexe 3 : Index de RUEFF.....	25
Bibliographie.....	26
Contributeurs.....	28

Définitions et formes cliniques

Définitions

Dysfonctionnement cérébral global, non spécifique, souvent transitoire et réversible, témoignant d'une souffrance cérébrale secondaire à des processus organiques .

(En langue anglaise, on utilise le terme de Delirium.)

Syndrome avec plusieurs fonctions neuropsychiques affectées, d'où **un polymorphisme clinique** rendant difficile un diagnostic précoce et une évaluation fiable de l'intensité des troubles.

- **Principales catégories de symptômes (CIM-10) (critères DSM-IV du delirium)**

- Troubles de la **vigilance** et de l'**attention** (obnubilation)

- Troubles **cognitifs** (mémoire, idées, désorientation temporo-spatiale)

- Troubles du **comportement** qui vont se manifester selon 3 formes cliniques:

- ✓ **soit agitation, agressivité : forme agitée**

- ✓ **soit apathie, somnolence : forme ralentie**

- ✓ **soit forme mixte (alternance de forme agitée et ralentie)**

- Troubles du **sommeil** : insomnie, inversion du cycle nyctéméral, cauchemars et **onirisme** (hallucinations, illusions, fausses reconnaissances, délire)

- Début souvent brutal ou rapidement progressif (critère déterminant)** et **intensité des troubles très fluctuante** et très sensible aux conditions de l'environnement (stimulation)

Syndrome qui peut être réversible s'il est traité **à la fois** de manière symptomatique et étiologique.

Le syndrome confusionnel doit faire l'objet d'un diagnostic précoce et le traitement doit être considéré comme une urgence ! (même s'il est différent dans ses objectifs et moyens selon l'étape de la maladie)

Données épidémiologiques en cancérologie

Données épidémiologiques

- C'est un syndrome dont la **fréquence est SOUS- ESTIMEE** dans la pratique quotidienne en cancérologie;
- 1/3 à 2/3 des cas de confusion sont :
 - ✓ sous diagnostiqués ,
 - ✓ détectés tardivement
 - ✓ ou même non détectés (Inouye, Leonard)
- Pourtant le syndrome confusionnel concerne :
 - ✓ près de 80% des patients en phase terminale de cancer
 - ✓ 8 à 40 % des patients hospitalisés en cancérologie
 - ✓ en post opératoire, 15% à 70 % des personnes âgées deviennent confuses
 - ✓ au domicile : pas de données
- La forme
 - ✓ La forme ralentie est la plus fréquente surtout dans un contexte de soins palliatifs, entre 50 % à 86%
 - ✓ La forme agitée représente une minorité des formes cliniques (13 à 46% en phase palliative) mais c'est paradoxalement la forme la plus souvent diagnostiquée (car la plus bruyante).

Dimension Pronostique

Dans un **contexte de soins palliatifs** : le syndrome confusionnel est un **facteur prédictif de décès**

Hors contexte de soins palliatifs : le syndrome confusionnel est un **facteur pronostic de gravité**

Le devenir des formes somnolentes est plus sévère que celui des formes agitées +++

Les fausses idées sur la confusion

C'est un problème de patients âgés et/ou de sevrage / surdosage de médicaments !!

OUI	NON
car ce sont des facteurs de risque +++	Car même en cas de iatrogénie suspectée une autre cause doit toujours être recherchée

C'est un problème psychiatrique !!

OUI	NON
car il y a une souffrance psychologique intense pour le patient et les proches et les symptômes sont influencés par le contexte émotionnel	car même si les symptômes de la confusion sont de nature psychiatrique et les traitements recommandés communs avec ceux des psychoses, le déterminisme en est totalement différent

C'est un problème lié au vieillissement !!

OUI	NON
car le grand âge et l'existence d'une démence sont des facteurs de risque importants de confusion mentale	car la confusion mentale survient brutalement, peut être réversible, et entraîne une altération de la conscience. Elle n'est pas forcément associée à une détérioration organique cérébrale définitive

C'est le problème des médecins !!

OUI	NON
car c'est une urgence médicale nécessitant un diagnostic et une thérapeutique rapides	car les manifestations cliniques varient selon le moment et le contexte et donc le repérage et l'évaluation des symptômes doit impliquer <u>tous les soignants</u> , surtout ceux de proximité!

Le dépistage et la prise en charge dépendent nécessairement d'un travail en interdisciplinarité.

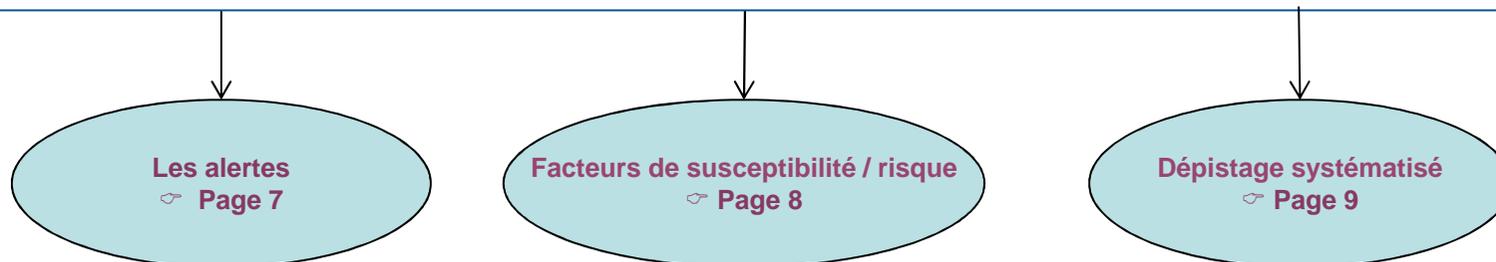
Prévention et dépistage de la confusion

Prévention

- Repérer les facteurs de risques ➔ Page 8
- Favoriser la transmission d'informations entre soignants, entre lieux de soin et avec la famille +++ (Outils communs ville-hôpital)
- Cette prévention :
 - ✓ relève **d'actions médicales** : éviter certaines **polymédications**, surveiller équilibres métaboliques, ...
 - ✓ relève d'actions de **soins infirmiers** : communication, information du patient, de la famille, mobilisation du patient, hydratation,...
 - ✓ relève du **rôle des proches** : anamnèse, soutien, présence...

