



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

**Confusion aiguë chez la personne âgée :
prise en charge initiale de l'agitation**

RECOMMANDATIONS

Mai 2009

L'argumentaire scientifique et la synthèse des recommandations sont téléchargeables
sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication et information des publics
2, avenue du Stade-de-France – F 93218 Saint-Denis-la-Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en mai 2009.
© Haute Autorité de Santé – 2009

Sommaire

Recommandations	4
1. Introduction	4
1.1 Contexte	4
1.2 Thème et objectifs	4
1.3 Professionnels concernés	4
1.4 Patients concernés	5
1.5 Définition de la personne âgée	5
1.6 Définition	5
1.7 Gradation des recommandations	5
2. Comment identifier une confusion aiguë (<i>delirium</i>) chez une personne âgée ? Quels sont les symptômes de confusion à rechercher ?.....	5
2.1 Quels sont les symptômes de confusion aiguë à rechercher ?	5
2.2 Comment distinguer une confusion aiguë d'un trouble du comportement au cours de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées ?	6
3. Quelles sont les indications de l'hospitalisation ?	7
4. Quelles sont les causes cliniques à rechercher avant la mise en route d'un traitement symptomatique ?.....	7
4.1 Les facteurs prédisposants et les facteurs déclenchants	7
4.2 Recherche d'une cause médicamenteuse : quelle enquête réaliser ?	9
4.3 Quel bilan initial doit être réalisé en urgence en cas de confusion aiguë (investigations cliniques et examens complémentaires initiaux indispensables) ?	11
5. Quelles sont les situations de confusion aiguë avec agitation nécessitant un traitement médicamenteux symptomatique ?.....	12
5.1 Quelles sont les mesures non médicamenteuses de prise en charge ?	12
5.2 Quelles sont les situations justifiant une intervention médicamenteuse ?	13
5.3 Quelle est la place de la contention physique ?	13
6. Quelles sont les modalités d'une intervention médicamenteuse de courte durée?	14
6.1 Quelles classes thérapeutiques peuvent être utilisées ?	14
6.2 Quelle stratégie de prise en charge médicamenteuse recommander?	15
7. Modalités de surveillance à mettre en œuvre une fois l'agitation contrôlée	16
7.1 Surveillance d'un patient âgé présentant une confusion	16
7.2 Modalités de la surveillance en fonction du lieu de prise en charge et de l'environnement du patient	17
7.3 Proposition d'actions futures	17
Annexe 1. Anxiolytiques benzodiazépines et apparentés de demi-vie courte et d'élimination rapide par voie orale.....	18
Méthode <i>Recommandations pour la pratique clinique</i>.....	19
Participants.....	21
Fiche descriptive des recommandations.....	24

Recommandations

1. Introduction

1.1 Contexte

L'élaboration de ces recommandations de bonne pratique professionnelle (RBP) sur la prise en charge initiale de l'agitation en cas de confusion aiguë chez la personne âgée s'intègre dans la mesure 15 du Plan Alzheimer 2008-2012 et également dans le programme pilote de la Haute Autorité de Santé (HAS) intitulé « Améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées » (Psycho SA).

Au sein de la mesure 15 du Plan Alzheimer, dont la HAS est pilote, ces RBP répondent à la sous-mesure « Élaboration de recommandations de pratique clinique sur les modalités de sédation des troubles du comportement dans les situations difficiles, et sur la prise en charge des troubles du comportement ». Des RBP sur le thème « maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » sont également produites par la HAS dans ce contexte.

1.2 Thème et objectifs

Ces recommandations concernent la prise en charge initiale de tous les patients âgés ayant une confusion aiguë et agités, avec ou sans démence connue sous-jacente. Si la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentés présente des spécificités, elle donne lieu à des recommandations spécifiques. Est exclue de ces recommandations la prise en charge de la confusion aiguë postopératoire.

L'objectif des recommandations est de :

- définir des bonnes pratiques de prise en charge diagnostique, thérapeutique et de suivi, en cas de confusion aiguë avec agitation chez des personnes âgées, avec ou sans démence connue sous-jacente ;
- promouvoir les mesures de prise en charge non médicamenteuse ;
- éviter toute prescription systématique ou prolongée d'un traitement médicamenteux symptomatique.

Ces recommandations visent à répondre aux questions suivantes :

- comment identifier une confusion aiguë ? quels sont les symptômes de confusion aiguë à rechercher ? quelles sont les indications de l'hospitalisation ?
- quelles sont les causes cliniques vitales ou évidentes à rechercher avant une sédation ?
- quelles sont les situations en cas de confusion aiguë chez les personnes âgées pour lesquelles une sédation médicamenteuse de courte durée est justifiée en complément des autres modalités de prise en charge ?
- quelles sont les modalités d'une sédation médicamenteuse de courte durée ?
- quelles modalités de surveillance mettre en œuvre une fois l'agitation contrôlée ?

1.3 Professionnels concernés

Ces recommandations sont en premier lieu destinées aux urgentistes, gériatres, médecins coordonnateurs d'EPHAD, médecins généralistes, neurologues, psychiatres et aux internistes, mais elles concernent aussi tous les professionnels de santé et du secteur

médico-social qui sont amenés à intervenir sur le lieu de vie de la personne âgée, y compris à son domicile.

1.4 Patients concernés

Ces recommandations concernent la prise en charge de tous les patients âgés ayant une confusion aiguë et agités, avec ou sans démence sous-jacente. Ces recommandations sont destinées à être appliquées quel que soit le lieu de prise en charge : au domicile, en service d'urgences, en hospitalisation et en EHPAD.

1.5 Définition de la personne âgée

En accord avec les travaux publiés sur la personne âgée, le seuil de 65 ans a été retenu pour définir la population des personnes âgées.

1.6 Définition

Les termes « confusion aiguë » ou « syndrome confusionnel aigu » ont remplacé l'ancienne dénomination de « confusion mentale » et sont l'équivalent du terme « *delirium* » utilisé dans la littérature internationale (DSMIV-TR et CIM-10).

