

# Les Entretiens de la SSMG : Quand nos aînés s'agitent...

Louvain-la-Neuve, 24-25 septembre 2022

par le Dr Jimmy FONTAINE • médecin généraliste • 1480 Tubize • [jimmy.fontaine@ssmg.be](mailto:jimmy.fontaine@ssmg.be)

## Définition de la confusion aigüe

La confusion aigüe (ou délirium) de la personne âgée (PA) présente deux formes principales: l'apathie et l'agitation psychomotrice. La forme apathique est plus pernicieuse et difficile à identifier (évolution fréquente vers un syndrome de glissement). La forme avec agitation psychomotrice s'identifie plus facilement car le patient va présenter un comportement inhabituel (violence, opposition, cris, etc.).

Il est important de distinguer l'agressivité (dont le but est de faire mal) de la violence (qui est une réaction à une incompréhension). Dans la confusion, le patient peut être violent et ne le fait pas exprès. D'ailleurs, ce point est essentiel à partager avec les familles et le personnel soignant pour ne pas interpréter à tort ce comportement et éviter d'y répondre par un comportement tout aussi violent.

On retrouve souvent des symptômes «positifs» associés comme des hallucinations ou des idées paranoïdes.

Lorsque l'on guérit la cause, la personne âgée peut récupérer immédiatement ou bien jusqu'à 3 mois après.

En cas de doute sur le diagnostic, et si une relation de confiance existe avec le patient, le fait de poser la question: «vous sentez-vous perdu?» permet souvent de s'orienter car le patient confus va répondre par l'affirmative. Par contre, si l'on ne connaît pas le patient, cette question peut être vécue comme une violence psychologique.

## Caractéristiques du delirium

Les composantes du trouble du comportement sont multiples et variées: agitation, violence, faiblesse générale, fatigue, insomnie, hypersomnie, inappétence, anhédonie, aboulie, etc.

Quant aux étiologies, elles sont toutes aussi nombreuses. On peut les partager en deux groupes: organiques et non-organiques.

Parmi les causes organiques les plus fréquentes, on retrouve les infections, le fécalome, un trouble

ionique, une déshydratation, une chute, la dénutrition, une médication inadaptée, etc.

Certains médicaments peuvent favoriser l'apparition d'un globe vésical: amlodipine, digoxine, fentanyl, l-thyroxine, paroxétine, risperidone, ciprofloxacine, furosemide, omeprazole, sertraline, etc.

Parmi les causes non organiques, on peut citer les changements d'habitude de vie, le fait de ne pas avoir ses lunettes, ses appareils auditifs, son dentier, un souci familial, aggravation d'une dépression, l'anxiété. Par exemple, les mesures prises dans les MRS durant la crise COVID avec l'isolement des PA ont favorisé l'apparition de la confusion aigüe.

Quant à la douleur, elle appartient aux causes non organiques car la sensation de douleur est subjective et dépasse le cadre d'une réponse à un stimulus douloureux (par exemple, le souvenir d'une expérience douloureuse).

L'échelle ECPA<sup>a</sup> (Évaluation Comportementale de la douleur chez la Personne Âgée) est un outil pour approcher l'évaluation non verbale de la douleur (visage détendu/crispé? position antalgique? anticipation anxieuse aux soins?) chez la personne âgée incapable de répondre à une question de façon péremptoire (quelle qu'en soit la raison).

## Prise en charge non médicamenteuse du délirium

Face à un patient confus, afin d'essayer de «désamorcer» la situation, il est conseillé:

- d'être dans un environnement calme (se mettre dans une chambre et ne pas rester dans un couloir, par exemple);
- de s'assurer que le patient a ses lunettes, ses appareils auditifs, son dentier;
- de mettre de la lumière, de parler calmement et doucement;
- etc.

a. Échelle: ECPA: <https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2021/04/ECPA-2.pdf>



Citons également le « snoezelen » qui est une activité durant laquelle la PA est immergée dans un espace éclairé d'une lumière tamisée, avec une musique douce, pour créer une ambiance détendue, agréable, en faisant appel aux 5 sens.

La Validation est une méthode pour entrer en contact avec la PA confuse, avec ses émotions, pour essayer de comprendre ses besoins. Elle se base sur des techniques de communication verbales et non verbales pour aider les PA à satisfaire leurs besoins.

