



Chapitre 115

Le syndrome confusionnel chez la personne âgée

MC LEGAY¹, Y. CROGUENEC²

Points essentiels

- La confusion de la personne âgée est une pathologie fréquente aux urgences.
- Le début brutal des troubles cognitifs, la fluctuation des signes cliniques, la perturbation du cycle veille/sommeil sont en faveur d'une confusion.
- Devant toute confusion, il faut évoquer en premier une pathologie organique qui impose une enquête étiologique rigoureuse.
- Toute modification aiguë (cognitive ou comportementale) chez un patient dément doit être considérée comme un syndrome confusionnel.
- Devant un trouble du comportement il faut toujours interroger l'entourage.
- Le traitement étiologique précède le traitement symptomatique.
- Les mesures non médicamenteuses font parties intégrantes de la thérapeutique.
- La contention doit rester exceptionnelle.
- Il n'y a pas de consensus dans le traitement médicamenteux.

1. Infirmière, hôpital Saint-Camille, 2 ,rues des Pères Camilliens, 94360 Bry sur Marne

2. Infirmier-anesthésiste, Centre de simulation en santé, UFR de médecine et des sciences de la santé, 22, avenue Camille-Desmoulins 29238 Brest cedex

1. Introduction

Le syndrome confusionnel est un symptôme gériatrique. Même si sa prévalence est difficile à établir, on estime qu'il est présent chez 30 % des patients de plus de 70 ans qui ont recours aux urgences (1). Il s'agit toujours d'une urgence diagnostique et thérapeutique. La gravité de l'affection causale peut en effet mettre directement en danger la vie du patient. Pour aborder le rôle de l'infirmier dans la prise en charge de ces patients, nous allons successivement clarifier des définitions, présenter la sémiologie, exposer les éléments à recueillir par l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) pour orienter le diagnostic et décrire la prise en charge en fonction de l'étiologie.

2. Quelques définitions

2.1. Le syndrome confusionnel

La confusion mentale (délirium) est une perturbation aiguë, le plus souvent transitoire des capacités d'éveil, d'attention secondaire à une atteinte diffuse de l'encéphale, habituellement réversible et transitoire, lorsque la cause (affection psychologique ou somatique) est mise en évidence et traitée. C'est une symptomatologie d'emprunt, non structurelle (pas d'atteinte organique). Elle apparaît comme une défaillance fonctionnelle cérébrale, alors que le facteur déclenchant est habituellement extra-cérébral (2).

2.2. Le syndrome démentiel

Il s'agit d'un affaiblissement ou d'une perte de plusieurs fonctions intellectuelles, entraînant une perte d'autonomie et des troubles comportementaux. Les syndromes démentiels sont dus à des **lésions structurelles** du cerveau, d'où leur caractère progressif et irréversible, toutes les fonctions intellectuelles ne sont pas perdues simultanément.

3. La symptomatologie

3.1. Les signes cardinaux

Comme précédemment énoncé, nous retiendrons que la confusion aiguë est fréquemment secondaire à une affection somatique. Cependant, le diagnostic de la confusion aiguë repose sur des signes cardinaux spécifiques (DSM-IV-TR) (3).

3.1.1. Les troubles de la vigilance

Il existe une perturbation de la conscience se manifestant par des troubles de l'attention avec incapacité à focaliser, mobiliser, soutenir son attention. Le patient

peut également présenter un tableau de léthargie (sommolence mais réveil facile), un état stuporeux (réveil difficile), voire un état comateux.

3.1.2. Les modifications du fonctionnement cognitif

Il existe des troubles de mémoire des faits récents, une désorientation temporo-spatiale, des troubles du langage (dysarthrie, aphasie). Des perturbations dans les perceptions : interprétations erronées, illusions, hallucinations visuelles et auditives. Il existe également un discours désorganisé ou incohérent avec conversation inadaptée, une organisation floue du cours des idées (passage du coq à l'âne).

3.1.3. La fluctuation des signes cliniques

L'installation des troubles est brutale variant de quelques heures à quelques jours. L'évolution des signes est fluctuante avec classiquement une aggravation vespérale.

