



Le patient âgé confus et agité se démêler et le calmer

Patricia Ayoub et Nancy Vasil

Allons, de ce pas, voir votre prochain patient. Bien que vous n'ayez jamais rencontré M. Laterreur, il est admis à l'hôpital à votre nom. À votre arrivée sur l'étage, votre infirmière préférée vous apostrophe. « Ça va prendre du lorazépam ! Si lui ne le prend pas, moi, je vais le prendre ! » Vous trouvez le vieillard dans le fauteuil gériatrique, avec une sonde urinaire et un soluté. Il grommelle et gesticule.

LES PATIENTS ÂGÉS confus et agités ne sont pas rares et sont souvent atteints de plusieurs entités cliniques concomitantes. Le médecin a alors beaucoup à faire, car il doit trouver les causes et appliquer les solutions correspondantes dans un court laps de temps. Nous proposons donc dans le présent article une approche diagnostique et thérapeutique de même que quelques explications qui permettront de remplir cette mission.

Quelles sont les causes de cette agitation ?

Vous n'arrivez pas vraiment à questionner M. Laterreur, mais vous tentez d'effectuer l'examen physique le plus complet possible, spécialement l'examen neurologique. Vous constatez que son audioprothèse est par terre et qu'il

La D^{re} Patricia Ayoub, omnipraticienne, exerce en gériatrie à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, à Montréal. Elle est aussi chargée d'enseignement clinique au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal. La D^{re} Nancy Vasil, psychiatre, exerce à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont aux services de gérontopsychiatrie et de consultation-liaison. Elle est professeure adjointe de clinique au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

est assis sur un gros stylo bien enfoncé sous sa cuisse. Vous aimeriez bien qu'il se détende, car vous cherchez à mettre en évidence un signe de la roue dentée.

Vous lisez les informations suivantes dans son dossier :

- ⊗ Hospitalisation pour infection urinaire et insuffisance rénale aiguë maintenant résolues ; légère hyponatrémie résiduelle.
- ⊗ M. Laterreur prend de la digoxine, du vérapamil, de l'AAS, de la metformine, de l'amitriptyline, de l'oxybutynine et un antibiotique par voie intraveineuse depuis son admission.
- ⊗ Consommation quotidienne d'alcool soupçonnée.
- ⊗ Labos et autre : formule sanguine (leucocytose), urée normale, créatinine normale, électrolytes (hyponatrémie discrète à 131 mmol/l), enzymes hépatiques normales, analyse d'urine perturbée et radiographie pulmonaire normale. Un exemple de bilan de base est décrit dans l'encadré.
- ⊗ Le test de Folstein est souvent difficilement praticable dans un tel état. Vous devez donc faire une petite enquête auprès du personnel et de l'entourage pour bien cerner le problème. Quand le comportement indésirable a-t-il commencé ? Avant ou pendant l'hospitalisation ? Le patient a-t-il des facteurs déclencheurs et amplificateurs ? Des problèmes de personnalité, de

Le patient âgé confus et agité nécessite une réflexion autour de trois grandes catégories diagnostiques : le delirium, la démence et les troubles psychiatriques.

Repère

Encadré

Bilan de base du patient âgé confus et agité^{7,9}

- Formule sanguine, urée, créatinine, électrolytes, enzymes hépatiques, glycémie et analyse d'urine.
- Albumines, protéines, transthyréline : indices de l'état nutritionnel, possibles indices d'un état inflammatoire ou d'une désorganisation pouvant être liée à la démence.
- Magnésium, phosphore, calcium : troubles électrolytiques à connaître et à traiter, spécialement l'hypercalcémie, cause classique mais réversible de delirium mortel.
- Vitamine B₁₂, folates : état nutritionnel, notamment déficits à corriger.
- TSH : l'hypothyroïdie ou l'hyperthyroïdie peuvent causer un delirium ou une démence réversible, du moins en partie.
- Dosages sériques des médicaments : digoxine, lithium, divalproex, phénytoïne, etc.
- Tomographie cérébrale : ne fait pas partie du bilan de base, justifiée selon les hypothèses diagnostiques.
- EEG : ne fait pas partie du bilan de base. Recherche d'une source ictale, post-ictale ou d'un état de mal épileptique (*status epilepticus*).

comportement et de cognition de base ? Des antécédents psychiatriques, des problèmes de consommation ou des changements récents dans son traitement médicamenteux ? Des troubles d'élimination (constipation, rétention urinaire) ?

