

Sujet âgé confus, dément ou dément confus ? Critères d'un diagnostic précoce et d'orientation depuis les urgences

F. BERTRAND

1. Définitions

Le syndrome confusionnel (ou delirium des auteurs anglo-saxons) est défini comme un trouble éphémère global des fonctions cognitives et de la conscience associé parfois à des perturbations psychomotrices et émotionnelles (1). Il est la traduction d'une perturbation des capacités d'éveil et d'attention par réaction du psychisme à une agression exogène, que celle-ci soit organique ou psychologique. Son caractère éphémère s'oppose à une affection qui lui ressemble : la démence, caractérisée par un déclin progressif du fonctionnement intellectuel, aboutissant à terme à une réduction des activités de la vie quotidienne. Le déficit mémoriel est prédominant, et la dégradation du fonctionnement intellectuel peut survenir après plusieurs mois ou années d'évolution.

Cette distinction, qui n'est pas seulement d'ordre sémantique, est aux urgences d'un intérêt capital, car un diagnostic erroné et trop précoce de démence peut occasionner une sérieuse perte de chance du sujet âgé pour son accession à des services de soins intensifs (2). Il appartient donc au médecin des urgences de se donner le temps nécessaire pour distinguer un état confusionnel d'une démence, enjeu d'autant plus redoutable que ces deux affections sont souvent associées chez le sujet âgé : dans 22 % des personnes âgées admises à l'accueil des urgences, et jusqu'à 89 % des cas des sujets âgés vivant en institution [d'après Fick Agostini et Inouye cités dans (4)].

Service de Médecine Générale d'Urgence, Hôpital Saint Roch, CHU de Nice.

2. Prévalence

La prévalence du syndrome confusionnel chez la personne âgée est diversement appréciée selon les auteurs. Dans la population générale de sujets âgés vivant à domicile elle est faible, de l'ordre de 0,5 % avec toutefois un risque d'évolution à 3 ans évalué à 10 % lorsque les patients ont atteint l'âge moyen de 85 ans. À l'accueil des urgences, la prévalence de l'état confusionnel est évaluée à 10 % des patients (2, 5), parmi les 26 % de patients ayant des troubles cognitifs à l'arrivée. Il est vraisemblable que cette prévalence est sous-évaluée : qu'il s'agisse de médecins (2, 6, 5) ou infirmières (7), le diagnostic de syndrome confusionnel n'est initialement établi que pour environ 30 % des patients confus. Ce diagnostic est également sous-déclaré puisque, même lorsqu'il est fait, il n'est mentionné par le médecin urgentiste que dans 17 % des cas seulement, probablement parce qu'il n'est pas le motif d'entrée principal du patient. Dans les services de soins aigus, la prévalence de ce syndrome varie de 10 à 60 % (8, 9, 10, 11), et s'élève à 70,4 % des patients âgés de plus de 60 ans dans les 48 heures qui suivent leur admission en soins intensifs (12). Quant à la démence, sa fréquence est inférieure à 1 % chez les individus de moins de 65 ans pour atteindre 33 % des individus de plus de 85 ans (13). La difficulté à diagnostiquer un état confusionnel et la gravité des étiologies qui le déclenchent sont sans doute les raisons pour lesquelles le pronostic en est en général mauvais : les trois principales conséquences sont en effet l'augmentation de la mortalité, le risque de passage en institution, et le risque de développer secondairement une démence par rapport aux non confus.

3. Morbidité et mortalité

– La mortalité

À comorbidité identique, les patients confus ont une mortalité à un an multipliée par 2 ou 3 par rapport aux sujets non confus (14-18), voire multiplié par 7 (19) si les patients sont restés confus à la sortie de l'hôpital, ou si le diagnostic de confusion n'a pas été porté à ce moment-là. Au bout de 5 ans (8), le pourcentage de survie chez les patients ayant présenté une confusion est de 18 % contre 70 % chez les non confus.

– Le risque de passage en institution (4, 15, 18, 20, 21) est multiplié par 2 ou par 3.

