

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : Dépistage de la confusion aiguë
chez le patient gériatrique au sein des urgences du CHU de Liège : formation du
personnel infirmier et utilisation de l'échelle CAM**

Auteur : CREMER, Florence

Promoteur(s) : Erpicum, Marie; Gillain, Sophie

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

Année académique : 2018-2019

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/7318>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**Dépistage de la confusion aigue chez le patient
âgé de 75 ans et plus au sein des urgences du CHU de
Liège : formation du personnel infirmier et utilisation
de l'échelle « CAM »**

Mémoire présenté par **Florence CREMER**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé Publique

Finalité Gestion des Institutions de Soins

Année académique 2018 – 2019

**Dépistage de la confusion aigue chez le patient
âgé de 75 ans et plus au sein des urgences du CHU de
Liège : formation du personnel infirmier et utilisation
de l'échelle « CAM »**

Mémoire présenté par **Florence CREMER**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé Publique

Finalité Gestion des Institutions de Soins

Année académique 2018 – 2019

Promotrice : Docteur Marie ERPICUM

Co-Promotrice : Docteur Sophie GILLAIN

Remerciements

Je ne saurais vous présenter ce travail sans commencer par remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à son élaboration.

Je commencerai par remercier ma promotrice, le Docteur Erpicum et ma co-promotrice, le Docteur Gillain d'avoir accepté de me suivre et de me superviser tout au long de ce travail. Je les remercie pour leur disponibilité, leurs multiples conseils et corrections ainsi que leur patience tout au long de ce travail.

L'ensemble des professeurs et intervenants du Master en Sciences de la Santé Publique méritent également d'être remerciés pour la qualité de l'enseignement reçu. Je remercie Madame Dardenne pour son aide pour les analyses statistiques.

Je remercie également le Professeur D'Orio, médecin chef de service des urgences, Mme Bay, infirmière chef de service des urgences, Mesdames Leclercq et Pol, infirmières chefs des urgences ainsi que toute l'équipe infirmière des urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Liège du Sart Tilman qui m'ont permis de réaliser mon mémoire au sein de leur service ainsi que pour leur accueil et leur participation active à ce travail.

Je tiens également à remercier Mme Gangolf du service des Informations Médico-Economiques – Secteur Exploitation des données pour son investissement dans les différentes extractions de données réalisées.

Enfin, j'adresse toute ma reconnaissance à ma famille, mes amis et mes collègues qui m'ont toujours soutenue et encouragée durant toute la réalisation de ce travail et ce, malgré les obstacles rencontrés.

Table des matières

1. Préambule	1
2. Pôle théorique	3
2.1. Le patient gériatrique	3
2.2. La confusion aigue chez la personne âgée	3
2.2.1. Définition	3
2.2.2. Etiologie	3
2.2.3. Symptomatologie	4
2.2.4. Facteurs prédisposants et précipitants	4
2.2.5. Complications	5
2.2.6. Diagnostic et prise en charge	5
2.3. L'échelle Confusion Assessment Method	6
2.4. La confusion aigue chez les patients âgés aux urgences	6
2.5. L'Echelle Liégeoise de l'Indice de Sévérité à l'Admission	7
2.6. Le programme de soins pour le patient gériatrique	7
2.7. Composition de la structure du service des urgences	8
2.8. Objectifs de la recherche	9
2.9. Hypothèses de la recherche	9
3. Matériel et méthodes	10
3.1. Question de recherche	10
3.2. Traitement et méthodes d'analyses	10
3.3. Partie rétrospective	10
3.3.1. Design de l'étude	10
3.3.2. Population étudiée	11
3.3.3. Méthode d'échantillonnage et échantillon	11
3.3.4. Paramètres étudiés et outil de collecte des données	11
3.3.5. Organisation et planification de la collecte des données	12
3.4. Partie prospective	12
3.4.1. Design de l'étude	12
3.4.2. Population étudiée	13
3.4.3. Méthode d'échantillonnage et échantillon	13
3.4.4. Paramètres étudiés et outil de collecte des données	13
3.4.5. Organisation et planification de la collecte des données	14
3.5. Aspects réglementaires	14
4. Résultats	15

4.1. Partie rétrospective	15
4.1.1. Analyse statistique descriptive	15
4.1.2. Comparaison entre notifications de confusion correctes et incorrectes	16
4.2. Partie prospective	17
4.2.1. Analyse statistique descriptive des deux groupes	17
4.2.2. Comparaison de la variable CAM positive entre les deux groupes	19
4.2.3. Sensibilité et spécificité du dépistage infirmier dans l'anamnèse	20
4.2.4. Comparaison des patients selon leur motif d'admission et les autres variables	21
5. Discussion	24
5.1. Biais et limites de l'étude	28
5.2. Forces de l'étude	29
6. Perspectives	31
7. Conclusion	33
8. Conflit d'intérêt	34
9. Bibliographie	35
10. Annexes	39
Annexe 1 : Echelle Confusion Assessment Method	39
Annexe 2: Fiche AD4 de l'échelle de tri ELISA pour les urgences du site Sart Tilman	40
Annexe 3 : Code_book de l'étude rétrospective	41
Annexe 4 : Power Point ayant servi de support aux séances d'information	43
Annexe 5 : Echelle de Katz	47
Annexe 6 : Code_book de la partie prospective	48
Annexe 7 : Accords du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire	50
Annexe 7.1 : Accord du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire 2016/324	50
Annexe 7.2 : Accord du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire 2018/224	54
Annexe 8 : Formulaires d'information et consentement	60
Annexe 8.1 : Formulaire d'information et consentement éclairé	60
Annexe 8.2 : Formulaire d'information et consentement éclairé avec représentant légal	65
Annexe 8.3 : Consentement relatif aux traitements de données à caractère personnel	71
Annexe 9 : Statistique descriptive de l'échantillon rétrospectif	74
Annexe 10 : Comparaison entre les notifications de confusion correctes et incorrectes	76
Annexe 11 : Comparaison de la variable CAM positive entre les deux groupes	78
Annexe 12: Grille ISAR adaptée pour s'intégrer dans le dossier patient informatisé	80

Résumé

Introduction : La confusion aigue est un des deux syndromes les plus fréquents présentés par les patients âgés de 75 ans et plus. Ce syndrome est sous-diagnostiqué à l'admission dans les services d'urgences. Or, sans prise en charge précoce adéquate, il est à même d'entraîner de lourdes complications.

Objectif de l'étude : Favoriser le dépistage précoce de la confusion aigue chez les patients âgés de 75 ans et plus admis aux urgences.

Matériel et méthodes : Une première partie rétrospective quantifie les admissions pour confusion, la présence d'une confusion et la notification adéquate de celle-ci dans le dossier patient, chez les patients de 75 ans et plus, qui se sont rendus aux urgences durant l'année 2017. Une deuxième partie prospective évalue la sensibilité et la spécificité du dépistage de la confusion réalisé par les infirmiers via l'échelle CAM (Confusion Assessment Method) chez les patients âgés de 75 ans et plus se présentant aux urgences, avant et après une séance d'information sur la confusion aigue et l'échelle CAM à destination des infirmiers des urgences.

Résultats : Les patients âgés de 75 ans et plus représentent 11% des admissions aux urgences en 2017 ; 8% ont été admis pour confusion et/ou ont présenté une confusion aux urgences. Trois pourcents des confusions sont notifiés dans l'anamnèse infirmière et 31% dans le plan de soins infirmiers. La sensibilité du dépistage de la confusion par les infirmiers passe de 21% à 41% après les séances d'information et la spécificité passe de 99% à 100%. Notons que les différences obtenues ne sont pas statistiquement significatives (p-valeurs : 0,18 et 0,45). Nonante pourcents des patients admis pour confusion ont une CAM positive, ce qui est hautement significatif (p-valeur : <0,0001).

Conclusion : L'impact des séances d'information données au personnel infirmier des urgences sur le dépistage de la confusion réalisé par celui-ci n'a pu être significativement mis en évidence. Toutefois, elles ont permis d'améliorer la sensibilité du dépistage de 20% et la spécificité d'1% (pour atteindre 100%). Ce syndrome reste malgré tout sous-diagnostiqué et d'autres pistes d'amélioration sont à envisager.

Mots-clés : Confusion – delirium – dépistage – urgences – formation

Summary

Introduction: Acute confusional state, also known as delirium, is one of the most frequent syndromes in patients aged 75 and over. This syndrome tends to be under-diagnosed in emergency departments admissions. However, if not taken care of adequately, it may lead to serious complications.

Goal of the study: Favour early screening of delirium in patients aged 75 and over when admitted to emergency departments.

Tools and methods: A first retrospective part quantifies admissions for delirium, the existence of delirium and the adequate notification of this one in the patient's record in subjects aged 75 and more that presented themselves to emergency departments in 2017. A second prospective part assesses the sensitivity and specificity of the confusional state screening performed by nurses using CAM (Confusion Assessment Method) in patients aged 75 and more presenting to emergency services, both before and after an information session on delirium and CAM given to emergency nurses.

Results: Patients aged 75 and over represent 11% of admissions to emergency departments in 2017; 8% of those patients were admitted for confusion and/or experienced confusion when received in an emergency department. Three percent of the confusional states are notified in the nurse anamnesis and 31% in the nursing plan. The sensitivity of the delirium screening by nurses increases from 21% to 41% after the introduction of informative sessions and the specificity goes from 99% to 100%. It is important to highlight that no statistically significant differences were obtained (p-values: 0,18 and 0,45). Ninety percent of patients admitted for confusion display a positive CAM, which is highly significant (p-value: <0,0001).

Conclusion: The impact of informative sessions given to emergency departments nursing staff could not be significantly brought to light. However, the sessions allowed to enhance the sensitivity of screening from 20% and the specificity from 1% (to reach 100%). This syndrome remains nonetheless under-diagnosed and new measures for improvement would have to be considered.

Keywords: Confusional state – delirium – screening – emergency department – training

Liste des abréviations

BMI	Body Mass Index
CAM	Confusion Assessment Method
CE	Comité d’Ethique
CHULg	Centre Hospitalier Universitaire de Liège
DII	Dossier Infirmier Informatisé
DMI	Dossier Médical Informatisé
DSM	Manuel Diagnostique et Statistique
EC	Etat Confusionnel
ELISA	Echelle Liégeoise de l’Indice de Sévérité à l’Admission
HP	Hospitalisation Provisoire
ISAR	Identification of Senior At Risk
MR	Maison de Repos
MRS	Maison de Repos et de Soins
NDB	Notre Dame des Bruyères
PSI	Plan de Soins Infirmiers
RS	Résidence Services
SIME	Service des Informations Médico-Economiques
SNC	Système Nerveux Central
ST	Sart Tilman
U1	Urgences 1
U2	Urgences 2
U3	Urgences 3
U4	Urgences 4
U5	Urgences 5

1. Préambule

Travaillant comme infirmière spécialisée en psychogériatrie depuis cinq ans dans le service de gériatrie et dans l'équipe de liaison gériatrique du Centre Hospitalier Universitaire de Liège (CHULg), je suis sensibilisée à la problématique de la confusion aiguë chez les personnes âgées.

L'évolution démographique des populations prévoit qu'entre 2015 et 2050, la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus va presque doubler, passant de 12 à 22% (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). En Belgique, la proportion de personnes âgées de 67 ans et plus serait de 23% en 2070 (Bureau Fédéral du Plan, 2019).

La population âgée présente des problèmes médicaux et psychosociaux complexes et généralement atypiques (Deschodt *et al.*, 2015 ; Salvi *et al.*, 2007).

La confusion aiguë, également appelée « delirium » ou « syndrome confusionnel » est une altération globale de l'activité psychique secondaire à une étiologie. Elle est un des deux syndromes les plus fréquemment présentés par les patients gériatriques admis aux urgences hospitalières. Cependant, elle est sous diagnostiquée aux urgences. Seulement 9 à 35% des patients présentant une confusion sont diagnostiqués (Grossmann *et al.*, 2014 ; Hare *et al.*, 2014 ; LaMantia *et al.*, 2014 ; Press *et al.*, 2009 ; Schnitker *et al.*, 2015), ce qui donne lieu à de multiples complications telles qu'une altération de la qualité de vie, un déclin fonctionnel, des troubles de la vigilance, des perturbations cognitives persistantes voire une exacerbation des problèmes chroniques existants. Ces complications entraînent une augmentation de la morbidité et de la mortalité de 15 à 30% (Press *et al.*, 2009 ; Voyer, 2013), une prolongation des durées de séjour et un risque accru d'institutionnalisation ou de réadmission et dès lors, de coût pour le système de soins de santé (Ebbing *et al.*, 2008).

Le sous-diagnostic de ce syndrome trouve ses origines dans une sous-estimation de l'importance d'un examen de l'état cognitif, un manque de connaissance et de formation dans ce domaine chez les professionnels de première prise en charge, un faible nombre d'outils de dépistage validés et adaptés aux urgences ainsi qu'une difficulté pour les infirmiers à obtenir des connaissances approfondies et personnelles sur les patients ce qui limite leur prise en charge personnalisée (Mailhot *et al.*, 2014 ; Press *et al.*, 2009 ; Schoevaerds *et al.*, 2010 ; Singler *et al.*, 2014). Une étude réalisée au Royaume-Uni montre également que les personnes

âgées ayant des problèmes de santé mentale génèrent un malaise dans les services hospitaliers et que le personnel soignant peut se sentir « mal-équipé » pour gérer ce type de patients. Le flux important de patients dans un service d'urgences doit également être pris en compte (Harwood *et al.*, 2011).

La détection de la confusion aigue nécessite une bonne connaissance de ses caractéristiques (Voyer, 2013). En effet, les signes et symptômes de la confusion étant sensibles mais aspécifiques, un diagnostic différentiel est nécessaire. La formation du personnel soignant est extrêmement importante car une mauvaise connaissance de ce syndrome constitue un frein important à l'amélioration de sa détection et de sa gestion (Morandi *et al.*, 2015). L'outil diagnostique le plus fréquemment utilisé est la Confusion Assessment Method (CAM).

Une fois dépistée, la prise en charge de la confusion consiste à traiter les causes et les manifestations cliniques liées à celle-ci. Une évaluation à distance dans le cadre d'un bilan gériatrique permet de dépister les complications et d'encadrer une éventuelle dépendance fonctionnelle. Une approche holistique et multidisciplinaire est recommandée (Deschodt *et al.*, 2015 ; Schoevaerds *et al.*, 2010).

Aucun outil de dépistage spécifique de ces états cliniques n'étant utilisé aux urgences, leur détection est laissée au jugement de l'infirmier, générant un risque de faux négatifs et donc de sous-diagnostic (ou de faux positifs pouvant induire une surcharge inutile de travail pour les équipes d'aval). L'équipe de liaison gériatrique, qui effectue quotidiennement un tour de salle à l'hospitalisation provisoire (HP), repère régulièrement des patients venus pour confusion aux urgences et qui n'ont pas bénéficié d'une intervention de la liaison gériatrique. Les patients hospitalisés en dehors de l'HP ou de la gériatrie échappent par contre à ces rattrapages diagnostics. Rappelons par ailleurs que l'intérêt d'une prise en charge gériatrique précoce repose sur la prévention des complications liées à l'état confusionnel.

En Belgique, le programme de soins pour le patient gériatrique vise à structurer les prises en charge des patients de plus de 75 ans. Il précise la nécessité de dépister les signes de vulnérabilité, l'importance du processus thérapeutique ainsi que la réadaptation fonctionnelle et le suivi du patient gériatrique.

Ce travail vise à améliorer le dépistage de la confusion aigue chez les patients âgés afin d'en améliorer la prise en charge précoce et d'éviter ses multiples complications.

2. Pôle théorique

2.1. Le patient gériatrique

Le patient gériatrique est un patient « ayant une moyenne d'âge de plus de 75 ans et qui requiert une approche spécifique pour plusieurs des raisons suivantes : fragilité et homéostasie réduite ; polypathologie active, tableau clinique atypique ; pharmacocinétique perturbée ; risque de déclin fonctionnel ; risque de malnutrition ; tendance à être inactif et à rester alité, avec un risque accru d'institutionnalisation et de dépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ; problèmes psychosociaux » (Arrêté royal du 29 janvier 2007).

2.2. La confusion aigue chez la personne âgée

2.2.1. Définition

« L'état confusionnel (EC) est une pathologie psychiatrique aiguë transitoire qui touche fréquemment la population âgée. Liée à un dysfonctionnement global et non spécifique du système nerveux central (SNC), elle est bien codifiée dans les classifications internationales comme le DSM-IV » (Ebbing *et al.*, 2008). Les critères diagnostiques du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux III et IV (DSM) sont repris dans le point « 2.2.3. Symptomatologie ».

2.2.2. Etiologie

En vieillissant, le cerveau subit diverses modifications physiologiques complexes rendant celui-ci vulnérable à la confusion aigue. Ces modifications physiologiques peuvent notamment être déclenchées par un déséquilibre des neurotransmetteurs et en particulier de l'acétylcholine. Les démences constituent les principaux facteurs de ce syndrome (Morandi *et al.*, 2015 ; Voyer, 2013).

Les causes aiguës sont souvent : une affection médicale aiguë (maladies cardiaques et respiratoires, fractures de hanche) ; des médicaments, un sevrage médicamenteux ; des troubles métaboliques ; des syndromes douloureux ou inconfortables (rétention, fécalome) (Schoevaerds *et al.*, 2010 ; Voyer, 2013).

En général, la confusion aigue a une origine variée et multifactorielle et il est nécessaire de faire une enquête étiologique afin d'exclure des signes de démence chronique.

2.2.3. Symptomatologie

Selon les critères diagnostiques du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux III et IV (DSM), la confusion aiguë se caractérise par un « début aigu, une évolution fluctuante, des troubles de l'attention, un niveau de conscience altéré, une désorganisation de la pensée et au moins deux des signes suivants : altération de la vigilance ; troubles de la perception ; perturbation du cycle veille-sommeil ; activité psychomotrice augmentée ou diminuée ; désorientation spatio-temporelle, troubles de la mémoire » (Schoevaerdt *et al.*, 2010).

Il existe différentes formes de confusion aiguë. Il y a l'état hyperactif qui se manifeste par de l'agitation psychomotrice avec de la combativité, de l'irritabilité, une hypervigilance et des hallucinations. L'état hypoactif qui se traduit par un ralentissement psychomoteur avec un déficit attentionnel et des troubles de la vigilance (sommolence, apathie). L'état mixte est une alternance des états hyperactifs et hypoactifs. Le type hypoactif qui est de moins bon pronostic, est le plus fréquent chez les personnes âgées (Schoevaerdt *et al.*, 2010 ; Voyer, 2013 ; Zarate-Lagunes *et al.*, 2008).

