



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Céline FOLNY - STOJANOV

le 20 Mai 2014

SYNDROME CONFUSIONNEL EN SERVICE DE MEDECINE GERIATRIQUE AIGUE : FREINS ET LEVIERS A SA PRISE EN CHARGE

ENQUETE QUALITATIVE REALISEE PRES DE MEDECINS GERIATRES SUR
LE SECTEUR DE LA MOSELLE.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Athanase BENETOS

Président

Mme la Professeure Christine PERRET- GUILLAUME

Juge

Mme le Docteur Laure JOLY

Juge

M. le Docteur Noël BLETTNER

Juge et Directeur de

thèse

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine: Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Pédagogie » : Mme la Professeure Karine ANGIOI
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : Mme la Professeure Annick BARBAUD
Vice-Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Assesseurs

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle : « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques » « DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	M. Christophe NEMOS
- Vie Étudiante :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Étudiants :	M. Xavier LEMARIE

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGÉ - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX
Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE
Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX
Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET
Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET
Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT
Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET
Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Michel BOULANGE - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeure Michèle KESSLER
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON
Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Hubert
UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Michel
WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René
ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER - Professeure Marie-Christine BENE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétiq

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} Section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur Athanase BENETOS,
Professeur de Gériatrie et Biologie du Vieillissement,
Qui nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse.

Nous vous remercions de votre confiance et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.

Veillez recevoir le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Madame la Professeure Christine PERRET- GUILLAUME
Professeur de Gériatrie et Biologie du Vieillissement,
Qui nous faites l'honneur d'avoir accepté de siéger dans notre jury.
Nous espérons que sa lecture vous sera agréable et que vous y trouverez un certain
intérêt concernant la pratique de cette discipline si riche qu'est la gériatrie.
Veuillez trouver ici l'expression de nos remerciements les plus sincères.

A notre Maître et Juge

Madame le Docteur Laure JOLY,
Maitre de Conférence des Universités, Praticien hospitalier en Gériatrie,
Qui avez accepté spontanément de siéger à notre jury de thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de nos remerciements les plus chaleureux.

A notre Juge et Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Noël BLETTNER

Praticien Hospitalier en Gériatrie,

Qui nous avez fait l'honneur de nous confier ce travail qui nous a permis d'enrichir nos connaissances et compétences gériatriques.

Vous nous avez transmis la persévérance, la rigueur, mais surtout le goût de la gériatrie, cette discipline si complexe mais combien passionnante. Vous nous permettez de nous épanouir dans votre service, avec confiance et bienveillance, depuis maintenant de nombreuses années. Nous espérons que ce travail répondra à vos attentes et désirons vous témoigner ici toute notre reconnaissance.

A tous les médecins ayant participé à cette étude,

Qui m'avez reçue avec chaleur et disponibilité, sans qui ce travail n'aurait pu être possible. Soyez assurés de ma reconnaissance.

A Sophie et Anne,

Je voulais vous remercier d'avoir accepté de participer à ce travail malgré vos emplois du temps bien chargés ! Vous m'avez vu débiter dans le service, je vous souhaite de nombreuses années côte à côte.

Aux médecins et équipes paramédicales que j'ai eu la chance de rencontrer tout au long de mon cursus et qui m'ont transmis l'amour de ce métier.

Et aussi,

A mes parents,

Qui m'avez permise de faire les études que j'avais choisies depuis déjà bien longtemps. Vous m'avez soutenue sans condition, et m'avez transmis l'envie : l'envie d'aller de l'avant, l'envie d'aimer les autres et la vie. Je sais les sacrifices que vous avez dû faire et j'espère que vous pourrez être fiers de votre fille.

A mon frère et à ma sœur

Vous savez à quel point vous restez pour moi un modèle de réussite, professionnelle et familiale. Je vous dois tant d'encouragements pendant toutes ces années d'étude. Je sais que malgré la distance nous avons toujours trouvé le temps de partager nos vies. Merci pour tout ce que vous êtes et m'apportez.

A Alex,

Pour ton soutien, ta patience, ta douceur et ton amour depuis tant d'années. Je sais que nos projets vont prendre vie. Merci pour tout ce que tu es.

A Romain,

Je sais que ce travail te vole de nombreuses heures aux côtés de ta maman, tu restes mon plus beau cadeau.

A ceux qui sont partis trop tôt, je sais qu'ils seraient fiers.

A mes amis,

Audrey,

Pour ton écoute depuis tant d'années et pour tout ce que tu représentes. Tu m'as vu grandir, et me verras vieillir j'en suis sûre !

Elodie,

Pour ce parcours fait ensemble, tous ces moments de nos vies si importants partagés qui font qu'on ne se perdra pas.

Mathieu,

Pour ton soutien sans faille tout au long de ce travail, pour ton amitié si précieuse, pour le médecin que tu es, merci.

Emilie,

Je n'oublierai jamais ton aide et ta présence. Tes qualités médicales et humaines sont un exemple.

A toutes les rencontres que la gériatrie a pu m'offrir : Elodie T, Mathieu R., Anne-Laure N, Annelise. Nos échanges et nos fous rires me manqueront longtemps.

A Claire, Noémie, Pierre-Yves

Pour ces années de faculté qui nous ont unies, je sais que vous restez présents malgré nos chemins qui s'éloignent.

A mes amis de Metz, Thionville, Nancy, Belfort,

Je sais que nous partagerons de plus nombreux moments ensemble. Vous me rappelez régulièrement qu'il y a une vie à côté de l'hôpital et votre soutien a été et restera précieux.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CAM : Confusion Assesment Method

CES-D : Center for Epidemiologic Studies –Depression Scale

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

HAS : Haute Autorité de Santé

HELP :Hospital Elder Life Programm

IL :Interleukines

MMS : Mini Mental State

OR :Odds Ratio

P1-2-3-4-5-6-7 :Participants 1-2-3-4-5-6-7

PMSA : Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé

PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information

PSPH : Participant au Service Publique Hospitalier

SC : Syndrome confusionnel

SPCD : Symptômes Psychologiques et Comportementaux de la Démence

TNF : Facteur de Nécrose Tumorale

LISTE DES TABLEAUX

Figure 1	Théorie du vieillissement selon J.P. Bouchon
Tableau I	Facteurs de risque de la confusion
Tableau II	Impact des facteurs précipitants
Tableau III	Facteurs précipitants du SC
Tableau IV	Médicaments responsables de SC
Tableau V	Différence démence et confusion
Tableau VI	Programme HELP
Tableau VII	Forme abrégée de la CAM
Tableau VIII	Forme complète de la CAM
Tableau IX	Chiffres relatifs à la collecte des données
Tableau X	Origine des admissions en fonction du secteur hospitalier
Tableau XI	Mise en évidence des différents propos constituant de la définition
Tableau XII	Evaluation des facteurs favorisant
Tableau XIII	Evaluation des facteurs déclenchants
Tableau XIV	Outils utilisés
Tableau XV	Données relatives au traitement
Tableau XVI	Evaluation de la prise en charge du patient confus
Tableau XVII	Facteurs facilitant la prise en charge du patient confus
Tableau XVIII	Proposition d'amélioration de prise en charge
Tableau XIX	Motif de recours à l'EMG
Tableau XX	Motif d'hospitalisation du sujet âgé
Tableau XXI	Proposition de formation infirmière

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Première partie

LE SYNDROME CONFUSIONNEL : UNE PATHOLOGIE FREQUENTE MAIS MAL REPEREE.

1. 1 GENERALITES

- 1.1.1 *Historique***
- 1.1.2 *Définition***
- 1.1.3 *Physiopathologie***

1. 2 UN SYNDROME GERIATRIQUE

- 1.2.1 *La confusion : un modèle de pathologie en cascade***
- 1.2.2 *Facteurs de risque de la confusion***
- 1.2.3 *L'évaluation gériatrique standardisée ou comment repérer le patient âgé fragile***
- 1.2.4 *Les facteurs précipitants***

1.3 LA CONFUSION : UN SYNDROME SOUS-DIAGNOSTIQUE AUX LOURDES CONSEQUENCES

- 1.3.1 *Un diagnostic clinique***
- 1.3.2 *Confusion et démence***
- 1.3.3 *Prise en charge thérapeutique et pronostic***
- 1.3.4 *Outil diagnostic***
- 1.3.5 *Une épidémiologie témoignant des difficultés diagnostiques***

Deuxième partie : ETUDE

2.1 MATERIEL ET METHODE

- 2.1.1 *Choix de la méthode***
- 2.1.2 *Population***
- 2.1.3 *Déroulement des entretiens et rédaction du questionnaire***
- 2.1.4 *Collecte des données***

2.2 RESULTATS

2.2.1 Caractéristiques générales de la population

2.2.2 La définition

2.2.3 Les facteurs favorisants

2.2.4 Les facteurs déclenchants

2.2.5 Le diagnostic

2.2.6 Les traitements

2.2.7 Le ressenti face à la prise en charge du patient confus

2.2.8 Propositions d'amélioration

Troisième partie : DISCUSSION

3.1 CONCERNANT LA METHODOLOGIE

3.1.1 Choix de la méthode

3.1.2 Choix et caractéristiques de la population étudiée

3.2 CONCERNANT LES REPOSES DES PARTICIPANTS

3.2.1 Au sujet de la définition du syndrome confusionnel et de son diagnostic

3.2.2 Au sujet des facteurs prédisposant et déclenchant de la confusion

3.2.3 Au sujet de la prise en charge

3.2.4 Au sujet du ressenti vis-à-vis de la prise en charge de la confusion

3.3 PROPOSITION D'ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION

La confusion ou syndrome confusionnel est définie dans le DSM -5 comme un trouble de l'attention et de la conscience d'apparition brutale, fluctuante et pouvant avoir des étiologies multiples. Elle représente souvent les conséquences d'une pathologie médicale aiguë intervenant sur un terrain favorisant. Ses conséquences en terme de morbi-mortalité et perte d'autonomie font d'elle une urgence gériatrique justifiant une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

Celle-ci aura pour but d'une part, de mettre en place des mesures thérapeutiques médicamenteuses ou non et d'en assurer la surveillance et d'autre part, d'adopter une démarche préventive en dépistant le sujet âgé fragile et en proposant une stratégie de prise en charge adaptée à ce dernier.

La confusion est souvent décrite dans la littérature comme la complication la plus fréquente des hospitalisations chez le sujet âgé. Cependant, la variabilité d'incidence que l'on retrouve dans ces écrits reflète à la fois les difficultés de reconnaissance du syndrome confusionnel malgré l'existence d'outils diagnostics déjà validés et les difficultés de prise en charge qui en découlent.

Nous nous sommes donc intéressés au travers d'une étude qualitative par entretien semi-dirigé au ressenti de médecins gériatres et infirmières de Moselle quant au diagnostic et à la prise en charge du syndrome confusionnel dans des services de médecine gériatrique aiguë afin de cerner les difficultés rencontrées. Notre étude a pour objectif de proposer des pistes d'amélioration de prise en charge.

Première partie

LE SYNDROME CONFUSIONNEL

UNE PATHOLOGIE FREQUENTE MAIS MAL REPEREE

1.1 GENERALITES

1.1.1 *Historique*

Le délirium est une entité pathologique décrite dès les premiers siècles de notre ère. Ainsi, Celse, philosophe romain le décrivait comme le passage fréquent de la *phrenitis* correspondant à une agitation du corps et de l'esprit à la *léthargie* c'est-à-dire un état d'apathie, de somnolence, d'émoussement des perceptions et de perte de la mémoire. Il distinguera également le *delirium*, «une folie aiguë et fébrile» d'un tableau proche « non fébrile», la *dementia continua* ou démence sénile. La « fièvre » et l'acuité du tableau resteront longtemps les critères majeurs de distinction entre ces deux entités(1). Il est intéressant de noter que la littérature anglo-saxonne a conservé le terme *delirium* pour désigner une confusion. Si l'on s'intéresse à l'étymologie du mot *delirium*, il signifie en latin « sortir du sillon » (2).

Hippocrate avait repris le terme *phrenitis* pour désigner cette perturbation mentale aiguë caractérisée par l'excitation et l'insomnie. Il y associe des troubles de la pensée, de l'humeur et de l'action en rapport avec des maladies somatiques, des intervalles lucides, des exacerbations nocturnes, et des hallucinations visuelles et autres divagations de l'esprit (2).

Au second siècle après J.C, Arétée de Cappadoce oppose les troubles psychiques aiguës et chroniques. Le délirium est défini comme un phénomène transitoire que l'on différencie de la démence sénile ou ce que l'on appelle alors, la « seconde enfance » (1).

Au 17^{ème} siècle, Thomas Willis, neuroanatomiste et neurophysiologiste utilisera le terme de *delirium* pour définir des états délirants en association à des infections ou des intoxications. Dans son traité «*De anima brutorum*», il considère le syndrome confusionnel comme un symptôme d'une pathologie sous-jacente et discute l'étiologie du syndrome confusionnel (3).

En 1814, Esquirol en approfondissant le travail de Pinel introduit la notion de curabilité, de caractère transitoire au syndrome confusionnel. Il préfère le terme de «démence aiguë», comme un état pouvant survenir à la suite d'écart passager de régime, d'une fièvre, d'une métastase, d'une hémorragie ou de la suppression d'une évacuation habituelle. On la guérit facilement à l'aide de tonique et autres frictions voire en rétablissant l'évacuation supprimée (4).

En France, le terme de confusion est introduit dans la nosographie psychiatrique au XIX^{ème} siècle par Delasiauve(5), pionnier de la pédopsychiatrie. Il la décrit comme une « incoordination et un ralentissement des idées qui donnent au malade l'aspect de la stupidité ou de la stupeur et qui peuvent être accompagnés d'hallucinations».

Il différencie la confusion de la mélancolie et donnera une description des idées oniriques. Cependant ce sont les théories de Baillarger avec le concept de «stupidité» qui prédomineront jusqu'à ce que le Dr Philippe Chaslin, reconnu pour ses travaux sur la schizophrénie, impose en 1895 le concept de confusion.

Dans son ouvrage intitulé *La confusion mentale primitive : stupidité, démence aigue, stupeur primitive (1895)*(6), il différencie la confusion mentale primitive idiopathique de la confusion mentale primitive symptomatique. Il décrit donc la confusion comme une affection aigue consécutive à l'action d'une cause appréciable -en général une infection- qui se caractérise par des phénomènes somatiques, mentaux et de dénutrition.

Il insiste notamment sur les syndromes somatiques comme ayant un rôle prépondérant dans l'évolution de la confusion avec le caractère impératif du traitement de l'affection causale.

En 1954, Henri Ey enrichit l'étiologie de la confusion en reconsidérant le caractère purement toxi-infectieux du syndrome confusionnel en lui restituant une place dans la classification des psychoses aiguës (7).

Le syndrome confusionnel apparaît dans la nomenclature médicale au début des années 1980. Le DSM-III, manuel de référence des troubles psychiatriques spécifiques, créé par l'association américaine de psychiatrie établira ses critères diagnostiques. Ceux-ci seront révisés à plusieurs reprises. La dernière révision date de mai 2013 avec le DSM-5(8).

Il est plus difficile, de nos jours, de citer des noms d'auteurs car les travaux en équipe et les travaux collaboratifs sont plus courants. On peut tout de même citer quelques scientifiques qui produisent des travaux essentiels dans le domaine du syndrome confusionnel comme Inouye SK, Mc Cusker MC, Pancrazi MP, ou Marcantonio ER.

L'historique du syndrome confusionnel met en lumière toute la complexité avec laquelle s'est construite la définition de syndrome confusionnel pour aboutir au concept actuel. Il montre aussi toute la difficulté à appréhender un état pathologique avec des manifestations somatiques et mentales.

La grande difficulté que les auteurs ont eu à construire le concept de confusion mentale en opposition aux principaux diagnostics différentiels se retrouve quotidiennement dans notre pratique courante comme des difficultés à établir un diagnostic positif.

1.1.2 Définition

La confusion est un état aigu de troubles de l'attention et des capacités cognitives, conséquence directe d'une affection médicale, d'un sevrage médicamenteux ou d'une intoxication. Les troubles se développent sur une courte période et fluctuent au cours du temps.

Il s'agit d'un état transitionnel et réversible.

Le diagnostic est clinique.

La totalité des éléments de la définition a son importance.

Ainsi les critères diagnostiques de la DSM-5(8) sont les suivants :

- A. Trouble de l'attention (capacité réduite à diriger, à se concentrer, à soutenir, et mobiliser son attention) et de la conscience (vigilance réduite à l'environnement).
- B. Les troubles se développent sur une courte période de temps (habituellement quelques heures à quelques jours), représente un changement par rapport à l'attention et l'état de conscience habituels, et tend à fluctuer en gravité au cours d'une journée.
- C. Une perturbation dans la cognition (trouble de la mémoire, désorientation, trouble du langage, capacité visuo-spatiale, ou perception).
- D. Les perturbations relevées par les critères A et C ne sont pas expliquées par un trouble neurocognitif préexistant, établi ou évolutif. Ces perturbations ne se produisent pas dans un contexte d'un niveau d'éveil fortement réduit, comme un coma.
- E. Il existe des preuves d'après les antécédents, l'examen physique, ou les résultats de laboratoire que les perturbations sont une conséquence physiologique directe d'une cause médicale organique, d'une intoxication ou d'un sevrage (abus de médicaments ou défaut de médicaments), ou l'exposition à une substance toxique, ou à des étiologies multiples.

Ces critères sont relativement identiques à ceux du DSM IV-TR mais le DSM-5 introduit une notion nouvelle. Il convient désormais de spécifier les éléments suivants dans le cadre d'une confusion :

- Aiguë : une durée de quelques heures ou quelques jours.
- Persistant : une durée en semaines ou en mois.
- Confusion hyperactive : l'individu a un niveau élevé d'activité psychomotrice qui peut être accompagné par des changements d'humeur, une agitation, et/ou un refus de coopérer aux soins médicaux.
- Confusion hypoactive: l'individu a un niveau réduit d'activité psychomotrice qui peut être accompagnée par un ralentissement, une léthargie proche de la stupeur

1.1.3 Physiopathologie

La physiopathologie reste mal connue. Mais il semblerait que certains effets soient liés à la défaillance ou l'hyperactivité de certains neuromédiateurs. Cette perturbation de la neurotransmission pourrait être secondaire au stress, à un état inflammatoire ou à l'effet de certains traitements(9). Le système cholinergique semble être impliqué ou plus particulièrement un déséquilibre de la balance cholinergique-catécholaminergique. Une carence en acétylcholine pourrait en effet être à l'origine d'une confusion. L'acétylcholine est le neurotransmetteur impliqué dans les activités cognitives(10) : l'analyse et le stockage de l'information, l'apprentissage, la mémoire à court terme et le maintien de l'attention. Toute perturbation de ce système chez le sujet âgé est capable d'induire un syndrome confusionnel, notamment si des troubles cognitifs préexistent. Cette hypothèse, bien que non exclusive, est l'une des plus séduisante et explique le rôle des traitements anticholinergiques dans la genèse du délirium(11) et le possible bénéfice des anticholinestérasiques dans la prise en charge des syndromes confusionnels iatrogènes(12).

L'hypertension, l'hypersudation, la tachycardie, l'excitation sont autant de signes cliniques adrénergiques présentés par le patient confus et résultant du déséquilibre de la balance acétylcholine/noradrénaline.

D'autres neurotransmetteurs comme la dopamine sont impliqués(13). Ainsi la dopathérapie dans le traitement de la maladie de parkinson peut être confusiogène.

A l'inverse certains traitements psychotropes anti-dopaminergiques peuvent être utilisés dans le traitement du délirium(14).

Dans les états inflammatoires, la libération des cytokines(15)(16), de certaines interleukines (IL-1, IL-2, IL-6), du facteur de nécrose tumorale (TNF) et de l'interféron gamma interfère avec la production centrale d'acétylcholine mais aussi de dopamine, norépinéphrine et de sérotonine(17). Leur libération augmente la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique et perturbent donc la neurotransmission. Les cytokines ont également un effet neurotoxique direct(18). Ainsi, certaines études réalisées en milieu chirurgical ont montré un lien significatif entre le taux d'interleukine 6 et la survenue d'une confusion(19).

Le stress, l'hypoglycémie ou l'ischémie interfèrent également avec la synthèse des neurotransmetteurs précédemment cités et fortement impliqués dans les capacités cognitives et attentionnelles des patients.

Le métabolisme du cortisol pourrait également expliquer le maintien de certains états confusionnels dans des situations de stress.

Chez les patients âgés, le rétrocontrôle des niveaux de cortisol est altéré, ce qui aboutit à des niveaux de base du cortisol plus élevés exposant les patients âgés à des syndromes confusionnels persistants.

Plusieurs études ont montré des niveaux élevés de cortisol chez les patients qui ont développé une confusion mentale postopératoire (20)(21). D'autres études ont montré que les tests de freination corticotrope à la dexaméthasone aboutissent à une dysrégulation du cortisol, avec des taux anormalement élevés de cortisol chez les patients confus (22).

L'ensemble de ces mécanismes est probablement intriqué.

Sur le plan anatomique, les progrès de l'imagerie permettent de mieux cerner les régions cérébrales impliquées dans la confusion. Ainsi les études basées sur l'imagerie fonctionnelles couplées à celle de neuropsychologie montrent une atteinte cérébrale diffuse à la fois corticale et sous-corticale(23)(24). On retrouve par ailleurs fréquemment chez les patients confus une atrophie du cortex pré-frontal, temporo-pariétal et du thalamus(25). Les données du Pet-scan retrouvent une hypoperfusion de ces mêmes régions dans 50% des cas.

Sont également observées une dilatation ventriculaire et une leucoaraiose(26). Les enregistrements electro-encéphalographiques retrouvent un ralentissement diffus de l'activité cérébrale mais une latéralisation prédominante dans l'hémisphère mineur(27).

Malheureusement, les études aussi bien biologiques qu'en imagerie fonctionnelle restent rares et proposent des résultats parfois discordants, attestant de toute la complexité de cette entité pathologique(28).

Il semble au final que toutes les régions cérébrales puissent être impliquées dans le syndrome confusionnel et pas une seule en particulier.

On regrette toutefois que d'autres techniques d'imageries neuro-fonctionnelles n'aient pas été utilisées dans l'exploration des mécanismes qui sous-tendent le processus confusionnel.

On peut citer les nouvelles techniques fonctionnelles d'imagerie par résonance magnétique (IRM) avec analyse volumétrique pour définir des niveaux-seuil d'atrophie qui prédisposent à la confusion.

On citera également les analyses tractographiques par IRM avec imagerie du tenseur de diffusion qui offrent une estimation des connexions neuronales et des faisceaux interconnectant les différentes aires cérébrales au cours du processus confusionnel.

On pourrait également envisager d'utiliser de nouveaux marqueurs cholinergiques et dopaminergiques dans les techniques par tomographie SPECT (29).

1.2 UN SYNDROME GERIATRIQUE

1.2.1 La confusion un modèle de pathologie en cascade

Inouye définit le délirium comme étant la résultante d'une interaction complexe entre un patient vulnérable ayant des facteurs prédisposant à la confusion et l'exposition à des facteurs précipitants(30).

Mais bien que le syndrome confusionnel soit extrêmement fréquent dans la population des personnes âgées, le vieillissement ne doit pas être considéré comme un critère de vulnérabilité en tant que tel.

Par contre, la fragilité est définie comme « une diminution de l'homéostasie et de la réponse au stress augmentant la vulnérabilité et les risques d'effets néfastes tels que la progression d'une maladie, les chutes, les incapacités ou la mort prématurée par la baisse des réserves fonctionnelles ». Elle est l'aboutissement d'une interaction complexe entre les capacités et les déficits d'un même individu, le conduisant au déclin dans un ou plusieurs domaines de fonctionnement physique, psychique et/ou social par épuisement de ses réserves physiologiques.

Ainsi, ce concept ne se réduit pas à la poly-pathologie, à la perte d'autonomie ni au vieillissement. Les personnes âgées représentent un groupe fondamentalement hétérogène vis à vis de la santé. Ce concept de fragilité permet de mieux saisir cette hétérogénéité. Il s'agit d'un état de susceptibilité à l'agression qui explique que pour un événement de santé identique, malgré une prise en charge identique et un état de santé initial apparemment proche, des individus auront un devenir différent(31).

La sénescence prédispose à la fragilité qui peut être considérée comme une variante pathologique du vieillissement, mais toute personne âgée n'est pas à considérer comme fragile. L'évaluation gériatrique standardisée a pour principal objectif de dépister ces sujets dits fragile.

De manière très schématique, on peut distinguer trois phases :

- le stade de pré-fragilité, silencieux : les réserves physiologiques du patient bien que décroissantes lui permettent de s'adapter aux différents stress.
- le stade d'état : l'état des réserves est responsable d'une récupération plus lente et souvent incomplète à la suite d'une agression.
- le stade des complications : les réserves physiologiques du patient sont totalement épuisées et le moindre stress s'exprime de manière pathologique.

L'association des facteurs favorisant correspondant principalement aux comorbidités du patient et des facteurs de décompensation fait du syndrome confusionnel un véritable modèle syndromique gériatrique. La confusion est en effet un excellent exemple de la fragilité des sujets âgés et de la pathologie en cascade conforme au modèle décrit par Bouchon(32).

