

Prise en charge de l'agitation aux urgences

Bartolomeo Razzano
CCA en gériatrie
4 décembre 2025

Quelques chiffres

- ▶ Confusion: jusqu'à 25% des patients âgés qui passent aux urg
- ▶ 75% des patients avec TNC manifestent SPC

Petit cas clinique

- ▶ Monsieur D., 84 ans, vivant en EHPAD, est admis pour agitation aiguë et propos incohérents apparus depuis 24 heures. Il présente une inversion du cycle veille-sommeil, refuse les soins et tente à plusieurs reprises de se lever malgré un risque de chute. Ses antécédents incluent maladie d'Alzheimer modérée, hypertension et insuffisance cardiaque stabilisée. Pas de fièvre rapportée, mais une diminution de l'appétit et une odeur forte de l'urine notée par le personnel. À l'examen : TA 135/80 mmHg, FC 96/min, T° 37,3 °C, pas de syndrome méningé, abdomen souple.
- ▶ Quelle prise en charge vous proposez?

Plan

- ▶ Diagnostic
- ▶ Facteurs prédisposants
- ▶ Facteurs précipitants
- ▶ Confusion ou TNC?
- ▶ Prise en charge
- ▶ Algorithme médicamenteux
- ▶ Situations particulières
- ▶ Conclusion

Diagnostic (1)

- ▶ Purement clinique: pas d'examens complémentaires !
- ▶ Signes cardinaux
 - Troubles de l'attention (difficulté à focaliser, maintenir ou changer son attention)
 - Signes associés à la présence d'autre altération cognitive
 - Pas expliqués par un TNC présent avant
 - Apparition brutale et fluctuante

Diagnostic (1)

- ▶ Mécanisme physiopathologique:
 - Dysfonction de réseaux neuronaux liée à des perturbations du métabolisme énergétique cérébral
 - Mécanisme inflammatoire et vasculaires
 - Perturbation de la neurotransmission

Diagnostic (2) :formes

- ▶ Formes hyperactives
 - Agitation
 - Délire onirique
- ▶ Formes hypoactives
 - Somnolence
 - Ralentissement moteur
- ▶ Formes mixtes

Diagnostic (3): outils diagnostiques

Simplified diagnostic criteria: Confusion Assessment Method (CAM)

Criteria	Present?
1. Acute onset and fluctuating course (Is there an acute change in mental state? Did this fluctuate during the past day?)	Y / N
2. Inattention (Is the patient easily distracted or does he have difficulty keeping track of what is being said?) Inattention can also be detected by asking for the days of the week to be recited backwards	Y / N
3. Disorganized thinking (Is the patient's speech disorganized, incoherent, rambling, irrelevant, unclear/illogical or unpredictable switching between subjects?)	Y / N
4. Altered level of consciousness (Is the patient vigilant (hyper-alert) or lethargic/drowsy?)	Y / N

1 + 2 + either 3 or 4 must be present to diagnose delirium.

- ▶ Cam: confusion assessment méthod
- Evaluation diagnostique rigoureuse, difficile aux urg

Diagnostic (3): outils diagnostiques

- ▶ Single Question in Delirium (SQiD) (à poser à l'entourage)

Avez-vous l'impression que (nom du patient) est plus confus ces derniers temps?

- ▶ Sensibilité de 80%
- ▶ Spécificité de 71%

Diagnostic (3): outils diagnostiques

- ▶ UB-CAM
 - Pouvez-vous me donner les jours de la semaine?
 - Pouvez-vous me donner les jours du mois à l'envers?
- ▶ Approche de repérage plus systématique en rapport au SQiD

Diagnostic (3): outils diagnostiques

[1] ÉTAT DE CONSCIENCE

Cela inclut les patients qui peuvent être nettement somnolents (par exemple, difficiles à réveiller et/ou visiblement endormi lors de l'évaluation) ou agités/hyperactifs. Observer le patient. S'il est endormi, essayez de le réveiller en lui parlant ou en touchant doucement son épaule. Demandez au patient de dire son nom et son adresse pour aider l'évaluation.

ENCERCLER

Normal (alerte, mais pas agité, tout au long de l'évaluation)	0
Somnolence légère <10 secondes après le réveil, puis normal	0
Clairement abnormal	4

► 4 AT

[2] AMT4

Âge, date de naissance, endroit (nom de l'hôpital ou du bâtiment), année courante.