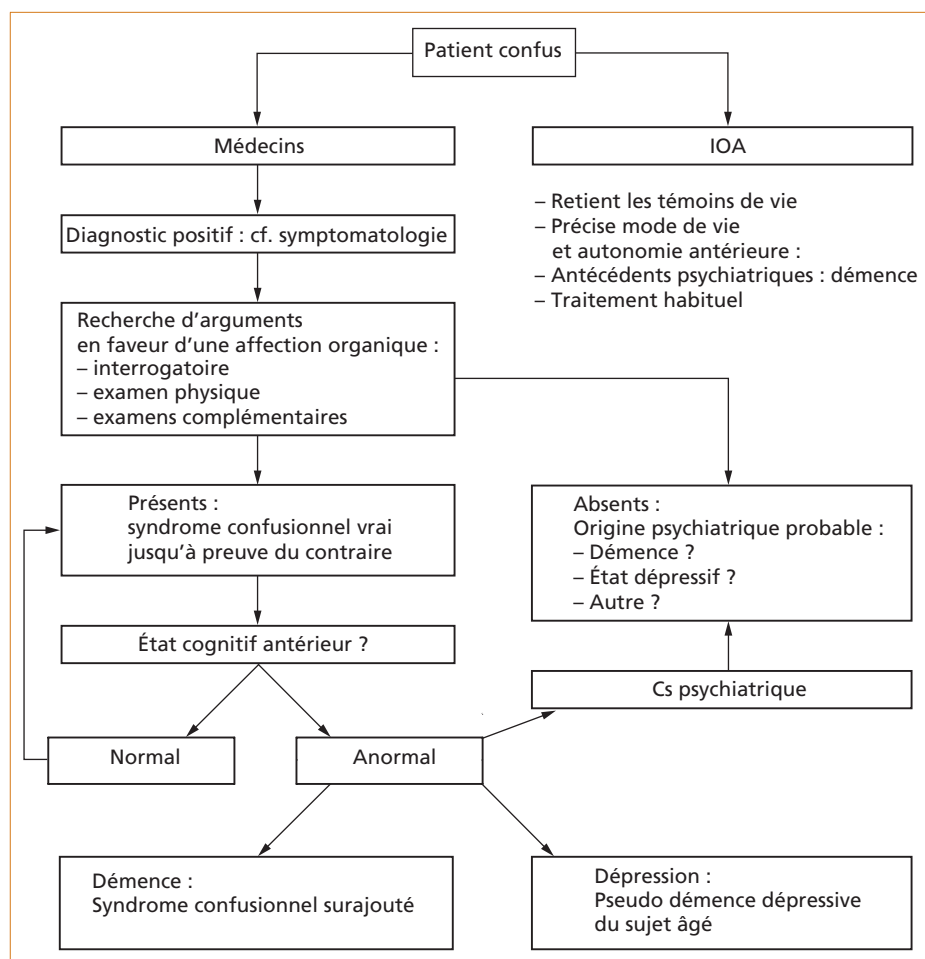
– Le risque d'évolution vers la démence (22) a pu être étudié sur une durée de 2 ans au décours d'un épisode confusionnel. À la sortie de l'hôpital, le diagnostic de démence était porté dans 25 % des cas chez les patients restés confus et, au terme de la 2^e année, un pourcentage égal de patients était également devenu dément.

Au total, l'évolution du syndrome confusionnel est beaucoup moins régressive que cela a pu être dit initialement puisque, à la sortie de l'hôpital, seuls 21,7 % des patients sont guéris alors que 78,3 % restent confus (23). Ceci a pu faire dire que la confusion pourrait être le marqueur d'une augmentation de la fragilité et de la susceptibilité à une perturbation d'un équilibre physiologique fragile, plus qu'un état transitoire et totalement réversible en rapport avec une agression aiguë (8).

4. Diagnostic

La conduite du diagnostic est précisée dans la **figure 1**.

Figure 1 – Syndrome confusionnel : progression du diagnostic, d'après (1)



4.1. Sémiologie de l'état confusionnel (3, 15, 23, 24)

Le diagnostic de syndrome confusionnel repose avant tout sur **l'interrogatoire** : il exige la présence simultanée :

- d'un trouble de la vigilance,
 - d'une désorientation temporelle ou spatiale,
- associés à au moins deux des signes suivants :
- trouble de la perception (hallucinations ou onirisme),
 - perturbation de l'activité psychomotrice (ralentissement ou au contraire agitation),
 - perturbation du cycle veille sommeil, avec au maximum une inversion du rythme nyctéméral : hypersomnie diurne et éveil nocturne,
 - incohérence verbale.