1.7 Gradation des recommandations

L'analyse de la littérature apporte des informations sur des pratiques françaises ou étrangères, qui ont servi de base de réflexion au groupe de travail réuni par la HAS. Les recommandations tiennent compte du cadre réglementaire français actuel. Les données de la littérature identifiée n'ont pas permis de fonder les recommandations sur des preuves. En conséquence, toutes les recommandations reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail, après avis du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

2. Comment identifier une confusion aiguë (*delirium*) chez une personne âgée ? Quels sont les symptômes de confusion à rechercher ?

2.1 Quels sont les symptômes de confusion aiguë à rechercher ?

La confusion aiguë est un diagnostic clinique qui peut être difficile à porter chez une personne âgée.

La confusion aiguë doit être évoquée quand la personne âgée présente un changement rapide de son comportement habituel ou en cas d'inversion récente du rythme nyctéméral (veille-sommeil).

Dans ce cas, les signes de la confusion à rechercher sont :

- une perturbation de la conscience de soi et de son environnement (par exemple le patient ne sait plus qui il est, ne reconnaît pas sa famille) ;

- un trouble de l'attention (par exemple, les questions doivent être répétées à plusieurs reprises, le patient est facilement distrait par des stimuli extérieurs) ;
- des troubles cognitifs (troubles de la mémoire, en particulier de la mémoire des faits récents, désorientation temporo-spatiale, discours parfois décousu, voire incohérent) ;
- un trouble de la vigilance (obnubilation, perturbation du cycle normal veille/sommeil incluant l'inversion du rythme nyctéméral) ;
- des troubles psychiatriques (interprétation erronée des perceptions sensorielles, hallucinations).

Tous ces symptômes peuvent générer une grande anxiété (perplexité anxieuse) et une agitation chez le patient. Le début brutal ou rapidement progressif et la fluctuation des signes dans la journée avec une recrudescence vespérale des symptômes sont caractéristiques¹ de la confusion.

Il en existe différents tableaux cliniques qui nécessitent tous la même stratégie diagnostique :

- des formes incomplètes ;
- des formes hyperactives, dominée par l'agitation avec plus fréquemment des interprétations erronées, des perceptions sensorielles ou des hallucinations ;
- des formes hypoactives plus difficiles à diagnostiquer où prédominent une apathie, voire un état d'obnubilation.

La CAM (*Confusion Assessment Method*) est un outil de dépistage des confusions aiguës principalement fondé sur les critères du DSM et largement utilisé par les équipes soignantes dans les pays anglo-saxons. Il en existe une traduction française qui n'a pas été validée. De plus, l'utilisation de la CAM requiert une formation rapide mais formalisée, qui repose sur un « Manuel de formation à l'utilisation de la CAM », disponible en langue anglaise et non traduit. Cela limite l'utilisation de la CAM en pratique clinique de routine. Il est recommandé que des études de validation de la version française de la CAM et une traduction du manuel d'utilisation soient entreprises.

2.2 Comment distinguer une confusion aiguë d'un trouble du comportement au cours de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées ?

2.2.1 Distinguer une confusion d'une démence

L'existence de troubles cognitifs ne permet pas de faire la distinction entre confusion et démence. En revanche, un début brutal, des troubles de la vigilance ou de l'attention et la fluctuation rapide des symptômes dans le temps orientent vers un diagnostic de confusion.

La distinction est particulièrement difficile dans les cas de démence à corps de Lévy où les épisodes confusionnels et les fluctuations des symptômes sont fréquents, y compris au stade débutant de la maladie.

2.2.2 Diagnostiquer une confusion aiguë chez un patient ayant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée

Un patient atteint de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée est un patient à risque de confusion aiguë. Le diagnostic de confusion aiguë est particulièrement difficile à poser chez ces patients.

Chez un patient ayant une démence connue, il est recommandé d'évoquer une confusion aiguë devant toute aggravation brutale des fonctions cognitives ou devant toute modification

¹ Mais peuvent être aussi présent dans la démence à corps de Lévy.

de la vigilance ou du comportement antérieur. Néanmoins toute agitation chez une personne démente n'est pas synonyme de confusion.

En cas de démence, l'enquête étiologique systématique de la confusion est la même qu'en l'absence de démence.

En cas de confusion chez un patient non connu comme atteint de démence, il est recommandé de rechercher, auprès de l'entourage ou des professionnels de santé en charge du patient, des signes en faveur de troubles cognitifs préexistants qui pourraient faire évoquer une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée sous-jacente.

3. Quelles sont les indications de l'hospitalisation ?

La confusion aiguë est une situation d'urgence médicale. Elle nécessite un diagnostic étiologique rapide et une prise en charge médicale.

Il est recommandé d'hospitaliser le patient en urgence quand un ou plusieurs des critères suivants sont présents :

- un état clinique menaçant le pronostic vital ou fonctionnel ;
- la dangerosité du patient pour lui-même ou son entourage, en particulier en cas de confusion hyperactive difficilement gérable par l'entourage ou empêchant un examen clinique complet ;
- en cas de difficulté ou d'impossibilité à réaliser les examens complémentaires nécessaires en ambulatoire ;
- quand l'arrêt d'un traitement potentiellement responsable de la confusion nécessite une surveillance médicalisée pluriquotidienne ;
- quand la prise en charge sur le lieu de vie (EHPAD ou domicile) n'est pas possible (patient seul à domicile, absence ou insuffisance d'aide familiale ou professionnelle, etc.).

Si le patient n'a pas été hospitalisé en urgence, une hospitalisation devra être organisée secondairement dans un service adapté si :

- les premières mesures diagnostiques et thérapeutiques mises en œuvre hors de l'hôpital se sont avérées inefficaces ;
- le patient ne s'hydrate ou ne s'alimente plus suffisamment ;
- l'entourage professionnel ou familial ne permet plus de garantir la qualité des soins.

Dans le cas où, après avoir éliminé une cause organique, la confusion est liée à un état dépressif caractérisé et sévère avec des symptômes délirants ou un risque suicidaire (mélancolie délirante), il est recommandé d'hospitaliser le patient dans un service de psychiatrie.

4. Quelles sont les causes cliniques à rechercher avant la mise en route d'un traitement symptomatique ?

4.1 Les facteurs prédisposants et les facteurs déclenchants

La survenue d'une confusion est souvent multifactorielle. Elle résulte d'une interaction entre deux types de facteurs de risque : les facteurs prédisposants et les facteurs déclenchants.

