

# BONNES PRATIQUES CLINIQUES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LA CONFUSION ET DE LA CRISE COMPORTEMENTALE ASSOCIÉE

LEGROS M (1), JOOHAROO K (1), GILLAIN S (1)

**RÉSUMÉ :** Il est essentiel de ne pas méconnaître la présence d'un syndrome confusionnel aigu, d'en déterminer rapidement la (ou les) cause(s) et de la (les) traiter. Tout changement brutal concernant le niveau d'éveil, de vigilance, le fonctionnement cognitif, le langage, l'humeur ou le comportement devrait être considéré comme un signe potentiel de confusion et inciter à sa confirmation. L'identification de la ou des cause(s) de la confusion est une démarche probabiliste tenant compte du contexte clinique récent et du profil du patient. La prise en charge, médicamenteuse ou non, de la confusion doit comprendre le traitement des symptômes comportementaux associés et la prévention de ses complications. Enfin, tout patient âgé, sans antécédent de démence, et ayant été confus, devrait bénéficier d'un suivi cognitif et fonctionnel à distance de l'événement aigu.

**MOTS-CLÉS :** *Delirium - Syndrome confusionnel aigu - CAM (Confusion Assessment Method)*

## RECOMMENDATIONS FOR GOOD CLINICAL PRACTICE IN THE MANAGEMENT OF DELIRIUM AND ASSOCIATED BEHAVIOURAL CRISIS

**SUMMARY :** It is essential not to overlook the presence of an acute confusional syndrome (delirium) and to promptly determine and treat its cause(s). Any abrupt change in wakefulness, alertness, cognitive functioning, language, mood or behaviour should be considered as a potential sign of delirium and should be confirmed for. Identifying the cause(s) of the delirium is based on a probabilistic approach, taking into account the recent clinical context and the patient's profile. Management of confusion, with or without medication, must include treatment of associated behavioural symptoms and prevention of complications. Finally, all elderly patients with no history of dementia who have experienced delirium should benefit from cognitive and functional follow-up after the acute event.

**KEYWORDS :** *Delirium - Acute Confusional Syndrome - CAM (Confusion Assessment Method)*

## INTRODUCTION

Selon le DSM-V, la confusion est une perturbation de l'attention et de la conscience, d'installation aiguë et au décours fluctuant, comprenant une altération des fonctions cognitives, non expliquée par un état démentiel, survenant hors de toute cause d'altération de l'éveil et associée à une (ou plusieurs) cause(s) organique(s) (1). Les termes «confusion aiguë» ou «syndrome confusionnel aigu» sont synonymes au terme anglais «delirium» (2). L'expression clinique d'un épisode confusionnel comprend un spectre assez large de manifestations comportementales et cognitives; les deux extrémités de ce spectre sont, d'une part, la forme apathique dite «hypoactive» lors de laquelle le patient présente un éveil, une vigilance et des réponses verbales et motrices spontanées très réduites et, d'autre part, la forme dite «hyperactive» comprenant une agitation cognitivo-motrice plus ou moins importante.

Au vu de la fréquence et des conséquences potentielles du syndrome confusionnel aigu, cet article propose de décrire les recommandations de bonnes pratiques liées au dépistage, au diagnostic, y compris étiologique, à la prise en charge globale et au suivi à distance du patient confus.

## FACTEURS FAVORISANTS ET PRÉCIPITANTS

Le risque de développer un delirium augmente avec l'âge, les comorbidités, la polymédication, la dépendance pour les actes de la vie quotidienne, la sévérité de la pathologie aiguë (ou de l'intervention) amenant le patient à l'hôpital (3). La littérature distingue les facteurs favorisants, qui augmentent le risque de développer un delirium, et les facteurs précipitants, très nombreux, dont l'incidence sera directement liée avec le développement de l'épisode confusionnel aigu (4). Les facteurs favorisants sont l'âge avancé (probablement par le biais des cellules sènescentes), les comorbidités notamment les pathologies inflammatoires chroniques et les pathologies «neurovasculaires» (dont l'hypertension, le diabète, les accidents vasculaires cérébraux), la démence, la dépression, les déficits sensoriels, la malnutrition, la consommation chronique d'alcool (4, 5). Parmi les facteurs précipitants citons: une douleur aiguë, une fracture, un stress (chute, par exemple), une infection, une chirurgie, surtout orthopédique, un infarctus du myocarde, une embolie pulmonaire, une perte brutale des repères spatio-temporels, un alitement, l'administration de certains médicaments (essentiellement les molécules aux propriétés anticholinergiques, mais aussi les hypnotiques, sédatifs, narcotiques, anti-inflammatoires non