Dépistage

Si les actions de prévention ont un impact modeste, **les actions de dépistage permettent un recours moindre aux neuroleptiques**



Dépistage/les alertes



Des paroles qui devraient alerter

Des soignants et des proches perplexes et pas toujours d'accord...

Les mots souvent utilisés pour décrire la confusion :

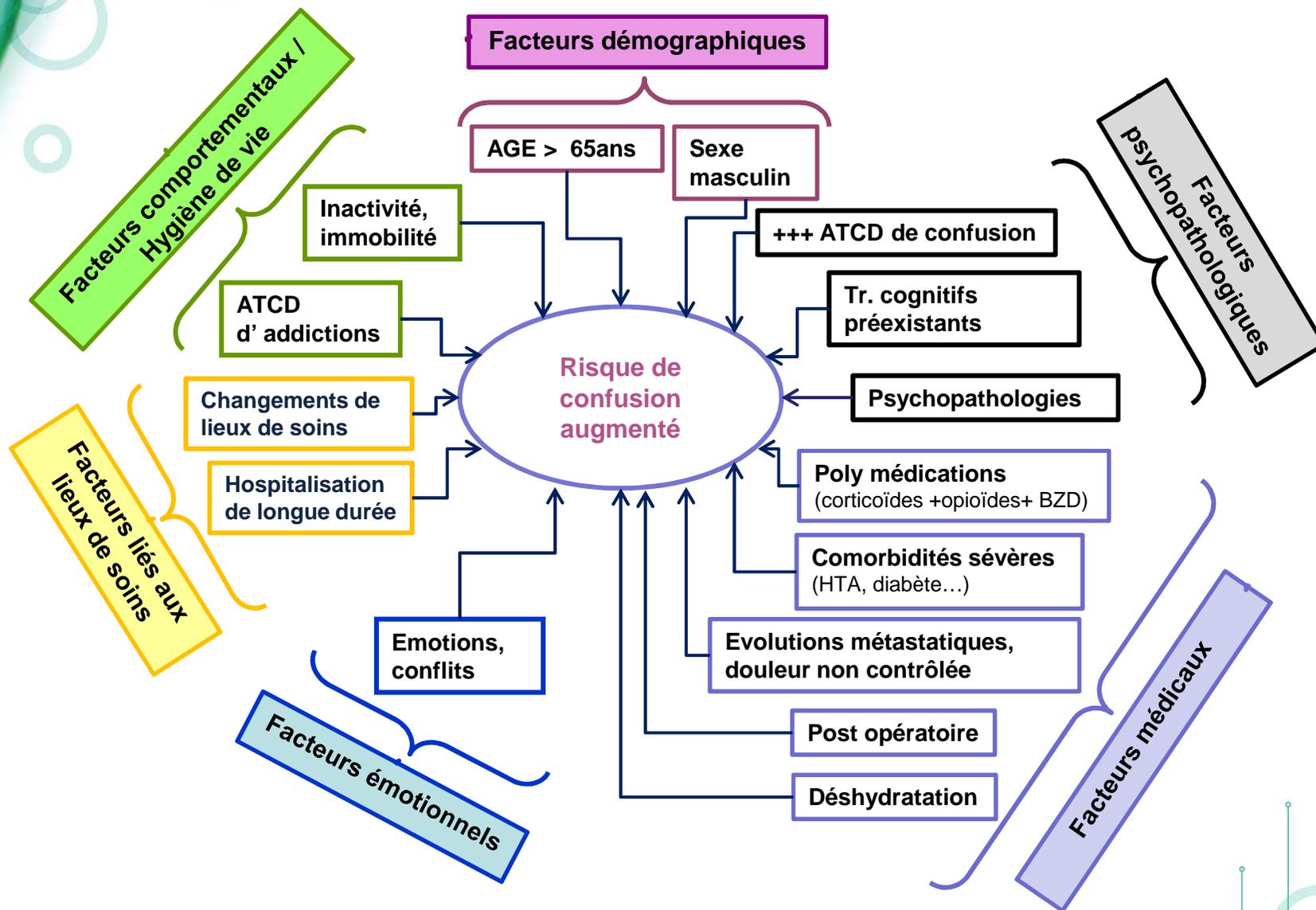
- «il est « perdu » , elle « plane »... »
- «il ne sait pas ce qu'il veut ! »
- «il somnole l'après midi »
- «il a fugué »
- «il est dangereux et agressif »
- «il est insomniaque et s'agite la nuit »
- «l'équipe de nuit ne le supporte plus mais avec nous il est gentil !!! »
- «avec le médecin , il parle »
- «pendant la toilette, avec moi, il est bien... »

Des « explications » fréquemment données du syndrome confusionnel :

- «il est déprimé, il est dément »
- «il fait un délire paranoïaque »
- «il est ambivalent »
- «il est souvent anxieux »
- «il devrait être « en » psychiatrie »
- «il ne tolère pas les antalgiques »
- «il ne veut plus rester à l'hôpital... »
- «son mari ne la supporte pas à la maison! »
- «cela s'arrangera chez lui ... »
- « ???... »

Lorsqu'un symptôme est fluctuant on peut affirmer sa présence et non son absence.

Confusion mentale Facteurs de susceptibilité ou de risque



Etape d'un dépistage systématisé



Qui évalue ?

