

# C'est quoi ce délire?

## État confusionnel aigu chez la personne âgée

ANNE-CHARLOTTE AUDIAU<sup>a</sup>, MARC HUMBERT<sup>a</sup>, FIORELLA FIGARI AGUILAR<sup>b</sup> et Pr CHRISTOPHE BÜLA<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2021; 17: 1871-5

L'état confusionnel aigu (ECA) est fréquent chez le patient âgé de plus de 75 ans, tant à domicile qu'en soins aigus. Souvent sous-diagnostiqué, il s'accompagne d'une morbi-mortalité accrue. L'identification des patients à risque d'ECA, tout comme un dépistage rapide avec des échelles validées (par exemple, Confusion Assessment Method (CAM) ou 3D-CAM), sont primordiaux afin de mettre en place une prévention active essentiellement non pharmacologique. Le traitement pharmacologique devrait être réservé aux situations dans lesquelles le patient se met en danger ou met en danger d'autres personnes. Un ECA n'est pas anodin et nécessite d'être signalé pour les prises en charge ultérieures. En l'absence de troubles neurocognitifs antérieurs connus, un bilan cognitif est recommandé dans les 6 à 12 mois suivant l'ECA.

### What's all that confusion about? Delirium in the elderly

*Delirium is common in community-dwelling as well as in hospitalized older persons aged 75 years and older. Often underdiagnosed, delirium is associated with increased morbidity and mortality. Screening (with CAM and 3D-CAM) and identification of older people at increased risk for delirium is essential to enhance non-pharmacological preventative measures and monitor their evolution to allowing an early diagnosis. Screening instruments are currently available, such as the CAM and 3D-CAM. Pharmacological treatment is proposed only in situations where the patients endanger him-herself or other persons. In patients without previously known cognitive impairment, a cognitive assessment is mandated within the next 6 to 12 months period following the delirium episode.*

### INTRODUCTION

L'état confusionnel aigu (ECA) est un syndrome gériatrique fréquent. De 8 à 17% des patients de plus de 65 ans présentent un ECA à l'admission aux urgences<sup>1</sup> et 10 à 50% d'entre eux vont en développer un en cours d'hospitalisation.<sup>1</sup> L'incidence en EMS est de près de 20% et d'environ 50% en période palliative. Souvent sous-diagnostiqué, l'ECA est associé à une augmentation de la morbidité, des chutes, de la mortalité, des durées de séjour hospitalier et des coûts de la santé.<sup>1</sup>

La détection et la prévention de l'ECA restent encore souvent suboptimales. Pourtant, plusieurs essais randomisés ont démontré l'efficacité de mesures préventives avec une réduction

de 30 à 40% du taux d'incidence d'ECA mais aussi des chutes associées (-62%).<sup>1,2</sup>

La vignette clinique ci-après permettra de présenter les mesures préventives, la démarche diagnostique et les principaux éléments de la prise en charge de l'ECA.

### VIGNETTE CLINIQUE

Mme T., 82 ans, vient en consultation accompagnée de son époux. Vous suivez le couple depuis une dizaine d'années.

Mme T. a peu de comorbidités. Depuis quelques années, quelques troubles mnésiques sont apparus, mais, comme elle aime à le dire, «c'est normal à mon âge, docteur!». Aucun bilan cognitif n'a été réalisé jusqu'alors. Cela ne l'empêche pas d'être indépendante. Elle a une presbycusie bilatérale légère appareillée. Son traitement comprend une supplémentation en calcium et vitamine D3 ainsi qu'un laxatif (macrogol) en réserve pour une constipation chronique. Une à deux fois par semaine, elle prend de l'oxazepam pour s'endormir.

Mme T. va se faire opérer d'un tunnel carpien droit qui l'invalide pour jardiner (elle est droitrière), activité qu'elle affectionne particulièrement.

