

Etat confusionnel aigu chez la personne âgée hospitalisée

1. Contexte

L'état confusionnel aigu (ECA) ou delirium est un syndrome neuropsychiatrique couramment rencontré chez les personnes âgées hospitalisées. A l'admission, 18 à 35% des personnes âgées présentent un ECA. Durant l'hospitalisation, en médecine générale, jusqu'à 14% des personnes âgées développent un ECA, jusqu'à 29% en gériatrie et jusqu'à 50% en chirurgie (1). L'ECA est souvent sous-diagnostiqué (1).

2. Démarche clinique

L'ECA est défini par Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)(2) par 4 critères :

- 1) Trouble de la conscience et/ou de l'attention
- 2) Altération des fonctions cognitives et de la perception
- 3) Apparition brutale et fluctuante au cours de la journée.
- 4) Origine organique

Il existe trois types d'ECA

- ECA hypoactif : ralentissement psychomoteur, apathie, somnolence
- ECA hyperactif : agitation psychomotrice, fluctuation de l'humeur, symptômes psychotiques
- ECA mixte : alternance de phases des symptômes hyperactifs et hypoactifs

Dépistage: Le dépistage de l'ECA peut se faire avec plusieurs outils validés, en particulier la Confusion Assessment Method (CAM) (1,3–8) ou la 4 "A"s Test (4AT) (4,6–8). Pour une utilisation optimale de la CAM, une formation est nécessaire (1). La 4AT ne nécessite pas de formation et serait plus sensible en cas de troubles neurocognitif préexistant (7).

L'hétéro-évaluation auprès des proches est importante afin de connaître le comportement habituel de la personne et d'identifier un changement récent de comportement et la temporalité du changement (1,3).

Suivi : L'évaluation avec la CAM ou la 4AT devrait être réalisée 1-2x/jour chez les patients à risque et 2x/jour en présence d'un ECA (3).

Identification de la cause : facteurs prédisposants et précipitants (cf. investigations)

3. Investigations

Facteurs prédisposants : âge, antécédent d'état confusionnel aigu, démence, dépression, atteinte cérébrale pré-existante, déficit sensoriel (1)

Facteurs précipitants : médicaments, troubles électrolytiques, infection, troubles cardiaques et pulmonaires ainsi que la douleur, troubles intra crâniens, rétention urinaire et fécale, immobilité (cathéter, sonde vésicale, contention physique), déficience sensorielle, troubles du sommeil, changement d'environnement (9).

Laboratoire : recherche d'une infection, de troubles des électrolytes, de troubles de la glycémie

Examens : selon point d'appel

4. Prévention

- **Limiter les facteurs précipitants** en équipe interprofessionnelle et en collaboration avec les proches (Cf. annexe 1) (3,4,7,10).
- **Communiquer régulièrement sur les fluctuations de l'état cognitif du patient et de ses besoins** (changement d'équipe, transmissions médico-infirmière) (4).
- **Prévention des complications** en lien avec l'ECA, comme par exemple les fausse-route, les escarres, les chutes ou la contention physique ([Contention physique par système Ségufix](#))

5. Traitement - Interventions

Prise en charge non pharmacologique :

- **Gestion des facteurs de risque/facteurs précipitants en équipe interprofessionnelle** (Cf. annexe 1)
- **Information aux proches et au patient** : éducation ciblée sur l'ECA (facteurs de risques, stratégies de prévention, importance d'informer d'un changement de comportement), afin de réduire le stress – pendant ou après – un épisode d'ECA ou de faire participer le proche à l'accompagnement de la personne en ECA (3,5,8). Une brochure d'information aux proches est disponible [ici](#).

Prise en charge pharmacologique : L'usage des neuroleptiques est à éviter ou à limiter car il a été démontré que les neuroleptiques n'ont pas d'effet sur la durée du délire, sur la durée d'hospitalisation ou sur la mortalité. Les preuves sont par ailleurs insuffisantes ou inexistantes concernant l'effet sur le fonctionnement cognitif et la gravité de l'état confusionnel (11).