Dépistage systématisé :

Tous les soignants, surtout de proximité

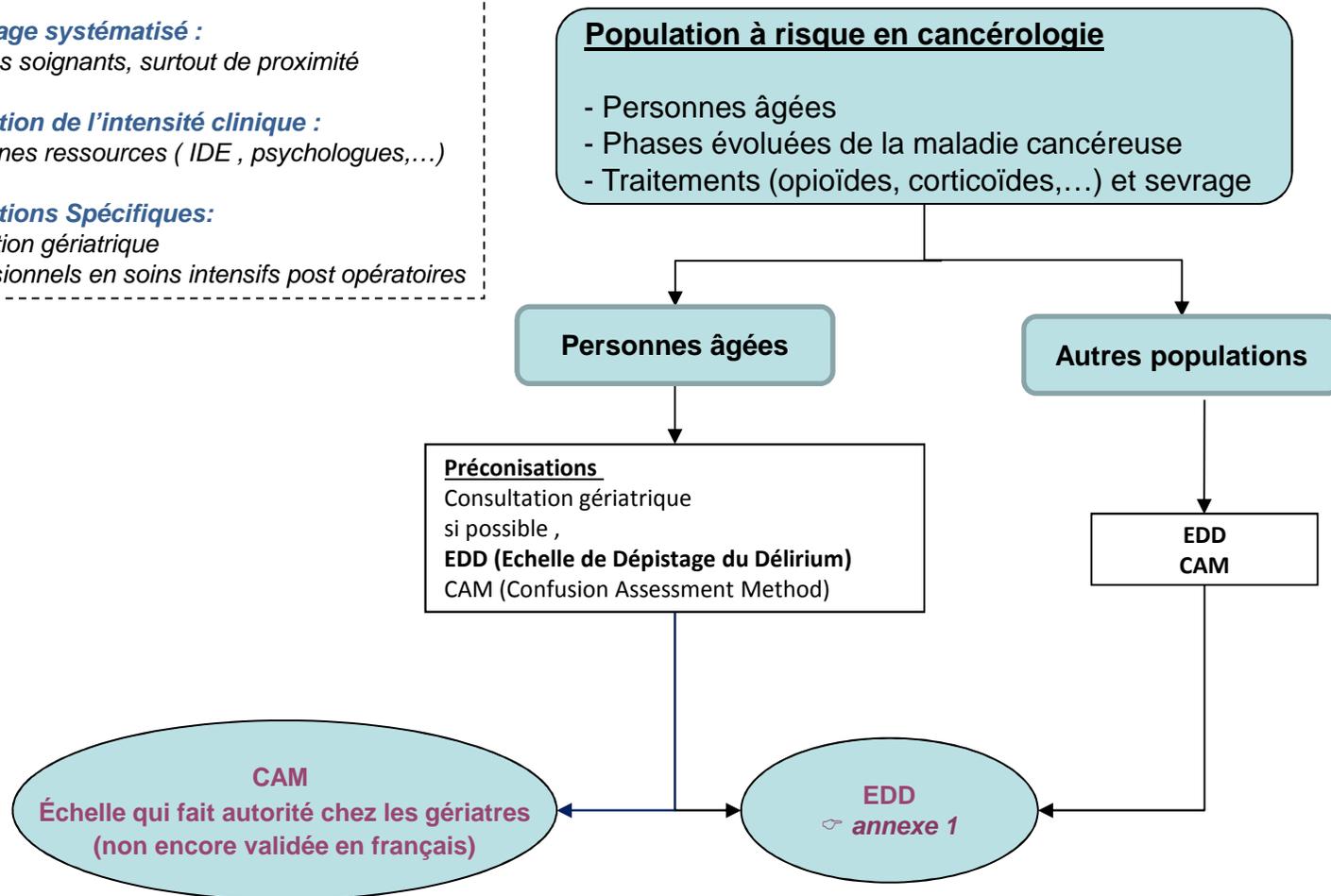
Evaluation de l'intensité clinique :

Personnes ressources (IDE , psychologues,...)

Évaluations Spécifiques:

Evaluation gériatrique

Professionnels en soins intensifs post opératoires



Démarche diagnostique précoce

La précocité du diagnostic est fondamentale (ne pas attendre la survenue d'une phase d'agitation!!!) car :

- ✓ **Certaines causes sont aisément curables**
- ✓ **Le syndrome confusionnel engendre des risques (fugue, chute, violence, suicide)**
- ✓ **Augmente d'autres symptômes (douleur) et la mortalité**
- ✓ **Perturbe toutes les relations avec et autour du patient**
- ✓ **Entraîne une souffrance intense chez le patient et ses proches**



Mobilisation **principalement** dans le cas des formes agitées (car elles sont bruyantes)

Les formes **ralenties** sont souvent **négligées** ou restent **inaperçues**, elles sont pourtant souvent de mauvais pronostic

Le diagnostic précoce est difficile car il implique de rechercher des signes souvent discrets par :

- ✓ **Un interrogatoire précis** : orientation temporo-spatiale, mémorisation immédiate, difficultés d'attention, ...
- ✓ **Une attention portée aux changements de comportements récents** (début souvent brutal de la confusion) : modification du caractère, agitation, troubles du sommeil avec cauchemars
- ✓ **Un partage des observations** avec les proches, les autres métiers et les autres équipes (variabilité ++ dans le temps)

Traitement d'un syndrome confusionnel : les objectifs

Répondre à une urgence médicale et soignante :

→ Le traitement étiologique

- ✓ Des facteurs de causalité immédiatement curables pouvant entraîner la réversibilité du trouble confusionnel
- ✓ Rechercher les causes somatiques curables de façon raisonnée, en tenant compte de l'état du patient, donc savoir prioriser les bilans et examens (à minima si phase terminale ou plurifactorialité)
- ✓ Rechercher d'éventuels facteurs psychopathologiques aggravants (anxiété par exemple), à prendre en compte dans une optique de prise en charge globale
- ✓ La confusion est une souffrance cérébrale organique, même si on ne parvient pas toujours à en connaître la cause, l'élimination formelle de toute étiologie organique étant impossible.

→ Le traitement symptomatique et environnemental

- ✓ Sécurité et confort du patient, des soignants et de la famille
- ✓ Rétablissement des fonctions cognitives garantes de la dignité du patient
- ✓ Diminution de la souffrance pour tous
- ✓ Prévention du risque de maltraitance
- ✓ Evitement de réhospitalisations
- ✓ Préparation de la « sortie de crise » en réduisant le traumatisme de l'épisode

Traitement étiologique

D'autant plus que la confusion est AIGUE et inattendue

Chercher ++ une cause qui peut être rapidement curable et assurer la réversibilité du syndrome confusionnel;

Toutefois, dans 50% des cas, on ne trouve pas d'étiologie univoque mais plutôt l'intrication de plusieurs causes...

👉 Page 13



Maladie évoluée, phase palliative :

Prioriser et ne pas multiplier les bilans.