Son époux est inquiet: la sœur aînée de Mme T., qui avait aussi quelques difficultés mnésiques, a présenté il y a 2 ans une période d'agitation et de confusion aiguës le lendemain d'une cure de cataracte en ambulatoire, épisode durant lequel «elle a vu les belettes!» à plusieurs reprises. Même si elle n'a pas eu besoin d'être hospitalisée, cela a duré plusieurs jours avec des phases d'agitation et de somnolence diurne, mobilisant M. et Mme T. durant toute cette période. Selon lui, elle ne s'est jamais vraiment remise, si bien qu'elle a dû être institutionnalisée quelques mois plus tard. Il craint que cela ne se produise chez son épouse et se demande s'il n'y aurait pas quelque chose à faire...

### QUELS ÉLÉMENTS ÉVOQUENT UN ÉTAT CONFUSIONNEL AIGU CHEZ LA SŒUR DE MME T.?

La description par M. T. du décours de l'intervention de sa belle-sœur fait fortement suspecter un ECA, car on y retrouve la plupart des critères diagnostiques définis dans le DSM-V:

1. Des troubles de l'attention et/ou de l'état de conscience.
2. Une apparition brusque (de l'ordre de quelques jours maximum).
3. De possibles fluctuations au cours du nyctémère.
4. Une association avec des troubles de la cognition (perception, troubles du comportement, troubles mnésiques,

<sup>a</sup>Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique, CHUV, 1011 Lausanne,

<sup>b</sup>Infirmière clinicienne, Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique, CHUV, 1011 Lausanne

anne-charlotte.audiau@chuv.ch | marc.humbert@chuv.ch  
fiorella.figari-aguilard@chuv.ch | christophe.bula@chuv.ch

troubles langagiers).

5. Ces troubles ne sont pas expliqués par une pathologie neurocognitive préexistante.

La majorité des patients opérés d'une cataracte ne font pas d'ECA, mais dans une série rapportant un taux d'incidences de 4% tout âge confondu, 77% des patients avec ECA avaient plus de 80 ans.<sup>3</sup>

### QUELS FACTEURS PRÉDISPOSERAIENT MME T. À DÉVELOPPER UN ÉTAT CONFUSIONNEL AIGU?

Les facteurs prédisposants, intrinsèques au patient et à ses pathologies, déterminent sa vulnérabilité à la survenue d'un ECA.<sup>1,4</sup> Les principaux facteurs prédisposants peuvent se résumer avec l'acronyme DADAD (démence, âge, dépression, atteinte cérébrale préexistante, déficits sensoriels). Ils sont présentés dans le **tableau 1** avec la mention de l'augmentation du risque d'ECA qu'ils font courir au patient. Ainsi, la présence de troubles neurocognitifs préexistants majore de 2 à 5 fois le risque d'ECA. Un épisode antérieur d'ECA augmente le risque de récurrence de 3 fois.

Chez Mme T., son âge, ses plaintes mnésiques suspectes de troubles neurocognitifs et sa presbycusie lui font courir un risque accru d'ECA. M. T. a donc raison de s'inquiéter. Mais que mettre en place pour éviter un ECA?

### QUELLES MESURES PRÉVENTIVES PROPOSER À MME T. ET SON ÉPOUX?

La prévention de l'ECA est surtout basée sur une approche non pharmacologique<sup>1,2</sup> (**tableau 2**). Les mesures proposées doivent cibler en priorité les patients à haut risque. Soulignons que, en cas d'hospitalisation, l'ensemble des patients âgés de ≥ 80 ans doivent en bénéficier en raison de leur risque accru d'ECA.

Les mesures *non pharmacologiques* combinent des précautions de base (hydratation, apports et élimination, antalgie), des mesures environnementales (exposition à la lumière du jour, fenêtre, éclairage), une stimulation adaptée (activation la journée, protection du sommeil la nuit, appareils auditifs et