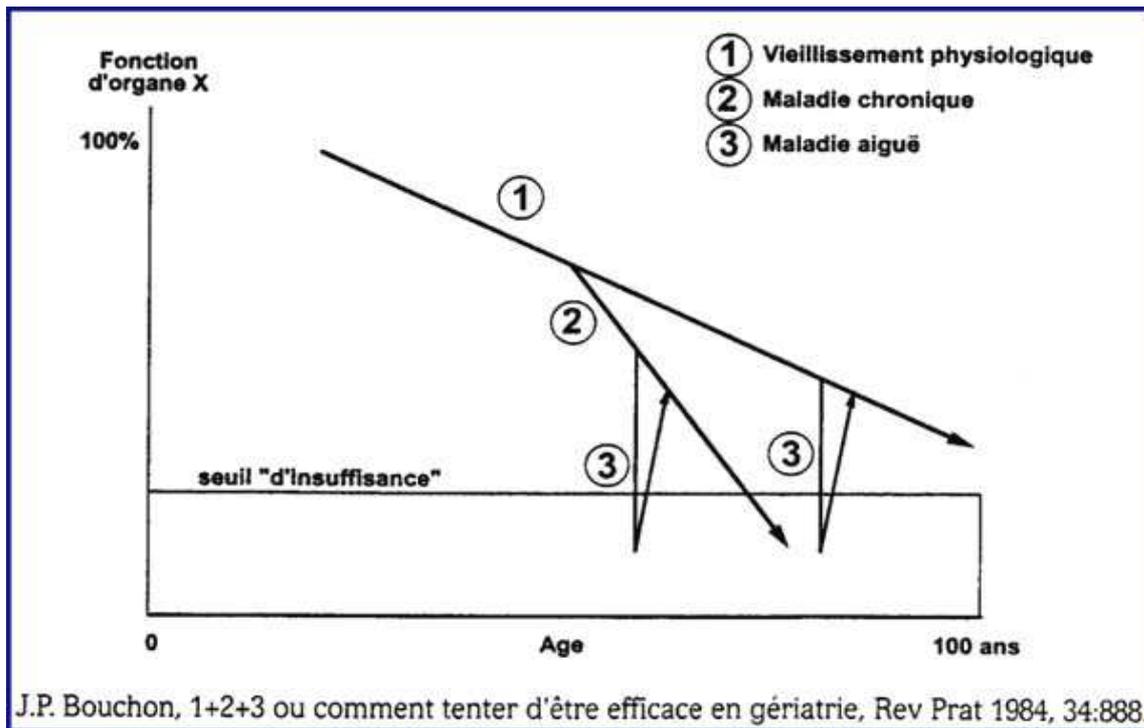


Figure1 - Théorie du vieillissement selon J.P. Bouchon

1.2. 2 Facteurs de risques de la confusion

Les facteurs prédisposant au syndrome confusionnel sont maintenant bien connus. Certains sont modifiables et donc accessibles à des mesures de prévention, d'autres non mais leur connaissance permet cependant d'être plus vigilant à la survenue d'un tel trouble.(33)(34)

Facteurs non modifiables	Facteurs modifiables
Age > 65 ans OR=3,7 > 80 ans	Immobilisation (voies veineuses, sonde urinaire, contentions...)
Sexe masculin	Faible activité physique
Déficit cognitif préexistant	Déficit sensoriel
Antécédents de confusion	Soins palliatifs
Syndrome dépressif	Polymédication (>6 médicaments, ajout de plus de 3 traitements en cours d'hospitalisation ou de plus de 2 traitements psychoactifs)
Dépendance fonctionnelle	Environnement
Comorbidités multiples	Douleur non soulagée
Antécédents de chutes	Déficit en sommeil

Tableau I : Facteurs de risque de la confusion

Pour Inouye, quatre facteurs sont prédictifs de la survenue d'un syndrome confusionnel(35) :

- le déficit visuel
- la sévérité de la pathologie intercurrente
- un rapport urée/créatinine plasmatique élevé
- le déclin cognitif.

Ceci permet de définir trois groupes à risque différent.

- ✓ Groupe 1 : faible risque (aucun des 4 facteurs)
- ✓ Groupe 2 : risque intermédiaire (1-2 facteurs)
- ✓ Groupe 3 : risque élevé (≥ 3 facteurs).

Dans son étude, l'incidence du délirium était de 9,23% dans le premier groupe versus 83% dans le groupe à risque élevé. A partir de trois facteurs prédisposant, les patients sont considérés à risque élevé de syndrome confusionnel avec un risque relatif de 9,2.

Il est intéressant de noter que les facteurs prédisposant au syndrome confusionnel et les facteurs de fragilité gériatrique sont en partie les mêmes. Dépister un patient fragile permet donc d'avoir une vigilance accrue quant au terrain favorisant l'apparition d'un syndrome confusionnel, lui-même entretenant ce mécanisme de fragilité.

1.2.3 L'évaluation gériatrique standardisée ou comment repérer le patient âgé fragile.

Savoir reconnaître le patient âgé fragile est un préalable à toute prise en charge gériatrique. On estime que 10 à 20% des sujets de 65 ans ou plus et 46% des sujets âgés de 85 ans et plus sont fragiles (36). Le diagnostic doit être le plus précoce possible. En effet, la prévention n'est pleinement efficace qu'au stade de pré-fragilité lorsque les pertes adaptatives du patient sont restées sans conséquence pathologique.

La société américaine de gériatrie se propose d'utiliser cinq critères pour repérer un état fragile (37).

- une perte de poids involontaire : perte de 5 kgs sur les 12 derniers mois ou un IMC $< 18,5\text{kg/m}^2$
- l'épuisement en utilisant l'échelle de dépression CES-D
- le faible niveau d'activité physique apprécié par un questionnaire s'intéressant à neuf domaines d'activités parmi lesquels les activités de la vie quotidienne.
- la réduction de la vitesse de marche en évaluant le temps nécessaire pour parcourir 4,57m (15 pieds en pays anglo-saxon). Elle est particulièrement représentative du degré de fragilité et reste donc un bon marqueur prédictif de dépendance, déclin cognitif, d'entrée en institution, survenue de chute ou de mortalité.
- la diminution de la force de préhension.

Mais d'autres critères peuvent être utilisés. Ainsi, une revue de la littérature en 2010 s'était intéressée à la mise en évidence de ces dits critères. Etaient évoqués :

- le faible niveau d'activité physique
- le statut nutritionnel
- les difficultés de mobilisation, difficultés à la marche, la sarcopénie, l'ostéopénie
- l'état de fatigue
- l'altération des fonctions cognitives
- l'isolement socio-familial
- la fragilité thymique

Certains critères biologiques peuvent également être utilisés. Une étude observationnelle des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire chez les sujets âgés de 65 ans et plus, la *Cardiovascular Health Study*, menée sur 229 sujets fragiles et 2298 non fragiles – diagnostiqués comme tel selon les critères de Fried- a tenté de mettre en évidence ces biomarqueurs de fragilité gériatrique. Il existerait chez le patient fragile, une augmentation significative de la CRP, du fibrinogène, du facteur VII et des D-Dimères($p < 0.001$)(38).

Il est également admis que la dégradation des capacités du système immunitaire, l'état inflammatoire chronique qui participe à l'immunosénescence et donc à l'augmentation de la fréquence des maladies infectieuses, la plus grande sensibilité aux infections nosocomiales et à une moindre réponse vaccinale, les perturbations endocriniennes (hormone de croissance, carence en vitamine D), certains troubles métaboliques comme l'insulino-résistance et la diminution du cholestérol dans le contexte de malnutrition, et un état pro-coagulant sont autant de facteurs impliqués dans le processus de fragilité et pouvant aider au repérage(39).

Il existe en réalité une multitude d'outils pour dépister cet état fragile.

Dans une étude menée à Rennes dans un service de médecine gériatrique aiguë, il était retrouvé que les patients confus étaient globalement plus fragiles. (score Winograd 4,98 chez patient confus versus 4,04 chez les patients indemnes de trouble neurocognitif)(40). Mais malheureusement, l'évaluation de la fragilité n'est toujours pas standardisée et le repérage n'est donc pas toujours aisé.

Pour le sujet âgé fragile dont les ressources physiologiques sont amoindries et aux comorbidités multiples, la moindre agression peut entraîner la survenue d'une confusion. L'exposition à un seul facteur précipitant peut suffire.

La connaissance de ces facteurs permet de corriger rapidement les causes médicales et d'éviter les situations confusiogènes.

1.2.4 Les facteurs précipitants

Le DSM-5 distingue les confusions secondaires à une maladie générale, celles liées à une substance ou à un sevrage et celle liée à des étiologies multiples.

Affection médicale aigue	OR 3,8
Introduction médicamenteuse, surdosage	OR 1,5
Troubles métaboliques	OR 2,2
Contention physique	OR 4,4
Sonde vésicale	OR 2,4

Tableau II : Impact des facteurs précipitants

Ces différents facteurs ont un effet cumulatif.

Dans les affections médicales aiguës, on retrouve :

INFECTIEUX	- pneumonie - infection urinaire - méningite, encéphalite, - autre infection
IATROGENIQUE	- effet indésirable médicamenteux - sevrage benzodiazépines, autres psychotropes et opiacés
CARDIOVASCULAIRE	- syndrome coronarien aigue - trouble du rythme ou de la conduction - embolie pulmonaire - état de choc
NEUROLOGIQUE	- AVC - hémorragie méningée - épilepsie - HSD, traumatisme crânien - encéphalopathie métabolique
METABOLIQUE, ENDOCRINIEN	- hypoglycémie - dysnatrémie - déshydratation, hypercalcémie, - hypoxie, - insuffisance rénale aigue
PSYCHIATRIQUE, PSYCHOLOGIQUE	- deuil, dépression, changement de repères
GENERAUX	- anesthésie générale, - douleur aigue, - rétention aigue d'urines, - fécalome, - traumatisme, - contention , - privation sensorielle et/ou de sommeil aigue
TOXIQUE	- intoxication /sevrage éthylique - intoxication au CO

Tableau III : Facteurs précipitants du SC

Certes, la confusion est souvent multifactorielle et il est difficile d'attribuer sa survenue à un traitement en particulier. Mais certaines thérapeutiques sont plus susceptibles que d'autres d'entraîner une confusion et des connaissances en pharmacologie clinique permettent d'identifier rapidement ces molécules à risque.

L'HAS et le collège professionnel des gériatres de France ont mis en œuvre entre 2006 et 2013, un programme pilote appelé «Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé» (PMSA) et qui propose aux praticiens des outils leur permettant d'améliorer leurs pratiques professionnelles en terme de prescription médicamenteuse. Il propose de distinguer les substances susceptibles d'entraîner une confusion même à faible posologie et les traitements qui vont nécessiter une association à d'autres facteurs pour aboutir au délirium.

Une étude anglophone publiée en 2005 et relative à une revue de la littérature concernant les confusions médicamenteuses concluait que la classe des anticholinergiques était la plus souvent incriminée. D'autres classes médicamenteuses peuvent aussi être incriminées(41).

Cardio-vasculaires	Digoxine Dipyridamole Dinitrate d'isosorbide- Warfarine Furosémide Nifédipine Captopril Antiarythmique IA Amiodarone
Gastro-intestinales	Inhibiteurs de pompe à protons
Antispasmodiques urinaires	Oxybutinine
Psychotropes	Antidépresseurs tricycliques Antiparkinsoniens dopaminergique Neuroleptiques Antiépileptiques Benzodiazépines et apparentés
Antalgiques	Morphine Codéine Tramadol Oxycodone
Corticoïdes	A forte dose
Antibiotiques	Fluoroquinolones

Tableau IV : Médicaments responsables de SC

Comme nous l'avons vu, les facteurs favorisants peuvent aller d'un événement d'apparence banal et peu grave (fécalome, rétention aiguë d'urines, etc.) jusqu'à des pathologies sévères engageant en elle-même le pronostic vital du patient (infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, etc.). Plus le facteur déclenchant apparaît « faible », plus la recherche d'une pathologie favorisante altérant le fonctionnement cognitif devra être poussée (42). Ainsi, les syndromes démentiels font partie de ces affections facilitant la survenue d'une confusion.

1.3 LA CONFUSION

UN SYNDROME SOUS-DIAGNOSTIQUE AUX LOURDES CONSEQUENCES

1.3.1 Un diagnostic clinique

Le syndrome confusionnel se définit par un désordre global, transitoire et brutal des fonctions supérieures.

Le diagnostic est clinique. Il peut toutefois s'avérer être compliqué du fait d'une sémiologie très riche.

Le début est soudain : les troubles peuvent s'installer en quelques heures ou quelques jours. Il s'agit d'une rupture par rapport à l'état antérieur du patient. L'interrogatoire de l'entourage a donc une place primordiale.

Il existe des *difficultés attentionnelles*. Elles sont caractérisées par l'incapacité à maintenir son attention sur le sujet ou par le fait de passer d'un sujet à l'autre. Le discours du patient est souvent décousu, ce dernier étant souvent distrait par des stimuli extérieurs. Conséquence de ce défaut d'attention, une désorientation temporo-spatiale ou des troubles mnésiques portant sur les faits récents sont fréquemment rencontrés.

Les troubles de la vigilance s'expriment par une diminution de la perception de soi, une modification de la réactivité, une obnubilation. La présence ou non de ces troubles permet de distinguer les trois formes cliniques de confusion.

- forme hypoactive la plus fréquente mais probablement la moins diagnostiquée, caractérisée par une obnubilation, une apathie
- forme hyperactive, plus facilement reconnue car mobilisant de façon plus active le personnel. Il s'agit d'une forme marquée par une agitation, des hallucinations, des perceptions sensorielles erronées
- forme mixte avec une alternance des deux formes précédentes.

L'évolution est *fluctuante* sur plusieurs jours et au cours du nyctémère.

Les troubles de l'activité motrice varient en fonction de la forme hypo ou hyperactive. Une agitation avec agressivité ou l'apparition de stéréotypies sont possibles dans les formes hyperactives (lissage des draps, déambulation).

On retrouve l'ensemble de ces manifestations dans les critères DSM-5(8).

Une fois reconnu, la mise en place d'une démarche étiologique s'impose.

Comme dit précédemment l'interrogatoire de l'entourage est primordial.

Il faut également s'astreindre à recréer l'historique médicamenteux des dernières semaines (les traitements arrêtés ou ceux nouvellement introduits pouvant être

responsables d'un sevrage). On recherche des facteurs favorisants chez la personne ; l'état cognitif antérieur, et les possibles facteurs précipitants comme l'utilisation de contention, le sondage vésical...

Les examens complémentaires orientés par la clinique contribuent à la recherche étiologique. L'HAS recommande les examens suivants (43)(44)

- Bandelette urinaire +/-ECBU
- NFS-plaquettes, ionogramme sanguin, calcémie, fonction rénale, glycémie, albuminémie, bilan hépatique, TSH
- hémocultures si besoin
- ECG
- Radiographie thoracique

L'électroencéphalogramme et la ponction lombaire sont des examens de seconde intention.

Le scanner cérébral est l'examen d'imagerie cérébrale le plus accessible et donc le plus demandé. Il sera donc réalisé en priorité devant un syndrome confusionnel et d'autant plus devant des signes de focalisation neurologique, un traumatisme crânien, des signes d'encéphalite ou devant l'absence de cause retrouvée à la confusion. Toutefois un grand nombre de diagnostics échappent au scanner et l'IRM doit être préférée dès que possible.

Ce diagnostic reste toutefois complexe. Les signes de l'affection causale étant souvent au premier plan du tableau clinique masquant ceux de la confusion.

Par ailleurs, il convient d'éliminer les diagnostics différentiels et notamment les troubles neurocognitifs devant l'apparition ou la majoration de troubles cognitifs de la personne âgée. Ceux-ci ont souvent le même substratum que la confusion. Le déficit cholinergique semble être le lien entre ces deux entités. La distinction n'est donc pas toujours aisée

1.3.2 Confusion et démence

Les frontières existantes entre le syndrome démentiel, appelé depuis le DSM 5 trouble neurocognitif majeur et mineur, et le syndrome confusionnel sont extrêmement tenues. La confusion n'est pas seulement un diagnostic différentiel de la démence mais peut être un mode d'entrée dans la pathologie démentielle.

Le syndrome confusionnel peut en effet révéler une pathologie démentielle méconnue mais également une phase prodromale de démence. La question n'est donc pas seulement de savoir s'il s'agit d'un syndrome confusionnel ou d'un syndrome démentiel mais de s'assurer que la survenue d'un syndrome confusionnel ne signe pas l'entrée dans une pathologie démentielle préexistante ou non.

Cela justifie pleinement la pratique d'un bilan cognitif complet à distance de l'épisode aigu afin de détecter le plus précocement possible un syndrome démentiel débutant.

Plusieurs études ont mis en évidence qu'il existait un continuum entre ces deux entités. Le syndrome confusionnel constitue en quelques sortes un facteur de risque de développer une démence dans les mois ou années à venir(45).

Enfin, nous savons que l'existence de troubles cognitifs est un facteur favorisant la survenue d'une confusion. Ainsi, l'équipe d'Inouye rapporte que 2/3 des cas de délirium surviennent chez des patients déments(35). Ces chiffres peuvent être en partie expliqués

par la physiopathologie proche mais également l'utilisation de certaines classes médicamenteuses chez les patients déments. En effet, une étude grecque(46)s'est intéressée à l'influence du traitement de certains patients atteints de la maladie d'Alzheimer sur l'évolution de celle-ci. Le risque de détérioration cognitive était plus fréquent chez les patients sous neuroleptiques ou sédatifs versus patients sans traitement (OR 2,7).

Bien qu'il soit parfois délicat de repérer un syndrome confusionnel chez un patient dément d'autant plus qu'il existait des troubles du comportement auparavant, la prise en charge reste urgente. Le bilan étiologique et le traitement restent de mise.

Par contre, l'indication d'hospitalisation d'un patient dément confus reste délicate. Le bénéfice attendu est à mesurer face aux effets délétères par les effets toxiques connus d'une hospitalisation .

Délirium	Démence
Début brutal	Début insidieux, progressif
Date de début connue	Date de début imprécise
Réversible	Evolution progressive
Durée en heures, en jours	Durée en années
Fluctuations (min, h, jour)	Bons ou mauvais jours
Niveau de conscience anormal, troubles de l'attention	Niveau de conscience normal, pas de trouble de l'attention
Perturbation cycles veille/sommeil	Problèmes nocturnes fréquents
Désorientation variable	Désorientation
Hallucinations fréquentes	Hallucinations rares

Tableau V : Différence démence et confusion

1.3. 3 *Prise en charge thérapeutique et pronostic*

Le syndrome confusionnel est une urgence gériatrique. Après avoir établi le diagnostic de SC et reconnu les facteurs favorisants et précipitants sur lesquels il est possible d'agir, il est nécessaire de traiter le facteur causal.

Concernant la prise en charge spécifique du syndrome confusionnel, les mesures non médicamenteuses sont à privilégier.

1.3.3 1 Mesures non médicamenteuses

L'HAS préconise leur mise en place rapide.

Ces mesures ont été définies dans un guideline publié en 2006 (47).

- luminosité appropriée, chambre au calme, respect des cycles jour / nuit
- rappeler les repères temporels (calendrier dans la chambre, horloge)
- s'assurer du port des appareillages auditifs et visuels
- continuité de l'équipe de soins, communication régulière avec l'équipe
- favoriser la mobilité
- prescription d'antalgique si besoin
- visite des proches et mise en place d'objets familiers dans la chambre, impliquer les aidants familiaux dans la prise en charge
- prévention de la déshydratation et de la dénutrition
- favoriser les bonnes conditions de sommeil. La prise de boissons chaudes le soir, une musique relaxante et la réalisation de massages permettraient selon certaines études la réduction d'utilisation de somnifères de 54% à 31%.
- limiter la prescription de psychotropes
- éviter autant que possible les transferts multiples, la contention physique, les traitements anti-cholinergiques, les cathéters.

La communication est un élément clef dans la gestion des troubles du comportement.

Il faut expliquer et réexpliquer au patient ce qui se passe, et faire de même avec les proches qui ont besoin d'être rassuré. Une ambiance calme et bien éclairée rassure le patient. Dans les formes neutres ou agitées, les stimulations doivent être relâchées et les programmes de soins et d'investigations allégés.

La contention doit être évitée au maximum. Elle ne doit être envisagée qu'après échec des autres mesures et en cas d'atteintes menaçantes de l'intégrité du patient ou de l'entourage. Représentant un soin à part entière, si sa prescription s'impose, elle exige au préalable la connaissance des risques liés à l'immobilisation, et une réévaluation régulière.

Parfois la contention médicamenteuse voire la sédation est nécessaire comme cela est repris dans l'argumentaire de l'HAS. (44)

1.3.3 2 Mesures médicamenteuses

La classe la plus utilisée en cas d'agitation aiguë et après échec des mesures non médicamenteuses reste celle des neuroleptiques du fait de leur moindre effet anti-cholinergique. La prescription doit être de courte durée (24-48h) et la monothérapie s'impose.

En revanche, ces traitements n'auraient aucune place dans la prévention du syndrome confusionnel, comme en attestent les résultats suivants.

En effet, dans une étude récente, contrôlée, randomisée en double-aveugle contre placebo, un neuroleptique, l'halopéridol n'a pas montré sa supériorité par rapport à une solution saline isotonique dans la prévention de la confusion chez des patients hospitalisés d'âge moyen 67,9 ans (IC 95% 16,5). Les auteurs de l'étude ont inclus des patients pris en charge dans une unité de soins intensifs avec nécessité d'une ventilation mécanique dans les 72 heures suivant l'admission. Soixante et onze patients ont été

répartis au hasard pour recevoir 2,5 mg d'halopéridol par voie intraveineuse toutes les 8 heures et 70 patients ont reçu une solution saline à 0,9% aux mêmes intervalles. Dans les 14 jours suivant la randomisation, les patients du groupe halopéridol ont séjourné le même nombre de jours en soins intensifs sans manifestation délirante ni trouble de la vigilance (médiane de 5 jours) que les patients dans le groupe placebo (médiane de 6 jours). Le nombre médian de jours des patients confus était de 5 dans les deux groupes (48).

1.3.3 3 Prévention

Mais la meilleure action à entreprendre pour le SC reste sa prévention. L'incidence élevée de ce trouble, ses difficultés de reconnaissance et de traitement et le caractère évitable de plusieurs de ses facteurs favorisant le rendent idéal pour un programme de prévention. Une stratégie multidimensionnelle mise en place dès l'admission et calibrée en fonction des facteurs de risque permet de réduire de 40% l'incidence des syndromes confusionnels aigus et de réduire la durée et la sévérité de ceux qui surviennent malgré tout. Ces résultats peuvent être obtenus par la formation du personnel des unités de soins intensifs et de chirurgie orthopédique habituées aux patients gériatriques et à la gestion de la confusion aiguë.

Le programme *Hospital Elder Life Programm*(HELP) développé initialement dans les années 1980 est basé sur le repérage de six facteurs facilement repérables et associés à un risque accru de confusion. Il reprend des interventions ciblées sur ces facteurs. Ces mesures ont un impact sur l'incidence de la confusion, avec un taux de 15,5 % contre 9,2 % ($p=0,02$) et sur la durée du syndrome confusionnel (161 contre 105 jours), permettant ainsi une réduction des durées d'hospitalisation et des interventions diagnostiques et thérapeutiques aboutissant à une réduction des coûts(49)(50).

Néanmoins, elles ne permettent pas de réduire la sévérité de la confusion. Il semblerait qu'à plus long terme ce programme ne modifie ni l'état de dépendance, ni la thymie, ni l'état cognitif des patients.

Les 6 éléments à repérer sont :

- une altération cognitive préexistante
- une immobilisation active ou passive (rôle des contentions, des cathéters veineux ou vésicaux)
- une déshydratation: trouble fréquent alors que 40% des patients de plus de 80 ans recevraient des diurétiques (51)
- privation sensorielle-visuelle (favorise la désorientation spatiale) et auditive (entrave la bonne communication avec le personnel soignant)
- la privation de sommeil (l'insomnie diminue le seuil épiléptogène)

Pour chaque facteur, des mesures de prise en charge facilement applicables sont proposées.

Facteurs de risque	Programme HELP (<i>Hospital Elder Life Program</i>)
Altération des fonctions cognitives (MMS <24/30)	Protocole d'orientation (horloge murale, date sur tableau par exemple), stimulation cognitive 3*/jour (discussion à chaque passage de soignant)
Déficience visuelle	Présence des aides visuelles
Déficience auditive	Communication adaptée, port des aides auditives
Déshydratation	Diagnostic précoce, réhydratation
Immobilisation	Mobilisation précoce, éviction des moyens de contention, sonde à demeure et cathéter
Perturbation du sommeil	Le soir, boisson chaude, massage, musique

Tableau VI : Programme HELP

Une étude menée par Gentric et al. à Brest s'est intéressée à la faisabilité et l'efficacité de la mise en place de ces mesures dans un service de médecine gériatrique aiguë. Grâce à la formation du personnel, ces mesures ont été mises en place avec succès et ont permis une réduction du risque relatif de syndrome confusionnel de 73 % chez l'ensemble des patients, et de 66% chez les patients déments (51).

La confusion est une urgence thérapeutique. En effet, le retard ou l'absence de prise en charge sont lourds de conséquences pour le patient et le système de soins.

1.3.3 4 Conséquences

1.3.3 4 - 1 Pour le patient

Une méta-analyse récente rapporte que la survenue d'un syndrome confusionnel au cours d'un séjour hospitalier, tous services confondus, médical ou chirurgical, multipliait par deux le risque de décès à quelques mois et par 2,41 le risque d'admission en institution et par 12,5 le risque d'émergence d'un syndrome démentiel(52).

Le taux de mortalité chez les patients hospitalisés présentant un SC est de 22 à 76 %, identique au taux de mortalité suite à un infarctus du myocarde ou à un sepsis. La mortalité à un an est de 35 à 40 %.

En 2006, une étude retrouvait un taux d'institutionnalisation de 80% chez le patient sortant confus du service d'hospitalisation ; 45% chez les patients dont le syndrome

confusionnel avait été résolutif avant la sortie ; et 30% chez les patients indemnes de tout délirium(53).

Dans le cas du syndrome confusionnel survenant après une chirurgie, celui-ci est associé à une augmentation des complications post-opératoires (2 à 5 fois supérieures à celles rencontrées chez l'adulte non confus), donc à un allongement de la durée de séjour (2 à 3 jours supplémentaires) et une augmentation du recours à une institutionnalisation.

