



Bien réaliser la démarche diagnostique avant de prescrire ; le traitement médicamenteux ne s'adresse qu'aux personnes dont les troubles entraînent une mise en danger du patient et/ou des autres patients au sein du service

- Accueil du sujet âgé, de manière générale : mise au fauteuil, chambre seule, limiter le flux, présence d'un membre de l'entourage, collation, limiter la contention + procédure HELP
- Anamnèse, pouls, tension artérielle, température, saturation, glycémie capillaire, recueil de toutes les ordonnances, EVS, ALGOPLUS

AGITATION EXTRÊME ?
OUI
NON

En cas d'**agitation extrême** ne permettant pas de réaliser le bilan de base, à titre **exceptionnel**, après évaluation médicale et échec des mesures non médicamenteuses, **administration par un senior urgentiste** :

- **MIDAZOLAM** 2 mg en titration 1 mg/1 mg voie sous cutanée ou intra-veineuse
Ou, si disponible, voie nasale (avec pulvérisateur) 2,5 mg (dose minimale efficace)
- **Diminuer dose si poids < 50 kg**
- Surveillance ++ : Saturomètre, TA
- Réévaluer après 20 min
- Un antidote **FLUMAZENIL** doit être à disposition
- +/- contention physique sur prescription médicale indispensable + chambre d'apaisement

 Evaluation du syndrome confusionnel
(Evaluation à l'accueil selon l'échelle CAM)

 Examen clinique
Rechercher une ou plusieurs causes organiques

 Examens complémentaires systématiques
ECG, Iono dont Ca, NFS, CRP, TSH, BU,
bladder Scan
(Alcoolémie, Toxiques, Bilan de Coagulation)

Causes organiques ?
OUI
NON
Causes organiques non exhaustives

1. Médicamenteuse
Attention aux modifications récentes (réflexe iatrogénique)
2. Douleur / Inconfort (Fécalome, RAU, etc.)
3. Infectieuses
4. Cardiovasculaires
5. Neurologiques
6. Métaboliques et endocriniennes

**TRAITER LA CAUSE ORGANIQUE
ET LES SYMPTÔMES ENVAHISSANTS**
TRAITER LES SYMPTÔMES ENVAHISSANTS

 Traitement médicamenteux de l'agitation selon la présentation dominante : **PRIVILÉGIER LA VOIE ORALE**

- Anxiété = **OXAZEPAM**
-> réévaluer, renouveler à 1h si besoin
- Agitation psychomotrice avec ou sans composante productive (délire, hallucinations) = **LOXAPINE ou RISPERIDONE**, à renouveler si besoin
- QT corrigé allongé = **OXAZEPAM / LOXAPINE**
- Si MCL ou MP, BZD uniquement

RÉÉVALUER

ATCD de maladies psychiatriques ?

OUI
NON

- Avis psychiatrique si possible

- Discuter avis psychiatrique (en l'absence de troubles cognitifs connus)
- Avis gériatrique si possible

NE PAS UTILISER :

- **HYDROXYZINE** et BZD à ½ vie longue (cf. procédure iatrogénie)
- Neuroleptiques contre indiqués dans la maladie à corps de Lewy diffus (MCL) et dans la maladie parkinsonienne (MP)

POSOLOGIE :

- **OXAZEPAM** comprimés 10 mg : 5 à 10 mg
- **LOXAPINE** 10 à 25 mg : privilégier la voie orale LOXAPINE gouttes (25 mg/ml) = 10 à 25 gouttes (soit 10 à 25 mg) et si voie orale impossible LOXAPINE injectable (IM 50 mg/2 mL) = 0,5 à 1 mL (soit 12,5 à 25 mg)
- **RISPERIDONE** comprimés orodispersibles 1 mg : 0,5 à 1 mg



1. Procédure HELP (Hospital Elder Life Program)

Facteurs de risque	Intervention
Déficit cognitif MMS < 20 Score d'orientation < 8	Protocole d'orientation (3 fois/jour) Activités de stimulation cognitive (discussion ... 3 fois/jour)
Déficit visuel	Aides visuelles, lunettes
Déficit auditif	Techniques de communication, prothèses
Déshydratation (urée / créatinine ≥ 18)	Diagnostic précoce, réhydratation
Perturbations du sommeil	Le soir : boissons chaudes, musique, massages Diminution du bruit, adaptations horaires traitements
Immobilisation	Mobilisation 3 fois/jour Diminution des SAD, contentions

INOUE SK, BOGARDUS ST JR, BAKER DI, LEO-SUMMERS L, COONEY LM JR . THE HOSPITAL ELDER LIFE PROGRAM: A MODEL OF CARE TO PREVENT COGNITIVE AND FUNCTIONAL DECLINE IN OLDER HOSPITALIZED PATIENTS. HOSPITAL ELDER LIFE PROGRAM. JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY 2000;48:1697-1706.

2. Echelle CAM (Confusion Assessment Method)

Diagnostic de confusion retenu si les deux premiers items sont positifs + le troisième ou le quatrième :
CONFUSION = 1 + 2 + (3 ou 4)

1. Début brutal et évolution fluctuante

Altération subite du statut cognitif par rapport à l'état de base du patient ?

OU

Evolution fluctuante du comportement anormal (tendance à la disparition et réapparition ou à l'accentuation et l'atténuation de la sévérité) ?

2. Troubles attentionnels

Difficultés à focaliser son attention (distractibilité, difficultés à se souvenir des nouvelles informations et de ce qui a été dit) ?

3. Désorganisation de la pensée

La pensée est-elle désorganisée ou incohérente (conversation décousue, inadaptée ou inappropriée, logorrhée, organisation illogique ou floue du cours des idées, passage d'un sujet à l'autre sans suite logique, fuite des idées) ?

4. Troubles de la vigilance

Comment classez-vous le niveau de conscience du patient ?

Alerte (normal), hypervigilant (sensibilité excessive aux stimuli environnementaux), léthargique (somnolent facilement réveillable), stuporeux (difficilement réveillable), comateux (non réveillable).

Alerte = spontanément et pleinement conscient de l'environnement avec lequel il existe des interactions adaptées.

Le patient est-il tout sauf alerte ?

S.K. INOUE, C.H. VON DYCK, C.A. ALESSI, S. BALKIN, A.P. SIEGAL AND R.J. HORWITZ, CLARIFYING CONFUSION: THE CONFUSION ASSESSMENT METHOD. A NEW METHOD FOR DETECTION OF DELIRIUM, *ANN. INTERN. MED.* 113 (1990), pp.