Faits importants, cette symptomatologie est **d'installation brutale** en quelques heures ou au maximum quelques jours, et les signes sont **fluctuants d'un moment à l'autre** tout au cours de la journée ou de l'entretien clinique avec le patient. La « Confusion Assessment Method » ou CAM (**encadré 1**) est un outil d'évaluation permettant d'établir rapidement le diagnostic de syndrome confusionnel.

Encadré 1 – La Confusion Assessment Method (2-13)

- Outil comportant deux parties :
 - recherche d'un trouble cognitif global ;
 - 4 éléments permettent de distinguer un syndrome confusionnel d'autres troubles cognitifs.
- Caractéristiques de l'outil :
 - fiabilité : sensibilité 94-100 %, spécificité : 90-95 % ;
 - réalisable en 5 minutes ;
 - bonne reproductibilité interindividuelle ;
 - réponse binaire : confus ou non confus.

Le test lui-même : en 11 points

1. Début brutal
- 2a. Inattention
- 2b. Si inattention, fluctuation au cours de l'entretien ?
3. Désorganisation de la pensée, incohérence ?
4. Altération du niveau de conscience : c. normale, hyper éveillé, léthargique, stuporeux, comateux ?
5. Désorientation : temporelle ou spatiale
6. Trouble de la mémoire : en particulier immédiate au cours de l'entretien
7. Troubles de la perception : hallucination, interprétations erronées
- 8a. Agitation psychomotrice : impatience, déambulation, pétrissage des draps...
- 8b. Retard psychomoteur : mouvements ralentis, baisse de l'activité motrice
9. Perturbation du cycle veille-sommeil : en particulier inversion

Diagnostic : confusion si

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 1) début brutal + fluctuation
2) Inattention | } | + | 3) Désorganisation de la pensée
ou
4) Altération du niveau de conscience |
|---|---|---|--|

Le patient confus est presque toujours amené aux urgences par un tiers, soit que son entourage ait été alarmé depuis quelques jours par un comportement inhabituel, soit qu'il ait été interpellé par la police alors qu'il errait sans but sur la voie publique.

L'interrogatoire de l'entourage est capital, et l'IOA devra avoir retenu aux urgences les témoins de cette confusion. Le médecin doit de se présenter au malade, le rassurer, lui expliquer les raisons du questionnaire et de l'examen clinique, et éviter autant que possible la contention. Le patient sera isolé si possible dans un milieu calme avec un éclairage tamisé.

4.2. Il convient alors de rechercher une **cause organique** à ce syndrome confusionnel par un examen clinique particulièrement soigneux.

L'aspect du patient est très évocateur de l'état confusionnel : une mimique hébété, égarée, un comportement gestuel et verbal perturbé.

On recherchera systématiquement des signes :

- de défaillance circulatoire (pression artérielle abaissée et/ou pincée, présence de marbrures, tachycardie, trouble du rythme ou de la conduction) ;
- d'atteinte neurologique : signes en foyer (déficit moteur, mydriase ou myosis), raideur méningée, flapping tremor ;
- de défaillance respiratoire (dyspnée, cyanose) ;
- d'insuffisance hépatocellulaire : ictère, foetor, flapping tremor ;
- d'anémie : pâleur, tachycardie, hypotension ;
- de troubles de l'hydratation : pli cutané, sécheresse des muqueuses, hypotension, tachycardie, oligurie, ou au contraire présence d'œdèmes ;
- d'atteinte infectieuse : fièvre et signes infectieux en foyer ;
- d'obstacle mécanique : globe vésical, fécalome.

L'examen clinique est utilement complété par la réalisation systématique d'une glycémie capillaire et d'un électrocardiogramme.

Au terme de l'examen clinique, trois situations sont possibles et vont déterminer la prescription des examens complémentaires (3) :

- patient confus sans signes de localisation avec signes infectieux ;
- patient confus sans signes de localisation sans signe infectieux ;
- patient confus avec signes de localisation.

L'identification de l'un de ces trois tableaux conduit à la prescription d'examens complémentaires adaptés.