Le patient âgé confus et agité nécessite une réflexion autour de trois grandes catégories diagnostiques : le delirium, la démence et les troubles psychiatriques. Passons-les en revue et voyons lesquelles s'appliquent à M. Laterreur.

Le delirium

- Les signes qui vous mettront sur la piste d'un delirium sont les suivants :
 - une perturbation de l'état de conscience (sommolence diurne, inversion du cycle veille-sommeil, perturbation du sommeil la nuit, baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement) ;
 - une diminution de la capacité d'attention (difficulté à diriger, à focaliser, à mobiliser ou à soutenir l'attention, patient facilement distrait, difficulté à retenir ce qui a été dit) ;
 - une modification du fonctionnement cognitif (déficits de mémoire, d'orientation ou de langage)

Tableau 1

Symptômes neuropsychiatriques et comportementaux liés à la démence¹¹

- Anosognosie (absence de conscience de la maladie)
- Apathie (pauvre initiative, pauvre persistance, retrait social, aboulie)
- Psychose (délire paranoïde, identification erronée, hallucinations)
- Symptômes psychologiques (dépression, anxiété, troubles du sommeil, dysphorie, irritabilité, euphorie)
- Agitation (errance, impossibilité de se reposer, manifestations vocales, gestes répétitifs, agressivité verbale, comportement violent, comportement sexuel inapproprié, désinhibition)
- Syndrome crépusculaire (confusion et agitation à la tombée du jour)

ou une perturbation des perceptions (illusions visuelles ou auditives, hallucinations, mésinterprétations, propos délirants) ;

- un tableau qui s'installe en un temps court ;
- une évolution qui fluctue tout au long de la journée.
- Le delirium peut avoir trois types de cause :
 - conséquences physiologiques directes d'une ou de plusieurs affections médicales ;
 - intoxication par une substance ou un médicament ;
 - sevrage d'une substance ou d'un médicament.

Les critères diagnostiques du delirium décrits précédemment sont définis officiellement dans le *DSM-IV-TR*¹ et sont mis en évidence à l'aide d'un outil simple, la *Confusion Assessment Method* (CAM)². Il est impératif que le médecin connaisse bien les causes du delirium et les recherches pour être efficace et prudent dans la situation clinique actuelle. Le delirium doit être davantage diagnostiqué et traité puisqu'il augmente la morbidité chez les patients qui en souffrent, est associé à une augmentation de leur placement en établissement de soins, accroît de façon considérable les coûts d'hospitalisation et est le plus grand facteur prédictif de la durée du séjour hospitalier³. De plus, il hausse les risques de démence, même en l'absence de déficit cognitif préalable (incidence de démence de 5,6 % par année sur trois ans sans delirium et de 18,1 % par année sur trois ans avec delirium, soit un risque relatif non ajusté de 3,23)⁴. Par ailleurs, il accélère le déclin

Tableau II**Mesures thérapeutiques en cas de delirium⁸**

- 🕒 Calendrier et horloge dans la chambre
- 📷 Photographies et objets personnels au chevet du malade
- 👤 Présence des proches
- 🔄 Réorientation fréquente par le personnel
- 🏥 Continuité des soins
- 🔊 Niveaux de bruits et de stimulus optimaux
- 👁️ Correction des déficits visuels et auditifs
- 🚑 Mobilisation précoce
- 🩹 Soulagement adéquat de la douleur
- 💧 Hydratation et nutrition adaptées
- 🥗 Correction des carences vitaminiques
- 🩺 Cathéters, sondes à demeure et contentions à éviter dans la mesure du possible
- 🗨️ Explications courtes et simples
- 🔍 Repérage, puis modification des déclencheurs d'agitation
- 🧠 Activités stimulantes le jour
- 🛌 Conseils d'hygiène du sommeil
- 👨‍👩‍👧 Psychoéducation du patient et de sa famille sur le delirium, au moment opportun
- 👁️ Surveillance privée pour les cas plus graves