Aucune erreur	0
1 erreur	1
2 erreurs ou plus/ne peut être testé	2

[3] ATTENTION

Demandez au patient : « Pouvez-vous me dire les mois de l'année dans l'ordre inverse, en commençant par décembre. » Pour aider à la compréhension, il est permis de dire une seule fois : « quel est le mois avant décembre ? »

Mois de l'année à l'envers	Réussit à nommer 7 mois ou plus	0
	Commence, mais réussit <7 mois ou refuse de commencer	1
	Ne peut être testé (ne peut pas commencer, car ne se sent pas bien, somnolent ou inattentif)	2

[4] CHANGEMENT AIGUË OU ÉVOLUTION FLUCTUANTE

Preuve de changements significatifs ou de fluctuation de : état de conscience, cognition, autre fonction mentale (ex. paranoïa, hallucinations) apparus au cours des 2 dernières semaines et encore apparents dans les dernières 24 heures.

Non	0
Oui	4

4 ou plus : délirium possible +/- troubles cognitifs

1-3 : troubles cognitifs possibles

0 : délirium ou troubles cognitifs sévères peu probable (mais délirium encore possible si information incomplète à [4])

SCORE DU 4AT

Diagnostic (3): outils diagnostiques

- ▶ A ne pas oublier: syndrome catatonique
 - Présent entre 30 et 50% des confusions

- Stupeur (absence d'activité)
- Maintien de position
- Flexibilité cireuse
- Négativisme
- Stéréotypies
- Agitation

Facteurs prédisposants: signes à rechercher (1)

- ▶ Déclin cognitif préexistant? A voir avec l'entourage
- ▶ TNC: facteur de vulnérabilité cérébrale
- Amnésie des faits?
- Difficultés d'orientation?
- Difficultés d'organisation et de planification?
- Attention à la maladie à corps de Lewy (hallucinations visuelles, cauchemars, troubles du comportement en sommeil paradoxal, syndrome parkinsonien)

Facteurs prédisposants: signes à rechercher (2)

- ▶ Age avancé
- ▶ Déficits sensoriels
- ▶ Comorbidités cardiovasculaires et neurologiques
- ▶ Syndrome anxio-dépressif

Facteurs précipitants (1)

- ▶ Quelles explorations réaliser:
 - ✓ Bilan biologique systématique
 - ✓ Autres explorations à selon du cadre clinique
- Si signes infectieux: prélèvements
- Si signes neurologique ou notion de TC (aussi sans AC) : TDM crâne
- Mouvements anormaux: EEG
- Si confusion fébrile avec signes meningoïdes: PL

Facteurs précipitants (2)

- ▶ Cause iatrogène
 - Introduction de traitement récente?
 - Modification de posologie?
 - Introduction de traitement à pouvoir anticholinergique? (psychotropes sédatifs, antalgiques)
 - Introduction de traitements pourvoyeurs d'hyponatrémie? (antiHTA, ISRS)
 - Sevrage rapide en psychotropes ou en benzodiazepines?

Confusion ou TNC? (1)

- ▶ Confusion → déficit cognitif aigu

- ▶ TNC → déficit cognitif chronique

- ▶ Selon les critères du DSM:

Les symptômes de la confusion << ne doivent pas être expliquées par un trouble neurocognitif préexistant >>

	Syndrome confusionnel aigu	Trouble neurocognitif
Début brutal	+	-
Caractère chronique	-	+
Troubles de l'attention	+	±
Troubles de la vigilance	+	±
Fluctuations	+	±
Autres perturbations cognitives ^a	+	+
Facteur précipitant	+	-

TNC d'évolution rapide

- ▶ Perte de > 3 points à le MMSE en six mois
- ▶ Apparition d'une perte d'autonomie en moins d'1 an depuis le début de symptomes
- ▶ Décès peut être rapide : en moyenne en 4 ans après le début des symptomes
- ▶ Causes: VITAMINS

Étiologies de TNC rapidement progressifs classées par étiologie à l'aide du moyen mnémotechnique VITAMINS [47].

