

La confusion des sujets âgés aux urgences allonge-t-elle la durée d'hospitalisation?

Albane de Witasse-Thézy

▶ To cite this version:

Albane de Witasse-Thézy. La confusion des sujets âgés aux urgences allonge-t-elle la durée d'hospitalisation?. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01084562

HAL Id: dumas-01084562 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01084562

Submitted on 19 Nov 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers. L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014 N° 112

Thèse pour l'obtention du DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par Mademoiselle Albane de Witasse-Thézy Née le 12 septembre 1987 à Paris (14^{ème}) le 15/10/2014

La confusion des sujets âgés aux urgences allonge-t-elle la durée d'hospitalisation ?

<u>Directeur de thèse :</u> Madame le Professeur Muriel Rainfray Membres du jury :

Madame le Professeur Nathalie Salles, *Présidente du jury*Madame le Professeur Muriel Rainfray, *Directrice de thèse*Madame le Professeur Isabelle Bourdel-Marchasson

Monsieur le Professeur Didier Gruson

violisiear le l'Toressear Braier Grasor

Madame le Docteur Mireille Plas

Madame le Docteur Isabelle Faure

Remerciements

Je remercie tous ceux qui m'ont permis de réaliser cette thèse, en particulier le Professeur Rainfray, ma directrice de thèse, le Docteur Duc, pour les statistiques, et les internes et médecins des urgences d'Arcachon.

Je remercie tous les membres du jury : le Professeur Salles, le Professeur Bourdel-Marchasson, le Professeur Gruson, le Docteur Plas et le Docteur Faure.

Merci à mes relecteurs et relectrices,

Merci à ma famille, à mes amis et à Matthieu.

Table des matières

Re	m	erc	ciements	3
Tal	bl	e d	es matières	4
Lis	te	de	es tableaux et figures	6
Lis	te	de	es abréviations	7
IN	ΓR	OD	DUCTION	8
1.	LE	SY	NDROME CONFUSIONNEL CHEZ LES SUJETS AGES	9
	Α.		Définition de la confusion	10
		i. [Définition du DSM-IV-TR et du DSM-V et tableau clinique	10
		ii.	Outils diagnostiques fréquemment utilisés en pratique clinique	14
	В.		Prévalence et incidence de la confusion chez les sujets âgés de plus de 75 ans	17
	C.		Facteurs de risque de confusion	19
	D.		Enjeux du dépistage et diagnostic des syndromes confusionnels	20
		i.	Morbi-mortalité associée à la confusion	20
		ii.	Autres complications associées à la confusion	20
		iii.	Score d'identification des séniors à risque	22
	Ε.		Incidence des syndromes confusionnels aux urgences	23
		i. F	Prévalence des syndromes confusionnels dans les services d'urgences dans la littérature	23
		ii.	Sous-diagnostic des syndromes confusionnels aux urgences	23
		iii.	Conséquences du sous-diagnostic des syndromes confusionnels aux urgences	25
		iv.	Indicateurs de qualité de soins aux urgences	26
	F.		Justification de l'étude et hypothèse de travail	27
(G.		Objectif de l'étude	29
2.	M	ΑT	ERIELS ET METHODES	30
,	Α.		Type d'étude	30
	В.		Site de l'étude	30
(C.		Population de l'étude	31
		i.	Critères d'inclusion	31
		ii.	Critères d'exclusion	31
	D.		Recueil de données	32
		i.	Outil de définition de la confusion	32
		ii.	Données recueillies	33
		iii. co	Méthode de recueil des données concernant la présence ou l'absence de syndr nfusionnel	ome

		iv.	. Méthode de recueil des autres données	34
	Ε.		Objectif principal	36
	F.		Objectifs secondaires	36
	G		Critères de jugement	36
		i.	Critère de jugement principal	36
		ii.	Critères de jugement secondaires	36
	Н		Méthodes d'analyse statistique	37
		i.	Description de la population de l'étude	37
		ii.	Analyse univariée	37
		iii.	. Analyse multivariée	38
3.	RI	ESU	JLTATS	39
	A.		Caractéristiques de la population	39
	В.		Principaux résultats	44
		i.	Résultats concernant l'objectif principal	44
		ii.	Résultats concernant les objectifs secondaires	44
	C.		Analyse univariée	45
	D		Analyse multivariée	46
4.	D	ISC	CUSSION	47
	Α.		Résultats de l'étude et originalité du travail	47
	В.		Limites et biais de cette étude	49
		i.	Problème du diagnostic du syndrome confusionnel aux urgences : biais de classement	49
		ii.	Biais de sélection	49
		iii.	. Discussion concernant le choix de l'outil de référence pour le diagnostic de confusion	50
	C.		Comparaison avec les travaux semblables	51
		i.	Etude de McCusker et al., 2003	51
		ii.	Etude de Han et al., 2011	51
		iii.	. Etude de Kennedy et al., 2014	52
	D	1	Intérêt de ce travail en pratique clinique	53
	E. uı		Changements à envisager pour améliorer le diagnostic de syndrome confusionnel ences	aux 54
Bi	bli	og	raphie	55
Αı	nn	exe	e 1 : La CAM-ICU	60
Αı	nn	exe	e 2 : The DOS Scale	61
		exe ide	e 3. Document d'information remis à tous les médecins ayant participé aux inclusions	de 62

Liste des tableaux et figures

- **Figure 1** : Incidence de la confusion et des conséquences associées selon les populations de patients, p 18.
- Figure 2 : Principaux facteurs prédisposants et précipitants du syndrome confusionnel, p 19.
- Figure 3: Score ISAR (Identification of Senior At Risk), p 22.
- **Figure 4** : Probabilité d'hospitalisation des sujets âgés hospitalisés après un passage aux urgences, en fonction de leur état cognitif, p 28.
- **Tableau 1** : Caractéristiques de la population de l'étude, p 40.
- **Tableau 2** : Caractéristiques de la population de l'étude et des patients exclus, p 42.
- Tableau 3 : Résultats de l'analyse univariée, p 45.

Liste des abréviations

JC: Jésus Christ.

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} version.

DSM IV-TR : Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux, 4^{ème} version, texte révisé.

DSM V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5 ème version.

CAM: Confusion Assessment Method.

IC : Intervalle de confiance.

DOSS: Delirium Observation Screening Scale.

CAM-ICU: Confusion Assessment Method Intensive Care Unit.

MMSE: Mini Mental State Evaluation.

OR: Odds Ratio.

b-CAM: Brief Confusion Assessment Method.

DTS: Delirium Triage Screen.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante.

RR: Risque relatif.

HR: Hazard Ratio.

APACHE II score: Acute Physiological and Chronic Health Evaluation score.

ISAR: Identification of Senior At Risk.

ADL: Autonomy Daily Life.

SAEM: Society for Academic Emergency Medecine.

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.

CHU: Centre Hospitalo-Universitaire.

GCS: Glasgow Coma Scale.

AVC: Accident Vasculaire Cérébral.

ATIH: Agence Technique d'Information sur l'Hospitalisation.

ESPS : Enquête de Santé sur la Protection Sociale.

IRDES: Institut de Recherche en Economie de Santé.

SPMSQ: Short Portable Mental Status Questionnaire.

INTRODUCTION

Le syndrome confusionnel est un syndrome fréquemment rencontré chez les sujets âgés, dans tous les milieux de soins. Ses causes sont souvent multiples et ce syndrome peut revêtir plusieurs formes cliniques, rendant son diagnostic d'autant plus difficile. Les formes avec agitation psychomotrice ou une fluctuation avec alternance agitation et apathie sont plus facilement identifiables que les formes hypoactives, qui sont le plus souvent sous-diagnostiquées.

Les conséquences des syndromes confusionnels ont été déjà étudiées à maintes reprises et l'on sait désormais avec certitude que la présence d'un syndrome confusionnel chez une personne âgée entraîne une augmentation de la mortalité à court et moyen terme, une accélération du déclin cognitif, une institutionnalisation plus rapide, une accélération du déclin fonctionnel (1,2,3,4,5) et un surcoût important pour la société en termes de dépenses de santé (6). La confusion est habituellement multifactorielle et les facteurs de risque de développer une confusion sont nombreux (7).

Dans la littérature, plusieurs études ont montré, depuis les années 1990, que la survenue d'un syndrome confusionnel pendant une hospitalisation était associée à une durée d'hospitalisation plus longue (8,9,10). Mais les données concernant le lien entre un syndrome confusionnel présent dès l'entrée et la durée de séjour divergent. Certaines études rapportent une durée d'hospitalisation allongée chez les patients confus (11,12), d'autres ne retrouvent pas de différence entre les patients confus et non-confus (10). Aucune étude française n'a, à ce jour, étudié l'effet de la présence d'une confusion dès le service des urgences sur la durée de séjour hospitalière.

L'hypothèse étudiée dans ce travail est que la présence d'un syndrome confusionnel à l'admission en hospitalisation serait associée à un allongement de la durée d'hospitalisation chez une population gériatrique française.

L'objectif de ce travail est donc d'étudier les durées d'hospitalisation des patients âgés de plus de 75 ans hospitalisés via le service d'urgence d'un l'hôpital en fonction de leur état cognitif à l'entrée : confus versus non-confus. Nous avons donc réalisé une étude prospective, unicentrique, aux urgences de l'hôpital du Pôle de Santé d'Arcachon, entre décembre 2013 et janvier 2014.

1. LE SYNDROME CONFUSIONNEL CHEZ LES SUJETS AGES

Les syndromes confusionnels constituent, avec les démences, le volet organique de la psychiatrie. Ils ont été décrit dès l'Antiquité, avec Hippocrate (environ 460 - 370 avant JC) qui décrit deux états : la *phrénitis* ou folie se manifestant par un délire, une agitation, une excitation ; et la léthargie (*lethè* : oubli, *léthargos* : sommeil léthargique) se manifestant par une somnolence, une inertie.

Par la suite, le mot latin *delirare* apparait vers le premier siècle avant JC et signifie « déraisonner », « parler et penser contrairement à la raison ». Vers le premier siècle après JC, ce mot acquiert aussi la signification « s'écarter du sillon ». Celse (environ 25 avant JC – 50 après JC) a utilisé en premier le terme de *délirium* pour désigner les syndromes confusionnels ainsi que l'hystérie, la manie et la mélancolie. Comme les démences, le terme *delirium* est associé à la folie.

Jusqu'au XIXème siècle, le mot *delirium* est utilisé pour désigner les troubles mentaux aigus, potentiellement réversibles, et parfois associés aux infections et aux intoxications (13).

Le concept de confusion mentale (venant du latin *confondere* : mêler) a vu le jour avec Delasiauve en 1851. Dans son ouvrage « La confusion mentale primitive. Stupidité, démence aiguë, stupeur primitive », en 1895, Philippe Chaslin va différencier la confusion mentale primitive, associée à des facteurs organiques, de la confusion mentale secondaire aux différents troubles mentaux (manie, mélancolie, délire, ...).

En anglais, le terme *delirium* persiste pour désigner les états confusionnels. Tandis qu'en français, le terme *delirium* n'a persisté que pour désigner le *delirium tremens*, lié au sevrage des intoxications alcooliques chroniques (13).

Aujourd'hui, le syndrome confusionnel est considéré comme un syndrome dont les étiologies peuvent être multiples, et dont le noyau commun reste le même : « perturbations de la conscience et de l'attention, de la perception, de l'idéation, de la mémoire, du comportement psychomoteur, des émotions et du rythme veille-sommeil », selon la 10ème classification internationale des maladies (CIM 10).

A. Définition de la confusion

i. Définition du DSM-IV-TR et du DSM-V et tableau clinique

La sémiologie actuelle de la confusion est établie par le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux dans sa quatrième version révisée (DSM-IV-TR), en langue française ; la traduction française du DSM-V n'étant pas encore terminée au moment de l'écriture de cette thèse.

1) Diagnostic de confusion selon le DSM-IV-TR

Le diagnostic de confusion doit être posé, selon le DSM IV-TR, en présence de 4 critères présents simultanément (14).

Les trois premiers critères sont :

- Perturbation de la conscience (c'est-à-dire baisse de conscience claire de l'environnement) avec diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention ;
- Modification du fonctionnement cognitif (tel qu'un déficit de mémoire, une désorientation, une perturbation du langage) ou survenue d'une modification des perceptions, qui n'est pas expliquée par une démence préexistante, stabilisée ou en évolution.
- La perturbation s'installe en un temps court (quelques heures ou quelques jours) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée.

Le quatrième critère varie selon l'étiologie : la perturbation est due aux conséquences physiologiques directes d'une affection médicale générale, à l'intoxication par une substance, à l'utilisation d'un ou plusieurs médicaments ou à un sevrage d'une substance.

L'étiologie d'une confusion est parfois difficile à déterminer et, si l'histoire des troubles cognitifs n'est pas connue, des experts disent qu'il faut considérer le patient comme un confus jusqu'à preuve du contraire (15).

Les auteurs d'une revue de la littérature de 2014 considèrent comme confus jusqu'à preuve du contraire tout patient léthargique ou incapable de répondre aux questions (16).

2) Caractéristiques diagnostiques selon le DSM-IV-TR

La caractéristique essentielle du delirium est une perturbation de la conscience, accompagnée de modifications cognitives, qui ne peut pas s'expliquer par une démence préexistante ou en évolution. La perturbation s'installe sur une période courte, habituellement quelques heures ou quelques jours et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée. L'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires mettent en évidence que le delirium est une conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale, de l'intoxication par une substance ou du sevrage d'une substance, de l'utilisation d'un médicament, d'une substance toxique ou d'une combinaison de ces différents facteurs.