<b>TABLEAU 2</b>		<b>Prévention de l'état confusionnel aigu</b>
Le tableau indique les principales mesures de prévention non pharmacologiques de l'état confusionnel aigu.		
Hydratation		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller à une bonne hydratation orale</li> <li>• Réévaluer régulièrement la nécessité ou non d'une hydratation parentérale</li> </ul>
Alimentation		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptée: risque de troubles de la déglutition</li> <li>• Prothèses en place, adaptées et propres</li> </ul>
Élimination		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi de l'élimination urinaire (globe?) et des selles (fécalome?)</li> </ul>
Suivi et traitement des douleurs		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation régulière de l'apparition de douleurs</li> <li>• Traitement adapté, médicamenteux et non médicamenteux (positionnement, mobilisation...)</li> </ul>
Maintien d'un rythme nyctéméral		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation des soins en dehors des heures de sommeil (si possible) – valable aussi pour voisins de chambre lors d'hospitalisation</li> <li>• Diminution du bruit/lumière pendant la nuit (hospitalisation)</li> <li>• Revoir les heures des traitements pouvant interférer avec l'endormissement (ex.: corticostéroïdes)</li> </ul>
Sensoriel		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visuel: lunettes, lumière adéquate</li> <li>• Auditif: appareils auditifs fonctionnels, réduction du bruit, évacuation d'éventuels bouchons de cérumen</li> </ul>
Mobilisation active		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de contention physique</li> <li>• Faciliter l'accès à l'aide de moyens auxiliaires</li> <li>• Chaussage adapté</li> <li>• Retrait des contentions «cachées» dès que possible: sondes urinaires, perfusions</li> </ul>
Orientation/ relationnel		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signalisation adéquate (calendrier, horloge)</li> <li>• Réorientation verbale si besoin: lieu, date, heure, raison de la prise en charge</li> <li>• Phrases courtes et discours adapté</li> <li>• Faciliter le contact avec les proches</li> </ul>

(Adapté de réf. 2).

lunettes portés, mobilisation), et un cadre relationnel adapté. Ces mesures ont montré des bénéfices dans les études interventionnelles de prévention de l'ECA.<sup>1</sup>

Les résultats des études concernant les mesures préventives *pharmacologiques* restent en revanche décevants.<sup>5-7</sup> Les traitements préventifs par neuroleptiques, benzodiazépines, mélatonine, antidépresseur de type inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) n'ont pas montré de bénéfices sur l'incidence ou la durée de l'ECA.

L'intervention pharmacologique la plus pertinente est de ne pas introduire de nouvelle molécule potentiellement confusogène. Éviter l'arrêt brusque d'un traitement hypnotique de longue durée permet aussi de réduire le risque d'un ECA sur sevrage.

Les principales recommandations que l'on peut faire à M. T. concernant son épouse sont d'assurer l'hydratation et l'alimentation (l'opération du tunnel carpien est prévue à droite), de surveiller la constipation, de suivre les consignes concernant les antalgiques et de limiter la prise de benzodiazépine à un seul comprimé la semaine précédant l'opération.

#### VIGNETTE CLINIQUE (SUITE)

L'intervention a lieu en hôpital de jour. Les suites opératoires immédiates sans particularités permettent une sortie en fin de

<b>TABLEAU 1</b>		<b>Facteurs prédisposant à l'apparition d'un état confusionnel</b>
------------------	--	--

ECA: état confusionnel aigu.

	Caractéristiques	Exemples	Augmentation du risque
D	Démence	Présence de troubles neurocognitifs, mineurs ou majeurs	2,3-4,7 (12,5)
A	Âge	Âge > 75 ans	4,0
D	Dépression	Présence de troubles dépressifs	3,2
A	Atteinte cérébrale préexistante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents d'AVC</li> <li>• Antécédents d'ECA</li> </ul>	1,6 3,0
D	Déficits sensoriels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles visuels</li> <li>• Hypoacousie</li> </ul>	2,1-3,5 1,3

(Adapté de réf. 1).

journée. Une ordonnance de paracétamol et de tramadol est remise à la patiente.

Comme convenu, l'époux de Mme T. vous appelle le lendemain en fin de matinée. Il est plutôt rassuré car son épouse a passé une nuit calme. Il a même dû la réveiller à 9 heures pour le petit-déjeuner. Elle était un peu désorientée à ce moment (se croyant chez sa sœur et pensant être un dimanche), mais pas du tout agitée. «L'intervention chirurgicale l'a épuisée, elle dort beaucoup. Il faut dire qu'avec la chaleur qu'il a fait hier, ça n'aide pas! Elle a eu besoin du tramadol à 3 reprises depuis la veille, mais n'a pas pris le paracétamol car les comprimés sont trop gros. Elle se repose bien et dort encore d'ailleurs.» Il est satisfait.

