

Profil de la confusion du sujet âgé africain aux urgences médicales, Abidjan (Côte d'Ivoire)

Profile of confusion in elderly Africans in medical emergencies, Abidjan (Côte d'Ivoire)

Acko UV¹, Mossou M C, Bamba A¹, Loba Y¹, Kpata M¹, Gnamon O², Lecadou J³, Binan Y¹.

1. Service de Médecine Interne et de Gériatrie, CHU - Angré, Abidjan (RCI);
2. Service de Médecine Interne, CHU-Treichville (RCI);
3. Service des Urgences portes, CHU-Cocody, (RCI).
4. Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : ACKO Ubrich Venceslas // ackouv.67@gmail.com

Résumé :

Introduction : La confusion est peu rapportée en milieu hospitalier africain. **Objectif :** décrire le profil des sujets âgés africains confus aux urgences. **Patients et méthode :** étude rétrospective descriptive réalisée aux urgences médicales des 03 centres hospitaliers et universitaires d'Abidjan entre le 01 janvier 2022 et le 31 décembre 2022 (soit 12 mois) portant sur 137 cas de confusion du sujet âgé de 75 ans et plus. Le diagnostic de confusion reposait sur l'échelle Confusion Assessment Method (CAM). **Résultats :** la prévalence de la confusion était de 13,3%. L'âge moyen était de 75,6 +/- 3 ans (extrêmes 75 et 101 ans). Le Sex-ratio était de 0,28. Les patients confus vivaient au domicile de leurs enfants (77,9%). La principale aide était naturelle (92,8%). L'HTA (53,3%), le diabète (31,4%), les cardiopathies emboligènes (18,6%), les néoplasies actives (23,7%) dominaient les antécédents. Le nombre moyen journalier de médicaments administrés était de 4,4 ± 1,3 avec une médiane à 5. Une dizaine de patients confus étaient déments (n=14). Les formes d'expression clinique retrouvées étaient hyperactives (43,5%), mixtes (36,4%) et hypoactives (20,1). Les principales étiologies étaient infectieuses (35%), métaboliques (19,7%), neurologiques (14,6%), et cardiovasculaires (10,2%). Le délai moyen de séjour était de 85,6 ± 6 heures (extrêmes 6 minutes et 172 heures). L'évolution était favorable dans 43,5 % contre 38,3% des cas de décès. Un transfert en milieu spécialisé a été réalisé dans 18,2 % cas. **Conclusion :** La confusion du sujet âgé, fréquente en milieu hospitalier africain, est principalement en rapport avec une infection ou un trouble métabolique. Cependant, elle est très peu rapportée dans nos contrées africaines du fait de la méconnaissance de ses causes et de ses conséquences en milieu hospitalier. **Mots clés :** Profil – confusion - sujet âgé - africain

Abstract:

Introduction: Confusion is rarely reported in African hospitals. **Objective:** to describe the profile of confused elderly Africans in the emergency room. **Patients and method:** descriptive retrospective study carried out in the medical emergencies of 03 hospitals and university centers in Abidjan between January 01, 2022 and December 31, 2022 (i.e. 12 months) relating to 137 cases of confusion in subjects aged 75 and over. The diagnosis of confusion was based on the Confusion Assessment Method (CAM) scale. **Results:** the prevalence of confusion was 13.3%. The average age was 75.6 +/- 3 years (extreme 75 and 101 years). The sex ratio was 0.28. Confused patients lived at home with their children (77.9%). The main help was natural (92.8%). High blood pressure (53.3%), diabetes (31.4%), emboligenic heart disease (18.6%), active neoplasia (23.7%) dominated the history. The mean daily number of drugs administered was 4.4 ± 1.3 with a median of 5. About ten confused patients were demented (n=14). The forms of clinical expression found were hyperactive (43.5%), mixed (36.4%) and hypoactive (20.1). The main etiologies were infectious (35%), metabolic (19.7%), neurological (14.6%), and cardiovascular (10.2%). The average length of stay was 85.6 ± 6 hours (extreme 6 minutes and 172 hours). The evolution was favorable in 43.5% against 38.3% of the cases of death. A transfer to a specialized environment was carried out in 18.2% of cases. **Conclusion:** Delirium in the elderly, common in African hospitals, is mainly related to an infection or a metabolic disorder. However, it is very little reported in our African countries due to the lack of knowledge of its causes and its consequences in the hospital environment **Keywords:** Profile – confusion – elderly subject – African