Vasculaire	Infarctus cérébral Hématome intracérébral ou sous-dural Thrombose veineuse cérébrale Vascularite du système nerveux central (primitive ou systémique) Angiopathie amyloïde cérébrale (forme inflammatoire ou non inflammatoire) Syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (PRES) Syndrome MELAS (<i>Mitochondrial encephalomyopathy, lactic acidosis, and stroke-like episodes</i>) Syndrome de Susac Maladies des petits vaisseaux génétiques (par exemple, CADASIL : <i>Cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy</i> ; COL4A1/A2...)
Infection	Méningite ou encéphalite (virale/bactérienne/fungique) Panencéphalite sclérosante subaiguë Troubles cognitifs associés au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
Toxique/métabolique	Troubles électrolytiques Encéphalopathie hépatique Insuffisance rénale Dysfonction thyroidienne/parathyroïdienne Déficits vitaminiques (B1, B3, B9, B12) Héréditaire (Wilson, porphyrie) Environnemental (intoxication métaux lourds) Encéphalites auto-immunes (par exemple anti-NMDAR, anti-LGI1, anti-CASPR2...) Sclérose en plaques
Auto-immune/inflammatoire	Syndrome du spectre des anticorps anti-MOG Encéphalomyélite aiguë disséminée (ADEM) Atteinte centrale d'une maladie systémique (par exemple, lupus, Sjögren, Behcet...) Granulomatose systémique (par exemple, sarcoidose) Angiopathie amyloïde cérébrale de forme inflammatoire
Méタstase/néoplasique	Méタstase du système nerveux central (notamment primitif poumon, sein, rein, thyroïde, mélanome) Tumeur primitive du système nerveux central Lymphome (primitif, intravasculaire...) Carcinomatose ou lymphomatose leptoméningée
Iatrogénie	Encéphalite paranéoplasique Surdosage et polymédication Médicaments anticholinergiques, psychotropes Traitements anticancéreux Effets indirects (activation immune par inhibiteur du checkpoint, immunosuppression induite...) Syndrome de neurotoxicité associé au traitement par cellules CAR-T (ICANS) Syndrome de relargage cytokinique Myélinolyse extrapontine Leucoencéphalopathie post-radique Abus de substances
Neurodégénérative	Maladies à prions Maladie d'Alzheimer Maladie à corps de Lewy Dégénérescences lobaires fronto-temporales Maladie de Huntington
Systémique/Seizure/Structural	État de mal épileptique non convulsif Hypoxémie, hypercapnie Hydrocéphalie

TNC avec SPC (symptômes psycho-comportementales)

- ▶ Symptômes psychotiques (délires, hallucinations)
- ▶ Agitation, agressivité
- ▶ Désinhibition
- ▶ Symptômes affectifs (anxiété, dépression)
- ▶ Troubles de l'alimentation ou du sommeil
- ▶ Comportements moteurs aberrantes
- ▶ Apathie

- ▶ Confusion peut s'ajouter au SPC (rechercher toujours facteur aggravant)

Confusion ou TNC? (2)

- ▶ Prise en charge confusion ≠ SPC
- ▶ Exemple: On peut utiliser le Risperdal comme traitement à court terme pour l'agressivité dans la MA mais pas autorisé pour les SPC