### CET ÉTAT EST-IL RASSURANT QUANT À UN ÉVENTUEL ÉTAT CONFUSIONNEL AIGU?

L'ECA peut se présenter sous plusieurs formes.<sup>2</sup> Celui hyperactif, avec agitation psychomotrice, passe rarement inaperçu auprès des proches ou des professionnels. Toutefois, ceux hypoactifs, avec léthargie et somnolence, passent volontiers sous le radar. Or, la forme hypoactive semble plus fréquente chez les patients âgés et de pronostic plus défavorable.<sup>2</sup>

Dans une étude investiguant les facteurs associés de façon indépendante à une sous-détection des ECA par les infirmiers à l'hôpital, une forme hypoactive d'ECA avait 7 fois plus (OR ajusté (aOR): 7,4; IC 95%: 4,2-12,9) de risque de passer inaperçu.<sup>8</sup> Un âge de plus de 80 ans (aOR: 2,8; IC 95%: 1,7-4,7), des troubles visuels (aOR: 2,2; IC 95%: 1,2-4,0) et une démence préexistante (aOR: 2,1; IC 95%: 1,2-3,7) étaient les autres facteurs associés au sous-diagnostic des ECA.

### COMMENT ALLER PLUS LOIN?

Le diagnostic d'ECA est avant tout clinique et se base sur l'observation des critères du DSM-V décrits plus haut. Pour opérationnaliser ces critères et dépister un ECA de multiples

**TABLEAU 3** Confusion Assessment Method

Une CAM est décrite comme positive (présence d'un état confusionnel aigu) si les critères 1 et 2 sont présents et associés aux critères 3 et/ou 4.

CAM: Confusion Assessment Method.

Critères de la CAM	Manifestations cliniques
1. Début aigu avec fluctuations possibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Y a-t-il un changement de l'état cognitif de base?</li> <li>• Le comportement du patient change-t-il au cours de la journée?</li> </ul>
2. Troubles de l'attention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le patient présente-t-il des difficultés à focaliser son attention?</li> <li>• Est-il facilement distrait?</li> <li>• A-t-il des difficultés à tenir le fil de la conversation?</li> </ul>
3. Désorganisation de la pensée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le patient présente-t-il un discours décousu ou incohérent?</li> <li>• Passe-t-il d'un sujet à l'autre sans logique?</li> </ul>
4. Trouble de l'état de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le patient est-il alerte, hypervigilant, léthargique, stuporeux, comateux?</li> </ul>

(Adapté de réf. 9).

échelles ont été proposées. La plus connue et largement utilisée reste la Confusion Assessment Method (CAM)<sup>9</sup> (tableau 3) dont les performances clinimétriques (sensibilité et spécificité > 90%) en font presque un instrument diagnostique de l'ECA. Cependant, la variabilité dans la réalisation de la CAM, qui peut altérer ses performances,<sup>9</sup> a conduit au développement de la 3D-CAM<sup>10</sup> qui en standardise l'utilisation (tableau 4).

#### VIGNETTE CLINIQUE (SUITE)

Avec l'aide de l'infirmière des soins à domicile, arrivée entre-temps, et de M. T., vous réalisez par téléphone une 3D-CAM qui s'avère positive, confirmant votre suspicion d'ECA hypoactif. Vous apprenez de l'époux que Mme T. n'a pu correctement s'hydrater malgré la chaleur de la veille. L'infirmière vous confirme que Mme T. est déshydratée.

### QUELLE SUITE DE PRISE EN CHARGE?

La prise en charge consiste à tenter de corriger tous les facteurs précipitants identifiés tout en poursuivant les mesures préventives non pharmacologiques déjà décrites (hydratation, apports, suivi du transit et des mictions, contrôle des douleurs, réafférentation et sécurisation de l'environnement). Le tableau 5 fournit quelques exemples de facteurs précipitants fréquents chez les patients âgés dont on peut se souvenir avec l'acronyme DELIRIUM.