(1) Service de Gériatrie, CHU Liège, Belgique.

stéroïdiens, corticoïdes, antalgiques de pallier deux et trois, digitaliques, certains antiarythmiques, les  $\beta$ -bloquants, les antihistaminiques H2, les antiépileptiques, le lithium, le métopropramide), un sevrage médicamenteux ou alcoolique, une intoxication médicamenteuse, alcoolique ou au monoxyde de carbone, une hypoxie cérébrale (d'origine hémodynamique, hémorragique, ischémique, ou lésionnelle), des troubles métaboliques (hypercalcémie, hyponatrémie, ...), une contention, une sonde urinaire, une rétention urinaire, un fécalome (4).

La prévalence de la confusion dépend donc de la population étudiée (accumulation plus ou moins importante de facteurs favorisants et de facteurs précipitants) et des moyens diagnostiques utilisés. Elle est probablement sous-estimée en raison des épisodes confusionnels «hypoactifs» souvent non diagnostiqués. Deux méta-analyses récentes estiment que près de 15 % des patients âgés présentent un syndrome confusionnel dès leur admission en service d'urgence (6, 7). Selon une autre méta-analyse récente, le taux de confusion postopératoire décelé au sein des services de chirurgie varie de 10 % (chirurgie urologique) à 32 % (chirurgie cardiaque) en fonction du type de chirurgie considérée (8). Enfin, la confusion toucherait près de 80 % des patients hospitalisés en unité de soins intensifs (USI) et ayant été ventilés mécaniquement (9). Il n'est donc pas étonnant que la confusion soit le motif le plus fréquent de demande d'avis adressée à l'équipe de gériatrie de liaison interne.

La survenue d'une confusion étant secondaire à la présence d'un facteur précipitant s'ajoutant à un ou plusieurs facteurs favorisants, il est important de considérer le syndrome confusionnel aigu comme un symptôme clinique, tout comme la fièvre est le signe d'une inflammation secondaire à un processus infectieux, inflammatoire ou néoplasique. Plus un patient âgé présente un grand nombre de facteurs favorisants, plus il sera susceptible de développer un syndrome confusionnel. Malheureusement, la confusion n'est pas un signe clinique pathognomonique et le diagnostic étiologique différentiel doit envisager les nombreux facteurs précipitants précités.

### IMPORTANCE DU DÉPISTAGE ET RISQUE DE COMPLICATIONS

Le dépistage systématique de la confusion est primordial pour plusieurs raisons; diagnostiquer le (ou les) facteur(s) précipitant(s) présents et le(s) traiter spécifiquement, sécuriser

ces patients, réduire l'incidence des complications secondaires à l'épisode confusionnel, et limiter la durée de l'épisode confusionnel, car plus celle-ci est longue, plus le risque de complications est élevé, notamment la mortalité (10). Les complications secondaires à l'épisode confusionnel comprennent, le déclin fonctionnel, l'institutionnalisation, et la mortalité plus élevée à court (11) et à moyen terme (12). De plus, le refus de boire, de manger et de prendre ses médicaments peut déstabiliser les comorbidités du patient et entraîner ou majorer une déshydratation et une dénutrition. En période postopératoire, le risque de réintervention est majoré en raison de la non observance aux consignes (11). Enfin, le patient confus présente un risque accru de fausses routes et de broncho-inhalations, de chute, de désadaptation psychomotrice, de fracture, de plaie et d'hématomes (cutanés, mais aussi parenchymateux ou sous-duraux), d'ulcère de pression et leur cortège de douleurs (2, 5). Ces complications sont elles-mêmes des facteurs précipitants capables de prolonger la durée de l'épisode confusionnel. De plus, la durée de séjour des patients confus est allongée et le risque de réadmission est augmenté (11). À cette longue liste de conséquences s'ajoute l'iatrogénie des gestes réalisés soit à la recherche du diagnostic étiologique, soit en vue de sécuriser et/ou calmer le patient. Enfin, si la confusion peut traduire une faiblesse cognitive préexistante, elle est également compliquée d'une péjoration des performances cognitives (5).