Tableau 1 – Étiologies organiques du syndrome confusionnel et examens complémentaires

Orientation clinique	Examens complémentaires	Étiologies
Confusion sans signes de localisation avec signes infectieux	<ul style="list-style-type: none"> – Tout syndrome infectieux chez le sujet âgé – Septicémies – Méningites 	NFS Hémocultures ECBU Radiographies pulmonaires PL...
Confusion sans signes de localisation, sans signes infectieux	<ul style="list-style-type: none"> – Anémie aiguë – Intoxications médicamenteuses et autres – Affections endocriniennes et métaboliques : hypo- et hyperglycémie, hypo- et hypercalcémie, déshydratation, hypo- et hyperthyroïdie, pancréatite aiguë, urémie – Encéphalopathies métaboliques – Confusion postépileptique ou état de mal électrique – Suites d’anesthésie générale parfois révélatrice d’une démence – Affections respiratoires : hypoxie, hypercapnie – Rétention aiguë d’urine – Fécalome – Douleur aiguë – Affections cardiologiques : IDM, trouble du rythme, insuffisance cardiaque 	NFS Glycémie Urée-créatinine Ionogramme sanguin ECG Gazométrie Amylasémie Lipasémie Dosage HbCO T4I, TSH Cortisolémie EEG
Confusion avec signes de localisation	<ul style="list-style-type: none"> – Traumatisme crânien, HSD aiguë – AVC – Tumeurs encéphalites – Mais aussi : hypoglycémie, comitialité 	Scanner ou IRM cérébral EEG Glycémie

4.3. Les examens complémentaires

Compte tenu de la fréquence respective des diverses affections organiques à l’origine du syndrome confusionnel, des examens complémentaires peuvent être prescrits en trois vagues successives (**tableau 1**) :

- premier tableau : numération formule sanguine, glycémie, ionogramme sanguin, créatinine, urée, hémocultures, BU, ECBU, radiographie pulmonaire, recherche d’antigènes solubles urinaires (légionelles, pneumocoque), ponction lombaire, dosage de la CRP et/ou de la procalcitonine, électrocardiogramme ;
- deuxième tableau : NFS, ionogramme sanguin, gazométrie, recherche de carboxyhémoglobine (selon le contexte), dosage des hormones thyroïdiennes, des hormones corticosurréaliennes, amylasémie, lipasémie, électroencéphalogramme ;
- troisième tableau, et surtout s’il existe des signes de localisation ou si le bilan précédent est resté négatif : imagerie cérébrale (scanner ou IRM) électroencéphalogramme.

Encadré 2 – Facteurs de risque de confusion chez le sujet âgé, d’après (1)

- Âge \geq 65 ans
- Démence préexistante
- Hospitalisation
- Maladie aiguë ou accident
- Suites opératoires
- Désordre psychiatrie sous-jacent
- Dénutrition
- État de stress aigu (perte du conjoint, changement d’environnement...)
- Antécédent d’alcoolisme ou de dépendance médicamenteuse
- Antécédent familiaux de maladie mentale
- Antécédent de maladie cérébrale ou cérébrovasculaire
- Cancer
- Réduction de l’autonomie (marche en particulier)

4.4. Au terme de ce bilan, une étiologie organique a, en général, pu être identifiée dans près de 80 % des cas (6).

4.5. Dans 20 % des cas restants, où une affection organique n’a pu être mise en évidence dès l’accueil des urgences, et seulement dans ce cas, une étiologie psychiatrique peut être envisagée. Dans ce cas il convient :

- de réinterroger la famille sur la présence d’une altération cognitive progressive pouvant suggérer une démence, ou d’antécédents psychiatriques marquants ;
- de rechercher, toujours avec la famille, des facteurs de risque de confusion (encadré 2) ;
- enfin demander l’avis d’un psychiatre.

4.6. Le diagnostic différentiel élimine ce qui n’est pas une confusion, et identifie les confusions d’origine psychiatrique :

- ce qui n’est pas une confusion : il faut avoir éliminé chez le patient un trouble sensoriel tel qu’une surdité ou une cécité ;
- les confusions d’origine psychiatrique : deux tableaux sont possibles :
 - ou bien le malade présente surtout une hyperactivité avec parfois agressivité, agitation, déambulation, nombreuses hallucinations : il s’agit plutôt d’une démence ou d’un état psychotique plus ou moins aigu,
 - ou bien le patient présente surtout une prostration, un désintérêt voir un mutisme, on évoquera plus volontiers un état dépressif.