La perturbation de la conscience se manifeste par une baisse de l'état de conscience de l'environnement. La capacité à focaliser, soutenir ou mobiliser l'attention est altérée (critère A). Il faut répéter les questions au sujet parce qu'il ne peut pas fixer son attention ; parfois il persévère à répéter la réponse à une question précédente au lieu de déplacer son attention. Le sujet est facilement distrait par des stimuli hors de propos. Il peut être difficile (voire impossible) d'engager une conversation avec lui en raison de ces perturbations.

On observe également des modifications du fonctionnement cognitif (qui peuvent inclure une altération de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage) ou bien l'apparition de perturbations des perceptions (critère B).

L'altération de la mémoire se manifeste le plus souvent par des troubles de la mémoire récente, qui peuvent être évalués en demandant au sujet de se souvenir des noms de différents objets sans relation entre eux ou d'une phrase courte, puis ensuite de les répéter après avoir distrait son attention pendant quelques minutes.

La désorientation se manifeste habituellement dans le temps (par exemple, au milieu de la nuit le sujet se croit le matin) ou dans l'espace (par exemple, la personne croit être chez elle alors qu'elle est à l'hôpital). Dans les formes légères du delirium la désorientation dans le temps peut être le premier symptôme à apparaître. La non-reconnaissance de soi-même est plus rare.

La perturbation du langage peut apparaître clairement sous la forme d'une dysarthrie (altération de la capacité à articuler), d'une dysnomie (altération de la capacité à nommer les objets) ou d'une dysgraphie (altération de la capacité à écrire), ou même d'une aphasie. Parfois, le discours est décousu et hors de propos, d'autres fois il est précipité et incohérent avec des changements de sujets imprévisibles.

Le clinicien peut éprouver des difficultés à évaluer les modifications de la vigilance en raison de l'inattention et de l'incohérence du sujet. Dans ces circonstances, il est utile de reprendre en détail l'histoire de la maladie, et de rechercher d'autres sources d'informations que le sujet lui-même, en particulier auprès des membres de sa famille.

Les anomalies des perceptions peuvent comprendre des interprétations erronées, des illusions ou des hallucinations. Par exemple, le claquement d'une porte peut être pris pour un coup de feu (interprétation erronée), les plis des draps pour des objets animés (illusions), ou bien l'individu peut « voir » un groupe de personnes planer au-dessus de son lit alors qu'il n'y a en réalité personne

(hallucination). Bien que les perceptions sensorielles erronées soient le plus souvent visuelles, elles peuvent aussi concerner d'autres modalités sensorielles, comme l'audition, le toucher, le goût et l'olfaction. Les perceptions erronées vont des plus simples et uniformes aux plus complexes. L'individu peut être convaincu de la réalité de ses hallucinations et avoir des réactions émotionnelles et comportementales en relation avec le contenu.

La perturbation s'installe en un temps court et tend à avoir une évolution fluctuante au cours de la journée (critère C). Par exemple, la personne peut être cohérente et coopérante pendant la visite à l'hôpital le matin, et le soir même exiger que l'on retire sa perfusion, afin qu'elle rentre chez elle pour voir des parents, décédés depuis des années.

3) Caractéristiques des troubles associés selon le DSM-IV-TR

Il existe fréquemment dans le delirium une perturbation du cycle veille-sommeil. Elle peut consister en une somnolence diurne ou une agitation nocturne et des difficultés d'endormissement, en une somnolence excessive durant la journée ou un état d'éveil pendant la nuit. Dans certains cas, on observe une inversion complète du rythme nycthéméral.

Le comportement psychomoteur est fréquemment perturbé. De nombreux individus sont ainsi perturbés ou hyperactifs. Cette hyperactivité motrice peut comporter des gestes de tâtonnements ou de grattage des draps, des tentatives dangereuses ou intempestives pour sortir du lit, des mouvements brusques. A l'opposé, il peut y avoir diminution de l'activité motrice avec une lenteur et une léthargie confinant à la stupeur. L'activité psychomotrice peut passer d'un extrême à l'autre au cours de la journée. Les troubles du jugement peuvent entraver l'observance du traitement.

Hallucinations, idées délirantes et agitation sont plus fréquentes dans les phases d'hyperactivité. Hallucinations, idées délirantes et autres troubles perceptifs sont moins fréquents dans les phases d'hypoactivité. Le degré d'altération du fonctionnement cognitif observé dans les états d'hyperactivité ou d'hypoactivité est comparable.

Le patient peut présenter des perturbations émotionnelles telles qu'anxiété, peur, dépression, irritabilité, colère, euphorie et apathie. Des changements rapides et imprévisibles d'un état émotionnel à un autre peuvent s'observer. Chez certains sujets cependant, la tonalité émotionnelle est stable. La peur accompagne souvent des hallucinations menaçantes ou des idées délirantes fugaces. Si elle est intense, le sujet peut s'attaquer aux personnes qu'il perçoit comme menaçantes. Les individus peuvent se blesser en tombant de leur lit ou en essayant de s'échapper alors qu'ils sont sous perfusion, sous intubation respiratoire, qu'ils ont des cathéters urinaires ou autres appareillages médicaux. La perturbation émotionnelle peut aussi se manifester par des appels, des cris, des jurons, des marmonnements ou autres émissions vocales. Ces comportements surviennent surtout la nuit, lorsque les stimulations et autres repères environnementaux ont disparu. Les troubles du jugement peuvent entraver l'observance au traitement. Selon l'étiologie, le delirium peut s'accompagner de plusieurs signes neurologiques non spécifiques, tels qu'un tremblement, des myoclonies, un astérixis et des modifications des réflexes ou du tonus musculaire.

L'âge chez l'adulte est particulièrement associé à une fréquence de délirium plus élevée, même en contrôlant les facteurs de risques. Le sexe masculin semble être un facteur de risque indépendant chez les personnes âgées.

4) Version du DSM-V

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) est mis à jour tous les dix ans et la dernière version, DSM-V, a été publiée en anglais en 2013. La version française est cours de traduction.

Dans cette nouvelle version, plusieurs nouvelles notions apparaissent. Premièrement, le diagnostic de confusion ne doit pas être posé en présence d'un état de stimulation réduite du patient, tel que le coma. Deuxièmement, la notion de confusion persistante durant plusieurs semaines ou mois apparait. Enfin, les patients ayant des troubles de l'attention de début aigus avec un changement de l'état cognitif doivent être considérés comme confus même s'il n'est pas possible de réaliser un interrogatoire ou un test cognitif (17).

Les critères diagnostiques et caractéristiques du DSM-V sont repris dans les lignes suivantes.

Le diagnostic peut être posé si il existe (tous les critères doivent être présents) :

- A. Trouble de l'attention ou de la conscience,
- B. Début brutal avec rupture avec l'état de base et tendance à fluctuer au cours de la journée,
- C. Un autre trouble cognitif est associé : trouble de la mémoire, désorientation, trouble du langage, capacités visuo-spatiales, troubles de la perception,
- D. Les critères A et C ne sont pas mieux expliqués par une démence préexistante, établie ou évoluante et ne surviennent pas dans un contexte réduction sévère de la stimulation tel que le coma,
- E. Mise en évidence par l'interrogatoire, l'examen physique ou les résultats biologiques que le delirium est une conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale, de l'intoxication par une substance ou du sevrage d'une substance, de l'utilisation d'un médicament, d'une substance toxique ou d'une combinaison de ces différents facteurs.

Le delirium peut être aigu (évoluant depuis quelques heures ou quelques jours) ou persistant (évoluant depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois); et peut se présenter sous la forme hypoactive, hyperactive ou mixte.

Le degré de stimulation normal, la confusion et le coma sont un continuum, et le coma est une absence totale de réponse à toute stimulation verbale. La capacité à évaluer la cognition dépend de l'existence d'un niveau de stimulation suffisant pour une réponse à une stimulation verbale ; donc le delirium ne peut être diagnostiqué dans un contexte de coma (critère D). De nombreux patients non comateux ont une diminution du niveau de stimulation. Ces patients qui ne donnent que des réponses minimales aux stimulations verbales sont incapables de répondre aux tests standardisés ou

même aux interrogatoires. Cette incapacité doit être qualifiée d'inattention sévère. Les états de stimulation réduite (de début brutal) doivent être identifiés comme indicateurs d'une inattention sévère et d'un changement de l'état de vigilance, et donc de confusion. Ces états ne peuvent pas être cliniquement distingués de la confusion diagnostiquée à partir d'une baisse de l'attention ou d'un changement cognitif établi à la suite d'un interrogatoire ou d'un test cognitif.

ii. Outils diagnostiques fréquemment utilisés en pratique clinique

Du fait du polymorphisme des signes cliniques et de la complexité de la définition, qui a été modifiée à plusieurs reprises, le syndrome confusionnel reste largement sous-diagnostiqué. De nombreux outils d'aide au diagnostic ont donc été créés, initialement pour aider les praticiens non psychiatres à poser le diagnostic de confusion.

Au total, 11 outils de screening sont disponibles, et utilisés par les praticiens en fonction du temps nécessaire à leur réalisation (18,19).

Nous ne développerons ici que les trois outils les plus utilisés par les experts, selon le sondage de l'European Delirium Association en 2013 : la Confusion Assessment Method (CAM), la Delirium Observation Screening Scale (DOSS) et la Confusion Assessment Method- Intensive Care Unit (CAM-ICU). 200 professionnels de santé, médecins ou infirmiers pour la plupart, ont été sondés et 92 % d'entre eux déclaraient utiliser une de ces trois échelles dans leur pratique clinique quotidienne. Ces échelles étaient respectivement utilisées par 52 %, 30 % et 13 % d'entre eux (20).

1) La Confusion Assessment Method (CAM)

Développée dans les années 1990 par Inouye et al., la Confusion Assessment Method (CAM) avait pour objectif de permettre aux cliniciens non psychiatres de faire le diagnostic de confusion rapidement dans les situations à haut risque (21).

L'examinateur, médecin ou infirmier, doit, au cours d'un examen clinique où un test cognitif (exemple : le MMSE) est réalisé, rechercher 9 signes cliniques :

- Début soudain et fluctuation des symptômes,
- Inattention,
- Désorganisation de la pensée,
- Altération de la conscience,
- Désorientation.
- Troubles mnésiques,
- Anomalies de la perception,
- Agitation psychomotrice ou ralentissement psychomoteur, perturbation du cycle veillesommeil.

Le diagnostic de confusion peut être porté si le premier critère est présent (début soudain ET fluctuation des symptômes), associé au deuxième critère (ET inattention) et au troisième ou au quatrième critère (ET : pensée désorganisée OU altération de la conscience). Cet outil nécessite 5 à 10 minutes d'évaluation selon le manuel de formation à l'utilisation.

Lorsqu'elle a été validée par rapport au gold standard que constituait l'examen par un géronto-psychiatre, dans l'étude initiale comportant 50 patients, la CAM avait une sensibilité de 94 à 100 %, une spécificité de 90 à 95 % et une haute fiabilité inter observateur (20). Plus récemment, elle a été utilisée dans 7 essais de bonne qualité, sur plus de 1000 patients et avait une sensibilité de 94 % (IC 95 %, 91-97 %), et une spécificité de 89 % (IC 95 %, 85-94 %) (22).

Cet outil est destiné à être utilisé par des médecins ou le personnel paramédical à condition d'avoir été formé. En effet, dans le guide d'utilisation de la CAM, les auteurs recommandent de s'exercer à utiliser cet outil auprès de deux patients confus et deux patients non confus à l'aide d'un examinateur, idéalement expérimenté. La sensibilité et la spécificité de cet outil sont surtout liées au niveau d'entraînement de la personne faisant passer le test (23).

D'autres études ont également prouvé, en 1994 et en 2001, que l'utilisation de la CAM par des infirmiers n'était pas optimale et retrouvaient des sensibilités faibles et spécificités élevées. En 1994, dans l'étude de Rockwood et al., les infirmiers utilisaient la CAM, après avoir été formés, avec une sensibilité de 68% et une spécificité de 97% (24). De même, Inouye et al. retrouvaient une sensibilité de 19.3% (95% IC = 14.3-24.2) et une spécificité de 95.8% (95% IC = 95,0-96,6) (25).

Les facteurs de risque de sous-diagnostic de la confusion par les infirmiers identifiés dans cette dernière étude étaient : la forme hypoactive avec un OR à 0.74, l'âge supérieur à 80 ans avec un OR à 2.8, des troubles de la vision avec un OR à 2.2 et la démence avec un OR à 2.1. Les patients ayant les 4 facteurs de risque avaient un risque 20 fois plus élevé de ne pas être diagnostiqués confus que les patients n'ayant aucun de ces facteurs de risque (25).

Dans une revue de la littérature de 2010, par Wong et al., comparant les différents outils diagnostiques de la confusion, considérant la facilité d'utilisation, la performance du test et l'hétérogénéité des intervalles de confiance des rapports de vraisemblance, la CAM était le meilleur outil car efficace et rapide (19).