2.2.4. Facteurs prédisposants et précipitants

Les facteurs prédisposants comprennent l'âge supérieur à 80 ans, le sexe masculin, la prise de plus de trois médicaments, les antécédents d'épisode confusionnel, un déficit cognitif connu, la démence, la dépression, les déficits sensoriels, un déclin fonctionnel, les troubles du sommeil, les comorbidités, la douleur chronique, la malnutrition et l'isolement social.

Sont compris dans les facteurs précipitants certaines affections médicales aiguës (fracture du col fémoral, accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, arythmie), les troubles métaboliques, la déshydratation, les troubles endocriniens, l'anémie, les infections et la fièvre, l'hypoxie, l'hypercapnie, l'insuffisance hépatique ou rénale, la rétention urinaire, l'usage d'une sonde vésicale, le fécalome, les modifications thérapeutiques, les contentions, les toxiques (alcool, tabac), un déficit en vitamines B12 et folates, le syndrome d'immobilisation, la chirurgie surtout orthopédique, un stress psychosocial, des changements dans la routine de soins, l'hospitalisation, le changement de milieu de vie, le deuil, les environnements trop stimulants et la sous-stimulation sont des facteurs qui influencent la prévalence de la confusion aiguë (Schoevaerdt *et al.*, 2010 ; Singler *et al.*, 2014 ; Voyer, 2013).

Il est important de reconnaître ces facteurs favorisants et précipitants afin de pouvoir les prévenir et de mettre en place des interventions adaptées.

2.2.5. Complications

Sans une prise en charge rigoureuse, l'ainé risque de présenter une altération de sa qualité de vie, ce qui peut avoir des répercussions sur ses proches. Il existe également un risque important de déclin fonctionnel, une réduction de l'autonomie fonctionnelle et des pathologies liées à l'immobilisation. De plus, il peut présenter des troubles de la marche ce qui peut entraîner des chutes, des fractures, une immobilisation, un syndrome de désadaptation psychomotrice et une réduction des activités. Des troubles de la vigilance avec un risque de déshydratation et dénutrition sont possibles, mais aussi des troubles de la déglutition avec un risque de broncho-inhalation et d'infection. La confusion aigue peut entraîner des perturbations cognitives persistantes avec la possibilité de développer un syndrome démentiel. Des troubles de la continence avec un risque d'incontinence, de rétention urinaire et de selles, l'usage de sonde vésicale, présence d'infection et d'escarres sont possibles. Enfin une prise en charge inadéquate de la confusion aigue amène une exacerbation des problèmes chroniques existants (Hare *et al.*, 2014 ; Press *et al.*, 2009 ; Schoevaerds *et al.*, 2010 ; Voyer, 2013).

Au niveau hospitalier, elle amène une majoration des coûts des soins de santé, une prolongation de la durée d'hospitalisation, un risque accru d'institutionnalisation, de réadmission et une augmentation de la morbidité et de la mortalité (Deschodt *et al.*, 2015 ; Singler *et al.*, 2014 ; Toye *et al.*, 2013).

2.2.6. Diagnostic et prise en charge

Il est essentiel de dépister systématiquement la confusion et d'en réaliser un diagnostic différentiel. La prise en charge consiste ensuite à traiter les causes et les manifestations cliniques. Il n'y a pas de traitement spécifique de la confusion en dehors du fait de traiter sa cause.

La confusion doit être réévaluée à distance dans le cadre d'un bilan gériatrique afin de dépister les complications et d'encadrer une éventuelle dépendance fonctionnelle. Une approche holistique et multidisciplinaire est recommandée (Deschodt *et al.*, 2015 ; Schoevaerds *et al.*, 2010).

2.3. L'échelle Confusion Assessment Method

L'échelle CAM est un instrument de mesure standardisé, validé et fiable qui permet une détection rapide de la confusion aigue et de ses symptômes. Cette échelle peut être remplie dans un délai de 5 à 10 minutes et peut être réalisée par l'ensemble du personnel médico-infirmier. Dans la littérature, on retrouve une sensibilité de l'échelle qui est de 94 à 100%, une spécificité qui est de 90 à 95% et une fidélité inter juges qui est élevée (kappa : 0,81 à 1).

La CAM repose sur l'évaluation de quatre caractéristiques : l'apparition subite des symptômes de la confusion aigue et leur fluctuation, la présence d'un trouble de l'attention, la manifestation d'une pensée désorganisée et l'altération du niveau de conscience. La présence de ce syndrome peut être confirmée lorsque les deux premiers éléments sont observés et l'un ou l'autre des deux derniers (Kharat *et al.*, 2013 ; Voyer, 2013).

L'échelle CAM se trouve en annexe 1.

2.4. La confusion aigue chez les patients âgés aux urgences

Les patients âgés de 65 ans et plus représentent 12 à 21% de la population globale qui se présente aux urgences (Devriendt *et al.*, 2017). Une étude rétrospective réalisée au CHULg montre qu'entre janvier 2009 et décembre 2014, « l'augmentation annuelle des admissions des patients de 75 ans et plus était de 3,01% tandis que celle de la population générale était de 2,19%. L'augmentation de fréquentation des patients âgés de 75 ans et plus aux urgences est donc plus importante que celle de la population générale » (Beeken *et al.*, 2017).

La confusion aigue est fréquente chez les personnes âgées qui se présentent aux urgences. Des déficits cognitifs sont présents chez 15 à 40% des patients lors de leur admission à l'hôpital dont 10 à 20% correspondent à un delirium (Deschodt *et al.*, 2015 ; Han *et al.*, 2018 ; Press *et al.*, 2009 ; Voyer, 2013).

Ce syndrome est un état d'urgence qui requiert les services d'un médecin le plus rapidement possible. La collaboration de toute l'équipe soignante est essentielle. Les soins administrés doivent être intensifiés afin d'éviter la survenue de complications potentielles et favoriser une guérison rapide (Voyer, 2013).

2.5. L'Echelle Liégeoise de l'Indice de Sévérité à l'Admission

Au sein des urgences du CHULg, il existe l'Echelle Liégeoise de l'Indice de Sévérité à l'Admission (ELISA) qui est un algorithme de tri visant à définir l'état d'urgence selon cinq niveaux. L'échelle va du niveau un (U1), ce qui correspond à une urgence absolue jusqu'au niveau cinq (U5), qui est une urgence différée. Ces niveaux sont associés à un délai de contact médical et à un trajet de soins qui réunissent des impératifs de temps et de lieu de prise en charge optimaux (Jobé *et al.*, 2012).

Dans cet algorithme, la fiche « AD4 » reprend la confusion et la désorientation dans l'item « problème gériatrique » au niveau trois (U3), voir annexe 2. L'« U3 » correspond à une urgence réelle, c'est-à-dire que la plainte exprimée est inaugurale mais ne semble pas compromettre le pronostic vital. Le patient est dirigé vers le « circuit B », qui est équipé de brancards dans des box individuels. Le délai de prise en charge prévu est de 60 minutes à partir de l'admission.

2.6. Le programme de soins pour le patient gériatrique

Le programme de soins pour le patient gériatrique repris dans l'arrêté royal du 29 janvier 2007 est un processus pluridisciplinaire diagnostique qui prévoit le dépistage des patients gériatriques, leur réadaptation fonctionnelle et leur suivi en concertation avec tous les prestataires de soins, y compris le médecin généraliste.

L'objectif principal du programme est la récupération optimale des performances fonctionnelles, une meilleure autonomie et une meilleure qualité de vie de la personne âgée.

Ce programme évoque le dépistage de tout patient de 75 ans ou plus hospitalisé ou de moins de 75 ans hospitalisé qui présente des signes de vulnérabilité afin de déterminer si ce patient doit être inclus ou non dans le programme de soins concerné.

Cet arrêté royal reprend également les missions de l'équipe pluridisciplinaire de la liaison interne gériatrique. Elle est chargée d'évaluer, de dépister les patients afin d'établir leur profil gériatrique, de réaliser des évaluations gériatriques pluridisciplinaires, de fournir des recommandations à l'équipe de soins et au médecin spécialiste traitant pendant la durée de l'hospitalisation, d'établir des recommandations au médecin généraliste et enfin, de diffuser l'approche gériatrique dans l'hôpital. (Arrêté royal du 29 janvier 2007).

2.7. Composition de la structure du service des urgences

Le service des urgences du CHULg, site ST comporte :

Un accueil administratif où les formalités administratives liées à l'inscription du patient sont réalisées.

Le local de tri où un infirmier accueille le patient admis au service des urgences afin de prendre connaissance du motif d'admission, de prendre les paramètres vitaux si nécessaire, de compléter l'anamnèse et d'en définir l'état d'urgence selon cinq niveaux (de U1 à U5) comme repris dans l'échelle ELISA afin de le diriger vers le secteur correspondant. Pour rappel, l'U1 correspond à une urgence vitale immédiate, l'U2 à une urgence rapide, l'U3 à une urgence réelle, l'U4 à une urgence relative et l'U5 en l'absence d'urgence.

Les urgences A (urgences ambulatoires) correspondent généralement aux U4 et aux U5. Selon la pathologie, des U2 et des U3 peuvent également y être dirigées. Le patient attend l'appel du médecin et/ou de l'infirmier dans une salle d'attente et est reçu dans un box de consultation. Si le patient est un U2 ou U3, il rentre immédiatement dans la partie des urgences A afin d'être vu avant les autres urgences ambulatoires.

Les urgences B correspondent généralement aux U2 et aux U3. Dans certains cas, des U4 peuvent également y être dirigées (problèmes gériatriques). Le patient est couché sur un brancard dans un local individuel d'examen et est équipé d'un monitoring pour les U2 ou si besoin. Les patients devant être couchés se trouvent également aux urgences B.

Les urgences C correspondent à des U3. Le patient est installé dans une salle cloisonnée avec divers fauteuils et est examiné dans un box de consultation.

Les urgences D correspondant à la salle de déchoquage pour la prise en charge des U1. C'est une salle où les brancards sont équipés de matériel de surveillance et de réanimation identique à celui des unités de soins intensifs.

Le service des urgences comprend également la radiologie, la salle des plâtres, la salle de suture (se trouvant dans le bloc opératoire urgences), diverses salles d'attente, le service d'hospitalisation provisoire, le cabanon, le sas de décontamination et la salle de détente du personnel. Les urgences ophtalmologiques et dentaires sont dirigées en polyclinique.

2.8. Objectifs de la recherche

L'objectif principal est de favoriser le dépistage précoce de la confusion aigue chez les patients âgés de 75 ans et plus admis aux urgences.

La recherche vise à

- Quantifier la présence d'une confusion chez les patients de 75 ans et plus qui se rendent aux urgences.
- Evaluer la sensibilité et la spécificité du dépistage de la confusion par les infirmiers.
- Améliorer ce dépistage grâce à des séances d'information à destination des infirmiers des urgences sur ce syndrome et à l'utilisation de l'échelle CAM.
- Optimiser la notification du résultat du dépistage de la confusion dans le dossier informatisé.

2.9. Hypothèses de la recherche

Les hypothèses sont les suivantes :

- Les séances d'information données au personnel infirmier permettront de le sensibiliser à l'importance du dépistage précoce de la confusion et d'en améliorer son diagnostic.
- L'utilisation de l'échelle CAM permettra un dépistage facile, rapide et systématisé de la confusion aigue lors de l'admission des patients gériatriques aux urgences. L'emploi systématique de cet outil, au sein du service des urgences, permettra d'augmenter le taux de dépistage précoce de la confusion.

3. Matériel et méthodes

3.1. Question de recherche

Quel est l'impact de la formation du personnel et de l'utilisation de l'échelle CAM sur le dépistage de la confusion aigue lors de l'admission du patient âgé de 75 ans et plus aux urgences ?

3.2. Traitement et méthodes d'analyses

L'ensemble des données récoltées ont été encodées dans un fichier Excel. Les données indisponibles dans les dossiers ont été notées « NA ». Divers contrôles de qualité sur la base de données ont été réalisés sur le logiciel Excel et de façon numérique.

La normalité des variables qualitatives a été explorée numériquement grâce à la comparaison de la moyenne et de la médiane, du test de Shapiro-Wilk et, graphiquement, à l'aide de l'histogramme et du QQ plot. Les variables qualitatives qui suivent une distribution normale sont exprimées sous forme de moyenne et d'écart type (SD). Pour celles qui ne suivent pas une distribution normale, la médiane et l'écart interquartile (P25-P75) sont utilisés. Les variables qualitatives sont résumées à l'aide de nombres et de fréquences (%). Une analyse descriptive a été faite pour chaque variable à l'aide du logiciel R.

Pour les analyses univariées, les moyennes ont été comparées à l'aide du test de T de Student pour échantillons indépendants ou à l'aide du test non-paramétrique de Mann-Whitney lorsque les conditions d'application ne sont pas respectées. Quant aux proportions, elles sont comparées à l'aide d'un test chi-carré ou de Fischer.

Les résultats ont été considérés comme étant significatifs au niveau d'incertitude de 5% (p-valeur : <0,05). Les calculs ont toujours été réalisés sur le nombre maximum d'observations disponibles.

3.3. Partie rétrospective

3.3.1. Design de l'étude

Cette partie de l'étude est rétrospective, observationnelle, quantitative et vise à réaliser une analyse descriptive des patients âgés de 75 ans et plus qui se sont présentés aux urgences du ST du CHULg du 1^e janvier 2017 au 31 décembre 2017.

3.3.2. Population étudiée

La population étudiée concerne les patients (admissions) admis aux urgences du ST du CHULg sur l'année civile 2017 pour lesquels une confusion ou un délire a été notifié dans le Dossier Infirmier Informatisé (DII) au niveau du Plan de Soins Infirmiers (PSI), de l'anamnèse et/ou au niveau du Dossier Médical Informatisé (DMI). Les admissions relatives à un patient ne parlant pas français, ont été exclues.

3.3.3. Méthode d'échantillonnage et échantillon

Un échantillonnage de commodités a été privilégié pour cette partie. En effet toutes les admissions relatives aux patients qui se trouvaient aux urgences pendant la période concernée et qui présentaient les critères d'inclusion ont été pris en compte pour cette étude.

L'échantillon a été obtenu grâce aux extractions de données réalisées par le Service des Informations Médico-Economiques (SIME) du CHULg : nombre d'admissions de patients âgés de 75 ans et plus qui se sont rendus aux urgences et parmi ceux-ci, nombre d'admissions pour lesquelles une confusion ou un délire est notifié dans le DII (anamnèse et PSI) ainsi qu'au niveau du DMI.

Pour l'anamnèse infirmière, les patients sélectionnés sont ceux pour qui l'item « Désorienté/confus » a été coché dans l'anamnèse générale + urgences au niveau de l'onglet « Mode d'admission ».

Pour le PSI et le DMI : ce sont les termes « confus » et « delir » qui ont été extraits sur l'ensemble des problèmes infirmiers et des DMI afin de pouvoir couvrir les termes « confus », « confusion », « confusion aigue », « délire » et « delirium ».

3.3.4. Paramètres étudiés et outil de collecte des données

Pour plus de facilité et afin d'éviter des répétitions, lorsqu'il est indiqué le terme « confusion », il est sous-entendu que les termes « confus », « confusion aigue », « délire » et « delirium » y sont associés.

La première donnée récoltée consiste à distinguer les notifications de confusion correctes et incorrectes. En effet, les notifications incorrectes consistent par exemple en une notification

du type « patient non confus » ou en des notifications faites à l'Hospitalisation Provisoire (HP) et non aux urgences mêmes.

Les autres données collectées sont : l'âge ; le sexe ; le motif d'admission ; les antécédents de confusion ; la date d'admission ; la date de sortie ; la durée d'hospitalisation ; la survenue du décès dans le décours de l'hospitalisation ; la présence de polymédication (prise de cinq molécules et plus différentes) ; la personne qui a envoyé le patient aux urgences ; le lieu de vie ; le secteur des urgences où le patient se trouve ; la sélection ou non de l'item « désorienté/confus » dans l'anamnèse ; la notification de la confusion au niveau du DII et du DMI ; le type de confusion ; l'endroit de notification et le fait que la notification au niveau du DII soit une copie de la conclusion du DMI.

L'ensemble de ces données ont été codées selon un code_book présenté en annexe 3.

3.3.5. Organisation et planification de la collecte des données

La collecte de données s'est déroulée du 13 avril 2019 au 24 juin 2019.

3.4. Partie prospective

3.4.1. Design de l'étude

Cette partie de l'étude est prospective, quantitative et est basée sur un raisonnement déductif.

L'échelle CAM est réalisée auprès de tous les patients âgés de 75 ans et plus qui se présentent aux urgences ST, une fois celui-ci installé dans le secteur correspondant à son degré d'urgence. Le résultat de la CAM est comparé à l'éventuelle notification de confusion réalisée par l'infirmier dans l'anamnèse. Cette étape permet, notamment, d'évaluer la sensibilité et la spécificité du dépistage réalisé par les infirmiers. Les notifications faites au sein du PSI et du DMI sont également analysées.

Des séances d'information concernant la confusion aiguë et l'emploi de l'échelle CAM sont ensuite organisées auprès du personnel infirmier des urgences (voir annexe 4). Des affichettes reprenant la CAM sont mises à leur disposition, ainsi que des cartes personnelles pour ceux qui le souhaitaient.

Après les séances d'information, une nouvelle comparaison entre les résultats de l'échelle CAM et les notifications infirmières dans l'anamnèse est réalisée auprès des patients admis aux urgences, afin d'évaluer la sensibilité et la spécificité du dépistage infirmier post et pré-information. Les notifications faites au sein du PSI et du DMI sont également analysées.

3.4.2. Population étudiée

Pour être inclus dans l'étude, le patient doit avoir minimum 75 ans, être admis aux urgences dans les secteurs A, B ou C et accepter de participer à l'étude.

Tous les patients qui ne parlent pas français et/ou qui présentent un degré d'urgence vital sont exclus de l'étude. Pour l'échantillon post-information, les patients pris en charge par un infirmier n'ayant pas bénéficié de l'information sont également exclus de l'étude.

3.4.3. Méthode d'échantillonnage et échantillon

L'échantillon est constitué sur base d'une méthode non probabiliste de commodité : tous les patients qui se trouvaient aux urgences pendant les périodes concernées et qui présentaient les critères d'inclusion ont été recrutés pour cette étude.