Sur le plan somatique, la période d'agitation ou de léthargie correspondant au syndrome confusionnel peut être source de complications à type d'escarre, pneumopathie d'inhalation sur troubles de la déglutition, embolie pulmonaire ou encore dénutrition et déshydratation (35). Le risque de chute est également important.

Malgré la résolution des facteurs favorisant les symptômes peuvent persister entraînant donc une perte durable des capacités physiques mais aussi cognitives.

En effet, comme vu précédemment, le syndrome confusionnel peut accélérer la progression d'une démence préexistante, ou favoriser l'émergence d'un syndrome neurocognitif (risque multiplié par 12,5).

1.3.3 4 - 2 Pour le système de santé

Le syndrome confusionnel étant souvent lié aux soins reçus en cours d'hospitalisation, il est souvent utilisé comme indicateur de qualité de soins.

Dans une étude de 2011, il est spécifié que le syndrome confusionnel mobilise plus le personnel paramédical, et entraîne donc un plus grand coût journalier. Le coût par patient par jour attribuable au syndrome confusionnel est évalué à 2500 dollars avec un total de 6,9 milliards dollars(35). Par ailleurs, le syndrome confusionnel entraîne des coûts supplémentaires en termes d'aide et de soins à domicile. Le coût des soins relatifs au patient confus sur une année sont estimés aux Etats Unis en 2004 entre 38 et 152 milliards de dollars .Ils seraient de 91 milliards pour le diabète et 257 milliards pour les événements cardio-vasculaires.

De plus le syndrome confusionnel augmentant les durées de séjour, on note un surcoût pour le système de soins évalué en 1994 aux Etats Unis à 4 milliards de dollars.

1.3.4 Outil diagnostic

Comme nous l'avons vu, le diagnostic d'une confusion n'est pas toujours facile.

En effet, si la confusion mentale est une entité bien connue des médecins, les critères du guide DSM 5 qui permettent de poser le diagnostic de référence ne sont pas toujours bien connus des praticiens, ce qui peut les conduire à des erreurs diagnostiques, le plus souvent par défaut.

Jusqu'en 1990, il n'existait que peu d'instrument de mesure de l'état confusionnel. Inouye et al. ont alors mis au point la *Confusion Assessment Method (CAM)*. Cette échelle a été validée par rapport au diagnostic de référence porté à cette époque grâce aux critères de

confusion mentale du guide DSM-III-R chez des sujets âgés hospitalisés en médecine ou en gériatrie. Il a été traduit en français en 2005.

Les principaux avantages de cet outil sont :

- sa grande sensibilité 94%
- sa spécificité de 90%
- une concordance inter-juge excellente et donc une grande reproductibilité ($\kappa=0,81-1$)
- simple et rapide (5 à 10 minutes) ce qui le rend utilisable par des infirmières et non uniquement par des médecins.
- utilisable chez des sujets ayant une démence ou des troubles cognitifs déjà connus ou chez des sujets âgés vivant en institution.

Il existe également une forme adaptée pour le patient pris en charge en unité de soins intensifs : la CAM-ICU.

Il s'agit d'un algorithme comportant 4 critères à renseigner.

L'investigateur renseigne ces éléments en analysant le mode d'installation des troubles et en examinant le patient. Pour analyser les troubles, il est recommandé de poser une série de 9 questions.

L'échelle CAM est positive pour le diagnostic de confusion mentale si les critères 1 et 2 sont remplis, et si au moins un des critères 3 et 4 est rempli.

De nombreuses études ont révélé l'efficacité de cet outil et ont permis de considérer la CAM comme l'instrument de choix pour le diagnostic de confusion.

Pour beaucoup d'entre elles, l'utilisation systématique de l'outil a permis de détecter parmi les patients hospitalisés des cas de confusion mentale non diagnostiqués par l'équipe médicale dans le cadre de la prise en charge usuelle.

Critère 1 : début soudain et fluctuation des symptômes

Ce critère est habituellement obtenu d'un membre de la famille ou d'une infirmière et est illustré par une réponse positive aux questions suivantes :

- Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient par rapport à son état habituel. Est-ce que ce comportement a fluctué durant la journée ?

Critère 2 : Troubles de l'attention

Ce critère est illustré par une réponse positive à la question suivante :

-Est-ce que le patient avait de la difficulté à focaliser son attention. Par exemple, être facilement distrait ou présenter des difficultés à retenir ce qui a été dit ?

Critère 3 : Désorganisation de la pensée

Ce critère est illustré par une réponse positive à la question suivante :

- Est-ce que la pensée du patient était désorganisée ou incohérente, telle une conversation décousue ou non pertinente ou une suite vague ou illogique ou passer d'un sujet à un autre de façon imprévisible ?

Critère 4 : Altération du niveau de conscience

Ce critère est illustré par n'importe quelle réponse autre que « alerte » à la question suivante :

- Comment évalueriez-vous l'état de conscience de ce patient par rapport à son état habituel ?

Tableau VII : Forme abrégée de la CAM

Pour permettre le diagnostic, les critères 1 et 2 associés aux critères 3 et/ou 4 devront être remplis.

Début soudain	Y a-t'il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient de son état habituel ?
Inattention	<p>a. Est-ce que le patient avait de la difficulté à focaliser son attention, par exemple être facilement distrait ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • A aucun moment • Présent à un moment donné lors de l'entrevue, mais de façon légère. • Présent à un moment donné lors de l'entrevue, de façon marquée. • Incertain. <p>b. (Si présent ou anormal) Est-ce que ce comportement a fluctué lors de l'entrevue, c'est-à-dire qu'il a eu tendance à être présent ou absent ou à augmenter et diminuer d'intensité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non. • Incertain. • Ne s'applique pas. <p>c. (Si présent ou anormal) Prière de décrire ce comportement</p>
Désorganisation de la pensée	Est-ce que la pensée du patient était désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou passer d'un sujet à un autre de façon imprévisible ?
Altération de l'état de conscience	En général, comment évalueriez-vous l'état de conscience de ce patient ?
Désorientation	Est-ce que le patient a été désorienté à un certain moment lors de l'entrevue, tel que penser qu'il ou qu'elle était ailleurs qu'à l'hôpital, utiliser le mauvais lit, ou se tromper concernant le moment de la journée ?
Troubles mnésiques	Est-ce que le patient a montré ses problèmes de mémoire lors de l'entrevue, tels qu'être incapable de se souvenir des événements à l'hôpital ou difficulté à se rappeler des consignes ?
Anomalies de la perception	Est-ce qu'il y avait évidence de troubles perceptuels chez ce patient (hallucinations, illusions, ou erreurs d'interprétation)
Agitation psychomotrice	A un moment donné lors de l'entrevue, est-ce que le patient a eu une augmentation inhabituelle de son activité motrice, telle que ne pas tenir en place, se tortiller ou gratter les draps, taper des doigts, ou changer fréquemment et soudainement de position ?
Retard psychomoteur	A un moment donné lors de l'entrevue, est-ce que le patient a eu une diminution inhabituelle de son activité motrice, telle qu'une lenteur, un regard fixe, rester dans la même position pendant un long moment, ou se déplacer très lentement ?
Perturbation du rythme veille-sommeil	Est-ce qu'il y a eu évidence de changement dans le rythme veille-sommeil chez ce patient, telles que somnolence excessive le jour et insomnie la nuit ?

Tableau VIII : Forme complète de la CAM

1.3.5 Une épidémiologie témoignant des difficultés diagnostiques

Responsable d'un excès de morbidité, de mortalité et d'un coût en termes d'économie de la santé, il convient donc de ne pas banaliser le syndrome confusionnel. (54)(55)

Ce syndrome est considéré comme « fréquent ». Mais l'analyse de la littérature permet de retrouver des chiffres de prévalence et d'incidence très variables.

En 2006 Inouye and al rapporte une prévalence du SC pouvant varier de 14 à 24 %. L'incidence varie quant à elle de 6 à 56% chez les patients âgés de plus de 65 ans.

L'incidence varie bien évidemment en fonction des caractéristiques des sujets âgés, fragiles ou non mais aussi du type de service (chirurgie, médecine ou soins intensifs). Les services les plus touchés sont les services de chirurgie, de soins intensifs et de soins palliatifs.(54)

Le SC toucherait en effet 15 à 53 % des sujets âgés en post opératoire, 70 à 87 % des patients en soins intensifs, et 83 % des patients en fin de vie. De nombreuses études réalisés sur le thème de la confusion émanent ainsi de ces services(56).

Mais on ne peut ignorer que cette forte variabilité soit en réalité engendrée par une non-reconnaissance du syndrome par certaines équipes.

Le diagnostic est souvent difficile car concomitant d'un épisode somatique aigue qui occupe toute l'attention de l'équipe médicale et paramédicale.

Les infirmières sont souvent en première ligne pour reconnaître le syndrome confusionnel car les premières sollicitées pour la prise en charge du patient dès son arrivée dans une unité. Dans une étude prospective, Inouye et al. rapportait un défaut de reconnaissance par le personnel infirmier de 69%. Les facteurs de risque de non-reconnaissance étaient : la forme hypo-active, l'âge du patient > 80 ans, les troubles visuels chez le patient et les troubles cognitifs préexistants.

Les médecins, quant à eux, ne diagnostiqueraient pas le syndrome confusionnel dans 32 à 67 % des cas(40).

Nous avons vu que ce syndrome confusionnel est un syndrome gériatrique fréquent.

Nous avons donc voulu identifier à travers notre étude, quelles étaient les difficultés diagnostiques rencontrées par des médecins et infirmières ayant une grande expérience de la personne âgée (médecins gériatre, infirmières d'équipe mobile de gériatrie) et donc sensibilisés à cette problématique.

Que savent-ils du délirium ? Comment le repèrent-t-il ? Quels outils utilisent-ils ? Quelles mesures de prévention ont-ils mis en œuvre ?

Deuxième partie : ETUDE

2.1 MATERIEL ET METHODE

2.1.1 Choix de la méthode

Nous avons voulu nous intéresser à travers notre étude au ressenti de professionnel de santé face à la prise en charge générale du syndrome confusionnel, de son diagnostic difficile de par sa sémiologie riche à son traitement et sa prévention. Nous avons choisi donc une méthode qualitative produisant et analysant des données descriptives.

Il existe 4 grands types de méthodes en recherche qualitative : la recherche documentaire, l'observation, le questionnaire et l'entretien.

En ce qui concerne les entretiens, il est important de préciser qu'il en existe différents types :

- individuel d'une part : libre (ou compréhensif), semi-directif (ou semi-structuré ou semi-directif) et directif (structuré)
- collectif d'autre part : entretien de groupe ou focus groupe

L'entretien libre se réalise lorsque peu de données sont à disposition concernant le sujet, ce qui n'est pas le cas pour notre étude. L'entretien directif nous paraissait trop structuré pour recueillir un ressenti des praticiens. Les entretiens type focus groupe nous paraissaient difficiles de réalisation en raison des différents emplois du temps mais aussi par le fait que ces derniers praticiens seraient confrontés au jugement de leur pairs. Les mécanismes de défense et de résistance qui se mettraient en place pendant l'entretien pourraient effectivement nuire à la validité de l'étude.

L'entretien semi-dirigé nous apparaissait donc comme la méthode qualitative la plus appropriée à notre étude.

Il s'agit d'une technique qualitative de recueil d'information centré sur le discours des personnes interrogées autour de grands axes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien. Cet outil doit être flexible puisque c'est une «démarche qui soumet le questionnement à la rencontre au lieu de le fixer d'avance». La rencontre est un parcours au cours duquel le chercheur dresse la carte au fur et à mesure afin de faire parler librement l'interviewé. Le guide d'entretien doit donc être modulable en fonction du déroulement de la rencontre. Les questions qu'il comprend ne doivent pas être orientées, ce qui constituerait un biais majeur à l'étude.

Un petit nombre de personnes interrogées suffit s'il est bien exploité. La recherche qualitative ne recherche pas une significativité statistique mais à mettre en avant une problématique partagée par les personnes interrogées. En effet, l'hypothèse implicite réside dans le fait qu'«un individu peut condenser une grande partie du sens d'un phénomène social». Les informations qui ressortent des entretiens doivent être validées par le contexte et non par une probabilité d'occurrence(57).

L'écoute de l'enquêteur se doit d'être empathique et bienveillante pour permettre à l'interrogé de livrer pleinement sa vérité. Cette méthode est donc pertinente dès lors que l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques

2.1.2 Population

La population que nous souhaitons étudier est celle de médecins travaillant en service de médecine gériatrique aigüe dans le pays messin dans l'objectif d'échanger au sujet des pratiques de prise en charge des patients confus dans leurs différents services.

Nous avons sollicité donc les médecins des services de médecine gériatrique

- du CHR Metz Thionville, des sites de Mercy à Metz et Bel Air à Thionville,
- de l'hôpital Sainte Blandine, hôpital privé à but non lucratif participant au service public hospitalier de Metz (PSPH)
- de l'hôpital Saint Maurice de Moyeuve Grande
- de l'hôpital Saint François de Marange Silvange

Parmi les neuf médecins sollicités, cinq ont répondu favorablement à notre sollicitation. Parmi ceux-ci :

- un est responsable d'une unité de 44 lits et un autre de 23 lits, tous deux en CHR.
- deux sont responsables d'une unité de 25 lits en établissement privé PSPH
- une est responsable d'une unité de 30 lits dans un hôpital de périphérie.

Nous avons également interrogés deux infirmières de médecine gériatrique aiguë, déjà sensibilisée à une prise en charge gériatrique puisque participant à l'équipe mobile de gériatrie de leur établissement.

2.1.3 Déroulement des entretiens et rédaction du questionnaire

Les médecins ont été contactés une première fois par téléphone ou par courrier électronique et une entrevue a été fixée après avoir exposé le thème de notre étude et la méthode choisie pour la mener. Les entretiens se sont déroulés au sein du service de chacun d'entre eux durant le mois de mars 2014.

Ils ont duré entre 20 et 45 min et ont pu être enregistrés à l'exception d'une entrevue ayant réuni deux médecins participants. Ils se sont déroulés en général en début ou fin de demi-journée de travail, permettant de ne pas empiéter sur une activité de secteur hospitalier ou de consultation.

Le guide d'entretien élaboré au préalable a servi de trame à la discussion.

Nous débutons chaque entretien en précisant l'objet de l'étude et choisissons une question très ouverte permettant de mettre à l'aise l'interlocuteur : « Que savez-vous du syndrome confusionnel ? ».

GUIDE D'ENTRETIEN

1. Que savez-vous du syndrome confusionnel chez la personne âgée ?

- Pourriez -vous me donner une définition de celui-ci ?
- Avez-vous une idée de la prévalence et incidence dans la population générale et au sein de votre service ?
- Connaissez-vous des facteurs favorisant au SC ?
- Et des facteurs déclenchants ?
- Connaissez -vous des critères de fragilité gériatrique? Les utilisez-vous dans votre pratique courante pour définir une population à risque ?

2. Sur quel référentiel vous basez-vous pour le diagnostic? Pour la prise en charge ?

- Connaissez-vous le référentiel de l'HAS de 2009, l'utilisez-vous dans votre pratique quotidienne ?
- Connaissez-vous la CAM, est-elle utilisée dans votre service ? Vous semble-t-elle facile d'utilisation ?

3. Que pensez-vous de la prise en charge du syndrome confusionnel dans votre unité ?

- Votre prise en charge vous permet-elle, à votre avis d'avoir un taux de reconnaissance et diagnostic suffisant ?
- Quelle est votre prise en charge thérapeutique devant un patient confus? Vous paraît-elle adaptée ?
- Y a-t-il des mesures non médicamenteuses mises en place au sein de votre service ?

4. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ou au contraire qu'est-ce qui facilite votre prise en charge ?

- Par exemple, la formation du personnel paramédical vous paraît-elle suffisante ?
- Quels sont les moyens que vous avez déjà mis en place pour faciliter le diagnostic du syndrome confusionnel ?

5. Quelles sont vos propositions d'amélioration ?

- Quelles sont les mesures non médicamenteuses que vous pourriez mettre en place ?
- Que pensez-vous de la mise en place d'outil diagnostic ?
- Que pensez-vous de la mise en place d'outil de surveillance de certains facteurs favorisant, comme les contentions par exemple? Pourriez-vous en proposer ?
- Quelle est votre attitude vis à vis du risque iatrogénique chez le sujet âgé ? Prenez-vous contact avec les médecins traitants à la sortie d'hospitalisation de vos patients par exemple ? Savez-vous à partir de combien de médicaments on parle de polymédication?

2.1.4 Collecte des données

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité, mot à mot, de façon anonyme, avec les hésitations des participants et leur particularité de syntaxe.

Nous avons ensuite réalisé une analyse thématique des différents entretiens. Le procédé s'articule sur des méthodes de comparaison systématique d'entretiens retranscrits qui doivent être relativement homogènes. Nous avons alors fait une analyse transversale ayant pour intérêt d'identifier des thèmes comparables.

2.2 RESULTATS

2.2.1 Caractéristiques générales de la population

Nombre de personnes contactées	9
Nombre de réponse favorable	7
Nombre d'entretien retranscrit	6

Tableau IX : Chiffres relatifs à la collecte des données

Nous avons contacté par téléphone 7 médecins et 2 infirmières tous étant confrontés au syndrome confusionnel.

A la suite de cette prise de contact, 5 médecins et 2 infirmières ont répondu favorablement à notre sollicitation. Deux médecins ont préféré participer conjointement à l'entretien.

Age

L'âge des praticiens interrogés variait de 57 à 51 ans pour une moyenne d'âge de 54 ans
L'âge des infirmières était de 28 et 40 ans.

Lieu d'exercice

Le lieu d'exercice varie également avec un impact sur le recrutement de patients :

- deux médecins travaillent dans un CHR, les deux infirmières également
- deux dans un hôpital privé PSPH de Metz,
- un dans un hôpital de périphérie

Lieu d'origine du patient	SAU	Domicile
CHR	75,00%	25,00%
Privé PSPH	60,00%	40,00%
Hôpital de périphérie	50,00%	50,00%

Tableau X : Origine des admissions en fonction du secteur hospitalier

2.2.2 Définition de la confusion

DEFINITION	P1	P2	P3	P4-5	P6	P7
Modification cognitive			x			x
Début brutal	x				x	x
Reflet d'une affection médicale				x		
Désorientation				x	x	
Trouble du comportement		x	x		x	x
Différenciation avec démence difficile	x	x	x	x	x	x
Réponse inadaptée à un évènement	x	x				
Trouble de la mémoire		x	x			
Trouble des fonctions exécutives			x			
Hallucination			x			
Fluctuation vigilance		x		x		

Tableau XI : . Mise en évidence des différents propos constituants de la définition

Parmi les médecins interrogés concernant leur définition du syndrome confusionnel, tous ont pu souligner la difficulté qu'ils avaient de différencier syndrome confusionnel et syndrome démentiel.

Deux d'entre eux ont défini la confusion comme « une altération cognitive »(P1 et P3) , deux de troubles de la mémoire (P2 et P3), trois de désorientation (P4-5 et P6).

Deux personnes considèreront qu'il s'agit avant tout du reflet d'une pathologie somatique à traiter (P4-5) : « le syndrome confusionnel, c'est une pathologie organique en premier »

Parmi les autres traits de définition on retrouvera les troubles du comportement cités cinq fois sur sept.(P1, P2, P3, P6 , P7)

Trois souligneront le coté brutal comme significatif (P1, P6 et P7) : ils parleront d'une «désorientation brutale», un «trouble des fonctions cognitives qui n'existait pas avant».

Trois sur sept seulement parleront de fluctuation des troubles.(P2 et P4-5)

Parmi les autres points de définition, on retrouvera la notion de difficulté d'adaptation du patient à un changement d'environnement (P1), de réponse inadaptée à une agression.(P2) Sur le plan de l'évolution quatre d'entre eux pensent qu'il s'agit d'un trouble s'améliorant rapidement, une fois la composante somatique identifiée et traitée. (P4-5, P3, P6 et P7)

2.2.3 Les facteurs favorisants

FACTEURS FAVORISANTS	P1	P2	P3	P4-5	P6	P7
Solitude, isolement social	X	X		X		
Pathologie somatique chronique	X	X	X			
Psychopathie		X				
Syndrome anxio-dépressif	X		X			
Personne âgée	X				X	X
Déficit sensoriel			X	X		
Démence sous-jacente			X	X	X	
Maladie neurologique					X	X
Polymédication					X	
Chutes			X		X	

Tableau XII : Evaluation des facteurs favorisants

Nous nous étions intéressés à l'étiologie du SC, et nous avons pu remarquer que la différenciation entre facteur favorisant, signe d'un terrain propice à une confusion, et facteur déclenchant, cause du syndrome confusionnel, n'était pas toujours aisée.

Parmi les facteurs favorisants retrouvés on citera :

- ✓ la solitude, l'isolement social (P1, P2, P4-5)
- ✓ les pathologies somatiques chroniques, pouvant décompenser fréquemment (P1, P2 et P3)
- ✓ les psychopathies(P2) et syndrome anxio-dépressifs (P1 et P3)
- ✓ la personne âgée en elle-même (P2,P6, et P7)
- ✓ une démence sous-jacente (P3, P4-5 et P6)
- ✓ une pathologie neurologique chronique, la «maladie de Parkinson» était citée(P6)
- ✓ un terrain poly-médicamenté(P6), c'est à dire pour la personne interrogée plus de cinq ou six médicaments.
- ✓ les antécédents de chute (P3 et P6)
- ✓ les déficits sensoriels (P3 et P4-5)

L'analyse de ces facteurs favorisants nous renvoie à la recherche de critères de fragilité gériatrique. Nous avons en effet demandé aux personnes interrogées si elles étaient sensibilisées à la recherche de ceux-ci.

Deux personnes seulement disent les rechercher systématiquement dès l'admission du patient dans leur unité.(P1 et P7)

Celles-ci rechercheront

- des signes de dénutrition ou amaigrissement récent.
- un déficit sensitif, une pathologie chronique sous-jacente, des antécédents de chute ou un isolement social seront cités.

Nous remarquerons que parmi ces deux personnes, une est une infirmière d'équipe mobile, habituée à relever ces critères chez les patients d'autres services.

2.2.4 Les facteurs déclenchants

Facteurs déclenchants	P1	P2	P3	P4-5	P6	P7
Infection	X		X	X	X	
Iatrogénie	X		X		X	
Déshydratation			X		X	X
Trouble de l'élimination			X			X
Pathologie organique		X				
Dénutrition				X		
Hospitalisation			X			x

Tableau XIII : Evaluation des facteurs déclenchants

Un des médecins interrogés disait que «l'étiologie» du syndrome confusionnel est «mieux connue que le diagnostic en lui-même».

Les facteurs déclenchants que nous retrouverons seront :

- ✓ un syndrome infectieux, pour cinq personnes sur sept (P1,P3, P4-5et P6)
- ✓ une déshydratation pour trois personnes, dont deux infirmières (P3, P6, P7)
- ✓ la iatrogénie a été citée par trois personnes (P1, P3, et P6)
- ✓ les troubles de l'élimination comme un globe ou fécalome cités deux fois (P3 et P7)
- ✓ la dénutrition citée deux fois (P4-5)

L'hospitalisation est par ailleurs reconnue par deux personnes interrogées (P3 et P7) comme pourvoyeuse de syndrome confusionnel par la perte des repères qu'elle engendre. Pour un des médecin (P3), la perte de ces repères explique jusqu'à « 60-70% des cas» de confusion dans son service, «toute notre population est potentiellement susceptible d'avoir un syndrome confusionnel à un moment donné parce qu'il y a eu un changement d'environnement».

La iatrogénie occupe une place également importante, abordée par la moitié des participants. Tous s'accordent pour limiter les traitements des patients. «La règle est de démaquiller le patient de ses traitements habituels dès son arrivée quand il y a un syndrome confusionnel et tout reprendre à zéro»(P2)

2.2.⁵ Le diagnostic

Outils	P1	P2	P3	P4-5	P6	P7
Glasgow		X				
MMS						X
CAM						
Diagnostic a posteriori			X	X		

Tableau XIV : Outils utilisés

Notre étude s'intéresse aux difficultés de reconnaissance du syndrome confusionnel. Après avoir recueilli les données relatives aux connaissances des praticiens sur le sujet, nous les avons donc interrogés quant à l'utilisation d'outil diagnostique validé.

Parmi l'ensemble des personnes interrogées, une se basera sur le MMS (P7), un autre utilisera le score de Glasgow (P2). Les autres n'utilisent pas d'échelle diagnostique, la CAM est connue de quatre d'entre eux, mais non utilisée en pratique. Seul un praticien déclare que celle-ci est parfois utilisée par la psychologue de leur service (P2).

En revanche, lors des six entretiens, la place de l'interrogatoire de l'entourage a été soulignée quatre fois.

Trois praticiens déclareront qu'ils feront le diagnostic a posteriori, à la fin du séjour, en fonction de l'évolution résolutive ou non des troubles (P3,P4-5)

2.2.⁶ Les traitements

Traitements non médicamenteux	P1	P2	P3	P4-5	P6	P7
Contention	X	X	X	X	X	X
Rassurer le patient		X			X	
Environnement (calme, température appropriée)		X				
Surveillance des complications (deshydratation, escarre)					X	X
Réorienter le patient					X	
Implication de la famille				X	X	X
Traitement de la cause	X	X		X		

Tableau XV : Données relatives au traitement

La prise en charge du patient confus est très hétérogène.

La prise en charge non médicamenteuse reste en première ligne avant une prise en charge médicamenteuse qui relèvera des situations d'urgence.