Introduction :

L'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation de la population vieillissante, ont été obtenus grâce aux différents progrès de la médecine. Cette évolution, qui touche aussi bien les pays développés que les pays en voie de développement, a pour conséquence, un accroissement de la morbi-mortalité lié à des pathologies spécifiques de la personne âgée telles que : les troubles neurocognitifs, la chute, l'incontinence urinaire et fécale, la confusion, etc [1]. La confusion, véritable urgence gériatrique, est assez bien rapportée en occident. Elle s'associe à une augmentation de la mortalité, du risque d'institutionnalisation, de déclin cognitif et de perte d'autonomie [2]. En Afrique subsaharienne, la prévalence, les causes et les conséquences de la confusion chez le sujet âgé en termes de morbi-mortalité sont encore mal connues et élucidées. Les rares études réalisées, portant sur le sujet âgé en milieu hospitalier africain, rapportent peu la confusion en pratique courante. L'objectif de notre travail était de décrire le profil des sujets âgés africains confus aux urgences médicales.

Patients et méthode Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive, multicentrique des sujets âgés de plus de 75 ans confus reçus aux urgences des 3 centres hospitaliers et universitaires d'Abidjan entre le 01 janvier 2022 et le 31 décembre 2022.

Le diagnostic de confusion reposait sur l'échelle Confusion Assessment Method (CAM) selon les critères suivants : Le critère 1 : un début soudain et fluctuation des symptômes, le critère 2 : un troubles de l'attention, le critère 3 : une désorganisation de la pensée et le critère 4 : une altération du niveau de conscience. Le diagnostic de confusion a été retenu aux urgences lorsqu'étaient remplis les critères 1 et 2 et l'un des critères 3 ou 4. Étaient inclus, tous les patients âgés de 75 ans et plus, chez qui le diagnostic de confusion a été retenu aux urgences. Les critères de non inclusion étaient : les urgences psychiatriques et les dossiers n'ayant pas été correctement remplis.

Un total de 137 patients âgés de 75 ans et plus confus a été retenu.

Le recueil des données était basé sur l'exploitation des registres d'admission et les dossiers de patients confus. Les variables étudiées étaient : Socio-Épidémiologiques (la prévalence, l'âge, le sexe ; le mode et le lieu de vie, l'existence et le type d'aide, le mode de transport), Diagnostiques (les antécédents, les formes cliniques, le diagnostic étiologique retenu), Les facteurs associés à la confusion (la démence, le sexe, le lieu et mode de vie, le nombre journalier de médicaments pris, les antécédents, l'albuminémie, la durée moyenne de séjour) et Thérapeutiques et évolutives (les sorties, les transferts et le décès). Les résultats ont été exprimés en figures et tableaux, en fréquence et pourcentage pour les valeurs qualitatives et en moyenne assortie de leur indice de dispersion pour les valeurs quantitatives.

Résultats Durant la période d'étude, la prévalence des patients âgés de 75 ans et plus était de 5,1% (soit 1031 sur 20216 patients reçus). La confusion avait été diagnostiquée chez 137 sur 1031 patients âgés de 75 ans et plus (soit une prévalence hospitalière de 13,3%). L'âge moyen était de 75,6+/- 3 ans avec des extrêmes allant de 75 et 101 ans. Le Sex-ratio était de 0,28 (21,9% d'hommes et 78,1% de femmes). Les patients confus provenaient du domicile de leurs enfants (67,9%), des structures hospitalières publiques (21,8%) ou privées (10,3%). L'aidant naturel était le seul type de soutien physique, financier et moral. Le mode d'arrivée aux urgences était soit par un véhicule personnel ou public (65,6%) ; ou une ambulance non médicalisée (31,8%) ; ou une ambulance médicale (2,6%). Les antécédents étaient l'hypertension artérielle (53,3%), le diabète (31,4%), les accidents vasculaires cérébraux (19,7%), les néoplasies actives (16,1%), les troubles visuels et auditif (13,8%), la démence (10,2%), l'insuffisance cardiaque (10,2%), l'insuffisance rénale chronique (6,6%), la dépression (5,1%), l'éthylisme chronique (2,9%), le tabagisme actif (1,4%) (**Figure 1**).