Plus les facteurs prédisposants sont importants, moins l'élément déclenchant a besoin d'être sévère pour provoquer une confusion. De plus, le cumul de plusieurs facteurs prédisposants majore le risque de confusion.

Les principaux facteurs prédisposants sont :

- démence avérée ou troubles cognitifs chroniques sous-jacents
- immobilisation, aggravée par une contention physique
- déficit sensoriel (visuel ou auditif)
- comorbidités multiples
- dénutrition
- polymédication
- antécédents de confusion, notamment postopératoire
- troubles de l'humeur, en particulier états dépressifs

Les principaux facteurs déclenchants sont :

infectieux	- pneumonie - infection urinaire - méningite, encéphalite - autre infection
iatrogéniques (iatrogénie médicamenteuse)	- effets indésirables médicamenteux - sevrage des benzodiazépines, d'autres psychotropes, d'opiacés
cardiovasculaires	- syndrome coronaire aigu - trouble du rythme ou de la conduction - embolie pulmonaire - état de choc
neurologiques (non infectieuses)	- accident vasculaire cérébral - hématome sous-dural - hémorragie méningée - épilepsie (état per ou postcritique) - traumatisme crânien - encéphalopathie carencielle
métaboliques, endocriniens	- hypoglycémie - hyponatrémie, hypernatrémie - déshydratation - hypercalcémie - hypoxie (anémie, insuffisance respiratoire ou cardiaque) - insuffisance rénale aiguë
psychiatriques, psychologiques	- dépression, deuil, stress psychologique
généraux	- intervention chirurgicale et anesthésie générale, - douleurs aiguës - rétention aiguë d'urine, état subocclusif sur fécalome - fièvre isolée - traumatismes ostéoarticulaires ou des parties molles - facteurs environnementaux dont la contention physique - privation sensorielle aiguë (visuelle ou auditive) et/ou de sommeil
toxiques	- intoxication alcoolique, sevrage alcoolique - intoxication au monoxyde de carbone

4.2 Recherche d'une cause médicamenteuse : quelle enquête réaliser ?

4.2.1 Médicaments en cause

En premier lieu, il est recommandé de rechercher systématiquement la prise de médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (cf. tableau 1). Ce sont des facteurs déclenchants majeurs de confusion chez les sujets âgés qui ont souvent des troubles cognitifs préexistants même légers.

D'autres médicaments fréquemment prescrits chez la personne âgée sont également des facteurs de risque de confusion (cf. tableau 2).

Tableau 1. Principaux médicaments pouvant entraîner une confusion par leurs propriétés anticholinergiques (liste non exhaustive) ²

	Classe thérapeutique	DCI (exemples)	Spécialités
Neurologie	Antiparkinsoniens anticholinergiques	trihexyphénidyle trospatine bipéridène	Artane [®] Lepticur [®] Akineton [®]
Psychiatrie	Antidépresseurs imipraminiques		
	Neuroleptiques phénothiaziniques		
	Neuroleptique atypique	clozapine	Leponex [®]
	Hypnotiques (neuroleptique)	acépromazine+acéprométazine méprobamate + acéprométazine	Noctran [®] Mépronizine [®]
Gastro-entérologie	Antiémétiques (neuroleptique)	métoclopramide métopimazine	Primpéran [®] Vogalène [®]
	Antispasmodiques dans l'instabilité vésicale	oxybutynine, trospium, toltérodine, solifénacine,	Ditropan [®] Céris [®] Détrusitol [®] Vésicare [®]
Urologie			
Immuno-allergologie	Antihistaminiques phénothiaziniques	prométhazine alimémazine	Phénergan [®] Théralène [®]
	Antihistaminiques H1	hydroxyzine dexchlorphéniramine cyproheptadine	Atarax [®] Polaramine [®] Périactine [®]
Pneumologie	Antitussifs antihistaminiques H1	pimétixène oxomémazine	Calmixène [®] Toplexil [®]
	Bronchodilatateurs anticholinergiques	ipratropium tiotropium	Atrovent [®] Spiriva [®]
Antimigraineux	Neuroleptique	flunarizine	Sibélium [®]
Cardiologie	Troubles du rythme	disopyramide	Rythmodan [®]
Divers	Antispasmodiques anticholinergiques	atropine tiémonium scopolamine	Viscéralgine [®]

²

- Médicaments atropiniques dans *Index du Thesaurus des interactions médicamenteuses* (Afssaps, décembre 2008).
- Laroche M.-L., *et al.* Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *j.revmed.*2008.08.010.

Tableau 2. Autres classes médicamenteuses ou médicaments pouvant entraîner une confusion aiguë (liste non exhaustive)

	Classe thérapeutique ou DCI
Psychiatrie	benzodiazépines et apparentés
	antidépresseurs (IRSS, IRSNa, etc.)
Neurologie	antiparkinsoniens dopaminergiques
	antiépileptiques
Gastro-entérologie (antiulcéreux)	inhibiteurs de la pompe à protons
Infectiologie (antibiotiques)	fluoroquinolones
Cardiologie	digoxine bêtabloquant amiodarone
Antalgie	morphine, codéine dextropropoxyphène tramadol
Divers	corticoïdes à fortes doses collyres mydriatiques

4.2.2 Enquête à réaliser

Le risque de confusion augmente avec le nombre de médicaments (polymédication) et en cas de surdosage.

En premier lieu, il est recommandé de rechercher une modification de prescription récente ou une erreur d'administration qui peut être la source de la confusion (introduction d'un nouveau médicament, augmentation des doses).

Cependant, les traitements au long cours bien supportés lorsque l'état du patient est stable peuvent entraîner des effets indésirables lorsque l'état du patient se modifie en situation aiguë. Le fait que les médicaments reçus par le patient et leur dose n'aient pas été modifiés n'élimine donc pas l'imputabilité du traitement médicamenteux dans la survenue d'une confusion.

L'arrêt brutal d'un traitement en cours, en particulier pour les benzodiazépines, peut aussi être source de confusion aiguë. En effet, la prise de benzodiazépines au long cours peut être méconnue. Ce peut être le cas lorsque ce traitement n'est pas été signalé lors de l'examen initial ou ne figure pas sur les ordonnances apportées aux urgences, par exemple en cas d'automédication (traitement ancien ou traitement d'un tiers).