Cependant, elle n'a été validée dans aucun autre secteur de soins que le secteur hospitalier de soins aigus. Sa traduction en langue française a été publiée en 2005 mais aucune étude n'a comparé sur une cohorte de patients francophones la traduction française à une méthode de référence comme le DSM.

2) La CAM – ICU

Cette échelle, dérivée de la CAM, a été développée pour diagnostiquer les syndromes confusionnels chez les patients des unités de soins intensifs. Selon une revue de la littérature de 2014, la CAM-ICU serait la deuxième échelle après la CAM la plus utilisée pour les études ayant lieu dans un service d'urgences, alors qu'elle n'a jamais été validée dans ce secteur (26).

Pour conclure à la présence d'une confusion, le patient doit présenter des symptômes de début récent ou une évolution fluctuante (critère 1), ET un trouble de l'attention (critère 2), ET SOIT un niveau altéré de conscience (critère 3) SOIT une pensée désorganisée (critère 4) (Cf. Annexe 1).

Utilisée dans le cadre des unités de soins intensifs, cette échelle a une sensibilité de 93 à 100% et une spécificité de 98 à 100 %, selon les études (27).

Certains ont été tentés d'utiliser cette échelle aux urgences car elle est de réalisation rapide (moins d'une minute) et ne nécessite que peu voire pas de réponse verbale de la part du patient. Cependant, une seule étude, publiée en février 2014, après le début de notre travail, a étudié la validité de la CAM-ICU aux urgences par rapport à un examen réalisé par un psychiatre selon les critères du DSM-IV-TR. Sur la population concernée (406 patients de plus de 65 ans, dont 12.3% de confus), la sensibilité de cette échelle était de 72.0% (IC 95% = 58.3% - 82.5%) et la spécificité de 98.6% (IC 95% = 96.8% - 99.4%), lorsqu'elle était utilisée par les urgentistes (27). Compte tenu de la faible sensibilité et du risque important de faux-négatifs, les auteurs concluent à la nécessité de réaliser des études de plus grande envergure pour valider l'utilisation de cet outil aux urgences.

La brief CAM (b-CAM), dérivée de la CAM-ICU, avait également été étudiée sur cette même cohorte de patients, en 2013, par les mêmes auteurs. Les patients étaient en première intention screenés avec un outil très sensible et très rapide : le Delirium Triage Screen (DTS), puis avec un outil spécifique : la b-CAM. Lorsque les deux tests étaient réalisés par un médecin, leur sensibilité était de 82.0% (IC 95% = 69.2% – 90.2%) et leur spécificité de 95.8% (IC 95% = 93.2% - 97.4%) (28).

3) Delirium Observation Screening Scale (DOSS)

La Delirium Observation Screening Scale (DOSS) est une échelle comportant 25 items comportementaux développée au début des années 2000, à partir des critères du DSM-IV, par l'équipe de Schuurmans et al. (29). Cette échelle a été établie pour évaluer les symptômes précoces de la confusion que le personnel infirmier pouvait observer lors des soins de routine.

Elle a par la suite été réduite à une liste de 13 items, cotés « 0 » si normal et « 1 » si anormal ; un score de 3 ou plus sur 13 signale la présence d'une confusion (Cf. Annexe 2) (19).

Il n'y a que peu de publications utilisant cette échelle. Cet outil est plutôt destiné au personnel infirmier.

4) Mini Mental State Examination (MMSE)

En 2010, dans une étude évaluant 11 différents outils diagnostiques de confusion versus le gold standard, le MMSE était l'outil le moins efficient pour diagnostiquer une confusion (19).

B. Prévalence et incidence de la confusion chez les sujets âgés de plus de 75 ans

La prévalence de la confusion tous âges confondus est faible dans la population générale (1 à 2 %) mais elle augmente avec l'âge pour atteindre 14 % des individus de plus de 85 ans. La prévalence chez les sujets âgés se présentant aux urgences est de 10 à 30 % et l'estimation de l'incidence de la confusion pendant une hospitalisation est de 6 à 56%.

Un épisode confusionnel survient en post-opératoire chez les sujets âgés dans 15 à 53 % des cas, et chez 70 à 87 % des patients âgés hospitalisés en unité de soins intensifs. Jusqu'à 60 % des patients en EHPAD ou en unité de moyen séjour peuvent présenter une confusion et ce taux s'élève jusqu'à 83 % pour les patients en fin de vie (17).

La confusion est la complication la plus fréquente en gériatrie (18).

Une revue de la littérature publiée début 2014 par Inouye et al. reprend les taux d'incidence et de prévalence de la confusion chez les sujets âgés issus des articles publiés entre janvier 2004 et décembre 2012. 35 essais prospectifs, de plus de 100 patients, utilisant un outil de diagnostic de la confusion validé et comportant une méthodologie satisfaisante ont été inclus. Les taux de prévalence et d'incidence de la confusion ont été étudiés en fonction du lieu d'hospitalisation sur les 35 études sélectionnées. Le taux d'apparition (fréquence) est la somme de la prévalence (syndrome présent à l'entrée) et de l'incidence (syndrome développé pendant l'hospitalisation) (16).

La figure 1 résume les taux d'incidence et de prévalence de la confusion selon les populations de patients (16). Les taux d'incidence les plus élevés concernaient les services de soins intensifs, de soins palliatifs et les patients en post-opératoire.

D'après cet article, la prévalence de la confusion dans les services de médecine et de gériatrie est comprise entre 18 et 35 %. La prévalence de la confusion en ambulatoire est faible (1 à 2 %). La prévalence de la confusion chez les sujets âgés aux urgences est de 8 à 17 %. Ce chiffre s'élève à 40 % pour les patients résidant en EHPAD qui se présentent aux urgences (16).

	Prevalence (%)*	Incidence (%)*	Outcomes (adjusted RR [±])
		Surgical	
Cardiac		11–46	Cognitive dysfunction 1·7; functional decline 1·9
Non-cardiac		13–50	Functional decline $2 \cdot 1$; cognitive dysfunction $1 \cdot 6$
Orthopaedic	17	12–51	Dementia or cognitive dysfunction 6·4–41·2; admission to institution 5·6
		Medical	
General medical	18–35	11–14	Mortality 1·5–1·6; functional decline 1·5
Old age medicine	25	20–29	Falls 1⋅3; mortality 1⋅9; admission to institution 2⋅5
Intensive care	7–50	19–82	Mortality 1·4–13·0; longer length of stay 1·4–2·1; extended mechanical ventilation 8·6
Stroke		10–27	Mortality 2·0; any of increased length of stay, functional impairment, or death 2·1
Dementia	18	56	Cognitive decline 1·6–3·1; admission to an institution 9·3; mortality 5·4
Palliative care, cancer		47	
Nursing home or postacute care	14	20–22	Mortality 4-9
Emergency department	8–17		Mortality 1·7

^{*} Sum of prevalence and incidence yields overall occurrence rates of delirium in each setting. † Derived from studies that provided adjustment for at least one covariable.

Figure 1 : Incidence de la confusion et des conséquences associées selon les populations de patients, selon Inouye et al., 2014.

C. Facteurs de risque de confusion

La confusion est typiquement multifactorielle. Les facteurs de risque sont très nombreux et aucune étude n'a évalué l'ensemble de ces facteurs simultanément. Il est donc impossible de connaître l'importance relative de chacun d'eux, ni de savoir si un de ces facteurs est réellement indépendant des autres (7).

La classification habituellement retenue est celle d'Inouye regroupant facteurs prédisposants et facteurs précipitants (15). L'auteur explique ainsi ce concept : « Il existe une interaction complexe entre un patient vulnérable (ayant des facteurs prédisposant à la confusion) et l'exposition à des facteurs précipitants. Ainsi, pour les patients fortement prédisposés à la confusion, comme les patients déments avec des comorbidités multiples, la confusion peut résulter d'un seul facteur prédisposant minime, comme un seul comprimé de somnifère. Inversement, chez un patient sans facteur prédisposant, la confusion ne se développe qu'après exposition à plusieurs facteurs précipitants, comme une anesthésie générale, une chirurgie majeure et des traitements psychoactifs » (15).

L'HAS a rédigé en 2009 des recommandations de bonnes pratiques sur la confusion aiguë chez les personnes âgées et a publié dans la synthèse des recommandations une liste des principaux facteurs prédisposants et précipitants (7).

	 Démence avérée ou troubles cognitifs chroniques sous-jacents
	Immobilisation, aggravée par une contention physique
Principaux facteurs	Déficit sensoriel (visuel ou auditif)
prédisposants	Existence de comorbidités multiples
ртоварования	·
	Dénutrition
	 Polymédication
	 Antécédent de confusion, notamment post-opératoire
	 Troubles de l'humeur, en particulier pour les états dépressifs
	 Infectieux (infection urinaire, pulmonaire, etc.)
	 Médicamenteux (dont le sevrage en benzodiazépines)
Principaux facteurs	 Cardio-vasculaire (par exemple le syndrome coronarien)
précipitants	 Neurologique (AVC, hématome sous-dural, épilepsie, etc.)
	 Métabolique et endocrinien (déshydratation, hypoxie, etc.)
	 Psychiatriques (dépression, stress, deuil, etc.)
	 Toxiques (alcool, monoxyde de carbone, etc.)
	 Généraux (chirurgie, anesthésie générale, subocclusion, fièvre,
	contention, privation sensorielle, etc.)

Figure 2 : Principaux facteurs prédisposants et précipitants du syndrome confusionnel, selon l'HAS, 2009.

D. Enjeux du dépistage et diagnostic des syndromes confusionnels

i. Morbi-mortalité associée à la confusion

Les conséquences de la confusion ont été documentées dans de nombreuses études depuis les années 1990. La mortalité associée à la confusion a été largement étudiée, à court et moyen terme.

La mortalité hospitalière des patients confus est de 6 à 18 %, selon Potter et al. en 2006, soit deux fois plus élevé que celle des sujets du groupe contrôle (30).

Un épisode confusionnel est un facteur de risque indépendant de mortalité à 30 jours (31,32), à 6 mois (33,34), et à un an (2). L'effet de la confusion sur la mortalité persiste avec le temps.

Dans une cohorte de patients âgés fragiles suivis après une hospitalisation, la confusion est un facteur de risque de mortalité à 2 ans en analyse multivariée (35). Dans une autre étude, après 22,7 mois de suivi moyen, la mortalité est plus élevée chez les confus que chez les non confus (HR 1.95; 95% IC = 1,51-2,52) (1).

Un épisode confusionnel survenant chez un patient dément constitue un surrisque de mortalité par rapport à la confusion seule ou à la démence seule (36).

ii. Autres complications associées à la confusion

Les complications à court terme du syndrome confusionnel sont les complications de l'agitation ou de l'alitement : chutes, escarres, infections nosocomiales, embolies pulmonaires, dénutrition, etc. Les complications au long terme peuvent être plus sévères et sont parfois méconnues.

Les patients ayant une confusion persistante ont des conséquences au long terme plus sévères que les patients ayant guéri d'un épisode confusionnel (37).

Déclin cognitif

Une revue de la littérature de 2010, analysant deux études comprenant au total 241 patients, suivis pendant 3,2 et 5 ans, montre que les confus ont un risque plus important de développer une démence (OR 12,52; 95% IC = 1,86 - 84,2). L'association reste significative en n'incluant que les cas de démences incidentes. Les articles sélectionnés présentaient des données ajustées sur l'âge, le sexe, les comorbidités, la sévérité de la pathologie et la présence d'une démence (1).

Il a également été prouvé que la confusion accélère la progression d'une démence (38).

Institutionnalisation

Dans la revue de la littérature de 2010 précédemment citée, une analyse de 7 études portant sur 2957 patients, conclue que le taux d'institutionnalisation était plus important chez les sujets confus par rapport aux sujets non confus après un suivi moyen de 14,6 mois (OR 2,41 ; 95% IC = 1,77-3,29) (1).

Une étude réalisée en 2004 par le Pr Bourdel-Marchasson et son équipe met en évidence que la présence d'un syndrome confusionnel infra-clinique est un facteur prédictif indépendant de placement en institution des patients hospitalisés (OR 2,72, p = 0,001; 95% IC : 1,48 - 5,01) (5). Dans cette même étude, la prévalence d'une confusion tend également à être un facteur prédictif indépendant d'institutionnalisation (OR 3,19, p = 0.09; 95% IC : 1,33 - 7,64).

D'après le DSM-V, les patients âgés de 65 ans et plus, confus et hospitalisés auraient un risque d'institutionnalisation à trois mois trois fois plus élevé que les patients du même âge, hospitalisés et non confus (17).

<u>Déclin fonctionnel</u>

Une étude de Inouye et al., réalisée sur trois sites, en 1998, suggère que le déclin fonctionnel des patients confus est plus rapide que celui des patients non confus. Il y avait beaucoup de perdus de vue dans un des sites mais en excluant les patients recrutés dans ce site, la confusion était associée à un déclin fonctionnel à trois mois de suivi plus important avec un odds ratio à 3,3 (IC 95 % = 1,6-7,0) après ajustement sur le sexe, l'âge, la démence et le score APACHE II (score de sévérité de la pathologie aiguë) (4).

D'après le DSM-V, les patients âgés de 65 ans et plus, confus et hospitalisés auraient un déclin fonctionnel à trois mois trois fois plus rapide que les patients du même âge, hospitalisés et non confus (17).

<u>Durées d'hospitalisation:</u>

Plusieurs études ont montré que les confusions incidentes pendant une hospitalisation étaient associées à une hospitalisation plus longue (8,9,39,10).