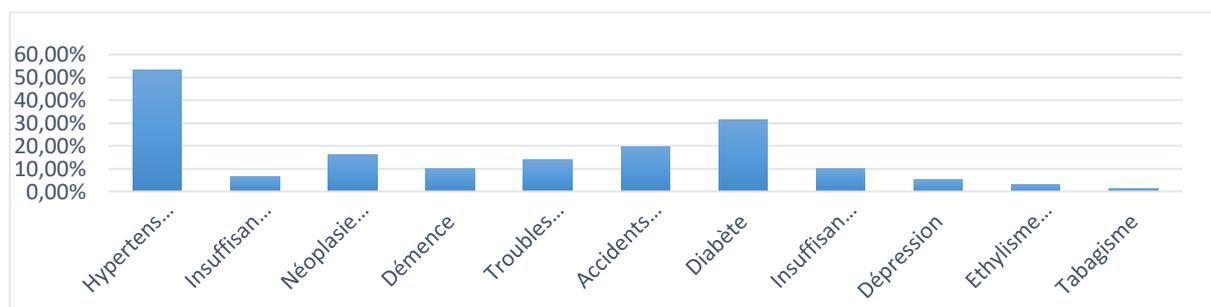


Figure 1 : répartition des patients selon les antécédents

Le traitement journalier administré était de $4,4 \pm 1,3$ avec une médiane à 5. Les formes d'expression clinique retrouvées étaient hyperactives (43,5%), mixtes (36,4%) et hypo actives (20,1%). La première étiologie de la confusion était infectieuse (35%) avec à sa tête l'infection parasitaire causée par

le plasmodium falciparum (21,9%). Les autres causes retrouvées par ordre d'apparition décroissante étaient métaboliques (19,7%), neurologiques (14,6%), cardiovasculaires (10,2%), générales (7,3%), iatrogéniques (6,6%), associées (4,4%) et toxiques (2,2%) (**Tableau 1**).

Tableau 1 : répartition des patients selon les causes

Groupes d'affections	Types d'affections	Effectif (n=134)	Pourcentage (%)
Infectieuses (N=48 ; 35%)	Parasitaire (Paludisme)	30	21,9
	Bactérienne	14	10,2
	Virale	3	2,2
	Mycosique	1	0,7
	Hypernatrémie	9	6,6
Métaboliques (N=27 ; 19,7%)	Hypoglycémie	7	5,1
	Encéphalopathie urémique	5	3,6
	Encéphalopathie hépatique	3	2,2
	Hypoxie	2	1,4
	Hypercalcémie	1	0,7
	AVC	12	8,7
	Cardiovasculaires (N=14 ; 10,2%)	Hématome sous dural	8
Générales (N=10 ; 7,3%)	Syndrome coronarien aigu	7	5,1
	Maladie thrombo-embolique	4	2,9
	Troubles du rythme	3	2,2
	Fécalome	7	5,1
Iatrogéniques (N=9 ; 6,6%)	Rétention aiguë d'urine	3	2,2
	Hypoglycémie sous antidiabétique (9)	5	3,6
	Prise récente de décoction traditionnelle	3	2,2
Associée (N=6 ; 4,4%)	Prise récente de tramadol	1	0,7
	* Autre	6	4,4
Toxiques (N=3 ; 2,2%)	Intoxication alcoolique aiguë	3	2,2

*associées : 1+2+3+10 ou 4+5+10 ou 6+7+8+10

Soixante-quatre (64) patients confus (46,7%) avaient fait l'objet d'une prescription systématique de benzodiazépine (Oxazépam) et d'une contention physique. Aucune mesure non pharmacologique n'avait été utilisée. Le délai moyen de séjour était de $85,6 \pm 6$ heures (extrêmes 1/2 et 172 heures) ; pour 56,5 % des patients le délai de séjour a été de 72

heures. Une évolution était favorable dans 43,8 % contre 38 % des cas de décès. Un transfert en milieu spécialisé a été réalisé dans 18,2 % cas. En analyse univariée, les facteurs influençant la confusion étaient le nombre de médicaments journalier pris > 5 médicaments et l'hypoalbuminémie (**Tableau 2**).