Le traitement étiologique ne dispense pas du traitement symptomatique et environnemental.

Syndrome confusionnel et cancer/Principales étiologies organiques

- **Causes métaboliques et nutritionnelles**
(voir tableau 1, page suivante)
- **Tumeurs parenchymateuses ou méningées**
- **Traitements médicamenteux symptomatiques**
(tableau 2, page suivante)
- **Traitements oncologiques (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie)**
(voir tableau 3, page suivante)
- **Infections du système nerveux**
(abcès, méningites, encéphalites, méningo-encéphalites)
- **Infections systémiques (« sepsis »)**
- **Pathologies vasculaires du système nerveux**
(hématome intracérébral, hémorragie sous arachnoïdienne, hématomes sous et extraduraux, accident vasculaire cérébral ischémique éventuellement favorisé par CIVD ou endocardite non infectieuse)
- **Syndromes paranéoplasiques à expression neurologique**
- **Epilepsie**
(le cas échéant liée à une des pathologies ci-dessus citée)
- **Rétention urinaire, Fécalome**

Tableau 1
Causes métaboliques et nutritionnelles

Troubles hydroélectrolytiques	↓ Na (hyposmolarité) ou ↑ Na
	↑ ou ↓ Calcium
	↓ Phosphore
	↓ Magnésium
Troubles du métabolisme glucidique	↑ glycémie (hyperosmolarité)
	↓ glycémie
Insuffisance respiratoire Troubles de l'hématose	Hypoxie
	Hypercapnie
Insuffisance rénale	↑ urée ↑ créatinine
Insuffisance hépatique	
Déficits vitaminiques	↓ vitamine B1 thiamine (syndrome de Wernicke-Korsakoff)
	↓ vitamine B12
Trouble endocrinien	↑ cortisol – T4 hypothyroïdie
Syndrome carcinoïde	Acide 5 hydroxy Indole Acétique

Tableau 2
Causes /Traitements médicamenteux

Opioides
Benzodiazépines
Antidépresseurs
Neuroleptiques
Corticostéroïdes
Anticholinergiques
Antiépileptiques
Antihistaminiques
Antifongiques
Quinolones

Tableau 3
Causes/Traitements oncologiques

Cyclosporine A
Méthotrexate
Aracytine
5 fluorouracil
Cisplatine
Vincristine
Procarbazine
L asparaginase
Agents alkylants
Interférons
Mitotane
Vigilance de principe pour toute nouvelle drogue

Syndrome confusionnel et cancer

Examens complémentaires recommandés, à hiérarchiser selon la clinique et le pronostic vital

<p>Numération formule plaquette Globules blancs Globules rouges/hémoglobine Plaquettes</p>	<p>Bilan de coagulation TQ, TCA, D-Dimères Produits de dégradation du fibrinogène</p>
<p>Paramètres infection/inflammation Protéine C réactive, Procalcitonine, Vitesse de sédimentation Lactates, Hémocultures, Uroculture, Radiographie thoracique Autre(s) prélèvement(s) selon clinique</p>	<p>Dosages vitaminiques Vitamine B12 Acide folique Thiamine (B1)</p>
<p>Gaz du sang PO₂, PCO₂, PH</p>	<p>Bilan endocrinien Cortisol, T4</p>
<p>Electrolytes Na, K, Ca, Mg, PO₄</p>	<p>Dosages médicamenteux Théophylline, Digoxine, Antiépileptiques</p>
<p>Glycémie</p>	<p>Imagerie par résonance magnétique ou à défaut, scanographie encéphalique Métastases, Infections, Pathologies vasculaires</p>
<p>Bilan rénal Urée Créatinine</p>	<p>Electroencéphalogramme Epilepsie, Encéphalopathie métabolique, Encéphalite herpétique</p>
<p>Bilan hépatique Bilirubine libre et conjuguée, ALAT, ASAT, Taux de prothrombine Protidémie, Ammoniémie</p>	<p>Ponction lombaire Infection Recherche de cellules tumorales</p>

Traitement symptomatique de la confusion



En phase terminale se référer
aux recommandations de la
SFAP (Voir aussi annexe 2)

Préconisations

Quelle que soit la forme clinique de la confusion (agitée, ralentie ou mixte) :

→ « Nettoyer la pancarte » : si possible réévaluation des prescriptions en tenant compte de la
• **chronologie des prescriptions et des fonctions hépatiques et rénales (en l'absence d'insuffisance métabolique, un traitement psychotrope ou antalgique antérieurement bien toléré n'a pas de raison d'être confusiogène)**

- ✓ Diminuer opioïdes ou rotation des opioïdes
- ✓ Diminuer antidépresseurs et hypnotiques
- ✓ Diminuer corticoïdes