Il est donc recommandé :

- d'interroger systématiquement l'entourage (familial ou professionnel tels que l'infirmière à domicile ou d'EHPAD, le médecin traitant ou le pharmacien) sur l'ensemble des traitements pris par le patient ;
- de ne pas se limiter à ceux mentionnés sur l'ordonnance.

Ces informations peuvent aussi être obtenues sur ameli.fr par le médecin avec la carte vitale du patient ou au moyen du dossier pharmaceutique accessible par le pharmacien.

De même, il est recommandé de vérifier que les doses effectivement prises par le patient sont bien adaptées à son âge et à sa fonction rénale.

Lors du bilan initial d'un patient confus, il est recommandé d'arrêter et de remplacer si besoin tous les médicaments pouvant être responsables d'une confusion ainsi que tous ceux qui ne sont pas indispensables.

Les modalités de l'arrêt devront être adaptées à la classe thérapeutique, en fonction du risque de survenue de manifestations de sevrage, en particulier pour les benzodiazépines, les bêtabloquants et les antiparkinsoniens.

4.3 Quel bilan initial doit être réalisé en urgence en cas de confusion aiguë (investigations cliniques et examens complémentaires initiaux indispensables) ?

Les personnes âgées confuses n'ont pas la capacité de fournir des informations précises concernant leurs antécédents et les circonstances de l'épisode aigu. Il est recommandé de vérifier ces informations auprès du médecin traitant, des personnels soignants, de la famille, ou de l'entourage ainsi qu'à partir des dossiers médicaux à disposition.

Lors de la prise en charge initiale, il est recommandé d'évaluer par l'interrogatoire du patient, au minimum les capacités d'orientation, d'attention et de mémorisation de la personne âgée.

Il est recommandé de chercher à obtenir, auprès du médecin traitant des informations plus précises concernant l'état cognitif préexistant et l'autonomie du patient.

Il est recommandé de réaliser un MMSE dès que l'état du patient le permet afin de disposer d'un score de référence au cours de cet épisode. Il est recommandé de renouveler régulièrement ce test pour suivre l'évolution cognitive, l'absence d'amélioration devant conduire à suspecter une démence débutante.

Face à un tableau confusionnel aigu chez la personne âgée, en plus de l'examen clinique habituel, il est recommandé de rechercher tous les facteurs déclenchants de la confusion et plus spécifiquement chez la personne âgée, d'éliminer en premier lieu un globe vésical, un fécalome ou une cause de douleur même non verbalisée dans ce contexte.

Le bilan initial recommandé en urgence et de façon systématique, est destiné à éliminer les causes les plus fréquentes de confusion qui, dans la majorité des cas, pourront être traitées sans nécessiter une sédation :

- Ionogramme sanguin, urée, protides totaux, créatininémie avec calcul de la clairance de la créatinine ;
- calcémie ;
- glycémie capillaire ;
- hémogramme ;
- CRP ;
- bandelette urinaire (leucocytes, nitrites) ;
- Saturation O₂ ;
- ECG.

La tomodensitométrie cérébrale (TDM cérébrale) ne doit pas être pratiquée de façon systématique. Elle est recommandée en première intention en cas de :

- signes de localisation neurologique ;
- suspicion d'hémorragie méningée ;
- traumatisme crânien même mineur.

Si l'ensemble du bilan de première intention est négatif :

- une TDM cérébrale peut être indiquée en seconde intention, afin de rechercher en particulier un accident vasculaire cérébral même en l'absence de déficit moteur, un hématome sous-dural en particulier en cas de traitement par un anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire ;
- un électroencéphalogramme est recommandé pour rechercher une comitialité (état de mal épileptique non convulsif, crise partielle complexe) ;
- un examen du LCR en cas de signes d'appel (fièvre sans cause infectieuse rapidement mise en évidence et/ou associée à des signes méningés).

5. Quelles sont les situations de confusion aiguë avec agitation nécessitant un traitement médicamenteux symptomatique ?

5.1 Quelles sont les mesures non médicamenteuses de prise en charge ?

5.1.1 Mesures générales

La prise en charge d'une confusion nécessite avant tout le traitement du ou des facteurs déclenchants.

Parallèlement, quels que soient le lieu de soin ou la gravité du syndrome confusionnel, il est recommandé de débiter la prise en charge par des mesures non médicamenteuses. Ces mesures, sous la forme d'une prise en charge relationnelle individuelle, suffisent à elles seules, dans un nombre important de cas, à désamorcer l'agitation du patient et à diminuer son angoisse.

Ces mesures non médicamenteuses comprennent :

- l'accueil de la personne âgée dans un lieu approprié (pièce individuelle avec fenêtre, endroit calme) ;
- une attitude du personnel soignant favorisant l'apaisement (se présenter, se mettre face à la personne âgée, établir et maintenir un contact visuel, la nommer, lui expliquer pourquoi elle est là, ne pas entrer en opposition avec elle, s'entretenir avec elle de façon calme et posée, en utilisant des mots simples, etc.) ;
- l'attention aux messages non verbaux (mimiques, gestes, etc.), en favorisant l'utilisation de cette forme de communication chez le personnel soignant en plus du langage oral afin de renforcer la compréhension ;
- le maintien le plus possible des appareils auditifs et visuels pour éviter l'isolement sensoriel et favoriser la communication ;
- le maintien des objets personnels (ne pas retirer systématiquement tous les objets personnels) ;
- l'absence d'obscurité totale durant la nuit ;
- le non-recours à une contention physique en première intention ;
- l'alitement non systématique en favorisant si possible la mobilité physique ;
- l'adaptation de l'environnement pour éviter le risque de fugue du patient.

Il est recommandé que ces mesures non médicamenteuses soient poursuivies tout au long de la prise en charge y compris la nuit.

5.1.2 Plus spécifiquement aux urgences

- Si possible favoriser la présence de la famille et/ou de l'entourage proche lorsqu'ils ont un rôle apaisant auprès de la personne âgée ;
- éviter la multiplicité des intervenants soignants auprès du patient ;
- évaluer le rapport bénéfice-risque de tous les actes invasifs (voie veineuse, sonde vésicale, etc.) qui peuvent aggraver la confusion ;
- en cas de nécessité de la pose d'une voie veineuse préférer un cathéter veineux périphérique court obturé et protégé à une perfusion à demeure ;
- élimination urinaire et fécale : respecter et favoriser le degré d'autonomie fonctionnelle de la personne âgée en évitant d'imposer systématiquement au patient des protections ;

- en cas de suspicion d'une rétention urinaire, afin d'éviter un sondage vésical systématique qui du fait de son caractère douloureux, peut aggraver l'état confusionnel du patient, il est recommandé de confirmer si possible le diagnostic de globe vésical par un échographe vésical portable au lit du patient, plutôt que par un sondage vésical exploratoire.