Tableau 2 : répartition selon les facteurs associés à la confusion

Paramètres		Non déments = 123	Déments = 14	Pourcentage (%)	p
Sexe	F : 107	100	7	6,54%	0,7134
	M : 30	23	7	23,33%	
Délai de séjour	<72 H	58	5	15,78%	0,3826
	≥ 72 H	65	9	4,32%	
Antécédents	Oui	13	11	40,89%	0,4023
	Non	110	3	4,41%	
Nombre de médicaments journalier pris	< 5	14	5	38,76%	0,0013
	≥ 5	109	9	5,76%	
Albuminémie	Normale (≥ 30g/l)	23	4	14,81	0,0046
	Basse (<30g/l)	100	10	9,09%	
Devenir	Favorable	52	8	21,23%	0,3219
	Décès	46	6	18,53%	
	Transfert	25	0	2,34%	

Discussion

Selon l'OMS, le sujet âgé se définit comme étant la personne dont l'âge civil dépasse 65 ans. À partir 75 ans et plus, le risque de perte d'autonomie, de fragilité et d'institutionnalisation s'avèrent plus élevés^[3]. En Afrique subsaharienne, ces risques restent peu décrits ou rapportés, et ceux, malgré l'augmentation croissante du nombre de sujets âgés. Dans notre étude, les sujets de 75 ans et plus représentaient 5,1% de la population des urgences. En France, les patients âgés de 75 ans et plus représentaient 14 à 15 % des consultations aux urgences^[4]. La différence entre les pyramides des âges africain et occidental pourrait expliquer cet écart. Toutefois, la faible prévalence de notre population pourrait être dû à la méconnaissance du « concept de fragilité » du sujet âgé en Afrique subsaharienne, au « non » recours systématique aux structures hospitalières et à la prise en charge financière du sujet âgé par le ou les aidants naturels. Malgré notre faible échantillonnage sur notre période d'étude (soit un an), 137 patients âgés de 75 ans et plus diagnostiqués confus étaient retenus, soit une prévalence hospitalière de 13,3%. Notre prévalence était proche de celles rapportées par d'autres auteurs^[5,6]. Cette similitude de prévalence entre les études pourrait s'expliquer principalement par les caractéristiques identiques des populations en termes d'âges et de sexe. En effet, l'âge moyen de 75,6 ans et la prédominance féminine (Sex-ratio H/F à 0,28) objectivés dans notre étude étaient superposables aux données de la littérature^[7]. Ces concordances similaires pourraient s'expliquer par les caractéristiques identiques, en termes d'autonomie et de pathologies. Cela n'est pas le cas des conditions sociales et économiques. En effet dans notre étude, la plupart de nos patients (67,1%) vivaient chez leurs enfants en ville et étaient pris en

charge financièrement par ces derniers, et le seul type d'aide était naturel. Ces éléments socio-économiques sus cités, couplées, au bas taux de scolarisation de nos sujets âgés pourraient expliquer le taux de mortalité élevée dans notre étude. Ces résultats ne corroboraient pas avec ceux de la littérature occidentale^[8].

Devant la confusion du sujet âgé, l'enquête étiologique reste toujours un temps fondamental et systématique en raison de son caractère multifactoriel^[9]. Cette enquête, dans notre étude, a duré 85,6 heures en moyenne avec des extrêmes allant de 6 minutes à 172 heures. Au Sénégal, Leye M et al rapportaient un délai moyen de séjour superposable au nôtre^[10]. Les formes d'expression cliniques retrouvées, pendant ce délai, étaient principalement hyperactives. Elles étaient suivies des formes mixtes et hypoactives. Ces résultats étaient similaires à ceux retrouvés dans la littérature^[11]. Concernant les étiologies de la confusion, le principal groupe d'affection était infectieux et le paludisme était en tête. En effet, les personnes âgées sont des sujets à risque élevé de maladies infectieuses, en raison des modifications du système immunitaire liées à l'âge et aux carences nutritionnelles^[12]. Des études portant sur la personne âgée en Afrique ont mis en cause le problème infectieux et l'endémicité palustre dans les zones chaudes comme la nôtre^[13]. Les causes métabolique (hypernatrémie), neurologique (AVC) et iatrogénique étaient observées dans notre étude. Nos données étaient superposable à ceux de la littérature^[14]. L'interpellation des acteurs politiques de la santé en Afrique subsaharienne, en vue d'optimiser leur prévention chez le sujet âgé, devrait être de mise comme l'avait souligné Hammani et al. dans leur étude tunisienne^[15].