Afin d'obtenir une puissance statistique suffisante, la taille de l'échantillon a été déterminée à partir d'un calcul de puissance sur base de l'intervalle de confiance en utilisant la formule

$$n = \frac{\left[Q_G\left(1 - \frac{\alpha}{2}\right)\right]^2 \pi(1 - \pi)N}{(N-1)\Delta^2 + \left[Q_G\left(1 - \frac{\alpha}{2}\right)\right]^2 \pi(1 - \pi)}, \text{ dans laquelle le pourcentage de sujets présentant une}$$

confusion aigue aux urgences chez les personnes âgées (π) a été fixé à 15% sur base de la littérature. La taille de la population (N) est calculée sur base de l'extraction de données du nombre de patients de 75 ans et plus admis aux urgences du CHU du ST sur l'année 2017 (5220 patients). La précision choisie (α) est fixée à 5%. Le $Q_G\left(1 - \frac{\alpha}{2}\right) = z = 1,96$.

Sur base de ces éléments, l'échantillon doit comporter 378 patients séparés de manière égale en deux groupes pré et post-information.

3.4.4. Paramètres étudiés et outil de collecte des données

Les données suivantes sont récoltées, en plus des données décrites dans la partie rétrospective : la distinction entre les groupes de patients pré et post-information ; le résultat de l'échelle CAM avec le type de confusion ; le temps mis pour réaliser l'échelle CAM ; l'heure

d'admission ; la date d'évaluation ; l'heure d'évaluation ; le délai entre l'heure d'admission et l'heure d'évaluation ; la présence de la famille aux urgences ; le type de notification dans l'anamnèse (item coché ou confusion écrite) et le résultat de l'échelle de Katz. L'échelle de Katz est un outil qui permet d'évaluer le degré de dépendance du patient. Le score varie de 8 à 32 ; plus celui-ci est élevé, plus le patient est dépendant. Cette échelle se trouve en annexe 5.

L'ensemble des données ont été codées selon un code_book présenté en annexe 6.

3.4.5. Organisation et planification de la collecte des données

L'ensemble de la partie prospective s'est déroulée du 28 janvier 2019 au 5 juin 2019.

La collecte de données du groupe pré-information s'est déroulée du 28 janvier 2019 au 28 février 2019 (soit 27 jours).

Une fois la première partie de collecte de données terminée, les séances d'information du personnel infirmier se sont déroulées en plusieurs jours et par petits groupes de maximum six personnes. Au total, ce sont 49 infirmiers sur 53 qui ont été formés.

La collecte de données du groupe post-information s'est déroulée du 1^e mai 2019 au 5 juin 2019 (soit 28 jours).

3.5. Aspects réglementaires

Cette étude a obtenu l'accord du Comité d'Ethique (CE) Hospitalo-Facultaire de Liège (2016/324 et 2018/224), voir annexe 7.

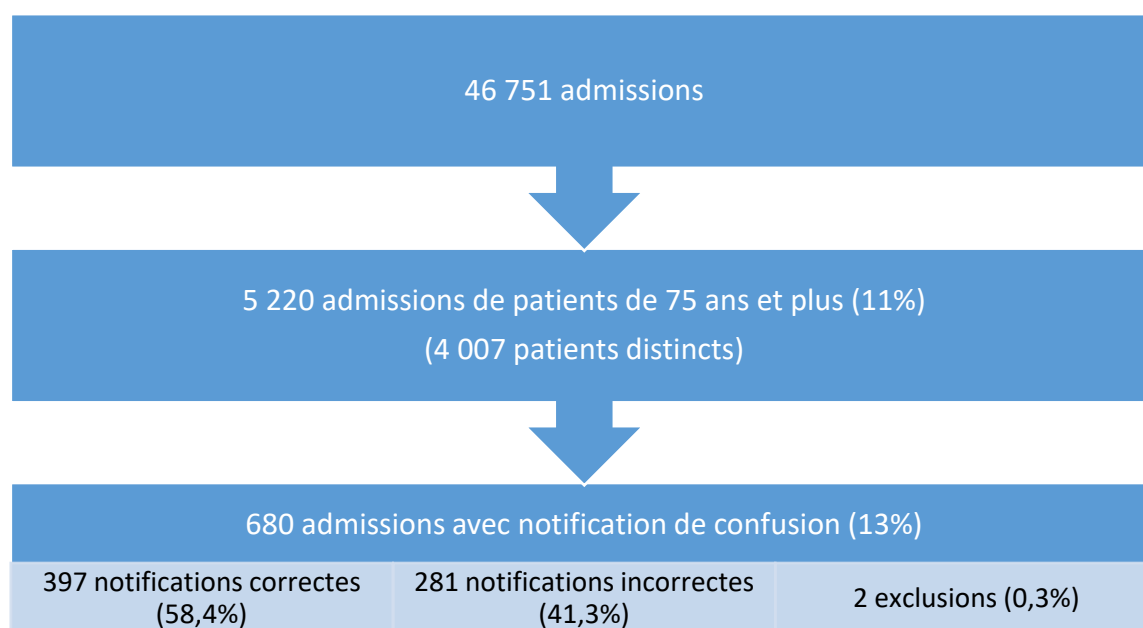
Le formulaire d'information et de consentement pour les patients, celui à destination du représentant légal lorsque le patient est incapable temporairement de prendre une décision ainsi que le formulaire de consentement relatif aux traitements de données à caractère personnel sont joints en annexe 8.

4. Résultats

4.1. Partie rétrospective

4.1.1. Analyse statistique descriptive

Figure 1 : Description des admissions aux urgences du Sart Tilman du Centre Hospitalier Universitaire de Liège pour l'année civile 2017.



Les patients âgés de 75 ans et plus représentent 11% des admissions annuelles totales. Parmi les 680 admissions où une extraction a été faite, il y en a 397 (58,4%) avec des notifications correctes.

La moyenne d'âge est de $83,5 \pm 5,19$ ans et l'échantillon est composé de 53% de femmes. Parmi ces admissions, 22% de patients venaient pour une confusion aux urgences et 80% avaient un antécédent de confusion. La durée médiane d'hospitalisation est de 9 jours (2-16). Dans 73% des cas, le patient est polymédiqué.

Pour 46% des séjours, les patients ont été envoyés aux urgences sur avis de leur médecin traitant ou du médecin de garde contre 22% par un membre de leur famille, 23% via une autre voie et 9% des patients sont venus d'eux-mêmes. Quarante-deux pourcents des patients résident au domicile avec une structure d'aide. Septante-neuf pourcents sont pris en charge aux urgences B.

Le tableau complet d'analyse statistique est repris en annexe 9 (tableau 2).

4.1.2. Comparaison entre notifications de confusion correctes et incorrectes

Les 678 patients qui constituent l'échantillon rétrospectif ont été séparés en deux groupes en fonction du fait que la notification de la confusion s'avère être correcte ou non. Il y a 397 patients pour lesquels la notification de la confusion est correcte pour 281 patients avec une notification incorrecte.

En regardant le tableau 3 repris en annexe 10, les deux groupes présentent une homogénéité relative.

Trente-six pourcents des patients ont été admis pour confusion dans le groupe où les notifications étaient correctes contre 1,4% dans le groupe où les notifications étaient incorrectes (p-valeur : <0,0001).

Par rapport à la variable de qui a envoyé le patient aux urgences (p-valeur : 0,001), dans le groupe des notifications correctes, 46% des patients ont été envoyés par le médecin traitant ou le médecin de garde, 25% par la famille, 23% par une autre voie et 6% par le patient lui-même. Dans le groupe des notifications incorrectes, 46% des patients ont été envoyés par le médecin traitant ou le médecin de garde, 24% par une autre voie, 16% par la famille et 14% par le patient lui-même.

Concernant les secteurs des urgences où sont pris en charge les patients (p-valeur : 0,007), ceux-ci représentent 83% aux urgences B, 9% aux urgences D, 6% aux urgences C et 2% aux urgences A pour les notifications de confusion correctes. Pour les notifications incorrectes, ceux-ci représentent 74% aux urgences B, 11% aux urgences D, 10% aux urgences C et 5% aux urgences A.

Au niveau des notifications de confusion, pour l'anamnèse (p-valeur : 0,007), cela représente 3% dans le groupe des notifications correctes et 0% pour les notifications incorrectes. Les notifications au niveau du PSI et du DMI (p-valeur : <0,0001) sont de 31% pour le PSI et 91% pour le DMI dans le groupe de notifications correctes contre 0% (PSI) et 1% (DMI) dans le groupe incorrect.

4.2. Partie prospective

4.2.1. Analyse statistique descriptive des deux groupes

Durant la période du 28 janvier 2019 au 5 juin 2019, 378 patients présentant les critères d'inclusion ont été admis aux urgences et constituent l'échantillon de cette étude. Ils sont répartis équitablement en groupe pré-information (n= 189) et post-information (n = 189).

La moyenne d'âge est homogène entre les groupes, elle est de $83,1 \pm 5,56$ ans dans le premier groupe pour $82,6 \pm 5,41$ ans dans le second groupe. La proportion de femmes est de 58% pour le groupe pré-information et de 51% pour le groupe post-information. Cinq pourcents des patients de chaque groupe ont été admis pour confusion. Il y a eu 18% de patients avec une CAM positive dans le premier groupe et 12% dans le deuxième. La confusion hyperactive représente 44% des sujets du premier groupe et 41% des patients du deuxième groupe. Le temps médian mis pour réaliser la CAM est de 86 secondes (58-132) dans le groupe pré-information et de 84 secondes (63-106) dans le groupe post-information. Septante-sept pourcents des patients ne présentent pas des antécédents de confusion dans le groupé pré-information contre 84% dans le groupe post-information. Septante-trois pourcents des patients du premier groupe présentent une polymédication contre 66% dans le deuxième groupe.

En se basant sur la comparaison des caractéristiques des variables réalisée entre les deux groupes dans le tableau 4, il est possible de voir que pour la majorité des variables, les deux groupes sont homogènes, excepté pour le délai d'évaluation qui pour le groupe pré-information a une durée médiane de 115 minutes (66-324) contre 89 minutes (49-182) dans le groupe post-information (p-valeur : 0,0026).

La durée médiane d'hospitalisation diffère également entre les deux groupes (p-valeur : 0,02). Elle est de 4 jours (0-12) dans le groupe pré-information et de 1 jour (0-9) dans le groupe post-information.

Le score médian de l'échelle de Katz est 9 (8-14) dans le groupe pré-information et de 9 (8-11) dans le second groupe (p-valeur : 0,01).

La variable reprenant la personne qui a envoyé le patient aux urgences montre que dans le premier groupe, 45% des patients ont été envoyés par leur médecin traitant ou leur médecin

de garde, 25% par leur famille, 19% par le patient lui-même et 11% via une autre voie alors que dans le groupe post-information, 59% des patients ont été envoyés par leur médecin traitant ou leur médecin de garde, 18% par le patient lui-même, 13% par la famille et 10% par une autre voie (p-valeur : 0,01).

Tableau 4 : Statistique descriptive de l'échantillon prospectif

Caractéristiques	Groupe pré-information (n=189)		Groupe post-information (n=189)		p-valeur
	n	Description	n	Description	
Âge (années), Moyenne $\pm$ Sd	189	83.1 $\pm$ 5.56	189	82.6 $\pm$ 5.41	0.33
Sexe	189		189		0.18
Femme (%)		109 (57.7)		96 (50.8)	
Admis pour confusion	189		189		0.81
Non (%)		179 (94.7)		180 (95.2)	
Résultat de l'échelle CAM	189		189		0.08
CAM négative (%)		155 (82.0)		167 (88.4)	
CAM positive (%)		34 (18.0)		22 (11.6)	
Type de confusion	34		22		0.85
Hyperactive (%)		15 (44.1)		9 (40.9)	
Hypoactive (%)		12 (35.3)		7 (31.8)	
Mixte (%)		7 (20.6)		6 (27.3)	
Temps mis pour réaliser l'échelle CAM (secondes), Médiane (P25-P75)	189	86 (58-132)	189	84 (63-106)	0.2356
Antécédent de confusion	189		189		0.08
Non (%)		146 (77.3)		159 (84.1)	
Délai entre l'admission et l'évaluation (minutes), Médiane (P25-P75)	189	115 (66-234)	189	89 (49-182)	0.0026
Durée d'hospitalisation (jours), Médiane (P25-P75)	189	4 (0-12)	187	1 (0-9)	0.02
Patient décédé dans le décours de l'hospitalisation	189		187		0.27
Non (%)		176 (93.1)		179 (95.7)	
Polymédication	189		189		0.15
Oui (%)		137 (72.5)		124 (65.6)	
Katz, médiane (P25 - P75)	189	9 (8-14)	189	9 (8-11)	0.01
Patient envoyé aux urgences par	189		189		0.01
Médecin traitant, médecin de garde (%)		85 (45.0)		111 (58.7)	
Famille (%)		48 (25.4)		25 (13.2)	
Lui-même (%)		36 (19.1)		35 (18.4)	
Autre (%)		20 (10.6)		18 (9.52)	

Lieu de vie du patient	189		189	0.81
Domicile sans aide (%)		74 (39.2)	84 (44.4)	
Domicile avec aide(s) (%)		84 (44.4)	78 (41.3)	
MR/MRS/RS (%)		22 (11.6)	17 (8.99)	
Famille (%)		6 (3.17)	6 (3.17)	
Autre institution (%)		3 (1.59)	4 (2.12)	
Secteur des urgences	189		189	0.19
Urgences A (%)		26 (13.8)	39 (20.6)	
Urgences B (%)		140 (74.1)	127 (67.2)	
Urgences C (%)		23 (12.2)	23 (12.2)	
Famille présente aux urgences	189		189	0.21
Oui (%)		128 (67.7)	139 (73.5)	
Confusion notifiée dans l'anamnèse	189		189	1
Non (%)		180 (95.2)	180 (95.2)	
Type de notification de confusion dans l'anamnèse	9		9	0.47
Item coché (%)		/	2 (22.2)	
Confusion écrite (%)		9 (100)	7 (77.8)	
Confusion notifiée dans le PSI	189		189	1
Non (%)		184 (97.4)	184 (97.4)	
Problème infirmier concerné pour la notification de confusion dans le PSI	5		5	1
Soins et surveillances aux urgences (%)		5 (100)	5 (100)	
Confusion notifiée dans le DMI	189		189	0.68
Non (%)		177 (93.7)	175 (92.6)	
Endroit où la confusion a été notifiée dans le DMI	12		14	0.25
Hors conclusion (%)		5 (41.7)	9 (64.3)	
Conclusion (%)		7 (58.3)	5 (35.7)	
Confusion copiée de la conclusion du DMI vers le PSI	7		5	1
Non (%)		3 (42.9)	3 (60.0)	

4.2.2. Comparaison de la variable CAM positive entre les deux groupes

Dans le groupe pré-information, il y a 34 patients pour lesquels la CAM est positive, ce nombre est de 22 dans le groupe post-information. La moyenne d'âge du groupe pré-information est de $84 \pm 5,25$ ans et dans le groupe post-information, elle est de $83,5 \pm 5,32$ ans. Dans les deux groupes, le pourcentage de femmes est de 59%. Neuf patients ont été admis pour confusion dans le premier groupe, pour huit patients dans le deuxième groupe et dans 44% vs 41% des cas, il s'agit d'une confusion hyperactive. Cinquante-trois pourcents des patients dans le premier groupe contre 50% dans le second groupe présentent des antécédents de confusion. Septante-quatre pourcents des patients du groupe pré-information sont polymédiqués contre

77% dans le groupe post-information. Le score médian de l'échelle de Katz est de 15 (10-19) dans le premier groupe et de 14,5 (11-19,5) dans le second groupe.

Au niveau du relevé des confusions, il y a eu sept notifications dans l'anamnèse pour le premier groupe (21%), l'entièreté de celles-ci étaient écrites et non pas cochées via l'item prévu à cet effet. Pour le groupe post-information, il y a neuf notifications dans l'anamnèse (41%) dont deux items cochés (22%) et sept notifications écrites (78%). Au niveau du PSI, il y a quatre notifications (12%) dans le premier groupe et cinq (23%) dans le deuxième groupe. Parmi celles-ci, il y en a quatre (57%) copiées de la conclusion du DMI pour le groupe pré-information contre deux dans le second groupe (40%).

A noter que le tableau 5 (annexe 11) met en évidence que les deux groupes sont relativement homogènes, seuls diffèrent les variables famille présente (p-valeur : 0,004) où 71% des familles étaient présentes dans le groupe pré-information et 100% dans le groupe post-information.

4.2.3. Sensibilité et spécificité du dépistage infirmier dans l'anamnèse

La sensibilité et la spécificité du dépistage de la confusion aigue par les infirmiers au niveau de l'anamnèse ont été comparées avant les séances d'information (tableau 6) et après celles-ci (tableau 7).

La sensibilité est la probabilité que le test de l'infirmier réalisé sur une personne confuse soit positif alors que la spécificité, est la probabilité que le test de l'infirmier réalisé sur une personne non confuse soit négatif.

Tableau 6 : Calcul de sensibilité et spécificité du dépistage infirmier au niveau de l'anamnèse pour le groupe de patients avant les séances d'information.

	CAM positive (patients confus)	CAM négative (patients non confus)	Total
Confusion notifiée dans l'anamnèse	7 (21%)	2 (1%)	9
Confusion non notifiée dans l'anamnèse	27 (79%)	153 (99%)	180
Total	34 (100%)	155 (100%)	189

Dans le groupe pré-information, la sensibilité est de 21% (7/34) et la spécificité est de 99% (153/155).

Tableau 7 : Calcul de sensibilité et spécificité du dépistage infirmier au niveau de l'anamnèse pour le groupe de patients après les séances d'information.

	CAM positive (patients confus)	CAM négative (patients non confus)	Total
Confusion notifiée dans l'anamnèse	9 (41%)	0 (0%)	9
Confusion non notifiée dans l'anamnèse	13 (59%)	167 (100%)	180
Total	22 (100%)	167 (100%)	189

Dans le groupe post-information, la sensibilité est de 41% (9/22) et la spécificité est de 100% (167/167).

La p-valeur de la sensibilité du dépistage est de 0,18 et la p-valeur de la spécificité est, quant à elle, de 0,45.

4.2.4. Comparaison des patients selon leur motif d'admission et les autres variables

Les patients ont été divisés en deux groupes selon que leur motif d'admission soit la confusion ou non. Il y a 19 patients admis pour confusion, ce qui représente 5% de l'échantillon prospectif et 359 patients admis pour un autre motif que la confusion.

Pour les patients admis pour confusion, l'âge moyen est de $82,7 \pm 3,89$ ans et 53% sont des femmes. Quarante et un pourcents de ceux-ci présentent une confusion hyperactive, 35% une confusion hypoactive et 24% une confusion mixte. Le temps médian pour réaliser l'échelle CAM est de 96 secondes (77,5-132).