Taux de réhospitalisation :

Selon une étude de 2014, le taux de réhospitalisation précoce (dans les 30 jours) des patients confus était supérieur à celui des patients non confus (27 % versus 13 %, p = 0.08) (12).

Coût de la confusion en terme de santé publique

En 2008, Leslie et al. ont évalué le coût financier de la confusion pour la société aux USA. Il a été estimé entre 38 et 132 milliards de dollars par an, soit un coût moyen par jour vécu pour les patients confus 2,5 fois plus élevé que celui des patients non-confus (6).

iii. Score d'identification des séniors à risque

McCusker et al. ont développé un outil d'identification des séniors à risque d'évènement indésirable (mortalité, institutionnalisation en EHPAD ou en long séjour, déclin fonctionnel cliniquement significatif) : le Identification of Senior At Risk (ISAR). Ce test est composé de 6 questions fermées et deux réponses positives ou plus signent un risque d'évènement indésirable (40,41).

La société française de médecine d'urgence recommande, depuis 2003, pour les patients âgés sans fragilité gériatrique, qui n'ont pas besoin d'être hospitalisées et qui n'ont pas bénéficié d'autres évaluations gériatriques, de faire un test de dépistage simple avant leur sortie des urgences. Le test ISAR est recommandé dans cette indication (recommandation de grade B). Il est réalisable par l'ensemble des soignants, adapté aux services d'urgences et validé dans la prévention des réhospitalisations précoces (42).

- 1- Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide à domicile ? Oui /Non
- 2- Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ? Oui /Non
- 3- Avez-vous été hospitalisé pour un ou plusieurs jours ces six derniers mois ? Oui /Non
- 4- Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problèmes de vue ? Oui/Non
- 5- Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problèmes de mémoire ? Oui/Non
- 6- Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ? Oui/Non

Le patient est considéré à risque d'évènement indésirable si 2 réponses ou plus sont positives.

Figure 3: Score ISAR (identification of senior at risk)

E. Incidence des syndromes confusionnels aux urgences

i. Prévalence des syndromes confusionnels dans les services d'urgences dans la littérature

Dans une étude observationnelle prospective de 2002, Hustey et al. ont montré que 26% (95% IC = 21-31) des patients âgés consultant aux urgences avaient des troubles cognitifs : démence, confusion ou les deux. 10% étaient confus (30 patients sur 297, 95% IC = 7-14) et 16% avaient des troubles cognitifs anciens (48/297, 95% IC = 12-20). Parmi eux, 6% étaient à la fois confus et avaient des troubles cognitifs anciens (17/297) (43).

Une revue de la littérature de 2013 de Barron et al., regroupant 13 essais prospectifs transversaux, étudie la fréquence de la confusion aux urgences. 12 études concernaient les sujets âgés : six ont inclus les 65 ans et plus, deux les 66 ans et plus et quatre les 70 ans et plus. Une étude concernait tous les adultes. Une étude était interventionnelle, une autre servait d'audit, une autre encore servait pour une étude de cas-témoins multicentrique ; les autres études étaient observationnelles. Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient similaires : la majorité des études ont exclu les patients refusant de participer, ayant une pathologie aigue sévère, ne pouvant pas communiquer ou les patients non anglophones ou francophones en l'absence de traducteur. La plupart des études n'ont considéré que le premier passage aux urgences pour les patients venus à plusieurs reprises. Trois études ont exclus les patients ayant une démence sévère. Dans les autres études, d'autres critères tels que l'existence d'une confusion préexistante ou des difficultés à réaliser l'interrogatoire ou l'évaluation de l'état cognitif étaient utilisés. Pour les 13 cohortes étudiées, la fréquence de la confusion à l'admission (somme de l'incidence et de la prévalence) dans les services d'urgences était de 7 à 20 % (44).

Le fait d'être en EHPAD est un facteur de risque indépendant de confusion aux urgences avec un odds ratio à 4,2 (95 % IC = 1,8-9,7), après ajustement sur la démence, l'autonomie avec un score ADL inférieur ou égal à 4, les troubles auditifs et la présence d'un syndrome de réponse systémique inflammatoire (SIRS), selon une étude de 2009 (45).

ii. Sous-diagnostic des syndromes confusionnels aux urgences

La confusion se surajoute souvent à un syndrome démentiel et c'est sans doute pour cela qu'elle est fréquemment sous diagnostiquée (46). De nombreuses études ont montré que le taux de reconnaissance de la confusion par les urgentistes était faible : la spécificité varie de 98 à 100 % mais la sensibilité est de 16 à 35 % (47,48,49).

Selon d'autres études, le diagnostic de confusion aux urgences est manqué par les urgentistes dans 57 à 83 % des cas (34,47,43,48,50,51,52).

- En 1995, Lewis et al. ont montré que le diagnostic de confusion a été porté par les urgentistes dans 17 % des cas seulement (50).
- Dans l'étude d'Elie et al., en 2000, la prévalence de la confusion aux urgences était de 9.6 % (95% IC = 6.9-12.4). La sensibilité de l'examen des urgentistes vis-à-vis de la confusion, comprenant l'examen clinique avec l'aide d'un outil d'évaluation, était de 35.3% (95% IC = 19.2-51.4) et la spécificité était de 98.5% (95% IC = 96.4-100) (48).
- En 2002, Hustey F et al., ont montré que les urgentistes avaient documenté correctement la présence de troubles cognitifs (confusion ou démence) pour 13 patients sur 78, soit 16.7% (95% IC = 9-27) (43).
- En 2009, Han et al., ont montré que le diagnostic de confusion était manqué dans 76% des cas par les urgentistes, (95% IC = 54.9-90.6) (52).

En 2014, Singler et al. a montré que l'utilisation d'un outil de détection de la confusion comme aide au diagnostic reste encore largement sous-utilisée. Dans son étude, aucun outil de détection de la confusion n'a été rempli par les urgentistes pour la totalité de la population de l'étude (133 patients inclus) (53), malgré les recommandations publiées à ce sujet en 2009 par la SAEM Geriatric Task Force (54).

Les facteurs de risque de sous-diagnostic sont la forme hypoactive, l'âge de plus de 80 ans, les troubles visuels et la démence (23).

Les raisons pour lesquelles la confusion reste sous-diagnostiquée sont probablement multiples mais l'on peut toutefois évoquer l'absence de dépistage systématique du syndrome confusionnel aux urgences, le manque d'expérience des urgentistes en médecine gériatrique et la méconnaissance des urgentistes de la gravité potentielle des conséquences d'un épisode confusionnel (53).

Cependant, le sous-diagnostic du syndrome confusionnel n'est pas l'apanage des urgentistes car les praticiens hospitaliers des services de soins aigus sont également confrontés à ce problème. Dans une étude de 1994, le taux de diagnostic des confusions dans un service de soins aigus non gériatrique était de 3 % et celui des troubles cognitifs de 8,5%, avant l'intervention auprès du personnel de santé médical et paramédical. Le gold standard utilisé était un examen clinique appliquant les critères du DSM-III par un attaché de recherche clinique. Le personnel du service était en aveugle de l'objectif de l'étude. Après l'intervention, le taux de diagnostic des confusions était de 9% et celui des troubles cognitifs de 16,5% (24).

iii. Conséquences du sous-diagnostic des syndromes confusionnels aux urgences

Dans une étude de 2003, par Hustey et al., le taux de reconnaissance de la confusion par les urgentistes était de 16 % et, paradoxalement, après la levée de l'aveugle, les urgentistes n'ont proposé aucune modification de prise en charge des patients initialement non diagnostiqués confus. Sur les 5 patients confus et rentrés à domicile, 2 sont revenus trois jours plus tard et ont été hospitalisés (47).

Manquer le diagnostic de confusion aux urgences reste un problème fréquent. Les patients confus dont le diagnostic n'a pas été posé auront des conséquences plus sévères. Le problème de la qualité des soins pour les patients non diagnostiqués et renvoyés à domicile apparaît crucial à ce jour. Serat-il considéré à l'avenir comme une erreur médicale de renvoyer un patient confus à domicile ? (55).

Effets sur la mortalité

En 2003, Kakuma et al. ont montré que les confus non diagnostiqués avaient un risque de mortalité presque trois fois plus élevé à trois mois que les confus diagnostiqués. Cependant, l'échantillon de la population étudiée étant très restreint, il n'est pas possible de généraliser ce résultat au vu de cette seule étude (34).

Effets sur la compréhension des consignes médicales de suivi et de traitement

Un essai de 2011 montre que les patients confus et déments comprenaient moins bien le diagnostic, les instructions du médecin et les consignes de suivi par rapport aux autres patients, même après ajustement sur l'âge, l'éducation à la santé, le niveau d'étude, l'origine ethnique et les troubles cognitifs (56).

iv. Indicateurs de qualité de soins aux urgences

En 2009, la SAEM Geriatric task force a publié des indicateurs de qualité des soins pour les sujets âgés aux urgences. Les trois axes développés dans ce travail étaient l'évaluation de l'état cognitif, la prise en charge de la douleur et les transitions EHPAD – hôpital ou hôpital – EHPAD.

Concernant les troubles cognitifs, il est recommandé que chaque personne âgée bénéficie d'une évaluation cognitive :

- Lors de l'évaluation de patients ayant des troubles cognitifs connus, il est recommandé de rechercher un changement récent de l'état cognitif.
- Lors de la prise en charge de patients ayant des troubles cognitifs avec rupture par rapport à l'état antérieur et dont la sortie est envisagée, il est recommandé de soutenir l'environnement pour optimiser les soins du patient et de programmer un suivi médical.
- Si un sujet âgé a des troubles cognitifs, sans rupture avec l'état antérieur et que sa sortie est prévue, il est recommandé de s'assurer que les troubles aient déjà été diagnostiqués.
- Enfin, si les troubles cognitifs ne sont pas connus de l'aidant mais qu'il n'y a pas de rupture avec l'état de base et que la sortie du patient est envisagée, il est recommandé d'adresser le patient en consultation pour une évaluation cognitive (54).

F. Justification de l'étude et hypothèse de travail

Le syndrome confusionnel est un syndrome fréquemment rencontré chez les sujets âgés, dans tous les milieux de soins. Ses causes sont souvent multiples et ce syndrome peut revêtir plusieurs formes cliniques, rendant son diagnostic d'autant plus difficile. Les formes avec agitation psychomotrice ou une fluctuation avec alternance agitation et apathie sont plus facilement identifiables que les formes hypoactives, qui sont le plus souvent sous-diagnostiquées.

Les conséquences des syndromes confusionnels ont été déjà étudiées à maintes reprises et l'on sait désormais avec certitude que la présence d'un syndrome confusionnel chez une personne âgée entraîne une augmentation de la mortalité à court et moyen terme, une accélération du déclin cognitif, une institutionnalisation plus rapide, une accélération du déclin fonctionnel et un surcoût important pour la société en termes de dépenses de santé.

La prévalence des confusions aiguës aux urgences reste importante et largement sous-diagnostiquée, alors que l'on sait que l'apparition d'un syndrome confusionnel chez une personne âgée est un facteur de mauvais pronostic. Ces constatations ont été faites depuis de nombreuses années et cependant la confusion reste sous-diagnostiquée aux urgences.

Il n'y a que peu d'études étudiant l'impact d'un syndrome confusionnel présent à l'entrée d'hospitalisation sur la durée de séjour et les résultats divergent.

En 2003, l'étude de McCusker et al. montre que la survenue d'un syndrome confusionnel pendant l'hospitalisation est un facteur de risque d'hospitalisation plus longue (20,2 +/- 14,2 jours versus 10,7 +/- 9,8 jours, soit 7,78 jours en plus pour les patients confus, IC 95% = 3,07 - 12,48) alors que la présence d'une confusion au moment de l'admission n'a pas d'effet sur la durée de séjour des patients confus par rapport aux patients non-confus, après ajustement sur des facteurs de confusion (10).

A contrario, les données de l'étude de Han et al, en 2011, montrent que les confus avaient une durée d'hospitalisation plus élevée. Dans cette étude, 628 patients hospitalisés ou rentrés à domicile après leur passage aux urgences ont été inclus. Le résultat principal retrouve une durée médiane d'hospitalisation de 2 jours (interquartiles de 0 à 5,5 jours) pour les patients confus aux urgences et de 1 jour (écart interquartile : 0 à 3 jours) pour les non confus aux urgences. Parmi les patients hospitalisés, la durée médiane d'hospitalisation est de 4 jours pour les patients confus (écart interquartile : 2 à 7 jours) et de 2,5 jours pour les patients non confus (écart interquartile : 1 à 5 jours) (11).

La figure 3 est une courbe de Kaplan Meier représentant la probabilité de rester hospitalisé en fonction de la durée de séjour hospitalière après leur passage aux urgences pour les patients âgés, confus versus non confus, au cours de cette étude.

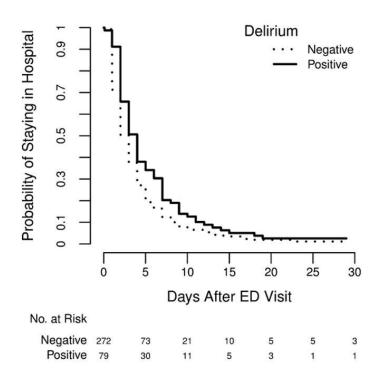


Figure 4 : Probabilité de rester hospitalisé des sujets âgés hospitalisés après un passage aux urgences, en fonction de leur état cognitif : confus versus non confus, selon Han et al, 2011 (11).