Sur le plan non médicamenteux,

- ✓ l'ensemble des personnes interrogées ont relevé la nécessité d'avoir recours aux contentions.
- ✓ Celles-ci sont reconnues comme « utiles pour passer un cap, pour que le patient ne chute pas, ne se fasse pas de fracture et n'aggrave son cas »(P6), elle doit être « d'utilisation la plus courte pour protéger la personne »(P7)
- ✓ quatre personnes sur sept soulignent l'importance d'une surveillance accrue du patient confus dont deux infirmières (P4-5, P2 et P7) comprenant une surveillance de l'hydratation et du risque d'escarre et un passage plus réguliers de l'équipe soignante (P3)
- ✓ un personne mettra l'accent sur l'environnement de prise en charge, l'isolement par rapport au bruit, avoir une température adaptée pour la toilette par exemple (P2)
- ✓ rassurer le patient sera cité deux fois (P2 et P6), avec un rôle important de la famille cité trois fois (P4-5, P6 et P7)
- ✓ réorientation du patient, une fois (P6)

Sur le plan médicamenteux, l'utilisation des neuroleptiques sera citée quatre fois, comme une « contention chimique » (P2), là aussi de courte durée. Elle ne sera envisagée que si « il s'agit d'une confusion hyper sévère, dangereuse pour elle ou pour les autres ».

Les benzodiazépines seront utilisées si « il n'y a pas de démence ou si il existe une part d'anxiété ». (P3)

Le traitement étiologique sera cependant mis en avant, à entreprendre avant toute autre mesure(P1, P2 et P4-5). Il s'agit d'une «prise en charge individuelle orientée en fonction de la pathologie déclenchante». Un praticien soulignera toutefois que l'équipe soignante est plus formée à réfléchir «sur les conséquences d'une confusion», comme les risques de déshydratation, risques de chute avec nécessité de contention, «que sur les étiologies , comme un fécalome, une rétention, une deshydratation».(P1)

2.2.7 Le ressenti face à la prise en charge du patient confus

Au long des interrogatoires, nous avons pu remarquer que le diagnostic et donc le traitement de la confusion était hétérogène chez les différents participants et nous avons donc souhaité nous interroger quant aux raisons de cette disparité, quant aux freins ou au contraire aux leviers de leur prise en charge au quotidien.

2.2.7 1 - Difficultés rencontrées

Difficultés de prise en charge	P1	P2	P3	P4-5	P6	P7
Isolement social		X		X		
Manque de personnel	X	X	X			X
Troubles du comportement -agitation, déambulation	X	X	X		X	X
-apathie -fluctuation	X				X X	
Manque de formation	X		X		X	X
Différence avec syndrome démentiel difficile				X		X

Tableau XVI : Evaluation de la prise en charge du patient confus

Parmi les difficultés rencontrées, le manque de personnel est cité quatre fois sur sept. Il s'agit d'un manque ressenti tant par le milieu médical qu'infirmier.(P1, P2, P3 et P7)
Il entraîne «une charge de travail gériatrique lourde qui oblige les soignants à ne voir que les processus les plus urgents».(P1)

Le manque de formation infirmière est également relevé quatre fois. Il s'agit d'une demande forte de la part des soignants puisque la moitié des personnes ayant soulevé ce problème sont des infirmières.(P1, P3, P6 et P7)

Les troubles du comportement en rapport avec un syndrome confusionnel sont également une difficulté dans la prise en charge

- ✓ l'apathie n'est pas suffisamment reconnue pour deux participants (P1 et P6)
- ✓ l'agitation et la déambulation sont décrits comme problématiques dans quatre situations. (P2,P3,P6 et P7)
- ✓ la fluctuation entre les deux est également citée une fois (P6)
- ✓ la contention qui sera nécessaire posera souci à une infirmière et un médecin (P1et P7)

L'existence d'une démence sous-jacente est également perçue comme une difficulté supplémentaire (P7) d'une part car c'est un des principaux diagnostics différentiels et d'autre part car elle rend l'interrogatoire du patient et donc l'anamnèse compliquée.

Parmi les autres difficultés on relèvera

- ✓ les difficultés de connaissance du traitement du patient (P4-5) et les risques de passer à côté d'un sevrage pouvant expliquer la confusion ;
- ✓ le fait qu'il n'existe pas de protocole de prise en charge standardisé dans les services (P1) ;
- ✓ le fait d'utiliser des mesures médicamenteuses et des contentions de façon inadaptée (P1 et P7) ;
- ✓ l'isolement social du patient, l'absence d'entourage familial empêchant de réaliser un interrogatoire de qualité qui orienterait vers le diagnostic (P4-5, P2) ;
- ✓ les difficultés d'accès au plateau technique (P2) ;

2.2.7 2 - Facteurs facilitant la prise en charge

Facteurs facilitants	P1	P2	P3	P4-5	P6	P7
Relation médecin-soignant		X	X		X	X
Cadre d'hospitalisation		X				X
Formation IDE	X					
Outil informatique		X				

Tableau XVII : Facteurs facilitant la prise en charge du patient confus.

La relation médecin-soignant sera ce qui sera le plus cité, quatre fois, comme facteurs aidant à la prise en charge du confus «vous êtes à l'écoute si on vous dit que le patient est agité ou somnolent»(P6).

La formation infirmière par rapport non pas au diagnostic de confusion mais par rapport à la surveillance des conséquences : déshydratation, transit, dénutrition, escarre, douleur : cité une fois (P1).

Le cadre d'hospitalisation permet également de faciliter la prise en charge pour trois des praticiens interrogés : avoir une chambre calme, du personnel formé.(P2)

L'outil informatique permettant d'avoir accès à l'ensemble des antécédents du patient est également spécifié par un praticien.(P2)

2.2.8 Propositions d'amélioration

Proposition d'amélioration	P1	P2	P3	P4-5	P6	P7
Formation du personnel	X	X				X
Protocole de soins	X					X
Critères de fragilité mieux identifiés	X					
Surveillance accrue (douleur, élimination, hydratation)	X		X		X	X
Mobilisation rapide-éviction des contentions	X					X
Réorientation	X					X
Eviction hospitalisation			X			
Cadre d'hospitalisation		X				X
Sommeil	X					

Tableau XVIII : Proposition d'amélioration de prise en charge

En interrogeant les praticiens et infirmières, nous leur avons demandé quelles pouvaient être les pistes d'amélioration de leur prise en charge de la confusion, en tenant compte des difficultés qu'ils venaient de nous exposer.

Quatre d'entre eux proposent de mettre en place des protocoles de surveillance de la douleur, de l'élimination, de l'hydratation de façon plus systématique (P1, P3, P2 et P7), mais également des protocoles de diagnostic de la confusion (P1 et P7).

Trois personnes proposeront des programmes de formation (P1, P2, P7).

Deux personnes proposeront des mesures de réorientation dans le service, de type horloge murale dans chaque chambre ou tableau permettant d'écrire la date et le jour près de chaque patient (P1 et P7). Une infirmière proposait également de solliciter la famille pour qu'elle apporte des objets personnels du patient afin de recréer son univers. La mobilisation précoce et donc l'utilisation à bon escient de la contention est également citée deux fois (P1 et P7).

Un praticien proposera également de renforcer les mesures permettant de limiter les hospitalisations inutiles chez un patient notamment dément.

Le travail social en amont est donc à favoriser (P3).

Parmi les autres propositions d'amélioration on retrouvera :

- ✓ une sensibilisation au critère de fragilité gériatrique (P1) ;
- ✓ prise en charge du sommeil avec stimulation diurne à favoriser (P1) ;
- ✓ améliorer le cadre d'hospitalisation pour limiter les agressions envers le patient confus (visuelle, sonore ou thermique) (P2 et P7).

Troisième partie : DISCUSSION

3.1 CONCERNANT LA METHODOLOGIE

3.1.1 *Choix de la méthode*

La littérature est riche d'études quantitatives concernant le syndrome confusionnel. Nous souhaitons pour notre travail nous intéresser à la difficulté diagnostique que représente cette entité gériatrique et ainsi mettre en évidence les écueils rencontrés à sa bonne reconnaissance et donc à sa bonne prise en charge.

Comme nous l'avons déjà mentionné dans notre première partie, les chiffres de prévalence et d'incidence du syndrome confusionnel sont extrêmement variables. L'épidémiologie en santé publique est basée principalement sur les données de l'ATIH issues des cotations PMSI. Or, un syndrome non reconnu est de ce fait non codé à l'issue du séjour ; ce qui explique en partie ces grandes variabilités.

Nous avons donc choisi d'interroger des professionnels de la santé sur les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien dans leurs pratiques, sur leur ressenti et sur les moyens qu'ils utilisent pour remédier à ces écueils. Notre étude a pour singularité de s'intéresser au ressenti de différents gériatres de Moselle en utilisant un mode original d'évaluation des pratiques professionnelles.

L'entretien semi-dirigé nous semble être un choix intéressant dans la mesure où il ne cherche pas à mettre en évidence un lien de cause à effet ni à rationaliser des comportements comme pourrait le faire un questionnaire. Ce type de support permet de laisser une grande liberté aux participants et apporte une certaine richesse puisque ces derniers peuvent évoquer des difficultés auxquelles nous n'aurions pas songé.(58)

Cependant cette méthode n'est pas sans biais.

Nous pouvons relever des biais liés à l'enquête, la qualité des informations recueillies dépendra en effet :

- de sa capacité à rester dans le sujet de la recherche, les hors sujets étant plus aisés que dans une étude dirigée par exemple ;
- des mécanismes de défense qu'il produira : fuite, projection, rationalisation, interprétation ;
- de la participation psychologique des propos.

Les principaux biais relèveront de la relation enquêteur-enquêté.

Nous pouvons citer :

- le fait que le chercheur appartienne au même milieu que l'enquêté :celui-ci peut donc se sentir mieux compris, ce qui peut permettre de lever des mécanismes de défense de l'enquêté. Cependant ce dernier peut se sentir jugé par un de ses pairs et il semble important de souligner le statut étudiant de l'enquêteur.
- l'idée que se fait l'enquêteur de l'enquêté et vis versa.
- l'étude par entretien semi-dirigé demande également une certaine proximité entre l'interviewer et l'interviewé. Celle-ci peut malheureusement influencer les réponses des personnes interrogées en les poussant à exprimer des éléments qu'ils n'auraient pas abordés spontanément ou au contraire à renforcer ses mécanismes de défense. Notre ton de voix, notre attitude, notre réaction vis à vis de certaines réponses, nos commentaires faits en dehors de l'entretien seront à prendre en compte.

3.1.2 Choix et caractéristique de la population étudiée

Le syndrome confusionnel est une entité gériatrique importante et nous avons décidé de nous intéresser dans cette étude au ressenti de professionnels de santé, s'affairant au chevet de la personne âgée, au sein de services de médecine gériatrique aiguë, sensibilisés à la recherche et à la prise en charge d'un tel syndrome.

Les médecins que nous avons interrogés sont tous les cinq gériatres avec une expérience déjà établie dans ce domaine, comme peut en témoigner leur moyenne et médiane d'âge de 54 ans. Cette population nous semblait être celle la plus au fait d'une prise en charge pluridisciplinaire de la personne âgée confuse.

Pour les même raisons, nous avons choisi d'interroger deux infirmières travaillant depuis plusieurs années en équipe mobile gériatrique au sein du CHR sur le site de Metz.

Nous rappelons en effet que l'équipe mobile de gériatrie est décrite dans la circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 comme un «dispositif qui permet de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge des personnes âgées fragiles dans l'ensemble des services d'un établissement, y compris aux urgences». Celle-ci est donc une interface entre les différents intervenants de la filière gériatrique et les unités de séjour de courte durée d'un établissement (service MCO et SAU). Elle endosse le rôle d'évaluation médico-psycho-sociale du patient en plus d'un rôle de conseil et de formation des équipes soignantes(59). Il nous semblait donc intéressant de nous pencher sur la pratique du personnel soignant évoluant dans cette équipe quant à la reconnaissance du syndrome confusionnel, et donc sur les messages qu'il va transmettre à l'ensemble des services non gériatriques en terme de prise en charge. La confusion est en effet le troisième motif de recours à l'équipe mobile de gériatrie comme nous l'indique la revue de la littérature. Les infirmières sollicitées doivent donc pouvoir être en mesure de dépister une confusion et de transmettre les premiers éléments de la prise en charge.(60)

Motif d'appel de l'EMG	
Evaluation gériatrique standardisée EGS	43.2%
Aide à l'orientation des personnes	20%
Syndrome confusionnel	13.5%
Problèmes de chutes à répétition	9.7%
Bilan d'altération de l'état général	3.5%
Perte d'autonomie	3.1%
Gestion de la douleur	1.9%
Autre	5.1%

Tableau XIX : Motif de recours à l'EMG

De la même façon, nous nous sommes penchés sur la pratique de services de court séjour gériatrique en raison de la fréquence du syndrome confusionnel et des pathologies somatiques potentiellement favorisantes qu'on y observe. Le motif d'hospitalisation dans ces unités, même si le sujet est initialement indemne de tout syndrome confusionnel peut en effet être à lui seul un facteur déclenchant. Le syndrome confusionnel représenterait d'après les données de la littérature jusqu'à 8.4% des motifs d'hospitalisation de la personnes âgées.(61)

Motif d'hospitalisation du patient âgé	
Chutes	24.8%
Fracture	9.8%
Altération de l'état général	9.6%
Confusion	8.4%
Pathologies somatiques	50.4%
Infections	12.1%
Cardio vasculaire	10.1%
Pneumologique	10.1%
Uro-néphrologique	5.4%
Neurologique	8.4%
Digestif	4.3%

Tableau XX: Motif d'hospitalisation du sujet âgé

Les services que nous avons consultés nous semblaient donc être les plus sensibilisés et familiarisés à la reconnaissance et la prise en charge du syndrome confusionnel, motif fréquent d'hospitalisation.

Même si les pathologies traitées dans ces services de court séjour gériatrique sont proches, le recrutement de patient reste néanmoins différent d'une unité à une autre. Un service accueillant plus de patients venant des urgences est en effet susceptible de devoir faire face à un plus grand nombre de confus, compte tenu de l'impact connu du passage au SAU sur la possible émergence d'un syndrome confusionnel. De même, les services de CHR restent proches d'un plateau technique offrant aux patients de possibles investigations plus invasives. Ces services doivent également pouvoir accueillir des patients venant d'autres services, pourvoyeurs de syndrome confusionnel comme le service de réanimation ou les soins continus. Les autres hôpitaux ont un recrutement de patient venant du domicile plus important, limitant peut être la prévalence de la confusion à l'admission, mais non son incidence au cours de l'hospitalisation.

Enfin l'échantillonnage peut être discuté. Nous n'avons interrogé que peu de médecins ou infirmières. L'objectif d'une telle étude qualitative était d'obtenir une saturation, phénomène qui apparaît au bout d'un certain nombre d'entretiens lorsque les données recueillies deviennent identiques. En ce qui concerne notre enquête, elle a pu être obtenue pour l'ensemble des problématiques que nous avons décidé de soulever.

Nous avons pu nous rendre compte en effet :

- qu'il existe autant de définition du syndrome confusionnel que de personnes interrogées ;
- que la différenciation syndrome confusionnel et syndrome neurocognitif est difficile ;
- que les personnes sont unanimes pour dire qu'il existe un manque de formation du personnel quant à la reconnaissance mais aussi à la surveillance et au traitement de la confusion ;
- que l'outil diagnostique validé qu'est la CAM n'est utilisé par aucune des personnes interrogées ;
- que l'utilisation des contentions physiques, et à travers elle, que l'ensemble des troubles du comportement du sujet âgé reste difficiles à gérer dans un service gériatrique, aux responsabilités soignantes déjà chargées.

Pour terminer concernant l'échantillonnage, nous soulignons que deux médecins sollicités n'ont pas répondu favorablement à notre sollicitation. Le refus est d'interprétation difficile dans cette situation : est-ce un refus par manque de temps, par manque d'intérêt pour le sujet, par peur d'être confronté au jugement de confrères ?

3.2 CONCERNANT LES REPONSES DES PARTICIPANTS

3.2.1 Au sujet de la définition du syndrome confusionnel et son diagnostic

Nous pouvons remarquer au travers des interrogatoires qu'aucune des personnes interrogées n'a su restituer l'intégralité des critères diagnostic du DSM-5 ou même citer cette classification. Aucune non plus n'a fait référence aux recommandations de l'HAS de 2009.

Les études se rapportant à la confusion soulignent la difficulté pour les praticiens de retenir l'ensemble des éléments diagnostics de la confusion. De même les infirmières qui sont en première ligne pour le dépistage de ce trouble ne sont pas formées à cette classification. C'est là tout l'intérêt de la CAM qui permet grâce à quatre questions rapides et simples d'établir le diagnostic. Cependant sur les sept personnes interrogées aucune n'utilise cet outil, trois n'ont pas connaissance de son existence. Les infirmières ne l'utilisent pas, pourtant, nous l'avons vu, leur pratique notamment en équipe mobile de gériatrie les oblige à prendre en charge régulièrement des patients confus. Comment prendre en charge un syndrome qu'on ne reconnaît pas ?

Nous remarquons également que tous s'accordent pour différencier la confusion de la démence. Comment pouvoir y parvenir si la définition même et les outils diagnostics ne sont pas convenablement utilisés, ces deux entités étant déjà étroitement liées d'un point de vue physiopathologique et anatomique. Les quelques éléments sémiologiques permettant de les différencier sont en effet peu mis en avant : le caractère brutal de l'installation n'est cité que trois fois, dont deux par des infirmières. Les troubles de la vigilance ne sont reconnus que deux fois .

3.2.2 Au sujet des facteurs prédisposants et déclenchants de la confusion

Les personnes interrogées vont reconnaître « la démence comme facteur favorisant la confusion » et que l'interrogatoire de la famille est important non seulement pour tracer la chronologie des troubles du comportement motivant l'hospitalisation mais aussi pour évaluer le « degré de démence sous jacent »(P3).

Inouye le souligne(35), la démence est un des principaux facteurs de risque de confusion. Les sujets déments sont en effet plus vulnérables et prédisposés à développer une confusion au décours d'une pathologie aiguë, de l'introduction d'une nouvelle thérapeutique favorisante ou d'une modification environnementale. La confusion contribue à l'accélération du déclin cognitif chez la personne démente qui retrouve difficilement son statut antérieur après un épisode confusionnel. En effet certaines causes de confusion peuvent entraîner des lésions cérébrales irréversibles contribuant à cette accélération, comme lors d'un AVC, d'hypoglycémie prolongée ou hypoxie.

Le fait que la confusion soit un mode d'entrée vers un syndrome démentiel est par contre plus difficilement établi, même si les lésions que nous venons d'évoquer contribueront forcément à l'installation de troubles cognitifs futurs.

Une étude prospective réalisée en 2013 encore par l'équipe d'Inouye(62)s'est intéressée à l'impact de la confusion sur le déclin cognitif de 139 patients déments de plus de 65 ans. Celle-ci retrouvait que pour chaque point de perdu à l'échelle de détérioration globale de la démence (ou Global Deterioration Scale), les sujets avaient une fois et demie plus de chance de développer une confusion.

On remarque là encore le lien étroit entre le syndrome démentiel ou trouble neurocognitif et confusionnel et donc toute la complexité de les distinguer mais aussi de diagnostiquer une confusion chez un dément .Cet amalgame est d'ailleurs spontanément critiqué par plusieurs participants.

Les critères de fragilité gériatrique sont également peu reconnus, alors que nous l'avons vu dans notre première partie, la reconnaissance du sujet âgé fragile est un préalable à toute prise en charge gériatrique permettant la mise en place des mesures de prévention des situations confusiogènes.

Concernant les facteurs déclenchants, ils sont en général bien reconnus et pris en charge. Comme le soulignait un des médecins la « cause est mieux connue que le diagnostic »(P1). On remarque que les plus cités sont l'infection, la iatrogénie et la déshydratation.

La iatrogénie occupe une place prépondérante dans le déclenchement potentiel d'un syndrome confusionnel. Elle représente nous l'avons vu un enjeu de santé publique avec la mise en place de programme PMSA ou encore de recommandations par l'HAS pour le pratique professionnelle.

Un exemple d' EPP a été réalisée en mai 2012 au CHR Metz-Thionville , sur le site de Bel Air au sujet de la prescription de psychotropes chez la personne âgée de plus de 75 ans en service de SSR .(63)

Celle-ci a pu mettre en évidence de nombreux écueils quant à la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé :

- ✓ 62% des patients recevaient au moins un psychotrope ;
- ✓ le dossier médical ne comprend de traçabilité ni de suivi d'efficacité dans 56% des cas, ni de tolérance dans 73 % des cas, ce qui nous interpelle dans le cas du syndrome confusionnel. Les psychotropes sont en effet parmi les classes médicamenteuses les plus confusiogènes de par leur forte prescription en gériatrie .Comment être sensible à l'apparition d'un des principaux effets secondaires si le suivi de tolérance n'est pas réalisé ?
- ✓ concernant l'ordonnance informatisée de ces traitements en cours d'hospitalisation, aucune ne contient une durée de prescription, même si les praticiens s'accordent à dire que la contention médicamenteuse ne doit être envisagée que de courte durée ;
- ✓ des effets indésirables pouvant être attribuables aux psychotropes ont été relevés dans 80% des cas ; il est cependant dommage que nous ne puissions savoir quels étaient -ils, la confusion pouvant en faire partie.

La iatrogénie chez la personne âgée est donc un problème bien connu des gériatres, avec l'impact pour le patient en terme d'effets indésirables, de prolongation de durée de séjour,

et de complications que l'on connaît. Cependant aucun des praticiens interrogés n'a pu proposer de réelles mesures d'amélioration si ce n'est une vigilance personnelle accrue, avec toute la variabilité que l'on peut en attendre et qui reste inacceptable pour le patient. Quatre personnes interrogées soulignent cependant l'importance

3.2.3 Au sujet de la prise en charge de la confusion

3.2.3 1- Médicamenteuse

Les neuroleptiques sont la classe médicamenteuse la plus souvent citée au cours de nos enquêtes. Nous rappelons toutefois qu'aucun médicament n'a obtenu d'AMM dans l'indication «confusion aigue chez le sujet âgé». Les recommandations de l'HAS de 2009 préconise un traitement d'une durée limitée (24-48h) dans les situations où les symptômes sont trop sévères, empêchent la réalisation des soins ou mettent en danger le patient et doit être impérativement de réévaluation pluriquotidienne.(43)

Même si l'ensemble des personnes interrogées semblent bien au fait de ces recommandations, nous sommes obligés de constater que dans la pratique, le recours à la contention chimique est parfois précoce. Là encore, on peut parler de manque d'information puisque les soignants sont mal formés à la réassurance du patient agité. Le manque de personnel dans les unités gériatriques peut également être une explication, avec un défaut de temps à passer au chevet d'un patient qui est confus, agité ou ralenti, et donc plus chronophage. De plus ces troubles du comportement sont à intégrer à une organisation de service qui ne permet pas toujours un encadrement idéal de ce type de patient, ce qui est regrettable dans un service spécialisé de gériatrie. En effet on peut difficilement envisager de tarder à l'utilisation de molécules lorsqu'un patient confus est agité en chambre double par exemple. Quelle serait la répercussion pour son voisin de chambre en sachant l'impact que peut avoir une privation de sommeil par exemple? Une infirmière a cité «patient confus égal patient *pénible* dans notre tête». Il est donc, dans ces situations, du rôle du médecin de ne pas céder à la pression de prescription, de pouvoir former son équipe à d'autres mesures .

3.2.3 2 - Non médicamenteuse

Ces mesures font l'objet, là encore, de recommandations par l'HAS. Nous pouvons rappeler que parmi ces mesures on retrouve :(43)

- le fait d'accueillir le patient dans un lieu rassurant et approprié,
- une attitude du personnel favorisant l'apaisement,
- une réafférentation sensorielle avec port des lunettes ou des corrections auditives,
- un maintien des objets personnels dans l'univers d'hospitalisation,
- une mobilisation précoce,
- un évitement des contentions physiques.

La contention

Lorsqu'on regarde les résultats de nos entretiens, on remarque que l'ensemble des personnes soulèvent la problématique de la contention. Utilisée le plus souvent pour prévenir les chutes, pour contenir l'agitation et pour limiter la déambulation, la pratique de la contention physique des personnes âgées s'est développée de façon importante, presque insidieusement, au fil du temps. Des dispositifs de contention existent et le choix offert est de plus en plus large.

Pourtant, cette pratique courante ne figure pas très souvent dans les divers programmes de formation des professionnels de santé. Probablement parce que sa seule inscription pourrait soulever des problèmes éthiques et déontologiques majeurs. En effet, cette pratique porte atteinte à la liberté d'aller et venir et expose à de nombreux risques, tout en ayant une efficacité souvent aléatoire.

Tous s'accordent donc à dire que l'usage de celle-ci doit être de dernier recours et de courte durée, que «les contentions seront utiles pour passer un cap, pour que le patient ne se fasse pas mal lui-même, n'aggrave pas son cas, ne se fasse pas une fracture».(P6)

Deux médecins soulignent que leurs prescriptions «sont informatisées», permettant une meilleure traçabilité et un donc un meilleur suivi. Un médecin a souligné qu'elles sont «souvent demandées par l'équipe mais évaluées par le médecin et prescrite par le médecin». La réévaluation de cette prescription doit être quotidienne. L'équipe soignante a cependant un accès matériel facile pour la mise en place de contentions physiques, surtout la nuit, et l'équipe médicale n'a pas toujours le retour de la nécessité d'une telle prise en charge.

Leur utilisation est cependant bien réglementée par une EPP publiée par l'ANAES en octobre 2000. Ce référentiel vise à améliorer la sécurité de cette pratique lorsqu'elle devient nécessaire.(64)

La contention physique, dite passive, y est définie comme «l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté».

On retrouve dans cette publication que chez la personne âgée de plus de 65 ans, la prévalence de la contention physique en court séjour peut aller de 18 à 22% soit trois fois plus que les sujets plus jeunes .