### DIAGNOSTIC ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Tout changement brutal concernant le niveau d'éveil, de vigilance, le fonctionnement cognitif, le langage, l'humeur ou le comportement devrait être considéré comme un signe potentiel de confusion. Le cas échéant, les neuf signes cliniques de la CAM («Confusion Assessment Method») doivent être recherchés pour confirmer la présence d'une confusion (13). Afin de standardiser le dépistage des patients confus, des outils ont été développés par des cliniciens dont la CAM-ICU, la 3D-CAM, la 4AT et, plus récemment, l'Ultra Brief-CAM; tous présentent d'excellentes valeurs de sensibilité et spécificité (14). Le plus simple et rapide à utiliser serait l'Ultra Brief-CAM (UB-CAM) (15). Les critères NICE, rédigés en 2010 et revus en 2023 (avant le développement de l'Ultra Brief-CAM), conseillent l'utilisation de la CAM-ICU aux soins intensifs et la 4AT partout ailleurs (16). Les

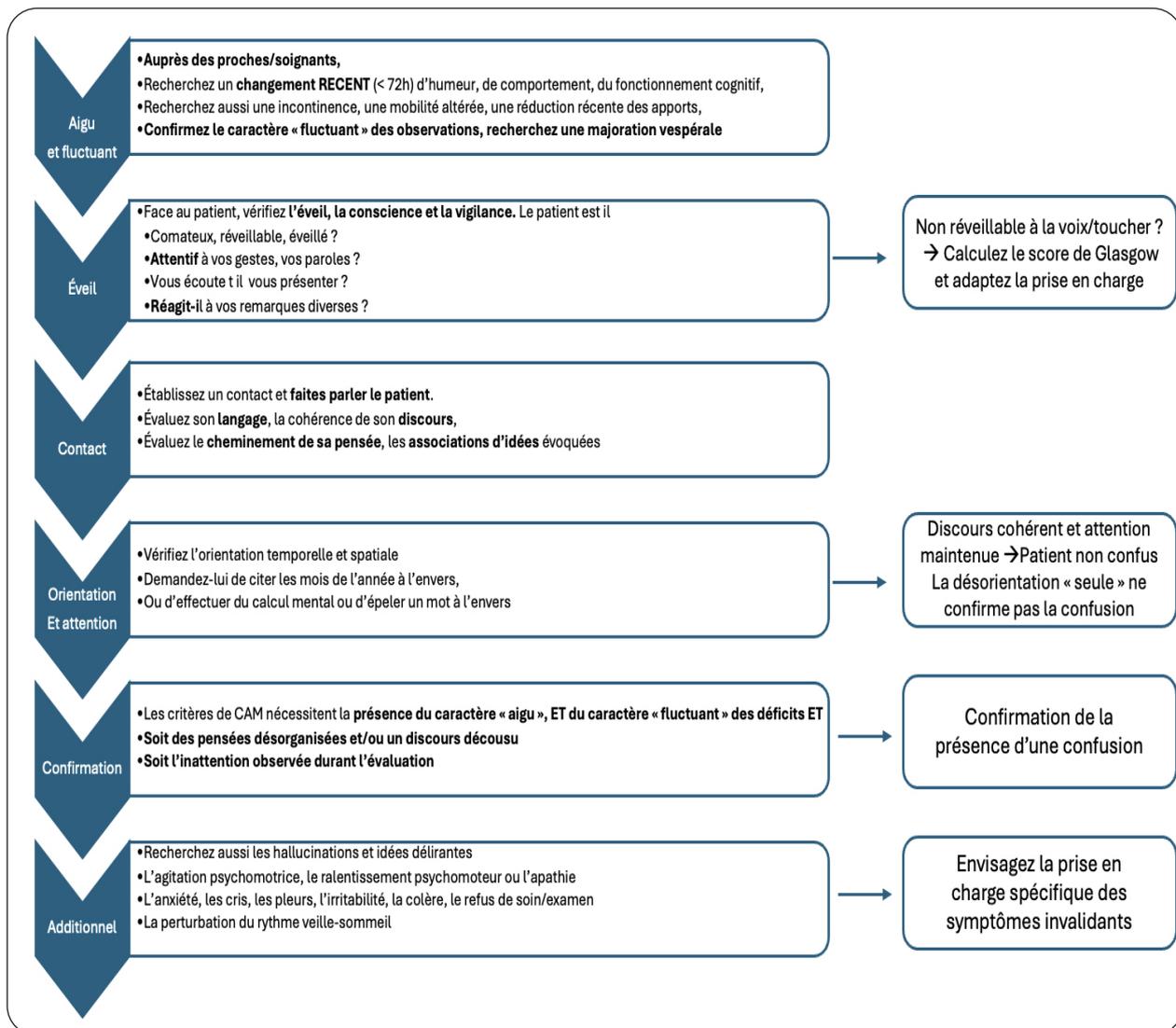
Canadiens recommandent soit la CAM, soit la 4-AT en version française validée (17). Quel que soit l'outil de dépistage utilisé, il est important de confirmer le diagnostic (16). De façon pratique, un outil de poche inspiré de l'UB-CAM et présentant les critères d'Inouye, et coll. (13), est utilisé dans le service de gériatrie du CHU de Liège et est illustré à la **Figure 1**.