En cas d'agitation majeure ou de trouble du comportement avec mise en danger, le recours aux neuroleptiques (halopéridol ou un neuroleptique de seconde génération tel que la quétiapine) pourra être évalué. Le traitement devra alors être débuté à la plus petite dose et le moins longtemps possible (par exemple : halopéridol sc 2 x 0.5mg/j ou quétiapine po 2 x 6.25mg/j).

En cas de difficultés dans la prise en charge d'un état confusionnel aigu chez un patient âgé, recours possible à la consultation gériatrique intra-hospitalière (tél :021 314 31 35).

6. Sortie : Suivi et lettre de sortie / DMST

Noter la survenue d'un état confusionnel aigu dans le dossier du patient et le mentionner dans la lettre de sortie et le document médico-social de transmission (DMST). A risque de chronicisation si non résolu, à risque de récurrence, à risque de développer une démence par la suite (12,13).

7. Références

Sources internes

Comparaison avec RPC

Girard, H. Figari Aguilar, F., Akrou, R., Pattschull, A. Sieber S. Prise en charge standardisée pour le dépistage, la prévention et le traitement non pharmacologique de l'état confusionnel aigu (eca). Service de gériatrie et réadaptation gériatrique. 2021.	Ajout de la 4AT à la CAM pour le dépistage
Novel, B. L 'Etat Confusionnel Aigu (ECA ou Délirium. CUTR - Guide de poche de l'ECA. Service de gériatrie et réadaptation gériatrique. 2020. Disponible : http://gedchuv.intranet.chuv/vdocopenweb/View/%7B9CF397AD-894F-4ECE-94F3-CA5DB7B59846%7D/20221020143818138000/DM_ME_0009(2.0).pdf	Ajout de la 4AT à la CAM pour le dépistage
Bongard, C., Jordil, F. Gomes Da Rocha, C., Gachoud, D. L'état confusionnel aigu (ECA). Service de médecine interne. 2019. http://gedchuv.intranet.chuv/vdocopenweb/View/%7B956E536C-2488-4C15-A08E-6DB315928E83%7D/20221020143911570000/ECA_TRIBU_V2_sept2019.pdf	Ajout de la 4AT à la CAM pour le dépistage Pas d'approche pharmacologique, uniquement en cas de mise en danger (dose minimale initiale)

Littérature scientifique

- Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *The Lancet*. 2014;383(9920):911-22. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1
- American Psychiatric Association. *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5th éd. Elsevier Masson; 2015.
- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). [En ligne]. 2016. *Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care, Second Edition* [cité le 30 juin 2022]. Disponible: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-older-adults-delirium-dementia-and-depression>
- Bellelli G, Morandi A, Trabucchi M, Caironi G, Coen D, Fraticelli C, et al. Italian intersociety consensus on prevention, diagnosis, and treatment of delirium in hospitalized older persons. *Intern Emerg Med*. 2018;13(1):113-21. DOI: 10.1007/s11739-017-1705-x
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Delirium: prevention, diagnosis and management*. 2019;21.
- Grob D, Eichelberger M, Baumgartner C, Wertli M. L'état confusionnel aigu durant l'hospitalisation aiguë. *Forum Méd Suisse – Swiss Med Forum*. 2021; DOI: 10.4414/fms.2021.08626
- Morandi A, Bellelli G. Delirium superimposed on dementia. *Eur Geriatr Med*. 2020;11(1):53-62. DOI: 10.1007/s41999-019-00261-6
- Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine Position Statement Abstract: Delirium in older people. *Australas J Ageing*. 2016;35(4):292. DOI: 10.1111/ajag.12254
- Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA*. 2017;318(12):1161. DOI: 10.1001/jama.2017.12067
- The American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. American Geriatrics Society Abstracted Clinical Practice Guideline for Postoperative Delirium in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(1):142-50. DOI: 10.1111/jgs.13281
- 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(7):485. DOI: 10.7326/M19-1860
- Witlox J, Eurelings LSM, de Jonghe JFM, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization, and Dementia: A Meta-analysis. *JAMA*. 2010;304(4):443. DOI: 10.1001/jama.2010.1013