Parmi les complications non négligeables de la contention on relève :

- majoration du risque de chute grave (entraînant une fracture, un recours à un médecin, ou nécessitant un repos a lit de plus de 2 jours) :17% contre 5% sans contention, alors que pour deux des personnes interrogées, le fait d'éviter au patient une chute grave était la motivation principale à leur utilisation ;
- apparition ou aggravation d'une confusion ou d'une agitation, ce phénomène a été néanmoins soulevé par deux des interviewés ;
- syndrome d'immobilisation: déconditionnement musculaire et sarcopénie, perte d'appétit, incontinence, fausses routes, escarres ;

- perte d'autonomie et augmentation de la durée d'hospitalisation et de la mortalité ;

Selon une étude menée par Robbins, la durée moyenne de séjour pour un patient attaché est de 20 jours contre 8 jours pour la personne non attachée (65). L'utilisation de la contention si nécessaire est une intervention de soin qui nécessite

- une connaissance des risques de l'immobilisation,
- une évaluation régulière des besoins du patient,
- un programme de surveillance individualisé.

Par ailleurs l'information de la famille et du patient est un temps qui ne doit pas être négligé, bien souvent réalisée que trop tardivement.

Il s'agit donc d'une mesure utilisée qu'après échec des autres alternatives et après avoir mesuré les bénéfices et les risques attendus. Elle repose sur le principe d'un travail pluridisciplinaire comprenant l'évaluation médicale initiale, et la surveillance paramédicale ensuite.

Son utilisation répond à un protocole :

- recherche préalable systématique d'alternatives ;
- prescription médicale obligatoire en temps réel, après avoir apprécié le danger pour la personne et les tiers, et motivation écrite dans le dossier médical ;
- traçabilité; évaluation des bénéfices et des risques ;
- surveillance programmée, mise en œuvre et retranscrite dans le dossier de soins infirmiers ;
- information de la personne et de ses proches ;
- vérification de la préservation de l'intimité et de la dignité ;
- réévaluation quotidienne, avec nouvelle prescription en cas de renouvellement et nouvelle recherche d'alternatives, surveillance de tolérance physique et morale.

La contention est malheureusement souvent perçue par le personnel soignant comme une réponse immédiate à un état d'agitation, avant d'avoir mis en œuvre toute autre mesure non médicamenteuse. S'il s'agit d'une mesure, nous l'avons vu, parfois indispensable pour sécuriser le patient, elle n'est pas dénuée de conséquences pouvant être dramatiques chez la personne âgée et son utilisation doit donc être mesurée.

La communication avec le patient et son entourage

Nous pouvons remarquer qu'aucune mesure non médicamenteuse citée autre que la contention n'a pu avoir cette unanimité. La communication avec le malade n'a été citée que deux fois, pourtant clé de voute d'une prise en charge globale du patient présentant des troubles psycho-comportementaux : «communiquer avec le patient, le rassurer, ça on le fait souvent» (P6).

Là encore, et nous le reverrons, la charge de travail dans une unité de court séjour gériatrique et le peu de personnel attribué ne rendent pas cette tâche aisée. Comment en vouloir à l'infirmière de fermer la porte d'une chambre d'un patient agité alors qu'il y a

une urgence à traiter, un patient déambulant à surveiller et des familles à rassurer quotidiennement, en plus de leur travail technique ? Un médecin le décrivait justement (P2) : «on est vite débordés ». Le patient confus est chronophage de par ses troubles du comportement mais reste malheureusement un patient dont la surveillance est primordiale. La formation du personnel par l'équipe médicale nous paraît donc comme nécessaire afin d'éviter ce manquement non volontaire et bien souvent critiqué par l'équipe soignante.

La communication avec les proches du patient est reconnue comme importante par trois personnes sur sept, même si parfois l'intervention des familles dans la prise en charge du sujet âgé est parfois vécue comme intrusive par le personnel soignant. Il est évident qu'en service de gériatrie plus qu'ailleurs, la prise en charge de l'entourage du patient est importante d'autant plus chez le patient confus. Elle aura un rôle à la fois informatif pour l'équipe en aidant à retracer la chronologie des troubles, et un rôle de réassurance auprès du patient agité.

«L'environnement et le contact humain sont très importants»(P2)

3.2.3 3 - La surveillance

La surveillance du patient confus occupe également une place essentielle dans nos entretiens, notamment près de l'équipe paramédicale puisque citée quatre fois sur six dont deux fois par les infirmières.

Elle est décrite par une d'entre elles : «c'est un travail pluridisciplinaire de surveiller, et de faire en sorte d'améliorer le syndrome confusionnel». La surveillance est un moment clé tant pour la prévention d'apparition de syndrome confusionnel avec les mesures déjà décrites dans le programmes Help par exemple, que dans l'éviction de complications chez un patient confus.

La surveillance du patient confus est également standardisée comprenant une surveillance de l'évolution des facteurs déclenchants, ainsi qu'une surveillance de la tolérance et de l'efficacité des thérapeutiques entreprises avec réévaluation régulière de leur indication.(44)

Nous pouvons rappeler les mesures de surveillance préconisées par l'HAS :

- surveillance clinique : paramètres généraux, élimination, douleur, hydratation ;
- symptômes de la confusion : agitation, hallucinations, trouble du rythme nyctéméral ;
- évaluation cognitive répétée, avec MMS régulier. Cette mesure est cependant à discuter puisqu'on connaît la place du MMS et surtout de son interprétation en cas de troubles de la vigilance ou du comportement. Une réévaluation neurocognitive à distance nous paraît nécessaire ;
- surveillance de tolérance et efficacité du traitement ;
- surveillance de la prescription de contention ;
- surveillance biologique et ECG ;
- surveillance de l'environnement en termes de sécurité.

Il reste cependant à souligner que toutes ces mesures non médicamenteuses ont été majoritairement décrites par les infirmières interrogées, ce qui démontre bien le rôle majeur qu'elles ont aux côtés des patients confus, en terme de prévention et diagnostic précoces.

3.2.4 Au sujet du ressenti vis-à-vis de la prise en charge de la confusion.

3.2.4 1 - Difficultés rencontrées face aux troubles du comportement

Les troubles du comportement, même s'ils sont secondaires dans la définition du syndrome confusionnel, sont au premier plan des difficultés rencontrées par le personnel quant à sa prise en charge à la phase aiguë. Les recommandations établies par l'HAS en 2009 s'intitule «Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation», ce qui témoigne de son caractère prioritaire.(43)

Cette agitation est en effet souvent mal vécue par le personnel soignant car nécessite notamment d'avoir recours aux contentions. «-Pour vous l'agitation est difficile à prendre en charge ? Ce sont des attitudes qui posent toujours souci. Si on avait tout le temps ce type de patient, ce serait dur»(P3). «Les agitations extrêmes, souvent on a du mal, tant que l'étiologie n'est pas évidente, les débuts sont souvent hasardeux».(P2)

Une infirmière explique aussi, lorsqu'on aborde les difficultés rencontrées, «si c'est une confusion simple ou avec des gros troubles du comportement, comment contenir la personne ? On est parfois obligés d'avoir recours à la phase de contention et ce n'est pas forcément pour améliorer la confusion. Cela me pose souci parce que la personne est déjà désorientée et cela ne va pas aider sa réorientation mais si c'est pour qu'elle ne se mette pas en danger ou en danger les autres, on est obligés». Cette déclaration reflète bien toute la complexité de la prise en charge des troubles du comportement avec des mesures obligatoires mise en place pour la sécurité du patient ou de son entourage et la difficulté d'acceptation de celle-ci en raison de l'atteinte à la liberté qu'elles représentent.

Une étude a été menée aux Etats-Unis par Strumpf et Evans (66) pour analyser le vécu des infirmières concernant l'utilisation de contentions physiques chez des sujets âgés en secteur aigu. Celles-ci rapporteront qu'elles concilient difficilement la contention avec le respect de l'autonomie et de la dignité de ces patients. Pour autant, en l'absence de contention, et concernant les personnes agitées, la répétition d'actes thérapeutiques de type pose de sonde urinaire, pose de cathéter veineux peuvent être vécus comme un vrai harcèlement et générer un sentiment de culpabilité. De plus il semblerait que la charge de travail générée par les patients contenus est plus importante que pour les patients non contenus. C'est pourquoi, comme nous l'avons déjà abordé, la prescription de contention ne peut s'envisager que sur une courte durée, dans l'intérêt seul du patient. On ne peut concevoir celle-ci uniquement justifiée par un manque de personnel ou par peur de suites médico-légales.

Nous pouvons à nouveau soulever le problème du manque de personnel ressenti dans les services de gériatrie, cité quatre fois sur les six entretiens. Un médecin rapporte(P2) : «Il suffit d'avoir plusieurs personnes aiguës, deux déambulants, on a un service ouvert en

plus, si vous rajoutez le patient confus, on est vite débordés». On peut toutefois se poser la question si le manque de personnel, qui est ressenti par la majorité d'entre eux, n'est pas vécu de la sorte en raison d'un manque de formation des soignants. En effet, l'équipe passerait tout autant de temps à parler, rassurer le patient, ou à le laisser déambuler en le surveillant qu'à le contentionner parfois de façon laborieuse si elle comprenait le syndrome confusionnel, ses présentations cliniques et l'enjeu d'une prise en charge gériatrique. D'autant plus que les contentions ne protègent pas de chutes, qu'elles ne sont pas dénuées de complications et que le seul argument du risque médico-légal n'est pas recevable.

Ces troubles du comportement ont également la particularité qu'ils peuvent se rapprocher de ceux que présentent une démence, rentrant alors dans le cadre des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD), et que nous revenons donc au diagnostic différentiel complexe avec le syndrome démentiel

Les symptômes psycho comportementaux de la démence comprendront en effet :

- Sur le plan comportemental : agitation, agressivité, comportement d'errance, une opposition
- Sur le plan psychotique : des idées délirantes et des hallucinations.

Jusqu'à 90% des patients déments peuvent présenter au moins un SPCD, symptômes les plus difficiles à gérer dans la maladie d'Alzheimer ou toute autre démence(67).

Les principes de prise en charge restent les mêmes que pour la confusion, se basant sur une multidisciplinarité, une prise en charge non médicamenteuse à favoriser, une utilisation de molécule à envisager avec parcimonie dans les situations d'urgence, en fonction du rapport bénéfice/risque.

3.2.4 2 - Difficultés ressenties face au diagnostic différentiel complexe que sont les troubles neurocognitifs

Nous avons déjà abordé cette difficulté dans la définition du syndrome confusionnel. Ces deux entités sont étroitement liées par leur présentation clinique, leur physiopathologie et leur substrat anatomique.

Une infirmière dit : «la reconnaissance de la confusion pose problème, la différence entre confusion et démence aussi »(P7).

La formation du personnel médical ou paramédical sera abordée par l'ensemble des participants pour expliquer ces difficultés.

Une infirmière (P6) souligne qu'elles «ne sont pas formées à la reconnaissance d'une confusion». Un médecin expliquera même «il y a un manque d'information. Ce n'est pas un problème diagnostic mais un problème pour la prise en charge des actes de la vie quotidienne, mais ça il n'y aura jamais assez de personnel pour répondre aux besoins du patient, même les besoins les plus élémentaires.»(P3)

Plusieurs études ont été menées afin de montrer l'impact positif de ce type de formation sur le diagnostic de syndrome confusionnel. Un congrès canadien, organisé par le Secrétariat International Des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone (SIDIIEF) a eu lieu en mai 2012 où un travail concernant la confusion de la personne âgée, était proposé. L'objectif de la présentation était de s'interroger quant au rôle infirmier dans la prévention et le dépistage de la confusion aiguë en faisant une revue de la littérature (68). Il était souligné à nouveau que la confusion n'est pas diagnostiquée par les équipes infirmières jusque dans 30% des cas. Cette étude recommandait un approfondissement de la formation infirmière dans l'évaluation de l'état cognitif des patients et proposait une trame de prise en charge :

Environnement de soutien	Interventions	Résultats visés
Interpersonnel	<p>Communication thérapeutique (rassurer , reconnaître les besoins et les perceptions et expliquer à l'avance les interventions)</p> <p>Explication de la confusion aiguë</p> <p>Retrospection exploratoire</p>	<p>Confort(impression de contrôle)</p> <p>Sécurité</p>
Physique	<p>Gestion de la douleur</p> <p>Mobilisation précoce</p> <p>Alimentation et hydratation adéquates</p> <p>Gestion du sommeil(idéalement sans médicament)</p>	<p>Equilibre physiologique</p> <p>Confort</p> <p>Sécurité (éviter les blessures)</p>
Sensoriel	<p>Gestion de la vision et de l'audition</p> <p>Orientation dans la réalité et visite quotidienne (membres du personnel , proches, bénévoles)</p> <p>Activités thérapeutiques (lecture, mots croisés , discussion sur l'actualité)</p>	<p>Sécurité(orientation dans la réalité)</p>

Tableau XXI : Proposition de formation infirmière

Lorsqu'on se penche sur les programmes de formation théorique dont bénéficient les médecins, on observe que démence et confusion sont deux thèmes traités encore une fois en même temps. En effet, le programme de préparation aux Epreuves Nationales Classantes comporte un Item N°63 intitulé «Confusion et démence chez le sujet âgé» , un autre item plus général est le N°199 «Etat confusionnel et trouble de la conscience».

On peut s'interroger quant à la pertinence de l'existence de deux items distincts. N'aurait-il pas été plus opportun de différencier les deux entités ? La capacité de gériatrie, abordable pour tout médecin thésé, ou les cours de formation pour le DESC de gériatrie aborderont de façon plus spécifique le syndrome confusionnel.

En ce qui concerne la formation infirmière, les programmes proposés pendant les trois ans et demi de formation n'abordent qu'une fois la maladie d'Alzheimer et une fois la

démence. Il n'y a aucun item quant à la confusion. Les infirmières ne sont pas formées de façon spécifique à la gériatrie ; il existe néanmoins un DU de gériatrie.

3.2.4 3 - Difficultés ressenties face à l'isolement social du patient

Pour deux médecins interrogés cet isolement paraissait être la principale difficulté de prise en charge du patient confus (P4-5) «la principale difficulté va être de gérer l'isolement de certains car l'entourage est primordial». L'entourage a en effet un rôle majeur pour élaborer, nous l'avons vu, la chronologie d'apparition des troubles, nécessaire pour différencier confusion et démence. Il aura également toute son importance dans la gestion des troubles du comportement. La présence d'une assistante sociale dans un service de gériatrie est donc plus que nécessaire notamment pour le recueil d'informations relatives au patient mais aussi pour organiser le devenir de celui-ci dans le but d'éviter de nouvelles décompensations menant à une nouvelle hospitalisation fragilisante. Le rôle de la filière gériatrique prend alors tout son sens nous le verrons.

Un des médecins soulignait l'avantage de l'apparition d'un nouveau logiciel qui permet d'avoir accès à l'ensemble des historiques d'hospitalisation du patient et donc l'ensemble de son suivi. « Cet outil de travail facilite énormément la prise en charge, par la connaissance des antécédents qu'il permet ». A travers ce logiciel se pose la question du Dossier Médical Personnel, dont l'utilisation n'est pas encore étendue.

3.2.4 4 - Une prise en charge pluridisciplinaire organisée autour du binôme médecin-soignant.

La prise en charge gériatrique d'un sujet âgé a la singularité d'être globale, enveloppant l'ensemble de la dimension somato-psycho-sociale de la pathologie que présente celui-ci. Elle ne peut donc être satisfaisante qu'avec l'entier concours de l'ensemble des intervenants de santé mobilisés autour de lui.

Soigner un patient âgé amène à appréhender plusieurs dimensions : la maladie, la perte d'autonomie fonctionnelle, psychique, la désafférentation sociale, la souffrance psychique ou physique ou encore la mort.

Les problèmes que soulève cette prise en charge gériatrique sont donc d'une grande diversité et ne peuvent trouver réponse que par une pluridisciplinarité.

Cette équipe pluridisciplinaire s'engage à donner aux patients des soins techniques de qualité, indissociables de soins relationnels abordables par l'ensemble des acteurs de soins (médecins, infirmières, kinésithérapeute, assistante sociale).

Le cadre de soins et le médecin auront le rôle de « chef d'orchestre » de ce même projet de soins en coordonnant l'ensemble de ces acteurs.

Lors des entretiens et notamment ceux réalisés auprès d'infirmières, le dialogue qui existe entre personnel médical et paramédical est souvent mis en avant en tant que facteur facilitant la prise en charge du patient confus. On peut citer (P6) «Ce qui facilite c'est le dialogue avec le médecin».

La prise en charge du patient confus ne peut en effet se concevoir qu'avec une surveillance infirmière sans faille, qui permettra à la fois de suivre l'évolution des troubles mais également de dépister l'apparition de symptômes chez les autres patients et de mettre en place dès leur arrivée des mesures de prévention. Cette surveillance reste abordable, non chronophage mais nécessite encore une fois une formation, une sensibilisation particulière afin d'acquérir un savoir-faire gériatrique au lit du patient.

De même cette prise en charge gériatrique ne peut se faire de façon satisfaisante sans tout mettre en œuvre pour mobiliser l'ensemble de la filière gériatrique afin d'assurer le devenir du patient et prévenir de nouvelles ruptures et décompensations.

Elle doit en effet faciliter l'accès aux personnes âgées à des soins de proximité adaptés. Au sein de l'hôpital les sujets âgés fragiles pris en charge en dehors d'un service spécialisé de gériatrie sont nombreux et c'est là également le rôle de l'équipe mobile de gériatrie de mobiliser l'ensemble de la filière pour proposer les soins les meilleurs dans l'intérêt du patient, (réseau gériatrique, CLIC par exemple). Il est également du rôle d'un service de gériatrie de diffuser les bonnes pratiques gériatriques en favorisant l'interdisciplinarité, après la pluridisciplinarité, et le compagnonnage entre différentes pratiques spécialisées et la coordination entre tous les partenaires.

Des réunions d'information au sein des hôpitaux paraissent donc nécessaires pour la bonne diffusion de ces pratiques.

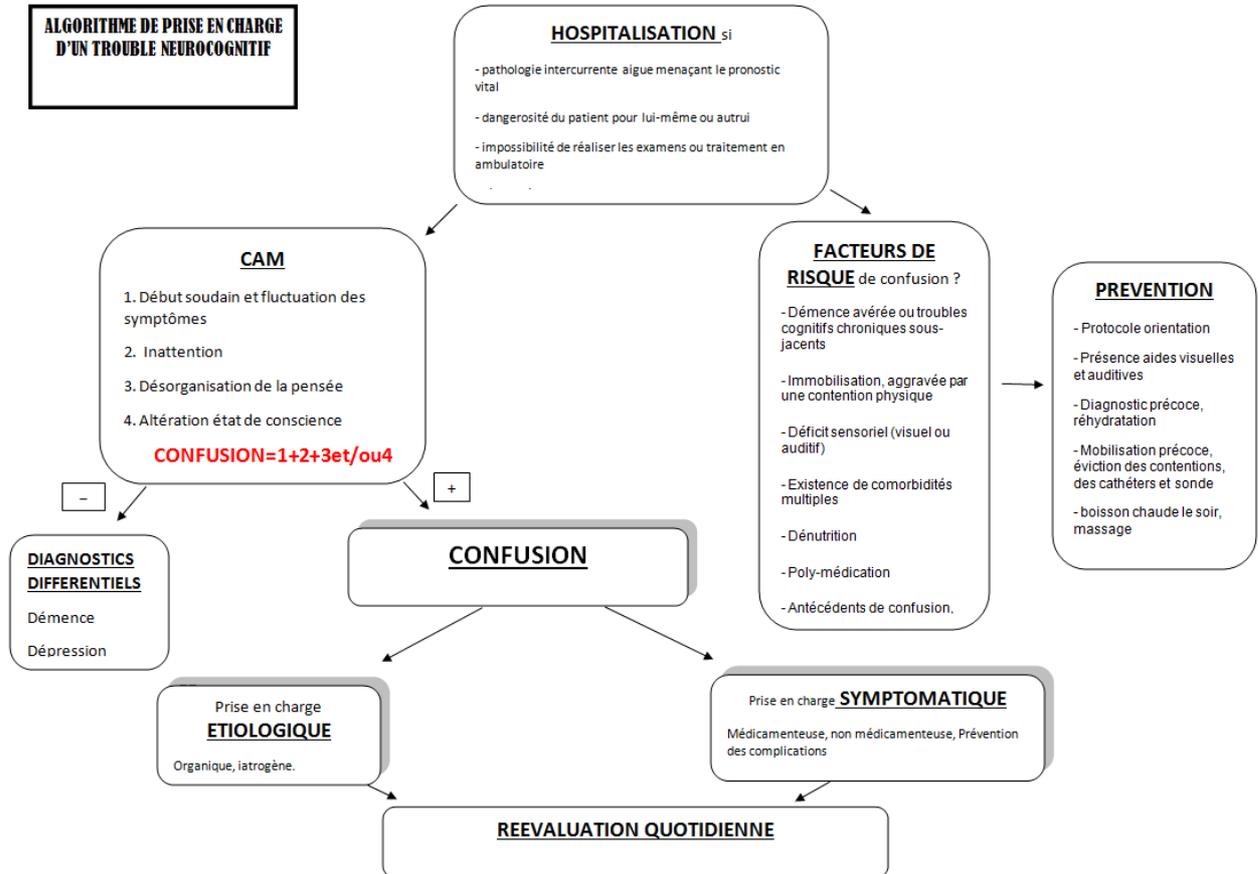
Nous soulignons la création à Metz depuis 3 ans de réunions ayant lieu tous les trois mois, réunissant l'ensemble des gériatres de la région messine, exerçant tant en service de court que moyen séjour ou EHPAD. Ces réunions sont l'occasion d'inviter des intervenants extérieurs, spécialisés par exemple en dermatologie, en diabétologie, afin d'uniformiser les prises en charge gériatriques proposées aux patients.

La pratique de la gériatrie est donc sans limites de compétences, sans frontières de spécialités, organisant un ensemble d'acteurs agissant dans le même but: le patient.

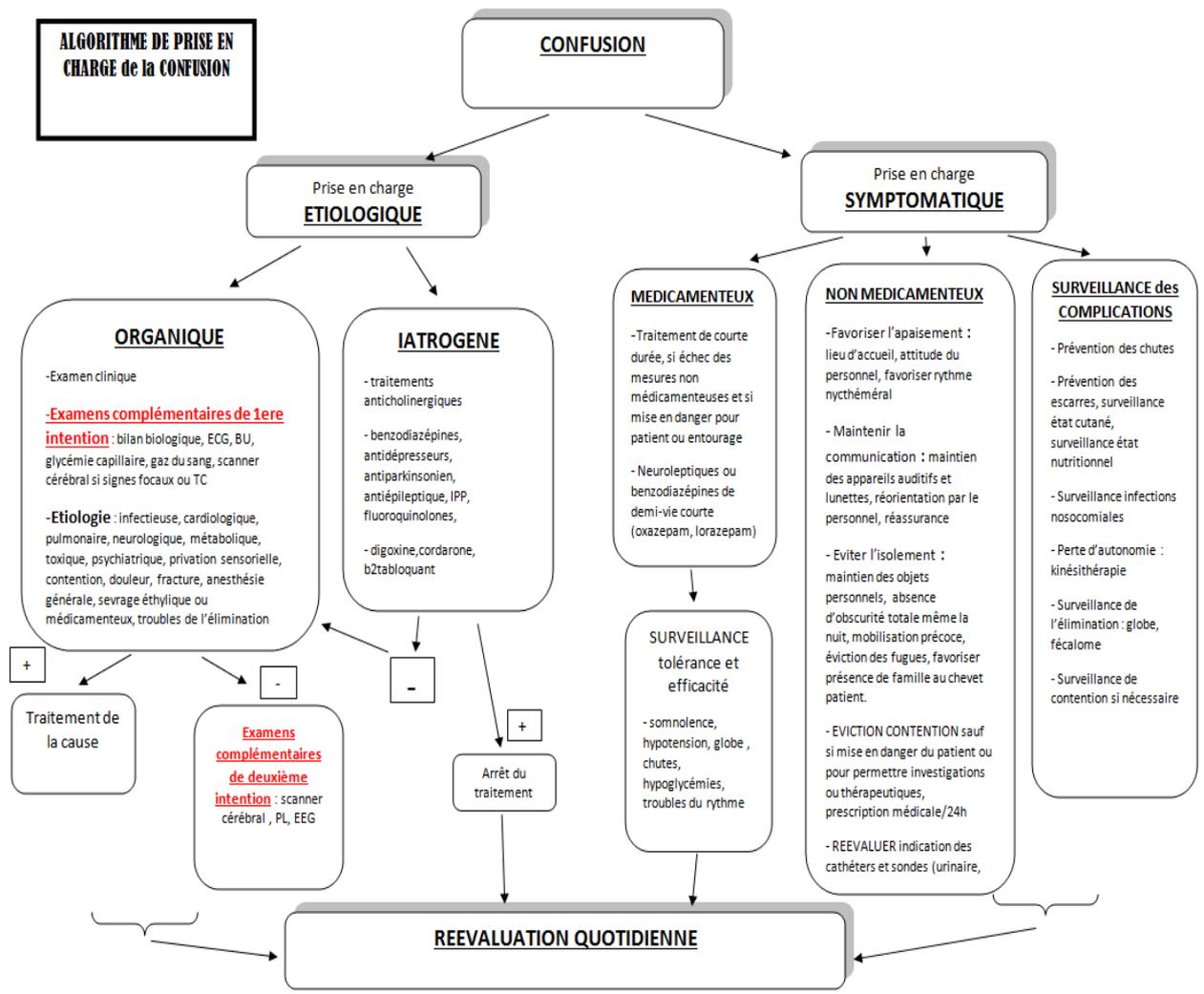
La confusion est un exemple de prise en charge gériatrique du patient âgé fragile que nous avons constatée comme problématique au sein de notre unité. Nous avons souhaité à travers ce travail proposer une piste d'amélioration de sa prise en charge en proposant un exemple d'algorithme, permettant d'organiser une conduite à tenir pratique pour l'ensemble des acteurs de soins.