Dès le diagnostic de confusion établi, il est recommandé que les explorations complémentaires soient réalisées le plus rapidement possible puis que le patient soit dirigé vers un service hospitalier adapté, afin d'écourter le séjour dans le service des urgences.

En l'absence de cause nécessitant une prise en charge spécifique dans un service adapté (neurologie, réanimation, psychiatrie, etc.), il est recommandé que le patient bénéficie le plus vite possible d'un avis gériatrique et d'une orientation en service de gériatrie ou en service de médecine à orientation gériatrique (court séjour gériatrique).

Une admission directe dans un secteur gériatrique sans passage par les urgences est aussi recommandée chaque fois qu'elle est possible.

5.1.3 Plus spécifiquement en EHPAD

Le comportement habituel du patient étant bien connu du personnel soignant et/ou de l'entourage, il est recommandé d'évoquer une confusion devant tout changement important de cet état.

Devant tout signe de confusion, il est recommandé de rechercher, entre autres, une cause liée à l'environnement du patient (changement d'un membre de l'équipe soignante, décès d'un voisin de table ou de chambre, conflits familiaux ou avec le personnel soignant) qui peut être à l'origine de la confusion, en particulier chez les patients atteints de démence. Chaque fois que cela est possible, il est recommandé d'y apporter des mesures correctrices.

5.2 Quelles sont les situations justifiant une intervention médicamenteuse ?

En cas de confusion aiguë et si la prise en charge non médicamenteuse s'avère insuffisante, en complément de ces mesures non médicamenteuses, un traitement pharmacologique de courte durée (24 à 48 heures) peut être indiqué. Ce traitement sera institué après une évaluation individuelle de son rapport bénéfice-risque et il devra être notifié dans le dossier médical.

Le traitement pharmacologique a pour objectif la diminution des symptômes et se justifie dans les circonstances suivantes :

- symptômes comportementaux sévères (agitation importante) ou émotionnels (anxiété sévère), provoquant chez le patient une souffrance significative ;
- symptômes mettant en danger le patient ou autrui ;
- symptômes empêchant des traitements ou des examens indispensables à la prise en charge.

5.3 Quelle est la place de la contention physique ?

Il est recommandé que les mesures de contention physique :

- restent exceptionnelles ;
- se limitent aux situations d'urgence médicale, après avoir tenté toutes les solutions alternatives, et pour permettre les investigations et les traitements nécessaires tant que le patient est dangereux pour lui-même ou pour autrui ;
- soient reconsidérées au bout de quelques heures.

Si elle est indispensable, il est recommandé que la contention physique soit mise en œuvre selon un protocole précis établi³ :

- prescription médicale obligatoire et mention dans le dossier médical et dans le dossier infirmier ;
- surveillance programmée, mise en œuvre et retranscrite dans le dossier de soins infirmiers ;
- information de la personne et de ses proches ;
- préservation de l'intimité et la dignité du patient ;
- réévaluation au moins toutes les trois heures, avec nouvelle prescription en cas de renouvellement et nouvelle recherche d'alternatives.

6. Quelles sont les modalités d'une intervention médicamenteuse de courte durée ?

6.1 Quelles classes thérapeutiques peuvent être utilisées ?

Il est rappelé qu'aucun médicament n'a obtenu l'autorisation de mise sur le marché pour l'indication « confusion aiguë de la personne âgée ».

6.1.1 Neuroleptiques

Actuellement dans la pratique quotidienne certains neuroleptiques et en particulier l'halopéridol sont utilisés dans cette indication. Néanmoins, très peu de données sont disponibles dans la littérature concernant leur utilisation en cure courte chez les personnes âgées, aussi bien en termes d'efficacité que de tolérance.

Ces traitements, quelle que soit leur classe thérapeutique, peuvent tous entraîner des effets indésirables majeurs chez les personnes âgées en cas de traitements prolongés.

Aussi bien en ce qui concerne l'efficacité que les effets indésirables, les données actuellement disponibles, ne permettent pas de choisir entre les neuroleptiques classiques et les neuroleptiques atypiques.

Les personnes âgées qui présentent une confusion ont fréquemment des troubles cognitifs préexistants. En présence de ces troubles, la prescription de neuroleptiques risque d'entraîner plus fréquemment la survenue de certains effets indésirables (hypotension, chute, syndrome extrapyramidal, troubles de la déglutition, troubles de la marche, etc.) et d'aggraver, voire de révéler, une pathologie démentielle sous-jacente jusque-là inconnue.

Dans le cas d'une maladie à corps de Lévy, une administration de neuroleptiques même à faible dose peut avoir des conséquences graves (sédation excessive, voire coma).

6.1.2 Benzodiazépines

Il n'existe pas de données dans la littérature concernant l'emploi des benzodiazépines en cas de confusion aiguë de la personne âgée.

Chez les personnes âgées l'effet sédatif peut être majeur avec une grande variabilité interindividuelle. Selon le résumé des caractéristiques du produit (RCP), les benzodiazépines de demi-vie courte et d'élimination rapide ont une indication dans le traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes.

³ *Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, ANAES, 2000.*

6.1.3 Critères de choix de la classe thérapeutique

Le choix de la classe thérapeutique est orienté en fonction des symptômes de confusion qui nécessitent une intervention médicamenteuse. Il est recommandé d'utiliser en cas d'agitation sévère :

- avec une anxiété prédominante : une benzodiazépine ayant un pic d'action rapide et une demi-vie courte ;
- avec des troubles productifs (hallucinations, délire) : un neuroleptique le plus adapté au profil du patient.