cognitif des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, qui survient alors trois fois plus rapidement⁵. Enfin, des symptômes peuvent persister après six mois (le plus souvent inattention, désorientation et troubles mnésiques) chez 21 % des patients de 50 ans et plus qui reçoivent leur congé de l'hôpital à la suite d'un épisode de delirium⁶.

Le delirium de M. Laterreur s'explique par une infection urinaire, une hyponatrémie, les agressions du milieu hospitalier, un sevrage d'alcool, la prise de digoxine et de deux médicaments anticholinergiques défavorables à la cognition, l'amitriptyline et l'oxybutynine.

La démence

Des symptômes neuropsychiatriques et comportementaux liés à la démence peuvent être présents chez 85 % des personnes atteintes de démence⁷. Le *tableau I*

Tableau III**Contentions, une mesure exceptionnelle et de dernier recours¹⁰**

- 🕒 Contentions si le patient est très agité (réservées aux cas d'urgence) et que l'agitation ne répond ni à l'approche non pharmacologique, ni au traitement pharmacologique
- 🕒 Contention la moins contraignante possible
- 🕒 Durée d'utilisation : le moins longtemps possible
- 👨‍⚕️ Évaluation appropriée par le médecin en justifiant l'utilisation
- 📁 Consignation au dossier
- 👩‍⚕️ Application du protocole de surveillance (infirmière) établi par l'établissement
- 👨‍⚕️ Sauf en cas d'urgence, décision généralement prise en équipe interdisciplinaire et consentement du patient ou de son représentant nécessaire

en indique les principaux. Il ne faut pas non plus oublier de rechercher un besoin primaire. Le patient a-t-il faim ? Ressent-il une douleur ou un inconfort ? A-t-il besoin d'aller aux toilettes ? A-t-il peur ?

Dans ce cas-ci, votre patient est probablement désafférenté, son audioprothèse étant au sol. Il ressent un inconfort à cause du stylo, de sa sonde et de son soluté. Vous ne savez pas encore s'il souffre d'une démence à la base.

Le trouble psychiatrique

Un trouble psychiatrique, comme une psychose, une manie ou un trouble de la personnalité, pourrait être évoqué, mais l'anamnèse, les antécédents et la rencontre d'un proche significatif ne vous orientent pas en ce sens. Nous ne traitons pas des troubles psychiatriques en détail dans cet article.

Quelles seront vos interventions non pharmacologiques ?**Pour le delirium**

Le traitement est celui des causes sous-jacentes (en moyenne de deux à six). Les mesures thérapeutiques générales sont indiquées dans le *tableau II*⁸. Les contentions augmentent la morbidité et la mortalité chez notre clientèle et ne devront être utilisées qu'en tout dernier recours⁹ (*tableau III*)¹⁰.

Tableau IV

Stratégies non pharmacologiques contre les symptômes neuropsychiatriques et comportementaux de la démence⁷

- ⊗ Aromathérapie avec baume de citron et huile de lavande ou de mélisse (citronnelle)
- ⊗ Exercices légers selon la tolérance
- ⊗ Programmes d'activités
- ⊗ Interactions sociales
- ⊗ Présence simulée
- ⊗ Évocation de souvenirs
- ⊗ Rassurance
- ⊗ Validation
- ⊗ Musicothérapie
- ⊗ Zoothérapie
- ⊗ Massages et toucher
- ⊗ Salle Snoezelen (stimulation multisensorielle visant le bien-être)
- ⊗ Luminothérapie (pour les symptômes au coucher du soleil)
- ⊗ Bruit blanc (bruit de fond de faible intensité)
- ⊗ Siestes : à éviter
- ⊗ Arrêt du café le soir
- ⊗ Report de l'heure du coucher