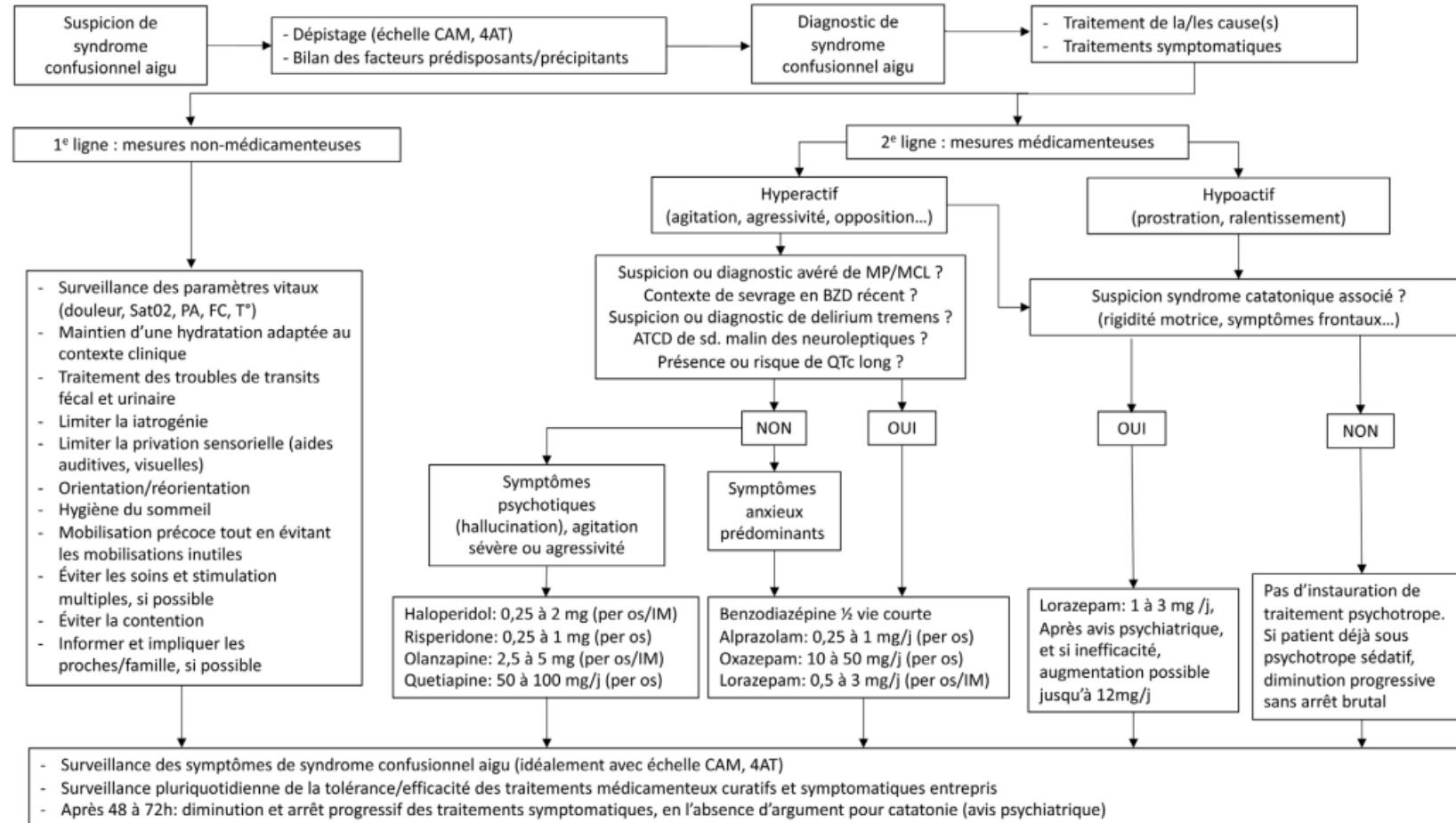
Prise en charge de la confusion

- ▶ Exclure la iatrogénie
- ▶ Lutter contre l'immobilisation, les privations sensorielles et la déshydratation
- ▶ Pas de contentions (SVP +++) :
 - Risque accru de chutes
 - Risque d'infections nosocomiales
 - Risque de complications de décubitus
 - Augmentation de la mortalité
- ▶ Impliquer la famille et les proches dans la prise en charge
- ▶ Favoriser ambiance tranquille (box seul avec lumière baisse, limiter les stimulations multiples)

Prise en charge (SPC en lien avec TNC)

- ▶ Appel gériatre traitant
- ▶ Impliquer la famille et les proches dans la prise en charge (expliquer que les urgences n'est pas le lieu adapté pour la prise en charge)
- ▶ Prévoir mesures de stimulation (orthophonie, accueil de jour)
- ▶ Possibilité d'introduire ISRS (Sertraline 25 mg pendant 10 jours, à augmenter à 50 mg en 10 jours)

Algorithme thérapeutique



Petites propositions thérapeutiques en première intention

- ▶ Pour les antipsychotiques
 - Risperdal 0,5 mg en 1 prise par voie orale
 - Halopéridol 0,25 à 0,5 mg en prise orale ou par IM

- ▶ Pour les benzodiazepines
 - Oxazepam 10 mg en 1 prise par voie orale (effet après 2 heures)

 - Temesta 1 mg par voie IM (effet après 40 minutes)

Situations particulières

- ▶ Loxapac souvent utilisé mais pas d'études dans le syndrome confusionnel aigu
- ▶ Dans la maladie à corps de Lewy, pas d'antipsychotiques (risque accru de décompensation et de mortalité) : en ce cas Temesta 1 mg si agitation
- ▶ Pas d'indication à utiliser le Midazolam dans le syndrome confusionnel

Conclusion: points à retenir

- ▶ Très important dépister et prendre en charge la confusion aux urgences: signe de gravité dans la personne âgée.
- ▶ TNC et confusion sont différentes, la prise en charge et les médicaments ne sont pas à confondre.
- ▶ Favoriser les mesures non médicamenteuses et discuter avec l'entourage.
- ▶ Traitements à mettre en place que si agitation majeure ou agressivité.
- ▶ N'hésitez pas à appeler le gériatre si besoin!

Merci beaucoup pour l'attention!!