Ces résultats sont statistiquement significatifs et montrent un allongement de la durée d'hospitalisation pour les patients confus diagnostiqués aux urgences. Mais les caractéristiques de la population ne sont pas les mêmes que celles de la population gériatrique française et les durées d'hospitalisation sont beaucoup plus courtes qu'en France. Par conséquent, ces résultats sont difficilement applicables à la population française.

Hypothèse de travail :

La présence d'un syndrome confusionnel diagnostiqué aux urgences, toutes causes confondues, a associée à une durée d'hospitalisation plus longue.

G. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est de comparer les durées d'hospitalisation des sujets âgés de plus de 75 ans hospitalisés via les urgences de l'hôpital d'Arcachon en fonction de leur état cognitif : confus versus non confus.

2. MATERIELS ET METHODES

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude de cohorte, prospective, descriptive, unicentrique, réalisée au Pôle de Santé d'Arcachon.

Tous les patients âgés de 75 ans et plus et hospitalisés via le service des urgences ont été recrutés. Le groupe confus a été comparé au groupe non confus.

B. Site de l'étude

Le service des urgences du Pôle de Santé d' Arcachon reçoit environ 28 791 passages par an, dont 6294 passages concernant des personnes de plus de 70 ans soit 21,9% (chiffres de 2013).

Le nombre de passages aux urgences pour des sujets de plus de 70 ans était réparti de la façon suivante en 2013 : 2243 passages de sujets entre 70 et 79 ans, 2876 passages de sujets entre 80 et 89 ans, 1141 passages de sujets entre 90 et 99 ans et 34 passages de sujets de plus de 99 ans.

Du fait d'une augmentation croissante de l'activité du service des urgences à la suite de la création du Pôle de Santé d'Arcachon, il est plus pertinent d'évaluer le nombre de passages aux urgences par mois, durant l'hiver 2013-2014. En janvier 2014, 524 patients de plus de 70 ans sont passées aux urgences : 171 entre 70 et 79 ans, 244 entre 80 et 89 ans, 105 entre 90 et 99 ans et 4 de plus de 99 ans.

Pendant toute la durée de l'étude, du 1^{er} décembre 2013 au 9 janvier 2014, 580 patients de plus de 70 ans ont consulté aux urgences.

Le Pôle de Santé d'Arcachon est un hôpital comprenant 4 services de médecine (Gériatrie, Cardiologie, Neurologie, Médecine interne), 2 services de chirurgies (Chirurgie Orthopédique, Chirurgie Viscérale et Urologique), 1 service de Soins Continus, 1 pôle Mère-enfant avec une Maternité et un service de Pédiatrie et un service d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Lors de transferts de patients vers les centres de références, ceux-ci se font majoritairement au CHU de Bordeaux pour les problèmes somatiques et au centre hospitalier de Charles Perrens pour les problèmes psychiatriques.

C. Population de l'étude

i. Critères d'inclusion

Les patients âgés de 75 ans et plus, consultant aux urgences du Pôle de Santé d'Arcachon et hospitalisés via les urgences, dans cet hôpital ou ailleurs en cas de transfert, ont tous été inclus.

Lors de leur examen clinique initial, les médecins urgentistes ou internes ont statué sur le caractère confus ou non confus des patients.

Les patients ont été recrutés 24 heures sur 24, du 1^{er} décembre 2013 au 9 janvier 2014.

ii. Critères d'exclusion

Les patients ont été exclus lorsque :

- Ils présentaient des troubles de la conscience liés à une pathologie aiguë sévère et incompatibles avec l'évaluation de leur fonctionnement cognitif. En pratique, exclusion si le score de Glasgow (Glasgow Coma Scale : GCS) était inférieur à 13;
- Ils présentaient des symptômes d'une démence sévère rendant la communication et l'évaluation de leur fonctionnement cognitif impossible ;
- Ils avaient déjà été inclus dans l'étude à la suite d'un premier passage aux urgences ;
- Ils étaient hospitalisés pour une durée inférieure à 24 heures.

Cette dernière catégorie de patients concernait les patients hospitalisés en UHCD. Les principaux motifs d'hospitalisation étaient, par ordre de fréquence : traumatisme crânien chez un patient sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire, douleur thoracique avec contrôle du cycle de troponine, intoxication médicamenteuse aiguë, intoxication alcoolique aiguë, autres.

Les caractéristiques des patients exclus pour une hospitalisation de moins 24 heures ont été recueillies et sont présentées dans le Tableau 2.

D. Recueil de données

i. Outil de définition de la confusion

Pour statuer sur la présence ou l'absence de confusion chez les patients inclus, nous avons utilisé le gold-standard à l'heure actuelle : la définition de la confusion par le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, dans sa quatrième édition révisée (DSM-IV-TR).

Cette définition comprend des critères majeurs, qui doivent être tous présents :

- perturbation de la conscience,
- modification du fonctionnement cognitif,
- installation rapide,
- évolution fluctuante.

Les critères mineurs sont : perturbation du cycle veille-sommeil, troubles émotionnels, troubles du jugement et la forme hypoactive comprenant lenteur, apathie et stupeur.

Document en annexe 3 : exemplaire du document d'information sur les critères diagnostiques de la confusion remis à tous les médecins participant à l'étude.

ii. Données recueillies

Pour chaque patient, les données démographiques ont été recueillies : âge, sexe, mode de vie.

Le mode de vie des patients au moment de l'inclusion a été évalué de la façon suivante : patient vivant à domicile, chez un proche, en EHPAD (Etablissement Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) ou en convalescence ; patient vivant seul ou non.

L'autonomie concernant les activités de la vie quotidienne (ADL), les antécédents de syndrome confusionnel, les antécédents de troubles cognitifs et le nombre de médicaments sur l'ordonnance d'entrée ont également été recueillis.

Concernant leur pathologie aiguë, nous avons recueilli le diagnostic retenu à la sortie des urgences, la présence de troubles biologiques et le service de destination à la sortie des urgences.

Nous avons réparti la multitude de diagnostics possibles en cinq catégories, regroupant les diagnostics les plus fréquents réalisés aux urgences et nécessitant une hospitalisation :

- Infections,
- AVC hémorragiques ou ischémiques,
- Traumatologie,
- Causes cardiaques (syndromes coronariens aigus, œdèmes aigus pulmonaires, insuffisance cardiaque, troubles du rythme, troubles de la conduction),
- Autres.

De même, nous avons restreint la classification des troubles biologiques en retenant uniquement ceux susceptibles d'entraîner un syndrome confusionnel :

- les hyponatrémies inférieures à 135 mmol/L,
- les hypernatrémies supérieures à 145 mmol/L,
- les hypercalcémies supérieures à 2.6 mmol/L,
- les hypoglycémies inférieures à 0.7 g/L.

Enfin, à la sortie d'hospitalisation, nous avons recueilli la durée d'hospitalisation, la survenue du décès en intra-hospitalier, la destination à la sortie d'hospitalisation selon le même mode d'évaluation qu'à l'inclusion (domicile / chez un proche / EHPAD / convalescence) et la présence d'une réhospitalisation au Pôle de Santé d'Arcachon dans les trois mois suivant la sortie.

iii. Méthode de recueil des données concernant la présence ou l'absence de syndrome confusionnel

Pour pouvoir assurer le recrutement des patients 24 heures sur 24, j'ai communiqué une information orale et écrite à tous les médecins séniors ou internes susceptibles d'intervenir auprès des patients aux urgences.

Tous les urgentistes et tous les internes ont donc été informés personnellement de l'existence de l'étude et de ses objectifs. Je leur ai fait un rappel oral des critères diagnostiques du syndrome confusionnel et chacun d'entre eux a reçu une fiche récapitulative reprenant par écrit ces critères, sous forme papier et sous forme de message électronique, au début de l'étude.

Je leur ai demandé de marquer en premier dans leur examen clinique si le patient était confus ou non.

Des copies des fiches récapitulatives sont restées affichées aux urgences pendant toute la durée de l'étude. Des rappels visuels ont été placés en début d'étude sur chaque ordinateur du poste de soins des urgences.

Dans la mesure où tous les dossiers sont informatisés dans ce centre hospitalier, il ne nous paraissait pas adapté d'utiliser de support papier pour chaque patient de plus de 75 ans consultant aux urgences. En effet, il aurait été difficile d'obtenir l'adhérence complète de tous les médecins exerçant aux urgences. Le nombre de données manquantes aurait été supérieur en utilisant un support papier par rapport à l'informatique.

Enfin, pour éviter un trop grand nombre de données manquantes, ou un biais de sélection, j'ai sollicité personnellement les médecins qui avaient mal rempli un dossier en leur rappelant, oralement ou par téléphone, l'objectif de mon étude et leur rôle dans le recueil des informations.

iv. Méthode de recueil des autres données

Le reste des données a été recueillies à partir des dossiers médicaux. Les médecins des services avaient été informés de la réalisation de cette étude. Les données démographiques, la survenue du décès pendant l'hospitalisation, la présence d'une ré-hospitalisation dans les 3 mois suivant la sortie étaient facilement accessibles depuis le logiciel de l'hôpital.

Les données concernant le passage aux urgences (présence d'un syndrome confusionnel, diagnostic retenu aux urgences, service de destination à la sortie des urgences) ont été recueillies via le logiciel des urgences.

Les données concernant le mode de vie, l'autonomie du patient, la destination à la sortie ont été recueillies à partir des macro-cibles d'entrée et de sortie réalisées systématiquement par les infirmiers à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation ou à partir des comptes rendus d'hospitalisation.

Nous avons considéré comme 'antécédent de syndrome confusionnel' un antécédent stipulé par écrit par le médecin généraliste ou apparaissant sur le dossier médical du patient dans le logiciel de l'hôpital si le patient était déjà venu.

De même, ont été considérés comme 'antécédent de troubles cognitifs' des troubles cognitifs déjà connus du généraliste ou d'un autre médecin et documentés sur un courrier médical extérieur ; ou apparaissant dans les antécédents du patient sur le logiciel de l'hôpital ; ou lorsque le patient arrivait avec une ordonnance comprenant un médicament anticholinestérasique (donépézil, mémantine, galantamine ou rivastigmine).

Les données biologiques ont été recueillies sur le logiciel du laboratoire de l'hôpital.

Les données concernant les patients transférés depuis les urgences et hospitalisés dans un autre hôpital ou concernant les patients transférés en cours d'hospitalisation dans un autre hôpital ont été récupérées en contactant les autres structures de soins.

E. Objectif principal

L'objectif principal de l'étude est de comparer les durées d'hospitalisation chez les patients âgés de plus de 75 ans hospitalisés via les urgences de l'hôpital du Pôle de Santé d'Arcachon en fonction de la présence ou non d'un syndrome confusionnel au moment de leur arrivée aux urgences.

F. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de l'étude sont de comparer les taux de mortalité intra-hospitalière, les taux d'institutionnalisation et de réhospitalisation à trois mois dans la même structure chez les patients âgés de plus de 75 ans hospitalisés via les urgences de l'hôpital du Pôle de Santé d'Arcachon en fonction de la présence ou non d'un syndrome confusionnel au moment de l'arrivée aux urgences.

G. Critères de jugement

i. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est la durée d'hospitalisation des patients inclus dans l'étude, exprimée en jours.

ii. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires sont respectivement :

1/ la mortalité intra-hospitalière dans chaque groupe, déterminée à partir du logiciel intra-hospitalier (nom du patient apparaissant en jaune) ou à partir d'un compte rendu d'hospitalisation ou d'un courrier au médecin traitant mentionnant le décès.

2/ le taux d'institutionnalisation dans chaque groupe, calculé à partir des données sur le mode de vie à l'entrée et à la sortie. Les patients vivant à domicile ou en famille à l'entrée et orientés dans une EHPAD au moment de la sortie sont considérés comme institutionnalisés au décours de l'hospitalisation étudiée.

3/ la présence d'une réhospitalisation au Pôle de Santé d'Arcachon dans les trois mois suivant l'inclusion. Cette donnée est facilement accessible à partir du logiciel intra-hospitalier, en affichant la synthèse des épisodes patients.

H. Méthodes d'analyse statistique

i. Description de la population de l'étude

Une analyse descriptive des variables démographiques et cliniques des patients a été réalisée. Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide du test de Chi-2, ou avec un test de Fischer si les conditions n'étaient pas remplies (effectif théorique inférieur à 5). Les variables quantitatives ont été comparées à l'aide du test de Student, ou avec un test de Fischer si les conditions n'étaient pas remplies (effectif théorique inférieur à 5).

Les résultats des variables quantitatives sont exprimés en moyenne +/- écart type, et en pourcentage pour les variables qualitatives.

Le seuil de significativité retenu est p < 0.05.

ii. Analyse univariée

Une analyse univariée en régression logistique a été réalisée pour rechercher des facteurs prédictifs d'une hospitalisation plus longue.

Pour cela, le critère de jugement principal a été transformé en variable binaire : hospitalisation longue versus hospitalisation courte. Une hospitalisation longue était définie par strictement plus de dix jours d'hospitalisation.

Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, le fait de vivre seul, le fait de vivre en EHPAD, la polymédication (strictement plus de 6 médicaments quotidiens) et l'autonomie préservée (score ADL égal à 6/6) ou non (score ADL inférieur à 6/6).