L'âge moyen des patients admis pour un autre motif que la confusion est de $82,9 \pm 5,56$ ans et 54% sont des femmes. Le temps médian pour réaliser l'échelle CAM est de 84 secondes (60-112).

Le tableau 8 met en évidence que les deux groupes présentent une hétérogénéité pour les variables suivantes : résultats de l'échelle CAM (p-valeur : $<0,0001$), antécédents de confusion (p-valeur : 0,004), durée d'hospitalisation (p-valeur : $<0,0001$), confusion notifiée dans l'anamnèse, dans le PSI et dans le DMI (p-valeur : $<0,0001$).

En effet, 90% des patients venant pour confusion aux urgences ont été dépistés avec une CAM positive contre 11% chez les patients venant pour un autre motif d'admission. Quarante-

sept pourcents des patients ayant comme motif d'admission une confusion avaient un antécédent de confusion contre 18% chez les patients ayant un autre motif d'admission. La durée médiane d'hospitalisation est de 13 jours (8,5-17,5) chez les patients venus aux urgences pour confusion contre 2 jours (0-10) chez les patients venus pour un autre motif.

Au niveau des notifications de confusion chez les patients admis pour confusion, celles-ci sont de 58% au niveau de l'anamnèse, 47% au niveau du PSI et 100% au niveau du DMI. Pour les patients admis pour un autre motif, les résultats sont de 2% pour l'anamnèse, 0,3% dans le PSI et de 2% dans le DMI.

Tableau 8: Comparaison des patients admis aux urgences en fonction de si leur motif d'admission est une confusion ou non et les autres variables

Caractéristiques	Autre motif d'admission (n=359)		Admis pour confusion (n=19)		p-valeur
	n	Description	n	Description	
Âge (années), Moyenne $\pm$ Sd	359	82.9 $\pm$ 5.56	19	82.7 $\pm$ 3.89	0.91
Sexe	359		19		0.89
Femme (%)		195 (54.3)		10 (52.6)	
Résultat de l'échelle CAM	359		19		< 0.0001
CAM négative (%)		320 (89.1)		2 (10.5)	
CAM positive (%)		39 (10.9)		17 (89.5)	
Type de confusion	39		17		1
Hyperactive (%)		17 (43.6)		7 (41.2)	
Hypoactive (%)		13 (33.3)		6 (35.3)	
Mixte (%)		9 (23.1)		4 (23.5)	
Temps mis pour réaliser l'échelle CAM (secondes), Médiane (P25-P75)	359	84 (60-112)	19	96 (77.5-132)	0.16
Antécédent de confusion	359		19		0.004
Non (%)		295 (82.2)		10 (52.6)	
Délai entre l'admission et l'évaluation (minutes), Médiane (P25-P75)	359	101 (59-206)	19	129 (72.5-271)	0.34
Durée d'hospitalisation (jours), Médiane (P25-P75)	357	2 (0-10)	19	13 (8.5-17.5)	< 0.0001
Patient décédé durant l'hospitalisation	357		19		1
Non (%)		337 (94.4)		18 (94.7)	
Polymédication	359		19		0.80
Oui (%)		247 (68.8)		14 (73.7)	
Katz, Médiane (P25-P75)	359	9 (8-13)	19	11 (10-15)	0.01

Patient envoyé par	359	19		0.08
Médecin traitant, médecin de garde (%)	183 (51.0)		13 (68.4)	
Famille (%)	68 (18.9)		5 (26.3)	
Lui-même (%)	71 (19.8)		/	
Autre (%)	37 (10.3)		1 (5.30)	
Lieu de vie	359	19		0.94
Domicile sans aide (%)	151 (42.1)		7 (36.8)	
Domicile avec aide(s) (%)	152 (42.3)		10 (52.6)	
MR/MRS/RS (%)	37 (10.3)		2 (10.5)	
Famille (%)	12 (3.30)		/	
Autre institution (%)	7 (1.90)		/	
Secteurs des urgences	359	19		0.29
Urgences A (%)	64 (17.8)		1 (5.30)	
Urgences B (%)	250 (69.6)		17 (89.5)	
Urgences C (%)	45 (12.5)		1 (5.30)	
Famille présente aux urgences	359	19		0.18
Oui (%)	251 (69.9)		16 (84.2)	
Confusion notifiée dans l'anamnèse	359	19		< 0.0001
Oui (%)	7 (1.90)		11 (57.9)	
Type de notification de confusion dans l'anamnèse	7	11		1
Item coché (%)	1 (14.3)		1 (9.10)	
Confusion écrite (%)	6 (85.7)		10 (90.9)	
Confusion notifiée dans le PSI	359	19		< 0.0001
Non (%)	358 (99.7)		10 (52.6)	
Confusion notifiée dans le DMI	359	19		< 0.0001
Oui (%)	7 (1.90)		19 (100)	
Endroit où la confusion a été notifiée dans le DMI	7	19		0.39
Hors conclusion (%)	5 (71.4)		9 (47.4)	
Conclusion (%)	2 (28.6)		10 (52.6)	
Confusion copiée de la conclusion du DMI vers le PSI	2	10		1
Oui (%)	1 (50.0)		5 (50.0)	

5. Discussion

Afin de favoriser le dépistage précoce de la confusion aigue chez les patients âgé de 75 ans et plus admis aux urgences, divers objectifs ont été analysés.

Un premier objectif était de quantifier la présence d'une confusion parmi cette population. Dans la partie rétrospective : sur l'année civile 2017, il y a eu 11% d'admissions de patients âgés de 75 ans et plus dont 8% sont venus aux urgences pour ce motif et/ou ont présenté une confusion aux urgences. La fréquentation des patients âgés aux urgences suit les valeurs retrouvées dans la littérature. Le pourcentage de confusion aigue quant à lui est inférieur à celui de la littérature (10 à 20%). Cette différence peut être expliquée par le sous-diagnostic de ce syndrome, la limite de l'étude rétrospective et les biais rencontrés dans cette étude.

Pour ce qui est de la partie prospective : le pourcentage de patients dépistés confus à l'aide de la CAM est de 15%, ce qui correspond à la littérature. Il est de 18% dans le groupe pré-information et de 12% dans le groupe post-information. Notons que ce pourcentage serait probablement plus élevé, s'il tenait également compte des patients dirigés aux urgences D. Ce secteur correspond à 10% des admissions avec confusion dans le rétrospectif.

Un second objectif est d'améliorer le dépistage de la confusion aigue grâce à des séances d'information sur ce syndrome et à l'utilisation de l'échelle CAM à destination des infirmiers des urgences. La sensibilité et la spécificité du dépistage de la confusion par les infirmiers ont été évaluées. A noter, qu'il aurait été préférable d'évaluer les connaissances du personnel avant et après les séances d'information.

Avec une sensibilité qui passe de 21 à 41%, on remarque que les séances d'information ainsi que l'utilisation de l'échelle CAM ont permis une amélioration du dépistage de la confusion aigue par les infirmiers. Cependant, cette différence de résultat n'est pas statistiquement significative. Quant à la spécificité qui passe de 99 à 100%, la différence obtenue n'est également pas significative statistiquement. L'amélioration de ces résultats n'a donc pas été suffisante pour obtenir des résultats significatifs. Ce syndrome reste donc insuffisamment dépisté. Des pistes supplémentaires afin d'améliorer le dépistage sont donc à envisager.

Le temps moyen pour réaliser la CAM est assez rapide, ce qui appuie la faisabilité de celle-ci. En moyenne, le temps médian pour réaliser le dépistage est de 85 secondes et est légèrement plus long chez les patients confus avec un temps médian de 118 secondes. Néanmoins, le temps est grandement inférieur au temps annoncé dans la littérature qui est de 5 à 10 minutes. Cette rapidité de dépistage peut, entre autres, être due à la présence de la famille dans 71% des cas. La famille connaît bien son aîné et apporte généralement des informations clés sur l'état cognitif antérieur de ce dernier, ce qui permet de pouvoir réaliser la CAM rapidement. Au vu de la rapidité de ce dépistage, celui-ci pourrait être mis en place de façon systématique.

Malgré la rapidité du dépistage, sa réalisation au moment du triage infirmier semble difficile au vu de l'affluence importante des urgences et du peu de temps pour trier les patients. Une possibilité serait de réaliser le dépistage une fois le patient installé dans son secteur tout comme cela a été fait durant l'étude. En effet, une majorité des patients âgés de 75 ans et plus (79% dans la partie rétrospective et 71% dans la partie prospective) sont dirigés aux urgences B, ce qui nécessite une installation sur un brancard et dans un box de soins. Lors de l'admission, sauf exception, un électrocardiogramme et une biologie sanguine y sont réalisés. Durant ces examens, en posant quelques questions et tout simplement en discutant avec le patient et la famille, l'infirmier peut obtenir des réponses répondant aux critères de la CAM.

Parmi les patients venus aux urgences pour confusion, 90% ont bien été dépistés via l'échelle CAM. Ce résultat hautement significatif confirme l'efficacité de cette échelle.

Un autre objectif était d'optimiser la notification du dépistage réalisé dans le dossier informatisé.

Dans la partie rétrospective, on remarque qu'il y a eu 3% de notifications au niveau de l'anamnèse, 31% au niveau du plan de soins infirmiers et 91% au niveau du dossier médical informatisé. Le faible pourcentage au niveau de l'anamnèse peut s'expliquer par un biais de l'étude au niveau de l'extraction de données avec son unique item coché ou non. En se basant sur le pourcentage de confusion notifiée dans le prospectif, on pourrait estimer que la notification globale (item coché plus notifications) dans l'anamnèse est de 29%. Les principales notifications se font donc au niveau du dossier médical.

Concernant la partie prospective, on remarque que chez les patients ayant une CAM positive, les notifications de confusion passent de 21 à 41% en post-information au niveau de l'anamnèse.

Notons que lors des séances d'information, différentes possibilités de notification de la confusion ont été citées. On remarque qu'après celles-ci, 22% des notifications de confusion ont été faites via des items cochés alors que précédemment, l'entièreté des notifications était faite de manière écrite. Le but étant de simplifier autant que possible la notification. De plus, si le système de dépistage systématique de critères définissant le patient gériatrique (dont la confusion aigue) au niveau de l'anamnèse devrait se faire aux urgences, les notifications devraient alors se faire via des items à cocher pour être prises en compte (Cf Perspectives point 6). A noter que si ce système devait s'étendre aux urgences, il serait opportun de tenir compte des différents endroits de notification possibles au sein de l'anamnèse.

Au niveau du PSI, il y a également une augmentation des notifications qui passent de 12 à 23% après les séances d'information.

Néanmoins, les p-valeurs obtenues pour ces résultats ne sont pas significatives.

Que ce soit dans la partie rétrospective ou prospective, les notifications dans le PSI ont été entièrement faites au niveau du problème infirmier « Soins et surveillances aux urgences ». Ce résultat semble normal étant donné que ce problème infirmier fait partie du plan de soins de référence des urgences.

Chez les patients avec une CAM positive, le type de confusion prédominant est l'hyperactif avec 43% des confusions. Cette tendance ne suit pas la littérature où le type hypoactif serait le plus fréquent chez les personnes âgées.

A titre d'information, certains facteurs prédisposants et précipitants ainsi que certaines complications potentielles de la confusion ont également été analysés. Ces analyses n'ont aucun impact sur les résultats et objectifs analysés.

Pour la partie prospective, le score médian du degré de dépendance évalué par l'échelle de Katz est plus élevé chez les patients avec une CAM positive (15) que le score obtenu pour l'ensemble de l'échantillon prospectif (9). Ce résultat s'explique par la relation bidirectionnelle

entre le déclin fonctionnel et la confusion. Le déclin fonctionnel étant un facteur prédisposant et une complication de la confusion.

Quarante-sept pourcents des patients admis pour confusion avaient des antécédents de confusion. L'antécédent de confusion étant lui-même un facteur prédisposant.

La durée médiane de l'hospitalisation pour les patients admis pour confusion est de treize jours contre deux jours pour ceux admis avec un autre motif, ce qui est hautement significatif. L'augmentation de la durée de séjour est une complication potentielle de ce syndrome.

Le fait que pour l'échantillon prospectif, la durée médiane d'hospitalisation soit inférieure dans le groupe post-information (un jour contre quatre jours dans le groupe pré-information) ne peut être expliqué de façon formelle. Cependant, on remarque qu'il y a eu plus de patients confus dans le groupe pré-information (18% VS 12% dans le second groupe) et que le score de dépendance est également plus élevé pour ce groupe de patients, ce qui pourrait éventuellement expliquer cette différence.

La durée de séjour et la présence d'antécédents de confusion ne sont, par contre, pas significatives chez les patients avec une CAM positive.

Le pourcentage de patients décédés admis aux urgences pour confusion, n'est pas supérieur à celui des patients admis pour un autre motif. Avec cet échantillon prospectif, on ne peut donc pas confirmer que la confusion aigue augmente le taux de mortalité. Pour ce faire, il faudrait un échantillon de plus grande ampleur et réaliser un suivi sur le long terme.

Que ce soit dans la partie rétrospective ou prospective, on retrouve des caractéristiques communes dans les groupes de patients présentant une confusion.

La moyenne d'âge des patients pour lesquels une confusion a été notifiée est de 84 ans, ce qui suit la littérature avec un âge supérieur à 80 ans.

Le sexe majoritaire est le sexe féminin, ce qui n'est pas le cas dans la littérature. Le sexe masculin étant un facteur prédisposant.

Les trois quarts de la population présentent une polymédication, facteur prédisposant à la confusion.

Même si le mémoire n'avait pas pour but d'étudier le service de la liaison gériatrique, on a pu observer que dans la partie prospective, elle a été sollicitée pour 22% des admissions où le patient avait un dépistage de confusion positif. Le pourcentage d'appel de la liaison par les médecins semble faible alors que cette équipe pourrait aider au dépistage, à la gestion de ce syndrome et à prévenir les complications de celui-ci. Une collaboration plus étroite entre le service d'urgences (médecins et infirmiers) et la liaison gériatrique aiderait probablement davantage à la prise en charge de ce syndrome.

5.1. Biais et limites de l'étude

Par rapport à l'étude rétrospective, la limite principale est que les résultats se basent exclusivement sur des extractions de notifications faites dans les dossiers et non lors d'une entrevue avec le patient. La confusion aigue étant sous-diagnostiquée, il est fort probable que certains patients confus n'auront pas été dépistés et n'auront donc pas été notifiés.

Quant aux extractions de données, il existe différents biais. En effet, au niveau de l'anamnèse infirmière, l'extraction s'est uniquement basée sur l'item « désorienté/confus » coché ou non. Une extraction des termes « confus », « delir » de façon générale ainsi que d'autres items possibles à cocher n'a pas été réalisée. Celle-ci aurait probablement montré un taux plus élevé de notifications. De plus, si un agent a voulu notifier une confusion mais qu'il a fait une faute de frappe, celle-ci est passée au travers de l'extraction.

Par rapport à la réalisation de l'échelle CAM, la fiabilité du résultat est basée sur le fait que je suis spécialisée en psychogériatrie et sur mon expérience dans le domaine. Un caractère subjectif peut être évoqué. Par rapport au temps de réalisation du dépistage, le temps qui est nettement inférieur à celui de la littérature pourrait être expliqué par le fait qu'il a justement été fait par une personne spécialisée en la matière et que le fait d'expliquer l'étude aux patients et familles, permettait déjà d'avoir des réponses aux quatre critères de l'échelle.

Par rapport au recrutement des patients dans le prospectif, une limite était que si le patient qui était confus aux urgences sans accompagnant pouvant être son représentant légal, le patient ne pouvait pas faire partie de l'étude. Ce qui fait varier le pourcentage de patients confus de l'échantillon à la baisse.

Par rapport aux séances d'information, un questionnaire sur les connaissances du personnel infirmier avant/après-information n'a pu être réalisé pour une question pratique, ce qui occasionne un biais supplémentaire. La réalisation de celui-ci aurait permis d'évaluer le niveau de connaissance avant et après les séances ainsi que l'effet bénéfique de celle-ci. Il aurait peut être également pu diriger le contenu des séances en fonction des connaissances de base du personnel.

Un biais apparaît également au niveau de l'implication du personnel infirmier dans le projet. En effet, l'utilisation de l'échelle CAM et l'intérêt porté au projet d'améliorer le dépistage et les notifications de la confusion dépendent directement de l'implication de celui-ci.

Que ce soit au niveau de l'étude rétrospective ou prospective, il est à noter qu'au niveau des notifications dans le plan de soins infirmiers, parmi les résultats obtenus, il y a un certain pourcentage de notifications copiées de la conclusion médicale. Celui-ci représente 37% dans le rétrospectif et 50% dans le prospectif. On ne peut donc pas affirmer avec certitude que si le médecin n'avait pas notifié la confusion dans son dossier, l'infirmier l'aurait fait.

5.2. Forces de l'étude

La partie rétrospective permet de faire un état des lieux et de comparer les résultats obtenus à la littérature. La réalité de terrain démontrée dans la partie prospective permet, quant à elle, d'étudier l'efficacité de ce qui a été testé, mis en place pour améliorer le dépistage de ce syndrome (séances d'information, utilisation de l'échelle CAM). Elle permet également de repérer davantage de pistes potentielles d'amélioration pour le futur. L'ensemble de ces deux parties offre une complémentarité à l'étude.

Quant aux séances d'information, 49 infirmiers sur 53 ont été formés, ce qui permet d'avoir une majorité du personnel informé et sensibilisé. Cela a également permis d'obtenir rapidement l'échantillon de patients pour le second groupe. En effet, les patients pris en charge par un infirmier n'ayant pas bénéficié de l'information sont exclus de l'étude.

La taille de l'échantillon ayant été calculée via un calcul de puissance statistique avec une répartition des groupes à taille égale, permet d'avoir une puissance suffisante pour mettre en évidence le plus précisément possible les effets souhaités.

Le fait que les patients ont été vus en peu de temps, amène un moindre risque de biais de désirabilité sociale. En effet, pour le groupe de patients pré-information, le personnel infirmier des urgences ne savait pas en quoi consistait l'étude et n'était donc pas « influencé » dans sa façon de prendre en charge les patients.

L'utilisation d'une échelle validée par une infirmière spécialisée en psychogériatrie permet la fiabilité du résultat obtenu.

6. Perspectives

La première perspective est d'implémenter le dépistage de la confusion aigue aux urgences via la CAM et ce, de façon systématique et précoce. L'incorporation de cette échelle dans l'anamnèse infirmière pourrait être une solution et mériterait des explorations complémentaires.