On ne dispose pas non plus de données dans la littérature concernant le méprobamate en cas de confusion aiguë de la personne âgée. En l'absence de données issues d'essais cliniques chez la personne âgée, le méprobamate doit être utilisé avec précaution dans cette population. De ce fait, il n'est pas recommandé en première intention. Selon le RCP, il peut être utilisé sous sa forme injectable dans les états aigus d'anxiété ou d'agitation, en deuxième intention, pour une durée la plus courte possible (de 1 à 3 j) et en diminuant la posologie chez les sujets âgés.

6.2 Quelle stratégie de prise en charge médicamenteuse recommander ?

La prise en charge et le traitement des causes de la confusion aiguë permettent dans la plupart des cas une amélioration de la symptomatologie.

Le traitement symptomatique médicamenteux n'est destiné qu'à traiter ponctuellement les symptômes gênants (anxiété majeure ou agitation sévère) pour le patient et son entourage.

Si ce traitement est nécessaire, il est recommandé de privilégier une monothérapie et une durée la plus courte possible (24 à 48 heures maximum).

Lors de l'instauration du traitement, il est recommandé d'administrer une première dose et d'en évaluer l'effet avant de renouveler la prescription.

Si le traitement doit être poursuivi, il est recommandé d'en reconsidérer les indications pluriquotidiennement et de l'arrêter dès le contrôle des symptômes gênants qui ont motivé la prescription.

Du fait de la variabilité des symptômes gênants au cours du nyctémère, l'évaluation de l'efficacité et de la tolérance du traitement doit avoir lieu aussi bien le jour que la nuit.

Chez les patients déjà traités par un psychotrope, avant de débiter tout nouveau traitement médicamenteux, il est recommandé de rechercher un changement récent du traitement (arrêt brutal ou introduction d'une nouvelle molécule, augmentation des doses) pouvant être à l'origine de la confusion aiguë.

En cas d'arrêt brutal et récent d'un traitement psychotrope, en particulier par benzodiazépine, il est recommandé de suspecter un syndrome de sevrage à l'origine de la confusion et de réintroduire à doses faibles ce traitement.

En cas de prescription d'un neuroleptique, il est recommandé :

- de commencer systématiquement par une dose plus faible que chez l'adulte (1/4 à 1/2 dose) ;
- d'éviter la forme injectable qui est moins bien tolérée en particulier au plan cardiovasculaire ;
- de privilégier les formes buvables et orodispersibles.

En cas de prescription d'une benzodiazépine, il est recommandé de :

- commencer systématiquement par une dose plus faible que chez l'adulte (1/4 à 1/2 dose) ;

- de privilégier l'emploi d'une benzodiazépine *per os*, d'action rapide et de durée d'action courte, tels que l'alprazolam, le lorazépam, l'oxazépam.

7. Modalités de surveillance à mettre en œuvre une fois l'agitation contrôlée

7.1 Surveillance d'un patient âgé présentant une confusion

La surveillance d'un patient âgé pris en charge pour une confusion comprend la surveillance :

- de la tolérance du traitement symptomatique ;
- des symptômes de confusion aiguë.

7.1.1 Surveillance de la tolérance du traitement symptomatique

La dose du médicament sédatif doit être guidée par une surveillance rapprochée de l'efficacité et de la tolérance du traitement.

En cas de traitement par un neuroleptique, les effets indésirables du traitement doivent être surveillés avec attention, en particulier :

- globe vésical ou constipation à rechercher quotidiennement ;
- somnolence ;
- hypotension orthostatique ;
- chutes ;
- glycémies chez les patients diabétiques en cas de prescription d'un neuroleptique atypique ;
- anomalies à l'ECG.

En cas de traitement par une benzodiazépine, il est recommandé que les personnes âgées soient réévaluées (somnolence, pression artérielle) une heure après chaque dose de benzodiazépine et au moins 24 heures après la dernière administration.

Dans tous les cas, une réévaluation fréquente est nécessaire pour surveiller le contrôle des symptômes et la survenue d'une sédation excessive.

7.1.2 Surveillance des symptômes de confusion aiguë

Le patient âgé confus est un patient fragile susceptible de présenter des complications (dénutrition, déshydratation, diminution de la mobilité, apparition d'escarres et prolongation de l'hospitalisation) durant son hospitalisation ou en EHPAD.

Une fois l'agitation contrôlée même si le patient reste encore confus, il est recommandé :

- de supprimer le plus rapidement possible, les contentions qui auraient pu être mises en place transitoirement ;
- de surveiller les paramètres suivants :
 - les signes généraux : signes vitaux, diurèse, transit intestinal, mobilité, évaluation de la souffrance physique, anxiété, risque d'escarres,
 - l'évolution des symptômes de la confusion, des troubles du comportement, le rythme veille-sommeil, le risque de mise en danger de soi ou d'autrui, l'état mental, les autres symptômes psychiatriques,
 - les apports hydriques et alimentaires.

Une évaluation régulière de l'état mental et des symptômes permet d'apprécier l'efficacité des traitements entrepris et l'évolutivité des affections sous-jacentes. Il est recommandé que des évaluations cognitives et fonctionnelles régulières soient réalisées.

À distance de l'épisode aigu, il est recommandé d'effectuer un MMSE qui sera à comparer aux évaluations cognitives qui auront pu être faites pendant la période de confusion. L'absence d'amélioration doit conduire à suspecter une démence non diagnostiquée et à organiser un suivi spécialisé auprès d'une structure compétente dans le diagnostic et la prise en charge des démences et pathologies apparentées (consultation mémoire avec ressources neuropsychologiques).

7.2 Modalités de la surveillance en fonction du lieu de prise en charge et de l'environnement du patient ?

Si le patient est hospitalisé, il est recommandé de l'orienter dès que possible vers un lieu adapté à son état, après avis d'un gériatre et de son médecin traitant en concertation avec la famille.

La récupération d'un épisode confusionnel peut parfois être favorisée par le retour au domicile. Ce retour peut être envisagé avant la récupération complète si de bonnes conditions de prise en charge peuvent être mises en place au domicile et ce d'autant plus que l'état cognitif était correct avant l'épisode aigu.

Cependant, la récupération d'un épisode confusionnel, notamment chez un patient présentant une maladie d'Alzheimer ou une pathologie apparentée, peut nécessiter plusieurs semaines.

Si le patient n'avait pas d'antécédent de troubles cognitifs avant l'épisode confusionnel, et en cas de prise en charge en EHPAD ou à domicile, il est recommandé que le patient soit réévalué à distance (en moyenne dans un délai de trois mois) sur le plan cognitif.