Le diagnostic différentiel d'un épisode confusionnel comprend les troubles neurocognitifs majeurs (anciennement appelés «syndromes démentiels»), la dépression, l'infirmité cérébrale congénitale ou acquise, les pathologies psychiatriques (5, 18, 19).

## PRISE EN CHARGE DU PATIENT CONFUS

Une fois le diagnostic posé, plusieurs axes de prise en charge sont à considérer : la correction des facteurs favorisants modifiables, l'identification et la correction du (ou des) facteur(s) précipitant(s), la prévention des complications dont le déclin fonctionnel, la prise en charge des symptômes psycho-comportementaux associés si cela est nécessaire, la notification dans le dossier médical et l'information des proches et des soignants (5, 18, 19). Enfin, l'évolution de l'épisode confusionnel doit être suivie quotidiennement (18, 19).

**Figure 1.** Outil reprenant les critères pour diagnostiquer un syndrome confusionnel aigu. Adapté de (13)



## CORRECTION DES FACTEURS FAVORISANTS

La correction de facteurs favorisants modifiables sera réalisée en considérant, pour chaque patient, la liste des facteurs cités précédemment. Les mesures seront décidées et appliquées au cas par cas.

L'identification (et le traitement) de la (ou des) cause(s) de l'épisode confusionnel est un élément crucial de la prise en charge du patient confus. Toutefois, à notre connaissance, aucun consensus concernant l'ordre et la nature des examens systématiquement requis chez tous les patients n'est disponible (2). Il convient de considérer les éléments (hétéro)anamnestiques, les paramètres (dont la saturation en oxygène et la glycémie), l'examen clinique complet, la revue des médications (notamment récemment introduites ou interrompues), l'exposition possible à des toxiques (notamment alcool, drogue, CO), le bilan biologique et les causes les plus fréquentes de confusion chez la personne âgée hospitalisée (fécalome, rétention urinaire, troubles ioniques ...) (3, 5, 18-20). Il s'agit donc d'une démarche probabiliste tenant compte du contexte aigu et du profil du patient (comorbidités, facteurs de risque et médications). Les examens complémentaires doivent être envisagés non seulement au regard de la démarche probabiliste réalisée, mais également des souhaits et du plan de soins du patient, de la réversibilité du facteur précipitant et de l'iatrogénie associée aux explorations envisagées (2, 18, 19). En gériatrie, lorsqu'un patient développe un épisode confusionnel aigu, l'infirmier(ère) réalise une vérification de nombreux paramètres : l'acronyme "MATOUS" permet la mémorisation; «M» pour matériel médical en place (sonde, cathéter...) et médicaments, "A" pour apports hydriques et alimentaires, "T" pour température corporelle et tension artérielle, "O" pour oxygénation, "U" pour urines (volume, globe, incontinence, plainte), "S" pour selles (émission, fécalome) et sucre (hypo ou hyperglycémie). Réalisées avant l'appel du médecin, ces vérifications permettent d'initier la recherche étiologique systématique.

## MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

Les mesures non pharmacologiques comprennent la réorientation temporo-spatiale (facilitée par un calendrier mural et une horloge), le respect du rythme jour-nuit (exposition à la lumière durant la journée et réduction de l'exposition durant la nuit) et des repas, la correction des déficits sensoriels (port des lunettes et d'appareils auditifs en état de marche), la mobilisation, la prise d'apports alimentaires

et hydriques suffisants (feuille d'ingestas journaliers affichée en chambre) et adaptés (texture, composition), la rassurance concernant les actes posés, le contact avec les proches, la réduction des sources d'anxiété, de douleur, l'évitement des mesures de contention et le retrait des cathéters/sondes non strictement nécessaires, la révision médicamenteuse, la limitation des molécules dites «confusiogènes» (21). Enfin, l'évolution de l'épisode confusionnel et de ses symptômes associés doit être évaluée quotidiennement; cette évaluation permettra de guider la poursuite de la démarche d'identification de la (ou des) cause(s) de la confusion et de mesurer l'impact des mesures déjà mises en place.

De plus, des mesures de prévention des complications «organiques» (chutes, lésions, broncho-inhalations...) et des complications «fonctionnelles» (altération de la marche, déclin cognitif, perte d'autonomie...) seront à mettre en place. Elles sont non spécifiques et dépendent du (ou des) risque(s) encouru(s) et du profil du patient.

À notre connaissance, l'application d'une contention physique ne fait pas l'objet d'un consensus. Le clinicien doit tenir compte de la balance entre les risques (parmi lesquels l'agitation, la prolongation du delirium, les plaies, la perte de confiance et le décès par étouffement) et les bénéfices (parmi lesquels la prévention des fugues, des chutes et leur cortège de complications... fractures, hématome, plaie...). Une réflexion éthique «au cas par cas» est nécessaire. La décision, le choix de la modalité et le maintien à terme de la contention doivent être notifiés dans le dossier médical.

## PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

Récemment, la prise en charge médicamenteuse de la crise comportementale pouvant accompagner un épisode de confusion aiguë a fait l'objet de recommandations se basant sur la littérature disponible, les pratiques cliniques en cours et l'avis d'experts (22). La crise comportementale est définie par une rupture brutale du comportement antérieur, associée à une mise en danger du patient ou d'autrui, justifiant la nécessité d'une prise de décision et une action rapide pour mettre fin à la crise dont la résolution n'est pas spontanée. Il est à noter qu'une crise comportementale peut survenir en dehors d'un épisode de confusion. Devant toute crise comportementale, il sera important de confirmer ou non la présence d'une confusion (requérant, en outre, une recherche étiologique du ou des facteurs précipitants). Que le patient soit confus ou

non, il est conseillé d'éclaircir les circonstances de déclenchement de la crise comportementale (un soin, un examen, une visite, le contact avec un membre du personnel soignant...) et de réduire l'influence/présence de ce facteur favorisant la crise. Il faut également préciser le symptôme principal de la crise comportementale (agitation, délire, hallucination, agressivité, anxiété), ce qui permettra de définir la molécule à privilégier et de consulter le dossier médical pour exclure les contre-indications à l'usage de certaines molécules (22).

En cas d'agitation légère à modérée, de déambulation, ou en cas d'agressivité uniquement verbale sans agressivité physique, et en absence de contre-indication, de petites doses de trazodone peuvent être recommandées, en commençant par 25 mg 3x/jour, à augmenter en fonction des effets observés et de la somnolence induite (max 300 mg/ jour) (23).