→ **Surveiller l'hydratation et l'équilibre nutritionnel**

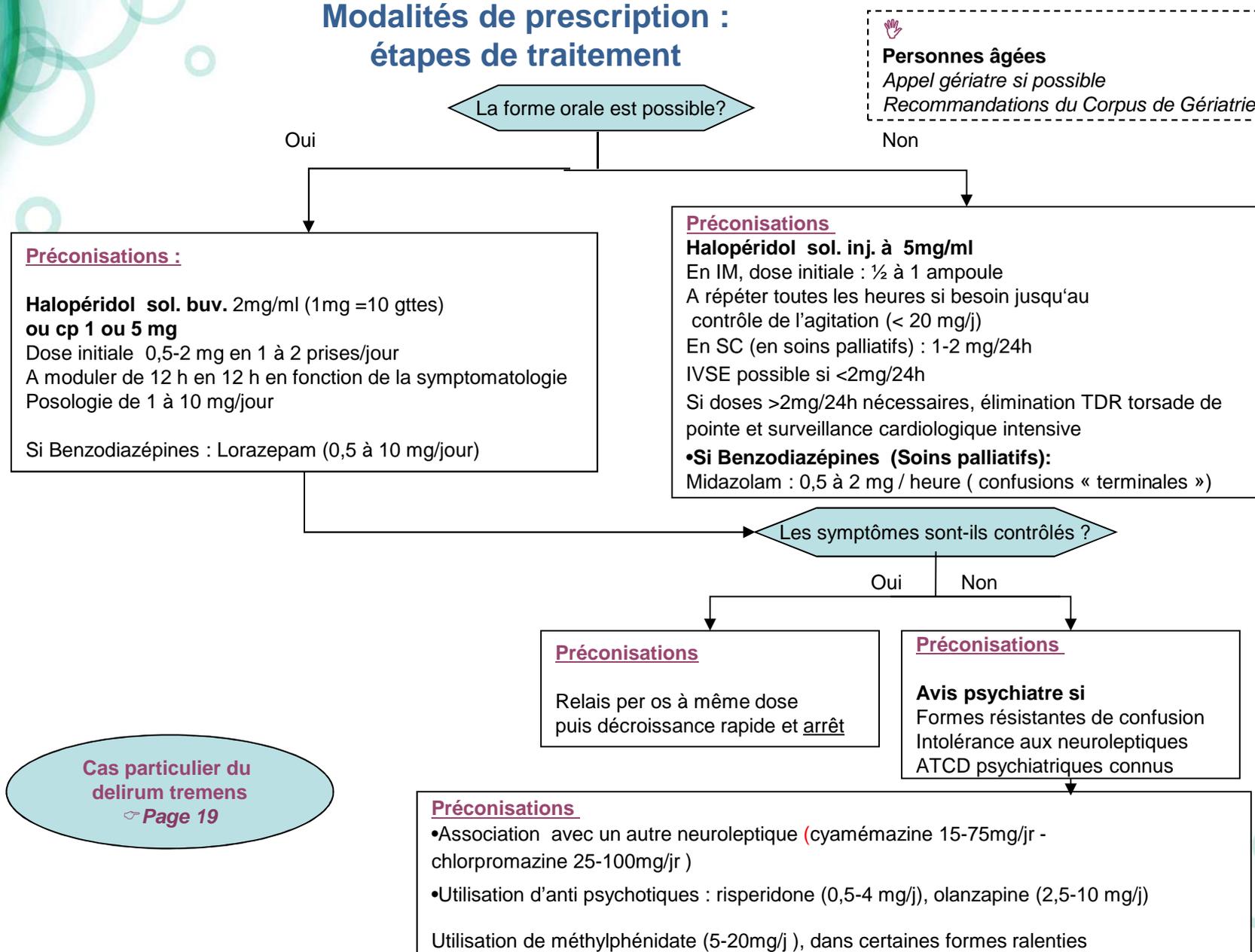
→ **En première intention : les neuroleptiques**

Bonne efficacité de l' **halopéridol** , principalement dans les formes agitées et sur l'onirisme et les hallucinations (pouvant également être présents dans les formes ralenties)

→ **Eviter les benzodiazépines, sauf** dans certaines situations symptomatiques particulières. (DT, sevrage aux benzodiazépines, ...)

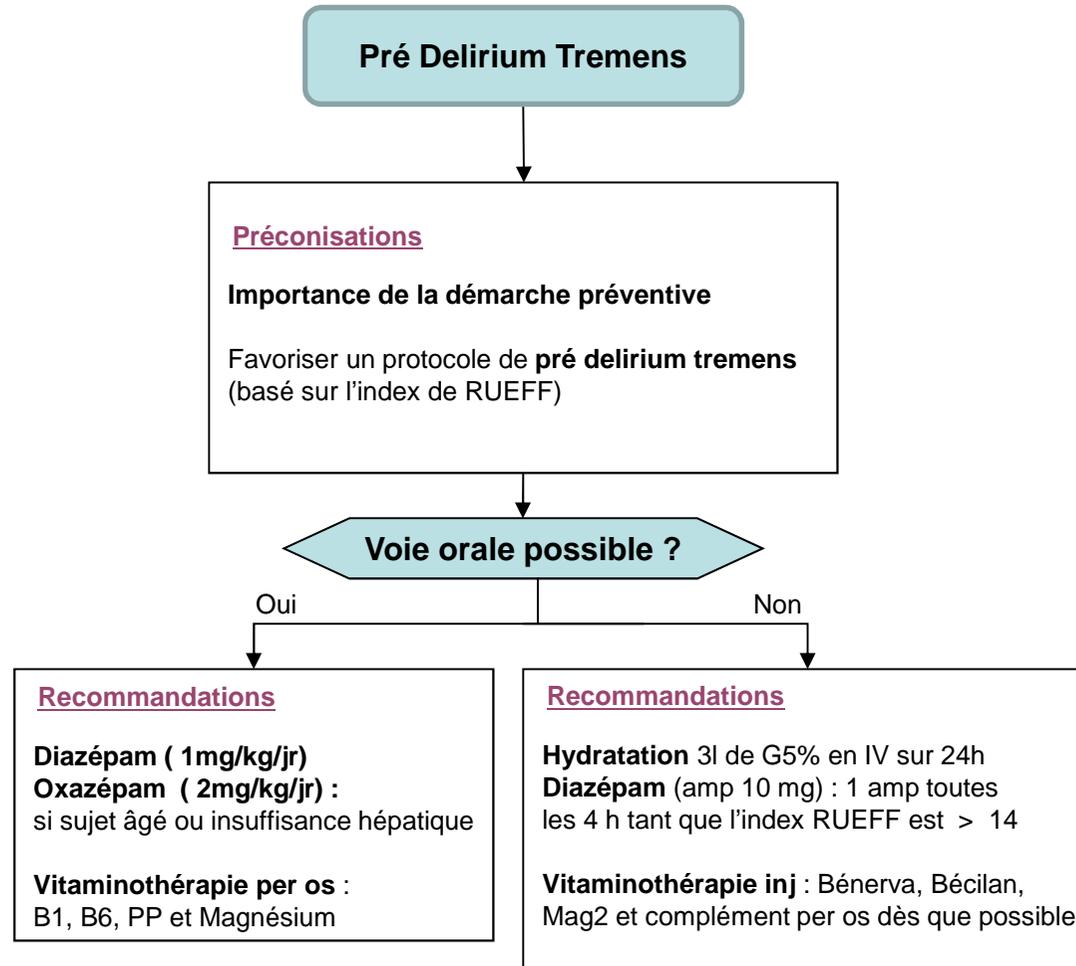
→ **Réévaluation régulière +++**

Modalités de prescription : étapes de traitement



Cas particulier du delirium tremens
Page 19

Modalités de prescription Etapes de traitement



Modalités de prescription Etapes de traitement

**Delirium Tremens avec
onirisme, hallucinations**

Préconisations

Diazépam (40-60 mg en perf IV sur 24h)
+ halopéridol IM 5 mg toutes les heures
sans dépasser 30 mg/jr