Pour les symptômes neurocomportementaux de la démence

L'approche comportementale personnalisée doit être privilégiée, puisque les médicaments ont une efficacité tout au plus modeste sur les symptômes neurocomportementaux de la démence. Le point de départ est de comprendre la personnalité prémorbide du patient, ses intérêts, ses habitudes, sa culture et son niveau de sociabilité afin de déterminer si des besoins demeurent non comblés (alimentation, hygiène, sommeil, intimité, déficits sensoriels, sentiment de sécurité). Ensuite, il faut trouver un événement générateur d'agitation afin de le

modifier (environnement et stimulus inadéquats, événements frustrants ou conflictuels, interprétations erronées, incapacité à communiquer efficacement de façon verbale) et diminuer les soins personnels insistants, impersonnels, intrusifs et focalisés sur la tâche¹¹. D'autres stratégies non pharmacologiques pourraient aussi être utiles (tableau IV)¹².

Indépendamment des causes, les traitements non pharmacologiques du patient âgé confus et agité comprennent donc des stratégies pour réorienter ce dernier, le rassurer, l'occuper, combler ses besoins essentiels, adapter la mobilisation, traiter ses inconforts et soulager sa douleur. Les contentions constituent une mesure de tout dernier recours.

Dans le cas de M. Laterreur, vous pourriez lui remettre son audioprothèse, demander à l'entourage de venir à son chevet, échanger un peu avec lui dans un langage simple (bénéfique pour lui, instructif pour vous), enlever le stylo de sous sa cuisse, l'asseoir dans un fauteuil aux repas, le faire marcher au moins deux fois par jour pendant dix minutes avec une aide, enlever la sonde urinaire ou le soulager avec un peu de lidocaïne en gelée au niveau du méat, lui donner ses antibiotiques par voie orale et n'installer un soluté que la nuit (par voie intraveineuse ou sous-cutanée) et le retirer dès que possible au matin.

Que faire des médicaments ?

Voici quelques médicaments courants qui peuvent exacerber la confusion. Il faut donc en réviser les indications et les cesser le cas échéant.

- ⊗ Digoxine : si le taux sérique n'est pas toxique, continuer.
- ⊗ Anticholinergiques : cesser l'amitriptyline, l'oxybutynine, la toltérodine, le dimenhydrinate, la diphenhydramine, etc. Ces médicaments peuvent être nocifs chez un patient âgé en delirium ou souffrant de démence. Un épisode de delirium devrait donc nous inciter à limiter les anticholinergiques.
- ⊗ Gabapentine et prégabaline : diminuer progressivement la dose, voire cesser le médicament si l'état du patient le permet.

Les traitements non pharmacologiques du patient âgé confus et agité comprennent des stratégies pour réorienter ce dernier, le rassurer, l'occuper, combler ses besoins essentiels, adapter la mobilisation, traiter ses inconforts et soulager sa douleur. Les contentions constituent une mesure de tout dernier recours.

Repère

Tableau V**Traitement pharmacologique du delirium chez la personne âgée^{9,14}**

Médicament	Dose initiale quotidienne	Dose maximale quotidienne	Voie d'administration
Halopéridol	0,25 mg – 0,5 mg	2 mg	Voie orale. Si le patient ne collabore pas : voie sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse (aux soins intensifs uniquement)
Risperidone	0,25 mg – 0,5 mg	2 mg	Voie orale (comprimé ordinaire ou à dissolution rapide)
Olanzapine	1,25 mg – 2,5 mg	10 mg	Voie orale (comprimé ordinaire ou à dissolution rapide)
Quétiapine	12,5 mg – 25 mg	400 mg	Voie orale

- ⊗ Amiodarone : si l'état cardiaque le permet, la diminuer ou la cesser permet souvent d'améliorer les fonctions cognitives.
- ⊗ Antiémétiques : certains peuvent causer de la confusion et des symptômes extrapyramidaux, dont l'akathisie.
- ⊗ Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase : comme ces médicaments stabilisent les fonctions cognitives, ne pas les arrêter abruptement. Si un patient prend ces médicaments de façon régulière en même temps que d'autres ayant des effets anticholinergiques, il est préférable de faire un choix entre les deux.
- ⊗ Lithium : évaluer s'il y a intoxication aiguë ou chronique. Consulter un psychiatre au besoin.