Les éléments diagnostiques en faveur de la démence, la confusion et de la dépression sont rapportés dans le **tableau 2**, et le diagnostic différentiel entre confusion et démence dans le **tableau 3**.

4.7. Reste un problème particulièrement épineux : celui du dément devenu confus (11, 25). Le tableau confusionnel est le même que chez le non dément avec quelques nuances : une agressivité plus importante, une plus grande lenteur de réaction stimuli verbaux, une agitation plus notoire, des hallucinations, une anxiété plus fréquente, une orientation et une reconnaissance des personnes

Tableau 2 – Éléments diagnostiques en faveur de la démence, de la confusion et de la dépression, d'après (16)

Confusion	Dépression	Démence
<ul style="list-style-type: none"> – Désordre de la conscience, avec une baisse de la capacité à se concentrer, à maintenir son attention, à mobiliser son attention. – Changements cognitifs ou apparition d'un trouble perceptif qui n'est pas expliqué par une démence préexistante. – Perturbation de la conscience qui se développe sur une courte période avec fluctuation aux cours de la journée. – Preuve par l'interrogatoire, l'examen et les examens complémentaires que la confusion est le résultat direct d'une affection générale, d'une intoxication ou iatrogénie ou d'une combinaison des facteurs. – Traits associés : <ul style="list-style-type: none"> • Perturbations cycle veille-sommeil • Perturbations comportement moteur • Troubles émotionnels • Changements rapides et imprévisibles d'un état émotionnel à un autre 	<p>Présence d'au moins 5 des signes suivants depuis au moins deux semaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Baisse de l'intérêt ou diminution du plaisir procuré par la plupart des activités. – Perte de poids ou d'appétit. – Insomnie ou hypersomnie. – Agitation psychomotrice ou décalage aux réponses. – Fatigue ou baisse de l'énergie. – Dévalorisation ou culpabilité. – Baisse de l'aptitude à se concentrer ou à prendre des décisions. – Idées de mort ou de suicide récurrentes, baisse de projets de vie. <p>Ces symptômes sont responsables d'une réelle gêne dans le fonctionnement</p> <p>Ces symptômes ne sont pas attribuables à un abus d'une substance ou à une affection générale.</p> <p>Ces symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Altération de la mémoire et au moins d'un des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> • aphasie, • apraxie, • agnosie. – Perturbation des fonctions exécutrices (abstraction, organisation, planification). – Perturbation significative dans les occupations ou fonctionnement social. – Déclin significatif du niveau de fonctionnement antérieur. – Déficits ne surviennent pas exclusivement dans le courant d'une confusion.

plus altérées et enfin une confusion qui est plus fluctuante dans la journée, avec tendance à une recrudescence vespéro nocturne. Le risque dans ce cas est de ne pas attribuer cette symptomatologie à la confusion mais seulement à la démence, et de négliger la recherche des causes organiques à l'origine de la confusion qui restent les mêmes.

Si le diagnostic de démence est suspecté, l'accueil des urgences n'est certainement pas l'endroit idéal pour se livrer à une évaluation cognitive, dont les outils sont multiples (13, 24). Les plus couramment utilisés sont :

- le Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) qui ne comporte que 10 questions mais ne permet qu'une approche très globale du diagnostic de démence (encadré 3) ;
- le Mini Mental Status Evaluation (MMSE), plus fiable mais trop long d'utilisation (encadré 4) ;
- le test de l'horloge utilisé pour compléter les 2 tests précédents (encadré 5).