Mme T. ne présentant pas d'agitation ni de comportement à risque, la question d'un traitement pharmacologique symptomatique ne se pose pas. Dans le cas contraire, les neuroleptiques sont généralement utilisés, à la plus petite dose efficace et le moins longtemps possible (par exemple, gouttes d'halopéridol (0,5 mg), comprimés de quétiapine (6,25-12,5 mg) ou de rispéridone (0,25-0,5 mg) à titrer prudemment). Les évidences limitées concernant leur efficacité s'expliquent en grande partie par la difficulté à conduire des études randomisées chez des patients très âgés avec ECA, en particulier en présence d'un trouble neurocognitif majeur sous-jacent.<sup>11</sup> Trop souvent encore utilisées dans cette indication, les benzodiazépines n'ont pas montré avoir d'effet bénéfique et sont même délétères dans l'ECA,<sup>12</sup> leur seule indication dans cette situation chez les personnes âgées étant une suspicion d'ECA sur sevrage.

#### VIGNETTE CLINIQUE (SUITE)

Chez Mme T., une stimulation pour s'hydrater, en faisant attention aux fausses routes, et l'ajustement de son antalgie (prise de paracétamol toutes les 8 heures et arrêt du tramadol) permettent de passer le cap.

### UN ÉTAT CONFUSIONNEL AIGU... ET APRÈS?

La survenue d'un ECA chez un patient âgé, bien que résolu, ne doit pas rester sans suite. En effet, l'ECA est associé à une

**TABLEAU 4** Contenu opérationnel de la 3D-CAM

Instructions: pour chaque question, dire si la réponse est correcte/incorrecte ou oui/non. Pour toute réponse par «oui» ou «incorrecte», cocher la case blanche correspondante. Chacune des colonnes 1 à 4 correspond à un critère de la CAM (1: début aigu/fluctuations; 2: attention; 3: désorganisation de la pensée; 4: vigilance). Si au moins une des cases de la colonne est cochée, le critère est considéré comme présent. Un état confusionnel aigu est présent si les critères 1 et 2 sont présents et associés aux critères 3 et/ou 4. CAM: Confusion Assessment Method.

			Critères de la CAM			
			1	2	3	4
<b>Questions à poser au patient</b>						
1. Pouvez-vous me dire en quelle année nous sommes?	Incorrect	Correct				
2. Pouvez-vous me dire le jour de la semaine?	Incorrect	Correct				
3. Pouvez-vous me dire où nous sommes?	Incorrect	Correct				
4. Je vais vous donner une suite de chiffres. Pouvez-vous les répéter à l'envers? (p. ex.: si je vous dis 5-2, vous dites 2-5) Dites: 7-5-1	Incorrect	Correct				
5. Une autre fois: 8-2-4-3	Incorrect	Correct				
6. Pouvez-vous me citer les jours de la semaine, à l'envers, en partant de samedi?	Incorrect	Correct				
7. Pouvez-vous me citer les mois de l'année, à l'envers, en partant de décembre?	Incorrect	Correct				
8. Durant la dernière journée, vous êtes-vous senti confus?	Oui	Non				
9. Si la réponse à la question 3 est incorrecte, ne pas poser cette question et considérer la réponse à cette question 9 comme incorrecte, sinon demander: Durant la dernière journée, pensiez-vous être ailleurs qu'à l'hôpital/à la maison?	Oui	Non				
10. Durant la dernière journée, avez-vous vu des choses qui n'étaient pas réellement présentes?	Oui	Non				
<b>Observations (à compléter après avoir posé les questions 1 à 10)</b>						
11. Le patient est endormi, stuporeux, comateux durant votre entretien?	Oui	Non				
12. Le patient montre-t-il une attention excessive envers des objets communs de l'environnement immédiat (hypervigilance)?	Oui	Non				
13. Le cours de la pensée est-il peu clair et illogique? (p. ex. raconte une histoire sans rapport avec l'entretien actuel)	Oui	Non				
14. La conversation est-elle décousue? (p. ex. paroles hors de propos)	Oui	Non				
15. Les réponses du patient sont-elles limitées de manière non habituelle? (p. ex. réponses par oui ou non)	Oui	Non				
16. Le patient a-t-il des difficultés à suivre la conversation actuelle?	Oui	Non				
17. Le patient est-il anormalement distrait par des stimuli environnementaux?	Oui	Non				
18. Est-ce que l'état de conscience du patient fluctue au cours de l'entretien?	Oui	Non				
19. L'attention du patient fluctue-t-elle au cours de l'entretien?	Oui	Non				
20. Le discours ou la pensée du patient changent-ils au cours de l'entretien?	Oui	Non				
<b>Questions optionnelles (à compléter si les questions en rapport avec le critère 1 ne sont pas remplies et que les critères 2 et 3 et/ou 4 sont positifs)</b>						
21. Contacter un membre de l'entourage pour demander s'il y a eu un changement récent dans l'état cognitif de base	Oui	Non				
22. Si le patient est connu depuis plusieurs jours et si la 3D-CAM a déjà été réalisée: y a-t-il eu des changements récents en comparaison avec les autres 3D-CAM? (nouvel item «positif»)	Oui	Non				
<b>Total des critères présents</b>			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