De façon générale, veillez à réduire la polypharmacie, du moins temporairement, à diminuer le plus possible le recours aux médicaments à marge thérapeutique étroite ou à réviser les doses et à restreindre les médicaments ayant un grand potentiel d'effets indésirables¹³.

Chez M. Laterreur, cessez l'amitriptyline et l'oxybutyline. En l'absence d'intoxication, poursuivez la digoxine.

Malgré l'application des mesures précédentes, M. Laterreur est toujours agité et confus. Nous abordons ici les approches pharmacologiques indiquées dans le delirium et la démence. Les principes pharmacologiques de base en gériatrie sont appliqués : commencer par une faible dose, puis l'augmenter lentement.

Delirium : traiter les causes. En présence de delirium hyperactif, de symptômes psychotiques ou de détresse psychologique importante, prescrire un antipsychotique (tableau V)^{9,14}. *La quétiapine est la molécule à privilégier en cas de maladie de Parkinson ou de démence à corps de Lewy¹⁵, ce à quoi vous pensiez lorsque vous cherchiez une roue dentée chez M. Laterreur, une simple*

et bonne habitude à prendre. Dès que l'état du patient s'améliore, il faut diminuer les doses, puis cesser le médicament. Généralement, quelques jours de traitement suffisent.

Pour le delirium attribuable au sevrage, les benzodiazépines, si elles étaient utilisées depuis longtemps, sont prescrites, quitte à être retirées progressivement par la suite en fonction de la tolérance du patient. Une substitution par des benzodiazépines métabolisées par conjugaison (lorazépam, témazépam ou oxazépam) est recommandée. Pour le sevrage de l'alcool, le lorazépam (de 0,5 mg à 1 mg par jour, dose quotidienne maximale de 2 mg) est la molécule de choix. Quelques fois des doses supérieures peuvent être requises. La thiamine est prescrite pour éviter l'apparition d'une encéphalopathie de Wernicke et d'un syndrome de Korsakoff. La posologie pour le sevrage ne devrait pas dépasser la durée possible du sevrage (ex. : au moins 72 heures après l'admission et probablement pas plus de dix jours ; ces chiffres sont empiriques)¹⁶.

Pour les symptômes neurocomportementaux de la démence, si les mesures non pharmacologiques échouent, la première étape est l'essai d'un inhibiteur de la cholinestérase ou de la mémantine¹⁷. Pour ce qui est des antipsychotiques, seule la rispéridone (dose entre 0,25 mg et 0,5 mg une ou deux fois par jour) a obtenu une indication pour les troubles comportementaux associés à la démence grave⁷. Les antipsychotiques devraient être utilisés moins de trois mois, car ils sont associés à des risques accrus de mortalité et d'accident vasculaire cérébral chez la personne âgée atteinte de démence¹⁸ et à un risque de dyskinésie tardive, de symptômes extrapyramidaux de syndrome métabolique et d'allongement de l'intervalle QT¹⁹.

Tableau VI**Agents sérotoninergiques
pouvant être prescrits aux patients atteints
de démence⁷**

Médicament	Dose initiale quotidienne	Dose maximale quotidienne
Citalopram	5 mg – 10 mg	20 mg*
Sertraline	25 mg	200 mg
Trazodone	12,5 mg – 25 mg	200 mg

* Avis de Santé Canada émis en janvier 2012 concernant le citalopram et le risque d'allongement de l'intervalle QT lié à la dose. Site Internet : www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/pdf/medeff/advisories-avis/prof/2012/celexa_2_hpc-cps-fra.pdf (Date de consultation : avril 2012).