Si malgré cela index de RUEFF reste supérieur à 14,
augmenter diazépam 1 amp toutes les 2 h avec surveillance
rapprochée (FC, TA, fréq. respir., tremblements, sueurs,
agitation, hallucinations)

Poursuite **hydratation et vitaminothérapie**

Prise en charge environnementale

De l'ordre du nursing et de l'éducation /information

- Action sur l'environnement
- Soutien des proches



- Éviter la contention si possible mais nécessaire si dangerosité (voir recommandations ANAES)
- **Donner des repères** : éclairage suffisant , calme, noms des soignants, lieux (les décrire, les nommer), temps (horloge, calendrier...), rituels annoncés (repas , visite médicale), audioprothèses et lunettes en place, objets familiers, présence de la famille
- Importance de **rassurer** le patient et sa famille vis-à-vis de la peur de devenir « fou »
- **Explication** des troubles, légitimer les comportements (patient et proches)
- **Stimuler** pendant la journée pour conforter le rythme nyctéméral, proposer des activités

Prise en charge de la fin de l'épisode (gestion de l'après-confusion)

Sortie de l'état confusionnel

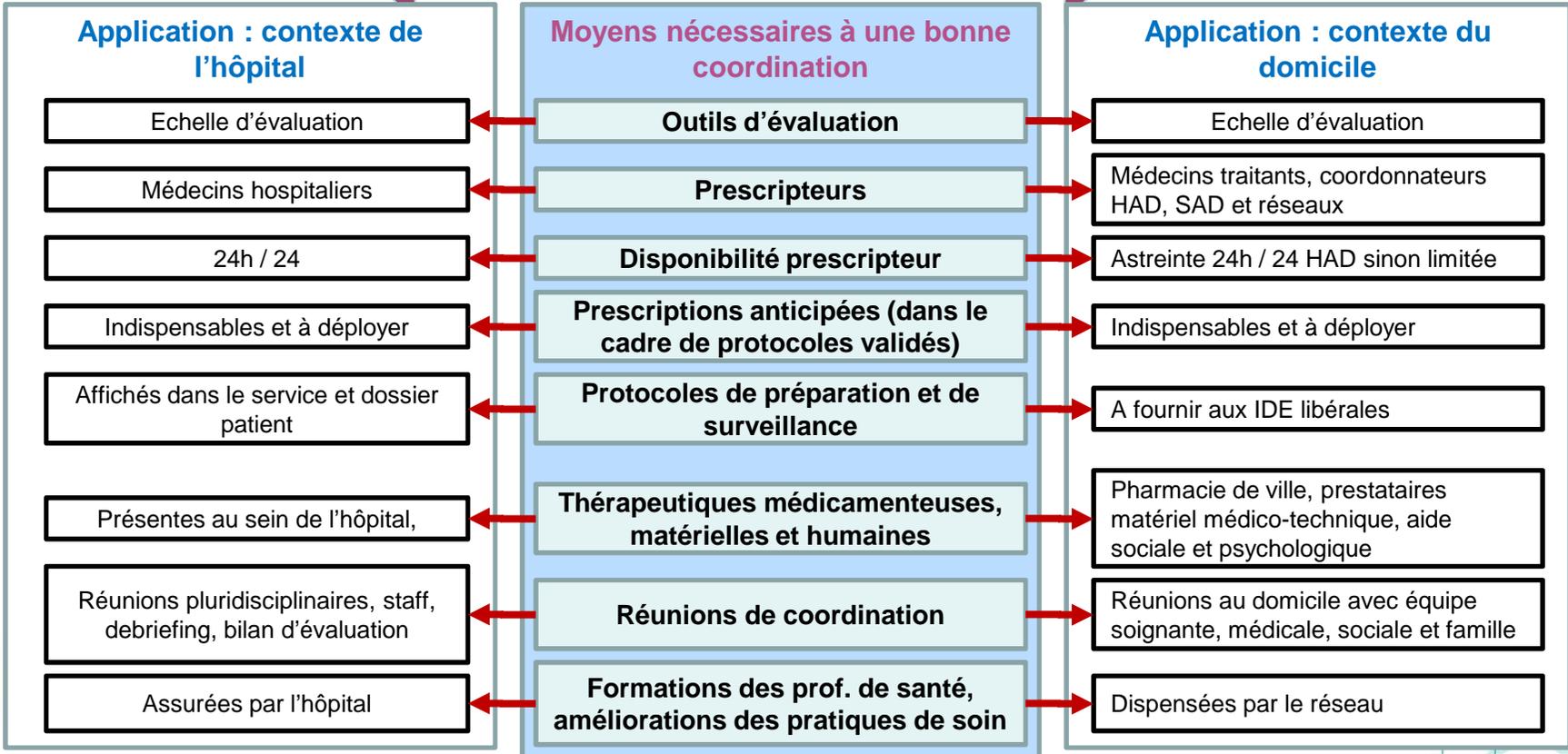
70% des états confusionnels ne sont pas complètement résolus **au moment de la sortie** d'hospitalisation du malade lorsqu'il est **âgé de plus de 65 ans** !!!