Celui-ci pourrait être proposé au sein du service dans lequel nous travaillons, mais pourquoi pas envisager sa diffusion à la pratique de l'équipe mobile de gériatrie et à travers elle à l'ensemble des services. Son efficacité pourrait être l'objet d'un travail futur.

3.3 PROPOSITION D'ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE



ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE de la CONFUSION



CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de s'intéresser à la connaissance du syndrome confusionnel par des médecins gériatres ou infirmières travaillant en service de médecine gériatrique aiguë et de mettre en avant les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer ou au contraire ce qui facilitait leur pratique quotidienne dans ce domaine.

Concernant le diagnostic de la confusion, la problématique soulevée par l'ensemble des participants est la difficulté de différenciation entre confusion et trouble neuro-cognitif, deux entités partageant une physiopathologie proche.

La *Confusion Assessment Method* est encore peu utilisée, outil cependant intéressant pour éviter cet amalgame.

Par ailleurs si les facteurs déclenchants de la confusion sont en général bien connus et reconnus, nous avons pu constater que les facteurs favorisants et donc le terrain sur lequel apparaît la confusion pose souvent question. La reconnaissance des critères de fragilité gériatrique, préambule à toute prise en charge gériatrique apparaît donc primordiale.

Concernant la prise en charge du patient confus, la principale difficulté rencontrée reste la prise en charge des conséquences de la confusion, notamment en termes de trouble du comportement, plus que la prise en charge étiologique qui est en général bien maîtrisée. L'utilisation des contentions est en effet souvent mal vécue.

Cette étude a permis de mettre en évidence également que la surveillance du patient confus doit être au cœur des préoccupations de l'équipe soignante complète.

Cette prise en charge est en effet pluridisciplinaire, avec une relation médecin-soignant mise en avant.

Notre objectif était également de pouvoir apporter des pistes d'amélioration en nous reposant sur les propositions faites par les participants. La formation médicale et paramédicale est au centre de ces dernières.

Nous avons donc proposé de mettre en place un protocole de reconnaissance et prise en charge de la confusion au sein de notre service, dont l'efficacité pourrait être évaluée lors d'une prochaine étude.

ANNEXES

ENTRETIEN P1

Q1 : Que savez-vous du syndrome confusionnel chez la personne âgée ?

P1 : Le syndrome confusionnel, bien sûr, qu'est-ce que je peux donner comme élément ? La confusion c'est une réponse inadaptée par rapport à un questionnement dont l'étiologie peut être différente. C'est toute la différence entre la notion de démence et la notion de confusion.

C'est l'apparition qui est brutale mais on sait que dans la iatrogénie on peut avoir une installation progressive.

Q2 : Vous avez une idée de sa prévalence ou incidence ?

P1 : C'est fréquent mais je n'ai pas d'idée de prévalence. Puisque les patients qui arrivent pour des syndromes infectieux par exemple peuvent être confus, ou pour des problèmes de rétention.

Q3 : Vous avez une idée quant aux facteurs déclenchants et favorisants, faites-vous la différence ?

P1 : Un facteur déclenchant, tout processus infectieux ou thérapeutique peut être considéré comme un facteur déclenchant. Un facteur favorisant c'est très probablement les syndromes dépressifs, l'isolement du sujet âgé, ou des pathologies chroniques décompensant fréquemment qui oblige à des hospitalisations répétées.

Q4 : Spécifiez-vous les critères de fragilité gériatrique à l'admission des patients?

P1 : J'insiste énormément sur les critères de fragilité gériatrique, ils sont recherchés systématiquement et apparaissent sur nos courriers de sortie.

Q5 : Sur quel référentiel vous basez-vous ?

P1 : Sur aucun, et c'est ce qui est bien malheureux. Il y a la Cam qui existe mais qui n'est absolument pas utilisée ici.

Pour moi je considère que tout ce qui n'est pas dément est confus jusqu'à preuve du contraire.

Le patient non défini comme dément au sens strict du terme doit être considéré comme confus jusqu'à preuve du contraire.

Q6 : Que pensez-vous de la prise en charge du syndrome confusionnel dans le service, est-ce que le diagnostic est suffisamment fait ?

P1 : La prise en charge n'est pas adaptée parce que le diagnostic de confusion est donné de façon erronée par excès ou par défaut en fonction des connaissances de chacun, il n'y a pas de protocole établi, par contre le diagnostic autre que celui d'une confusion est aisé car il y a un suivi médico-soignant au lit du patient qui est important.

Tous les critères infectieux, iatrogènes, sont assez bien surveillés, la surveillance neurologique aussi.

Sur le plan étiologique, on n'est pas mal je trouve.

Q7 : L'étiologie est donc mieux connue que le diagnostic ?

P1 : Exactement

Q8 : Quelle est la prise en charge ?

P1 : Elle n'est pas protocolisée.

La prise en charge est traduite par le personnel qui ne connaît pas la confusion par des troubles du comportement, un état d'agitation.

Ca va se traduire par des contentions inappropriées et une prescription souvent la nuit par une sédation qui n'est pas très importante mais qui existe, par des neuroleptiques par exemple ou benzodiazépines.

Il n'y a pas de réflexion infirmière sur la stratégie étiologique d'une confusion proprement parlé.

Le patient est confus et agité, il faut que je le calme pour qu'il ne tombe pas

Il y a une réflexion sur les conséquences de la confusion plus que sur les étiologies, une rétention, un fécalome, une hyperthermie, une déshydratation.

Parce que les le personnel n'est pas formé.

Q9 : Y a-t-il une prise en charge non médicamenteuse ?

P1 : La prise en charge non médicamenteuse n'est absolument pas pratiquée.

On s'en rend compte.

Q10 : Selon vous, quelles sont les difficultés pour le diagnostic ?

P1 : La méconnaissance du syndrome confusionnel, l'absence de protocole établi et une charge de travail gériatrique soignant lourde qui oblige les soignants à ne gérer les processus que les plus urgents.

Q11 : Y a-t-il des choses qui facilitent la reconnaissance, on a déjà parlé de la bonne communication entre personnel médical et paramédical ?

P1 : Il y a une alerte précoce par le personnel sur le comportement de la personne âgée hospitalisée et ceci dans les formes gênantes, hyperactives.

La confusion apathique, on va l'oublier.

Pour les autres on aura une alerte plus rapide.

Q12 : Quelles sont vos propositions d'amélioration ?

P1 : La formation de tout le personnel, l'élaboration de protocoles et la mise en avant de critères d'alerte, de fragilité des personnes âgées qui peuvent être à l'origine du syndrome confusionnel.

Q13 : Quels seraient ces critères d'alerte ?

P1 : Les troubles de l'alimentation, de la déglutition, ça peut être les troubles de l'élimination avec les rétentions, les fécalomes, les constipations opiniâtres.

La médication.

Les traitements neuroleptiques, somnifères, benzodiazépines, certains antibiotiques comme les *quinolones* sont confusiogènes, les antiépileptiques.

Certaines pathologies neurologiques, comme les Parkinson, ou neuro psy.

Q14 : Pour vous, ça serait de mettre en place une fiche d'alerte pour le patient avec tous ces critères

P1 : Non, ça serait plutôt former les gens.

Je pense que sensibiliser les gens me paraît suffisant.

Ensuite c'est former sur le diagnostic de la confusion en mettant en place la Confusion Assessment Method. On la met en place et on voit ce qui se passe.

Et en dernier c'est former le personnel sur la prise en charge non thérapeutique d'une problématique confusionnelle en passant en revue systématiquement les facteurs favorisants.

Q15 : Y a-t-il des choses non médicamenteuses qui pourraient être mises en place dans votre service ?

P1 : Oui, la gestion de choses simples comme la douleur, le suivi alimentaire avec l'aide alimentaire et la surveillance de l'hydratation, le suivi des éliminations.

Ensuite c'est très certainement la mobilisation des patients, la mise au fauteuil, le recours aux contentions de façon réfléchie.

Tout ceci, ce sont des choses qui n'occupent pas plus le personnel.

Après on pourrait mettre en place d'autres choses, comme les blouses roses.

L'horloge dans la chambre ça fait longtemps qu'elles doivent être accrochées mais elles ne sont toujours pas accrochées depuis le déménagement, pareil pour les tableaux blancs.

Pour le sommeil, quand je passe la visite et que je vois quelqu'un dormir, je demande comment s'est passée la nuit, et qu'on me répond «oh ça a été le bazar», ben je leur demande de stimuler le patient, c'est la stimulation diurne qui est importante.

Q16 : Au sujet de la iatrogénie ?

P1 : Tous les traitements sont à risque iatrogène chez le sujet âgé.

On ne va pas aborder tous les sédatifs, neuroleptiques, antidépresseurs, mais aussi la *Cordarone*, tous les traitements qui vont avoir un impact sur la fonction rénale parce qu'on sait que quand l'urée monte, il y a un syndrome confusionnel qui peut s'installer par une diminution de la vigilance.

Tout ce qui peut être à l'origine d'une baisse de la vigilance, cardiaque, ou hépatique, ou rénal peut être à l'origine d'une forme de iatrogénie avec syndrome confusionnel secondaire .

Entretien P2

Q1 : Quelle est pour vous la définition du syndrome confusionnel ?

P2: C'est une altération du niveau de vigilance, des difficultés d'adaptation du patient, des difficultés à reconnaître l'environnement, à s'exprimer correctement, avec un certain trouble de la vigilance, une alternance d'un état d'éveil et de somnolence.

Sur le plan moteur, on retrouve souvent une hypotonie généralisée, des propos incohérents ou décousus, parfois une agitation, soit spontanée soit à la moindre stimulation.

Q2 : Connaissez-vous des facteurs favorisant le syndrome confusionnel ?

P2 : On va balayer large (rire)

Q3 : Vous faites la différence avec les facteurs prédisposants ?

P2: La limite est difficile à déterminer. Les facteurs favorisant sur le plan social par exemple, souvent, c'est la solitude, l'isolement du patient.

Les facteurs de risque de toute pathologie somatique, maladie vasculaire, toutes les maladies qui peuvent retentir sur l'état de vigilance, de type cardiopathie, maladie cérébrale.

Les psychopathies sont favorisantes.

Q4 : En terme d'échelle d'évaluation ?

P2 : On se contente du Glasgow, nous n'avons pas d'outil de travail, on est plus clinique. Le MMS en cours de séjour est infaisable, le patient a des troubles de l'attention, de la concentration, le MMS va être vite raccourci.

Q5 : Est-ce que vous utilisez la CAM ?

P2: La psychologue va l'utiliser. Quand l'étiologie est évidente, nous ne la sollicitons pas, on traite la pathologie organique. Dans les 24-48 h on doit avoir un patient qui s'améliore.

On sollicitera la psychologue quand le syndrome confusionnel apparaît sur terrain de démence préexistante.

Q6 : Est-ce que vous réévaluez les patients qui ont présenté un syndrome confusionnel ?

P2 : Systématiquement tous les jours pendant l'hospitalisation.

Parfois le travail est même déjà fait en amont aux urgences, à l'UHCD, on donne des consignes de traitement ou de prise en charge quand on n'a pas de lit disponible et qu'on récupère le patient le lendemain. On entame la prise en charge avant l'arrivée dans notre service. On intervient en tant que gériatre dès les urgences sur sollicitation. Si les urgences nous appellent, c'est impossible de passer systématiquement. J'étais seul médecin pour 23 lits, je ne pouvais pas me permettre de passer systématiquement aux urgences.

Q7 : Utilisez-vous les critères de fragilité gériatrique dans la pratique quotidienne ?

P2 : On les évoque, le grand âge, la dénutrition, le bas débit. Ils ne sont pas mentionnés dans un item spécifique mais on fait un petit rappel. S'il est confus parce qu'il a 6 de tension c'est évident, on ne les énumère pas. C'est assez spécifique pour chaque patient.

Q8 : Que pensez-vous de la prise en charge du syndrome confusionnel dans votre unité, est-ce qu'elle permet de prendre en charge de façon satisfaisante le syndrome

confusionnel ou au contraire il y a des cas qui ne sont pas diagnostiqués, ou une prise en charge retardée ?

P2 : Mon principe est que je ne suis jamais satisfait.

Pour les reproches, tout le monde est concerné, depuis le domicile à l'arrivée dans le service jusqu'à la sortie.

On essaie de proposer une prise en charge optimale.

Le patient est vite accueilli dans une structure adaptée, mis en confiance. On essaie de le mettre dans une chambre apaisante, de s'adapter au profil du patient. Il y a des personnes qui sont solitaires et n'accepte pas que beaucoup de personne s'occupe d'eux ou alors il y a des personnes qui aiment être théâtrales, aiment le contact. On peut être théâtrale dans un syndrome confusionnel, parfois la confusion est joviale. Celui-là est un chef d'orchestre, il n'y a rien d'incohérent, ça peut être les prémices d'un AVC par exemple.

C'est donc une prise en charge individuelle, orientée en fonction de la pathologie déclenchante. Il faut mettre en confiance le patient, le mettre en sécurité, il faut donc faire attention à tous gestes ou toute attitude autours du malade pour qu'il ne soit pas agressé, qu'il ne se fasse pas mal, qu'il respecte son environnement.

On peut prescrire tout ce qui est barrière au lit, contention, tout cela est à gérer de façon individuelle en pesant le rapport bénéfice/risque.

Q9: Pour les contentions, vous réévaluer les prescriptions ?

P2 : On n'est pas facile pour les contentions. Les gens pensent qu'en attachant les gens le problème est réglé, ce qui est une fausse interprétation, souvent un peu de liberté au malade le calme.

Quand on est dans un état d'agitation psychotique, délirante, incontrôlable, la simple déambulation va le fatiguer, avec un débit cérébral un peu plus raisonné on arrive à approcher le patient pour pouvoir identifier sa maladie. Les contentions ne sont pas systématiques. Cela reste sur prescription médicale, elles sont souvent demandées par l'équipe mais évaluées par le médecin et prescrites par le médecin. Il y a une prescription informatisée comme tout autre traitement sur notre logiciel Pharma. On renseigne le territoire à contentionner, si c'est une ceinture ventrale, les poignets ou le tout. Il n'y a pas d'autre protocole de surveillance.

Ca ça reste la contention mécanique, il y a aussi la contention chimique. Tous les psychotropes qu'on peut utiliser. Ils sont rarement utilisés dans la phase aiguë.

Q10: Y-a-t-il d'autres mesures que celles médicamenteuses que vous utilisez ?

Médecin : L'environnement est important, une chambre avec un peu de pénombre, ça apaise le patient. La température de la chambre doit être étudiée. On a besoin du témoignage de la famille pour connaître les habitudes des patients. La température de la pièce a son rôle. La lumière de la pièce a son rôle. Certaine couleur aussi.

On essaie de s'adapter, de voir les habitudes du patient, surtout si celui-ci a déjà une pathologie cérébrale dégénérative et qu'il a du mal à s'exprimer, on demande alors aux familles comment ils vivent. L'étude de la chambre en elle-même est très importante.

Le bruit et tout ce qui est sollicitation, que ça soit visuelle ou sonore, sont pris en charge. Quand on touche le malade, on demande de faire attention par exemple à la température de l'eau pour la toilette, une température trop froide pouvant être vécue comme une agression, et donc on a une agitation qui n'est pas une agitation contrôlée.

L'habillement pareil, si l'infirmière a identifié les points douloureux de la personne ; on n'habille pas quelqu'un qui a beaucoup d'arthrose comme quelqu'un de souple. Le rôle du médecin est d'identifier le syndrome confusionnel pour transmettre la prise en charge à l'équipe qui va assurer les besoins du patient.

On est dans une démarche diagnostic.

Q11: Y- a- t-il des difficultés à la prise en charge ?

P2 : Il y a quelques difficultés.

Le manque de personnel : il suffit d'avoir plusieurs personnes aigues, deux déambulants, on a un service ouvert en plus, si vous rajoutez le patient confus on est vite débordé. Par exemple ce matin, on a eu un patient qui a évacué son hémorosinus, il fallait une IDE pour l'aspirer, une aide-soignante pour le changer, un médecin pour le surveiller. Trois personnes avec un seul malade et on a deux déambulants qu'on va chercher tout le temps. Si on rajoute un patient déambulant, on serait limite efficace et vite débordé.

Les agitations extrêmes tant que l'étiologie n'est pas évidente, souvent on a du mal, les débuts sont souvent hasardeux et agités

La difficulté, elle réside dans l'approche du patient, de connaître le patient pour pouvoir l'aborder. L'environnement, on arrivera toujours à s'arranger dans le service. Mais le tout est de savoir qu'est ce qui a déclenché cette confusion, avoir le témoignage de la famille, pour les 10 % on a la famille présente à l'admission, mais souvent ils n'arrivent que le lendemain.

Q12: Pour vous l'interrogatoire de la famille est primordial ?

P2: Oui, si le malade était correct la veille, que la famille nous dit qu'il faisait ses courses, qu'il conduisait sa voiture et que le matin même on le retrouve confus et agité en train de courir dans la rue ou si on ne sait rien, c'est différent. Les difficultés sont les mêmes pour tout le monde pour le syndrome confusionnel.

Les difficultés pour le médecin, c'est le diagnostic, le diagnostic au pied levé de pathologies qui parfois n'attendent pas, comme des maladies vasculaires. On a peur de passer à côté d'un infarctus, d'un trouble du rythme grave.

Q13: Il y a souvent l'amalgame entre confusion et démence, qu'en pensez-vous ?

P2 : Effectivement, il y a deux type de confusions, celle avec démence, celle sans démence, c'est d'ailleurs une différence qu'on fait avec le PMSI. A partir du moment où on a identifié le profil de confusion, je pense que la démarche diagnostic va vite. Nous, on a un logiciel qui nous permet depuis n'importe quel ordinateur de l'hôpital d'avoir accès, même aux urgences, au dossier du patient ainsi qu'à ses antécédents. On peut tomber sur les courriers du patient, savoir qu'il était en psycho-gériatrie par exemple, c'est un dément, c'est un alcoolique, c'est un vasculaire. La pathologie cognitive cérébrale peut déjà être identifiée, ou le patient peut sortir du service de court séjour, qu'il n'y a rien à voir avec quelque chose de cognitif, on est plus sûr de l'organique. Il suffit de voir l'ordonnance de sortie du patient, voir les modifications pour voir par exemple que le patient peut être déshydraté parce qu'on a majoré ses diurétiques.

Cet outil de travail facilite énormément la prise en charge, par la connaissance des antécédents qu'il permet.

Pour quelqu'un qu'on découvre aux urgences ou dans un autre service de Bel Air, c'est vraiment ce logiciel qu'il faut savoir utiliser. Je priorise plutôt ce logiciel que le témoignage de la famille parce que le logiciel fait référence au courrier élaboré par un médecin, qui fait suite à une longue prise en charge, il y a une synthèse sur la pathologie, sur le traitement, sur l'équilibre de l'ordonnance de sortie, ça reste assez professionnel et plus précis que le témoignage d'un enfant qui voit son père une fois dans l'année.

Dx-care nous a en effet permis de changer la prise en charge.

Les urgences se font souvent avoir pour les ruptures de maintien à domicile. La famille laisse le grand père le samedi soir aux urgences, confus et agité, on se demande ce qui lui arrive. Quand on va sur dx-care, on se rend compte que le problème est connu, déjà réglé, que dans la lettre de sortie il a déjà des réponses. Le patient n'a donc pas à passer plus de

6 h aux urgences sur un brancard, en un quart d'heure ça doit être réglé, tant que la famille est encore sous le coude.

Leur dire qu'il faut reprendre le grand père, qu'il s'agit d'une prise en charge qui ne relève pas des urgences mais d'une prise en charge programmée s'il le faut. Le lundi le médecin traitant appelle le médecin hospitalier pour gérer l'hospitalisation .

Q14: Avez-vous des propositions d'amélioration au sein du service ?

P2 : La prise en charge doit toujours être améliorée. Maintenant par rapport aux différentes catégories professionnelles :

- le médecin doit donner toute son attention pour évoquer le diagnostic et être rapide pour la mise en route du traitement, ça c'est le béa-ba.

- L'équipe, il faut qu'elle soit professionnelle, qu'elle ne se mette pas en échec devant chaque confusion où on a l'impression de ne pas voir le bout du tunnel .

On peut améliorer l'accueil du patient, la mise en confiance, savoir parler son langage, le comprendre, pouvoir identifier l'origine du trouble.

L'environnement et le contact humain sont très importants.

Après les thérapies sont patient dépendant, ça va dépendre du contexte. Ce sera une prise en charge étiologique : un dément qui s'agite, aller voir si douleur, globe vésical, fécalome, douleur arthrosique, une fracture qui n'est pas visible sur le plan clinique.

Il faut éliminer dans un premier temps les petites choses du quotidien d'un gériatre, s'il n'y a rien, on est certain qu'on est sur la confusion du dément. Parce qu'il y a eu un chamboulement dans sa vie, dans son quotidien, on l'a changé de repères, de domicile , d'habitude, on l'a changé de personnel . Il suffit qu'un dément quitte son domicile pour arriver dans une institution pour qu'il soit complètement désorienté. Certaine famille pense bien faire. Je connais un patient qui passe sa matinée chez une fille, l'après-midi chez une autre, et on lui demande de s'adapter.

Q15: Avez-vous formé le personnel de façon spécifique ou est-ce à votre contact quotidien qu'il s'est formé ?

P2 : Le personnel a ses habitudes par rapport au syndrome confusionnel, le médecin est important pour la prise en charge. C'est en fonction de l'étiologie qu'on met en route la prise en charge.

Par exemple, un patient qui arrive pour une fièvre, la fièvre avec toutes ses conséquences l'état de choc, l'hypovolémie, le médecin doit donner une conduite à tenir à l'équipe.

Dans la phase aiguë, le malade est très actif sur le plan physique, il bouge, la contention a un rôle thérapeutique. Les abords veineux à la phase aiguë est très importante pour l'hydratation, utilisation de macromolécule, les antibiotiques.

La confusion peut être aussi évacuer un fécalome, il faut avoir l'art et la manière de l'évacuer.

L'étiologie est donc importante avec une prise en charge par l'équipe spécifique dictée par le médecin .

L'AVC a la phase aiguë, s'il y a un pic hypertensif, il y a une agitation, l'urgence est de ramener la tension à des chiffres acceptables avec des médicaments hypotenseurs dont l'utilisation est réglée par des protocoles affichés dans le service.

Il faut troubler l'étiologie et, une fois qu'on a le diagnostic, on met en route la thérapeutique qu'on explique à l'équipe, l'intérêt de ce que je fais et l'importance de telle ou telle drogue.

Il faut savoir s'adapter.

Pour les étiologies, on peut les énumérer toutes, AVC, TC, AVC hémorragique, tumeur décompensée, avec effet d'engagement, tout ce qui est cardio-vasculaire avec bas débit IDM, trouble du rythme, EP sévère.

Sur le plan pulmonaire, toutes les pneumopathies, les BPCO décompensées avec hypoxie.
Sur le plan infectieux, les pyélonéphrites.

Q16: Au niveau de la iatrogénie, quelle est sa place ?

P2: C'est bien que tu l'évoques (rire)

Nous, on arrive au carrefour des prescriptions que nos amis spécialistes vont faire chacun dans leur coin. Rares sont ceux qui ont la fibre gériatrique qui vont se limiter..., vont penser à la répercussion sur la fonction rénale par exemple.

La règle est donc de démaquiller le patient totalement quand il y a un syndrome confusionnel et tout reprendre à zéro.

Il suffit de passer quelques heures avec un patient démaquillé de ses traitements habituels, réhydraté, avec un meilleur profil hémodynamique, souvent à une petite amélioration.

La iatrogénie c'est la règle absolue !

Q17 : Appelez-vous systématiquement le médecin traitant du coup pour avoir plus de précision ?

P2: On le contact quand il le faut parce que sinon on n'a pas fini. Quand ils répondent et quand ils sont joignables.

Ma façon la plus efficace c'est de dire à la famille de me ramener tout le sachet des médicaments

Je ferai, moi, le tri en fonction de ce qui est récent ou ancien, là c'est plus efficace. Quand on tombe sur le remplacement qui ne connaît pas le patient, ou un patient qui consulte peu, ou les médecins de garde on des éléments de réponses des fois erronés ou qui nous font perdre du temps et le syndrome confusionnel n'attend pas

Q18: Quand vous remarquez qu' il y a iatrogénie, appelez- vous le médecin pour l'informer de l'arrêt des traitements en causes ?

P2 : On reste diplomatique.

La lettre de sortie le dit. On reste déontologique.

J'évoque la clinique qui évoque la iatrogénie, on lui dit que le traitement a été réaménagé. Après d'où vient la iatrogénie excessive ? Du patient, de la pression de son entourage, il y a des patients qui butinent les médecins de garde et les hôpitaux.

Pour les autres difficultés, il y a les difficultés d'accès au plateau technique. Les nouveaux médecins ont du mal à avoir la notoriété nécessaire pour avoir les arguments vis-à-vis des autres collègues. C'est quasi systématique, l'interne n'arrive rien obtenir.

Entretien P3

Q1 : Que savez-vous du syndrome confusionnel ?

P3 : Est-ce que vous pouvez préciser, vous voulez la définition ?

Q2 : Pour vous qu'est-ce qu'un syndrome confusionnel ?

P3 : Oui, c'est une altération en principe temporaire des facultés cognitives, donc plus ou moins de degré sur la désorientation, sur la mémoire, sur les fonctions exécutives.

Q3 : Ca se traduit comment sur le plan clinique pour vous ?