(Adapté de réf. 10).

augmentation du risque de décès, d'institutionnalisation et d'apparition de troubles neurocognitifs majeurs,<sup>13</sup> et ce indépendamment de l'âge, du sexe, des comorbidités et des troubles neurocognitifs préexistants.

Une récurrence d'ECA est à craindre et les mesures de prévention non pharmacologiques doivent être poursuivies, même au domicile. L'ECA doit être signalé explicitement dans les antécédents du patient afin de favoriser la mise en place des

mesures préventives non pharmacologiques lors de prises en charge ultérieures.

Des études ont montré une association entre ECA et perte des capacités cognitives apparaissant jusqu'à un an après l'épisode aigu.<sup>13,14</sup> C'est pourquoi, un bilan cognitif dans un centre dédié est recommandé dans l'année suivant un ECA. Chez Mme T., un tel bilan se justifie afin d'informer le couple à propos des enjeux concernant leur avenir.

TABLEAU 5

## Facteurs précipitant l'apparition d'un état confusionnel

<b>D</b>	Drugs (médicaments)	Introduction de nouvelles molécules, mais également modification des posologies ou arrêt de certaines molécules (sevrage brutal)
<b>E</b>	Electrolytes disturbances (troubles électrolytiques)	Concerne tous les électrolytes, en hyper ou hypo: sodium, potassium... et aussi la glycémie
<b>L</b>	Lack of freedom (absence de liberté)	Contention physique
<b>I</b>	Infection (infection)	De tout type, quel que soit l'organe atteint
<b>R</b>	Reduced sensory input (stimulation sensorielle réduite)	Hypoacousie, troubles visuels
<b>I</b>	Intracranial disturbances (troubles intracrâniens)	AVC, hématome sous-dural, épilepsie
<b>U</b>	Urinary and fecal disturbances (troubles urinaires et fécaux)	Rétention urinaire, fécalome
<b>M</b>	Myocardial and pulmonary disturbances (troubles cardiaques et pulmonaires)	Trouble du rythme cardiaque, pathologie ischémique, décompensation cardiaque/BPCO

(Adapté de réf. 15).

## CONCLUSION

La présence de troubles cognitifs ainsi qu'un antécédent d'ECA doivent nous stimuler à anticiper le risque de survenue/récidive d'ECA et à mettre en place les mesures préventives adaptées au profil de risque (facteurs prédisposants) de nos patients.

Si les ECA hyperactifs, avec agitation et troubles du comportement, sont généralement bien identifiés, les formes hypoactives, comme chez Mme T., peuvent passer inaperçues.