Le dépistage de ce syndrome nécessitant une bonne connaissance de celui-ci et de ses symptômes, il est important de sensibiliser le personnel soignant (Ebbing *et al.*, 2008 ; Zarate-Lagunes *et al.*, 2008). L'évaluation et l'optimisation du niveau de connaissances du personnel infirmier peuvent être approfondies.

Au sein du CHULg, un protocole de prise en charge du patient de 75 ans et plus est en cours de création et de validation. Ce protocole reprend notamment l'importance d'un dépistage via un instrument validé qui est la grille d'Identification of Senior At Risk (ISAR) afin de regarder si le patient répond à l'un des critères définissant le patient gériatrique. Afin de pouvoir s'intégrer dans le dossier patient informatisé, les questions de cette grille ont été modifiées et se trouvent en annexe 12. Il est prévu qu'elle soit réalisée par l'infirmier lors de l'anamnèse chez les patients hospitalisés plus d'une nuit. Lorsque cette échelle est positive ($\geq 3/6$) et/ou que un de ces 3 critères est présent : présence d'une chute comme motif d'hospitalisation ou dans les trois mois, delirium ou confusion aigue et perte de poids et/ou un Body Mass Index (BMI) ≤ 23 , une notification est émise au niveau du dossier médical et le médecin peut décider d'envoyer ou non une demande d'avis à la gériatrie de liaison. Ce dépistage est prévu d'être appliqué dans toutes les unités sauf aux urgences et en revalidation. Si ce système fait ses preuves dans les autres services, il pourrait être une perspective pour les urgences.

Une collaboration plus étroite entre le service des urgences et l'équipe de la liaison gériatrique pourrait être une perspective. La littérature belge reprend également qu'un nombre important de patients âgés se trouvent dans les unités de soins intensifs et aux urgences. La prise en charge de ces patients dans ces unités est complexe et nécessite une expertise gériatrique. Malgré cela, seule une minorité des équipes gériatriques interviennent dans ces services (Deschodt *et al.*, 2012). Cette collaboration apporterait une aide au dépistage, à la

prise en charge de ce syndrome et permettrait également de prévenir les complications de celui-ci.

La mise en place d'une infirmière référente en gériatrie au service d'urgences pourrait également être une perspective. Une étude française montre que ce principe pourra améliorer la qualité des soins dispensés aux personnes âgées fragiles, aux urgences (Kakoua *et al.*, 2018). Le dépistage des syndromes gériatriques pourrait également être amélioré.

Une perspective de plus grande ampleur est la création de services d'urgences gériatriques. Ceux-ci permettent une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques des personnes âgées avec du personnel soignant spécialement formé. A Genève, l'hôpital des « Trois-Chêne » a ouvert son service d'urgences gériatriques en novembre 2016. Le service permet de réduire la fréquentation des urgences non gériatriques, de diminuer les transferts intersites et d'anticiper l'offre des prestations nécessaires du fait du vieillissement de la population. Ce service permet également une amélioration de la qualité de prise en soins des patients âgés (Communiqué de presse HUG, 2016).

7. Conclusion

La confusion aigue est un syndrome gériatrique à part entière, encore aujourd'hui sous diagnostiqué.

En 2017, 8% d'admissions aux urgences de patients âgés de 75 ans et plus présentaient une confusion lors de l'admission ou au cours du séjour dans cette unité.

Afin d'améliorer le dépistage de ce syndrome, des séances d'information sur la confusion aigue et l'utilisation de l'échelle CAM ont été réalisées auprès du personnel infirmier des urgences.

Malgré des résultats statistiques non significatifs, ces séances ont permis une amélioration d'un dépistage précoce aux urgences (la sensibilité du dépistage infirmier est passée de 21 à 41% et la spécificité de 99 à 100%). L'amélioration obtenue n'est pas suffisante et mérite davantage d'être explorée afin d'éviter toute une cascade de complications potentielles bien connues.

La mise en place d'un dépistage systématique le plus rapide possible est essentielle. Celui-ci peut être réalisé via l'échelle CAM et pourrait être incorporé dans l'anamnèse infirmière. Cette mise en place pourrait s'inspirer du projet de protocole de prise en charge du patient de 75 ans et plus reprenant un dépistage systématique de critères définissant le patient gériatrique dont la confusion aigue.

Au vu des résultats de l'étude, cette procédure pourrait être étendue au service des urgences, ce qui n'est pas prévu actuellement.

L'objectif principal de cette étude qui était de favoriser le dépistage précoce de la confusion aigue chez les patients âgés de 75 ans et plus admis aux urgences a été amélioré mais n'est pas significatif statistiquement.

8. Conflit d'intérêt

Il n'y a pas eu de conflit d'intérêt au cours de cette recherche.

9. Bibliographie

Arrêté royal 29 janvier 2007, Arrêté royal fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers. Moniteur Belge, 7 mars 2007, 11197.

Beeken, T, Jobé, J & Ghuysen, A 2017, 'Répartition des patients âgés admis au service d'accueil des urgences', *Colloques et congrès scientifiques : Communication poster*.

Communiqué de presse, 'Première en suisse : les HUG ouvrent un service d'urgences gériatriques', *Hôpitaux Universitaires Genève*, 18 octobre 2016, pp. 1-13.

Deschodt, M, Flamaing, J, Rock, G, Boland, B, Boonen, S & Milisen, K 2012, 'Implementation of inpatient geriatric consultation teams and geriatric resource nurses in acute hospitals: A national survey study', *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), pp. 842-849.

Deschodt, M, Devriendt, E, Sabbe, M, Knockaert, D, Deboutte, P, Boonen, S, Flamaing, J & Milisen, K 2015, 'Characteristics of older adults admitted to the emergency department (ED) and their risk factors for ED readmission based on comprehensive geriatric assessment: a prospective cohort study', *BioMed Central Geriatrics*, 15(54), pp. 1-10.

Devriendt, E, De Brauwer, I, Vandersaenen, L, Heeren, P, Conroy, S, Boland, B, Flamaing, J, Sabbe, M & Milisen, K 2017, 'Geriatric support in the emergency department : a national survey in Belgium', *BioMed Central Geriatrics*, 17(68), pp. 1-8.

Ebbing, K, Giannakopoulos, P & Hentsch, F 2008, 'Etat confusionnel chez la personne âgée: une détection laborieuse', *Revue Médicale Suisse*, 4, pp. 966-971.

Grossmann, FF, Hasemann, W, Graber, A, Bingisser, R, Kressig, RW & Nickel, CH 2014, 'Screening, detection and management of delirium in the emergency department - a pilot study on the feasibility of a new algorithm for use in older emergency department patients: the modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department (mCAM-ED)', *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 22(19), pp. 1-9.

Han, JH & Suyama, J 2018, 'Delirium and Dementia', *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(3), pp. 327-354.

Hare, M, Arendts, G, Wynaden, D & Leslie, G 2014, 'Nurse screening for delirium in older patients attending the emergency department', *The Academy of Psychosomatic medicine*, 55(3), pp. 235-242.

Harwood, RH, Goldberg, SE, Whittamore, KH, Russel, C, Gladman, JR, Jones, RG, Porock, D, Lewis, SA, Bradshaw, LE & Elliot, RA 2011, 'Evaluation of a Medical and Mental Health Unit compared with standard care for older people whose emergency admission to an acute general hospital is complicated by concurrent 'confusion': a controlled clinical trial. Acronym: TEAM: Trial of an Elderly Acute care Medical and mental health unit', *BioMed Central-Trials Journal*, 12(123), pp. 1-11.

Jobé, J, Ghuysen, A & D'Orio, V 2012, 'ELISA: Echelle Liégeoise de l'Indice de Sévérité à l'Admission. Présentation d'un outil de tri original applicable au Service des Urgences', *Revue Médicale de Liège*, 67, pp. 632-637.

Kakoua, E, Aupiais, C, Floriot, A, Novic, M & Jovic, L 2018, 'Contribution de l'infirmière de pratique avancée dans la prise en soins de la personne âgée de 75 ans et plus, fragile et agitée aux urgences: état des connaissances et étude qualitative', *Association de recherche en soins infirmiers, Recherche en soins infirmiers*, 135, pp. 60-82.

Kharat, A & Louis Simonet, M 2013, 'Outils diagnostiques de l'état confusionnel aigu', *Revue Médicale Suisse*, 9, pp. 203-206.

La Mantia, MA, Messina, FC, Hobgoo, CD & Miller, DK 2014, 'Screening for delirium in the emergency department: a systematic review', *Geriatrics/Review Article*, 63(5), pp. 551-560.

Mailhot, T, Cossette, S, Bourbonnais, A, Côté, J, Denault, A, Côté, MC, Lamarche, Y & Guertin, MC 2014, 'Evaluation of a nurse mentoring intervention to family caregivers in the management of delirium after cardiac surgery (MENTOR_D): a study protocol for a randomized controlled pilot trial', *BioMed Central-Trials Journal*, 15(306), pp. 1-13.

Morandi, J, Lucchi, E, Turco, R, Morghen, S, Guerini, F, Santi, R, Gentile, S, Maegher, D, Voyer, P, Fick, DM, Schmitt, EM, Inouye, SK, Trabucchi, M & Bellelli, G 2015, 'Delirium superimposed on dementia : A quantitative and qualitative evaluation of informal caregivers and health care staff experience', *Journal of Psychosomatic Research*, 79(4), pp. 272-280.

'Perspectives démographiques 2018-2070. Populations et ménages 2019', *Bureau fédéral du Plan. Analyses et prévisions économiques*, janvier 2019, consulté le 30 juin 2019, <https://www.plan.be/admin/uploaded/201901240958590.FOR_POP1870_11813_F.pdf>.

Press, Y, Margulin, T, Grinshpun, Y, Kagan, E, Snir, Y, Berzak, A & Clarfield, AM 2009, 'The diagnosis of delirium among elderly patients presenting to the emergency department of an acute hospital', *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(2), pp. 201-204.

Salvi, F, Morichi, V, Grilli, A, Giorgi R, De Tommaso, G & Dessì-Fulgheri, P 2007, 'The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions', *Internal and Emergency Medicine*, 2(4), pp. 292-301.

Schnitker, LM, Martin-Khan, M, Burkett, E, Beattie, ER, Jones, RN & Gray, LC 2015, 'Process quality indicators targeting cognitive impairment to support quality of care for older people with cognitive impairment in emergency departments', *Academic Emergency Medicine*, 22(3), pp. 285-298.

Schoevaerds, D, Cornette, P, Saint-Hubert, M, Boland, B & Swine, C 2010, 'Delirium : un syndrome gériatrique fréquent', *La revue de Gériatrie*, 35(2), pp. 111-120.

Singler, K, Thiem, U, Christ, M, Zenk, P, Biber, R, Sieber, CC & Heppner, HJ 2014, 'Aspects and assessment of delirium in old age. First data from a German interdisciplinary emergency department', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(8), pp. 680-685.

Toye, C, Matthews, A, Hill, A & Maher, S 2013, 'Experiences, understandings and support needs of family carers of older patients with delirium: a descriptive mixed methods study in a hospital delirium unit', *International Journal of Older People Nursing*, 9(3), pp. 200-208.

'Vieillissement et santé 2018', *Organisation Mondiale de la Santé*, consulté le 30 juin 2019, <<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>>.

Voyer, P 2013, *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 2nd edn, Pearson, Québec, pp. 155-168.

Zarate-Lagunes, M, Lang,P-O & Zekry, D 2008, 'Syndrome confusionnel du sujet âgé : les difficultés d'un diagnostic facile', *Revue Médicale Suisse*, 4, pp. 2392-2397.

10. Annexes

Annexe 1 : Echelle Confusion Assessment Method

1 Début soudain et fluctuation des symptômes • Le patient présente-t-il un changement de l'état mental de base ? • Ce comportement fluctue-t-il au cours de la journée (présence/absence ou intensité) ?
2 Inattention • Le patient présente-t-il des difficultés à focaliser son attention ? – Perd-il le fil du discours ? – Est-il facilement distrait ?
3 Désorganisation de la pensée • Le discours du patient est-il incohérent et désorganisé ? – La suite d'idées est-elle illogique/imprévisible ? – Le patient passe-t-il du coq à l'âne ?
4 Trouble de la vigilance • Globalement, comment évalueriez-vous l'état général de votre patient ? – Alerté (normal) – Vigile – Léthargique – Stuporeux – Comateux Critère présent si le patient n'est pas alerte
Le diagnostic de delirium requiert la présence de 3 des 4 critères. Les critères 1 et 2 sont toujours requis, accompagnés du critère 3 ou 4

Source : Kharat, A & Louis Simonet, M 2013, 'Outils diagnostiques de l'état confusionnel aigu', *Revue Médicale Suisse*, 9, pp. 203-206.

FICHE AD4 DETECTION DES URGENCES ADULTES U4 ET U5

<u>ATTEINTES PERIPHERIQUES ?</u> : en l'absence d'autres symptômes ou signes d'accompagnement (Dyspnée, malaise,...)	
MAL AU DOS, A LA NUQUE, AU COU, A LA FACE, AUX MEMBRES, AU MOLLET	→ URG U5
DOULEURS DANS LA REGION DE L'OMOPLATE, ENTRE LES OMOPLATES	→ URG U5
DOULEURS ANALES	→ URG U5
<u>!!!</u> SI LA DOULEUR EST INSUPPORTABLE, EVA > 7 ET SIGNES ACCOMPAGNEMENTS (PALEUR, SUDATION, NAUSEES, VOMISSEMENTS, AGITATION, NECESSITE D'UNE ANTALGIE IMMEDIATE DEMANDEE PAR LE PATIENT OU SELON L'INFIRMIER)	→ URG U2
<u>PROBLEME GERIATRIQUE ? > 75 ANS</u>	
. CHUTES A REPETITIONS	→ URG U3
. CONFUSION, DESORIENTATION	→ URG U3
. PERTE DE POIDS, D'APPETIT	→ URG U4
. DEMANDE DE PLACEMENT	→ URG U4
<u>CAS SOCIAUX ?</u>	→ URG U5
<u>PROBLEME DE MEDECINE GENERALE ?</u>	
. PIQURES (INSECTE, ARAIGNEE, ...)	
SANS SIGNE ASSOCIE	→ URG U5
AVEC SIGNES ASSOCIES	→ URG U3
. ETUDIANT ERASMUS	→ URG U5
. PRESCRIPTIONS, CERTIFICATS	→ URG U5
. TEST DE GROSSESSE	→ URG U5
. RETRAIT FILS DE SUTURE, SUIVI DE PLAIES	→ URG U5
<u>ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG OU LIQUIDES BIOLOGIQUES (AES) ?</u>	
. PROFESSIONNEL OU NON	→ URG U5
. RAPPORT SEXUEL A RISQUE	→ URG U5
<u>ABCES ? PANARIS ?</u>	→ URG U4
<u>DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PSY ?</u>	→ Local 70

Source : Echelle Liégeoise de l'Indice de Sévérité à l'Admission, Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

Annexe 3 : Code book de l'étude rétrospective

Data : CA_RETROSPECTIF

Observations : 680

Variables : 23

Variables	Explications	Type	Code et valeurs
vrai_faux	Distinction entre les notifications de confusion correctes et incorrectes	Binaire	0 = notification correcte 1 = notification incorrecte
visit_id	Numéro d'admission	Numérique	Identifiant du séjour concerné
pat_id_dest	Numéro de dossier	Numérique	Identifiant unique du patient
age	Âge du patient	Quantitative continue	Âge en années
sexe	Sexe du patient	Binaire	0 = homme 1 = femme
motif_adm	Le motif d'admission est une confusion	Binaire	0 = non 1 = oui
atcd_confusion	Antécédent de confusion	Binaire	0 = non 1 = oui
date_admi	Date d'admission du patient	Date	JJ/MM /AAAA
date_sortie	Date de sortie du patient	Date	JJ/MM /AAAA
duree_hospi	Durée d'hospitalisation	Quantitative discrète	Nombre de jour(s)
dcd	Survenue du décès dans le décours de l'hospitalisation	Binaire	0 = non 1 = oui
polymedic	Présence de polymédication (5 molécules ou plus)	Binaire	0 = non 1 = oui
envoye_par	Par qui le patient a été envoyé aux urgences	Qualitative	0 = médecin traitant/médecin de garde 1 = famille 2 = patient-lui-même 3 = autre
lieu_de_vie	Lieu de vie du patient	Qualitative	0 = domicile sans aide 1 = domicile avec aide(s) 2 = MR/MRS/RS 3 = famille 4 = autre institution
secteur_urg	Secteur des urgences où le patient se trouve	Qualitative	0 = urgences A 1 = urgences B 2 = urgences C 3 = urgences D
flg_anam	Item « Désorienté/confus » coché dans l'anamnèse	Binaire	0 = non 1 = oui
flg_dii	Confusion notifiée dans le plan de soins infirmiers	Binaire	0 = non 1 = oui
flg_dii_type	Type de confusion notifiée dans le plan de soins infirmiers	Qualitative	0 = hyperactive 1 = hypoactive 2 = mixte
probdii_ouvert	Problème infirmier concerné dans le plan de soins infirmiers pour la notification de confusion	Qualitative	0 = Suivi des examens MT / bloc-op 1 = Risque de troubles hémodynamiques et/ou rythmiques 2 = Soins et surveillances aux urgences 3 = Autre

flg_dmi	Confusion notifiée dans le dossier médical informatisé	Binaire	0 = non 1 = oui
flg_dmi_loc	Endroit où la confusion a été notifiée dans le dossier médical informatisé	Qualitative	0 = hors conclusion 1 = dans la conclusion
flg_dmi_type	Type de confusion notifiée dans le dossier médical informatisé	Qualitative	0 = hyperactive 1 = hypoactive 2 = mixte
cop_col	Notification de confusion dans le plan de soins infirmiers copiée de la conclusion du dossier médical informatisé	Binaire	0 = non 1 = oui

La confusion aigue chez les patients âgés de 75 ans et plus

CREMER Florence

Plan de la présentation

- ▶ Introduction
- ▶ Aspects théoriques
- ▶ Facteurs prédisposants
- ▶ Facteurs précipitants
- ▶ Symptomatologie
- ▶ Conséquences potentielles
- ▶ Dépistage
- ▶ Concrètement, que faire ?
- ▶ Questions
- ▶ Remerciements

Introduction

- ▶ Qui suis-je ?
- ▶ L'objectif de la présentation ?
- ▶ Pourquoi avoir choisi ce sujet ?
 - ▶ Fréquent
 - ▶ **Urgence réelle** = U3/U5 dans l'échelle ELISA (1)
 - ▶ Potentiellement réversible
 - ▶ Complications sévères
 - ▶ Tendance à être **sous diagnostiqué**
- ▶ Objectif du mémoire ?