Tableau 3 – Diagnostic différentiel entre confusion et démence, d’après (16)

	Confusion	Démence
Début	Brutal, datable	Progressif, non datable
État pathologique associé	Maladie aiguë depuis quelques jours ou semaine, rarement > 1 mois	Chronique, évoluant depuis des années
Évolution	En général réversible, parfois totalement	En général irréversible et souvent progressivement chronique
Désorientation	Précoce	Tardive, souvent après évolution sur des mois ou des années
Variabilité	D’un moment à l’autre, d’heure en heure tout au long du jour	Stable d’un jour à l’autre
Changement physiologique	Prédominant, au premier plan	Moins évident
Conscience	Brumeux, niveau de conscience normale	Claire, traitement au moins au début
Attention	Champ d’attention très raccourci	Pas particulièrement réduite
Sommeil	Perturbé cycle veille-sommeil variable d’heure en heure	Inversion cycle veille-sommeil, stable d’un jour à l’autre
Activité psychomotrice	Changements marqués : hyper- ou hypoactive	Changements survenant tard dans la maladie

Encadré 3 – Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

Répondre à 10 questions (sauf 4a si le sujet a le téléphone)

1. Quel est la date d’aujourd’hui ?
2. Quel jour de la semaine ?
3. Quel est le nom de cet endroit ?
4. Quel est votre numéro de téléphone ?
- 4a. Quelle est votre adresse (seulement si le patient n’a pas le téléphone) ?
5. Quel âge avez-vous ?
6. Quelle est votre date de naissance ?
7. Qui est le Président de la République ?
8. Qui était le Président avant lui ?
9. Quel est le nom de jeune fille de votre mère ?
10. Soustrayez de 3 en 3 à partir de 20 ?

Analyse des résultats:

0 à 2 erreurs : fonctions intellectuelles normales
 3 à 4 erreurs : déficit cognitif léger
 5 à 7 erreurs : altération intellectuelle modérée
 8 à 10 erreurs : altération intellectuelle sévère

Autoriser

1 erreur de plus si niveau culturel ≤ lycée
1 erreur de moins si niveau culturel ≤ faculté

Encadré 4 – Le Mini Mental Status Evaluation Questionnaire (MMSEQ)

Le MMSEQ est le plus couramment utilisé, mais trop long aux urgences (en moyenne 8 min, extrêmes 4–21 min). Indiqué pour dépister et suivre l'évolution des démences et syndromes confusionnels.

Échelle d'évaluation sur 30 points
Mais : variations inter-observateurs

- Standards diagnostics variables → 23 chez non cultivés
→ 25 chez cultivés } = trouble cognitif significatif
- Déclin du score à l'avancée en âge → certains auteurs proposent une limite inférieure plus basse chez un sujet âgé ≥ 20
- Effet « plancher » et « plafond » : un score à 30 ne veut pas dire forcément qu'il n'y ait pas de trouble cognitif, et un score à 0 absence de cognition : peu de capacité pour tester les fonctions frontales exécutives et visiospatiales.

Encadré 5 – Le test de l'horloge

Le test de l'horloge explore les fonctions visio-spatiales, les praxies de construction et les déficits exécutifs frontaux.

Faible capacité à dépister les troubles cognitifs débutants et à distinguer les sous-catégories de démences. N'a en outre aucun avantage particulier pour le dépistage et suivi des syndromes confusionnels.

Quoiqu'il en soit, un diagnostic de démence nécessite du temps et un suivi à distance. Il ne saurait être posé définitivement aux urgences, et ne peut être qu'évoqué.

5. Prise en charge thérapeutique et orientation (2, 3, 26)

La prise en charge d'un état confusionnel est une urgence vraie, puisqu'elle est due le plus souvent à une cause organique aiguë, parfois vitale.

La prise en charge initiale comporte :

– Des mesures générales : il convient de se présenter au patient et d'expliquer sa démarche, de le rassurer, d'établir avec lui le dialogue et de l'examiner dans une ambiance calme. Dans la mesure du possible, on évitera les mesures de contention physique à l'exception du cas où le patient présente une agitation qui pourrait être dangereuse pour lui-même et pour l'entourage. Si l'on y a recours, il faut en expliquer les raisons au patient, supprimer les médicaments nouvellement introduits ou au contraire réintroduire ceux dont la suppression inopinée pourrait être à l'origine d'un syndrome de sevrage (benzodiazépines).

Le traitement est avant tout celui de l'affection causale, mais un traitement symptomatique de l'anxiété et de l'agitation sont parfois nécessaires lorsque ces derniers symptômes occupent le devant du tableau. Celui-ci ne doit être employé qu'au cas par cas, le moins souvent possible, et aux doses les plus faiblement actives. On peut avoir recours à deux groupes de psychotropes (26).