Les risques et les bienfaits doivent être abordés avec le patient (ou avec sa famille si le patient est inapte) et consignés au dossier. D'autres agents peuvent être utiles, dont certains inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (*tableau VI*)⁷. Les données concernant l'utilisation des anticonvulsivants (carbamazépine, acide valproïque, gabapentine, topiramate) sont controversées. Les benzodiazépines ne sont pas recommandées, sauf pour de brefs épisodes stressants (intervention médicale intrusive, déménagement).

En résumé, il faut d'abord traiter les causes de confusion et d'agitation chez le patient âgé, puis réduire la polypharmacie et retirer les médicaments anticholinergiques et ceux qui peuvent entraîner une confusion. Il faut aussi traiter les symptômes de sevrage potentiels et ajouter, au besoin, l'halopéridol ou un antipsychotique atypique s'il n'y a pas de contre-indications.

Dans le cas de M. Laterreur, nous avons retiré l'oxybutynine et l'amitriptyline et pourrions lui prescrire ce qui suit :

- ⊕ thiamine, 100 mg, 1 f.p.j. (sevrage) ;
- ⊕ lorazépam, 0,25 mg, 3 f.p.j., de façon régulière (espacer les doses en cas de somnolence) et 4 f.p.j. au be-

Tableau VII**Démarche proposée
chez le patient confus et agité****Étape 1**

Établir la liste des causes et des diagnostics possibles à l'aide des trois catégories diagnostiques

- ⊕ Delirium attribuable à
 - ⊕ une ou des affections médicales,
 - ⊕ un sevrage d'une substance ou d'un médicament,
 - ⊕ une intoxication par une substance ou un médicament
- ⊕ Démence
 - ⊕ besoins élémentaires non comblés, inconfort, douleurs ou symptômes neuropsychiatriques et comportementaux
- ⊕ Troubles psychiatriques

Étape 2

Anamnèse, examen, bilan (*encadré*)

Étape 3

Liste des causes de confusion et d'agitation retenues pour ce patient dans cette situation

Étape 4

Interventions non pharmacologiques et pharmacologiques correspondantes

soin en cas de tremblements, d'agitation, de tachycardie et d'hypertension (sevrage) ;

- ⊕ halopéridol, 0,25 mg au coucher de façon régulière et toutes les trente minutes au besoin en cas de grande agitation pour un maximum de 2 mg par 24 heures. Il plaît à l'esprit qu'une dose de base d'halopéridol, à effet antipsychotique et sédatif, soit donnée au moment du coucher, puisque le patient a une perturbation du cycle veille-sommeil et que l'alcool n'est pas la seule cause possible de son delirium. Attention, à utiliser avec parcimonie, car l'halopéridol

En résumé, il faut d'abord traiter les causes de confusion et d'agitation chez le patient âgé, puis réduire la polypharmacie et retirer les médicaments anticholinergiques et ceux qui peuvent entraîner une confusion. Il faut aussi traiter les symptômes de sevrage potentiels et ajouter au besoin l'halopéridol ou un antipsychotique atypique s'il n'y a pas de contre-indications.

abaisse le seuil convulsif et le patient est possible-
ment en état de sevrage ;

- ☉ antibiotiques ;
- ☉ réhydratation et redressement de la natrémie.

EN CONCLUSION, le clinicien avisé peut trouver les causes et créer une conduite multimodale adaptée à chacun de ses patients confus et agités à l'aide de la démarche logique qu'illustre le *tableau VII*, soit l'organisation de la réflexion autour des trois grandes catégories diagnostiques proposées (delirium, démence et troubles psychiatriques), l'établissement d'une liste de causes ainsi que les conduites non pharmacologiques et pharmacologiques correspondant à ces causes.