Suite à un épisode confusionnel aigu, certains patients gardent des souvenirs vifs et angoissants de l'épisode confusionnel. Dans ce cas et lorsque cela est envisageable, un soutien psychologique est conseillé, en EHPAD notamment.

7.3 Proposition d'actions futures

Le peu de données scientifiques publiées dans la prise en charge de la confusion aiguë chez la personne âgée ne permet pas au groupe de travail de recommander une stratégie thérapeutique précise. Il serait souhaitable que des études soient développées dans cette indication et avec cette population de patients afin de pouvoir dans l'avenir proposer des modalités de prise en charge plus détaillées et fondées sur des études probantes.

Annexe 1. Anxiolytiques benzodiazépines et apparentés de demi-vie courte et d'élimination rapide par voie orale

(liste non exhaustive et par ordre alphabétique)

DCI	Spécialités	Dosage	Demi-vie d'élimination	Métabolite actif	Spécificités
alprazolam	Xanax [®]	Comprimés sécables à 0,25 mg et 0,50 mg Dosage à 1 mg réservé en deuxième intention et non recommandé chez la personne âgée	10 à 20 heures	Non	Sujet âgé : le métabolisme hépatique diminue, ainsi que la clairance totale, avec augmentation des concentrations à l'équilibre et des demi-vies. Il importe de diminuer les doses. Insuffisant rénal : on note une augmentation de la fraction libre (et donc du volume de distribution). Insuffisant hépatique : la clairance totale diminue, avec augmentation de la demi-vie.
lorazépam	Témesta [®]	Comprimés sécables à 1 mg et 2,5 mg	10 à 20 heures	Non	Sujet âgé : les paramètres pharmacocinétiques ne sont pas modifiés. Insuffisant hépatique (cirrhose) : on note un doublement de la demi-vie. Insuffisant rénal : ralentissement de l'élimination des métabolites glucuroconjugés, mais sans augmentation de la demi-vie du lorazépam.
oxazépam	Séresta [®]	Comprimés à 10 mg Comprimés sécables à 50 mg	8 heures	Non	Sujet âgé : les paramètres pharmacocinétiques ne sont pas modifiés. Cirrhose, hépatite virale : la demi-vie n'est pas augmentée.

Méthode *Recommandations pour la pratique clinique*

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode *Recommandations pour la pratique clinique* (RPC) est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

► Choix du thème de travail

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

► Comité d'organisation

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Ce comité définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les professionnels concernés. Il signale les travaux pertinents, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

► Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président.

► Rédaction de la première version des recommandations

Une première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail à partir de cet argumentaire et des avis exprimés au cours des réunions de travail (habituellement deux réunions). Cette première version des recommandations est soumise à un groupe de lecture.

► Groupe de lecture

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de travail. Il est consulté par courrier et donne un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs du comité de validation des recommandations au sein de la HAS.

► **Version finale des recommandations**

Les commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur synthèse, au cours d'une réunion de travail.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par le comité de la HAS chargé de la validation des recommandations. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. Le comité rend son avis au Collège de la HAS.

► **Validation par le Collège de la HAS**

Sur proposition du comité de validation des recommandations, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

► **Diffusion**

La HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

► **Travail interne à la HAS**

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

► **Gradation des recommandations**

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS (cf. § 1.4).

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Dans ce texte, les recommandations non gradées sont celles qui sont fondées sur un accord professionnel. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide publié par l'Anaes en 1999 : « Les recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France ». Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

Participants

Sociétés savantes et associations professionnelles

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)
Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm)
Association des neurologues libéraux de langue française (ANLLF)
Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE)
Collège français des anesthésistes-réanimateurs (CFAR)
Collège national des généralistes enseignants (CNGE)
Collège de soignants de la société française de gériatrie et de gérontologie (CSSFGG)
Collège français de médecine d'urgence (CFMU)
Collège professionnel des gériatres français (CPGF)
Direction générale de la santé (DGS)
Fédération française de neurologie (FFN)
Fédération française de psychiatrie (FFP)
Fédération française des psychomotriciens (FFP)
Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ffamco-Ehpad)
France Alzheimer
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
Organisme agréé Prat-Psy du Collège national universitaire de psychiatrie (OA Prat-Psy – Cnup)
Plan Alzheimer
Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar)
Société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG)
Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG)
Société française de médecine générale (SFMG)
Société française de médecine d'urgence (SFMU)
Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG)
Société française de neurologie (SFN)
Société française de pharmacie clinique (SFPC)
Société de psychogériatrie de langue française (SPLF)

Comité d'organisation

Dr Carlet Jean, directeur médical, DAQSS, HAS, Saint-Denis
Dr Desplanques Armelle, chef de service, UPP, HAS, Saint-Denis
Dr Dosquet Patrice, chef de service, SBPP, HAS, Saint-Denis
Mme Iazard Valérie, chef de projet, SEM, HAS, Saint-Denis
Dr Laurence Michel, chef de projet, SBPP, HAS, Saint-Denis
Mme Lombry Yasmine, aide-documentaliste, service documentation, HAS, Saint-Denis
Dr Revel-Delhom Christine, chef de projet, SBPP, HAS, Saint-Denis
Mme Riolacci Nathalie, chef de projet, UPP, HAS, Saint-Denis

Pr Bakchine Serge, neurologue, Reims
Dr Batard Éric, médecin urgentiste, Rezé
Dr Bazin Nadine, psychiatre, Versailles
Dr Benoît Michel, psychiatre, Nice
Pr Carpentier Françoise, médecin urgentiste, Grenoble
Pr Chassagne Philippe, gériatre, Rouen
Dr De Facq Pierre, neurologue, Armentières
Dr Deguines Catherine, Afssaps, Saint-Denis

Dr Delabrousse-Mayoux Jean-Philippe, neurologue, Bergerac
M. Dupont Olivier, DGS, Paris
Dr Gervais Xavier, médecin coordonnateur en EHPAD, Le Bouscat
M. Lefèvre Christophe, psychomotricien, Cormeilles-en-Parisis
Dr Legrain Sylvie, gériatre, Paris