En cas d'agressivité physique (coups, morsures, dégâts imposés au matériel), d'hallucination, de délire ou cas d'agitation importante avec risque de fugue, ne répondant pas aux mesures non pharmacologiques, l'administration d'un antipsychotique atypique est recommandée. En l'absence de contre-indication absolue (glaucome à angle fermé et QT long) ou relative (syndrome extra-pyramidal préexistant, hypotension orthostatique, présence d'autres anticholinergiques), la molécule recommandée en première intention est la rispéridone à initier à la dose 0,5 à 1 mg, pour un pic d'action attendu entre 1 et 2 heures et une demi-vie d'élimination de 3 heures (augmentée en cas d'insuffisance rénale). Il est à noter une augmentation de la mortalité et du risque d'événement cardiovasculaire (en cas d'antécédent cardiovasculaire), sans contre-indication absolue à leur utilisation en cas de crise comportementale. La molécule envisagée en seconde intention est l'halopéridol *per os* à la dose de 0,5 mg à 1 mg, pour un pic d'action attendu entre 2 et 6h, et une longue demi-vie de plus de 24h. En dernier recours, si l'intensité de l'agitation et/ou le risque encouru nécessitent une action incisive et rapide, la ciotiapine (non discutée dans les recommandations) administrée en IM à la dose de 20 mg peut être envisagée. Cette molécule est peu documentée, sa demi-vie serait très longue et est accompagnée d'une somnolence secondaire majeure limitant les apports et la sécurité du patient. Son usage devrait être strictement limité aux cas de force majeure et accompagné d'un suivi clinique appuyé.

En cas de contre-indication absolue à l'usage des antipsychotiques, l'usage d'une benzodiazépine à courte durée d'action peut être recom-

mandé. Les molécules disponibles *per os* à préférer sont le lorazépam 1 à 2 mg (pic d'action à 30 min, demi-vie entre 10-20h) ou l'alprazolam 1 mg (pic d'action à 30 min, demi-vie de 10-20h). Les molécules injectables à préférer sont le lorazépam 1 à 2 mg (par voie IM, pic d'action à 90 min, demi-vie de 12-16h) et le midazolam à la dose de 1 à 2 mg (pic d'action à 20-30 min, demi-vie de 1,5 à 2,5h) ; le diazépam et le clorazépate sont à éviter en raison de leur longue demi-vie (22).

En cas de démence à corps de Lewy, de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique, il convient de préférer la clozapine *per os*, à la dose de 12,5 à 25 mg (pic d'action à 2-4h, demi-vie de 8 à 24h). Un résumé des recommandations discutées dans ce texte est présenté dans le **Tableau I**.

La prise en charge de la crise comportementale essentiellement accompagnée d'anxiété sera traitée préférentiellement par benzodiazépine, à l'aide des molécules et des posologies précédemment décrites. Si le patient présente des antécédents psychiatriques, la mise à jour de son traitement est, en outre, recommandée le plus rapidement possible et idéalement avec le concours du psychiatre (22).

## AUTRES MESURES

Enfin, le clinicien devra se prononcer sur la nécessité de prescrire (ou non) une contention. Selon l'évolution en cas de répétition de crises comportementales, un transfert vers une unité de soins spécialisés et comprenant un contrôle des accès devra être envisagé.

## LA PRÉVENTION

La prévention des épisodes de confusion, comprend l'identification des sujets à risque, la correction des facteurs favorisants, l'éviction des facteurs précipitants, la réconciliation médicamenteuse, la réduction de l'usage de molécules potentiellement «confusiogènes» (dont les anticholinergiques) et la limitation de toute forme de contention ainsi que des voies d'accès (cathéter, sonde urinaire, sonde nasogastrique). De façon pratique, il faut assurer les afférences (lunettes, prothèses auditives, sans bouchon et avec piles), assurer les besoins élémentaires (mobilisation, hydratation, nutrition, rythme des repas et le rythme veille-sommeil, réduire le nombre d'examen complémentaires (stress, mise à jeun, iatrogénie), resituer dans le temps et dans l'espace, rassurer, expliquer et assurer un accès aux proches bienveillants.