Le principe de prise en charge est d'abord de sensibiliser le patient et son entourage aux risques d'apparition d'un ECA, de mettre en place des mesures de prévention et de traiter tous les facteurs déclenchants potentiels (penser en particulier aux médicaments!). Les traitements symptomatiques sont réservés aux situations où les mesures préventives ont échoué et où l'agitation met le patient ou son entourage en danger.

Finalement, un bilan cognitif est recommandé dans l'année suivant l'épisode d'ECA au vu du lien entre la diminution des capacités cognitives et ECA.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'état confusionnel est fréquent chez le sujet âgé, tant à l'hôpital que dans la communauté
- Tout changement brusque de l'état cognitif doit faire penser à un état confusionnel aigu (ECA), surtout à sa forme hypoactive, souvent sous-diagnostiquée
- L'ECA se dépiste au moyen d'outils simples et rapides d'utilisation
- La prise en charge des patients à risque d'ECA est centrée sur les mesures non pharmacologiques de prévention, ainsi que l'identification et le traitement précoce des facteurs déclenchants
- Les traitements pharmacologiques (neuroleptiques) doivent être utilisés seulement en cas d'échec des mesures non médicamenteuses avec agitation extrême et mise en danger
- Un antécédent d'ECA doit être notifié au vu de la forte probabilité de récidive
- Un ECA doit faire suspecter une pathologie cognitive sous-jacente. Un bilan à distance est dès lors recommandé

1 \*\*Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in Elderly People. *Lancet* 2014;383:911-22.  
 2 Oh ES, Fong TG, Hsieh TT, Inouye SK. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA* 2017;318:1161-74.  
 3 Milstein A, Pollack A, Kleinman G, Barak Y. Confusion/Delirium Following Cataract Surgery: an Incidence Study of 1-Year Duration. *Int Psychogeriatr* 2002;14:301-6.  
 4 Dasgupta M, Brymer C. Prognosis of Delirium in Hospitalized Elderly: Worse than We Thought. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014;29:497-505.  
 5 \*\*Clegg A, Young JB. Which Medications to Avoid in People at Risk of

Delirium: a Systematic Review. *Age Ageing* 2011;40:23-9.  
 6 Oh ES, Needham DM, Wilson LM, Robinson KA, Neufeld KJ. Antipsychotics for Preventing Delirium in Hospitalized Adults. *Ann Intern Med* 2020;172:366.  
 7 Thanapluetiwong S, Ruangritchankul S, Sriwannopas O, et al. Efficacy of Quetiapine for Delirium Prevention in Hospitalized Older Medical Patients: a Randomized Double-Blind Controlled Trial. *BMC Geriatrics* 2021;21:215.  
 8 Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, et al. Nurses' Recognition of Delirium and Its Symptoms: Comparison of Nurse and Researcher Ratings. *Arch Intern Med* 2001;161:2467-73.  
 9 Wong CL, Holroyd-Leduc J, Simel DL,

Straus SE. Does This Patient Have Delirium?: Value of Bedside Instruments. *JAMA* 2010;304:779-86.  
 10 \*Marcantonio ER, Ngo LH, O'Connor M, 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;161:554-61.  
 11 Nikoie R, Neufeld KJ, Oh ES, et al. Antipsychotics for Treating Delirium in Hospitalized Adults: a Systematic Review. *Ann Intern Med* 2019;171:485-95.  
 12 Li Y, Ma J, Jin Y, et al. Benzodiazepines for Treatment of Patients with Delirium Excluding Those Who are Cared for in an Intensive Care Unit. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;epub

ahead of print.  
 13 Witlox J, Eurelings LSM, de Jonghe JFM, et al. Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization, and Dementia: a Meta-Analysis. *JAMA* 2010;304:443-51.  
 14 \*Hsieh TT, Saczynski J, Gou RY, et al. Trajectory of Functional Recovery After Postoperative Delirium in Elective Surgery. *Ann Surg* 2017;265:647-53.  
 15 Michaud L, Bula C, Berner A, et al. Delirium: Guidelines for General Hospitals. *J Psychosom Res* 2007;62:371-83.  
 \* à lire  
 \*\* à lire absolument