La méthode Montessori consiste en une prise en charge non-médicamenteuse qui est centrée sur l'utilisation des capacités préservées de la PA et vise à lui permettre d'être aussi indépendante que possible en conservant un rôle social. Cette méthode s'appuie sur la notion de : « aide-moi à faire seul » facilitant l'investissement de chaque résident dans sa vie quotidienne. Elle demande une adaptation des lieux de vie comme par exemple, un étage « protégé » dans lequel les PA confuses peuvent se déplacer librement.

La HAS propose une fiche<sup>b</sup> des choses « à faire » et « à ne pas faire » face à un patient qui présente des troubles du comportement. Par exemple, face à une hallucination, on évitera de tenter de raisonner la PA ou d'entretenir une conversation sur le délire.

## Prise en charge médicamenteuse de la confusion

Il arrive parfois (souvent) que la confusion persiste et qu'il faille protéger le patient et/ou son entourage à l'aide d'une « contention chimique ». Bien évidemment, les étiologies ainsi que leurs prises en charge doivent avoir été explorées, une prise en charge non médicamenteuse doit avoir été essayée et une discussion avec la famille et le personnel soignant doit avoir été initiée. Ou bien, la sévérité de la confusion peut nécessiter d'« agir » rapidement.

Le choix de la molécule va être fonction de l'effet recherché, des interactions potentielles avec les autres médicaments, des effets secondaires potentiels et des problèmes de santé et antécédents de la PA.

Parmi les neuroleptiques, la rispéridone et l'halopéridol constituent souvent les médicaments de premier choix de par leur rapidité d'action. La prudence sera néanmoins de mise vu les effets indésirables possibles : allongement du QT, syndrome extra-pyramidal, sédation, gain de poids, effets anticholinergiques, prolactinémie, épilepsie, hypotension orthostatique, élévation des transaminases.

Il faudra aussi discuter au préalable de l'adaptation du traitement en fonction de la (non) réponse. Par exemple, pour une confusion aiguë, après l'administration d'un neuroleptique, on attendra 1 jour avant de changer de dose en cas d'échec, et en cas de réponse au traitement, on attendra une semaine pour l'arrêter. On ne dépassera pas la dose de 1 à 2 mg pour la rispéridone et la dose de 5 mg pour l'halopéridol.

L'amisulpiride constituera une alternative en cas d'idées ruminantes et de troubles du sommeil (sans dépasser la dose de 200 mg).

Quant aux benzodiazépines, le choix se portera sur les durées d'action les plus courtes possibles (comme le lorazépam) et le moins longtemps possible pour éviter d'aggraver une confusion, un déficit cognitif et provoquer des chutes.

L'acide valproïque a montré une efficacité en cas de troubles du comportement (300 mg le soir, p. ex.).

La trazodone constitue une bonne alternative chez le patient parkinsonien délirant (à petites doses, par exemple, 25 mg le soir).

## Et la contention physique ?

S'il y a un sujet de crispation pour les soignants et les familles, c'est bien celui de la contention physique. Avant d'ouvrir un débat souvent houleux, il est important d'amener des preuves de ce que l'on sait.

Il n'existe aucune preuve scientifique de l'efficacité de la contention physique pour le risque de chute, l'agitation et la déambulation.

Des études montrent même un risque de chute accru avec contention physique (17% vs 5% sans contention physique). La contention physique est même associée à un risque de chutes graves chez les personnes confuses.

De plus, les conséquences de cette contention sont néfastes : syndrome d'immobilisation avec constipation, déclin fonctionnel, troubles trophiques, incontinence sphinctérienne, inappétence, fausses routes, escarres, contractures. On assiste à une perte d'autonomie et à des dommages psychologiques (perte de dignité, dépression, stress, repli sur soi, etc.).

De plus, l'AR du 18 juin 1990 rappelle que la contention est en principe contraire à la convention européenne des droits de l'homme. Elle ne peut être appliquée que pour prévenir des lésions corporelles chez le patient ou autrui et en cas d'échec d'autres mesures. Elle nécessitera toujours une concertation avec le médecin pour rechercher les causes du problème, un écrit dans le dossier du patient, une évaluation journalière de sa nécessité, une surveillance renforcée.

De plus, les procès sont bien plus fréquents pour des problèmes survenus lors de contention physique que sans.

b. <https://demencecliv.fr/docs/affaire-nepasfaire-troublesducomportement-soignants.pdf>

D'après l'exposé du Dr Véronique Latteur, gériatre au GHdC.

**Mots-clés : confusion, delirium, violence.**