3.1.4. Les signes supplémentaires

Il existe un désordre dans le cycle veille-sommeil, des troubles du comportement, du jugement et des perturbations émotionnels.

3.2. L'échelle CAM

Pour les services d'urgence, il est recommandé d'utiliser une échelle qui améliore le dépistage précoce : la CAM (Confusion Assessment Method) (1, 4, 5).

- 1) Début brutal (changement soudain de l'état cognitif par rapport à l'état antérieur).
- 2) Trouble de l'attention (facilement distrait, difficulté à se rappeler les informations qui viennent d'être dites).
- 3) Désorganisation de la pensée (parle sans arrêt, propos inappropriés ou décousus, passe d'un sujet à l'autre).
- 4) Atération de l'état de conscience (hypervigilant, léthargique, stuporeux ou comateux).

Cette échelle n'est pas validée chez le malade dément.

3.3. Les différences confusion/démence

Il est extrêmement préjudiciable de considérer que tous les patients confus sont déments, un patient dément peut présenter un syndrome confusionnel. Dans ce cas, la recherche d'une cause organique responsable d'une aggravation brutale de l'état antérieur est incontournable. Les différences fondamentales entre syndrome confusionnel et syndrome démentiel sont résumées dans le tableau suivant :

	Confusion	Démence
Début	Aigu	Insidieux
Vigilance	Altérée	Intacte (au début)
Fluctuation des symptômes	Importante, aggravation nocturne	Généralement absente
Hallucinations	Fréquentes, surtout visuelles	Rares au début
Activité psychomotrice	Souvent augmentée, parfois apathie	Normale au début
Humeur	Anxiété, peurs, méfiance	Souvent peu altérée
Délires	Mal systématisés	Peu fréquents
Discours	Incohérent	Souvent normal au début
Signes neurologiques	Souvent présents	Souvent absents (sauf stade avancé)

4. Les différentes étiologies

Les événements précipitant un syndrome confusionnel peuvent être d'apparence anodine avec une symptomatologie banale. L'inventaire non exhaustif des pathologies ou événements susceptibles d'induire un syndrome confusionnel, laisse supposer que chez le sujet âgé tout peut finir par un tel tableau.

4.1. Les facteurs en lien avec des pathologies aiguës sont multi-organiques

- Les troubles métaboliques : hypoglycémie, hyperglycémie, déshydratation, hyponatrémie.
- Les pathologies neurologiques : hématome sous-dural, tumeur, anévrisme, accident vasculaire cérébral, épilepsie, état mal épileptique.
- Les syndromes rétentionnels : globe vésical, fécalome.
- Les syndromes douloureux : infarctus du myocarde, fractures.
- Les pathologies cardiaques : l'insuffisance cardiaque, les troubles du rythme paroxystique, embolie pulmonaire, hypoxémie.
- Les infections avec hyperthermie ou apyrexie.

4.2. Les facteurs iatrogènes d'origine médicamenteuse par adjonction ou sevrage

Les principaux médicaments en cause sont les psychotropes (benzodiazépines, antidépresseurs, neuroleptiques, antiparkinsoniens), les cardiotropes (digitaliques, bêta-bloquants). Le syndrome de sevrage alcoolique s'inscrit également dans ce chapitre.

4.3. Les facteurs psychologiques

- Les deuils.
- Les chocs émotionnels.
- Le changement de cadre de vie (hospitalisation, entrée en institution).

5. Le rôle de l'IOA

5.1. Préliminaires

Un syndrome confusionnel est toujours une urgence diagnostique et thérapeutique. Pour diriger de façon fiable et efficiente le recueil de données, l'IOA va se référer à la symptomatologie typique de la confusion aiguë mais également aux étiologies les plus fréquentes, évocatrices d'une pathologie sous-jacente, elle-même responsable du tableau de confusion aiguë. L'évaluation rapide à l'accueil implique une bonne connaissance de la pathologie et des éventuels pièges cliniques. Il ne s'agit pas de poser un diagnostic mais d'évaluer au plus juste l'état clinique et cognitif du patient afin de définir le degré de gravité. L'IOA doit faire preuve de jugement clinique, c'est la conclusion d'un processus d'observation, de réflexion et de raisonnement à partir des données relevées.