- Importance de l'évaluation au moment des transmissions, quels outils ?
- Médicaments : rester vigilant sur certaines prescriptions

Importance de la communication dans l'après confusion avec le patient et ses proches (risque de malentendus) : souvent souvenir traumatique de l'épisode ++

Coordination des soins autour du patient confus

 *Lever les barrières entre l'hôpital et le domicile*



Annexe 1

EDD (échelle de dépistage du delirium)

Caractéristiques et description	Intensité des symptômes (0-2)			Score du jour
	19h-8 h	7 h- 12 h	12h-19h	
Jour				
Symptômes				
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 inapproprié : Comportement inapproprié pour l'endroit et/ou pour la personne, par exemple, arracher ses sondes ou ses pansements, essayer de sortir du lit alors que c'est contre-indiqué, être constamment agité, réagir de façon exacerbé aux stimuli.				
Communication inappropriée : Communication inappropriée pour l'endroit et/ou pour la personne, par exemple, incohérence, état d'incommunicabilité, discours inintelligible ou insensé.				
Hallucinations/illusions : Voit ou entend des choses qui n'existent pas, distorsion dans la perception des objets...				
Ralentissement psychomoteurs, en tenant compte des conditions médicales : Temps de réaction allongé, peu ou pas d'action/de parole spontanées; par exemple lors de l'interaction avec le patient, celui-ci réagit toujours après un laps de temps et/ou il est difficile à stimuler et /ou réveiller.				
Score Total				
Coter chacune des 5 manifestations comportementales comme suit : 0 = comportement absent durant la période 1 = comportement présent durant la période, mais peu prononcé, ni en durée ni en intensité 2 = comportement présent durant la période et prononcé, soit en durée, soit en intensité (toute autre situation que 0 et 1). N.E. = non évaluable*				
Inscrire N.E seulement s'il a été impossible d'évaluer le comportement du patient durant toute la durée de la période de travail; en préciser la raison : a = sommeil naturel b = sédation induite par la médication c = stupeur ou coma d =autre raison				
Probabilité d'un état confusionnel : 86% pour un score supérieur ou égal à 2				

Annexe 2

Bonnes pratiques pour le contrôle de la confusion mentale en soins palliatifs ⁽¹⁾

- **Approche préventive**

Identification et traitement des facteurs précipitants : infection, traumatisme, iatrogénie

Identification des groupes à risque : sujets âgés, opérés récents, sujets palliatifs

Arrêt de toutes les médications psychoactives non indispensables

Préservation des fonctions cognitives et monitoring si altération

Préservation des fonctions sensorielles : port de lunettes, appareil auditif

Maintien des repères temporo-spatiaux : calendrier, horloge, objets personnels

Prophylaxie des troubles digestifs (nausées, constipation) et urinaires (rétention)

- **Approche symptomatique**

Cibler les traitements sur le contrôle des symptômes : agitation, hallucinations, délire

Hydratation et nutrition

Rotation des opioïdes ou changement de posologie des antalgiques

Utilisation de molécules antipsychotiques si nécessaire \pm anxiolytiques (Hypnovel)

- **Approche environnementale**

Limitation des stimuli visuels et auditifs

Assurer la sécurité du patient, de l'entourage et des soignants

- **Approche étiologique**

Recherche a minima dans un contexte palliatif et d'étiologies incurables

Recherche ciblée en cas d'étiologies curables

Évaluation permanente du ratio bénéfices/risques tant des investigations que des traitements étiologiques à proposer

- **Approche « supportive » (soutien et accompagnement)**

Débriefing de l'épisode confusionnel : ventilation des émotions et ressentis par le patient

Éducation et soutien de l'entourage familial

Éducation du personnel soignant : dépistage et prévention

(1) Reich M, Soulié O, Revnic J Quelles prises en charge de la confusion mentale en soins palliatifs ? Médecine palliative 2011; 10 :4-13

Annexe 3
l'Index de RUEFF

INDEX DE RUEFF	0	1	2	3
Pouls	nf. à 80	81-100	101-120	Sup. à 120
PA systolique	Inf. à 12.5 +1 si > 30 ans +2 si > 50 ans	12.6-13.5 +1 si > 30 ans +2 si > 50 ans	13.6-14.5 +1 si > 30 ans +2 si > 50 ans	Sup. à 14.5 +1 si > 30 ans +2 si > 50 ans
Fréquence respiratoire	Inf. à 16	16-25	26-35	Sup. à 35
Tremblements	0	Main extension	Membre supérieur	Généralisés
Sueurs	0	Paumes	Paumes et front	Généralisées
Agitation	0	Discrète	Contrôlable	Incontrôlable
Troubles Sensoriels	0	A la lumière ou au bruit. Prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées

Le total de l'index de Rueff est compris entre 0 et 21.

- Si l'index de Rueff est entre 0 et 7, il faut poursuivre la thérapeutique à la même posologie.
- Si l'index de Rueff est entre 7 et 14, la surveillance du patient doit être étroite, en augmentant la fréquence de la surveillance infirmière.
- Lorsque l'index de Rueff est supérieur à 14, la thérapeutique doit être modifiée, en augmentant notamment le diazépam (VALIUM®). Exemple si le patient pèse 60 kg. Il aura en première intention 10 mg de VALIUM toutes les 4 heures. Si malgré cette posologie l'index de Rueff est supérieur à 14, le patient aura alors 10 mg de VALIUM toutes les 2 heures pendant 12 h avec une surveillance IDE rapprochée.

Bibliographie (1)