Les résultats sont présentés sous forme d'odds ratio (OR) avec un intervalle de confiance à 95% (IC 95%). Le seuil de significativité retenu est p < 0.05.

<u>Durée d'hospitalisation:</u>

Le seuil de dix jours a été retenu car la durée moyenne de séjour des plus de 80 ans au niveau national est de 8,9 jours en 2012 au niveau national et de 8,5 jours en Aquitaine, selon les données de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) (57).

Polymédication:

La polymédication a été définie par la prise de plus de 6 médicaments quotidiens car le nombre de sujets âgés consommant en routine plus de 3 médicaments (seuil habituel de définition de la polymédication) est très élevé.

En 2000, la consommation journalière moyenne des personnes de plus de 65 ans vivant à domicile était de 3,6 médicaments, avec 3,8 médicaments quotidiens pour les femmes et 3,3 pour les hommes. Pour la tranche d'âge 65-74 ans, la consommation journalière était de 3,3 médicaments ; les 75-84 ans consommaient 4,0 médicaments par jour et les 85 ans et plus en consommait 4,6. Ces données très précises sont issues de l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) de l'Institut de Recherche en Economie de la Santé (IRDES), des données de remboursements de la Sécurité Sociale et de l'Enquête Permanente sur la Prescription Médicale (58).

Les enquêtes ultérieures ne permettent pas de comparaison directe de ces chiffres du fait de différences méthodologiques. Mais une autre étude ESPS de l'IRDES, réalisée en 2002, montre une augmentation du nombre moyen de médicaments quotidiennement consommés avec une moyenne de 3,9 médicaments quotidiens pour les plus de 65 ans et 4,4 médicaments quotidiens pour les plus de 80 ans. Les dernières données de l'IRDES, en 2010, ne détaillent pas les données de consommations médicamenteuses chez les personnes âgées.

Pour les patients institutionnalisés, il existe très peu de données disponibles. Mais, si l'on se réfère à l'étude PAQUID : 56 % des personnes âgées institutionnalisées consomment plus de 4 médicaments par jour et la consommation moyenne était de 5,2 médicaments (59).

Nous avons donc décidé de définir le seuil de polymédication à plus de 6 médicaments pour ce facteur soit discriminant.

iii. Analyse multivariée

Nous avons décidé d'étudier en analyse multivariée la durée d'hospitalisation après ajustement sur les variables montrant un résultat significatif en analyse univariée. Le seuil de significativité retenu pour l'analyse multivariée était p < 0.25.

3. RESULTATS

A. Caractéristiques de la population

Du 1^{er} décembre 2013 au 9 janvier 2014, 320 patients étaient éligibles. Parmi eux, 21 ont été exclus : 13 pour des troubles de la conscience liés à leur pathologie aiguë au moment de l'examen clinique initial, 2 car ils présentaient des signes de démence sévère rendant impossible l'évaluation de leur état cognitif et 6 car leur état cognitif n'était pas documenté.

Parmi les 299 patients restants, 31 ont été hospitalisés moins de 24 heures : 2 confus et 29 non confus. La population étudiée était donc de 268 patients.

Les caractéristiques de la population de l'étude sont exposées dans le <u>Tableau 1</u>.

Dans la population étudiée, l'âge moyen était de 85,6 ans +/- 6 ans, allant de 75 à 103 ans. 56,3 % des patients étaient des femmes. La prévalence de la confusion était de 16 % (43/268 patients).

La durée moyenne d'hospitalisation était de 10,4 jours +/-8,2 jours, allant de 2 à 85 jours.

Tableau 1 : caractéristiques de la population de l'étude

	Patients confus (n = 43)	Patients non confus (n = 225)	
Age	87,49 (+/- 5,35)	85,20 (+/-6,17)	p=0,024
	Min - max : 77-99	Min - max : 75-103	
Sexe (% de femmes)	55,81%	56,44%	p=0,939
ADL	3,69 (+/- 1,79) Min - max : 0-6	4,46 (+/- 1,80) Min - max : 0-6	p=0,011
Autonomie préservée	20,93%	43,58%	p=0,006
Nombre de médicaments	6,19 (+/- 2,76) Min - max : 0-12	6,52 (+/- 3,47) Min - max : 0-14	p=0,554
Polymédication (> 6 médicaments)	41,86%	50,00%	p=0,328
Structure d'origine :			p = 0.137
- Domicile	74,42%	75,89%	·
- Famille	2,33%	8,48%	
- EHPAD	18,60%	14,73%	
- Convalescence	4,65%	0,89%	
Vit seul	41,86%	37,67%	p=0,605
Vit en EHPAD	18,60%	14,73%	p =0,519
Antécédent de troubles cognitifs	44.19%	17.33%	p = 0.004
Diagnostic :			p = 0.003
- Infections	48,84%	26,22%	
- AVC ischémiques	4,65%	4,89%	
ou hémorragiques			
 Traumatologie 	6,98%	15,11%	
 Causes cardiaques 	2,33%	22,22%	
- Autres	37,21%	31,56%	
Troubles biologiques :		10.5=0/	p = 0.05
- Hyponatrémie	20.93%	18.67%	
- Hypernatrémie	6.98%	2.22%	
- Hypoglycémie	0%	0%	
- Hypercalcémie Destination à la sortie des	2.33%	0%	P = 0.482
			r - 0.482
urgences : - Médecine	50.0%	62.69%	
- Medecine - Chirurgie	7.89%	4.98%	
- Soins continus	18.42%	15.92%	
- UHCD	23.68%	15.92%	
- Transfert	0%	0.5%	
1141151616	0,3	0.070	

Les patients confus étaient moins autonomes que les patients non confus (ADL moyen à 3,7 +/- 1,8 versus 4,5 +/- 1,8 et autonomie préservée dans 20,9 % des cas versus 43,6 %).

Il y avait plus de patients déments parmi les patients confus (44,2 % versus 17,3 %).

Les diagnostics étaient sensiblement différents selon le statut des patients : les confus avaient plus d'infections ; le taux d'AVC était le même dans les deux groupes ; les patients non confus présentaient plus de problèmes cardiaques ou de problèmes orthopédiques.

Il y avait plus de troubles biologiques chez les patients confus: les cas d'hyponatrémies, d'hypernatrémies étaient plus fréquents et un cas d'hypercalcémie a été retrouvé. Il n'y a pas eu de cas d'hypoglycémie objectivé par la biologie. Cependant, un patient non confus a été hospitalisé pour hypoglycémie et avait reçu du sucre par voie orale avant la réalisation de la glycémie veineuse.

Le critère 'antécédent de syndrome confusionnel' était renseigné de façon très aléatoire, que ce soit dans les dossiers médicaux des urgences ou des services. Compte tenu du nombre de données manquantes concernant ce critère, nous avons décidé de ne pas en tenir compte lors de l'analyse de résultats.

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant le reste des critères.

Les caractéristiques de la population de l'étude, des patients hospitalisés moins de 24 heures et des patients exclus sont exposées dans le Tableau 2.

Tableau 2 : caractéristiques de la population de l'étude et des patients exclus

	Patients hospitalisés plus de 24 heures		Patients hospitalisés moins de 24 heures		Patients exclus
	Confus (n=43)	Non confus (n=225)	Confus (n=2)	Non confus (n=29)	(n=21)
Age (moyenne +/- écart type)	87,5 (+/-5,35)	85,2 (+/- 6,17)	88,5 (+/- 4,95)	84,9 (+/- 5,67)	84 (+/- 5,27)
Sexe (% de femmes)	55,8%	56,4%	50%	51,7%	57,1%
Mode de vie					
Domicile	74,4%	75,6%	0%	72,4%	38,1%
Famille	2,3%	8,4%	0%	13,8%	23,8%
EHPAD	18,6%	14,7%	100%	13,8%	28,6%
Convalo	4,7%	0,9%	0%	0,0%	0,0%
Vit seul	41,9%	37,3%	0%	41,4%	23,8%
ADL					
Score 6/6	20,9%	42,2%	50%	55,2%	9,5%
Score 5/6	11,6%	10,7%	0%	13,8%	9,5%
Score 4/6	23,3%	14,2%	0%	20,7%	4,8%
Score 3/6	16,3%	13,3%	0%	3,4%	0%
Score 2/6	7,0%	4,0%	0%	0,0%	4,8%
Score 1/6	16,3%	6,7%	50%	3,4%	23,8%
Score 0/6	4,7%	5,8%	0%	3,4%	28,6%
Antécédent de démence					
Oui	44,2%	17,3%	100%	27,6%	35%

Nombre de médicaments						
Nombre moyen (+/- écart type)	6,2 (+/- 2,8)	6,5 (+/- 3,5)	3,5 (3-4)	5,7 (+/-2,5)	6,6 (+/- 2,8)	
> 6 médicaments	41,8%	49,8%	0%	27,60%	70%	
Diagnostic						
Infections	48,8%	26,2%	50%	3,4%	21,1%	
AVC ischémiques ou						
hémorragiques	4,7%	4,9%	0%	0,0%	10,5%	
Traumatologie	7,0%	15,1%	50%	41,4%	21,1%	
Causes cardiaques	2,3%	22,2%	0%	27,6%	10,5%	
Autres	37,2%	31,6%	0%	27,6%	36,8%	
Troubles biologi	ques					
Hypernatrémie	20,9%	18,70%	0%	17,2%	20%	
Hyponatrémie	7,3%	2,20%	0%	6,9%	20%	
Hypoglycémie	0,0%	0%	0%	0%	0%	
Hypercalcémie	2,3%	0%	0%	0%	0%	
Destination à la	Destination à la sortie des urgences					
Gériatrie	51,2%	21,8%	0%	0%	33,3%	
Médecine	23,3%	44,0%	0%	0%	23,8%	
Chirurgie	14,0%	16,9%	0%	0%	9,5%	
UHCD	4,7%	3,6%	100%	89,7%	4,8%	
Surveillance continue	7,0%	12,4%	0%	6,9%	14,3%	
Transfert	0,0%	1,3%	0%	3,4%	4,8%	

B. Principaux résultats

i. Résultats concernant l'objectif principal

La durée moyenne d'hospitalisation des patients confus était de 11,79 jours (+/- 9,17 jours) contre 10,15 jours (+/- 8,06 jours) chez les non confus (p = 0,23). Cette différence n'était pas statistiquement significative.

ii. Résultats concernant les objectifs secondaires

La mortalité était de 9,52 % chez les patient confus (4 décès sur 43 patients ; 1 donnée manquante) et de 10,67 % chez les non confus (24 décès sur 225 patients) mais cette différence n'était pas statistiquement significative : p = 0,14.

Un patient confus et cinq patients non confus ont été institutionnalisés au décours de l'hospitalisation. Cet échantillon de population était trop faible pour montrer une différence statistiquement significative.

Le taux de réhospitalisation était de 18,42% chez les confus (n = 7/38) et de 19,90% chez les non confus (n = 70/201; 1 donnée manquante) avec un p = 0,83.

C. Analyse univariée

Pour savoir si certaines variables étaient susceptibles d'être associées à une durée d'hospitalisation plus longue, une analyse univariée selon un modèle de régression logistique a été faite. La variable principale était l'hospitalisation longue, définie par une hospitalisation de plus de 10 jours.

Les résultats sont regroupés dans le Tableau 3.

Variable étudiée	Odds Ratio	Intervalle de confiance 95%	Р
Age	OR = 1,01	IC = 0,97-1,05	p = 0,63
Sexe masculin	OR = 0,71	IC = 0,43-1,18	p = 0,18
Autonomie préservée	OR = 0,69	IC = 0,41-1,18	p = 0,18
Fait de vivre seul	OR = 1,21	IC = 0,73-2,02	p = 0,46
Fait de vivre en EHPAD	OR = 0,59	IC = 0,28-1,28	p = 0,16
Polymédication	OR = 1,02	IC = 0,62-1,68	p = 0,94

Tableau 3 : Résultats de l'analyse univariée

Aucun de ces résultat n'était statistiquement significatif; mais les facteurs qui tendraient à être protecteurs vis-à-vis d'une hospitalisation longue sont: le sexe masculin, le fait d'avoir une autonomie préservée et le fait de vivre en EHPAD. Les facteurs qui tendraient à être prédictifs d'une hospitalisation longue sont l'âge, le fait de vivre seul et le fait de consommer plus de 6 médicaments quotidiennement.

D. Analyse multivariée

L'analyse multivariée a étudié la durée d'hospitalisation après ajustement sur le sexe masculin, le fait d'avoir une autonomie préservée et le fait de vivre en EHPAD.

Le fait d'avoir une autonomie préservée, après ajustement sur le sexe et le lieu de vie, est associé à une hospitalisation moins longue (p = 0.08).

De même, le fait de vivre en EHPAD, ajusté sur le sexe et l'autonomie, est associé à des hospitalisations moins longues (p = 0.08).

Enfin, les hommes ont tendance à avoir des hospitalisations moins longues, après ajustement sur le lieu de vie et sur l'autonomie, mais les résultats ne sont pas significatifs (p = 0.18).

4. DISCUSSION

A. Résultats de l'étude et originalité du travail

Notre étude ne montre pas de différence statistiquement significative entre les durées d'hospitalisation des patients confus et non-confus. Les critères de jugement secondaires ne montrent pas non plus de différence significative entre les deux groupes : les taux de mortalité et de réhospitalisation étaient similaires dans les deux groupes et l'échantillon de population concernant le taux d'institutionnalisation était trop faible pour permettre une analyse statistique.