5.2. Le recueil de données

Pour réussir, il faut bien commencer, le recueil de données auprès d'un patient confus est souvent difficile voire impossible. Il est donc *fondamental* que l'IOA recueille les transmissions des transporteurs sanitaires (pompiers, ambulanciers), eux seuls sont parfois détenteurs d'informations concernant l'état de santé du patient (discussion avec la famille). Dans le cas où le patient est accompagné, il est tout aussi fondamental de retenir en salle d'attente les accompagnants pour leur contribution au recueil de données. Le patient peut être adressé par un médecin, l'IOA prend connaissance du courrier. Les transmissions, le courrier médical ainsi que le relevé d'informations auprès de l'entourage ne se substituent pas à l'entretien individuel avec le patient. Ils permettent de vérifier les concordances entre l'observation clinique et le discours du patient. L'IOA doit faire preuve de vigilance afin que son analyse de situation ne soit pas « polluer » par un discours de la part de l'entourage, dont la teneur a peu de valeur (informations imprécises, erronées). Il doit « s'accrocher » aux signes cliniques en posant des questions précises.

5.3. Action de l'IOA

Le contenu du recueil de données est concrétisé dans le tableau suivant, présenté en deux parties. L'une représente des repères, pour la recherche des données cliniques paracliniques, l'autre s'appuie sur les facteurs favorisants et les principales étiologies à inventorier dans le cas d'une confusion aiguë.

Données cliniques et paracliniques à relever et/ou à observer	Conduite à tenir par l'IOA
Motif de recours	Prendre connaissance du courrier ou des feuilles de transmission. Recueillir les plaintes exprimées par le patient ou transmises par ses accompagnants.
Mode d'installation et survenue des troubles	Vérifier si : – début brutal, – installation rapide des troubles cognitifs, – fluctuation des troubles.
Troubles de la vigilance	Apprécier l'état de conscience (Score de Glasgow) – somnolence, – état comateux, – troubles neurologiques (dysarthrie, aphasie, déficit moteur).
Modifications des fonctions cognitives	Rechercher une désorientation temporo-spatiale à l'aide de questions simples, précises. Apprécier le discours du patient (désorganisé, incohérent, présence d'hallucinations visuelles, auditives, troubles de l'attention – difficultés de concentration, à focaliser l'attention).
Perturbation du cycle veille/sommeil	Rechercher : – une somnolence diurne, – une agitation nocturne, – une inversion des cycles du sommeil.
Facteurs étiologiques et ou pathologies somatiques sous-jacentes	Agir en conséquence.
Présence d'une pathologie aiguë	– Relever les ATCD notoires : pathologies cardiaques, respiratoires, diabète, épilepsie, parkinson, dépression. – Rechercher des signes de chute (douleur, plaie, déformation membre). – Rechercher une douleur thoracique, abdominale (rétention d'urine, fécalome). – Rechercher la présence de sueurs, d'une fièvre. – Relever le traitement en cours : en particulier anticoagulant, anti diabétique, antiépileptique, psychotrope, neuroleptique, antiparkinsonien. – Se renseigner sur les prises médicamenteuses : seul ou avec aide (risques de surdosage, de sevrage).
Chocs émotionnels	– Apprécier l'état psychologique antérieur (aide accompagnants). – Rechercher des événements d'ordre psychologiques susceptibles d'induire une confusion aiguë.
<i>Gestes et soins à réaliser par l'IOA</i> : la prise des paramètres vitaux (fréquence respiratoire, SpO ₂ , Pouls, TA, T°, glycémie capillaire++ et hémoglobine). Les actes sont concomitants au recueil de données.	

L'IOA (6) doit définir un degré de gravité prenant en compte la sévérité des signes cliniques et paracliniques en lien avec la confusion mais également ceux en lien avec une pathologie organique. Nous retiendrons que la confusion aiguë est une urgence, ainsi les échelles (6) de gravité et de tri français, classification infirmière des malades aux urgences (CIMU), échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), échelle de tri de Genève, attribuent selon la clinique, un degré de gravité de niveau 1 à 3 pour la confusion, soit un délai global d'attente avant une prise en charge médicale compris entre 0 minute (immédiate) à 90 minutes.