- Les anxiolytiques lorsque l'angoisse est au premier plan : les préférences des services d'urgence vont à l'hydroxyzine (Atarax® 25 mg ou 100 mg per os ou IM), et aux benzodiazépines tel que le diazépam (Vallium 5 à 10 mg per os ou IM), et le clonazépam (Rivotril® 1 à 2 mg per os ou IM) qui semblent plus spécifiquement indiqués dans les états d'agitation d'origine somatiques, ou en rapport avec un sevrage alcoolique. Les benzodiazépines à demi-vie courte, telles que l'Oxazepam (Seresta®) sont également recommandées en cas d'angoisse dominante.
- Les neuroleptiques, en cas d'une agitation majeure avec délire prédominant : à l'heure actuelle les produits les plus utilisés dans les services d'urgence sont la loxapine (Loxapac®) et les neuroleptiques atypiques tel que l'olanzapine (Zyprexa® 10 à 15 mg per os ou IM), ou la risperdone (Risperdal® 2 à 6 mg per os), plutôt que les neuroleptiques classiques tel que l'halopéridol (Haldol®) ou la lévomépromazine (Nozinan®). Ces médications n'étant pas dénuées d'effets secondaires en particulier confusio-gènes et centraux, leur utilisation doit être le plus restreinte possible.

Orientation : « En terme d'urgence un malade confus réticent ou hostile n'est jamais où il devrait être et où on l'attend, aussi se pose la question pour le médecin urgentiste de savoir s'il doit prendre en charge globalement le patient ou simplement l'amener en lieu sûr... Dans cette situation qui ne peut attendre, l'urgence se traduit pour le médecin en terme de disponibilité, de patience et de temps toujours préférable à : "Comment s'en débarrasser ?" » (3).

- Tout syndrome confusionnel impose l'hospitalisation sous contrainte si nécessaire.
- La décision d'orientation doit si possible être multidisciplinaire : médecin urgentiste, gériatre, psychiatre lorsque cela est possible.
- La recherche initiale de l'organicité doit se faire à l'accueil des urgences et éventuellement poursuivie à l'UHCD : il existe trois possibilités :
 - si le patient présente une détresse vitale, il doit être orienté dans les services de soins intensifs adaptés à son cas ou en réanimation polyvalente s'il présente une détresse avec atteinte de plusieurs organes. Il est d'autant plus important dans ce cas d'avoir établi l'absence de relation entre l'état confusionnel actuel et une éventuelle démence préexistante ;
 - si le patient présente une affection organique aiguë non immédiatement vitale, il relève :
 - d'un service de médecine spécialisée s'il s'agit d'une affection monoviscérale,
 - d'un service de gériatrie aiguë ou de médecine polyvalente s'il s'agit d'une poly-pathologie décompensée. Dans tous les cas il devra être réévalué sur le plan cognitif par l'équipe gériatrique une fois la situation clinique stabilisée ;
 - si une affection organique a pu être écartée au terme d'un séjour à l'UHCD, on doit envisager, après avis du psychiatre, une prise en charge en psychogériatrie, et avec l'assistante social et la famille le devenir social du patient.

6. Conclusion

La survenue d'un état confusionnel chez un sujet âgé est toujours une urgence, et marque parfois un tournant dans l'évolution de l'autonomie de ce dernier. Il s'agit d'une affection toujours grave, dont la guérison complète n'est obtenue que dans un tiers des cas. Elle se solde par une forte mortalité, une augmentation de la durée du séjour hospitalier, et une fréquente perte d'autonomie avec passage en maison de retraite. Elle constitue souvent le premier signe d'une démence. C'est pourquoi le médecin urgentiste doit s'acharner à en faire le diagnostic, ou à rechercher des facteurs prédisposants à sa survenue lors de l'admission du patient à l'hôpital.