Notre hypothèse de départ n'est donc pas validée par nos résultats. Ce résultat négatif peut s'expliquer soit par la petite taille de l'effectif soit par des particularités de l'hospitalisation à l'hôpital d'Arcachon (structures d'aval bien développées, bonne organisation des soins à domicile, etc.). Par ailleurs, il a déjà été montré que l'existence de la confusion à l'entrée n'influait pas sur la durée de séjour.

L'analyse univariée suggère que l'âge, le fait de vivre seul et le fait de consommer plus de 6 médicaments quotidiennement tendent à être prédictifs d'hospitalisations plus longues, alors que le sexe masculin, le fait d'avoir une autonomie préservée et le fait de vivre en EHPAD tendent à être prédictifs d'hospitalisations plus courtes.

La prévalence de la confusion dans notre étude était de 16 %. Ce taux est à la limite supérieure des taux de prévalences retrouvés dans les autres études (16). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cela. D'une part, les patients de notre étude étaient plus âgés que les patients des études réalisées Outre-Atlantique : ils avaient 75 ans ou plus versus 65 ans pour les patients inclus dans les études Outre-Atlantique. D'autre part, les inclusions des patients ont eu lieu 24 heures sur 24 alors que beaucoup d'études incluent les patients en journée seulement et ne prennent pas en compte les patients se présentant pendant la nuit. Or, la majorité des syndromes confusionnels surviennent le soir ou la nuit (60). De plus, cette étude n'était pas réalisée en aveugle : les médecins des urgences étaient informés de l'objectif de l'étude et ont peut-être été plus vigilants pour dépister les syndromes confusionnels. Enfin, la population de l'étude comportait un pourcentage important de patients résidant en EHPAD (18,6 % des patients confus et 14,7 % des patients non confus). Or, la prévalence de la confusion pour les patients résidant en EHPAD qui se présentent aux urgences peut atteindre 40 % (16) ; et jusqu'à 60 % des patients en EHPAD ou en unité de moyen séjour peuvent présenter une confusion (17). La surreprésentation des patients résidant en EHPAD peut donc être associée à un taux de syndrome confusionnel plus élevé.

L'étude présentée ici n'avait jamais été réalisée en France ou sur une population gériatrique française.

De nombreuses études réalisées auparavant utilisent des outils diagnostiques de la confusion non validés aux urgences. Le fait d'avoir utilisé le DSM-IV-TR comme gold standard pour notre étude augmente sa validité externe. Par ailleurs, l'échantillon de population étudiée paraît représentatif de la population gériatrique française rencontrée en pratique médicale courante : âge moyen de 85,6 ans, majorité de femmes (56,3%), motifs d'hospitalisation divers avec prédominance des motifs infectieux, population vivant pour la plupart en ambulatoire (près des trois-quarts) dont plus d'un tiers des patients vivant seuls, proportion importante de patients ayant des troubles cognitifs.

Le faible nombre de données non renseignées concernant la présence ou l'absence de confusion (n = 6/320) montre que le nombre important d'examinateurs aux urgences (internes et praticiens hospitaliers) n'était pas un facteur de biais de classement dans cette étude.

Le fait que les patients du groupe 'confus' soient significativement plus âgés, moins autonomes et aient plus de troubles cognitifs que les patients 'non-confus' me paraît directement lié à la physiopathologie du syndrome confusionnel, dont la fréquence de survenue augmente avec l'âge, la présence de troubles cognitifs et chez les patients moins autonomes.

Le nombre important de patients recrutés a permis la réalisation d'une analyse statistique univariée et multivariée et augmente la puissance de l'étude.

Les résultats de cette étude sont donc généralisables à la population gériatrique française admise à l'hôpital via un service d'urgences, mais nécessitent d'être confirmés par des études comportant des échantillons de population plus importants.

B. Limites et biais de cette étude

i. Problème du diagnostic du syndrome confusionnel aux urgences : biais de classement

Le principal biais de cette étude est que la fréquence des syndromes confusionnels a probablement été sous-estimée. La prévalence de la confusion était de 16%, ce qui correspond aux limites supérieures des prévalences moyennes retrouvées dans les autres études (16). Cependant, on sait que ces taux de reconnaissance sont généralement très inférieurs à la réalité. Ce biais de classement a très probablement contribué à diminuer la puissance de l'étude.

De même, l'exclusion des patients trop déments entraîne probablement une sous-estimation de la prévalence de la confusion et de la mortalité associée à la confusion puisque que l'on sait que ces patients présentent fréquemment des syndromes confusionnels. L'exclusion de ces patients a eu tendance à diminuer la puissance de l'étude. Ici, seuls deux patients ont été exclus pour cette raison.

Enfin, l'état cognitif des patients n'a été évalué qu'une seule fois : au moment de l'examen médical initial aux urgences. La fluctuation des signes cliniques, inhérente au syndrome confusionnel, a pu entraîner une sous-estimation de la fréquence de la confusion. Cependant, ce biais a probablement diminué l'effet que nous cherchions à étudier et la puissance de l'étude.

ii. Biais de sélection

Pour des raisons méthodologiques, nous n'avons considéré dans la population étudiée que les patients hospitalisés plus de 24 heures. Or la prévalence de la confusion dans le groupe de patients hospitalisé moins de 24 hures était moins importante. Il est possible que le fait de retirer ces patients de l'analyse ait induit un biais de sélection.

De même, l'échantillon de population étudiée me paraît être globalement représentatif de la population gériatrique rencontrée en pratique courante, mais on ne peut écarter un biais de sélection lié au fait que l'étude soit unicentrique et à la taille de cet échantillon de population.

iii. Discussion concernant le choix de l'outil de référence pour le diagnostic de confusion

Le diagnostic de la confusion dans cette étude a été posé à partir du gold-standard en vigueur en France au moment de l'étude : le DSM-IV-TR. La version française du DSM-V n'étant pas encore disponible, il ne nous paraissait pas judicieux d'utiliser la version anglaise non traduite.

Nous n'avons pas utilisé d'outil d'aide au diagnostic type CAM ou CAM-ICU car aucun de ces outils n'a été validé dans le secteur des urgences, en France ou à l'étranger.

C. Comparaison avec les travaux semblables

Plusieurs études ont montré que les patients ayant un syndrome confusionnel à l'entrée d'hospitalisation avaient des durées de séjour plus longues que les patients non-confus. Les mécanismes sont probablement multifactoriels (apparition de complications du décubitus, déclin fonctionnel accéléré, etc.). Cependant l'allongement des durées d'hospitalisation n'a pas été observé de façon systématique chez les patients confus.

i. Etude de McCusker et al., 2003

L'étude de McCusker et al., en 2003, comparait les durées d'hospitalisation entre les patients de plus de 65 ans confus versus non confus, lors de l'admission en hospitalisation depuis un service d'urgences (10). Un syndrome confusionnel incident pendant l'hospitalisation était associé à une durée de séjour plus longue alors que la présence d'un syndrome confusionnel au moment de l'admission (prévalent) n'était pas associée à une hospitalisation plus longue. Ce résultat rejoint celui de notre étude.

Cependant, cet essai comportait quelques différences méthodologiques. Tout d'abord, la population de cette étude était un peu plus jeune : âge moyen de 83,6 pour les patients du groupe « confusion prévalente » ; 82,3 ans pour les patients du groupe « confusion incidente » et 83,6 ans pour le groupe contrôle. Dans notre étude, l'âge moyen est de 87,5 ans pour le groupe confus et 85,2 ans pour le groupe non confus.

Deuxièmement, pour évaluer la confusion, les auteurs ont utilisés une méthode en deux temps : évaluation de tous les patients par le short portable mental status questionnaire (SPMSQ) puis par la CAM pour ceux qui n'avaient pas un SPMSQ normal. Mais la CAM n'a pas été validée dans le cadre des urgences comme un outil fiable de diagnostic de la confusion.

ii. Etude de Han et al., 2011

L'étude de Han et al., réalisée en 2011, montrait que les confus restent plus longtemps à l'hôpital que les non-confus. Tous les patients de plus de 65 ans consultant aux urgences entre 8 heures et 22 heures ont été inclus, hospitalisés ou non. Le critère de jugement principal était le temps entre l'admission aux urgences et la sortie des urgences ou d'hospitalisation. L'outil diagnostique utilisé était la CAM-ICU, qui n'a pas été validée aux urgences (11).

Dans l'analyse du sous-groupe des patients hospitalisés, après ajustement sur les facteurs de confusion (âge, degré de comorbidité, démence, sévérité de la pathologie aiguë, le fait de résider en EHPAD et la présence d'une anesthésie générale pendant l'hospitalisation), les confus restaient

hospitalisés plus longtemps que les non confus (4 jours versus 2,7 jours, HR = 0,76 [IC 95% = 0,58–0,99]).

Les durées de séjour de cette étude sont très inférieures aux durées de séjour hospitalières en France. Cela est probablement lié au fonctionnement différent du système de santé aux Etats-Unis. Ces résultats ne sont donc pas directement applicables à la population gériatrique française.

Dans cette étude, la prévalence de la confusion était également plus élevée que dans la littérature (17 %). Les auteurs ont justifié ce fait par le nombre important de patients résidant en EHPAD (9,2 % de la population étudiée), ce qui est également le cas dans notre étude.

iii. Etude de Kennedy et al., 2014

L'étude de Kennedy et al., réalisée en Israël en 2014, avait pour objectif principal d'établir un score de prédiction du risque de confusion et pour objectifs secondaires de comparer la mortalité et le recours au système de soins des patients âgés confus par rapport aux non confus (12). Les patients confus aux urgences et admis en hospitalisation avaient des durées d'hospitalisation plus élevées que les non-confus, étaient plus fréquemment admis en service de soins continus et étaient quatre fois plus souvent orienté vers une convalescence à la sortie d'hospitalisation. Après ajustement sur l'âge, la présence de troubles cognitifs, le score APACHE II (score de sévérité d'une pathologie aiguë) et le fait de résider en EHPAD, les durées d'hospitalisation des confus étaient 44% plus longues que les non-confus (p = 0, 001).

Dans cette étude, la population incluse est plus jeune (65 ans et plus), a été recrutée en journée ou en soirée les jours de semaines (exclusion des nuits et des week-ends) et les résultats concernant les durées d'hospitalisation n'ont pas été ajustés sur l'autonomie. De plus, l'étude des durées d'hospitalisation n'était pas l'objectif principal de cet essai. On ne peut donc pas généraliser ces résultats à l'ensemble de la population gériatrique.

Les auteurs ont probablement obtenu des résultats statistiquement significatifs du fait du très large échantillon de population étudiée (plus de 2000 patients screenés en un an et demi et 676 patients inclus dans l'analyse finale).

D. Intérêt de ce travail en pratique clinique

Outre l'obtention de résultats statistiques, un des intérêts de ce travail était de sensibiliser le personnel des urgences, médical et paramédical, à l'importance de dépister les syndromes confusionnels chez les sujets âgés.

Cependant, ce travail n'aura probablement pas eu de conséquences au long terme car dès la fin de l'étude, certains des médecins ne signalaient plus de façon systématique l'état cognitif des patients dans leurs observations initiales. De manière générale, je n'ai pas eu l'impression que la majorité des médecins ayant participé à l'étude ressentait la confusion comme une urgence diagnostique et thérapeutique. Ceci montre bien qu'il reste encore beaucoup à faire pour que le dépistage des syndromes confusionnels soit systématique et pour que la confusion soit perçue par les médecins comme une priorité.

E. Changements à envisager pour améliorer le diagnostic de syndrome confusionnel aux urgences

Les conséquences d'un syndrome confusionnel sur l'état de santé des patients ont été prouvées scientifiquement depuis de nombreuses années et à plusieurs reprises. De même, depuis les années 1990, le manque de reconnaissance des syndromes confusionnels par les urgentistes a été documenté (50). Pourtant les choses n'évoluent pas aussi vite qu'il le faudrait.

Plusieurs auteurs se sont interrogés sur les raisons à l'origine de l'absence de changement d'attitude des médecins et sur les solutions potentielles.

Il existe, au niveau individuel, plusieurs facteurs limitant les changements d'attitudes. Premièrement, il existe un manque d'éducation vis-à-vis de la confusion et une ignorance générale des bénéfices à diagnostiquer rapidement et à traiter une confusion parmi le personnel médical et paramédical, qui résulte probablement de la présence d'idées préconçues et d'un enseignement superficiel au moment des études et qui freinent le dépistage systématique. Deuxièmement, la confusion est souvent perçue comme la conséquence d'un problème médical et est perçue de façon inappropriée comme d'importance secondaire par rapport à sa cause (18,53).

D'autre part, sur le plan culturel et organisationnel, il existe un manque d'intérêt pour les spécialités gériatriques, un manque de conscience du problème de la part du public. De même, au sein d'un service d'urgences, un management inapproprié des patients confus peut freiner les changements de mentalité, en véhiculant notamment des idées reçues telles que « la confusion n'est pas une urgence », « n'est pas une priorité », ou « on ne meurt pas d'une confusion » (18).

Les solutions proposées pour améliorer la prévention et la prise en charge des confus s'articulent autour de plusieurs axes.