Dr Lequeux Yves, médecin généraliste, Saint-Père-en-Retz
Pr Mantz Jean, anesthésiste-réanimateur, Clichy
Dr Maubourguet Nathalie, médecin coordonnateur en EHPAD, Pessac
Dr Micas Michèle, psychiatre, représentante de France Alzheimer, Paris

Pr Nourhashemi Fati, gériatre, Toulouse
Dr Parayre Claudine, Anesm, Saint-Denis
M. Romeu Serge, ergothérapeute, Fontenay-sous-Bois
Dr Verstichel Patrick, neurologue, Créteil
Dr Viallet François, neurologue, Aix-en-Provence

Groupe de travail

Pr Rainfray Muriel, gériatre, Pessac – Présidente du groupe de travail
Dr Éric Batard, médecin urgentiste, Nantes – chargé de projet
Dr Christine Revel-Delhom Saint-Denis – chef de projet HAS

M^{me} Anaïk Birot Alcouffe, psychologue clinicienne, Pessac
Dr Emmanuel Bisot, médecin généraliste, Coullons
Pr Philippe Chassagne, gériatre, Rouen
Dr Jean-Philippe Delabrousse-Mayoux, neurologue, Bergerac
M. Jacques Foessel, cadre de santé, Grenoble
M^{me} Marie-Claude Guelfi, pharmacienne, Paris
Dr Pierre Le Mauff, médecin généraliste, La Roche-sur-Yon

M^{me} Anne Moukha, infirmière coordinatrice, Pessac
Dr Laure Pain, anesthésiste réanimateur, Strasbourg
Dr Jean Petitpré, gériatre, Lallaing Représentant France Alzheimer
Dr Philippe Robert, psychiatre, Nice
Dr Lisette Volpe Gillot, neurologue, gériatre, Paris
Dr Frédéric Wone, gériatre, coordonnateur d'EHPAD, Périgueux

Groupe de lecture

Dr Fabienne Berthelot-Moritz, anesthésiste-réanimateur, Rouen
Pr Jacques Bouget, urgentiste, Rennes
Dr Véronique Cressot, gériatre, Pessac
Pr Jean Doucet, thérapeute gériatre, Rouen
Mme Céline Dutil, directrice d'EHPAD, Pessac
Mlle Émilie Fouchier, psychologue spécialisée en neuropsychologie, Rochefort-sur-Mer
Pr Alain Franco, gériatre, Échirolles
Dr Sandrine Harston, neurogériatre, Pessac
Pr Isabelle Jalenques, psychiatre, Clermont-Ferrand
Pr Pierre Jouanny, gériatre, Rennes
M. Hadj Kalfat, cadre de santé, ergothérapeute, Limoux
Dr Pierre Koskas, neurologue, Paris
M. Jean Lamarche, pharmacien officinal, Paris

Dr Jérôme Lurcel, médecin généraliste, Paris
Dr Florence Mahieux-Laurent, neurologue, Ivry-sur-Seine
Mlle Pascale Marcelet, psychologue clinicienne, Tartas
Mme Séverine Michel, psychomotricienne, Septeuil
Mme Valérie Motte, infirmière clinicienne, Rouen
Pr François Paille, addictologue, Nancy
Mlle Hélène Peyriere, pharmacienne, Montpellier
Mme Jade Putzolu, pharmacienne, HAS, Saint-Denis
Dr Geneviève Ruault, déléguée générale de la SFGG, Saint-Cloud
Pr Marc Verny, neurogériatre, Paris
Dr Catherine Vidy, cadre de santé, Grenoble

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des membres cités ci-dessus ainsi que les personnes dont les noms suivent, pour leur implication particulière dans la rédaction de certains paragraphes ou annexe de l'argumentaire ou leur relecture en interne au sein de la HAS :

Dr Armelle Desplanques, chef de service, service des programmes pilotes, HAS

Dr Valérie Izard, chef de projet, HAS

Dr Michel Laurence, chef de projet, HAS

Mme Emmanuelle Blondet, documentaliste, HAS

Mme Yasmine Lombry, documentaliste, HAS

Dr Nathalie Riolacci, chef de projet, service des programmes pilotes, HAS

Fiche descriptive des recommandations

TITRE	Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique Date de mise en ligne : juillet 2009
Objectif(s)	<p>Les recommandations visent à répondre aux questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment identifier une confusion aiguë ? Quels sont les symptômes de confusion aiguë à rechercher ? Quelles sont les indications de l'hospitalisation ? • Quelles sont les causes cliniques vitales ou évidentes à rechercher avant une sédation ? • Quelles sont les situations au cours de confusion aiguë chez les personnes âgées pour lesquelles une sédation médicamenteuse de courte durée est justifiée en complément des autres modalités de prise en charge ? • Quelles sont les modalités d'une sédation médicamenteuse de courte durée ? • Quelles modalités de surveillance mettre en œuvre une fois l'agitation contrôlée ?
Professionnel(s) concerné(s)	En premier lieu destinées aux urgentistes, gériatres, médecins coordonnateurs d'EHPAD, médecins généralistes, neurologues, psychiatres et aux internistes. Également tous les professionnels de santé et du secteur social qui sont amenés à intervenir sur le lieu de vie de la personne âgée, y compris à son domicile.
Demandeur	Mesure 15 du Plan Alzheimer 2008-2012 Programme pilote « Améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées » (Psycho SA).
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : D ^r Christine Revel, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : D ^r Patrice Dosquet) Secrétariat : Mlle Jessica Layouni Recherche documentaire : Mme Emmanuelle Blondet, avec l'aide de Mlle Yasmine Lombry, service de documentation de la HAS (chef de service : Mme Frédérique Pagès)
Participants	Sociétés savantes, comité d'organisation, groupe de travail (présidente : P ^r Muriel Rainfray, gériatre, Pessac), groupe de lecture : cf. liste des participants. Les participants au comité d'organisation et au groupe de travail ont communiqué leur déclaration d'intérêts à la HAS.
Recherche documentaire	De janvier 1998 à mars 2009
Auteurs de l'argumentaire	Dr Éric Batard, médecin interniste, Nantes – chargé de projet Dr Christine Revel-Delhom, chef de projet, HAS
Validation	Avis du comité de la HAS chargé de la validation des recommandations Validation par le Collège de la HAS en mai 2009
Autres formats	Synthèse des recommandations et argumentaire scientifique, téléchargeables sur www.has-sante.fr