Quel que soit le continent, l'avancée en âge s'accompagne souvent d'une apparition et d'une recrudescence de maladies chroniques telles que : l'HTA, le diabète, la néoplasie, l'insuffisance rénale, etc^[16]. Dans notre cas, il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la confusion, le sexe (p à 0,7134), le délai de séjour (p à 0,3826), la présence d'antécédent (p à 0,4023) et le devenir des patients (p à 0,3219). Toutefois, le rôle de la polyopathie dans l'hospitalisation du sujet âgé a été largement rapporté de même que la durée du séjour^[17]. Par contre certains facteurs favorisants, tels que la démence et la polymédication, ont été rapportés^[18]. Comme ce fut le cas dans notre étude, où, un lien significatif avait été établi entre la confusion, le nombre de médicaments journalier pris, l'hypoalbuminémie et la présence ou non de démence. Cependant, selon l'étude menée par *Inouye SK et al*, aucun lien significatif existait entre le nombre de médicaments à l'admission et le risque de survenue de confusion en cours d'hospitalisation^[19]. Au plan thérapeutique, 46,7% des patients confus avaient fait l'objet d'une prescription systématique de benzodiazépine (Oxazépam) et d'une contention physique. Les

Référence :

- Blanpain N, Chardon O.** Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. Insee Première 2010;1320.
- Inouye SK.** Delirium in older persons. *N Engl J Med* 2006;354(11):1157-65.
- OMS.** Vieillesse et santé. Communiqué de presse, Genève 1 octobre 2022.
- Laplanche D, Devillard A, Monneret T, Malbranque A, Berthier G.** Gériatrie et Urgences : Peut-on Optimiser la filière ? *Urgence Pratique* 2005; 75: 33-6
- Francis J.** Delirium in older patients. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 829-38.
- Galanakis P, Bickel H, Gradinger R, et al.** Acute confusional state in the elderly following hip surgery: incidence, risk factors and complications. *Int Geriatr Psychiatry* 2001; 6: 349-55.
- Gentric A, Le Deun P, Estivin S.** Prévention de la confusion mentale dans un service de médecine interne gériatrique. *Rev Med Interne* 2007; 28: 589-93.
- Drees.** La protection sociale en France et en Europe, éd 2015.
- Gériatrie, par le Collège National des Enseignants de Gériatrie de France (CNEG).** 4^e éd, 2018 :145-50.
- Leye MM, Diongue M, Faye A, Coume M et al.** Analyse du fonctionnement du plan de prise en charge gratuite des soins chez les personnes âgées « Plan Sésame » au Sénégal. *Santé Publique* 2013 ; 25 : 101-6.
- Iglseder B, Frühwald T, Jagsch C.** Delirium in geriatric patients. *Wien Med Wochenschr.* 2022 ;172(5-6):114-121.
- Thillainadesan J, Jansen J, Close J, Hilmer S, Naganathan V.** Geriatrician perspectives on perioperative care: a qualitative study. *BMC Geriatr* 2021; 21(1):68.
- Eholié SP, Ehui E, Adou-Bryn K, Kouamé KE, Tanon A, Kakou A, et al.** Paludisme grave de l'adulte autochtone à Abidjan (CI). *Sante Publique Bull Soc Pathol Exot* 2004;97:340-4.
- Inouye SK, Viscoli CM, Horwitz RI, Hurst LD, Tinetti ME.** A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics. *Ann Intern Med* 1993;119 (6):474-81.
- Hammami S, Hajem S, Barhoumi A, Koubaa N, Gaha L, Laou C et Kechrid.** Dépistage de la dépression chez une population âgée vivant à domicile. Intérêt de la « Mini-Geriatric Depression Scale ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*,2012 ; 60 (4) : 287-293.

16. **Fortin M, Stewart M, Poitras M-E, Almirall J, Maddocks H.** A Systematic Review of Prevalence Studies on Multimorbidity: Toward a More Uniform Methodology. *Ann Fam Med* 2012; 10:142-151.
17. **Catic AG.** Identification and management of in-hospital drug-induced delirium in older patients. *Drugs Aging* 2011 Sep 1; 28(9): 737-48.
18. **Laurila JV, Laakkonen ML, Tilvis RS, Pitkala KH.** Predisposing and precipitating factors for delirium in a frail geriatric population. *J Psychosom Res.* 2008 Sep;65(3):249-54.
19. **Lauretani F, Bellelli G, Pelà G, Morganti S, Tagliaferri S, Maggio M.** Treatment of Delirium in Older Persons: What We Should Not Do! *Int J Mol Sci.* 2020 31;21(7):2397.
20. **Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS.** Delirium in elderly people. *Lancet.* 2014; 8: 383.