13. Hshieh TT, Saczynski J, Gou RY, Marcantonio E, Jones RN, Schmitt E, et al. Trajectory of Functional Recovery After Postoperative Delirium in Elective Surgery. *Ann Surg.* 2017;265(4):647-53. DOI: 10.1097/SLA.0000000000001952

8. Rédaction et validation

Octobre 2022 - J. Dumur, A. Pattschull, P. D'Amelio

Remerciements aux experts : D. Gachoud, F. Figari, L.Zullo, C.Courret Gilgen, C. Millot, A.V. Dürst

Annexe 1

Interventions non pharmacologiques selon facteurs de risque

Diminution de l'hydratation	<ul style="list-style-type: none"> • Servir un verre d'eau aux 2 heures et s'assurer que le patient le boive • Faire un bilan des apports hydrique (bouteilles nominatives et journalières) • Adapter les boissons aux goûts du patient (sirop, eau gazeuse, thé,..etc.) • Evaluer la diurèse (bilan entrée/sortie)
Diminution du transit	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation : transit minimal 2 à 3 selles / semaine • Hydratation environ 1.5 litre/jour (après accord médical) • Régime riche en fibre (après accord médical et discussion avec diététicienne) • Mobilisation régulière (4x/jour)
Rétention urinaire	<ul style="list-style-type: none"> • Résidu post-mictionnel (RPM) • Bladder de contrôle même en présence de miction (exclure miction par regorgement) • Si sonde vésicale : vérifier qu'elle soit en place et non bouchée
Diminution de la mobilité	<ul style="list-style-type: none"> • Eviter dans la mesure du possible la contention physique • Mobilisation 4x/jour (faire marcher, repas à table, accompagner aux WC, etc) • Réduire les équipements (SV, perfusion, drain, etc) • Si alitement prescrit, voir si exercice de renforcement musculaire possible (discussion avec médecin + physio + ergo)
Changement du cycle du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer (auto/hétéro-anamnèse) : heure de coucher, rituel (boissons chaudes, etc) et reproduire ses habitudes dans la mesure du possible • Réduction du bruit, réduction de la lumière la nuit (ou veilleuse) • Eviter d'administrer des traitements entre 22h30 et 6h • Relation de soutien ou d'aide
Troubles visuels et auditifs	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre les appareillages (lunettes, loupe, appareils auditifs, etc) à disposition et vérifier qu'ils soient fonctionnels et portés durant la journée • Adapter l'environnement : limiter les obstacles autour du lit, dans les couloirs, système d'appel toujours à disposition, etc) • Adapter la technique de communication (écriture, contact visuel, etc) • Adapter la communication : Utiliser un langage simple, un ton grave et articuler, etc
Douleur	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation avec échelle appropriée (EN, EVA, Algoplus, etc) • Couverture antalgique 24h/24h (respecter les horaires, utiliser les réserves) • Positions antalgiques, massage relaxant, visualisation positive
Troubles cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> • Orienter en donnant des marqueurs de temps (matin, après-midi, midi, etc) • Equilibrer les expériences sensorielles calmantes et stimulantes (activité de soin avec un seul sujet à la fois, musicothérapie, etc) • Expliquer l'équipement de soin • Expliquer les soins en cours d'action
État dépressif	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer le plan de la journée avec le patient chaque jour, sans obligation de reproduire ce qui a été retenu la veille • Valoriser les réussites, les expressions de sentiments positifs du patient (améliorer son estime de soi) • Relation de soutien (ne pas juger, déculpabiliser soutenir l'expression des émotions)

Tableau tiré de : Girard, H. Figari Aguilar, F., Akrou, R., Pattschull, A. Sieber S. Prise en charge standardisée pour le dépistage, la prévention et le traitement non pharmacologique de l'état confusionnel aigu (eca). Service de gériatrie et réadaptation gériatrique. 2021