Les stratégies d'enseignements sont à revoir avec une éducation des médecins à la compréhension du diagnostic, aux conséquences négatives qui y sont associées et à la nécessité de la dépister en pratique courante. Les médecins déjà diplômés devraient également être formés.

L'éducation ne concerne pas seulement le personnel médical mais aussi paramédical et devrait être interprofessionnelle.

De plus, il faudrait placer la confusion sur le même plan que d'autres pathologies aiguës graves dans les communications destinées au public médical et à la population générale.

Enfin, communiquer avec les dirigeants de santé permettrait de replacer les confusions parmi les priorités. Les indicateurs de qualité des soins pour les personnes âgées aux urgences publiés en 2009 par la SAEM devraient être plus largement utilisés, voire complétés par d'autres axes de prise en charge.

Bibliographie

- 1. Witlox J, Eurelings L, de Jonghes J, et al. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionnalisation, and dementia. JAMA. 2010; 304(4): p. 443-451.
- 2. McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, et al. Delirium predicts 12 month mortality. Arch Intern Med. 2002; 162: p. 457-463.
- 3. McCusker 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): p. 575-83.
- 4. Inouye S, Rushing J, Foreman M, et al. Does delirium contribute to poor hospital outcomes ? A three site epidemiologic study. J Gen Intern Med. 1998; 13: p. 234-42.
- 5. Bourdel-Marchasson I, Vincent S, Germain C, Salles N, et al. Delirium symptoms and low dietary intake in older inpatients are independent predictors of institutionalization: a one-year prospective population-based study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004; 59: p. 350-4.
- 6. Leslie D, Marcantino E, Zhang Y, et al. One year Health care costs associated with delirium in the elderly population. Arch Intern Med. 2008; 168: p. 27-32.
- 7. HAS. Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. Service des bonnes pratiques professionneles; 2009. p. 1-86.
- 8. Francis J, Martin D, Kapoor W. A prospective study of delirium in hopitalised elderly. JAMA. 1990; 263(8): p. 1097-1101.
- 9. Cole M, Primeau F. Prognosis of delirium in elderly hospital patients. Can Med Assoc. 1993 149; p. 41-6.
- 10. McCusker J, Cole M, Dendukuri N, et al. Does delirium increase hospital stay ? J Am Geriatr Soc. 2003; 51: p. 1539-46.
- 11. Han J, Eden S, Shintani A, et al. Delirium in older emergency department patients is an independent predictor of hospital length of stay. Acad Emerg Med. 2011; 18(5): p. 451-7.
- 12. Kennedy M, Enander R, Tadiri S, et al. Delirium risk prediction, healthcare use and mortality of elderly adults in the emergency department. J Am Geriatr Soc. 2014; 62: p. 462-9.
- 13. Derouesné C, Lacomblez L. Les états confusionnels. Psychol. NeuroPsychiatr Vieil. 2007; 5(1): p. 7-16.

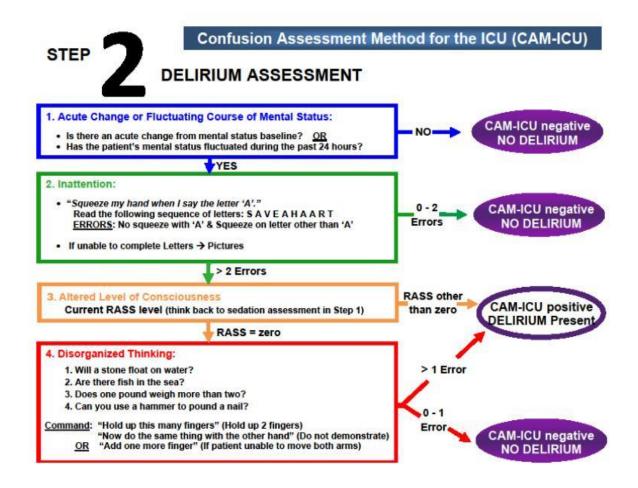
- 14. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ; delirium, démence, troubles amnésiques et autres troubles cognitifs. Paris: Masson; 2004.
- 15. Inouye S. Delirium in older persons. N Engl J Med. 2006; 354: p. 1157-65.
- 16. Inouye S, Westendorp R, Saczynski J. Delirium in elderly people. Lancet. 2014; 383: p. 911-22.
- 17. American Psychiatric Association. Diagnosis and statistical manual of mental disorder (5th edition) Washington D.C.; 2013.
- 18. Teodorczuk A, Reynish E, Milisen K. Improving recognition of delirium in clinical pratice: a call for action. BMC Geriatrics. 2012; 12: p. 55.
- 19. Wong C, Hoyrold-Leduc J, Simmel D, et al. Does this patient have delirium ? JAMA. 2010; 304(7): p. 779-786.
- 20. Morandi A, David D, Taylor J, et al. Consensus and variations in opinions on delirium care: a survey of European delirium specialists. International Psychogeriatrics. 2013; 25(12): p. 2067-75.
- 21. Inouye S, Van Dyck C, Alessi C, et al. Claryfying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990; 113(12): p. 12-22.
- 22. Wei L, Fearing M, Sternberg E, et al.. The confusion assessment method: a systematic review of currant usage. J Am Geriatr Soc. 2008; 56(5): p. 823-30.
- 23. Han J, Wilson A, Ely E. Delirium in older emergency department patient: a quiet epidemic. Emerg Med Clin North Am. 2010; 28(3): p. 611-31.
- 24. Rockwood K, Cosway S, Stolee P, et al. Increasing the recognition of delirium in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1994; 42(3): p. 252-6.
- 25. Inouye S, Foreman M, Mion L, et al. Nurse's recognition of delirium ans its symptoms. Arch Intern Med. 2001; 161: p. 2467-73.
- 26. LaMantia M, Messina F, Hodgood C, et al. Screening for delirium in the emergency department : a systematic review. Ann Emerg Med. 2014; 63(5): p. 551-60.
- 27. Han J, Wilson A, Graves A, et al. Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit in older emergency department patients. Acad Emerg Med. 2014; 21(2): p. 180-7.
- 28. Han J, Wilson A, Vasilevskis E, et al. Diagnosing delirium in the older emergency department patients: validity and reliability of the delirium triage screen and brief confusion assessment method. Ann Emerg Med. 2013; 62(5): p. 457-65.
- 29. Schuurman's M, Shortridge-Baggett L, Duursma S. The delirium observation screening scale: a screening instrument for delirium. Res Theory Nurs Pract. 2003; 17(1): p. 31-50.

- 30. Potter J, George J. The prevention, diagnosis and management of delirium in older people : concise guidelines. Clin Med. 2006; 6: p. 303-8.
- 31. Kennedy M, Enander R, Tadiri S, et al. Delirium risk prediction, health care use and mortality of elderly adults. J Am Geriatr Soc. 2014; 62(3): p. 462-9.
- 32. Mariz J, Santos N, Alfonso H, et al. Risks and clinical-outcome indicators of delirium in an emergency department intermediate care unit (EDIMCU): an observational prospective study. BMC Emergency Medecine. 2013; 13: p. 2.
- 33. Han J, Shintani A, Eden S, et al. Delirium in the emergency department: an independent predictor of death within six months. Ann Emerg Med. 2010; 56(3): p. 244-52.
- 34. Kakuma R, Galbaud du Fort G, Arsenault L, et al. Delirium in older emergency patients discharges home: effect on survival. J Am Geriatr Soc. 2003; 51: p. 443-50.
- 35. Dramé M, Novella J, Lang P, et al. Derivation and validation of a mortality risk index from a cohort of frail elderly patients hospitalised in medical wards via emergencies: the SAFES study. Eur J Epidemiol. 2008; 23: p. 783-791.
- 36. Bellelli G, Frisoni G, Turco R, et al. Delirium superimposed on dementia predicts 12 month survival in elderly patients discharged fron a postacute rehabilitation facility. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007; 62(11): p. 1306-9.
- 37. Cole M, Ciampi A, Belzile E, et al. Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis. Age Ageing. 2009; 38(1): p. 19-26.
- 38. Fong T, Jones R, Marcantino E. Delirium accelerates cognitive decline in Alzheimer disease. Neurology. 2009 72; 18: p. 1570-75.
- 39. Kishi Y, Iwasaki Y, Takezama K, et al. Delirium in critical care unit patients admitted through an emergency room. Gen Hosp Psychiatry.; 17(5): p. 371-9.
- 40. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, et al. Screening for geriatric problems in the emergency department: reliability and validity. Identification of Seniors at Risk (ISAR) Steering Committee. Acad Emerg Med. 1998; 5(9): p. 883-93.
- 41. Dendukuri N, McCusker J, Belzile E. The identification of seniors at risk screening tool: further evidence of concurrent and predictive validity. J Am Geriatr Soc. 2004; 52(2): p. 290-6.
- 42. Société Francophone de Médecine d'Urgence. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences (10ème conférence de consensus). 2003; Strasbourg. p. 1-7.
- 43. Hustey F, Meldon S. The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. Ann Emerg Med. 2002; 39(2): p. 248-53.

- 44. Barron E, Holmes J. Delirium in emergency care setting, occurrence and detection: a systematic review. Emerg Med J. 2013; 30(4): p. 263-8.
- 45. Han J, Morandi A, Ely E, et al. Delirium in the nursing home patients seen in the emergency department. J Am Geriatr Soc. 2009; 57(5): p. 889-94.
- 46. Fick D, Agostini J, Inouye S. Delirium superimposed on dementia: a systematic review. J Am Geriatr Soc. 2002; 50(10): p. 1723-32.
- 47. Hustey F, Meldon S, Smith M, et al. The effect of mental status screening on the care of elderly emergency department patients. Ann Emerg Med. 2003; 41(5): p. 678-84.
- 48. Elie M, Rousseau F, Cole M, et al. Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. CMAJ. 2000; 163(8): p. 977-81.
- 49. Samaras N, Chevalley T, Samaras D, et al. Older patients in the emergency department: a review. Ann Emerg Med. 2010; 56(3): p. 261-9.
- 50. Lewis L, Miller D, Morley J, et al. Unrecognized delirium in ED geriatric patients. Ann J Emerg Med. 1995; 13(2): p. 142-5.
- 51. Naughton B, Moran M, Kadah H, et al. Delirium and other cognitive impairment in older adults in an emergency department. Ann Emerg Med. 1995; 25(6): p. 751-5.
- 52. Han J, Zimmerman E, Cutler N, et al. Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. Acad Emerg Med. 2009; 16(3): p. 193-200.
- 53. Singler K, Thiem U, Christ M, et al. Aspects and assessment of delirium in old age: First data from a German interdisciplinary emergency department. Z Gerontol Geriatr. 2014.
- 54. Terell K, Hustey F, Hwang U, et al. Quality indicators for geriatric emergency care. Acad Emerg Med. 2009; 16(5): p. 441-9.
- 55. Sanders A. Missed delirium in older emergency department patients: a quality-of-care problem. Ann Emerg Med. 2009; 39(3): p. 338-41.
- 56. Han J, Bryce S, Ely E, et al. The effect of cognitive impairment on the accuracy of the presenting complaint and discharge instruction comprehension in older emergency department patients. Ann Emerg Med. 2011; 57(6): p. 662-71.
- 57. Agence Technique de l'Information Hospitalisation. Site ATIH. [Online].; 2014 [cited 2014 07 02. Available from: http://www.atih.sante.fr/.
- 58. Haute Autorité de Santé. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé ; consommation, prescription, iatrogénie, observance. 2005; Paris. p. 1-16.

- 59. Emeriau J, Fourrier A, Dartigues J, et al. Drug prescriptions for the elderly. Bull Acad Natl Med. 1998; 182(7): p. 1428-9.
- 60. 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): p. 166-71.

Annexe 1: La CAM-ICU



Annexe 2: The DOS Scale

The patient:

- 1. Dozes during conversation or activities.
- 2. Is easy distracted by stimuli from the environment.
- 3. Maintains attention to conversation or action.
- 4. Does not finish question or answer.
- 5. Gives answers which do not fit to the question.
- 6. Reacts slowly to instructions.
- 7. Thinks to be somewhere else.
- 8. Knows which part of the day it is.
- 9. Remembers recent events.
- 10. Is picking, disorderly, restless.
- 11. Pulls IV tubes, feeding tubes catheters, etc.
- 12. Is easy or sudden emotional (frightened, angry, irritated).
- 13. Sees persons / things as somebody / something else.

Never = 0 point; sometimes or always = 1 point.

Items 3, 8 and 9 are rated in reverse.

Three or more points indicate a delirium.

Annexe 3. Document d'information remis à tous les médecins ayant participé aux inclusions de l'étude.

CONFUSION AUX URGENCES

DEFINITION DE LA CONFUSION (DSM-IV-TR):

Critères majeurs:

- Perturbation de la conscience (baisse de l'attention)
- Modification du fonctionnement cognitif (désorientation, troubles de mémoire)
- Installation rapide (= rupture avec l'état antérieur),
- Evolution fluctuante

Autres signes associés :

- Perturbation du cycle veille-sommeil
- Troubles émotionnels
- Forme hypoactive : lenteur, apathie, stupeur
- Troubles du jugement

Les critères majeurs doivent être tous présents pour porter le diagnostic.

Prendre le temps de se renseigner auprès de l'entourage pour évaluer les troubles cognitifs antérieurs et la rupture avec l'état antérieur.

COTATION CIM-10: F05 DELIRIUM

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.