**Tableau I. Résumé des recommandations de prise en charge médicamenteuse des symptômes psycho-comportementaux parfois associés à l'épisode confusionnel aigu**

Agitation légère à modérée ou déambulation			
Trazodone	25 mg 3x/j max 300 mg/j	Pic d'action : 0,5-2h ½ vie : 5-13h	<i>Contre-indications</i> : infarctus aigu du myocarde, bloc auriculo-ventriculaire
Agressivité physique (coups, morsures, dégâts imposés au matériel), hallucination, délire ou agitation importante avec risque de fugue			
Première réaction = mise au calme + retrait de l'élément déclenchant Prescription d'un antipsychotique			
1. Risperidone	0,5 mg à 1 mg	Pic d'action : 1-2h ½ vie : 3h (IR réduit l'élimination)	<i>CI absolue</i> : glaucome < fermé, QT long
2. Halopéridol	0,5 mg (= 5 gouttes) à 1 mg	pic d'action : 2-6h ½ vie : 24h	
3. Clotiapine	20 mg IM	Pharmacocinétique encore imparfaitement connue !! risques de dépression cardio- respiratoire MONITORING	<i>CI relative</i> : syndrome extra-pyramidal, hypotension orthostatique, anticholinergiques
Si contre-indication aux antipsychotiques : benzodiazépines à courte durée d'action			
Lorazépam	1 à 2 mg <i>per os</i>	Pic d'action : 30 min ½ vie 10-20h	
	1 à 2 mg IM	Pic d'action : 90 min ½ vie : 12-16h	
Alprazolam	1 mg	pic d'action : 30 min ½ vie 10-20h	
Midazolam	1 à 2 mg IM	Pic d'action : 20-30 min ½ vie : 1,5 - 2,5h	
Si démence à corps de Lewy, maladie de Parkinson, syndrome parkinsonien			
Clozapine	12,5 à 25 mg <i>per os</i>	pic d'action : 2-4h ½ vie 8-24h	

CI : contre-indication. IM :intra-musculaire.

Concernant la gestion de la douleur, il faut éviter les prescriptions «systématiques» et les «si nécessaire» (peu utiles quand le patient ne sait pas exprimer spontanément une douleur), évaluer très régulièrement la douleur et notifier son évolution dans le dossier informatisé, ne pas laisser la douleur s'installer, mais prescrire une antalgie précoce et individualisée au profil de tolérance du patient, en commençant par de petites doses, en conservant la plus petite dose efficace (titration) et en respectant les délais d'action de chaque molécule.

Même si une méta-analyse récente semble confirmer l'efficacité de la mélatonine afin de réduire les taux de confusion des patients âgés hospitalisés (24), il n'existe actuellement pas de recommandation consensuelle, ni concernant son usage systématique, ni concernant la posologie à considérer. Elle peut être considérée en cas de trouble du nyctémère.

Enfin, il n'existe pas davantage de recommandations concernant l'usage de la clonidine, ni concernant les antihistaminique sédatifs (hydroxyzine).

## LE SUIVI

Le suivi du patient confus dépendra des complications fonctionnelles et organiques secondaires à l'épisode aigu. Tout patient âgé ayant présenté un épisode confusionnel aigu, en l'absence de trouble neurocognitif diagnostiqué, devrait bénéficier, à distance de tout contexte aigu, d'une évaluation cognitive et fonctionnelle.

## CONCLUSION

Fréquente parmi les patients âgés hospitalisés, la confusion doit être systématiquement

recherchée en cas de changement brutal de comportement, d'humeur et/ou de fonctionnement cognitif. Sa prise en charge comprend la recherche étiologique, la correction des symptômes et la prévention des complications. Les éléments constitutifs de ces étapes dépendent du profil du patient et du contexte clinique aigu.

## BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. *DSM-5-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5<sup>ème</sup> Ed. Paris: Elsevier Masson; 2015. p1176.
- Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 24 févr 2025]. Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_819557/fr/confusion-aigue-chez-la-personne-agee-prise-en-charge-initiale-de-l-agitation](https://www.has-sante.fr/jcms/c_819557/fr/confusion-aigue-chez-la-personne-agee-prise-en-charge-initiale-de-l-agitation)
- Ospina JP, King Iv F, Madva E, Celano CM. Epidemiology, mechanisms, diagnosis, and treatment of delirium: a narrative review. *Clin Med Ther* 2018;1:3.
- Halter J, Ouslander J, Studenski S, et al. *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. 7<sup>ème</sup> édition. New-York: Mcgraw Hill; 2016. P2096.
- Garcez FB, Avelino-Silva TJ, Vieira de Castro RE, Inouye SK. Delirium in older adults. *Geriatr Gerontol Aging* 2021;15:e0210032.
- Wang Y, Dai M, Chen X, Zhang J. Delirium prevalence in emergency department patients: a systematic review and meta-analysis. *Nurs Crit Care* 2024;29:1215-23.
- Chen F, Liu L, Wang Y, et al. Delirium prevalence in geriatric emergency department patients: a systematic review and meta-analysis. *Am J Emerg Med* 2022;59:121-8.
- Igwe EO, Nealon J, O'Shaughnessy P, et al. Incidence of postoperative delirium in older adults undergoing surgical procedures: a systematic literature review and meta-analysis. *Worldviews Evid Based Nurs* 2023;20:220-37.
- Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, et al. Delirium in mechanically ventilated patients validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA* 2001;286:2703-10.
- Aikawa Y, Ogata S, Honda S, et al. Prolonged delirium during hospitalization is associated with worse long-term and short-term outcomes in patients with acute heart failure. *Int J Cardiol* 2024;399:131776.
- Haynes MS, Alder KD, Toombs C, et al. predictors and sequelae of postoperative delirium in a geriatric patient population with hip fracture. *JAAOS Glob Res Rev* 2021;5:e20.00221.
- Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD, et al. Does delirium contribute to poor hospital outcomes? *J Gen Intern Med* 1998;13:234-42.
- Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990;113:941-8.
- Motyl CM, Ngo L, Zhou W, et al. Comparative accuracy and efficiency of four delirium screening protocols. *J Am Geriatr Soc* 2020;68:2572-8.
- Ultra-Brief Confusion Assessment Method (UB-CAM) [Internet]. NIDUS. [cité 14 févr 2025]. Disponible sur: <https://deliriumnetwork.org/measurement/ub-cam/>
- Overview | Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2010 [cité 28 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
- Annexe\_6\_Fiche\_RUSHGQ\_Delirium\_FINAL\_22juil2021.pdf [Internet]. [cité 28 févr 2025]. Disponible sur: [https://rushgq.org/wp-content/uploads/2021/07/Annexe\\_6\\_Fiche\\_RUSHGQ\\_Delirium\\_FINAL\\_22juil2021.pdf](https://rushgq.org/wp-content/uploads/2021/07/Annexe_6_Fiche_RUSHGQ_Delirium_FINAL_22juil2021.pdf)
- Grover S, Avasthi A. clinical practice guidelines for management of delirium in elderly. *Indian J Psychiatry* 2018;60(Suppl 3):S329.
- Martins S, Fernandes L. Delirium in elderly people: a review. *Front Neurol* 2012;3:101.
- Inwin SA, Pirrello RD, Hirst JM, et al. Clarifying delirium management: practical, evidenced-based, expert recommendations for clinical practice. *J Palliat Med* 2013;16:423-35.
- Inouye SK, Bogardus ST, Baker DI, et al. The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:1697-706.
- Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) [Internet]. 2024 [cité 21 févr 2025]. Nouvelles recommandations pour la prise en charge des Symptômes Psychologiques et Comportementaux (SPC) dans les maladies neurocognitives – SFGG. Disponible sur: <https://sfgg.org/espace-presse/communiqués-de-presse/nouvelles-recommandations-pour-la-prise-en-charge-des-symptômes-psychologiques-et-comportementaux-spc-dans-les-maladies-neurocognitives/>
- Lauretani F, Bellelli G, Pelà G, et al. treatment of delirium in older persons: what we should not do! *Int J Mol Sci* 2020;21:2397.
- You W, Fan XY, Lei C, et al. Melatonin intervention to prevent delirium in hospitalized patients: a meta-analysis. *World J Clin Cases* 2022;10:3773-86.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr Gillain S, Service de Gériatrie, CHU Liège, Belgique.  
Email : [sgillain@chuliege.be](mailto:sgillain@chuliege.be)