P3 : Donc altération des fonctions cognitives, ça va être ce que je vous dis, une désorientation, trouble mnésique, trouble des fonctions exécutives c'est le principal. Il peut y avoir des troubles du comportement plus ou moins importants. Agitation, opposition, agressivité.

Après les hallucinations, je ne sais pas si elles en font partie ?

Q4 : Après est-ce que pour vous, quand quelqu'un arrive dans votre service, y-a-t-il des gens plus susceptibles que d'autres ? On parle de facteurs favorisant ou déclenchants, est-ce qu'il y a des personnes chez qui vous allez être plus en alerte, plus vigilants ?

P3 : Alors on ne le voit pas forcément tout de suite au départ parce qu'on ne connaît pas tout de suite la personne, on ne peut pas savoir le degré de démence sous-jacente. Parce qu'une démence n'est pas forcément confuse. C'est pour ça que des fois, avec le recul, on peut se dire que cette personne était finalement confuse.

Quand on voit qu'on récupère, qu'il y a une amélioration tout dépend du degré de démence sous-jacente ou du degré de nouveau palier de démence que la personne vient de franchir avec une partie de restitution, de recouvrement de faculté qui ne sera pas à 100 % de ce qu'il avait avant sa confusion.

Si vous parlez de facteur favorisant, oui la démence est un facteur favorisant de faire plus fréquemment un syndrome confusionnel

Q5 : Y-en-a-t-il d'autre ? Dû à la personne ?

P3 : Oui

Q6 : Est-ce qu'il y a un terrain favorisant

P3 : L'hypocoïdie, baisse d'acuité visuelle (hésitations)

Q7 : Et au niveau des pathologies aiguës, êtes-vous plus vigilant ?

P3 : On n'est pas plus vigilant, on prend comme c'est.

Un AVC (hésitations) ,en fait toutes les pathologies, l'insuffisance cardiaque, la déshydratation, (hésitation) une infection respiratoire... Après ça ce sont les diagnostics que nous avons le plus souvent.

Après, il y a les pathologies en cause. Donc là, il y en a beaucoup.

Moi j'ai un check up pour les rechercher. Après ça dépendra du terrain et de ce que je vais suspecter et pourquoi.

Donc, bien sûr, d'abord, il y a la biologie, comme partout. Donc l'insuffisance rénale et la déshydratation.

Dans la biologie, il y a aussi, mais ça c'est moins fréquent, l'insuffisance hépatique. Eventuellement on a une insuffisance cardiaque avec une insuffisance coronarienne.

Après il y a le syndrome infectieux avec la PCR et les leuco.
Après dans les constantes, l'hyperthermie, l'hypotension, la désaturation.
Donc, on va rechercher le globe, ici on a un bladder scan et on s'en sert toute la journée, et il y en faudrait plusieurs.
Ensuite, il y a le fécalome, c'est hyper fréquent, ou la stase stercorale très sévère.
Moi je demande beaucoup d'ASP et j'ai plein de surprise.
Et les dernières fois, j'ai eu beaucoup de patients adressés pour diarrhées et en fait c'était des fausses diarrhées, y en a même on commence des recherches de clostridium, on les met en isolement, et bon (sourir). Il y en a beaucoup ces derniers temps. Bon ça c'est le hasard. Le fécalome, la stase stercorale y en a plein.
En dehors des pathologies qu'on essaie tout de suite d'éliminer dans la confusion, il y a le changement d'environnement, la perte des repères habituels.
C'est pour ça que c'est, ça c'est je sais pas, 60-70% des personnes concernées.

Q8: 70% de personnes seraient confuses pendant l'hospitalisation à cause du changement de repère?

P3: Oui, c'est plus de la moitié à mon avis. Chez les personnes extrêmement fragiles. Peut-être que j'exagère un peu. Des fois ce sera léger.
Après le syndrome anxio-dépressif, quelqu'un qui est très anxieux ça va se rajouter à la survenue d'une confusion.
L'examen au départ que je fais n'est pas forcément très poussé pour les fonctions cognitives j'entends. .. ça peut être juste, «savez-vous où on est» ou des questions très simples juste pour débrouiller.

Q9: Est-ce que vous relevez tout ce qui est critères de fragilités gériatriques, est ce que vous le tracez dans le dossier du patient ?

P3: Quand je faisais des consultations mémoires, c'était systématique.
Par contre à perte pondérale, c'est systématique, on trace (attente).

Q10: Avec la perte pondérale, il y a d'autres critères ?

P3: Je les connais mal (hésitation)
Il y a les troubles de la marche.

Q11: et puis quoi encore ?

P3: Moi je suis passionnée par l'iatrogénie, je travaille énormément là dessus
J'ai fait une EPP sur la prescription chez la personne âgée, en collaboration avec Sylvie Legrain de l' HAS.
Je me bats avec mes collègues pour trier l'ordonnance à la sortie du patient.
Dans le courrier pour le médecin traitant, je mets toujours pourquoi j'ai prescrit telle ou telle chose, par pathologie.
C'est quasi systématiquement.
Je me pose la question, je fais le ménage sur l'ordonnance.
Quand j'ai pas forcément le temps d'appeler le médecin traitant, je fais un point d'interrogation à côté du traitement.
Je spécifie aussi sur l'ordonnance la surveillance nécessaire, ou s'il faut revoir l'indication à distance.

Q12: Vous arrivez à contacter les médecins traitants ?

P3: Quand c'est vraiment important. J'essaie de mettre des associations car il y a moins de prise médicamenteuse.
Il y a beaucoup d'aberration.

La *Digoxine*, par exemple, il y en a beaucoup trop. Après c'est pas facile d'arrêter certain traitement en ville.

Q13 : Pour ce qui est du diagnostic de la confusion, est ce que vous utilisez la CAM ?

P3 : Je ne connais pas .Si ça apporte du plus. Je sais que pour tout ce qui est iatrogénie il y a des listes, (hésitation), il y a la liste Laroche.

Q14: Vous arrivez à contacter le médecin traitant pour les modifications de traitement ?

P3: Il y a le courrier.

On a beaucoup travaillé avec notre groupe de travail avec les médecins généralistes sur les neuroleptiques.

Q15: Est-ce que la prise en charge de la confusion est-elle adaptée dans le service ?

P3: On essaie, quand une personne est agitée parce qu'elle souhaite quelque chose, de répondre à sa demande. Pour diminuer l'intervention médicamenteuse.

Ensuite, les problèmes de contention, tout est tracé dès qu'on en met une. On le prescrit sur notre dossier informatisé et sur une feuille de prescription dans le service, ça devrait être réévalué tous les jours mais c' est impossible.

Tous les vendredis, je revois les prescriptions, avec l'équipe.

Donc pour les contentions, le cas le plus ultime est celui où il faut les contentions aux poignets.

- Ou il faut passer un cap, il faut par exemple une voie intra veineuse, on mettra deux poignets, mais c'est rare.

- Ou alors le patient est trop agité, il ne va pas le supporter, on se replie sur d'autres solutions, la sous cutanée dans le dos, par exemple, pour essayer qu' il y ait le moins de contention possible.

(Hésitation)

Pour les contentions au lit, pour les personnes qui passent au dessus des barrières, on a trouvé un bon système : ou on ne met pas de barrière, ou on met securidrap, ce qui est bien parce que la personne a les jambes libres. Après c'est à réévaluer. La personne est quand même plus libre .

Au fauteuil, c'est la ceinture pelvienne et il faut mesurer le risque de chute.

Ces derniers temps, on était confronté au problème de déambulation. Les personnes peuvent être amenées à déambuler parce qu'ils sont plus confus et on n'en prendra plus .On travaille avec l'hôpital de Joeuf qui a la structure adaptée. Donc, eux, ils peuvent prendre en charge des pathologies aiguës avec des problèmes de déambulation. Ici, on a un service semi fermé.

Les médicaments, j'en utilise peu, quand on est obligé. Si c'est un confusion hyper sévère, dangereuse pour elle-même ou le personnel, pour les autres patients, je ferai l' injection de *Tiapridal*, une ou une demi ampoule en fonction du profil. Ou du *Ytercian* injectable.

Par la bouche, on donnera du *Tiapridal* en gouttes ou en comprimés. Ou alors si on reste sur les neuroleptiques, ça va dépendre du type de symptômes. Des fois, j'utilise le *Loxapac* en gouttes qu'on va prescrire si besoin. Ce traitement sera le plus passager possible, ça dépendra du degré de troubles du comportement.

Ou c'est quelqu'un qui n'est pas dément et, s' il y a une part d'anxiété, ce sera le *Seresta* ou *Temesta*

L'agitation nocturne, on voit si ça répond bien à un somnifère qu'on utilise quasi exclusivement, c'est l'*Imovane*. Le *Stilnox* donnerait des sédations brutales.

Q16 : vous précisez sur le courrier de sortie qu'il s'agit d'un traitement à réévaluer ?

P3 : oui, dans le courrier de sortie, on le note.

Q17 : Pour revenir au diagnostic, vous disiez tout à l'heure que le diagnostic, tôt ou tard, vous le faites systématiquement. Est-ce que il y a des choses à mettre en place pour mieux le diagnostiquer ?

P3 : Il y a un manque d'information.

C'est pas un problème de diagnostic mais un problème pour la prise en charge des actes de la vie quotidienne, mais ça il n'y aura jamais assez de personnel pour répondre aux besoins du patient, mêmes les besoins les plus élémentaires.

Quelqu'un qui aurait besoin d'être promené ou quelqu'un qui a soif et qui ne peut pas boire

L' hôpital aggrave souvent les choses.

Le plus grave c'est les personnes qui sont là en hébergement, sur rupture de maintien et qu'on aggrave avec les contentions.

Q18: Pour vous l'agitation que présentent certains patients peut être difficile à prendre en charge dans le service ?

P3 : C'est des attitudes qui posent toujours souci.

Si on avait tout le temps ce type de patient ça serait dur. Si c'est sur une courte période ça se passe bien.

Q19: Vous auriez des mesures d'améliorations ?

P3 : Un passage plus fréquent du personnel.

Eviter les hospitalisations pour des raisons sociales, c'est prévenir et organiser en amont, mettre en avant les assistantes sociales et les médecins traitants.

Mais je crois que ça ne sera jamais fait.

On essaie toujours d'améliorer des petites choses.

L'amélioration c'est la sectorisation, mettre les personnes perturbantes dans un secteur adapté. Les personnes qui ont des troubles du comportement gênant .

Un passage plus fréquent de l'aide soignante, pour la continence, pour que la personne ne se sente pas seule, pour faire boire... ou plus d'ergothérapeute avec des activités.

Q20 : Vous avez d'autre chose à rajouter sur la confusion ?

P3 : La iatrogénie a une part importante. C' est vrai que le médecin généraliste est over débordé et c'est difficile d'être plus présent au domicile ... Pourquoi pas former plus les aidants ?

Là, on reste sur la iatrogénie parce que c'est une part importante.

Q21 : Vous auriez une idée de pourcentage des personnes confuses ?

P3 : Ca dépend des moments, mais c'est sûr que plus de 50%

Q22: Pour vous c'est forcément résolutif à la sortie ?

P3 : Quasiment. Dans certains cas ça peut être plus prolongé mais c'est rare.

En tout cas merci beaucoup de m'avoir accordée tout ce temps.

Entretien P4-5

Q1: Que savez-vous du syndrome confusionnel ?

P4. : Le syndrome confusionnel, c'est une pathologie organique en premier. On peut retrouver des signes cliniques comme une désorientation, une perplexité anxieuse, avec épisode de retour à la réalité.

P5. : Il y a une alternance de propos cohérent et non cohérent.

P4. : L'accompagnant a un rôle important, pour savoir pourquoi tout d'un coup ça ne va pas.

La difficulté c'est, chez le sujet dément, le problème de pouvoir avoir des antécédents.

P5. : De toute façon, toute confusion doit faire déjà rechercher la cause : une fièvre, un trouble métabolique.

Q2: Vous connaissez des facteurs favorisants ?

P5. : celui qui vit seul, les troubles cognitifs, le patient désaférénté, dénutri, l'isolement social.

Q3: Utilisez-vous une échelle, un outil pour le diagnostic de confusion ?

P4. : Non , on n'utilise pas d' échelle.

La psychologue nous aide, surtout dans les cas de confusion sur terrain dépressif. On a en effet un service de psychiatrie juste au dessus avec l'équipe qui nous vient en aide facilement pour le diagnostic et qui nous donne des avis quant au traitement à mettre en place.

Q4: Que pensez-vous de la prise en charge du syndrome confusionnel dans votre service , est-elle adaptée, vous permet-elle d'établir tous les diagnostics ?et

P4 et P5 De toute façon, on finit toujours par avoir le diagnostic de confusion, tôt ou tard.

P4: Le problème, c'est la personne qui vit seule, qui n'a pas d'entourage, dans ces cas là, on essaie d'être proches, ça aide déjà bien à calmer le patient, permettre de ne pas avoir recours aux contentions.

Q5: Vous utilisez les contentions facilement ?

P4. : Les contentions, on les utilisera s'il y a un trouble de l'équilibre, pour que le patient ne se mette pas en danger évidemment. (Hésitation) On l'utilisera aussi lors d'agitation aigue.

Q6: En terme de traitement, vous utilisez quelles molécules ?

P5: On utilisera en dernier recours toujours les neuroleptiques. Après ça dépendra évidemment de l'étiologie. Parfois, le traitement de l'étiologie suffira. Si l'agitation est trop importante, on aura recours à ces types de traitement.

P4: Et puis ça dépendra du type de confusion. Si on a une confusion délirante, on utilisera plutôt l'*Haldol*.

Q7 : Y- a-t- il des difficultés que vous rencontrez quant au syndrome confusionnel ?

P4. : Comme ça, je ne vois pas ...

P5 : La principale difficulté va être de gérer l'isolement de certain, car l'entourage est primordial. Et sur le plan social, on n'est pas bon. Nous n'avons qu'une assistante sociale à temps partiel qui vient quand elle peut.

Q8 : Quelles seraient vos propositions d'amélioration ?

P5 : Les infirmières sont sensibilisées à la confusion. Il n'y a pas de formation spécifique mais c'est notre contact quotidien.

P4 : On pourrait imaginer dans le service une ambiance plus conviviale, une chambre insonorisée.

P5 : C'est vrai que l'hospitalisation est très pourvoyeuse de syndrome confusionnel et de rassurer le patient est important.

Q9 : Etes-vous sensibilisés à la iatrogénie ?

P5 : on essaie de faire l'ordonnance la plus longue possible (rires), non bien sûr qu'on est sensibilisés.

On a eu un beau cas la semaine dernière de syndrome confusionnel chez une patiente qui était sous 400 mg de *Tramadol* deux fois par jour, elle est repartie sous 100 mg sur ses deux jambes !

P4 : Certains antibiotiques aussi peuvent être la cause. Le problème parfois est le sevrage de certaines molécules. On ne sait pas, quand le patient arrive, qu'il était sous benzodiazépines ,par exemple, et on voit apparaître plusieurs jours plus tard une confusion. On apprend après qu'il prenait du *Temesta* deux fois par jour (rire)

ENTRETIEN P6

Q1 : Que savez-vous du syndrome confusionnel de la personne âgée ?

P5 : Pour moi, de ce que je me souviens, en pratique, euh ...c'est une désorientation brutale euh... temporo-spatiale, même avec des troubles du comportement qui sont d'apparition brutale, voilà . Et qui généralement, euh, on fait une différenciation avec des troubles mnésiques, enfin une démence lorsqu'il y a une amélioration rapide, en 24h je crois ? Donc généralement il y a une amélioration qui se fait.

Q2 : Pour vous l'amélioration doit être rapide ?

P5 : Oui enfin rapide ...Oh je devrais le savoir. (Rires)

Q3 : Est-ce une pathologie fréquente ?

P5 : Je pense que c'est fréquent, euh, donner un pourcentage, je dirais (Hésitation), oh je n'en sais rien mais c'est fréquent.

Q4 : Connaissez-vous les causes ?

P5 : Les causes (Hésitation) ?

Iatrogène, les traitements (Hésitation) provoquent une confusion

La déshydratation aussi, les troubles ioniques (Hésitation).

Une infection, une septicémie peuvent être confusiogènes.

Certains antibiotiques, certaines personnes font des intolérances, on a eu le cas dans le service.

Q5 : Faites-vous la différence entre facteur favorisant et facteur déclenchant ? Y a-t-il un terrain ou vous serez plus vigilant ?

P5 : La personne âgée, c'est une personne plus à risque de faire des syndromes confusionnels, euh après, la personne qui a des antécédents de démence, (Hésitation) une démence ou des troubles cognitifs qui sont déjà notés dans les antécédents. (Hésitation) Une personne qui a, je ne sais pas si c'est le cas, des antécédents de maladie de Parkinson, ou toutes les maladies neurologiques aussi peuvent favoriser.

Quels sont les autres facteurs favorisant., ben les personnes qui sont poly médicamentées aussi et qui risquent plus, d'ailleurs souvent elles viennent pour des chutes, il faut voir s' il n'y a pas de traitement qui favorise ces chutes.

Q6 : Que pourriez-vous me dire des critères de fragilité gériatrique, puisque ça fait partie du terrain sur lequel arrive une confusion ?

P5 : Une personne qui a, et je l'ai déjà dit mais bon, plusieurs traitements.

Q7 : A partir de combien de traitement êtes-vous vigilante ?

P5 : A partir de 6 ou 5... je ne sais plus

Après les personnes qui ont des déficits sensitifs, des personnes qui ont de gros antécédents, notamment cardiaque, du diabète ou toute pathologie chronique. Qu'est-ce qu'il y a d'autre (euh), les insuffisances respiratoires.

Q8 : Etes-vous vigilante à d'autre chose ?

P5 : Les antécédents de chute, la dénutrition aussi.

Q9 : Ce sont des choses que vous utilisez dans votre pratique quotidienne, quand tu fais l'admission d'un patient ?

P5 : Oui, on demande toujours pour la nutrition, comment la personne s'alimente à la maison, on calcule toujours l'IMC, (Hésitation). Après vous voyez au bilan biologique si vous avez des signes de dénutrition, un déficit en protéines. Les chutes sont aussi importantes.

Q10 : Quand vous voulez diagnostiquer la confusion, sur quoi vous basez-vous ?

P5 : Sur l'apparition brutale des troubles.

Si j'ai une admission, ça sera ce que l'anamnèse m'apporte qui sera important, si on me dit que là il y a apparition, d'après la famille, brutale d'un changement de comportement, ce qu'ils vont nous dire est important. Parce que moi j'avais dans l'idée que la confusion c'était ça, c'était brutal.

Après si en plus la personne a déjà un terrain, a des critères de fragilité on peut dire que là oui c'est une confusion.

Q11 : Certaines personnes se basent sur le MMS, qu'en pensez-vous ?

P5 : Je pense que ce n'est pas bon, ce n'est pas le but du MMS.

Q12 : Connaissez-vous la CAM ?

P5 : Non pas du tout, je n'ai pas connaissance de ce référentiel.

Il s'agit d'un référentiel qui permettrait de diagnostiquer la confusion dès l'admission des patients.

Q13 : Que pensez-vous de la prise en charge du syndrome confusionnel dans votre unité ?

Est-elle bonne ou pas bonne? Arrive-t-on suffisamment à les diagnostiquer, avez-vous l'impression qu'il y a des gens à côté desquels on passe ?

P5 : On n'est pas suffisamment entraîné à la reconnaissance. Même si quand il y a une admission, je serai plus sensible au patient. Si je vois le mot confusion, ou si sur le dossier des urgences je vois confusion, j'essaierai de demander à la famille comment était la personne avant. Ça c'est pour le cote brutal, pour moi en tous cas, si je vois qu'un patient est confus .

Q14 : Justement sur la prise en charge, si vous voyez un patient confus, qu'est-ce que vous faites de différent de d'habitude ? A quoi allez-vous faire plus attention en terme de prise en charge, qu'est ce qui va faire que la prise en charge soit différente ?

P5 : J'y passerai plus souvent, l'hydrater. Bien parler avec la famille aussi, et comparer ce qu'il est d'habitude et ce qu'il est maintenant, bien vérifier comment était la personne.

Eviter qu'il ne chute pour ne pas aggraver le syndrome confusionnel.

(Hésitation).

Vérifier les escarres : vérifier que la personne ait bien une voie d'abord.

Le rôle de la famille est très important.

Eviter qu'il ne chute pour ne pas aggraver les symptômes.

Comme la personne sera fluctuante elle aura des passages d'agitation et des passages d'hypovigilance.

Q15 : Sur le plan des contentions, qu'en pensez-vous ? Est-ce bien utilisé dans votre service?

P5 : Je pense qu'elles sont utiles à un moment pour passer un cap, pour que le patient ne se fasse pas mal lui-même, n'aggrave pas son cas, ne se fasse pas un fracture.

Q16 : La contention n'est donc pas à utiliser au long cours ?

P5 : Non, parce que de toute façon je pensais que la confusion était un évènement bref, dans mon idée. Donc non ce n'est pas au long cours mais c'est utile en aigüe, dans les phases d'hyperactivité pour éviter que la personne ne tombe. Après il y a les traitements médicamenteux.

Q17 : Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge ? Ou y a-t-il des choses mises en place qui facilitent la prise en charge ?

P5 : Ce qui facilite : le dialogue avec le médecin, c'est peut être bête, mais on peut facilement venir vous voir pour vous dire «voilà le patient est agité», vous êtes réactifs, vous nous prescrivez les contentions si besoin. Vous êtes à l'écoute si on trouve que le patient est trop agité ou trop somnolent. Je pense que c'est déjà important de transmettre et de surveiller.

Q18 : Qu'est-ce qui rend difficile la prise en charge ?

P5 : Le fait que les patients soient fluctuants, qu'il y ait alternance des phases de somnolence et d'hyperactivité. Parce qu'on va finir par le contentionner en phase agitée, il va être à nouveau somnolent et il faudra détacher le patient. Est ce qu'on fait trop ou pas assez. C'est peut-être plus ça qui est difficile.

Q19 : Qu'est ce qui fait que la prise en charge n'est pas optimale ?

P5 : Le manque de connaissance, de sensibilisation à l'équipe paramédicale, aides-soignantes aussi.

Q20 : Quelles seraient les propositions d'amélioration ?

P5 : Ben utiliser des outils de reconnaissance dès l'admission, comme la *Bradden* qu'on fait tout de suite, et tac, on pense aux escarres.

Q21 : Ca ne fera pas un outil de plus ?

P5 : Oh ben non si c'est quelques questions. Après il faut revoir en gériatrie quelles sont les priorités, mais je pense que les escarres sont importants, pourquoi pas la confusion !

Q22 : Y a-t-il des moyens non médicamenteux à mettre en place dans le service autre que des traitements ou les contentions ?

P5 : Communiquer avec le patient, le rassurer, dire où il se trouve, mais ça on le fait assez souvent.

En tous cas le rassurer, ne pas être agressif, arriver calme et souriante parce que je trouve que c'est difficile quand la personne est agitée.

Parce que souvent patient confus égal patient *pénible*, et puis souvent cette alternance n'est pas comprise.

Entretien P7

Q1: Que savez-vous du syndrome confusionnel chez la personne âgée ?

P7 : Euh question bien ouverte. Le syndrome confusionnel c'est quand il y a un trouble du comportement, un trouble des fonctions cognitives qui n'était pas connu avant par la famille ou l'entourage, les médecins, l'équipe soignante au début d'une hospitalisation. Quels sont les symptômes, c'est ça que tu veux savoir ?

Q2: As-tu une idée de la prévalence du syndrome confusionnel dans la population générale et au sein de notre service ?

P7 : Au sein de notre population de personne âgée hospitalisée, je dirais qu'il y a bien 20-30 % de syndrome confusionnel.

Q3: Quels sont les facteurs favorisant d'un syndrome confusionnel, qu'est ce qui peut le déclencher ?

P7 : Une hospitalisation, (hésitation), un changement d'environnement, des changements d'habitude qui peuvent amener à des troubles de l'élimination par exemple, des fécalomes ou des globes urinaires, une déshydratation aussi qui sont souvent des motifs d'hospitalisation dans notre service.

Q4: Y a-t-il une différence entre un facteur déclenchant et un facteur favorisant ?

P7 : Déclenchant par exemple une hospitalisation.

Favorisant, c'est quelque chose qui est plus sur du long terme, plus insidieux, par exemple quelqu'un qui s'hydrate moins peut déclencher un syndrome confusionnel, et c'est moins flagrant que ça soit par l'entourage, la famille ou autre ...

Q5: Y a-t-il des patients où tu es plus vigilante, des patients plus à risque ?

P7 : Des personnes très âgées, (hésitations) qui présentent déjà des petits symptômes type déshydratation avec pli cutané (euh...) des gens qui sont hospitalisés pour des troubles neurologiques type AVC (hésitation) toute notre population est potentiellement susceptible d'avoir un syndrome confusionnel à un moment donné parce qu'il y a eu un changement d'environnement.

Q6: Connais-tu les critères de fragilité gériatrique, est-ce quelque chose que tu exploites au quotidien ?

P7 : Oui, je peux t'en donner quelques-uns.

L'âge, milieu de vie, d'où ils viennent, les capacités nutritionnelles de la personne, comment elle s'alimente, comment elle s'hydrate, les capacités d'élimination, continence ou non, capable d'exprimer ses besoins, (Hésitations)

Q7: Est-tu sensible au traitement ?

P7 : Il faut voir si quelque chose est déjà mis en place pour le syndrome confusionnel.

De toute façon, quand on va voir la personne, en quelques minutes on se fait déjà un avis sur comment est la personne, en lui posant des questions simples de la plus basique, de comment ça va, à si vous savez où vous êtes, où est-ce que vous habitez, combien d'enfants avez-vous, des choses comme ça ...

Cela nous permet déjà d'évaluer si la personne est orientée ou si elle a des troubles confusionnels.