Références bibliographiques

1. Espino DV, Avril CA, Bradley J, et al. Diagnostic approach to the confuse elderly patient. 1998,15 ; 57 (6) : 1358-66.
2. Conférence de consensus de la SFMU : Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Strasbourg, 05/12/2003
3. Alagille M., Mathieu P., Grivois H. Urgences psychiatriques. Encycl Méd Chir (Paris-France), Urgences, 24-153-A-10, 1995, 14 p.
4. Fick DM, Hodo DM, Lawrence F, et al. Recognizing delirium surimposed on dementia. J Gerontol Nurs 2007 february ; 33 (2) : 40-9.
5. Hustey FM, Meldon SW. The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. Ann Emerg Med 2002 ; 39 (3) : 248-53.
6. Dubos G, Gonthier R, Simeone I, et al. Les syndromes confusionnels du sujet âgé hospitalisé : polymorphisme sémiologique et évolutif. Étude prospective de 183 patients. La Revue de Médecine Interne 1996 ; 17 (12) : 979-86.
7. Inouye SK, Foreman MD, Mion MC, et al. Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. Arch Intern Med 2001 ; 161 (20) : 2467-73.
8. Andrew MK, Freter SH, Rockwood K. Prevalence and outcomes of delirium in community and non-acute care settings in people without dementia: a report from the Canadian study of Health and Aging. BMC Med 2006 ; 4 : 15.
9. Cole MG, McCusker J, Nandini Dendukuri PH, et al. Symptoms of delirium among elderly medical inpatients with or without dementia. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2002 ; 14 : 167-75.
10. Formiga F, San Jose A, Lopez-Soto A, et al. Prevalence of delirium in patients admitted because of medical conditions. Med Clin (Barc) 2007 Oct ; 129 (15) : 571-3.
11. Margiotta A, Bianchetti A, Ranieri P, et al. Clinical characteristics and risk factors of delirium in demented and not demented elderly medical inpatients. J Nutr Health Aging 2006 ; 10 (6) : 553-9.
12. Pisani MA, Murphy TE, Van Ness PH, et al. Characteristics associated with delirium in older patients in a medical intensive care unit. Arch Intern Med 2007 ; 167 (15) : 1629-34.
13. Woodford HJ, George J. Cognitive assessment in the elderly: a review of clinical methods. QJM 2007 ; 100 (8) : 469-84.

14. Belleni G, Frisoni GB, Turco R, et al. Delirium surimposed on dementia predicts 12-months survival in elderly patients discharged from a postacute rehabilitation facility. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007 ; 62 (11) : 1306-9.
15. Hustey FM, Lamantia J. *Altered mental status, neurologic emergencies, Geriatric emergencies*, Mc Graw Hill ed., 2004
16. Mc Cusker J, Cole M, Dendukuri N, et al. Delirium in older medical inpatients and subsequent cognitive and fonctionnal status: a prospective study. *CMAJ* 2001 ; 165 (5) : 575-83.
17. Mc Cusker J, Cole M, Abrahamowicz M, et al. Delirium predicts 12-month mortality. *Arch Intern Med* 2002 ; 162 : 457-63.
18. Pitkala KH, Laurila JV, Strandberg TE, et al. Prognostic signifiance of delirium in frail older people. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2005 ; 19 (2-3) : 158-63.
19. Inouye SK, Zhang Y, Jones RN, et al. Risk factors for delirium at discharge: development and validation of a prospective model. *Arch Intern Med* 2007 ; 167 (13) : 1406-13.
20. Francis J, Martin D, Kapoor WN. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *Jama* 1990 ; 263 (8) : 1097-1101.
21. Mc Cusker J, Cole M, Dendukuri N, et al. The course of delirium in older medical inpatients. A prospective study. *J Gen Intern Med* 2003 ; 18 (9) : 696-704.
22. Rahkonen T, Luukkainen-Markkula R, Paanila S, et al. Delirium episode as a sign of undetected dementia among community dwelling elderly subjects: a 2 year follow up study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000 ; 69 (4) : 519-21.
23. Cole MG, McCusker J, Ciampi A, et al. An exploratory study of diagnostic criteria for delirium in older medical inpatients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2007 Spring ; 19 (2) : 151-6.
24. American Psychiatric Association : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
25. Edlund A, Lundström M, Sandberg O, et al. Symptom profile of delirium in older people with and without dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2007 ; 20 (3) : 166-71.
26. Brousse G, Taulemesse A, Enjolras J, et al. *Thérapeutique des états d'agitation et conduite à tenir*. Urgences 2006, Éditions scientifiques L & C, p. 281-92.