6. Le rôle de l'infirmier en salle d'accueil des urgences

6.1. Traitement étiologique

L'enquête étiologique précède le traitement symptomatique (7). L'IDE récupère les examens cliniques de première intention. Selon le diagnostic, il procède à la vidange d'un globe vésical, l'évacuation d'un fécalome. La prise en charge d'une douleur fait partie de ce traitement. Il s'assure de l'application des examens complémentaires éventuels (radios, scanner cérébral) ou participe à des actes comme une ponction lombaire. Si l'IDE est amené à poser une voie veineuse périphérique, il choisit de préférence un KT obturé pour minorer l'angoisse des patients et qui n'oblige pas à l'alitement.

6.2. Traitement non médicamenteux

L'IDE établit toujours une relation et débute les mesures non médicamenteuses (4, 8) pour éviter les facteurs déclenchants et/ou aggravants avec une communication adaptée (attention aux messages non verbaux tels que les mimiques). Elle assure les repères temporo-spatiaux (affaires personnelles dont prothèse auditive ou lunettes), favorise la présence de la famille et ceci dans un espace limitant le risque de fugue. La présence de lumière est recommandée. L'alitement systématique n'est pas souhaitable.

La contention (9) est une prescription médicale (en concertation avec l'équipe para-médicale) et doit rester l'exception. Elle doit être inscrite dans le dossier du patient. Elle ne s'improvise pas. Elle impose une surveillance stricte et demeure une mesure temporaire.

6.3. La place de la sédation

Il n'y a pas de traitement consensuel pour traiter la confusion. La sédation est prescrite au cas par cas lorsque les mesures non médicamenteuses sont insuffisantes avec une agitation importante, une anxiété sévère avec un risque pour le patient ou un tiers. Elle s'impose parfois pour permettre des examens ou des gestes diagnostiques ou thérapeutiques. Les neuroleptiques ou les

benzodiazépines peuvent être utilisés. L'IDE applique la prescription et met en place la surveillance de la clinique (vigilance) et celle des symptômes dus aux effets indésirables des médicaments.

7. Conclusion

L'IDE est omniprésent dans la prise en charge de la confusion de la personne âgée. Le recueil de données et la dimension des informations répertoriées dès l'accueil contribuent à l'établissement du diagnostic donc à la pertinence de la thérapeutique et permet d'éviter les pièges. L'IDE assure la prise en charge globale de la personne âgée, de la mise en œuvre de la thérapeutique non médicamenteuse au traitement étiologique et de l'application de la prescription à la surveillance d'une sédation. Pour concourir à l'amélioration des soins, il est nécessaire qu'il ait accès à des actions de formation continue.

Références

1. Greffard S., Dieudonné B., Boddaert J. Confusion. Traité de médecine d'urgence de la personne âgée. Boddaert J., Ray P. Paris, Arnette 2011 ; 247-253.
2. Leveau P., Perret F. Urgences gériatriques. Éditions Maloine, 2007.
3. American Psychiatric Association. Delirium, démence, troubles amnésiques et autres troubles cognitifs. In: American Psychiatric Association, ed. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris : Masson ; 2004.
4. Haute Autorité de santé. Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. Recommandations de bonnes pratiques mai 2009.
5. Ann Int Med 1990 ; 113 : 941-948.
6. Référentiel Infirmier Organisateur de l'Accueil SFMU, 2004.
7. Corvol A., Lecomte F. Désorientation. Traité de médecine d'urgence de la personne âgée. Boddaert J., Ray P. Paris, Arnette 2011 ; 1253-1257.
8. J Gerontologie 2008 ; 63 A : 56-61.
9. Charpeaud T., Eymere P., Goutain E., Garnier M., Tixeront C., Geneste J., Schmidt J., Brousse G. La contention physique au service des urgences : indications et principes de mise en œuvre. Congrès Urgences SFMU. Paris, 2012.