Q8: A ta connaissance, y-a-t-il une échelle pour évaluer, pour diagnostiquer la confusion, sur quoi te bases-tu pour dire qu'une personne est confuse

P7 : Il a des tests qu'on fait passer qui permettent d'évaluer si la confusion est présente, si elle est limitée dans le temps ou si elle est sévère.

Le premier test est le MMS, le plus facile, euh l'horloge, les 5 mots de Dubois, la bref rapide, les praxies, ça c'est les tests faciles qu'on réalise en consultation ou en équipe mobile ou dans le service quand il y a une demande d'évaluation des fonctions cognitives .

Ces tests ne nous donnent pas une échelle de gravité mais permettent de statuer sur les capacités de la personne à un moment donné sachant que parfois ces troubles sont ponctuels et que quand on revoit la personne quelques mois après ça a pu changer.

Q9: La CAM te dit-elle quelque chose ?

P7: Non, je n'ai pas connaissance de cette possibilité, il n'y a pas d'outil diagnostic.

Il faut revoir les personnes à distance pour savoir comment les choses ont évolué.

Q10: Que penses-tu de la prise en charge du syndrome confusionnel dans votre unité ? Te permet-elle de reconnaître suffisamment le syndrome confusionnel ? La prise en charge est-elle adaptée ?

P7 : D'abord la reconnaissance de la confusion pose problème de différence entre confusion et démence.

Ensuite, la prise en charge, on essaie d'être assez vigilant quant au comportement de la personne, ses dires, afin de pouvoir alerter rapidement l'équipe médicale pour trouver les raisons de cette confusion, est-ce que c'est le changement d'environnement, est-ce que c'est métabolique, est-ce que c'est un problème de transit. Donc, on essaie déjà nous de détecter un petit peu l'origine pour alerter l'équipe soignante et médicale .

Après la prise en charge, lorsqu'on connaît l'origine, est assez vite adaptée pour essayer de corriger le déclencheur : une hydratation

Q11: La réactivité entre la détection et la réaction est-elle bonne ?

P7 : Je ne trouve pas qu'elle soit excellente mais elle est correcte.

Q12: Les traitements du syndrome confusionnel ?

P7 : Les mesures médicamenteuses, pas tout de suite, il faut déjà trouver l'origine. Après, il s'agit d'un travail d'équipe entre les infirmières, les aides soignantes et les médecins : surveillance du transit, de l'état d'hydratation, asthénie, interrogatoire avec les familles. Est-ce qu'il y a déjà eu des troubles confusionnels ou est-ce que pour eux tout allait bien, sachant qu'il n'y a pas toujours d'objectivité de la part des familles.... pour qui tout va bien et en réalité à la maison non .

C'est un travail pluridisciplinaire de surveiller et de faire en sorte d'améliorer le syndrome confusionnel

Si un traitement doit être mis en place c'est une décision médicale, si les troubles persistent. Le traitement peut se mettre en place en phase aiguë quand il y a une agitation.

Q13 : Les difficultés de la prise en charge du syndrome confusionnel dans le service ?

P7 : La formation : les tests qu'on nous demande de réaliser portent à confusion entre confusion et démence. Ne pas faire le mélange des deux symptômes.

Le contact qu'on peut avoir avec les familles par rapport au syndrome confusionnel : le syndrome confusionnel pose problème aux familles, elles sont parfois dans le déni car eux même sont en difficulté car ne connaissent pas leur parents comme ça, surtout s'il s'agit d'un syndrome confusionnel pendant une hospitalisation, que la personne était bien avant . C'est de savoir quoi leur dire, euh, les rassurer.

Après c'est la prise en charge de la personne, si c'est une confusion simple ou avec des gros troubles du comportement, comment contenir la personne.

On est parfois obligé d'avoir recours à la phase de contention et ce n'est pas forcément pour améliorer la confusion. Cela me pose souci parce que la personne est déjà désorientée et ça ne va pas faciliter sa réorientation, mais si c'est pour qu'elle ne se mette pas en danger ou en danger les autres, on est obligé. La contention doit être d'utilisation la plus courte possible, pour protéger la personne, après parfois ça dure plus longtemps.

Q14: Pourquoi c'est plus prolongé ?

P7 : Parce qu'on a pas traité la cause, parce que ce n'était pas une confusion mais une confusion qui cache un début de démence, parce qu'il n'y a pas de traitement médicamenteux mis en place, parce qu'on pensait qu'il s'agissait d'une confusion passagère et que la personne se met de plus en plus en danger, sachant que la contention dans notre service n'est peut-être pas toujours adaptée. Il faut peut-être attendre le bon moment.

Donc, la difficulté c'est de savoir si c'est vraiment une confusion et comment faire pour la stabiliser et l'éliminer au plus vite.

Q15 : Y-a-t-il des choses qui facilitent la prise en charge de la confusion dans le service ?

P7 : On avait des horloges qui permettaient de réorienter les patients mais depuis le déménagement elles ne sont plus présentes, de même pour les tableaux blancs.

L'environnement est assez aseptisé et impersonnel, et majore une confusion.

Q16: Y-a-t-il des propositions d'améliorations ?

P7 :

A l'admission, évaluer par des questions simples où en est la personne : où on est, quelle date on est, où vous habitez, combien d'enfants vous avez.

Il existe dans le questionnaire d'admission du malade dans Dx care (logiciel) mais pas de questions types. Les infirmières qui sont formées à l'équipe mobile sont sensibilisées à ces questions, mais les nouvelles arrivantes ou les filles qui n'ont pas l'habitude n'ont pas forcément le réflexe de poser ce genre de question.

Pouvoir réévaluer le patient 24 à 48 h après l'admission, parce que la confusion se met des fois en place pendant l'hospitalisation, la confusion n'est pas forcément présente dès l'admission. Parfois, le patient arrive du domicile et il est à peu près bien ; mais on a parfois des surprises après 48 h dû au fait de changement d'environnement et d'habitude. L'anxiété due à l'hospitalisation peut, peut-être, aussi majorer tout ça, l'anxiété de ce qu'on va faire de la personne, les examens à passer, les résultats d'examen .

Matériellement ça serait plus pratique d'avoir des choses plus adaptées à la personne âgée : des tableaux blancs, une horloge qui fonctionne. Quelque chose qu'elle pourrait avoir à la maison , un calendrier...

Cela peut être quelque chose qu'on propose aux familles quand elles sont présentes : de ramener le réveil de la personne, ce dont elle a l'habitude d'utiliser, des journaux, des calendriers pour réorienter, de nous indiquer s'il y a un changement de comportement parce que c'est eux qui connaissent le mieux la personne, nous on n'a pas de repère, on ne sait pas forcément son historique.

La formation de l'équipe infirmière et aide soignante est importante.

Q17: On a beaucoup parlé du problème de reconnaissance, mais qu'est-ce que tu améliorerais dans ta prise en charge une fois le diagnostic fait ?

P7: Plus surveiller tout ce qui peut amener une confusion, surveiller l'hydratation, le transit, l'élimination, ne pas hésiter à poser plusieurs fois les mêmes questions, la date du jour.

Revoir la famille.

Une formation plus spécifique nous serait bénéfique.

Q18: Les traitements sont importants dans la confusion, êtes-vous sensibilisés sur le plan infirmier à des classes médicamenteuses qui sont à risque ?

P7: Dès qu'ils sont sous neuroleptiques, s'il faut savoir pourquoi ils le sont aussi.

Les antidépresseurs

Certaines associations je crois peuvent générer une confusion mais je ne pourrais pas dire lesquelles. Après les familles nous disent souvent que leur proche n'a plus le même traitement qu'à la maison, on sait que vous faites le tri, même si on ne sait pas forcément pourquoi.

Les traitements antalgiques.

Q19: Pour la surveillance, est-ce qu'il y a des outils qui peuvent aider ?

P7: Il y a des outils de traçabilités mais les grilles ne sont pas parlantes, et ça fait de l'administratif en plus. Je ne sais pas si ce sera suivi.

Et puis, il faudrait que tout le personnel soit formé, et il y a toujours le problème de manque de personnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Schmoll P. Confusion, confusions... : éléments historiques et cliniques pour une approche pratique du concept de confusion mentale. 1983.
2. Guillaume F. Onirisme et délire onirique. Université Paris Val-de-Marne (Paris XII). Faculté de médecine [de Créteil]; 1992.
3. Corbobesse D, Jeannin C. Contribution à l'étude de la confusion mentale chez le sujet âgé. Créteil, France: Université de Paris-Val-de-Marne; 2004.
4. Esquirol E. Des maladies mentales considérées sous le rapport médical hygiénique et médico-légal. J.B. Baillière. Paris; 1838. 678 p.
5. Delasiauve L. Journal de médecine mentale. Masson. 1861-1870 p.
6. Chaslin P. La confusion mentale primitive. Asselin et Houzeau Ed. Paris; 1895. 264 p.
7. Ey H. Déstructuration de la conscience et psychose aiguë, Etude n°24 : Confusion et délire confuso-onirique. Etudes psychiatriques, Paris : Desclée et Brouwer. 1954;3:325-428.
8. American Psychiatric Association [APA]. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.); DSM-5. 2013.
9. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. Nat Rev Neurol. avr 2009;5(4):210-220.
10. Hshieh TT, Fong TG, Marcantonio ER, Inouye SK. Cholinergic deficiency hypothesis in delirium: a synthesis of current evidence. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. juill 2008;63(7):764-772.
11. Han L, McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Elie M. Use of medications with anticholinergic effect predicts clinical severity of delirium symptoms in older medical inpatients. Arch Intern Med. 23 avr 2001;161(8):1099-1105.
12. Schuster P, Gabriel E, Küfferle B, Strobl G, Karobath M. Reversal by physostigmine of clozapine-induced delirium. Clin Toxicol. 1977;10(4):437-441.
13. Trzepacz PT. Is there a final common neural pathway in delirium? Focus on acetylcholine and dopamine. Semin Clin Neuropsychiatry. avr 2000;5(2):132-148.
14. Young BK, Camicioli R, Ganzini L. Neuropsychiatric adverse effects of antiparkinsonian drugs. Characteristics, evaluation and treatment. Drugs Aging. mai 1997;10(5):367-383.
15. Rudolph JL, Ramlawi B, Kuchel GA, McElhaney JE, Xie D, Sellke FW, et al. Chemokines are associated with delirium after cardiac surgery. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. févr 2008;63(2):184-189.

16. Maclullich AMJ, Ferguson KJ, Miller T, de Rooij SEJA, Cunningham C. Unravelling the pathophysiology of delirium: a focus on the role of aberrant stress responses. *J Psychosom Res.* sept 2008;65(3):229-238.
17. Van Munster BC, Korevaar JC, Zwinderman AH, Levi M, Wiersinga WJ, De Rooij SE. Time-course of cytokines during delirium in elderly patients with hip fractures. *J Am Geriatr Soc.* sept 2008;56(9):1704-1709.
18. Dunn AJ. Effects of cytokines and infections on brain neurochemistry. *Clin Neurosci Res.* août 2006;6(1-2):52-68.
19. Liu P, Li Y, Wang X, Zou X, Zhang D, Wang D, et al. High serum interleukin-6 level is associated with increased risk of delirium in elderly patients after noncardiac surgery: a prospective cohort study. *Chin Med J (Engl).* 2013;126(19):3621-3627.
20. Kudoh A, Takase H, Katagai H, Takazawa T. Postoperative interleukin-6 and cortisol concentrations in elderly patients with postoperative confusion. *Neuroimmunomodulation.* 2005;12(1):60-66.
21. McIntosh TK, Bush HL, Yeston NS, Grasberger R, Palter M, Aun F, et al. Beta-endorphin, cortisol and postoperative delirium: a preliminary report. *Psychoneuroendocrinology.* 1985;10(3):303-313.
22. O'Keeffe ST, Devlin JG. Delirium and the dexamethasone suppression test in the elderly. *Neuropsychobiology.* 1994;30(4):153-156.
23. Meagher DJ, Trzepacz PT. Motoric subtypes of delirium. *Semin Clin Neuropsychiatry.* avr 2000;5(2):75-85.
24. Trzepacz PT. Update on the neuropathogenesis of delirium. *Dement Geriatr Cogn Disord.* oct 1999;10(5):330-334.
25. Soiza RL, Sharma V, Ferguson K, Shenkin SD, Seymour DG, Maclullich AMJ. Neuroimaging studies of delirium: a systematic review. *J Psychosom Res.* sept 2008;65(3):239-248.
26. Burns A, Gallagley A, Byrne J. Delirium. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* mars 2004;75(3):362-367.
27. Engel GL, Romano J. Delirium, a syndrome of cerebral insufficiency. 1959. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2004;16(4):526-538.
28. Kishi Y, Iwasaki Y, Takezawa K, Kurosawa H, Endo S. Delirium in critical care unit patients admitted through an emergency room. *Gen Hosp Psychiatry.* sept 1995;17(5):371-379.
29. Alsop DC, Fearing MA, Johnson K, Sperling R, Fong TG, Inouye SK. The role of neuroimaging in elucidating delirium pathophysiology. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* déc 2006;61(12):1287-1293.
30. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet.* 8 mars 2014;383(9920):911-922.

31. Somme D. Évaluation gériatrique standardisée. Personnes âgées et réanimation [Internet]. Springer Paris; 2012 [cité 18 avr 2014]. p. 29-41. Disponible sur: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-2-8178-0287-9_4
32. Bouchon JP. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie. Rev Prat. 1984;(34:888.).
33. BALTUS J. Le syndrome confusionnel en médecine aiguë gériatrique (prévalence et étude des facteurs de risque dans une série continue de 209 patients âgés hospitalisés). 2007.
34. Gentric A, Le Deun P, Estivin S. Prévention du syndrome confusionnel dans un service de médecine interne gériatrique. Rev Médecine Interne. sept 2007;28(9):589-593.
35. Inouye SK. Delirium in older persons. N Engl J Med. 16 mars 2006;354(11):1157-1165.
36. Trivalle C. Le syndrome de fragilité en gériatrie. Médecine & Hygiène. nov 2000;2323:2312-5. 10.
37. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. mars 2001;56(3):M146-156.
38. Walston J, McBurnie MA, Newman A, Tracy RP, Kop WJ, Hirsch CH, et al. Frailty and activation of the inflammation and coagulation systems with and without clinical comorbidities: results from the Cardiovascular Health Study. Arch Intern Med. 11 nov 2002;162(20):2333-2341.
39. Michel J. Le processus de fragilité : mise à jour du phénotype et stratégies préventives. Ann Gérontol. 2008;(1 : 7-13).
40. Baltus-Fressnon J, Cattenoz C, Roussel-Laudrin S, Jouanny P. Le syndrome confusionnel en médecine aiguë gériatrique: prévalence et étude des facteurs de risque. Rev Médecine Interne. juin 2007;28:72.
41. Zarate-Lagunes M, Lang P-O, Zekry D. Syndrome confusionnel du sujet âgé : les difficultés d'un diagnostic facile. Rev Médicale Suisse. 4(178):2392-2397.
42. Verny M. La confusion: un modèle de syndrome gériatrique ! Cah Année Gérontologique. 2009;1(2):81 - 82.
43. confusion_aigue_chez_la_personne_agee_-_recommandations_2009-07-08_16-58-24_661.pdf [Internet]. [cité 2 avr 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/confusion_aigue_chez_la_personne_agee_-_recommandations_2009-07-08_16-58-24_661.pdf
44. confusion_aigue_chez_la_personne_agee_-_argumentaire.pdf [Internet]. [cité 19 avr 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/confusion_aigue_chez_la_personne_agee_-_argumentaire.pdf

45. Godard M, Greffard S, Barrou Z, Verny M. Frontières entre confusion et démence. *Cah Année Gérontologique*. juin 2009;1(2):114-117.
46. Ellul J, Archer N, Foy CML, Poppe M, Boothby H, Nicholas H, et al. The effects of commonly prescribed drugs in patients with Alzheimer's disease on the rate of deterioration. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. mars 2007;78(3):233-239.
47. Potter J, George J, Guideline Development Group. The prevention, diagnosis and management of delirium in older people: concise guidelines. *Clin Med Lond Engl*. juin 2006;6(3):303-308.
48. Page VJ, Ely EW, Gates S, Zhao XB, Alce T, Shintani A, et al. Effect of intravenous haloperidol on the duration of delirium and coma in critically ill patients (Hope-ICU): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Respir Med*. sept 2013;1(7):515-523.
49. Yue J, Tabloski P, Dowal SL, Puelle MR, Nandan R, Inouye SK. NICE to HELP: Operationalizing National Institute for Health and Clinical Excellence Guidelines to Improve Clinical Practice. *J Am Geriatr Soc*. avr 2014;62(4):754-761.
50. Inouye SK, Bogardus ST Jr, Baker DI, Leo-Summers L, Cooney LM Jr. The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *Hospital Elder Life Program*. *J Am Geriatr Soc*. déc 2000;48(12):1697-1706.
51. Gentric A, Le Deun P, Estivin S. Prévention du syndrome confusionnel dans un service de médecine interne gériatrique. *Rev Médecine Interne*. sept 2007;28(9):589-593.
52. 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 J Am Med Assoc*. 28 juill 2010;304(4):443-451.
53. Hamon J. Evaluation de la prise en charge du syndrome confusionnel de la personne âgée à travers l'expertise d'une Unité Mobile de Gériatrie: identification des patients, analyse des facteurs de risque, prévention et mode de prise en charge [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2012.
54. Inouye SK. Delirium in hospitalized older patients. *Clin Geriatr Med*. nov 1998;14(4):745-764.
55. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *The Lancet*. mars 2014;383(9920):911-922.
56. González M, Martínez G, Calderón J, Villarroel L, Yuri F, Rojas C, et al. Impact of delirium on short-term mortality in elderly inpatients: a prospective cohort study. *Psychosomatics*. juin 2009;50(3):234-238.
57. Juan S. Méthodes de recherche en sciences sociohumaines. Exploration critique des techniques. PUF. 1999;340.

58. memoire_E_PASQUIER.pdf [Internet]. [cité 19 avr 2014]. Disponible sur: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/memoire_E_PASQUIER.pdf
59. Société Française de Gériatrie et Gérontologie > Groupe EMG [Internet]. [cité 19 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.sfgg.fr/missions/groupe-de-travail/groupe-des-equipes-mobiles-de-geriatrie>
60. Le_SPH_et_la_vulnerabilite_-_les_EMG-pdf.pdf [Internet]. [cité 19 avr 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_SPH_et_la_vulnerabilite_-_les_EMG-pdf.pdf
61. Neouze A, Dechartres A, Legrain S, Raynaud-Simon A, Gaubert-Dahan M-L, Bonnet-Zamponi D. Hospitalization of elderly in an Acute-Care Geriatric Department. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 juin 2012;10(2):143-150.
62. Fick DM, Steis MR, Waller JL, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia is associated with prolonged length of stay and poor outcomes in hospitalized older adults. *J Hosp Med Off Publ Soc Hosp Med*. sept 2013;8(9):500-505.
63. Hopipharm 2012_poster 87.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2014]. Disponible sur: http://www.synprefh.org/rc/org/synprefh/htm/Article/2012/20120406-085849-336/src/htm_fullText/fr/Hopipharm%202012_poster%2087.pdf
64. contention_pa.pdf [Internet]. [cité 19 avr 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/contention_pa.pdf
65. Robbins LJ, Boyko E, Lane J, Cooper D, Jahnigen DW. Binding the elderly: a prospective study of the use of mechanical restraints in an acute care hospital. *J Am Geriatr Soc*. avr 1987;35(4):290-296.
66. Evans LK, Strumpf NE. Changing embedded practice: lessons from gerontology. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. sept 2004;42(9):14-17.
67. Collège national des enseignants en gériatrie, Société française de gériatrie et, de gérontologie, Syndicat national de, gérontologie clinique, Benoit M, Arbus C,, Blanchard F. Concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences. *Rev Geriatr*. 2006;31(9):1-7.
68. Inouye SK, Schlesinger MJ, Lydon TJ. Delirium: a symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *Am J Med*. mai 1999;106(5):565-573.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	8
SERMENT.....	14
ABREVIATIONS.....	15
LISTE DES TABLEAUX.....	16
SOMMAIRE.....	17
INTRODUCTION.....	19

Première partie

LE SYNDROME CONFUSIONNEL : UNE PATHOLOGIE FREQUENTE MAIS MAL REPEREE.

1. 1 <u>GENERALITES</u>.....	20
1.1.1 <i>Historique</i>	
1.1.2 <i>Définition</i>	
1.1.3 <i>Physiopathologie</i>	
1. 2 <u>UN SYNDROME GERIATRIQUE</u>.....	25
1.2.1 <i>La confusion : un modèle de pathologie en cascade</i>	
1.2.2 <i>Facteurs de risque de la confusion</i>	
1.2.3 <i>L'évaluation gériatrique standardisée ou comment repérer le patient âgé fragile</i>	
1.2.4 <i>Les facteurs précipitants</i>	
1. 3 <u>LA CONFUSION : UN SYNDROME SOUS-DIAGNOSTIQUE AUX LOURDES CONSEQUENCES</u>.....	31
1.3.1 <i>Un diagnostic clinique</i>	
1.3.2 <i>Confusion et démence</i>	
1.3.3 <i>Prise en charge thérapeutique et pronostic</i>	
1.3.3 1 - Mesures non médicamenteuses	
1.3.3 2 - Mesures médicamenteuses	
1.3.3 3 - Prévention	
1.3.3 4 - Conséquences	
1.3.3 4 - 1 <i>Pour le patient</i>	

1.3.³ 4 - 2 Pour le système de santé

1.3.⁴ Outil diagnostic

1.3.⁵ Une épidémiologie témoignant des difficultés diagnostiques

Deuxième partie : ETUDE

2. 1 <u>MATERIEL ET METHODE</u>	41
2.1. ¹ <i>Choix de la méthode</i>	
2.1. ² <i>Population</i>	
2.1. ³ <i>Déroulement des entretiens et rédaction du questionnaire</i>	
2.1. ⁴ <i>Collecte des données</i>	
2. 2 <u>RESULTATS</u>	44
2.2. ¹ <i>Caractéristiques générales de la population</i>	
2.2. ² <i>La définition</i>	
2.2. ³ <i>Les facteurs favorisants</i>	
2.2. ⁴ <i>Les facteurs déclenchants</i>	
2.2. ⁵ <i>Le diagnostic</i>	
2.2. ⁶ <i>Les traitements</i>	
2.2. ⁷ <i>Le ressenti face à la prise en charge du patient confus</i>	
2.2.7 1 - Difficultés rencontrées	
2.2.7 2 - Facteurs facilitant la prise en charge	
2.2. ⁸ <i>Propositions d'amélioration</i>	

Troisième partie : DISCUSSION

3. 1 <u>CONCERNANT LA METHODOLOGIE</u>	53
3.1. ¹ <i>Choix de la méthode</i>	
3.1. ² <i>Choix et caractéristiques de la population étudiée</i>	
3. 2 <u>CONCERNANT LES REPONSES DES PARTICIPANTS</u>	57
3.2. ¹ <i>Au sujet de la définition du syndrome confusionnel et de son diagnostic</i>	
3.2. ² <i>Au sujet des facteurs prédisposant et déclenchant de la confusion</i>	

- 3.2.3 *Au sujet de la prise en charge***
 - 3.2.3 1 - Médicamenteuse**
 - 3.2.3 2 - Non médicamenteuse**
 - 3.2.3 3 - Surveillance**
- 3.2.4 *Au sujet du ressenti vis-à-vis de la prise en charge de la confusion***
 - 3.2.4 1 - Difficultés rencontrées face aux troubles du comportement**
 - 3.2.4 2- Difficultés ressenties face au diagnostic différentiel complexe que sont les troubles neurocognitifs**
 - 3.2.4 3 - Difficultés ressenties face à l'isolement social du patient**
 - 3.2.4 4 - Prise en charge pluridisciplinaire organisée autour du couple médecin-soignant**

3.3 PROPOSITION D'ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE.....68

CONCLUSION.....70

ANNEXES.....71

BIBLIOGRAPHIE.....92

RESUME DE LA THESE

Le syndrome confusionnel est défini dans le DSM-5 comme un trouble brutal des capacités attentionnelles et cognitives du patient, résultant d'une pathologie médicale aiguë. Il représente une complication fréquente des hospitalisations du sujet âgé fragile avec des conséquences importantes en terme de morbi-mortalité. La reconnaissance des facteurs favorisants et la prévention des facteurs précipitants doit rester une priorité dans la pratique quotidienne de tout médecin gériatre. La revue de la littérature permet de souligner les difficultés diagnostiques de ce syndrome.

Nous avons donc réalisé une étude qualitative par entretien semi dirigés près de 5 médecins gériatres de Moselle et de 2 infirmières exerçant en Equipe Mobile de Gériatrie afin de nous intéresser aux difficultés qu'ils rencontraient ou au contraire ce qui pouvait faciliter le diagnostic et la prise en charge du syndrome confusionnel. Le but de notre étude était de pouvoir proposer des pistes d'amélioration pour le diagnostic de celui-ci.

Ce travail a pu mettre en évidence les difficultés diagnostiques et de différenciation entre syndrome confusionnel et troubles neuro-cognitifs que l'utilisation de la *Confusion Assessment Method* ou que des programmes de formation pourraient atténuer. Les troubles du comportement en lien avec la confusion sont parmi les difficultés de prise en charge les plus souvent relatées, notamment en raison de l'utilisation de contention qu'elles nécessitent. Le binôme médecin-soignant reste au centre de cette prise en charge multidisciplinaire.

TITRE EN ANGLAIS

Delirium in geriatric acute care unit: difficulty and easiness in management of elderly patient.

Qualitative study with semi-structured interviews carried along geriatric clinicians in Moselle.

MOTS CLES

Confusion, Confusion Assessment Method , troubles neurocognitifs.