(1) Échelle ELISA (Échelle Liégeoise de l'Indice de Sévérité à l'Admission, CHU de Liège, 2013)

Aspects théoriques

- ▶ Confusion aiguë = syndrome confusionnel = delirium
- ▶ Perturbation de la conscience + modification du fonctionnement cognitif en quelques heures ou quelques jours
- ▶ 3 formes : hyperactive, hypoactive & mixte

Facteurs prédisposants

- ▶ Âge > 80 ans
- ▶ Sexe masculin
- ▶ > 3 médicaments
- ▶ ATCD de confusion, déficit cognitif, dépression
- ▶ Déficits sensoriels
- ▶ Déclin fonctionnel
- ▶ Troubles du sommeil
- ▶ Comorbidités
- ▶ Douleur chronique
- ▶ Malnutrition
- ▶ Isolement social

Facteurs précipitants

- ▶ Affections médicales aiguës
- ▶ Troubles métaboliques/endocriniens, insuffisance hépatique ou rénale
- ▶ Déshydratation
- ▶ Anémie
- ▶ Infections, hyperthermie, hypoxie, hypercapnie
- ▶ Rétention urinaire/fécalome/usage de SV
- ▶ Modifications thérapeutiques, toxiques
- ▶ Contentions
- ▶ Syndrome d'immobilisation
- ▶ Chirurgie (surtout orthopédique)
- ▶ Stress psychosocial, deuil
- ▶ Changements dans la routine de soins/de milieux de vie

Symptomatologie

- ▶ Installation rapide des symptômes avec fluctuation au cours de la journée
- ▶ Troubles de l'attention
- ▶ Niveau de conscience altéré, altération de la vigilance
- ▶ Désorientation spatio-temporelle
- ▶ Troubles de la mémoire
- ▶ Désorganisation de la pensée
- ▶ Troubles de la perception
- ▶ Perturbation du cycle veille-sommeil
- ▶ Activité psychomotrice augmentée ou diminuée



Conséquences potentielles

- ▶ Déclin fonctionnel important, autonomie ↘, immobilisation
- ▶ Chute(s), fracture(s), SDDP, escarre(s)
- ▶ Fragilité cognitive
- ▶ Dénutrition, déshydratation, troubles de la déglutition
- ▶ Infections respiratoires et/ou urinaires
- ▶ Incontinence, rétention urinaire et constipation
- ▶ Exacerbation des problèmes chroniques existants
- ▶ Durée de séjour ↗, réadmission ↗, institutionnalisation ↗
- ▶ Coûts de santé ↗
- ▶ Morbidité ↗
- ▶ Mortalité ↗ de 15 à 30%

Comment dépister la confusion aigue de façon rapide ? : l'échelle CAM (1)

Apparition subite - Fluctuation des symptômes
ET
Trouble de l'attention

+

Désorganisation de la pensée
OU
Altération du niveau de conscience

(1) Échelle CAM (Confusion Assessment Method, Inouye et coll., 1990)

Concrètement, que faire ?

- ▶ Dépistage rapide (CAM + autres signes cliniques possibles)
- ▶ Notification dans le DII
 - ❖ Anamnèse : « désorienté/confus » (mode d'admission) ;
« syndrome confusionnel » (motif/problèmes neuro)
 - ❖ Plan de soins infirmiers
- ▶ Transmission (médecin et équipe soignante)
- ▶ Surveillance clinique rapprochée
 - ▶ Éviter autant que possible la contention
 - ▶ Communication importante
 - ▶ Importance de la famille et de l'entourage

Avez-vous des questions ?



Pour toute information complémentaire:

- ▶ florence.cremer@chuliege.be
- ▶ florence.cremer@student.uliege.be

Merci à tous pour votre attention !



Annexe 5 : Echelle de Katz

CRITERE	Ancien Score	Nouveau Score	1	2	3	4
SE LAVER			est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER			est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENTS			est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE			est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE			est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER			est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger ou boire
CRITERE			1	2	3	4
TEMPS (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer

Source : 'Règlement des soins de santé, Annexe 41 Formulaire – Maison de repos et de soins – Echelle de Katz – Justifiant la demande d'intervention dans une institution de soins', *Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité*, 28 juillet 2003.

Annexe 6 : Code book de la partie prospective

Data : CA_PROSPECTIF

Observations : 378

Variables : 32

Variables	Explications	Type	Code et valeurs
groupe	Distinction entre les groupes de patients pré et post-information	Binaire	0 = pré-information 1 = post-information
visit_id	Numéro d'admission	Numérique	Identifiant du séjour concerné
pat_id_dest	Numéro de dossier	Numérique	Identifiant unique du patient
age	Âge du patient	Quantitative continue	Âge en années
sexe	Sexe du patient	Binaire	0 = homme 1 = femme
motif_adm	Le motif d'admission est une confusion	Binaire	0 = non 1 = oui
cam	Résultat de l'échelle CAM	Binaire	0 = CAM négative 1 = CAM positive
conf_type	Type de confusion	Qualitative	0 = hyperactive 1 = hypoactive 2 = mixte
tps_cam	Temps mis pour réaliser l'échelle CAM	Quantitative discrète	Temps en secondes
atcd_confusion	Antécédent de confusion	Binaire	0 = non 1 = oui
date_admi	Date d'admission du patient	Date	JJ/MM /AAAA
heure_admi	Heure d'admission du patient	Heure	HH:MM
date_eval	Date d'évaluation du patient	Date	JJ/MM /AAAA
heure_eval	Heure d'évaluation du patient	Heure	HH:MM
delai_eval	Délai entre l'heure de l'admission et l'évaluation du patient	Quantitative discrète	Délai en minutes
date_sortie	Date de sortie du patient	Date	JJ/MM /AAAA
duree_hospi	Durée d'hospitalisation	Quantitative discrète	Nombre de jour(s)
dcd	Survenue du décès dans le décours de l'hospitalisation	Binaire	0 = non 1 = oui
polymedic	Présence de polymédication (5 molécules ou plus)	Binaire	0 = non 1 = oui
katz	Résultat de l'échelle Katz évaluant le degré d'autonomie du patient	Quantitative discrète	Résultat de 8 à 32/32
envoye_par	Par qui le patient a été envoyé aux urgences	Qualitative	0 = médecin traitant/médecin de garde 1 = famille 2 = patient-lui-même 3 = autre
lieu_de_vie	Lieu de vie du patient	Qualitative	0 = domicile sans aide 1 = domicile avec aide(s) 2 = MR/MRS/RS 3 = famille 4 = autre institution
secteur_urg	Secteur des urgences où le patient se trouve	Qualitative	0 = urgences A 1 = urgences B 2 = urgences C 3 = urgences D

famille_presente	Famille présente aux urgences	Binaire	0 = non 1 = oui
flg_anam	Confusion notifiée dans l'anamnèse	Binaire	0 = non 1 = oui
flg_anam_loc	Type de notification de la confusion dans l'anamnèse	Binaire	0 = item coché 1 = confusion notifiée
flg_dii	Confusion notifiée dans le plan de soins infirmiers	Binaire	0 = non 1 = oui
probdii_ouvert	Problème infirmier concerné pour la notification de confusion	Qualitative	0 = Suivi des examens MT / bloc-op 1 = Risque de troubles hémodynamiques et/ou rythmiques 2 = Soins et surveillances aux urgences 3 = Autre
flg_dmi	Confusion notifiée dans le dossier médical informatisé	Binaire	0 = non 1 = oui
flg_dmi_loc	Endroit où la confusion a été notifiée dans le dossier médical informatisé	Qualitative	0 = hors conclusion 1 = dans la conclusion
cop_col	Notification de confusion dans le plan de soins infirmiers copiée de la conclusion du dossier médical informatisé	Binaire	0 = non 1 = oui
liaig_appl	Liaison gériatrique appelée	Binaire	0 = non 1 = oui

Annexe 7 : Accords du Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire

Annexe 7.1 : Accord du Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire 2016/324

Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 7 décembre 2016

Monsieur le **Prof. V. D'ORIO**
Mademoiselle **Florence CREMER**
Service de **URGENCES**
CHU B35

Concerne: Votre demande d’avis au Comité d’Ethique
Notre réf: **2016/324**

"L'itinéraire clinique du patient gériatrique : prise en charge du patient présentant une confusion aiguë a service des urgences de CHU de Liège. "

Cher Collègue,

Le Comité constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité d’Ethique donne son accord à la réalisation de cette étude.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d’Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l’expression de mes sentiments les meilleurs,

Prof. V. SEUTIN
Président du Comité d’Ethique

Note: l’original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l’Expérimentateur principal.

C.H.U. Sart Tilman, Domaine Universitaire du Sart Tilman – B35, 4000 LIEGE 1
Président : Professeur V. SEUTIN, Vice-Président : Professeur J. DEMONTY
Secrétaire exécutif : Professeur L. DELATTRE
Secrétaire administratif : H. MASSET Tel : 04 366 83 10 – Fax : 04 366 74 41
Mail : ethique@chu.ulg.ac.be
Infos disponibles sur : <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>



MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN Pharmacologue, membre extérieur au CHU	Président
Monsieur le Professeur Jean DEMONTY Interniste, CHU (B35)	Vice Président
Monsieur le Professeur Luc DELATTRE Honoraire, Pharmacien, membre extérieur au CHU	Secrétaire exécutif
Monsieur le Docteur Etienne BAUDOUX Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	
Madame le Professeur Adélaïde BLAVIER Psychologue, membre extérieur au CHU	
Madame le Professeur Florence CAEYMAEX Philosophe, membre extérieur au CHU	
Madame le Docteur Joëlle COLLIGNON Oncologue, CHU	
Monsieur le Docteur Guy DAENEN Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	
Monsieur le Professeur Georges DE LEVAL Juriste, membre extérieur au CHU	
Madame Marie Noëlle ENGLEBERT Juriste, CHU	
Monsieur le Professeur Pierre FIRKET Généraliste, membre extérieur au CHU	
Monsieur le Professeur Ulysse GASPARD Gynécologue, CHU	
Monsieur le Professeur Maurice LAMY Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame Patricia MODANESE Infirmière en chef, CHU	
Madame le Professeur Anne Simone PARENT Pédiatre, CHU	
Monsieur le Professeur Marc RADERMECKER Chirurgien, CHU	
Monsieur le Professeur Régis RADERMECKER Diabétologue, CHU	
Madame Carine THIRION Infirmière, CHU	
Monsieur le Professeur Thierry VAN HEES Pharmacien hospitalier, CHU	

7 décembre 2016

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 16 août 2018

Monsieur le **Prof. V. D'ORIO**
Madame **Florence CREMER**
Service de **URGENCES**
CHU B35

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf.: 2016/324

Cher Collègue,

J'ai le plaisir de vous informer que le Comité d'Ethique a donné une réponse favorable à l'**amendement relatif au protocole version 2 du 01/07/2018**, de l'étude intitulée:

"L'itinéraire clinique du patient gériatrique : prise en charge du patient présentant une confusion aiguë a service des urgences de CHU de Liège."

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs,

Prof. V. SEUTIN
Président du Comité d'Ethique

Copie au Promoteur : **Mme ERPICUM/Dr S. GILLAIN**
Copie à la **Direction de l'AFMPS**

C.H.U. Sart Tilman, Domaine Universitaire du Sart Tilman – B35, 4000 LIEGE 1
Président : Professeur V. SEUTIN, Vice-Président : Professeur J. DEMONTY
Secrétaire exécutif : Professeur L. DELATTRE
Secrétaire administratif : H. MASSET Tel : 04 366 83 10 – Fax : 04 366 74 41
Mail : ethique@chu.ulg.ac.be
Infos disponibles sur : <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN Pharmacologue, membre extérieur au CHU	Président
Monsieur le Professeur Jean DEMONTY Interniste, CHU (B35)	Vice Président
Monsieur le Professeur Luc DELATTRE Honoraire, Pharmacien, membre extérieur au CHU	Secrétaire exécutif
Monsieur Resmi AGIRMAN Représentant des volontaires sains	
Monsieur le Docteur Etienne BAUDOUX Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	
Madame le Professeur Adélaïde BLAVIER Psychologue, membre extérieur au CHU	
Madame le Professeur Florence CAEYMAEX Philosophe, membre extérieur au CHU	
Madame le Docteur Joëlle COLLIGNON Oncologue, CHU	
Monsieur le Docteur Guy DAENEN Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	
Madame Marie Noëlle ENGLEBERT Juriste, membre extérieur au CHU	
Monsieur le Professeur Pierre FIRKET Généraliste, membre extérieur au CHU	
Madame Isabelle HERMANS Assistante sociale, CHU	
Monsieur le Professeur Maurice LAMY Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Monsieur Pierre LISENS Représentant des patients	
Monsieur le Professeur Renaud LOUIS Pneumologue, CHU	
Madame Patricia MODANESE Infirmière en chef, CHU	
Madame le Professeur Anne Simone PARENT Pédiatre, CHU	
Monsieur le Professeur Marc RADERMECKER Chirurgien, CHU	
Monsieur le Professeur Régis RADERMECKER Diabétologue, CHU	
Madame Carine THIRION Infirmière, CHU	
Monsieur le Professeur Thierry VAN HEES Pharmacien hospitalier, CHU	

16/08/2018

Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 8 octobre 2018

Monsieur le **Prof. V. D'ORIO**
Madame **Florence CREMER**
Service des **URGENCES**
CHU B35

Concerne: Votre demande d’avis au Comité d’Ethique
Nr belge : **B707201837271** ; Notre réf: **2018/224**

Cher Collègue,

J’ai le plaisir de vous informer que le Comité d’Ethique a donné une réponse favorable à votre demande d’avis intitulée :

"Dépistage de la confusion aiguë chez le patient gériatrique au sein des urgences du CHU de Liège : formation du personnel et utilisation de l'échelle "CAM". "
Protocole : version 1

Vous trouverez, sous ce pli, le formulaire de réponse reprenant, en français et en anglais, les différents éléments examinés et approuvés et la composition du Comité d’Ethique.

Je vous prie d’agréer, Cher Collègue, l’expression de mes sentiments les meilleurs,

Prof. V. SEUTIN
Président du Comité d’Ethique

Note: l’original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l’Expérimentateur principal.

Copie à la **Direction de l'AFMPS**

C.H.U. Sart Tilman, Domaine Universitaire du Sart Tilman – B35, 4000 LIEGE 1
Président : Professeur V. SEUTIN, Vice-Président : Professeur J. DEMONTY
Secrétaire exécutif : Professeur L. DELATTRE
Secrétaire administratif : H. MASSET Tel : 04 366 83 10 – Fax : 04 366 74 41
Mail : ethique@chu.ulg.ac.be
Infos disponibles sur : <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Notre Dossier nr : *Our File nr* : 2018 / 224
Nr belge : B707201837271

COMITE D'ETHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE
(707)

Approbation d'une demande d'étude clinique
Approval form for a clinical trial

Après examen des éléments suivants : *Having considered the following data* :

1. Protocole, Titre, *Title*

Dépistage de la confusion aiguë chez le patient gériatrique au sein des urgences du
CHU de Liège : formation du personnel et utilisation de l'échelle "CAM".

Numéro d'étude, *Study Number* : version 1

Nr belge: B707201837271

Promoteur, *Promoter*:

M. ERPICUM ET S. GILLAIN

Date du protocole, *Protocol date* : 01/07/2018

Amendem. numéro et date, *Amend. Numb. and date*

	Date	Oui/Yes	Non/No
2. Brochure pour l'investigateur, <i>Investigator's brochure</i>		☐	☐
3. Information et consentement (en Français) <i>Subject information and consent sheet (in French)</i>	05/07/2018	☒	☐
4. Dossier clinique individuel <i>Case report form</i>		☐	☐
5. Déclaration d'assurance <i>Insurance declaration</i>	26/07/2018	☒	☐

Notre Dossier nr : *Our File nr* : 2018 / 224

Approbation d'une demande d'étude clinique (suite)
Approval form for a clinical trial (following page)

Protocole

Dépistage de la confusion aiguë chez le patient gériatrique au sein des urgences du CHU de Liège : formation du personnel et utilisation de l'échelle "CAM".