- Alici-Evcimen Y, Breitbart W.** An update on the use of anti- psychotics in the treatment of delirium. *Palliat Support Care* 2008;6:177-182.
- Bond S.** Delirium Resolution in hospitalised older patients with cancer. *Cancer Nursing* 2008; 31 (6) :444-50
- Boyle D.** Delirium in Older Adults with Cancer : implications for Practice and Research. *Oncology Nursing Forum* 2006; 33(1): 61-78
- Breitbart W Alici Y.** Agitation and delirium at the end of life « We could not manage him » *Jama* 2008; 300 (24): 2898 – 2910
- Breitbart W, Bruera E, Chochinov H, Lynch M.** Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer. *J Pain symptom manage* 1995;10 (2)131-141
- Bush S.H., Bruera E.** The Assessment and Management of Delirium in Cancer Patients. *The Oncologist* 2009;14:1039–1049
- Caraceni A, Grassi L.** Delirium : Acute confusional states in palliative medicine. Oxford University Press, New York, 2003;259 p
- Dyer CB, Ashton CM, Teasdale TA.** Postoperative delirium. A review of 80 primary data-collection studies. *Arch Intern Med* 1995;155:461-465
- Elie D, Gagnon P, Gagnon B, Giguère A.** Using psychostimulants in end-of-life patients with hypoactive delirium and cognitive disorders : a literature review. *Can J Psychiatry* 2010;55(6):386-393
- Gagnon B, Low G, Schreier G.** Methylphenidate hydrochloride improves cognitive function in patients with advanced cancer and hypoactive delirium : a prospective clinical study. *Rev Psychiatr Neurosci* 2005;30(2):100-107
- Gagnon P.** Treatment of delirium in supportive and palliative cancer. *Curr Opin Support Palliat care.* 2008; 2(1):60 –6
- Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F.** Impact on delirium detection of using a sensitive instrument integrated into medical practice. *J Pain Symptom Manage* 2005;29(4): 68-75
- Gaudreau JD, Gagnon P, Tremblay A.** Psychoactive medication and risk of delirium in hospitalized cancer patients. *J Clin Onc* 2005; 23 (27): 6712_8
- Hildebrand J. and Brada M.;** Differential diagnosis in neurooncology; Oxford University Press 2001
- Inouye SK.** A Multicomponent Intervention to Prevention. *NEJM* 1999; 340 (9): 669-76
- Inouye SK.** The dilemma of delirium : clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. *Am J Med* 1994;97:205-207.
- Leonard M, Agar M, Mason C, Lawlor P.** Delirium issues in palliative care settings. *J Psychosom Res* 2008;65:289-298.
- Liptzin B, Levkoff SE.** An empirical study of delirium subtypes. *Br J Psychiatry* 1992;161:843-845
- Lonergan E, Britton AM.** Antipsychotics for delirium *Cochrane Database System Rev.* 2009 (2) CDOO5594
- Manckoundian P, Mazen E, Pfitzenmeyer P :** Confusion mentale du sujet âgé, chapitre 16, in J.Belmin, GERIATRIE. Paris : Masson, 2ème édition, 2009 : 115-120 ISBN978-2-294-70242-6

Bibliographie (2)

- Meyer-Masseti M, Cheng C, Sharpe B et al** : The FDA extended warning for intravenous haloperidol and torsades de pointes : how should institutions respond ? Journal of Hospital Medicine 2010; 5(4)
- Posner JB.**; Neurologic complications of cancer; FA Davis Company Philadelphia 1995
- Reich M, Soulié O, Revnic J** Quelles prises en charge de la confusion mentale en soins palliatifs ? Médecine palliative 2011; 10 :4-13
- Ross CA, Peyser CE, Shapiro I, Folstein MF.** Delirium : phenomenologic and etiologic subtypes. Int Psychogeriatr 1991;3(2):135-147
- Schoevaerts D, Cornette P.** Le delirium : un syndrome gériatrique fréquent. La Revue de Gériatrie 2010; 35 (2): 111 -120
- Sieber FE.** Postoperative delirium in the elderly surgical patient. Anesthesiol Clin 2009;27(3):451-464
- Schiff D. and Wen P.**; Cancer Neurology in clinical practice, Humana Press Totowa New Jersey 2003
- Spiller JA, Keen JC.** Hypoactive delirium : assessing the extent of the problem for inpatients specialist palliative care. Palliat Med 2006;20(1):17-23
- Stagno D, Gibson C, Breitbart W.** The delirium subtypes: A review of prevalence, phenomenology, pathophysiology, and treatment response. Palliat Support Care 2004; 2:171-9

Contributeurs

- **Coordination**

Isabelle PIOLLET (ONCOPACA); Pierre SALTEL (RRC-RA)

- **Membres du groupe de travail**

Majid BRUNET (RRC-RA, Lyon), Sarah DAUCHY (IGR, Paris), Fadila FARSI (RRC-RA, CLB, Lyon); Brunella FIORINI (IDE libérale, Lyon), Virginie FOUBERT (IDE libérale, Lyon), Marianne KAZES M. (CLB, Lyon), Thierry MONTAUT (ONCOLOR; Nancy), Sylvie PERRIN (CLB, Lyon), Michel REICH (Centre Oscar Lambret, Lille), Robert RIOU (CH de Valence), Luc TAILLANDIER (CHU, Nancy)

- **Relecture**

Majid BRUNET (RRC-RA, Lyon), Françoise CAPRIZ (CHU Nice) (a participé à la relecture de la mise à jour 2013), Sarah DAUCHY (IGR, Paris), Brunella FIORINI (IDE libérale, Lyon), Fadila FARSI (RRC-RA, Lyon), Virginie FOUBERT (IDE libérale, Lyon), Thierry MONTAUT (ONCOLOR; Nancy), Isabelle PIOLLET (ONCOPACA), Michel REICH (Centre Oscar Lambret, Lille), Robert RIOU (CH de Valence), Pierre SALTEL (CLB, Lyon) Luc TAILLANDIER (CHU, Nancy)

- **Approbateurs (participants aux ateliers des J2R du 02/12/2010)**

- Antonia ALTMAYER (Psychologue), Regis BLANC (Médecin spécialiste), Nadia BOUHEDDOU (Médecin spécialiste), Majid BRUNET (méthodologiste), Séverine CARRÉ (IDE), Sylvie CASTELAIN (IDE), Olivier COLLARD (Médecin hospitalier), Catherine CORNUOT, Sarah DAUCHY Médecin spécialiste), Claire DELORME (Médecin hospitalier), Brunella FIORINI(IDE), Virginie FOUBERT(IDE), Véronique FRASIE, Claire JOSSE (Médecin hospitalier), Gaultier LE QUANG (Interne en psychiatrie), Pascal LEVEQUE(Médecin hospitalier),, Thierry MONTAUT (Médecin hospitalier), Didier NAOURI (Médecin hospitalier), Jean Yves NIEMIER (Médecin hospitalier), Anny PAROT MONPETIT(Médecin spécialiste), Frédérique PECHINOT(Médecin spécialiste), Michèle PIBAROT(Médecin spécialiste), Isabelle PIOLLET (Psychiatre), Claude PIOT BOISSIER (Médecin urgentiste), Michel REICH (Psychiatre), Chantal REINIGER (IDE), Robert RIOU (Oncologue), Pierre SALTEL (Psychiatre), Luc TAILLANDIER (Médecin spécialiste), Guénaëlle THEROUDE (IDE), Isabelle THILTGES (Médecin hospitalier), Stéphanie TRAGER (Médecin hospitalier).