Bon succès dans vos prochaines missions ! 🍷

Date de réception : le 5 janvier 2012

Date d'acceptation : le 8 mars 2012

La D^{re} Patricia Ayoub et la D^{re} Nancy Vasil n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. American Psychiatric Association. Delirium, démence, troubles amnésiques et autres troubles cognitifs. Dans : American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé*. Paris : Masson ; 2003. p.157-207.
2. Laplante J, Cole M, McCusker J et coll. Confusion assessment method: Validation d'une version française. *Perspect Infirm* 2005 ; 3 (1) : 20-2.
3. Trzepacz PT, Meagher DJ. Delirium (chapitre 6). Dans : Levenson JL, rédacteur. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine*. 2^e éd. Arlington : American Psychiatric Publishing ; 2011. p. 71-114.
4. Rockwood K, Cosway S, Carver D et coll. The risk of dementia and death after delirium. *Age Ageing* 1999 ; 28 (6) : 551-6.
5. Fong TG, Jones RN, Shi P et coll. Delirium accelerates cognitive decline in Alzheimer disease. *Neurology* 2009 ; 72 (18) : 1570-5.
6. Cole MG, Ciampi A, Belzile E et coll. Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis. *Age Ageing* 2009 ; 38 (1) : 19-26.
7. The Third Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia 2006. *Alzheimers Dement* 2007 ; 3 (4) : 262-452.
8. Siddiqi N, Stockdale R. Interventions for preventing delirium in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 ; 18 (2) : CD005563.
9. Hogan DB, McCabe L et coll. *Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée. Évaluation et prise en charge du delirium*. Toronto : Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées : 2006. p. 1-62. Site Internet : www.ccsmh.ca/en/natl/Guidelines/delirium.cfm (Date de consultation : février 2012).
10. Québec. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. LRQ, chapitre S-4.2, art. 118.1, à jour au 1^{er} avril 2012. Québec ; Éditeur officiel du Québec : 2012.
11. Rewilak D. Behavior management strategies. (chapitre 13) Dans : Conn DK, Herrmann N, Kaye A et coll., rédacteurs. *Practical Psychiatry in the Long-Term Care Home, a Handbook for Staff*. 3^e éd. Cambridge : Hogrefe & Huber Publishing ; 2007. p. 217-37.
12. Livingston G, Johnston K, Katona C et coll. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005 ; 162 (11) : 1996-2021.
13. Champoux N. Toute bonne ordonnance a une fin – Le retrait des médicaments devenus superflus. *Le Médecin du Québec* 2010 ; 45 (8) : 21-6.
14. Pelland C, Trudel JF. Atypical antipsychotic efficacy and safety in managing delirium: a systematic review and critical analysis. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2009 ; 7 (2) : 109-19.
15. Weintraub D, Hurtig HL. Presentation and management of psychosis in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. *Am J Psychiatry* 2007 ; 164 (10) : 1491-8.
16. Amato L, Minozzi S, Davoli M. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2011 ; 15 (6) : 8537.
17. Massoud F, Léger GC. Pharmacological treatment of Alzheimer disease. *Can J Psychiatry* 2011 ; 56 (10) : 579-88.
18. Mittal V, Kurup L, Williamson D et coll. Risk of cerebrovascular adverse events and death in elderly patients with dementia when treated with antipsychotic medications: a literature review of evidence. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2011 ; 26 (1) : 10-28.
19. Herrmann N, Lanctôt KL. Atypical antipsychotics for neuropsychiatric symptoms of dementia: malignant or maligned? *Drug Saf* 2006 ; 29 (10) : 833-43.

Summary

Calming the confused and agitated patient. Confused and agitated geriatric patients are not rare, but many clinical entities are often concomitantly present behind this situation. Physicians have a lot to do: identify the problems and diagnose and address all of them in a short lapse of time. Diagnosis and therapeutic algorithms are proposed here to help fulfill this mission.

Clinical reasoning, assessment and multimodal treatment for your patient are built around three major diagnosis categories: delirium and its causes, dementia and its consequences and psychiatric problems. A list must be created with all patient's concomitant issues to help plan pertinent non-pharmacological and pharmacological measures.