Service de : URGENCES
Clinical unit

Chef de Service : Prof. V. D'ORIO
Director of the clinical unit

Expérimentateur principal : Florence CREMER
Principal investigator

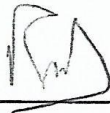
Par décision collégiale, le Comité d'Ethique (voir liste des membres en annexe) :
By collegial decision, the Ethics Committee (see enclosed list of the members) :

Oui/Yes Non/No

■ estime que l'étude peut être réalisée
has accepted the performance of the study

☒☐

Signature
Signature



Nom : Prof. V. SEUTIN Président
Printed name :

Date, *Date* :

8 octobre 2018

The Ethics Committee states that it is organized and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures

Cette approbation ne signifie pas que le comité prend la responsabilité de l'étude.
This approval does not mean that the Ethics Committee takes the responsibility of the study

Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN Pharmacologue, membre extérieur au CHU	Président
Monsieur le Professeur Jean DEMONTY Interniste, CHU (B35)	Vice Président
Monsieur le Professeur Luc DELATTRE Honoraire, Pharmacien, membre extérieur au CHU	Secrétaire exécutif
Monsieur Resmi AGIRMAN Représentant des volontaires sains	
Monsieur le Docteur Etienne BAUDOUX Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	
Madame le Professeur Adélaïde BLAVIER Psychologue, membre extérieur au CHU	
Madame le Professeur Florence CAEYMAEX Philosophe, membre extérieur au CHU	
Madame le Docteur Joëlle COLLIGNON Oncologue, CHU	
Monsieur le Docteur Guy DAENEN Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	
Madame Marie Noëlle ENGLEBERT Juriste, membre extérieur au CHU	
Monsieur le Professeur Pierre FIRKET Généraliste, membre extérieur au CHU	
Madame Isabelle HERMANS Assistante sociale, CHU	
Monsieur le Professeur Maurice LAMY Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Monsieur Pierre LISENS Représentant des patients	
Monsieur le Professeur Renaud LOUIS Pneumologue, CHU	
Madame Patricia MODANESE Infirmière en chef, CHU	
Madame le Professeur Anne Simone PARENT Pédiatre, CHU	
Monsieur le Professeur Marc RADERMECKER Chirurgien, CHU	
Monsieur le Professeur Régis RADERMECKER Diabétologue, CHU	
Madame Carine THIRION Infirmière, CHU	
Monsieur le Professeur Thierry VAN HEES Pharmacien hospitalier, CHU	

8 octobre 2018

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 22/07/2019

Monsieur le Prof. V. D'ORIO
Madame Florence CREMER
Service de URGENCES
CHU B35

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Nr belge: B707201837271 ; Notre réf.: 2018/224

Cher Collègue,

J'ai le plaisir de vous informer que le Comité d'Ethique a donné une réponse favorable à l'amendement relatif au changement du titre de l'étude ainsi qu'aux documents d'information et de consentement éclairé (v1 principal et v2 représentant légal) du 17/04/2019, moyennant l'inclusion du RGPD dans ceux-ci et ce, à dater de ce jour.

de l'étude intitulée:

"Dépistage de la confusion aigüe chez le patient âgé de 75 ans et plus au sein des urgences du CHU de Liège : formation du personnel et utilisation de l'échelle "CAM"."
Protocole: version 1

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. V. SEUTIN
Président du Comité d'Ethique

Copie au Promoteur : M. ERPICUM et S. GILLAIN
Copie à la Direction de l'AFMPS

C.H.U. Sart Tilman, Domaine Universitaire du Sart Tilman - B35, 4000 LIEGE 1
Président : Professeur V. SEUTIN
Vice-Président : Professeur J. DEMONTY
Secrétaire exécutif : Docteur G. DAENEN
Secrétariat administratif : R. CHANET - A. ZANZEN - Coordinatrice scientifique : E. RUBENS
Tel : 04 366 83 10 - Fax : 04 366 74 41 - Mail : ethique@chu.ulg.ac.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN Pharmacologue, membre extérieur au CHU	Président
Monsieur le Professeur Jean DEMONTY Interniste, CHU	Vice Président
Monsieur le Docteur Guy DAENEN Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	Secrétaire exécutif
Monsieur Resmi AGIRMAN Représentant des volontaires sains	
Monsieur le Docteur Etienne BAUDOUX Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	
Madame le Professeur Adélaïde BLAVIER Psychologue, membre extérieur au CHU	
Madame le Professeur Florence CAEYMAEX Philosophe, membre extérieur au CHU	
Madame Marie Noëlle ENGLEBERT Juriste, membre extérieur au CHU	
Monsieur le Professeur Pierre FIRKET Généraliste, membre extérieur au CHU	
Madame Isabelle HERMANS Assistante sociale, CHU	
Monsieur le Professeur Maurice LAMY Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame le Docteur Marie LEJEUNE / Madame le Docteur Sophie SERVAIS (suppléante) Hématologues, CHU	
Monsieur Pierre LISENS / Madame Viviane DESSOUROUX (suppléante) Représentant (e) des patients	
Madame Patricia MODANESE Infirmière chef d'unité, CHU	
Madame le Professeur Anne Simone PARENT Pédiatre, CHU	
Monsieur le Professeur Marc RADERMECKER Chirurgien, CHU	
Monsieur le Professeur Régis RADERMECKER Diabétologue, CHU	
Madame Isabelle ROLAND Pharmacie, CHU	
Madame le Docteur Isabelle RUTTEN Radiothérapeute, membre extérieur CHU	
Madame Carine THIRION Infirmière chef d'unité, CHU	

22/07/2019

Annexe 8 : Formulaires d'information et consentement

Annexe 8.1 : Formulaire d'information et consentement éclairé

Titre de l'étude : Dépistage de la confusion aigüe chez le patient âgé de 75 ans et plus au sein des urgences du CHU de Liège : formation du personnel infirmier et utilisation de l'échelle « CAM »

Promotrice et co-promotrice de l'étude : Dr Erpicum Marie, Conseiller à la Direction Médicale, Domaine Universitaire du Sart Tilman B.35 à 4000 Liège, marie.erpicum@chuliege.be

Dr Gillain Sophie, Gériatre, Domaine Universitaire du Sart Tilman B.35 à 4000 Liège, sgillain@chuliege.be

Comité d'Ethique Médicale : Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)

Investigatrice : Mlle Crémer Florence, Infirmière, florence.cremer@chuliege.be

I. Information essentielle à votre décision de participer

Introduction

Vous êtes invité à participer à une étude. Votre prise en charge sera réalisée de manière habituelle, conformément aux conditions de bonne pratique médicale et indépendamment de votre éventuelle participation à cette étude.

Nous vous demandons simplement de pouvoir vous poser des questions relatives à une échelle de dépistage et de collecter vos réponses, les cumuler avec celles d'autres patients et les traiter statistiquement à des fins de recherche.

Aucune procédure supplémentaire de diagnostic ou de surveillance ne vous sera proposée.

Avant que vous n'acceptiez de participer à cette étude, nous vous invitons à prendre connaissance de ses implications en termes d'organisation et avantages afin que vous puissiez prendre une décision en toute connaissance de cause. Ceci s'appelle donner un « consentement éclairé ».

Veillez lire attentivement ces quelques pages d'information et poser toutes les questions que vous souhaitez à l'investigatrice ou à la personne qui la représente.

Ce document comprend 3 parties : l'information essentielle à votre prise de décision, votre consentement écrit et des informations complémentaires (annexes) qui détaillent certaines parties de l'information de base.

Si vous participez à cette étude, vous devez savoir que :

- Cette étude est mise en œuvre après évaluation par un Comité d'Ethique.
- Votre participation est volontaire et doit rester libre de toute contrainte. Elle nécessite la signature d'un document exprimant votre consentement. Même après l'avoir signé, vous pouvez arrêter de participer en informant l'investigatrice.
- Les données recueillies à cette occasion sont confidentielles et votre anonymat est garanti lors de l'utilisation et lors de la publication des résultats.
- Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche.
- Vous pouvez toujours contacter l'investigatrice ou un membre de son équipe si vous avez besoin d'informations complémentaires.

Un complément d'informations sur vos « Droits de participant à une étude clinique » est fourni en annexe pages 4 et 5.

Objectif et déroulement de l'étude

Cette étude est organisée pour favoriser le diagnostic précoce de la confusion aigue chez les patients de 75 ans et plus admis aux urgences.

Cette étude inclut tout patient admis dans un service d'urgences du CHU de Liège sur le site du Sart Tilman sur deux périodes de temps nécessaires au recrutement de 189 patients chacune.

Pour pouvoir participer à l'étude, vous devez être âgé de 75 ans au minimum et maîtriser la langue française.

Votre participation active à l'étude consiste en la réalisation d'une échelle de dépistage de la confusion aigue (environ 5 à 10 minutes) lors de votre passage aux urgences. L'investigatrice vous interrogera lors de votre passage aux urgences et votre famille, si elle est présente, pour rassembler l'ensemble des données et informations nécessaires à cette échelle.

Description des risques et bénéfices

Le dépistage réalisé ne sort pas de la bonne pratique médicale. Aucun risque, en terme de santé, ne peut être lié à votre participation à cette étude.

De même, vous ne devez pas vous attendre à des bénéfices personnels du fait de votre participation à l'étude.

Votre participation nous permettra de mieux détecter la confusion aigue chez les personnes âgées aux urgences, de proposer une meilleure prise en charge de celle-ci à l'avenir.

Retrait de consentement

Votre participation est volontaire et vous avez le droit de retirer votre consentement à participer à l'étude pour quelque raison que ce soit, sans devoir vous justifier.

Si vous retirez votre consentement à l'étude, afin de garantir la validité de la recherche, les données codées jusqu'au moment de votre interruption seront conservées.

Contacts

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, mais aussi en cas de problème ou d'inquiétude, vous pouvez contacter l'investigatrice, Mlle Crémer Florence au 0499/ 46 92 61 ou la promotrice de l'étude, Dr Erpicum Marie au 04/ 284 35 81.

Si vous avez des questions relatives à vos droits de participant à une étude, vous pouvez contacter le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège au 04/ 366 83 10.

II. Consentement éclairé

Participant

Je déclare que j'ai été informé sur la nature de l'étude, son but, sa durée et ce que l'on attend de moi. J'ai pris connaissance du document d'information et des annexes à ce document.

J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse favorable à mes questions.

J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que l'investigatrice, la promotrice et la co-promotrice de l'étude se portent garantes de la confidentialité de ces données.

Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garantie de confidentialité (page 5).

- J'accepte / n'accepte pas (biffer la mention inutile) que les données de recherche récoltées pour les objectifs de la présente étude puissent être traitées ultérieurement pour autant que ce traitement soit limité au contexte de la présente étude (meilleure connaissance de la maladie et de son traitement).
- J'accepte / n'accepte pas (biffer la mention inutile) que mon médecin généraliste ou d'autres médecins spécialistes en charge de ma santé soient contactés si nécessaire pour l'obtention d'informations complémentaires relatives à ma santé.

J'ai reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Nom, prénom, date et signature du volontaire

Investigatrice

Je soussigné, Crémer Florence, investigatrice, confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information au participant.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le patient accepte de participer à l'étude et que je suis prête à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la « Déclaration d'Helsinki », dans les « Bonnes Pratiques Cliniques » et dans la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Nom, Prénom, Date et signature de l'investigatrice

Titre de l'étude : Dépistage de la confusion aigue chez le patient âgé de 75 ans et plus au sein des urgences du CHU de Liège : formation du personnel infirmier et utilisation de l'échelle « CAM »

III. Informations complémentaires

1. Complément d'informations sur l'organisation de l'étude

Cette étude consiste en la complétion d'une échelle de dépistage via un entretien oral entre le patient, sa famille présente et l'investigatrice. Cet entretien de 5-10 minutes sera réalisé après le passage au tri infirmier et l'installation dans un box ou en salle d'attente du service des urgences. Cet entretien ne sera réalisé qu'une seule fois durant le séjour.

2. Complément d'informations sur les risques liés à la participation à l'étude

Sans objet

3. Complément d'informations sur la protection et les droits du participant à une étude clinique

Comité d'Ethique

Cette étude a été évaluée par un Comité d'Ethique indépendant, à savoir le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707), qui a émis un avis favorable. Les Comités d'Ethique ont pour tâche de protéger les personnes qui participent à une étude. Ils s'assurent que vos droits en tant que patient et tant que participant à une étude sont respectés, qu'au vu des connaissances actuelles, l'étude est scientifiquement pertinente et éthique. En aucun cas vous ne devez prendre l'avis favorable du Comité d'Ethique comme une incitation à participer à cette étude.

Participation volontaire

Avant de signer, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugez utiles. Prenez le temps d'en parler à une personne de confiance si vous le souhaitez.

Votre participation à l'étude est volontaire et doit rester libre de toute contrainte : ceci signifie que vous avez le droit de ne pas y participer ou de vous retirer sans justification même si vous aviez accepté préalablement d'y participer. Votre décision ne modifiera en rien vos relations avec l'investigatrice et la qualité de votre prise en charge thérapeutique future.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous signerez le formulaire de consentement éclairé. L'investigatrice signera également ce formulaire et confirmera ainsi qu'elle vous a fourni les informations nécessaires sur l'étude. Vous recevrez l'exemplaire qui vous est destiné.

Coût associé à votre participation

Vous ne percevrez aucune indemnisation pour votre participation à cette étude. Par ailleurs, cette dernière n'entraînera pour vous aucun frais supplémentaire.

Document d'information et consentement éclairé version 1, datée du 17/04/19, page 4 sur 5

Garantie de confidentialité

Votre participation à l'étude signifie que vous acceptez que l'investigatrice recueille des données vous concernant.

Un formulaire de consentement relatif aux traitements de données à caractère personnel vous est fourni en annexe et expliqué par l'investigatrice. Le consentement et la signature de celui-ci sont indispensables à votre participation à l'étude.

Assurance

Dans une étude observationnelle, le seul risque éventuel serait une faille dans les mesures prises pour protéger la confidentialité des renseignements à caractère privé vous concernant. La promotrice et la co-promotrice assument, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, la promotrice et la co-promotrice ont souscrits un contrat d'assurance (Ethias, Ulg Recherches biomédicales, police n°45.119.577)¹.

¹ Conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004).

Annexe 8.2 : Formulaire d'information et consentement éclairé avec représentant légal

Titre de l'étude : Dépistage de la confusion aigue chez le patient âgé de 75 ans et plus au sein des urgences du CHU de Liège : formation du personnel infirmier et utilisation de l'échelle « CAM »

Promotrice et co-promotrice de l'étude : Dr Erpicum Marie, Conseiller à la Direction Médicale, Domaine Universitaire du Sart Tilman B.35 à 4000 Liège, marie.erpicum@chuliege.be

Dr Gillain Sophie, Gériatre, Domaine Universitaire du Sart Tilman B.35 à 4000 Liège, sgillain@chuliege.be

Comité d'Ethique Médicale : Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)

Investigatrice : Mlle Crémer Florence, Infirmière, florence.cremer@chuliege.be

I. Information essentielle à votre décision de participer

Introduction

Votre proche est invité à participer à une étude. La prise en charge sera réalisée de manière habituelle, conformément aux conditions de bonne pratique médicale et indépendamment de l'éventuelle participation à cette étude.

Nous vous demandons simplement de pouvoir poser des questions à votre proche, relatives à une échelle de dépistage et de collecter les réponses, les cumuler avec celles d'autres patients et les traiter statistiquement à des fins de recherche.

Aucune procédure supplémentaire de diagnostic ou de surveillance ne sera proposée.

A l'attention du patient : Il se peut que vous n'étiez pas capable, au moment de votre inclusion dans l'étude, de prendre vous-même la décision de participer ou non à cette étude. Il est alors d'usage de faire appel à un représentant légal. On demande à ce dernier de prendre une décision de participation à l'étude de la personne qu'il représente au mieux des intérêts de cette personne et en tenant compte de sa probable volonté. Votre représentant a accepté votre participation à cette étude, sachant que dès que votre situation clinique le permettrait, vous seriez mis au courant de votre participation à une étude et libre à ce moment de consentir à poursuivre cette participation ou d'y mettre un terme. Nous vous demandons maintenant de confirmer ou non votre participation.

A l'attention du représentant légal : En raison de sa situation clinique, la personne que vous représentez n'est pour le moment pas considérée comme apte à prendre une décision de participation en toute connaissance de cause. Vous êtes donc invité à vous prononcer sur sa participation à cette étude en tenant compte de sa probable volonté.

Dans la suite de ce document, les phrases sont formulées comme si nous nous adressions directement à la personne que vous représentez.

Avant que vous n'acceptiez de participer à cette étude, nous vous invitons à prendre connaissance de ses implications en termes d'organisation et avantages, afin que vous puissiez prendre une décision en toute connaissance de cause. Ceci s'appelle donner un « consentement éclairé ».

Veuillez lire attentivement ces quelques pages d'information et poser toutes les questions que vous souhaitez à l'investigatrice ou à la personne qui la représente.

*Document d'information et consentement éclairé version 2 (représentant légal), datée du 17/04/19,
page 1 sur 6*

Ce document comprend 3 parties : l'information essentielle à votre prise de décision, votre consentement écrit et des informations complémentaires (annexes) qui détaillent certaines parties de l'information de base.

Si vous participez à cette étude, vous devez savoir que :

- Cette étude est mise en œuvre après évaluation par un Comité d'Éthique.
- Votre participation est volontaire et doit rester libre de toute contrainte. Elle nécessite la signature d'un document exprimant votre consentement. Même après l'avoir signé, vous pouvez arrêter de participer en informant l'investigatrice.
- Les données recueillies à cette occasion sont confidentielles et votre anonymat est garanti lors de l'utilisation et lors de la publication des résultats.
- Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche.
- Vous pouvez toujours contacter l'investigatrice ou un membre de son équipe si vous avez besoin d'informations complémentaires.

Un complément d'informations sur vos « Droits de participant à une étude clinique » est fourni en annexe pages 5 et 6.

Objectif et déroulement de l'étude

Cette étude est organisée pour favoriser le diagnostic précoce de la confusion aigüe chez les patients de 75 ans et plus admis aux urgences.

Cette étude inclut tout patient admis dans un service d'urgences du CHU de Liège sur le site du Sart Tilman sur deux périodes de temps nécessaires au recrutement de 189 patients chacune.

Pour pouvoir participer à l'étude, vous devez être âgé de 75 ans au minimum et maîtriser la langue française.

Votre participation active à l'étude consiste en la réalisation d'une échelle de dépistage de la confusion aigüe (environ 5 à 10 minutes) lors de votre passage aux urgences. L'investigatrice vous interrogera lors de votre passage aux urgences et votre famille, si elle est présente, pour rassembler l'ensemble des données et informations nécessaires à cette échelle.

Description des risques et bénéfices

Le dépistage réalisé ne sort pas de la bonne pratique médicale. Aucun risque, en terme de santé, ne peut être lié à votre participation à cette étude.

De même, vous ne devez pas vous attendre à des bénéfices personnels du fait de votre participation à l'étude.

Votre participation nous permettra de mieux détecter la confusion aigüe chez les personnes âgées aux urgences de proposer une meilleure prise en charge de celle-ci à l'avenir.

*Document d'information et consentement éclairé version 2 (représentant légal), datée du 17/04/19,
page 2 sur 6*

Retrait de consentement

Votre participation est volontaire et vous avez le droit de retirer votre consentement à participer à l'étude pour quelque raison que ce soit, sans devoir vous justifier.

Si vous retirez votre consentement à l'étude, afin de garantir la validité de la recherche, les données codées jusqu'au moment de votre interruption seront conservées.

Contacts

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, mais aussi en cas de problème ou d'inquiétude, vous pouvez contacter l'investigatrice, Mlle Crémer Florence au 0499/ 46 92 61 ou la promotrice de l'étude, Dr Erpicum Marie au 04/ 284 35 81.

Si vous avez des questions relatives à vos droits de participant à une étude, vous pouvez contacter le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège au 04/ 366 83 10.

Titre de l'étude : Dépistage de la confusion aigue chez le patient âgé de 75 ans et plus au sein des urgences du CHU de Liège : formation du personnel infirmier et utilisation de l'échelle « CAM »

II. Consentement éclairé

Participant

Je déclare que j'ai été informé sur la nature de l'étude, son but, sa durée et ce que l'on attend de moi. J'ai pris connaissance du document d'information et des annexes à ce document.

J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse favorable à mes questions.

J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que l'investigatrice, la promotrice et la co-promotrice de l'étude se portent garantes de la confidentialité de ces données.

Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garantie de confidentialité (page 6).

- J'accepte / n'accepte pas (biffer la mention inutile) que les données de recherche récoltées pour les objectifs de la présente étude puissent être traitées ultérieurement pour autant que ce traitement soit limité au contexte de la présente étude (meilleure connaissance de la maladie et de son traitement).
- J'accepte / n'accepte pas (biffer la mention inutile) que mon médecin généraliste ou d'autres médecins spécialistes en charge de ma santé soient contactés si nécessaire pour l'obtention d'informations complémentaires relatives à ma santé.

J'ai reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Nom, prénom, date et signature du représentant légal

Investigatrice

Je soussigné, Crémer Florence, investigatrice confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information au participant.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le patient accepte de participer à l'étude et que je suis prête à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la « Déclaration d'Helsinki », dans les « Bonnes Pratiques Cliniques » et dans la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Nom, Prénom, Date et signature de l'investigatrice

Titre de l'étude : Dépistage de la confusion aigüe chez le patient âgé de 75 ans et plus au sein des urgences du CHU de Liège : formation du personnel infirmier et utilisation de l'échelle « CAM »

III. Informations complémentaires

1. Complément d'informations sur l'organisation de l'étude

Cette étude consiste en la complétion d'une échelle de dépistage via un entretien oral entre le patient, sa famille présente et l'investigatrice. Cet entretien de 5-10 minutes sera réalisé après le passage au tri infirmier et l'installation dans un box ou en salle d'attente du service des urgences. Cet entretien ne sera réalisé qu'une seule fois durant le séjour.

2. Complément d'informations sur les risques liés à la participation à l'étude

Sans objet

3. Complément d'informations sur la protection et les droits du participant à une étude clinique

Comité d'Ethique

Cette étude a été évaluée par un Comité d'Ethique indépendant, à savoir le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707), qui a émis un avis favorable. Les Comités d'Ethique ont pour tâche de protéger les personnes qui participent à une étude. Ils s'assurent que vos droits en tant que patient et tant que participant à une étude sont respectés, qu'au vu des connaissances actuelles, l'étude est scientifiquement pertinente et éthique. En aucun cas vous ne devez prendre l'avis favorable du Comité d'Ethique comme une incitation à participer à cette étude.

Participation volontaire

Avant de signer, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugez utiles. Prenez le temps d'en parler à une personne de confiance si vous le souhaitez.

Votre participation à l'étude est volontaire et doit rester libre de toute contrainte: ceci signifie que vous avez le droit de ne pas y participer ou de vous retirer sans justification même si vous aviez accepté préalablement d'y participer. Votre décision ne modifiera en rien vos relations avec l'investigatrice et la qualité de votre prise en charge thérapeutique future.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous signerez le formulaire de consentement éclairé. L'investigatrice signera également ce formulaire et confirmera ainsi qu'elle vous a fourni les informations nécessaires sur l'étude. Vous recevrez l'exemplaire qui vous est destiné.

Coût associé à votre participation

Vous ne percevrez aucune indemnisation pour votre participation à cette étude. Par ailleurs, cette dernière n'entraînera pour vous aucun frais supplémentaire.

Garantie de confidentialité

Votre participation à l'étude signifie que vous acceptez que l'investigatrice recueille des données vous concernant.

Un formulaire de consentement relatif aux traitements de données à caractère personnel vous est fourni en annexe et expliqué par l'investigatrice. Le consentement et la signature de celui-ci sont indispensables à votre participation à l'étude.

Assurance

Dans une étude observationnelle, le seul risque éventuel serait une faille dans les mesures prises pour protéger la confidentialité des renseignements à caractère privé vous concernant. La promotrice et la co-promotrice assument, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, la promotrice et la co-promotrice ont souscrits un contrat d'assurance (Ethias, Ulg Recherches biomédicales, police n°45.119.577)¹.

¹ Conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004).

Annexe 8.3 : Consentement relatif aux traitements de données à caractère personnel



Université de Liège

Formulaire de consentement relatif aux traitements de données à caractère personnel

Dépistage de la confusion aigue chez le patient âgé de 75 ans et plus au sein des urgences du CHU de Liège : formation du personnel infirmier et utilisation de l'échelle « CAM »

Les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel (ou de celles de la personne dont vous avez la responsabilité légale), conformément au *Règlement général sur la protection des données* (RGPD – UE 2016/679) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

1. Quelles seront les données collectées ?

Les données récoltées seront : le numéro de référence du patient (CHU), le numéro d'hospitalisation, l'âge, le sexe, la date d'admission et l'heure d'admission, la date et l'heure de la prise en charge, le délai entre ces 2 moments, par qui le patient a été envoyé aux urgences, la provenance du patient (domicile, domicile avec aides, maison de repos/maison de repos et de soins/résidence service, vit avec la famille, autre institution), le motif d'admission, le secteur des urgences où le patient est hospitalisé, si le consentement a été obtenu via un représentant légal, si une confusion a été notifiée dans l'anamnèse infirmière - le dossier infirmier - le dossier médical ainsi que l'endroit, le résultat de l'échelle de dépistage de la confusion (CAM), le temps nécessaire pour remplir cette échelle, le niveau d'autonomie via une échelle de dépistage (ADL), la présence ou non de polymédication (prise de 5 molécules différentes ou plus), si la liaison gériatrique a été sollicitée - si une confusion a été notifiée - le résultat de l'échelle CAM et si la famille était présente lors de l'évaluation.

2. Comment les données seront-elles collectées ?

Les données seront récoltées dans le dossier médical et infirmier informatisés, auprès du patient et éventuellement de sa famille si celle-ci est présente.

Les données seront encodées dans une base de données sécurisée par un mot de passe. Les documents papiers (consentements) seront scannés et archivés puis détruits.

3. Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?

Les données seront conservées uniquement durant le temps nécessaire à leur traitement soit jusqu'au 31/12/19. Ces données seront conservées par l'investigatrice : Mlle Crémer Florence sur un serveur protégé mis à disposition par l'Université de Liège.

4. Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?

Les données récoltées reprises dans le point 1 seront dès que possible pseudonymisées (codées) afin de garantir l'anonymat de celles-ci.

5. Sur quelle base légale ces données seront-elles récoltées et traitées ?

La collecte et l'utilisation de vos données à caractère personnel (ou de la personne dont vous avez la responsabilité légale) reposent sur votre consentement écrit. En consentant à participer à l'étude ou à laisser la personne dont vous avez la responsabilité légale participer à l'étude, vous acceptez que les données personnelles exposées au point 1 puissent être recueillies et traitées aux fins de recherche exposées au point 4.

6. À quelle fin ces données seront-elles récoltées ?

L'objectif de l'étude est de favoriser le diagnostic précoce de la confusion aigüe chez les patients gériatriques admis aux urgences. Cette étude est menée dans le cadre du mémoire de Master de Santé Publique de Mlle Florence Crémer.

7. Qui pourra consulter et utiliser ces données ?

Les personnes ayant accès aux données, sont :

- L'investigatrice : Mlle Crémer Florence
- Les promotrices de l'étude : Dr Ericum Marie et Dr Gillain Sophie

Les données pseudonymisées et anonymisées seront éventuellement traitées par le Dr Dardenne Nadia à des fins de traitement statistique. Ces données ne comprendront donc ni le numéro du patient ni le numéro d'hospitalisation.

8. Ces données seront-elles transférées à d'autres chercheurs ?

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement auprès de tiers.

9. Quels sont les droits dont dispose la personne dont les données sont utilisées ?

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination;
- obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sans frais, la portabilité des données à caractère personnel la concernant et qu'elle a fournies à l'Université, c'est-à-dire de recevoir, sans frais, les données dans un format structuré couramment utilisé, à la condition que le traitement soit fondé sur le consentement ou sur un contrat et qu'il soit effectué à l'aide de procédés automatisés;
- retirer, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire, son consentement. Ce retrait entraîne automatiquement la destruction, par le chercheur, des données à caractère personnel collectées ;
- introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

10. Comment exercer ces droits ?

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser aux responsables du projet de recherche :

- Dr Erpicum Marie, Conseiller à la direction Médicale, Domaine Universitaire du Sart Tilman B.35 à 4000 Liège, marie.erpicum@chuliege.be
- Dr Gillain Sophie, Gériatre, Domaine Universitaire du Sart Tilman B.35 à 4000 Liège, sgillain@chuliege.be
- Mlle Crémer Florence, Investigatrice, florence.cremer@chuliege.be

ou au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique (dpo@uliege.be), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège
M. le Délégué à la protection des données,
Bât. B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
4000 Liège, Belgique.

Je déclare avoir lu et compris les 3 pages de ce présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire signé par les personnes responsables du projet. Je comprends la nature et le motif de ma participation (ou de celle d'un de mes proches dont j'ai la responsabilité légale) au projet et ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles j'ai reçu une réponse satisfaisante. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet ou que la personne dont j'ai la responsabilité légale participe au projet.

Nom et Prénom :

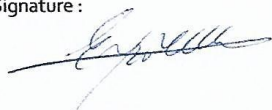
Date :

Signature :

Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

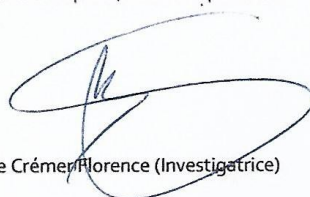
Nom et Prénom : Dr Erpicum Marie (PhD Santé Publique)

Signature :



Nom et Prénom : Dr Gillain Sophie (Médecin Spécialiste – Gériatre)

Signature :



Sophie Gillain.
16 99 34 70180

Nom et Prénom : Mlle Crémer Florence (Investigatrice)

Date :

Signature :

Annexe 9 : Statistique descriptive de l'échantillon rétrospectif

Tableau 2 : Statistique descriptive des admissions des patients de 75 ans et plus admis aux urgences du CHULg pour l'année 2017 pour lesquelles une extraction a été faite

Caractéristiques	n	Description
Confusion notifiée	678	
Notification correcte (%)		397 (58.6)
Notification incorrecte (%)		281 (41.5)
Âge (années), Moyenne± Sd	678	83.5 ± 5.19
Sexe	678	
Femme (%)		359 (53.0)
Admis pour confusion	678	
Non (%)		531 (78.3)
Antécédent de confusion	177	
Oui (%)		142 (80.2)
Durée d'hospitalisation (jours), Médiane (P25-P75)	678	9 (2-16)
Patient décédé dans le décours l'hospitalisation	678	
Non (%)		616 (90.9)
Polymédication	658	
Oui (%)		481 (73.1)
Patient envoyé aux urgences par	599	
Médecin traitant, médecin de garde (%)		277 (46.2)
Famille (%)		129 (21.5)
Lui-même (%)		55 (9.18)
Autre (%)		138 (23.0)
Lieu de vie du patient	584	
Domicile sans aide (%)		113 (19.4)
Domicile avec aide(s) (%)		243 (41.6)
MR/MRS/RS (%)		153 (26.2)
Famille (%)		52 (8.90)
Autre institution (%)		23 (3.94)
Secteurs des urgences	678	
Urgences A (%)		19 (2.80)
Urgences B (%)		538 (79.4)
Urgences C (%)		54 (7.96)
Urgences D (%)		67 (9.88)
Confusion cochée dans l'anamnèse	678	
Non (%)		668 (98.5)
Confusion notifiée dans le PSI	678	
Non (%)		554 (81.7)
Type de confusion notifiée dans le PSI	52	
Hyperactive (%)		47 (90.4)
Hypoactive (%)		4 (7.69)
Mixte (%)		1 (1.92)

Problème infirmier concerné pour la notification de confusion dans le PSI	124	
Soins et surveillances aux urgences (%)		124 (100)
Confusion notifiée dans le DMI	678	
Oui (%)		362 (53.4)
Endroit où la confusion a été notifiée dans le DMI	362	
Hors conclusion (%)		236 (65.2)
Dans la conclusion (%)		126 (34.8)
Type de confusion notifiée dans le DMI	66	
Hyperactive (%)		46 (69.7)
Hypoactive (%)		19 (28.8)
Mixte (%)		1 (1.52)
Confusion copiée de la conclusion du DMI vers le PSI	126	
Non (%)		79 (62.7)

Annexe 10 : Comparaison entre les notifications de confusion correctes et incorrectes

Tableau 3 : Comparaison entre les notifications de confusion correctes et incorrectes

Caractéristiques	Notification correcte (n=397)		Notification incorrecte (n=281)		p-valeur
	n	Description	n	Description	
Âge (années), Moyenne± Sd	397	83.9 ± 5.05	281	83.1 ± 5.36	0.05
Sexe	397		281		0.42
Femme (%)		205 (51.6)		154 (54.8)	
Admis pour confusion	397		281		< 0.0001
Non (%)		254 (64.0)		277 (98.6)	
Antécédent de confusion	122		55		0.05
Oui (%)		93 (76.2)		49 (89.1)	
Durée d'hospitalisation (jours), Médiane (P25-P75)	397		281		0.06
		9 (1-15)		10 (3-18)	
Patient décédé dans le décours de l'hospitalisation	397		281		0.53
Non (%)		363 (91.4)		253 (90.0)	
Polymédication	382		276		0.72
Oui (%)		277 (72.5)		204 (73.9)	
Patient envoyé aux urgences par	358		241		0.001
Médecin traitant, médecin de garde (%)		166 (46.4)		111 (46.1)	
Famille (%)		90 (25.1)		39 (16.2)	
Lui-même (%)		21 (5.90)		34 (14.1)	
Autre (%)		81 (22.6)		57 (23.7)	
Lieu de vie du patient	348		236		0.09
Domicile sans aide (%)		64 (18.4)		49 (20.8)	
Domicile avec aide(s) (%)		140 (40.2)		103 (43.6)	
MR/MRS/RS (%)		105 (30.2)		48 (20.3)	
Famille (%)		28 (8.00)		24 (10.2)	
Autre institution (%)		11 (3.20)		12 (5.10)	
Secteurs des urgences	397		281		0.007
Urgences A (%)		6 (1.50)		13 (4.60)	
Urgences B (%)		331 (83.4)		207 (73.7)	
Urgences C (%)		25 (6.30)		29 (10.3)	
Urgences D (%)		35 (8.80)		32 (11.4)	
Confusion cochée dans l'anamnèse	397		281		0.007
Non (%)		387 (97.5)		281 (100)	
Confusion notifiée dans le PSI	397		281		< 0.0001
Non (%)		273 (68.8)		281 (100)	
Type de confusion notifiée dans le PSI	52		/		1
Hyperactive (%)		47 (90.4)		/	
Hypoactive (%)		4 (7.70)		/	
Mixte (%)		1 (1.90)		/	
Confusion notifiée dans le DMI	397		281		< 0.0001
Oui (%)		360 (90.7)		2 (0.70)	

Endroit où la confusion a été notifiée dans le DMI	360	2	0.54
Hors conclusion (%)	234 (65.0)	2 (100)	
Dans la conclusion (%)	126 (35.0)	/	
Type de confusion notifiée dans le DMI	66	/	1
Hyperactive (%)	46 (69.7)	/	
Hypoactive (%)	19 (28.8)	/	
Mixte (%)	1 (1.50)	/	
Confusion copiée de la conclusion du DMI vers le PSI	126	/	1
Non (%)	79 (62.7)	/	

Annexe 11 : Comparaison de la variable CAM positive entre les deux groupes

Tableau 5 : Comparaison de la variable CAM positive entre les deux groupes : analyse univariée

Caractéristiques	CAM positive, groupe pré-information (n=34)		CAM positive, groupe post-information (n=22)		p-valeur
	n	Description	n	Description	
Âge (années), Moyenne $\pm$ Sd	34	84.4 $\pm$ 5.25	22	83.5 $\pm$ 5.32	0.57
Sexe	34		22		0.98
Femme (%)		20 (58.8)		13 (59.1)	
Admis pour confusion	34		22		0.43
Non (%)		25 (73.5)		14 (63.6)	
Type de confusion	34		22		0.85
Hyperactive (%)		15 (44.1)		9 (40.9)	
Hypoactive (%)		12 (35.3)		7 (31.8)	
Mixte (%)		7 (20.6)		6 (27.3)	
Temps mis pour réaliser l'échelle CAM (secondes), Médiane (P25-P75)	34	131 (72-160.5)	22	105 (85.5-132)	0.79
Antécédent de confusion	34		22		0.83
Oui (%)		18 (52.9)		11 (50)	
Délai entre l'admission et l'évaluation (minutes), Médiane (P25-P75)	34	149 (83-270)	22	162 (63.8-231)	0.56
Durée d'hospitalisation (jours), médiane (P25-P75)	34	11 (3-16.8)	22	10 (6.5-15.5)	0.85
Patient décédé durant l'hospitalisation	34		22		1
Non (%)		30 (88.2)		19 (86.4)	
Polymédication	34		22		1
Oui (%)		25 (73.5)		17 (77.3)	
Katz, Médiane (P25-P75)	34	15 (10-19)	22	14.5 (11-19.5)	0.79
Patient envoyé par	34		22		0.86
Médecin traitant, médecin de garde (%)		19 (55.9)		14 (63.6)	
Famille (%)		10 (29.4)		7 (31.8)	
Lui-même (%)		1 (2.90)		/	
Autre (%)		4 (11.8)		1 (4.50)	
Lieu de vie	34		22		1
Domicile sans aide (%)		10 (29.4)		7 (31.8)	
Domicile avec aide(s) (%)		15 (44.1)		9 (40.9)	
MR/MRS/RS (%)		8 (23.5)		5 (22.7)	
Famille (%)		1 (2.90)		1 (4.50)	
Autre institution (%)		/		/	
Secteurs des urgences	34		22		1
Urgences A (%)		3 (8.80)		1 (4.50)	
Urgences B (%)		29 (85.3)		20 (90.9)	
Urgences C (%)		2 (5.90)		1 (4.50)	

Famille présente	34		22		0.004
Oui (%)		24 (70.6)		22 (100)	
Confusion notifiée dans l'anamnèse	34		22		0.13
Non (%)		27 (79.4)		13 (59.1)	
Type de notification de confusion dans l'anamnèse	7		9		0.48
Item coché (%)		/		2 (22.2)	
Confusion écrite (%)		7 (100)		7 (77.8)	
Confusion notifiée dans le PSI	34		22		0.29
Non (%)		30 (88.2)		17 (77.3)	
Confusion notifiée dans le DMI	34		22		0.16
Non (%)		23 (67.6)		10 (45.5)	
Endroit où la confusion a été notifiée dans le DMI	11		12		0.41
Hors conclusion (%)		4 (36.4)		7 (58.3)	
Conclusion (%)		7 (63.6)		5 (41.7)	
Confusion copiée de la conclusion du DMI vers le PSI	7		5		1
Oui (%)		4 (57.1)		2 (40.0)	

Annexe 12: Grille ISAR adaptée pour s'intégrer dans le dossier patient informatisé

Grille ISAR :

1. Avez-vous été hospitalisé ces 6 derniers mois ?
2. Avez-vous des troubles visuels ?
3. Avez-vous des troubles de la mémoire ?
4. Aviez-vous besoin d'aide avant votre hospitalisation actuelle ?
5. Avez-vous besoin d'aide actuellement ?
6. Prenez-vous plus de 3 médicaments ?

Source : Dossier patient informatisé du CHULg.